

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES
DÉPARTEMENT DE SERVICE SOCIAL

**La trajectoire et les besoins des détenus provinciaux souffrant de troubles
concomitants de santé mentale et de toxicomanie.**

par

CATHERINE LEDUC

Bachelière en droit de l'Université de Sherbrooke

MÉMOIRE PRÉSENTÉ

pour obtenir

LA MAÎTRISE EN SERVICE SOCIAL

Juin 2007

1 - 2250



Library and
Archives Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Published Heritage
Branch

Direction du
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence
ISBN: 978-0-494-37898-4
Our file Notre référence
ISBN: 978-0-494-37898-4

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

■+■
Canada

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES
DÉPARTEMENT DE SERVICE SOCIAL

**La trajectoire et les besoins des détenus provinciaux souffrant de troubles
concomitants de santé mentale et de toxicomanie.**

par

CATHERINE LEDUC

Ce mémoire a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Benoît van Caloen, Ph.D., Directeur de recherche
Département de service social, Université de Sherbrooke

Marie Beaulieu, Ph.D., Membre du jury
Département de service social, Université de Sherbrooke

Paul Morin, Ph.D., Membre du jury
Département de service social, Université de Sherbrooke

RÉSUMÉ DE LA RECHERCHE

Au Québec, un nombre grandissant de personnes souffrent de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Impossible, toutefois, d'en connaître la proportion exacte étant donné l'absence de statistiques officielles à ce sujet. Les intervenants oeuvrant sur le terrain affirment néanmoins qu'à l'heure actuelle, la situation est particulièrement préoccupante à l'intérieur des Établissements de détention provinciaux. En effet, les personnes souffrant de troubles concomitants sont particulièrement touchées par la judiciarisation de leurs problématiques et constituent une population spécialement vulnérable une fois incarcérées. Au moyen de deux études de cas, cette recherche a exploré la trajectoire et les besoins des détenus provinciaux souffrant à la fois de problèmes de santé mentale et de toxicomanie. De l'analyse des données recueillies ressortent notamment des lacunes au niveau du dépistage des problématiques, de la formation des intervenants et de la prise en charge de la clientèle. De plus, il semble qu'un plan d'intervention sociale bien défini soit nettement plus profitable à cette clientèle que l'unique prescription de médicaments ou encore l'incarcération. Ces divers éléments ont été abordés au cours de cette recherche afin d'aboutir à plusieurs recommandations visant à améliorer la qualité des services offerts aux personnes judiciarisées souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie.

**Merci à mon directeur, Benoît van Caloen pour ses
précieux conseils et sa grande disponibilité.**

**Merci à Toxico-Gîtes de même qu'aux intervenants qui
ont gracieusement donné de leur temps.**

Merci à Louise et Raymond pour leur support indéfectible.

Merci à Martin pour sa patience ainsi que pour tout le reste...

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : LA PROBLÉMATIQUE	4
1.1 LA MÉTHODE DE RECENSION.....	4
1.2 LA DÉFINITION DES CONCEPTS	5
1.2.1 Le détenu provincial.....	5
1.2.2 Les troubles sévères de santé mentale.....	6
1.2.3 La toxicomanie.....	7
1.3 LA PROPORTION DE DÉTENUS SOUFFRANT DE TROUBLES CONCOMITANTS DE SANTÉ MENTALE ET DE TOXICOMANIE.....	7
1.3.1 La santé mentale.....	8
1.3.2 La toxicomanie.....	11
1.3.3 Analyse et conclusions.....	12
1.4 LES TROUBLES CONCOMITANTS DE SANTÉ MENTALE ET DE TOXICOMANIE.....	13
1.4.1 La situation aux États-Unis	14
1.4.2 La situation au Québec.....	14
1.4.3 Analyse et conclusions.....	16
1.5 LA CRIMINALISATION ET SES EFFETS	16
1.5.1 La criminalisation des problèmes de santé mentale.....	17
1.5.2 La criminalisation de la toxicomanie.....	21
1.5.3 Les effets de cette criminalisation	23
1.5.4 La spécificité des personnes atteintes de troubles concomitants.....	24

1.6 LE SYNDROME DE LA PORTE TOURNANTE	25
1.6.1 Dans les services sociaux psychiatriques	25
1.6.2 Dans le système carcéral québécois	26
1.7 LA DÉINSERTION ET LA DÉSAFFILIATION.....	27
1.8 ANALYSE ET CONCLUSIONS.....	27
1.9 L'OBJET DE RECHERCHE	29
1.9.1 La question de recherche	29
1.9.2 Les trois grands objectifs	29
1.9.3 La pertinence sociale	30
CHAPITRE 2 : LA MÉTHODOLOGIE.....	31
2.1 L'ÉTUDE DE CAS À VISÉE EXPLORATOIRE.....	31
2.1.1 L'étude de cas simple	31
2.2 LA CUEILLETTE DE DONNÉES.....	33
2.2.2 L'unité d'analyse	34
2.2.3 La validation des données	35
2.3 LE RECRUTEMENT DES SUJETS	35
2.3.1 Les critères d'inclusion	35
2.3.2 Les critères d'exclusion	37
2.4 L'ANALYSE DES RÉSULTATS.....	38
2.5 LES LIMITES DE LA RECHERCHE.....	39
CHAPITRE 3 : LE DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE	40
3.1 DES OBSTACLES IMPRÉVUS.....	40
3.2 LES MODIFICATIONS DU DEVIS DE RECHERCHE.....	41

3.3 LES ENTREVUES DE SÉLECTION.....	41
3.3.1 Les entrevues de sélection du 25 mai 2006	42
3.3.2 Les entrevues de sélection du 20 septembre 2006	42
3.4 LES ENTREVUES EN PROFONDEUR.....	42
3.4.1 Les entrevues en profondeur avec le SUJET 1	43
3.4.2 Les entrevues en profondeur avec le SUJET 2	44
CHAPITRE 4 : LA TRAJECTOIRE DES SUJETS	45
4.1 LE SUJET 1.....	45
4.1.1 Le sommaire biographique	45
4.1.2 Le récit chronologique	46
4.1.3 Les thèmes importants	49
4.2 LE SUJET 2.....	55
4.2.1 Le sommaire biographique	55
4.2.2 Le récit chronologique	56
4.2.3 Les thèmes importants	59
4.3 L'ANALYSE DES TRAJECTOIRES.....	64
4.3.1 Les points communs	64
4.3.2 Les autres points d'analyse	66
4.4 LE POINT DE VUE DES INTERVENANTS SUR LA TRAJECTOIRE	69
4.4.1 La trajectoire générale de cette clientèle	69
CHAPITRE 5 : LE SYSTÈME CARCÉRAL	76
5.1 LE POINT DE VUE DES SUJETS ET DE LEURS FAMILLES	76
5.1.1 Le milieu carcéral et la clientèle souffrant de troubles concomitants	76
5.1.2 Au niveau des ressources	77
5.1.3 Au niveau du contrôle	79

5.2 LE POINT DE VUE DES INTERVENANTS	81
5.2.1 Le milieu carcéral et la clientèle souffrant de troubles concomitants	82
5.2.2 Au niveau des ressources	83
5.2.3 Au niveau du contrôle	87
5.2.4 L'utilisation détournée du système judiciaire - carcéral	90
CHAPITRE 6 : LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	93
6.1 LE POINT DE VUE DES SUJETS ET DE LEURS FAMILLES	93
6.1.1 Les services en santé mentale	93
6.1.2 Les services en toxicomanie	96
6.1.3 Les services en général	97
6.1.4 La concertation	99
6.2 LE POINT DE VUE DES INTERVENANTS	100
6.2.1 L'organisation du réseau	101
6.2.2 Les services en général	105
6.2.3 Les urgences psychiatriques	112
6.2.4 La concertation	114
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	119
ANNEXE I : GUIDES D'ENTREVUE	125
ANNEXE II : AUTORISATION D'ACCÈS AUX DOSSIERS	134
BIBLIOGRAPHIE	135

TABLEAUX ET SCHÉMAS

TABLEAUX

Tableau 1 : Augmentation des cas de maladie mentale dans les pénitenciers canadiens entre 1997-2003	9
Tableau 2 : La consommation abusive d'alcool et de drogues chez les détenus fédéraux entre 1997-2001	11

SCHÉMAS

Schéma 1 : Les entrevues semi-structurées prévues dans le devis original	33
Schéma 2 : Les entrevues réalisées avec le SUJET 1	43
Schéma 3 : Les entrevues réalisées avec le SUJET 2	44

Introduction

INTRODUCTION

Au pays, une personne sur cinq souffrira au cours de sa vie d'une forme de maladie mentale (Santé Canada, 2002). Cinq à dix pour cent des usagers de drogues ou d'alcool développeront une dépendance et deviendront toxicomanes ou alcooliques (Comité spécial sur les drogues illicites, 2003; Santé Canada, 2004). Les taux de prévalence de la maladie mentale ou de la toxicomanie sont établis depuis longtemps au Québec. Plusieurs études ont aussi analysé les taux de rechute ou encore l'efficacité des différents types de traitement. Toutefois, c'est à peine si l'on commence à s'intéresser à la conjonction des problématiques de santé mentale et de toxicomanie. En effet, il n'existe aucune statistique concernant la prévalence de ces troubles concomitants au sein de la population canadienne ou québécoise. Les seuls échos disponibles proviennent des intervenants oeuvrant sur le terrain. Selon eux, la présence des personnes souffrant de troubles concomitants est de plus en plus marquée dans les Centres de thérapie, tant ceux dédiés au traitement de la maladie mentale que ceux voués au traitement de la toxicomanie. La clientèle souffrant de troubles concomitants s'intègre assez mal aux ressources existantes qui soignent l'un ou l'autre des troubles séparément. De plus, puisqu'elle réagit mal aux interventions courantes, les taux de succès demeurent faibles. Incidemment les taux de rechutes associés à cette clientèle sont élevés, tout comme leurs nombres de visites aux urgences psychiatriques. Les intervenants mentionnent finalement que les personnes souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie constituent une clientèle particulièrement à risque de judiciarisation et d'itinérance.

Les chercheurs s'intéressent aux phénomènes de judiciarisation et de criminalisation de la maladie mentale ou encore de la consommation d'alcool et de drogues depuis de nombreuses années. Ces phénomènes, bien documentés, contribuent selon ces chercheurs à stigmatiser et marginaliser une clientèle dont la caractéristique principale demeure de souffrir d'une maladie. En effet, l'arrestation puis l'incarcération d'une personne peut engendrer des conséquences importantes : perte d'emploi, perte d'un logement, perte de ses biens, impossibilité de continuer une thérapie déjà entreprise, etc. De plus, la présence subséquente d'un casier judiciaire compliquera d'autant plus l'accès aux soins, l'accès à un nouvel emploi ou à un nouveau logement.

Une fois l'engrenage de la justice enclenché, il est souvent difficile pour la clientèle souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie de s'en extirper. Cette clientèle à l'état psychique vulnérable dispose généralement de peu de moyens, qu'ils soient financiers ou humains, si bien qu'elle aboutit fréquemment dans les Établissements de détention du Québec. Effectivement, selon les intervenants oeuvrant sur le terrain, la population carcérale souffrant de troubles concomitants ne cesse de s'accroître. D'ailleurs, plusieurs changements s'opèrent actuellement dans les Établissements de détention justement dans le but de faire face à cette nouvelle réalité. L'augmentation du nombre de détenus souffrant de troubles concomitants telle que constatée par plusieurs intervenants est d'ailleurs à l'origine de la présente recherche.

En effet, l'intérêt initial pour cette recherche provient d'une demande faite à l'Université de Sherbrooke par l'organisme Toxico-Gîtes. Ce Centre de thérapie se spécialise dans le traitement des personnes souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Il a la particularité de faire affaire avec une clientèle souvent judiciairisée; la majorité de sa clientèle possède effectivement un casier judiciaire. De plus, dix à quinze pour cent des pensionnaires résident à Toxico-Gîtes en tant qu'alternative à une sentence d'emprisonnement ou dans le cadre d'une ordonnance de probation. Face à une demande grandissante provenant de la clientèle judiciairisée, Toxico-Gîtes a fait appel à l'Université de Sherbrooke pour étudier la question. Un premier projet de recherche impliquant Toxico-Gîtes, le CLSC, de même que l'Établissement de détention de Sherbrooke a été monté sous la direction de Benoît van Caloen. Ce projet avait comme objectif d'établir la proportion de détenus souffrant de troubles concomitants, de faire l'inventaire et l'évaluation des services offerts et d'identifier les principaux besoins de ces détenus bien particuliers. Malgré l'appui des partenaires locaux et sa haute pertinence sociale, ce projet n'a pas reçu le support de l'administration des Établissements de détention à Québec de sorte qu'il a finalement dû être abandonné.

La présente recherche s'inspirera donc du projet cité ci-haut et reprendra certains thèmes à une échelle moindre. En effet, une fois recentrée, elle tentera de répondre à la question suivante : quelle est la trajectoire et quels sont les besoins des détenus et ex-détenus souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie ? Trois axes principaux baliseront cette recherche : la situation vécue par les détenus, les besoins et les services offerts ainsi que, brièvement, la concertation interdisciplinaire.

C'est dans le premier chapitre que sera présenté un survol de la problématique entourant les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Le second chapitre ainsi que le troisième dévoileront la méthodologie adoptée afin de réaliser la présente recherche. Les trois chapitres suivants seront entièrement consacrés à la présentation des études de cas et à l'analyse des résultats. Effectivement, le chapitre quatre traitera de la trajectoire de deux détenus souffrant de troubles concomitants, le chapitre cinq portera sur le système carcéral alors que le chapitre six aura comme thème le *Réseau de la santé et des services sociaux*. C'est aussi dans ce sixième chapitre que la concertation interdisciplinaire sera abordée. L'analyse de ces résultats permettra finalement de tirer certaines conclusions ainsi que d'émettre quelques recommandations relatives au traitement de cette clientèle bien particulière.

Chapitre 1 : La problématique

CHAPITRE 1

La problématique

Plusieurs notions seront abordées dans le développement de la problématique et du cadre théorique rattaché à cette recherche. Après un bref aperçu de la méthode de recension des écrits, ce chapitre débutera avec la définition des principaux concepts et la présentation d'un état de la situation actuelle dans le système carcéral canadien et québécois. Ensuite, des notions comme les troubles concomitants, la criminalisation, la porte tournante ainsi que la désinsertion sociale seront présentées. Finalement, ce premier chapitre se terminera avec le dévoilement de l'objet spécifique de cette recherche.

1.1 LA MÉTHODE DE RECENSION

La recension des écrits a été effectuée de manière systématique à l'aide de différents mots-clés. Ces mots-clés ont été tirés, en partie, des travaux de Laberge concernant le modèle de l'Urgence psychosociale-Justice (2000). De nombreuses banques de données relatives aux sciences humaines et sociales ont été interrogées dont Social Work Abstracts, SocINDEX, ERIC et PsychINFO. De plus, les banques de données de nature plus médicale telles MEDLINE, PubMed et TOXLINE ont aussi été consultées. Cependant, peu de résultats pertinents ont été obtenus de cette manière étant donné l'objet précis de cette recherche. En effet, elle s'intéresse à la situation prévalente au Québec et les banques de données renferment peu d'articles en français émanant d'ici.

Plusieurs articles pertinents ont, par ailleurs, été obtenus en écumant les bibliographies des sommités québécoises en matière de maladie mentale et de toxicomanie dont Danielle Laberge, Céline Mercier et Serge Brochu, de même qu'en consultant différentes publications gouvernementales. En utilisant une méthode pouvant être comparée à la technique dite « de la boule de neige », il a ainsi été possible de faire le tour de la question concernant le Québec. Plus d'emphase a donc été portée sur les écrits venant d'ici puisque l'objet de la présente recherche est justement limité au Québec. Toutefois, les articles en provenance du reste du Canada et des États-Unis n'ont pas été négligés pour autant et seront, eux aussi, présentés afin d'étoffer la problématique.

1.2 LA DÉFINITION DES CONCEPTS

Il serait bon, d'entrée de jeu, de définir les principaux concepts auxquels fera référence cette recherche. Cette première section permettra au lecteur de se familiariser avec le jargon utilisé pour traiter du milieu carcéral, de la santé mentale ainsi que de la toxicomanie. De plus, elle offrira un aperçu du terrain couvert par cette recherche.

1.2.1 Le détenu provincial

1) Le lieu de la peine

Au Québec, de même qu'au Canada, lorsque l'on reçoit une sentence d'emprisonnement, c'est la durée de cette sentence qui détermine l'endroit où l'on purgera sa peine. S'il s'agit d'une sentence de deux années ou plus, elle sera purgée dans le réseau fédéral des pénitenciers. S'il s'agit d'une sentence de moins de deux ans, ce sera dans les Établissements de détention provinciaux. Les pénitenciers, qui accueillent les contrevenants condamnés aux plus longues sentences, disposent de davantage de moyens afin d'encadrer et traiter ceux-ci. Au provincial, où la moyenne du nombre de jours en détention se situe à environ 30 jours au cours des cinq dernières années, la situation est bien différente (Ministère de la Sécurité publique, 2002; 2006).

2) Les types de peine

Si certaines peines sont purgées à l'intérieur d'un Établissement de détention, les peines dites « avec sursis » sont quant à elles purgées dans la collectivité. L'emprisonnement avec sursis ne s'applique que dans les cas où la peine infligée est d'une durée inférieure à deux années. De nombreuses conditions sont alors assorties à cette ordonnance de sursis, mais le contrevenant n'est pas incarcéré. De plus, certains contrevenants purgent leur sentence d'emprisonnement ferme, ou une partie de celle-ci, à l'intérieur d'un Centre de thérapie. Que ce soit pour la toxicomanie, la santé mentale, le jeu compulsif ou encore la violence, lorsqu'un contrevenant fait état d'un désir réel de s'en sortir et d'un bon comportement, la justice québécoise peut choisir cette avenue, et ce, depuis 1996 (Ministère de la sécurité publique, 2006).

Cette recherche porte donc sur les détenus ayant fait des séjours dans les Établissements de détention provinciaux. Tel que mentionné précédemment, c'est afin d'effectuer une étude concernant le milieu carcéral provincial que l'Université de Sherbrooke avait été sollicitée au départ. De plus, mentionnons que la situation dans les Établissements de détention provinciaux intéresse très peu de chercheurs. Une seule publication pertinente à ce sujet pointu, datant d'il y a trente ans, a pu être répertoriée (Landreville et coll. 1976).

1.2.2 Les troubles sévères de santé mentale

La santé mentale est une notion complexe dont la définition varie selon les époques, les cultures, les milieux et les individus. C'est pourquoi il est si important de bien définir le concept. Au Québec, c'est le Comité de la santé mentale qui propose une définition généralement acceptée de la santé mentale. Il s'agit de « *l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné.* »¹ Cet état s'apprécie notamment à l'aide des instruments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. La santé mentale résulte de l'interaction entre les facteurs biologiques, psychologiques et contextuels. De plus, elle est liée tant aux valeurs propres à chaque personne qu'aux valeurs collectives d'un milieu. Finalement, elle est influencée par des conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques.²

Cette recherche ne s'intéresse qu'aux troubles dits « sévères » de santé mentale que l'on retrouve au DSM-IV-TR.³ Les troubles mentaux sont qualifiés de sévère ou graves « *lorsqu'ils sont associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail.* »⁴ On retrouve dans cette catégorie la schizophrénie, les troubles bipolaires, la dépression majeure, le trouble de la personnalité anti-sociale ainsi que le trouble de la personnalité limite. Ces troubles, davantage envahissants, ont généralement un impact plus important sur la vie et le comportement du détenu à l'intérieur de l'Établissement de détention, c'est pourquoi cette recherche s'y limite.

¹ COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, « Orientations du CSMQ », [En ligne], 31 juillet 2002, <http://www.msss.gouv.qc.ca/csmq> (Page consultée le 16 février 2006)

² Ibid.

³ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, « DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », 4^e édition, Masson, Paris, 2003, 1065 p.

⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, Politique de la santé mentale, Québec, 1989, p.22

1.2.3 La toxicomanie

L'American psychiatric association définit la toxicomanie comme « *un état d'intoxication périodique ou chronique, issu de la consommation régulière et abusive de produits psychotropes.* »⁵ On entend par substance psychotrope une substance agissant sur le système nerveux central. Cette substance influence aussi la façon dont la personne toxicomane pense, se sent ou agit. Les drogues illicites, l'alcool ainsi que les médicaments psychotropes prescrits sont tous considérés comme des substances psychotropes. Plusieurs caractéristiques indiquent une toxicomanie :⁶

- 1) *Un désir incontrôlable de poursuivre sa consommation.*
- 2) *Une tendance à augmenter celle-ci.*
- 3) *Une dépendance physique et psychologique.*
- 4) *Des effets dommageables de nature individuelle ou sociale.*
- 5) *La poursuite de la consommation malgré les effets négatifs qui en découlent.*

Cette recherche s'intéresse tant à la toxicomanie (drogue illicites ou médicaments psychotropes) qu'à l'alcoolisme. La toxicomanie s'apprécie habituellement avec des instruments standardisés tels le MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*), le DAST (*Drug Abuse Screening Test*) ou l'IGT (*Indice de Gravité d'une Toxicomanie*).⁷ Pour les besoins de cette recherche, le dépistage et le diagnostic tant en matière de maladie mentale qu'en matière de toxicomanie ont été assurés par les professionnels compétents avant l'incarcération du participant.

1.3 LA PROPORTION DE DÉTENU(S) SOUFFRANT DE TROUBLES CONCOMITANTS DE SANTÉ MENTALE ET DE TOXICOMANIE

Les détenus souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie sont nombreux. Il est toutefois particulièrement ardu d'obtenir des indications claires sur cette population puisque les deux problématiques sont habituellement traitées séparément : d'une

⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, « Problèmes sociaux; alcoolisme et toxicomanie », [En ligne], 2005, <http://www.msss.gouv.qc.ca> (Page consultée le 28 janvier 2006)

⁶ Ibid.

⁷ SANTÉ CANADA, « Rapport sommaire de l'atelier sur les meilleures pratiques relatives aux troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie », Ottawa, 2002, p.4

part, les détenus souffrant de problèmes de santé mentale et d'autre part, les détenus souffrant de problèmes de toxicomanie. Impossible donc de savoir précisément, à partir des statistiques compilées par les différents paliers de gouvernement ainsi que les Établissements de détention, quelle est la proportion de détenus souffrant des deux troubles de manière concomitante. Des informations traitant des deux problématiques séparément sont toutefois disponibles et seront présentées dans cette deuxième section.

1.3.1 La santé mentale

D'une manière générale, la situation des détenus est bien documentée au niveau fédéral. Voici pour commencer les résultats des recherches menées à ce niveau. Les résultats concernant les Établissements de détention du Québec seront exposés par la suite.

1) L'état de la situation dans les pénitenciers

Selon Laberge, « on a constaté, au Canada, un nombre grandissant de personnes ayant des problèmes de santé mentale et qui ont des démêlés avec la justice. »⁸ Boe et coll. (2003), dans leur étude réalisée pour le compte du **Service Correctionnel du Canada**, dressent le portrait de la situation dans les pénitenciers canadiens. Les chercheurs ont étudié les dossiers de tous les détenus au Canada entre 1997 et 2003 afin d'établir précisément le profil de la clientèle. Par la suite, une autre étude basée sur la même méthodologie, mais plus poussée au niveau de la santé mentale, a été effectuée. Cette seconde étude de Boe et Vuong (2003) indique clairement que les cas de maladie mentale sont en augmentation dans les pénitenciers canadiens : « une analyse semble indiquer un accroissement de la population de détenus sous responsabilité fédérale présentant des indicateurs de santé mentale à l'EID (Évaluation initiale des détenus), alors que le nombre global d'admissions et la population carcérale sont en baisse. »⁹

⁸ LABERGE, Danielle, « Pratique de déjudiciarisation de la maladie mentale : le modèle de l'Urgence psychosociale-Justice », *Criminologie*, vol. 33, no 2, 2000. p.82

⁹ BOE, Roger et Ben VUONG, « Les tendances en matière de santé mentale parmi les détenus sous responsabilité fédérale », *Service correctionnel du Canada*, Ottawa, 2003. p.4

Aperçu des résultats

Le tableau suivant porte sur l'augmentation des cas de maladies mentales dans les pénitenciers canadiens.

TABLEAU 1

Augmentation des cas de maladies mentales dans les pénitenciers canadiens entre 1997-2003.

	1997	2001	Augmentation
Fait l'objet d'un diagnostic	6%	8.5%	40%
Médicament prescrit présentement	10%	18%	80%

Source : Boe et Vuong (2003)

En 1997, 6% des détenus fédéraux faisaient l'objet d'un diagnostic de maladie mentale alors que ce nombre est passé à 8,5% en 2001. Quoique le phénomène demeure relativement marginal, il s'agit tout de même d'une augmentation importante de 40%. En outre, en 1997, 10% des détenus admis présentaient l'indicateur « médicament prescrit en ce moment ». ¹⁰ La proportion atteignait 18% cinq années plus tard, soit une hausse de 80%, représentant près d'un détenu sur cinq.

2) L'état de la situation dans les Établissements de détention québécois

Quelques données sont aussi disponibles concernant les Établissements de détention québécois. En effet, le Ministère de la sécurité publique a publié en 2001, le **Portrait de la clientèle correctionnelle du Québec** (Robitaille, 2002). Encore une fois, cette étude analyse séparément les problèmes de santé mentale et les problèmes de toxicomanie. Elle nous offre donc un portrait général de la population carcérale, sans établir le taux de prévalence relatif aux troubles concomitants. Le Ministère de la sécurité publique avait publié, en 1994, une recherche portant sur le même sujet. ¹¹ Il aurait été intéressant de pouvoir comparer les résultats obtenus par ces deux recherches. Malheureusement, des différences méthodologiques

¹⁰ L'indicateur « médicament prescrit en ce moment » fait référence à des médicaments généralement associés au traitement des maladies mentales.

¹¹ MONTEGIANI, Mario et Nicole SOUCY, « Portrait de la clientèle correctionnelle du Québec 1993 », Direction générale des services correctionnels, *Ministère de la Sécurité publique*, Québec, 1994. 132 p.

importantes, notamment au niveau de la formulation des questions, rendent cet exercice futile. Il est donc impossible de savoir précisément, à l'aide de statistiques officielles, si la présence de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie est à la hausse ou à la baisse dans les établissements de détention du Québec.

Aperçu des résultats

- 51.5 % des détenus ont déjà rencontré un professionnel pour un problème d'ordre émotionnel ou psychologique.
- De ceux-ci, 66.3% ont effectivement reçu un diagnostic de psychopathologie. Toutefois, puisqu'il n'y a pas de dépistage systématique à l'entrée des détenus, certains troubles ne sont vraisemblablement jamais diagnostiqués ni rapportés. Ce pourcentage déjà élevé pourrait donc sous-estimer la situation réelle.
- 20.5% des détenus dans les prisons provinciales ont déjà été hospitalisés pour des problèmes d'ordre émotionnel ou psychologique.
- Finalement, 32.8% des détenus ont déjà reçu une prescription de médicaments par un médecin ou un psychiatre pour un problème d'ordre émotionnel ou psychologique.

Source : Robitaille et coll. (2002)

Critique

Les chiffres qui précèdent indiquent une situation potentiellement inquiétante. Toutefois la recherche en question n'indique pas à quelle époque remontent ces problèmes d'ordre émotionnel ou psychologique. Les questions sont formulées de manière à vérifier une prévalence à vie, et non la situation actuelle. Les statistiques officielles du gouvernement québécois ne sont donc pas très précises quant à la prévalence des troubles mentaux à l'intérieur des Établissements de détention. Cela s'explique peut-être par l'absence d'un protocole de dépistage lors de l'admission d'un détenu dans le système carcéral provincial. En effet, les détenus malades ne sont pas identifiés systématiquement. On découvre les troubles mentaux ou les toxicomanies un peu au hasard des déclarations, des prescriptions et des crises des détenus.

1.3.2 La toxicomanie

1) L'état de la situation dans les pénitenciers

Selon une étude réalisée pour le **Service correctionnel du Canada** en 2003, « *les délinquants qui ont des problèmes de toxicomanie continuent de poser de grandes difficultés.* »¹² Aussi, « *au moment de l'admission dans un établissement fédéral, près de 70% des délinquants sous responsabilité fédérale sont évalués comment ayant un problème de toxicomanie qui nécessite une intervention.* »¹³

Aperçu des résultats

Le tableau suivant porte sur la consommation abusive d'alcool et de drogue chez les détenus au moment de leur admission au pénitencier.

TABLEAU 2

La consommation abusive d'alcool et de drogues chez les détenus fédéraux entre 1997-2001

Consommation abusive de :	1997	2001
Drogue	65%	67%
Alcool	61%	59%
Alcool et drogue	78%	79%

Source : Boe et Vuong (2003)

Seule la consommation abusive d'alcool chez les détenus au moment de leur admission a diminué légèrement entre 1997 et 2001, passant de 61% à 59%. Les taux concernant la consommation abusive de drogue ou encore de drogue et d'alcool ont tous deux légèrement augmenté passant de 65% à 67% en ce qui a trait à la drogue seule, et de 78% à 79% quant à la consommation d'alcool et de drogue. Ces changements ne sont toutefois pas statistiquement significatifs. Ce tableau démontre donc une situation relativement stable dans le milieu pénitentiaire canadien. Les auteurs ne précisent cependant pas ce qu'ils considèrent comme étant une consommation abusive, ce qui rend difficile la comparaison avec le reste de la

¹² BOE et coll., « L'évolution du profil de la population carcérale sous responsabilité fédérale : 1997-2002 », *Service correctionnel du Canada*, Ottawa, 2003, p.29

¹³ MCVIE, Fraser, « L'alcool et la drogue dans le système correctionnel fédéral : Les problèmes et les défis », *Service correctionnel du Canada*, Ottawa, 2001, p.1

population canadienne. Les conclusions indiquent quand même qu'une proportion variant des deux tiers aux trois quarts des détenus éprouve des difficultés reliées à l'alcoolisme ou à la toxicomanie alors que les taux de consommation abusive généralement admis dans la population canadienne s'échelonnent entre 5% et 10% (Santé Canada, 2004).

2) L'état de la situation dans les Établissements de détention québécois

Encore une fois, c'est le **Portrait de la clientèle correctionnelle du Québec** publié par le Ministère de la sécurité publique qui fournit les informations les plus pertinentes afin de dresser un état de la situation dans les Établissements de détention du Québec.

Aperçu des résultats

- 42.5% de la clientèle prend plus de 14 verres par semaine, alors qu'au Canada, seulement 11% de la population rapporte prendre plus de 14 consommations par semaine (Statistiques Canada, 2001).
- 53.7% des détenus affirment avoir consommé de la drogue durant l'année précédent leur prise en charge.
- De ce nombre, 48.5% en ont consommé tous les jours.
- 30.9% des détenus ont déjà commis des délits pour payer leur consommation
- 54.0% des détenus ont déjà commis des délits sous l'influence de l'alcool ou de la drogue.
- 47% ont déjà subi une cure de désintoxication.

(Source : Robitaille et coll., 2002)

1.3.3 Analyse et conclusions

Le nombre de détenus fédéraux souffrant d'un problème de santé mentale a augmenté entre 1997 et 2003. Il est cependant étonnant de constater que seulement 6% à 8% de la population carcérale souffre d'un problème de santé mentale. En effet, Santé Canada (2002) estime qu'au pays, les maladies mentales affectent de 8% à 10% de la population. Il est difficile d'imaginer que la situation est meilleure dans les pénitenciers. On peut donc penser que ces taux sous-

estiment le nombre réel de détenus souffrant d'un problème de santé mentale. Malgré cela, leur nombre semble tout de même en augmentation depuis quelques années. Quant à la situation dans le système provincial, les statistiques officielles ne permettent pas d'établir s'il y a eu augmentation au cours des dernières années. Elles indiquent quand même que pas moins de 50% de la population carcérale ont déjà rencontré un professionnel à ce sujet.

Quant à la toxicomanie, bien que les taux soient relativement stables dans les pénitenciers, ils demeurent quand même extrêmement élevés. En effet, entre 66% et 75% des détenus sont identifiés comme ayant un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie. Cette fois, la situation semble moins sérieuse dans les Établissements de détention provinciaux bien qu'une grande partie de la clientèle éprouve aussi des problèmes reliés à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Cependant, puisque ni l'étude de Boe et coll. (2003), ni celle de Robitaille et coll. (2002) ne précise les critères utilisés afin d'établir une consommation abusive, les comparaisons demeurent difficiles.

Finalement, les troubles concomitants demeurent les grands absents des statistiques officielles. Pourtant, santé mentale et toxicomanie partagent souvent des liens insoupçonnés et négligés. En effet, les auteurs comme Laberge (2000) qui s'intéressent particulièrement à la santé mentale ne la dissocient jamais complètement des problématiques de toxicomanie : « *des pratiques courantes de consommation excessive de drogue ou d'alcool contribuent au taux non négligeable de troubles parfois graves de santé mentale.* »¹⁴ Quant aux auteurs qui, comme Simpson (2001), s'intéressent spécialement à la toxicomanie, ils affirment que : « *la toxicomanie est souvent associée aux problèmes de santé mentale.* »¹⁵ Ces deux phénomènes demeurent donc inextricablement liés.

1.4 TROUBLES CONCOMITANTS DE SANTÉ MENTALE ET DE TOXICOMANIE

Bien que les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie n'apparaissent que rarement dans les études statistiques québécoises ou canadiennes, les liens entre la santé mentale et la toxicomanie sont de plus en plus étudiés par nos voisins du sud. Un portrait général relatif à l'état des connaissances concernant les troubles concomitants sera dressé dans cette troisième section.

¹⁴ LABERGE, Danielle, « Pratique de déjudiciarisation de la maladie mentale : le modèle de l'Urgence psychosociale-Justice », *Criminologie*, vol. 33, no 2, 2000, p.85

¹⁵ SIMPSON, Ann, « Fermer la "porte-tambour" : Le Tribunal de traitement de la toxicomanie de Toronto », *Caledon institute of social policy*, Ottawa, 2001, p.8

1.4.1 La situation aux États-Unis

La première étude à grande échelle qui s'est intéressée aux troubles concomitants aux États-Unis a été réalisée par Regier et coll. en 1990. Basée sur les résultats de *l'Epidemiologic Catchment Area Study* (ECA), cette étude démontre ce qui suit :

Initiated to assess the rates of psychiatric disorders in community and institutionalized samples, the ECA found that 22,3% of those with a lifetime mental disorder diagnosis had a lifetime history of alcohol abuse-dependence, whereas 15% reported a lifetime comorbid drug abuse-dependence disorder. The rates of co-occurrence/comorbidity or dual diagnosis rise considerably when viewed from the base rates of substance use. 37% of those with a lifetime diagnosis of alcohol abuse-dependence have a co-occurring mental disorder, whereas 53.1% of individuals with a lifetime drug disorder report a comorbid mental disorder.¹⁶

Quelques années plus tard, en 1996, Drake et Mueser en viennent à des conclusions semblables. De toute évidence, les taux de comorbidité sont spécialement élevés chez les personnes atteintes de troubles mentaux sévères. En effet, « *chez les patients schizophrènes, la prévalence à vie d'un trouble d'abus de substances est de 33.7% pour l'alcool et de 27,5% pour les drogues. Chez les patients bipolaires, la prévalence d'un trouble relié à l'alcool est de 46% et la prévalence de la toxicomanie est de 41%* »¹⁷ (traduction par l'auteur). Quant aux alcooliques, leur taux de prévalence à vie de schizophrénie est de 4.5% à 6% et chez les toxicomanes, ce taux est relativement semblable, atteignant 7 %.

1.4.2 La situation au Québec

Selon Mercier et le Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie (1997) depuis le début des années 1990, « *ce phénomène de comorbidité ne cesse de s'accroître.* » Bien qu'au Québec, « *aucune étude sur la prévalence de troubles mentaux graves et de toxicomanie n'a été effectuée* »¹⁸, les auteurs affirment qu'il est irréaliste de penser que la province échappe à cette tendance.

¹⁶ REGIER, D.A., et coll., « Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse : Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study, *Journal of the American Medical Association*, 264, 1990, p.37

¹⁷ DRAKE, R.E., et K.T. MUESER, « *Dual diagnosis of major mental illness and substance abuse volume 2 : recent research and clinical implications* », Josey Bass Publishers, San Francisco, 1996, p. 56

¹⁸ MERCIER, Céline, « Avis sur la double problématique toxicomanie et santé mentale », *Comité permanent de lutte à la Toxicomanie*, Québec, 1997, p.2

1) Les résultats du Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie

Des données informelles ont été recueillies dans différents milieux de traitement au Québec par le CPLT (Mercier, 1997). Les personnes souffrant de troubles concomitants compteraient pour 33 à 50% de la clientèle en milieu psychiatrique, par exemple. Dans les centres de traitement de la toxicomanie, la proportion serait de 50 à 66% des clients (ces chiffres incluent tous les types de troubles mentaux). Mercier et Beaucage (1997) indiquent aussi que les chiffres compilés par le CPLT sont considérés comme « *conservateurs étant donné l'absence de dépistage systématique.* »¹⁹ Cependant, puisqu'il n'existe pas d'étude équivalente plus récente, il est impossible d'établir clairement s'il y a augmentation ou non. Lorsqu'elle affirme que le phénomène de comorbidité ne cesse de s'accroître, Mercier se base sur les impressions des intervenants qu'elle a rencontrés. Les chiffres qu'elle a compilés brossent toutefois un portrait du nombre impressionnant de personnes atteintes de troubles concomitants.

2) Les résultats d'entrevues avec des informateurs-clés

L'absence de données probantes concernant le milieu carcéral a justifié le recours à des entrevues avec des informateurs-clés du milieu sherbrookoïse. Ces entrevues ont été réalisées au cours de l'automne 2005. Trois intervenants ont alors été rencontrés :

- 1) Un travailleur social au CLSC de Sherbrooke, aussi travailleur de milieu à l'Établissement de détention de Sherbrooke.
- 2) Une conseillère spécialisée en milieu carcéral (CSMC) à l'Établissement de détention de Sherbrooke.
- 3) Un infirmier, travaillant à l'infirmerie de l'Établissement de détention de Sherbrooke.

Par ailleurs, une collaboration systématique a été établie avec les partenaires de Toxico-Gîtes, de qui émanait la demande initiale.

Selon les estimations de ces intervenants, environ la **moitié** de la population carcérale purgeant des sentences d'un mois et plus serait affectée par des troubles concomitants de

¹⁹MERCIER, Céline et Béatrice BEAUCAGE, « Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de situation pour le Québec, *Comité permanent de lutte à la toxicomanie*, Québec, 1997. p.5

santé mentale et de toxicomanie. Les estimations des différents intervenants concordent bien qu'elles ne s'appuient pas toutes sur des enquêtes internes. L'un de ces intervenants a, en effet, mené une enquête officieuse auprès des détenus afin d'en arriver à dégager cette proportion. Ces intervenants prétendent aussi que les cas de détenus présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie sont en augmentation dans le système carcéral québécois. Finalement, tous s'unissent pour affirmer qu'un dépistage systématique de ces problématiques serait fort utile. De plus, ils estiment que les services offerts dans les Établissements de détention à l'heure actuelle sont déficients et ne tiennent pas compte des réalités vécues par les détenus souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie.

1.4.3 Analyse et conclusions

À la lumière des écrits disponibles sur le sujet ainsi que des entrevues effectuées avec des informateurs-clés du milieu sherbrookoïse, quelques conclusions peuvent être tirées concernant les troubles concomitants. D'abord, peu de chercheurs se sont intéressés à la conjonction des trois problématiques : maladie mentale – toxicomanie – judiciarisation. Aucune statistique officielle concernant la présence des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie dans les Établissements de détention du Québec n'est disponible. Malgré cette absence de données officielles, les intervenants affirment que les cas de troubles concomitants sont à la hausse dans les milieux carcéraux, notamment à l'Établissement de détention de Sherbrooke. En effet, à l'heure actuelle, la moitié des détenus en sol sherbrookoïse souffrirait de troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale.

Cet état de la situation soulève plusieurs questions : comment se fait-il que des personnes, alors qu'elles sont plutôt en besoin de traitement, se retrouvent en si grand nombre dans le milieu carcéral ? Quel est l'impact de cette criminalisation sur la suite de leur trajectoire ? Ces interrogations seront abordées dans la section suivante.

1.5 LA CRIMINALISATION ET SES EFFETS

Au Canada, les chercheurs s'entendent pour dire que les toxicomanes (Simpson, 2001) de même que les malades mentaux (Laberge, 2000) sont particulièrement vulnérables à la judiciarisation ou la criminalisation de leurs problèmes de consommation ou de santé mentale.

Ils sont donc surreprésentés dans le système carcéral. Le processus menant à la criminalisation des problèmes de santé mentale et de toxicomanie sera traité dans cette quatrième section. Des alternatives canadiennes à la criminalisation des problèmes de santé mentale et de toxicomanie seront aussi présentées.

1.5.1 La criminalisation des problèmes de santé mentale

Deux hypothèses largement utilisées afin d'expliquer la présence de malades mentaux dans le système carcéral seront d'abord dévoilées. Le rôle des policiers et de l'appareil judiciaire dans la criminalisation de la maladie mentale sera aussi expliqué dans cette section. Enfin, l'Urgence psychosociale-Justice de même que l'organisme P.E.C.H, deux initiatives québécoises visant à contrecarrer cette criminalisation, seront abordées.

1) Le déplacement de la clientèle

Cette théorie a été développée par Penrose (1939) à la fin des années trente. Cet auteur avance l'existence d'une relation inverse entre le nombre de places disponibles en milieu psychiatrique et le nombre de places disponibles en milieu carcéral. Son hypothèse repose sur trois postulats :

- 1) La maladie mentale prédispose à la violence et au crime.
- 2) Dans la société, certains individus se comportent d'une manière si indésirable qu'ils doivent être retirés du milieu.
- 3) L'incarcération et l'hospitalisation psychiatriques sont les principales manières utilisées par la société moderne afin d'isoler ces individus au comportement déviant.

Selon cette théorie, le nombre élevé de malades mentaux dans les établissements carcéraux serait le résultat du peu de place réservée aux malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques. Les études plus récentes confirment un certain déplacement de la clientèle (Palerno et Smith, 1991), cependant, l'explication de Penrose ne tient pas compte de toutes les variables. De plus, le premier postulat sur lequel elle repose est aujourd'hui largement décrié. En effet, à l'heure actuelle, le lien entre la maladie mentale et la violence est plus que jamais remis en question. Arboleda-Flórez a effectué une large recherche pour le compte de Santé Canada en 1996. Celle-ci a étudié en profondeur toutes les recherches publiées sur le sujet au

cours des 25 dernières années. Sa conclusion est claire : « *il n'est pas possible d'établir un lien de cause à effet entre la maladie mentale et la violence.* »²⁰ La théorie de Penrose, mis à part le déplacement des clientèles, a donc été graduellement abandonnée pour faire place à une nouvelle hypothèse, celle de la « criminalisation de la maladie mentale. »

2) La criminalisation de la maladie mentale

La criminalisation de la maladie mentale est une expression que l'on attribue généralement à Abramson (1971). Elle désigne essentiellement « *le phénomène de prise en charge, par les instances du système de justice criminelle, de personnes dont la caractéristique principale était de souffrir de problèmes de santé mentale.* »²¹ Selon Laberge, plusieurs facteurs contribuent à ce phénomène de criminalisation.

- 1) La transformation des pratiques hospitalières, telle la désinstitutionnalisation, ont largement affecté le milieu de vie de malades qui étaient traditionnellement pris en charge par les hôpitaux psychiatriques.
- 2) Les modifications concernant les critères d'internement civil involontaire font qu'il est de plus en plus difficile de procéder à l'internement d'une personne malade contre son gré. Puisqu'il est maintenant ardu, voire même impossible, d'utiliser le système de santé afin de venir en aide à une personne en état de désorganisation et d'incohérence, le recours au système pénal s'est imposé comme une alternative valide.
- 3) Les transformations sociales importantes telles les coupures dans les services sociaux et le logement social ont contribué à l'appauvrissement des démunis et favorisé l'itinérance. Or, le phénomène des sans-abri produit son lot de maladie mentale étant donné les dures conditions d'existence auxquelles ces personnes sont soumises.

En conséquence de toutes ces transformations, « *les personnes souffrant de problèmes de santé mentale se sont retrouvées seules, sans soutien communautaire ou familial. C'est dans ces conditions bien particulières qu'entrent en action le système judiciaire et particulièrement les policiers.* »²²

²⁰ ARBOLEDA-FLOREZ, Julio, « Maladie mentale et violence : Un lien démontré ou un stéréotype? », Direction général de la promotion et des programmes de santé, Santé Canada, Ottawa, 1996, p.46

²¹ LABERGE, Danielle, « Pratique de déjudiciarisation de la maladie mentale : le modèle de l'Urgence psychosociale-Justice », *Criminologie*, vol. 33, no 2, 2000, p.84

²² Ibid, p.85

3) Le rôle des policiers et de l'appareil judiciaire

Les policiers jouent un rôle important dans le phénomène de la criminalisation de la maladie mentale. Cela est dû au fait qu'ils constituent souvent la première ligne d'intervention auprès des personnes malades. En effet, les policiers sont confrontés quotidiennement à des personnes en état de crise et savent pertinemment que les services d'urgences médicales et sociales n'ont pas le pouvoir d'imposer des soins contre la volonté du malade. Plutôt que de devoir intervenir à nouveau auprès de la même personne quelques heures plus tard, les policiers tendent à recourir à l'arrestation afin de restaurer la paix mais aussi de protéger cette personne malade de ses comportements incohérents et dangereux. Avec cette arrestation souvent suivie d'une incarcération préventive, les policiers s'assurent que la personne malade recevra enfin un service minimal. Il est à noter que l'intervention policière est faite de bonne foi la grande majorité du temps. Les policiers, connaissant bien le système des urgences psychiatriques, estiment qu'il vaut mieux arrêter et incarcérer la personne instable pour un crime mineur (alors qu'une personne ne souffrant pas d'un problème de santé mentale aurait reçu un avertissement) que de la laisser à elle-même dans la rue. Selon Teplin (1984), une personne souffrant de maladie mentale court jusqu'à vingt pour cent plus de chances de se faire arrêter que le reste de la population.

Bien que l'arrestation d'une personne malade lui assure une certaine prise en charge, certains inconvénients y sont aussi associés. Le plus immédiat demeure l'incarcération préventive. En effet, certains groupes sont plus vulnérables face à l'incarcération préventive dont les sans-emploi, les chômeurs, les itinérants ainsi que les personnes affichant des problèmes de santé mentale (Garceau, 1990). De plus, puisque celles-ci « *sont arrêtées en situation de crise, elles sont détenues plus longtemps parce qu'on a de la difficulté à trouver des intervenants formés pour les évaluer.* »²³ Effectivement, listes d'attente dans les différents hôpitaux psychiatriques sont souvent longues. En plus d'être détenues plus longtemps, les personnes souffrant de maladie mentale bénéficient plus rarement de remises en liberté en attendant leur procès.

Peu d'éléments sont disponibles relativement au traitement réservé à ces personnes malades lors de leur procès. Étant donné le devoir de réserve des juges, il est difficile de connaître précisément l'impact qu'ils peuvent avoir sur la carrière criminelle des personnes atteintes de

²³ GAGNON, Karine, « Premier tribunal en santé mentale à l'automne », *Médiamatin Québec*, [En ligne], 19 juin 2007, <http://www.mediamaatinquebec.com> (Page consultée le 12 septembre 2007)

maladie mentale. Par exemple, il est impossible de savoir si le statut de malade mental influence véritablement les verdicts et les sentences. Pourtant, certains avocats et juges avouent parfois se sentir mal à l'aise à traiter ce genre de dossier (Lemire, 2004). Face à l'explosion du nombre de causes impliquant une personne souffrant de maladie mentale, la ville de Montréal évalue présentement la possibilité de mettre sur pied un Tribunal de la santé mental à la Cour municipale. Si les échéanciers sont respectés, ce Tribunal devrait être inauguré à la fin de l'automne 2007 (Gagnon, 2007).

Finalement, les actions des policiers, de même que celles du reste de l'appareil judiciaire ont souvent pour conséquence d'étiqueter le malade comme « criminel » et « dangereux », le privant souvent de services psychosociaux subséquents. En effet, selon Dessureault (1998), les premières prises en charge sont importantes puisqu'une fois aiguillée vers la filière pénale, cette clientèle risque fort d'y être renvoyée lors d'une intervention subséquente.

4) Le modèle de l'Urgence Psychosociale-Justice

Le modèle de la « criminalisation de la maladie mentale » demeure celui largement utilisé aujourd'hui afin d'expliquer le nombre élevé de malades mentaux dans les Établissements de détention. Afin de contrer ce phénomène, une initiative toute québécoise remporte beaucoup de succès. Il s'agit de l'Urgence Psychosociale-Justice créée par le CLSC des Faubourgs à Montréal (Laberge, 2000). Ce service comporte deux volets principaux. D'abord, une équipe d'intervenants répond aux appels d'urgence et se déplace sur les lieux d'événements impliquant une personne dont l'état mental semble instable, habituellement à la demande des policiers. Elle désamorce la crise et aiguille la personne malade vers les ressources appropriées : ressource d'hébergement, hôpital, désintoxication, etc. L'arrestation de la personne en crise est alors évitée. Ensuite, un second volet s'occupe du service à la Cour. Sa principale tâche consiste à répondre aux demandes d'évaluation des justiciables qui présentent des signes de maladie mentale. L'intervenant tente d'éviter la prolongation inutile de la détention provisoire, et dans certains cas, la peine d'incarcération. Finalement, les intervenants y travaillant précisent que la participation des organismes communautaires est essentielle au bon fonctionnement du programme.

5) Le Projet d'Encadrement Clinique et d'Hébergement (P.E.C.H.)

Cet organisme basé à Québec offre un service de soutien communautaire tout en privilégiant particulièrement l'intégration sociale des personnes atteintes de troubles graves de santé mentale qui ont, ou ont eu, des démêles avec la justice (Bizier et Morin, 2006). Ces services se divisent en cinq volets distincts. Les volets « soutien communautaire semi-intensif », « hébergement transitoire » et « soutien au logement » sont particulièrement intéressants. Cet organisme estime en effet, que la réintégration sociale, la prise en main et la réappropriation du pouvoir des personnes vivant avec la maladie mentale passent, entre autres, par l'accès au logement. P.E.C.H. a récemment inauguré, en 2003, un immeuble de logement social permettant à une douzaine de locataires d'habiter un appartement neuf et subventionné. Les services offerts par les deux derniers volets « travail de milieu » et « service de crise et d'application » font penser aux services offerts par l'Urgence Psychosociale-Justice. En effet, par une pratique préventive et en partenariat avec plusieurs autres organismes, dont le Service de Police de la Ville de Québec et la Sûreté du Québec, P.E.C.H. agit en amont du processus de judiciarisation. Il parvient donc à éviter l'entrée des personnes atteintes de problèmes de santé mentale dans le système carcéral et à réduire le nombre d'admissions à l'Établissement de détention de Québec. P.E.C.H. a offert ses services à 1447 personnes au cours des années 2003 et 2004.

1.5.2 La criminalisation de la toxicomanie

Les prochaines lignes traiteront du processus menant à la criminalisation de la toxicomanie, du rôle joué par les policiers dans cette criminalisation de même que d'une alternative canadienne à la judiciarisation des toxicomanes.

1) Le processus de criminalisation

Le processus de criminalisation de la toxicomanie est très différent de celui s'appliquant aux troubles mentaux. En effet, contrairement au processus menant à la criminalisation de la maladie mentale, il y a toujours, dans le cas de toxicomanie, commission d'un crime. Bien que les policiers fassent preuve d'un pouvoir discrétionnaire (surtout dans les cas de possession simple de cannabis), il n'en demeure pas moins qu'il est illégal au Canada d'acheter, vendre ou posséder de la drogue. Aussi, il est illégal d'opérer un véhicule moteur

avec les facultés affaiblies ou avec un taux d'alcool supérieur à 8 milligrammes par 100 millilitres de sang.

D'autres facteurs peuvent aussi jouer dans le processus de criminalisation. Brochu (1995) fait état de deux modèles associant drogues et criminalité : le modèle économique-compulsif et le modèle psycho-pharmacologique. Le premier renvoie au principe de la criminalité acquisitive. En effet, il s'exerce une pression économique énorme sur les épaules d'un toxicomane qui doit finalement commettre certains crimes afin de se procurer l'argent nécessaire à sa consommation. Le second modèle associe l'intoxication à une diminution des fonctions cognitives et de contrôle. Le toxicomane est ainsi plus porté à laisser libre cours à ses pulsions agressives et violentes. Il faut donc considérer cette relation drogue – crime dans le processus de criminalisation de la toxicomanie.

2) Le rôle des policiers et de l'appareil judiciaire

Il est assez simple d'expliquer le rôle du policier dans le phénomène de la criminalisation de la toxicomanie. En effet, lorsqu'il s'agit de crimes liés à la possession, au trafic ou encore au vol, le processus menant à la criminalisation des toxicomanes est davantage direct. Les policiers, en procédant à l'arrestation de ces contrevenants ne font, en fait, qu'appliquer la loi.

Il existe certaines zones grises concernant, par exemple, la possession simple de cannabis. Dans ce cas, le policier choisit souvent de seulement interpellé un contrevenant sans l'arrêter. Et lorsqu'il y a arrestation, le procureur de la Couronne jouit, lui aussi, d'un pouvoir discrétionnaire lui permettant d'abandonner les accusations moyennant certaines conditions. Le rapport Nolin, qui a récemment recommandé la légalisation du cannabis, souligne cependant que « *l'application inégale de la loi suscite des inquiétudes en ce qu'elle peut mener à des formes de discrimination, à l'aliénation de certains groupes de la société.* »²⁴ De plus, déjudiciarisation ne signifie pas décriminalisation, de sorte que les affaires concernant le cannabis sont tout de même responsables de 70% des dossiers relatifs aux drogues devant les Tribunaux du Canada (Comité spécial sur les drogues illicites, 2003; Bertrand, 2004).

²⁴ COMITÉ SPÉCIAL SUR LES DROGUES ILLICITES, « *Le cannabis : rapport du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites* », Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 2003, p.157

3) Le Tribunal de la toxicomanie de Toronto

Afin d'éviter la judiciarisation d'un certain nombre de personnes étant appréhendées en possession de drogues illicites, le Tribunal de la toxicomanie de Toronto a été instauré en 1998 (Simpson, 2001). Premier du genre au Canada, il combine le traitement pour la toxicomanie et la surveillance des décisions judiciaires. Ses participants, triés sur le volet, doivent répondre à plusieurs critères d'admissibilité. En effet, ils doivent n'avoir aucun antécédent de violence et être accusés de possession ou trafic de petites quantités de crack ou de cocaïne. Ils sont tous soumis à un traitement structuré de désintoxication et suivis par un agent de gestion. Ils doivent aussi se présenter régulièrement devant le Tribunal, toujours présidé par le même juge et le même procureur de la Couronne. S'ils complètent avec succès le programme, les accusations portées contre eux peuvent être complètement retirées (pour ceux n'ayant peu ou pas d'antécédents criminels) ou leur sentence ne comportera pas de peine d'incarcération (pour ceux ayant plusieurs antécédents criminels). Les taux de succès sont encourageants bien que les rechutes soient anticipées. Le succès à long terme de ce projet repose, en grande partie, sur les épaules des 40 organismes communautaires qui y participent.

1.5.3 Les effets de cette criminalisation

Les effets de la criminalisation sont les mêmes pour les toxicomanes et pour les malades mentaux. « *Si tous et chacun s'accordent à reconnaître son caractère punitif, au moment de la prise en charge elle-même, peu de personnes se sont penchées sur les effets négatifs à court, moyen et long termes d'une telle mesure.* »²⁵ L'incarcération constitue le fondement même de la décision de judiciariser. On peut alors placer le malade mental ou le toxicomane dans un contexte de surveillance dans le but d'améliorer sa santé et de lui fournir des soins. Cette incarcération affecte toutefois la vie du détenu à plusieurs niveaux et contribue à sa marginalisation:

- Logement : lorsqu'elle dépasse quelques jours, une incarcération peut signifier une perte de logement pour le malade mental ou le toxicomane. La perte du logement peut entraîner la perte des quelques rares biens et des difficultés accrues lors de la sortie de prison à obtenir des prestations d'aide sociale.

²⁵ LABERGE, Danielle, « Pratique de déjudiciarisation de la maladie mentale : le modèle de l'Urgence psychosociale-Justice », *Criminologie*, vol. 33, no 2, 2000, p.87

- Casier judiciaire : celui-ci constitue un obstacle majeur dans plusieurs situations dont l'obtention d'un emploi ou d'un logement, par exemple.
- Difficulté d'accéder à des soins : Laberge et Morin indiquent qu'une « *condamnation pénale devient aussi un obstacle pour accéder à certaines ressources de nature psychosociale.* »²⁶ En effet, en accolant à ces personnes l'étiquette de « délinquant, criminel ou condamné », on leur associe automatiquement et sans discrimination l'étiquette de « dangerosité potentielle, agressivité et menace ». Pourtant, ces personnes ont souvent été condamnées pour des infractions mineures telle la possession simple de cannabis, le vol à l'étalage ou le vagabondage.
- Impossibilité de respecter ses rendez-vous : l'incarcération prolongée empêche aussi les malades mentaux et toxicomanes de respecter certains de leurs rendez-vous. Ils seront alors considérés comme des patients très peu motivés faisant perdre leur temps aux différents intervenants. L'accès aux soins est encore une fois compromis.
- Contacts pénaux subséquents : si un prévenu possède déjà un casier judiciaire, on tiendra compte de ce fait lors d'une arrestation subséquente. Selon Porporino et Motiuk (1994), l'incarcération préventive, les ordonnances de probation restrictives guettent davantage les récidivistes. Ces mêmes auteurs ont aussi établi en 1993 que les malades mentaux risquaient plus que les autres de devoir purger leur sentence en entier sans bénéficier de libération conditionnelle ou de voir leur remise en liberté provisoire annulée pour bris de probation.

1.5.4 La spécificité des personnes souffrant de troubles concomitants

Au Québec, tel que mentionné auparavant, très peu de chercheurs se sont intéressés à la situation particulière vécue par les personnes souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Une constatation importante ressort pourtant de ces quelques études : pour cette clientèle, la situation demeure extrêmement sombre.

²⁶ LABERGE, Danielle et Daphné MORIN, « The overuse of criminal justice dispositions. Failure of diversionary policies in the management of mental health problems », *International journal of law and psychiatry*, 18, 1995, p.397

Elle est, en effet, spécialement vulnérable à la judiciarisation puisqu'il lui est très difficile d'obtenir l'aide des quelques options de traitement qui existent :

D'une part, les programmes et les services de santé mentale traitent rarement des individus aux prises avec une dépendance grave à la drogue. D'autre part, les centres de désintoxication n'ont pas nécessairement tout le personnel qualifié pour intervenir auprès des sujets qui sont aux prises avec des psychopathologies graves. La conjonction d'un tableau clinique complexe et d'une accessibilité restreinte aux différents services d'aide fait en sorte que ces personnes sont laissées pour compte. Lorsqu'un geste répréhensible est posé, l'arrestation demeure la seule alternative; le système judiciaire ne peut refuser ces individus, contrairement au système médical.²⁷

1.6 LE SYNDROME DE LA PORTE TOURNANTE

En plus de la spécificité des besoins des personnes souffrant de troubles concomitants, un autre phénomène aggrave si possible ce tableau déjà très sombre : celui des traitements et des incarcérations à répétition, aussi nommé le « syndrome de la porte tournante ». Ce phénomène impliquant les personnes souffrant de troubles mentaux dans les services sociaux a été largement étudié au Québec au cours des trente dernières années. Cette clientèle demeure, à l'heure actuelle, à la merci d'une seconde porte tournante, celle dans le système carcéral. Ces deux phénomènes seront plus spécifiquement étudiés au cours de cette cinquième section.

1.6.1 Dans les services sociaux psychiatriques

La désinstitutionnalisation des personnes souffrant de maladie mentale a eu certains effets positifs. Effectivement, elle a contribué à démystifier la maladie mentale, humaniser le traitement et raccourcir les séjours à l'hôpital (MSSS, 1997). Plusieurs effets négatifs peuvent, toutefois, être associés à ce mouvement de désinstitutionnalisation dont la montée de l'itinérance, la judiciarisation et l'alourdissement des tâches des familles. Cette conjoncture a favorisé l'apparition d'un nouveau phénomène, le « syndrome de la porte tournante ».

²⁷ DESSUREAULT, Danny, « Aspect multidimensionnel des hypothèses proposées pour rendre compte de la prévalence des troubles mentaux en milieu carcéral », *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 43, 1998, p.225

Ce syndrome implique « *qu'après avoir été admis à nouveau et traités dans un hôpital, les patients retournent vers des soins insuffisants dans la collectivité, redeviennent malades et recommencent le cycle une fois de plus.* »²⁸ Dorvil, l'un des premiers chercheurs québécois à s'intéresser au sujet chiffrait à 72.4% le taux de réhospitalisation des patients psychiatriques en 1987. Ce taux demeurait inchangé dix ans plus tard (Wasylenki, 1996) et rien n'indique que la situation s'est améliorée à l'heure actuelle. Le syndrome de la porte tournante engendre chez les intervenants un sentiment d'impuissance important. Le patient, quant à lui, ressent un sentiment d'échec tout comme sa famille qui lui retire graduellement son soutien au fil des retours à l'hôpital (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2004).

1.6.2 Dans le système carcéral québécois

Selon les intervenants rencontrés à l'automne 2005, une seconde porte tournante s'est installée à l'intérieur du système carcéral québécois. En effet, les populations à risque tel les malades mentaux et les toxicomanes vivent des incarcérations relativement courtes, mais répétées. On a dénombré 38 281 admissions en milieu carcéral au Québec en 2006 (Ministère de la Sécurité publique, 2007). Les séjours sont cependant assez courts, la moyenne se situant à 28 jours. Les intervenants confirment, en outre, que plusieurs détenus connaissent des périodes de détention à répétition. Toujours selon les intervenants, les détenus souffrant de troubles concomitants présentent les cas les plus lourds partagent leur temps entre trois endroits principaux :

- Les ressources d'hébergements et de traitement (toxicomanie ou santé mentale).
- La prison, pour de courtes sentences qui vont en augmentant au fil des récidives.
- La famille, les amis (ou la rue lorsqu'ils ont épuisé les ressources de leur réseau).

²⁸ COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE, « Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie ; aperçu des politiques et des programmes au Canada », Ottawa, 2004, p.227

1.7 LA DÉINSERTION ET LA DÉSAFFILIATION

En plus de la porte tournante, un autre phénomène touche tout particulièrement les personnes atteintes de troubles concomitants. Il s'agit de la désinsertion sociale. Ce phénomène a été longuement étudié par le passé, notamment par les chercheurs de l'*École de Chicago* dont Becker (1985). De Gauléjac et Léonetti (1994) ont, pour leur part, dégagé trois dimensions afin de décrire la désinsertion sociale : une dimension économique et professionnelle, une dimension sociale et relationnelle ainsi qu'une dimension symbolique et normative. Cette dernière dimension, essence de l'exclusion, constitue le passage d'une identité positive à une identité négative. Plus récemment, des travaux de Castel (1995) ont ouvert de nouvelles perspectives sur la question de la marginalisation. Pour Castel, deux variables importantes jouent un rôle capital en matière d'intégration : l'intégration professionnelle et l'inscription relationnelle (1994). Les différentes combinaisons possibles entre ces deux variables donnent trois zones distinctes : l'intégration, la vulnérabilité et la désaffiliation. Dans la première zone, l'individu dispose d'un travail et de relations stables. Dans la deuxième, la question du travail ou encore des relations devient davantage problématique. Dans la troisième zone, phase ultime nommée « désaffiliation », l'individu est privé de travail et ne s'inscrit plus dans des réseaux de sociabilité.

La désinsertion ou la désaffiliation, et inversement, la réinsertion ou la réhabilitation, ne sont pas des processus qui s'opèrent du jour au lendemain. Certains individus peuvent être plus enfoncés dans le phénomène de désinsertion ou de désaffiliation que d'autres. Par exemple, ceux ayant un réseau peu étendu, que ce soit par la perte du soutien familial au fil des rechutes ou des comportements anti-sociaux, sont plus à risque de désinsertion. De plus, l'éloignement du monde du travail, dû quelquefois à la présence d'un casier judiciaire, favorise aussi ce phénomène (Castel, 1995; Laberge et Morin, 1995). Toutes ces caractéristiques rejoignent les personnes judiciairisées atteintes de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie.

1.8 ANALYSE ET CONCLUSIONS

La désinsertion de même que la désaffiliation suscitent l'intérêt des chercheurs québécois depuis peu. Quant au syndrome de la porte tournante dans les services sociaux, il a été longuement étudié au cours des dernières années. Celle dans le système carcéral qui se manifeste par des incarcérations brèves, mais à répétition, commence maintenant à intéresser

les chercheurs. Il y a consensus à l'effet que la place des personnes souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie n'est pas à l'intérieur des Établissements de détention. Pourtant, on semble impuissant à stopper les mécanismes les y entraînant. Les initiatives de l'Urgence Psychosociale-Justice, de l'organisme P.E.C.H et du Tribunal de la toxicomanie de Toronto représentent des alternatives intéressantes. Cependant, elles ne rejoignent qu'une petite partie de la population du Québec et du Canada.

Vu l'état actuel des choses, il semble acquis que la plupart des personnes souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie feront, tôt ou tard, un séjour en Établissement de détention. Pourtant, ce type d'endroit demeure très mal équipé pour faire face à cette clientèle, et ce, pour plusieurs raisons²⁹ :

- 1) **Absence de dépistage** : les Établissements de détention provinciaux ne font aucun dépistage systématique pour les maladies mentales et la toxicomanie lorsqu'ils prennent en charge un nouveau détenu. À moins que celui-ci ne les dévoile aux agents correctionnels, que son dossier médical (diagnostic, prescription de médicaments) ou rapport pré-sentenciel en fasse expressément mention, les maladies mentales et les toxicomanies sont souvent passées sous silence. Ce n'est qu'à l'occasion d'une crise subséquente (crise psychotique due à la décompensation, état de manque dû au sevrage ou tentative de suicide) que le détenu sera finalement identifié. Cette identification lui vaudra peut-être une rencontre à l'infirmerie mais demeurera bien futile en l'absence de services spécifiques adressant les besoins des malades mentaux et des toxicomanes.
- 2) **Absence de services spécifiques** : en effet, aucun service spécifique concernant l'une ou l'autre de ces problématiques n'est offert. Seuls des ateliers thématiques généraux portant sur l'usage de drogue et les ITSS sont prodigués, et ce, à tous les détenus. Aussi, les détenus souffrant de problèmes de santé mentale sont souvent regroupés ensemble dans un pavillon. Selon les intervenants rencontrés, la Direction des Établissements de détention évite de les héberger dans les secteurs « lourds » puisqu'ils sont plus susceptibles de discrimination et d'abus de la part des autres détenus.

²⁹ Les données suivantes découlent des entrevues préliminaires faites sur le terrain avec les intervenants-clés à l'automne 2005 et mentionnées à la page 15.

En bref, les intervenants interviewés à l'automne 2005 ne peuvent, eux aussi, que constater l'impuissance des services sociaux et du système carcéral face au phénomène de la porte tournante. Ils sont bien placés pour savoir que le contrôle social de la clientèle souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie se fait souvent par le biais du système carcéral. Après tout, pourquoi y aurait-il si peu de sans-abri à Sherbrooke ? Parce que, selon eux, ils sont pour la plupart incarcérés à l'Établissement de détention de Sherbrooke. La conjonction de tous ces facteurs : santé mentale, toxicomanie et la judiciarisation semble, somme toute, des plus intéressante et c'est pourquoi cette recherche s'y intéressera.

1.9 L'OBJET DE RECHERCHE

Après avoir étudié l'état de la situation par une recension critique des sources disponibles, il faut maintenant passer à l'objet spécifique de la présente recherche.

1.9.1 La question de recherche

- Quelle est la trajectoire et quels sont les besoins des détenus et ex-détenus provinciaux souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie ?

1.9.2 Les trois grands objectifs

Tel que mentionné auparavant, les personnes souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie constituent une clientèle fortement représentée dans les Établissements de détention provinciaux. La présente recherche vise à mieux comprendre cette problématique et à améliorer le sort de ces détenus, tant durant leur période d'incarcération que lors de leur remise en liberté. Trois axes sont plus spécialement étudiés :

- 1) **Premier objectif – la situation vécue par les détenus** : Cet objectif s'intéresse à la trajectoire du détenu avant son incarcération de même qu'à son passage dans le système carcéral.
- 2) **Deuxième objectif – les besoins et services offerts** : Les besoins des détenus souffrant à la fois d'un problème de santé mentale et de toxicomanie sont au cœur de cette recherche.

- 3) **Troisième objectif – la concertation interdisciplinaire** : Ce troisième objectif, moins important que les deux premiers, découle des entrevues préliminaires effectuées à l'automne 2005 avec les acteurs sur le terrain. Ceux-ci déplorent le manque de communication entre les différents intervenants oeuvrant auprès des malades mentaux, toxicomanes, détenus, ex-détenus, etc. Ils s'interrogent aussi sur les effets engendrés par ces lacunes dans le suivi de la clientèle.

1.9.3 La pertinence sociale

La pertinence sociale s'apprécie à l'aide de plusieurs critères. Mayer (2000) en cite plusieurs dans son ouvrage :

- 1) *L'absence totale ou partielle de connaissances concernant un phénomène.*
- 2) *L'impossibilité d'appliquer à une situation particulière les conclusions de recherches antérieures.*
- 3) *L'incertitude des conclusions en raison d'un problème méthodologique.*
- 4) *L'existence de contradictions entre les conclusions de plusieurs recherches.*
- 5) *L'absence de vérification d'une interprétation, d'un modèle, d'une théorie.*

Comme il a été mentionné à plusieurs reprises, les connaissances relatives aux détenus souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie sont plus que fragmentaires. Aucun chercheur québécois ne s'est s'attaqué à ce phénomène qui, semble-t-il, prend de l'ampleur. L'absence quasi-totale de connaissances concernant ce sujet d'étude justifiait amplement la réalisation de cette recherche. Aussi, en plus d'enrichir les connaissances dans ce domaine, les conclusions et recommandations issues de cette recherche permettront peut-être d'améliorer les conditions de vie des détenus souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie ainsi que les services qui leur sont offerts.

Chapitre 2 : La méthodologie

CHAPITRE 2

La méthodologie

Les bases méthodologiques de cette recherche reposent sur les études de cas de Yin (2003). Après avoir présenté ce que sont les études de cas telles que définies par cet auteur, ce sont les étapes de réalisation de la recherche qui seront dévoilées, c'est-à-dire, la collecte de données, le recrutement des sujets, l'analyse des résultats de même qu'un mot sur les limites associées à cette recherche. Il est pertinent de mentionner que ce chapitre décrit le devis de recherche original. En effet, en cours de route, certaines modifications ont dû être apportées à ce devis, modifications qui seront exposées au chapitre suivant.

2.1 L'ÉTUDE DE CAS À VISÉE EXPLORATOIRE

C'est à partir d'une méthode qualitative que les données sur l'expérience des détenus ont été recueillies. En effet, l'étude de cas permet « *d'étudier un phénomène contemporain complexe dans son contexte particulièrement lorsque les frontières entre le phénomène et le contexte ne sont pas claires.* »³⁰ Selon Yin (2003), l'étude de cas est pertinente à condition de :

- 1) *N'exercer aucun contrôle sur les événements comportementaux.*
- 2) *Centrer la recherche sur des événements contemporains.*
- 3) *Poser le type de question approprié, habituellement du type « pourquoi ou comment ».*

Concernant cette dernière condition, Yin (2003) affirme qu'une question du type « quel » posée dans une visée exploratoire ouvre aussi la porte à l'utilisation de l'étude de cas. L'étude de cas exploratoire a donc été la principale stratégie utilisée afin de conduire cette recherche.

2.1.1 L'étude de cas simple

Il est toujours assez délicat de défendre le choix d'une étude de cas simple. Malgré les vulnérabilités particulières à cette méthode de recherche, Yin (2003) indique que certaines

³⁰ YIN, Robert K. « *Case study research design and methods* », Collection Applied social research methods series, 3^e édition, Sage Publication, Thousand Oaks, vol. 5, 2003, p.13

circonstances justifient l'emploi d'une telle stratégie, par exemple, lorsque le cas représente :

- 1) *Le test critique d'une théorie existante.*
- 2) *Une circonstance rare ou unique.*
- 3) *Un cas typique ou représentatif.*
- 4) *Un exemple révélateur d'une nouvelle réalité auparavant inaccessible.*
- 5) *Une étude longitudinale.*

Les études de cas simples demandent une investigation en profondeur du cas qui sera choisi. Yin les considère vulnérables à certains égards puisque le chercheur doit mettre « *tous ses œufs dans le même panier* »³¹ (traduction par l'auteur). Afin de réaliser une étude de cas simple valide, il est donc recommandé d'être extrêmement prudent dans la sélection du cas retenu.

Yin préfère, et de loin, les études de cas multiples lorsque le chercheur en a le choix de même que les moyens : « *the evidence from multiple cases is often considered more compelling, and the overall study is therefore regarded as being more robust* ». ³² Tous les cas ne se prêtent toutefois pas aux études de cas multiples, tels les cas rares, les tests critiques ou les exemples révélateurs. Ceux-ci, par définition, ne comptent souvent qu'un seul cas.

Malgré toutes ces recommandations, deux raisons militaient, à prime abord, en faveur d'une étude de cas simple. D'abord, il semblait clair que cette recherche satisfaisait au troisième critère élaboré par Yin (2003). En effet, le cas retenu pour cette recherche constituait un cas typique et représentatif de la situation d'un détenu souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Les leçons retenues de ce cas typique pouvaient donc s'appliquer aux expériences des autres détenus dans la même situation. Ensuite, la seconde raison en était une purement pratique aussi répertoriée par Yin (2003). L'absence de moyens (argent et temps) pousse souvent les chercheurs à se contenter d'une étude de cas simple. Une étude de cas multiples, bien que plus complète, semblait trop imposante à réaliser dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en raison du nombre d'entrevues à mener autour de chacun des cas.

³¹ YIN, Robert K. « *Case study research design and methods* », Collection Applied social research methods series, 3^e édition, Sage Publication, Thousand Oaks, vol. 5, 2003, p.53

³² Ibid, p.54

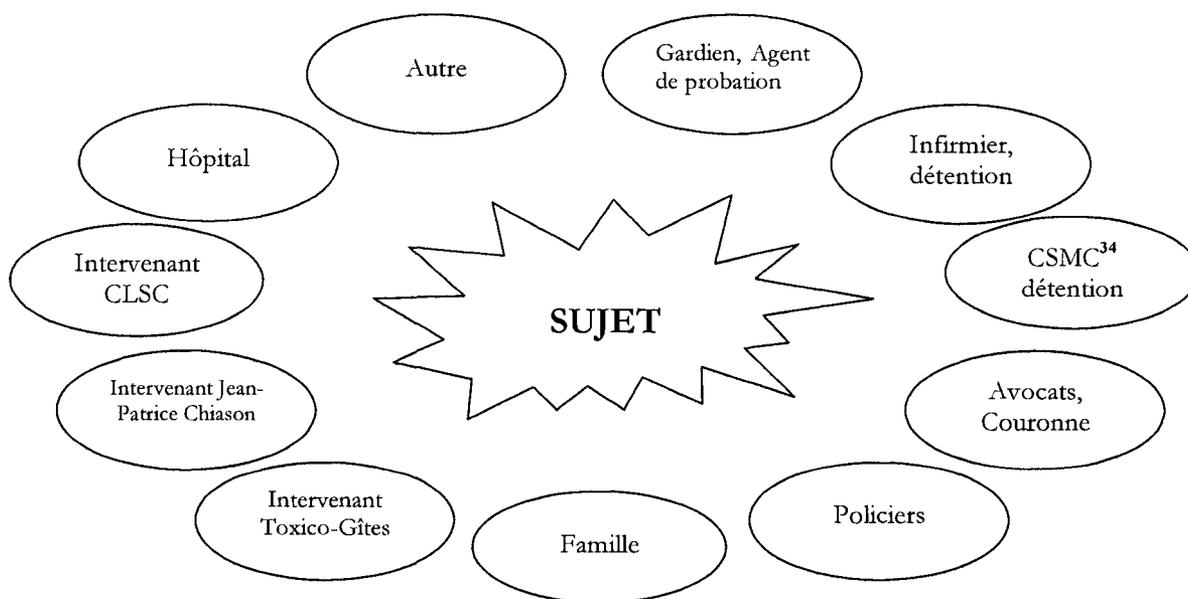
2.2 LA CUEILLETTE DE DONNÉES

Quant à la cueillette de données, l'étude de cas à visée exploratoire ne requiert pas l'utilisation d'une méthode spécifique ou particulière. Yin (2003) indique que les deux méthodes les plus fréquemment utilisées sont l'observation directe ainsi que les entrevues systématiques. Ce sont effectivement les entrevues systématiques qui ont été utilisées afin de recueillir les données pertinentes à cette recherche, de même que l'analyse de dossiers :

- 1) **L'entrevue semi-structurée** : selon Mayer et coll. (2000) : « *lorsque la recherche vise la collecte de données qualitatives, c'est probablement le type d'entrevue le plus fréquemment utilisé.* »³³ Ce type d'entrevue offrait un bon niveau de flexibilité afin d'aller chercher les informations spécifiées par les objectifs de la recherche.
- 2) **L'analyse de dossiers** : une source de données écrites, soit les dossiers reliés au sujet, ont permis une meilleure compréhension de la trajectoire du SUJET. Aussi, le croisement des données, entre ces deux sources, a augmenté la validité des résultats obtenus.

SCHÉMA 1

Les entrevues semi-structurées prévues dans le devis original



³³ MAYER, Robert et coll., « *Méthodes de recherche en intervention sociale* », Gaëtan Morin éditeur, Boucherville, 2000, p. 119

³⁴ CSMC : Conseiller spécialisé en milieu carcéral.

De plus, les deux outils de cueillette mentionnés précédemment ont été utilisés de la manière suivante :

- 1) **Avec le SUJET** : des récits de vie (Desmarais et Grell, 1986; Gauthier, 2003) ont été recueillis à l'aide d'une entrevue semi-structurée (Mayer, 2000). Celle-ci a été élaborée selon les trois grands objectifs de la recherche. Un guide d'entrevue (Miles et Huberman, 2003) composé de questions ouvertes offrant des balises au SUJET tout en lui laissant une certaine liberté a aussi été construit (Mayer, 2000). Le guide d'entrevue a été approuvé par le directeur Benoît van Caloen et peut être consulté à l'annexe I de la présente recherche.
- 2) **Avec les intervenants** : des récits de pratique (Gauthier, 2003) ont été recueillis à l'aide d'entrevues semi-structurées. Encore une fois, un guide d'entrevue approuvé par le directeur et composé de questions ouvertes a été utilisé. Ces entrevues avec les intervenants, de même que celle avec le SUJET, ont tenté de recueillir un maximum d'information concernant la trajectoire et les besoins des détenus souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Les entrevues se sont déroulées en deux temps : la première partie a porté sur la trajectoire et les besoins spécifiques du détenu sélectionné alors que la seconde a abordé la trajectoire et les besoins de cette population en général.
- 3) **Analyse de dossiers** : cette analyse a documenté la trajectoire du SUJET participant à la recherche et a permis de vérifier l'exactitude des renseignements fournis par celui-ci. La trajectoire judiciaire du SUJET ainsi que la séquence des événements ont donc pu être éclaircis à l'aide de son casier judiciaire, de son historique d'incarcération et des ordonnances du Tribunal le concernant : requêtes pour examen psychiatrique, ordonnance de probation, etc. Plusieurs rapports de nature médicale ont aussi été consultés : prescriptions, ordonnances de traitement, rapport des Urgences, etc. Finalement, la consultation des dossiers de nature psychosociale n'a donné que peu de résultats vu leur tenue souvent déficiente et leur minceur.

2.2.2 L'unité d'analyse

L'unité d'analyse se définit comme étant un élément qui délimite le cadre de la recherche (Yin, 2003). L'étude de cas permet, en effet, d'obtenir des données sur plusieurs sujets pour

une période de temps indéterminée. Délimiter l'unité d'analyse a permis de focaliser précisément les parties du phénomène à étudier.

En ce qui a trait à cette recherche, l'unité d'analyse était composée d'un détenu ou d'un ex-détenu d'un Établissement de détention provincial souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie.

2.2.3 La validation des données

Les conclusions d'une étude de cas basées sur différentes sources d'information ont davantage de chances de refléter la réalité (Yin, 2003). Ces différentes sources d'information permettent au chercheur d'étendre le champ de son investigation et d'obtenir des résultats plus justes. Quinn Patton (2002) estime qu'il existe quatre types de triangulation possibles :

- 1) *Data triangulation.*
- 2) *Investigator triangulation.*
- 3) *Theory triangulation.*
- 4) *Methodological triangulation.*

Afin de valider les données, cette recherche a utilisé le premier type de triangulation cité par Quinn Patton (2002), c'est-à-dire, la triangulation de ses sources de données (data triangulation). En effet, certains informateurs-clés ont été interviewés, de même qu'un SUJET et plusieurs intervenants. Une analyse de dossiers a complété le processus. Quinn Patton définit justement la triangulation comme « *la confrontation des données issues de plusieurs sources* »³⁵ (traduction par l'auteur).

2.3 LE RECRUTEMENT DES SUJETS

2.3.1 Les critères d'inclusion

- 1) **Homme** : 85% des crimes rapportés sont commis par des hommes au Québec (Robitaille et coll., 2002). Il était donc impératif de choisir un homme comme SUJET afin de s'assurer que le cas représente un exemple typique et représentatif.

³⁵ QUINN PATTON, Michael, « *Qualitative evaluation methods* », 3e édition, Sage Publication, Thousand Oaks, 2002, p. 324

- 2) **±35 ans** : La moyenne d'âge dans les Établissements de détention du Québec est de 35,0 ans (Robitaille et coll., 2002). La distribution de l'âge suggère deux pics concernant l'âge des détenus. Un premier pic au début de la vingtaine et un second touchant les 33-40 ans. Cette surreprésentation des 33-40 ans est davantage « *le fait d'une cohorte plus nombreuse de ce groupe d'âge dans la population que d'une problématique de délinquance particulière associée à cet âge.* »³⁶ C'est ce deuxième pic qui a été sélectionné, et cela, pour deux raisons. D'abord, les maladies mentales se déclarent souvent chez le jeune adulte au début de la vingtaine, mais certaines d'entre elles peuvent prendre quelques années à diagnostiquer (Santé Canada, 2003). Il y a donc de meilleures chances de rencontrer des détenus détenteurs d'un diagnostic de maladie mentale dans ce second groupe d'âge. Ensuite, un détenu âgé de 35 ans aura habituellement une plus longue carrière criminelle derrière lui. Il en sera peut-être à son deuxième ou troisième séjour en Établissement de détention. Donc, il connaîtra bien le milieu carcéral de même que les ressources disponibles.
- 3) **Diagnostic de santé mentale** : Un diagnostic de trouble sévère de santé mentale selon les critères du DSM-IV-TR³⁷ devait avoir été établi au préalable. Cela impliquait habituellement une prise en charge officielle par un organisme spécialisé.
- 4) **Diagnostic de toxicomanie** : Le SUJET devait avoir reçu au moins un traitement par le passé pour sa consommation excessive de drogues ou d'alcool.
- 5) **Au moins deux séjours en milieu carcéral provincial** : Le SUJET devait avoir effectué au moins deux séjours en milieu carcéral provincial. Il ne devait pas s'agir d'emprisonnement dans la collectivité mais bien en Établissement de détention.
- 6) **Durée minimale de l'un des séjours d'au moins 1 mois** : La durée de l'un des séjours devait avoir été d'au moins un mois, purgé de façon continue et non les fins de semaine. La moyenne du nombre de jours passés en détention dans les Établissements provinciaux avoisine les 30 jours (Ministère de la sécurité publique, 2006). Un séjour d'environ un mois représentait donc un cas typique.

³⁶ OUMET, Marc, cité dans ROBITAILLE et coll., « Portrait de la clientèle correctionnelle du Québec 2001 », *Société de Criminologie du Québec* pour la DGSC du Ministère de la Sécurité publique du Québec, Montréal, 2002, p. 47

³⁷ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, « DSM-IV-TR : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* », 4^e édition, Masson, Paris, 2003, 1065 p.

- 7) **Participation de sa famille** : La famille ou les proches du SUJET devaient être consentants et disponibles afin de participer à une entrevue.
- 8) **Originaire de la région** : Le SUJET devait être originaire de la région et avoir fréquenté l'Établissement de détention de Sherbrooke, et ce, pour des raisons de faisabilité. Il devait, de plus, être connu des services sociaux de la région ainsi que des organismes communautaires estriens.

2.3.2 Les critères d'exclusion

- 1) **Être instable ou en crise psychotique aiguë** : Pour une question de faisabilité évidente, l'état mental du SUJET devait être stable afin que celui-ci puisse donner des informations fiables et cohérentes.
- 2) **Situation sociale extrême comme l'itinérance** : Encore une fois, dans le but d'obtenir un cas typique, les SUJETS vivant des situations sociales extrêmes comme l'itinérance ont été exclus. En effet, la probabilité pour les personnes itinérantes de ne plus être en lien avec leur réseau d'origine était plus élevée (Laberge, 2000). Par ailleurs, la participation de la famille et des proches demeurait essentielle à la recherche.

Ces critères ont été élaborés à la suite d'entrevues préliminaires avec des informateurs clés rencontrés à l'automne 2005 ainsi qu'à partir de la recension des écrits. De plus, les partenaires travaillant à Toxico-Gîtes ont été questionnés. En effet, cette ressource basée en Estrie accueille dans ses trois maisons de thérapie des pensionnaires provenant de tous les coins du Québec. L'une de ces maisons, le Domaine Orford, est la seule ressource au Québec qui se définit comme étant spécialisée dans l'hébergement et le traitement de personnes souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Le Domaine Orford héberge environ 70 pensionnaires, tant hommes que femmes. La majorité d'entre eux possèdent un casier judiciaire. Certains détenus des Établissement de détention de partout en province y sont même envoyés par décision judiciaire afin de suivre une thérapie durant la peine d'incarcération à laquelle ils ont été condamnés. Toxico-Gîtes a offert son expertise dans la sélection du SUJET et s'est engagé à fournir accès à tout pensionnaire volontaire qui

répondait aux critères indiqués ci-dessus. Cette ressource a, de plus, accepté de libérer son personnel pour la durée des entrevues.

2.4 L'ANALYSE DES RÉSULTATS

L'analyse des données qualitatives recueillies a suivi la méthode de l'analyse thématique des différentes entrevues réalisées (Paillé et Mucchielli, 2003). Ces entrevues, toutes enregistrées sur bande audio, ont par la suite été transcrites *verbatim*. Les *verbatim* reproduisent intégralement tout ce qui a été dit durant l'entrevue. Avant d'effectuer le codage, les *verbatim* ont été réécoutés afin de vérifier la transcription.

C'est à partir du premier *verbatim* que les catégories initiales d'analyse ont été élaborées. Cependant, d'autres catégories ont aussi émergé au cours de l'analyse. Les diverses catégories ont servi à l'analyse des propos de chacun des acteurs interrogés.

Une procédure d'analyse selon les unités de sens a été suivie (Poupart et coll., 1997). Ces unités de sens étaient souvent en lien avec le guide d'entrevue, mais certaines ont aussi émergé au cours de l'analyse. Chaque unité de sens codée a été transférée dans sa catégorie respective. Les résultats obtenus ont été imprimés et relus en profondeur. Seulement les éléments importants ont été ensuite intégrés dans une banque finale. Cette banque comprend donc toutes les catégories de la présente recherche, accompagnées de l'information qui s'y rattache. Une dernière étape d'analyse a alors été effectuée afin de bien traduire les propos concernant les besoins des détenus souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Ce sont ces informations qui seront exposées au cours des chapitres concernant la présentation et l'analyse des résultats.

Quant à elle, l'analyse des dossiers a essentiellement servi en tant qu'indicateur de fiabilité du récit du SUJET. D'ailleurs, ce récit correspondait fidèlement, dans l'ensemble, au contenu des dossiers. Il faut aussi mentionner que l'accès à quelques dossiers a été interdit par certaines ressources malgré l'accord du SUJET. De plus, les dossiers obtenus étaient généralement assez mal tenus. L'information colligée était parcellaire et peu pertinente. Par contre, ces dossiers ont permis de clarifier la séquence des événements rapportés par le SUJET ainsi que et leurs dates.

2.5 LES LIMITES DE LA RECHERCHE

- 1) La principale limite de cette recherche demeure attribuable au choix de l'étude de cas simple reposant uniquement sur un SUJET (Yin, 2003). Les limites quant à la représentativité du cas sélectionné ont été minimisées par des critères d'inclusion très restrictifs. Élaborés en collaboration avec les intervenants sur le terrain, ils donnaient l'assurance que le cas choisi représentait un cas typique de personnes détenues souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie.
- 2) La seconde limite concernait la faible possibilité de généralisation inhérente à la recherche qualitative (Poupart et coll., 1997). Ce projet a cependant permis de recueillir beaucoup d'information sur la trajectoire des détenus souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Des informations en profondeur sur l'expérience de cette clientèle typique ont ainsi été collectées et analysées.

Chapitre 3 : Le déroulement de la recherche

CHAPITRE 3

Le déroulement de la recherche

Tel que mentionné précédemment, un fois rendu sur le terrain, des obstacles imprévus ont été rencontrés. En effet, le recrutement du SUJET et des différents intervenants s'est avéré particulièrement problématique. Après avoir longuement considéré cette situation, le protocole de recherche a dû être modifié afin de maintenir un niveau de fiabilité acceptable. Ce chapitre fera d'abord état des obstacles inopinés, de même que des ajustements apportés. Ensuite, c'est le déroulement des entrevues de recherche qui sera abordé.

3.1 DES OBSTACLES IMPRÉVUS

D'abord, il a été difficile d'entrer en contact avec suffisamment d'intervenants pour conserver l'idée d'une étude de cas simple. En effet, le devis original prévoyait la sélection d'un SUJET et l'interview d'environ une dizaine de personnes (famille et intervenants) ayant gravité autour de lui. Après les entrevues préliminaires ainsi que l'entrevue en profondeur avec le premier SUJET, une conclusion s'imposait. Peu d'intervenants avaient suffisamment côtoyé le SUJET au cours des cinq dernières années pour que cela vaille la peine de les interviewer. La plupart des interventions avaient eu lieu dans un cadre d'urgence, étalées sur 24 heures à peine, sans qu'un lien de confiance soit établi entre l'intervenant et le SUJET. Cette constatation, pourtant répertoriée à maintes reprises dans la littérature, nous a forcé à revoir le devis méthodologique pour inclure la sélection d'un autre SUJET afin d'obtenir un nombre assez grand d'entrevues.

Ensuite, au moment des entrevues, le Domaine Orford accueillait majoritairement des pensionnaires provenant de régions extérieures à l'Estrie. Très peu d'entre eux étaient natifs de la région. C'est pour cette raison que le critère numéro 8 concernant le lieu d'origine a dû être laissé de côté. Étant donné qu'il ne s'agissait que d'un critère relié à la faisabilité, son retrait n'a pas entraîné l'introduction d'aucun biais. De plus, puisque les SUJETS finalement sélectionnés étaient originaires de la région de Montréal, cela a rendu plus difficile l'approche de certains intervenants. En effet, on ne pouvait plus compter sur les alliances sur le terrain déjà en place dans la région, comme celle avec la Direction de l'Établissement de détention de Sherbrooke, par exemple.

Finalement, ces différents obstacles ont fait en sorte que tous les interviews prévus au schéma original n'ont pu être réalisés. Effectivement, certains acteurs dont les policiers, les avocats et les psychiatres n'ont pas été entendus. Cela rend moins exhaustifs les résultats de cette recherche mais confirme aussi un point intéressant : les SUJETS ont tendance à ne consulter qu'en cas d'urgence sans créer de liens de confiance avec leurs intervenants. Cela constitue une information en soi.

3.2 LES MODIFICATION DU DEVIS DE RECHERCHE

Peu d'intervenants significatifs gravitaient autour du premier SUJET choisi si bien qu'un second SUJET a été recruté. Ceci a donc transformé le devis de recherche en une étude de cas multiples. Le deuxième SUJET a été sélectionné selon la même approche que le premier, soit un mode représentatif. En effet, les deux cas choisis étaient des cas typiques et caractéristiques de la situation vécue par les détenus souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Tel que mentionné auparavant, Yin (2003) estime que les résultats obtenus d'une étude de cas multiples sont plus probants. Puisque cette étude de cas multiples ne compte que deux SUJETS, leur sélection a tout de même été faite avec le plus grand soin, selon les critères établis.

3.3 LES ENTREVUES DE SÉLECTION

Des entrevues de sélection ont eu lieu le 25 mai et le 20 septembre 2006 au Domaine Orford. Lors de ces entrevues, sept candidats potentiels ont été rencontrés. Ils avaient été préalablement sélectionnés par les intervenants de Toxico-Gîtes en fonction des critères mentionnés au chapitre précédent. Le but de la recherche ainsi que leur implication future au sein de celle-ci leur avait été expliqué par les intervenants. Les entrevues de sélection, d'une durée d'environ 30 minutes, ont permis d'établir un contact avec les candidats et de vérifier à nouveau les critères de sélection. Les candidats ont aussi été invités à faire un inventaire exhaustif des endroits où ils avaient reçu des services relatifs à la santé mentale et à la toxicomanie au cours de leur vie, de même que les endroits où ils avaient été incarcérés. Les entrevues préliminaires, auxquelles a assisté Benoît van Caloen, ont donc permis de sélectionner les meilleurs SUJETS afin de participer à la recherche.

3.3.1 Les entrevues de sélection du 25 mai 2006

Quatre candidats potentiels ont été interviewés à ce moment. Les entrevues se sont déroulées tel que prévu. Sur les quatre candidats rencontrés, l'un d'eux remplissait parfaitement les critères de sélection et se disait très intéressé par la recherche. Il a donc été sélectionné à titre de SUJET 1. Un second candidat, un peu plus jeune, remplissait aussi adéquatement les critères de sélection de sorte qu'il a été choisi comme remplaçant advenant que le premier candidat se désiste. Les deux autres candidats interrogés ont dû être écartés. En effet, l'un d'eux ne reconnaissait pas qu'il souffrait de maladie mentale alors que l'autre ne voulait pas impliquer sa famille dans la recherche.

3.3.2 Les entrevues de sélection du 20 septembre 2006

Une seconde vague d'entrevues préliminaires a été rendue nécessaire suite à l'entrevue en profondeur avec le SUJET 1. En effet, c'est à ce moment que le devis de recherche a été modifié afin d'inclure un second SUJET. Il a été question de choisir comme second SUJET le candidat qui avait été sélectionné comme remplaçant lors des entrevues du mois de mai. Malheureusement, celui-ci avait quitté le Domaine Orford et était de nouveau incarcéré. Trois nouveaux candidats ont donc été interviewés durant le mois de septembre, toujours au Domaine Orford, afin de choisir un second SUJET pour l'étude de cas multiples. Les entrevues se sont déroulées de la même manière que celles du mois de mai.

Des trois candidats interviewés, un seul remplissait tous les critères de sélection. Malgré une médication assez lourde, il demeurait tout à fait cohérent et jouissait d'une vaste expérience du système judiciaire et des services sociaux. Il a été sélectionné en tant que SUJET 2. Les deux autres candidats, bien qu'intéressés par la recherche, possédaient une expérience plutôt limitée du système judiciaire et ne satisfaisaient pas aux critères de sélection 5 et 6.

3.4 LES ENTREVUES EN PROFONDEUR

Les entrevues en profondeur avec les deux SUJETS ont eu lieu au Domaine Orford. D'une durée d'environ trois heures, elles ont exploré la trajectoire des SUJETS : famille, éducation, travail, relation de couple, etc. Les thèmes de toxicomanie, de santé mentale et de judiciarisation ont ensuite été abordés. Les besoins principaux, en termes d'intervention, sont venus subséquemment. Pour chacun des SUJETS, il a d'abord été convenu de leur demander

une autorisation écrite afin d'obtenir l'accès à leurs dossiers et autres renseignements personnels. Cette autorisation permettait aussi de consulter les différents intervenants et d'enregistrer les diverses entrevues. Une stricte confidentialité concernant les données recueillies a été garantie. Un support pour les SUJETS était aussi disponible suite à l'entrevue par l'entremise des intervenants du Domaine Orford. Tout ce processus a été approuvé par le *Comité institutionnel en matière d'éthique de la recherche avec les êtres humains* de l'Université de Sherbrooke. On retrouve une copie du formulaire d'autorisation en annexe II de la présente recherche.

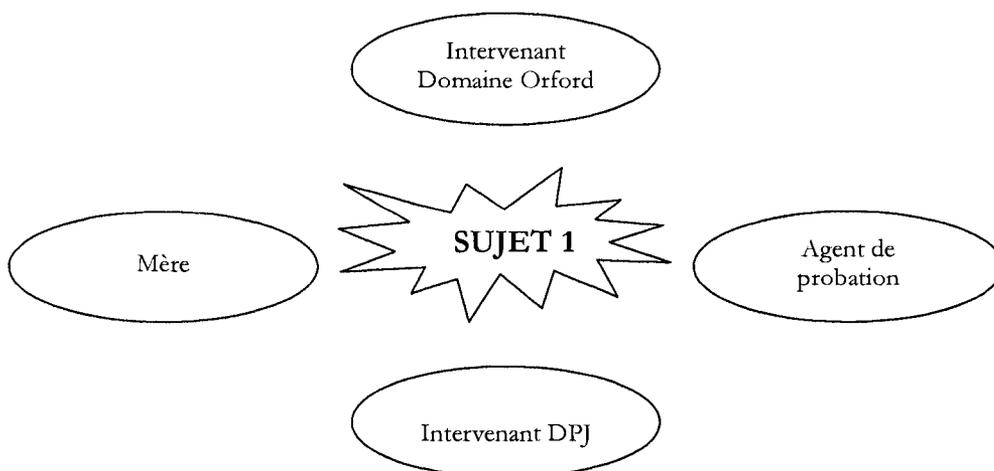
Les entrevues avec les différents intervenants et la famille des participants ont permis de recueillir un maximum d'information sur la trajectoire typique de cette clientèle, les services offerts et disponibles pour celle-ci, les principaux besoins de même que les lacunes pouvant être identifiées. Les intervenants ont davantage contribué aux besoins, lacunes et à la concertation alors que les familles ont davantage parlé de leurs perceptions concernant l'expérience des SUJETS.

3.4.1 Les entrevues en profondeur avec le SUJET 1

L'entrevue en profondeur avec le SUJET 1 a eu lieu le 25 mai 2006 au Domaine Orford et a duré 3h10. Elle a aussi permis de couvrir tous les thèmes énoncés plus haut. Suite à cette entrevue, trois autres ont été réalisées avec les intervenants gravitant autour du SUJET 1 de même qu'une avec sa mère.

SCHÉMA 2

Les entrevues réalisées avec le SUJET 1

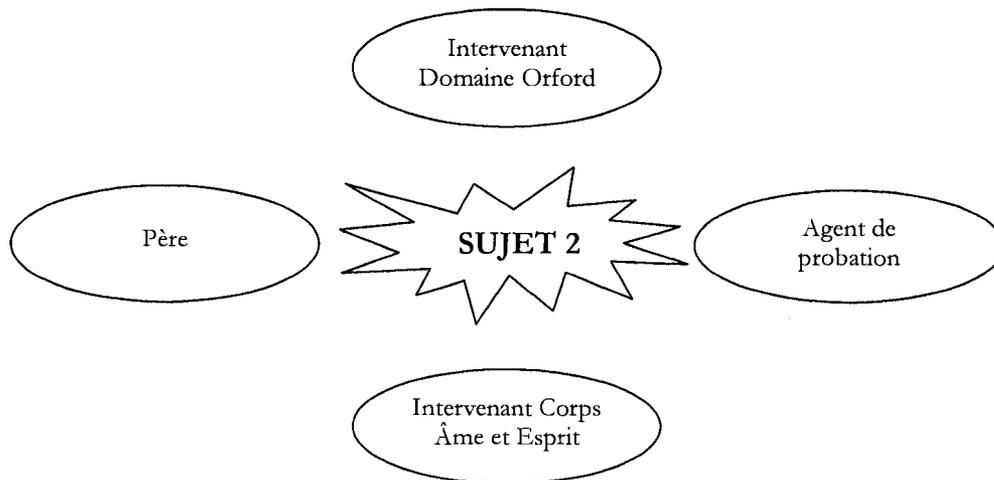


3.4.2 Les entrevues en profondeur avec le SUJET 2

L'entrevue avec le SUJET 2 a eu lieu le 20 septembre 2006 et a duré 2h25. Elle a aussi permis la réalisation de trois entrevues supplémentaires avec les intervenants qui ont côtoyé le SUJET 2 récemment ainsi qu'une avec son père.

SCHÉMA 3

Les entrevues réalisées avec le SUJET 2



Chapitre 4 : La trajectoire des Sujets

CHAPITRE 4

La trajectoire des sujets

Plusieurs éléments influencent la trajectoire des personnes souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie : le réseau, le soutien, le savoir, l'expérience professionnelle, etc. À cela vient fréquemment s'ajouter le stigmate de la judiciarisation rendant généralement la réinsertion sociale de ces personnes plus complexe. Les trajectoires des SUJETS, qui contiennent souvent une mine d'informations, seront abordées plus particulièrement au cours de ce quatrième chapitre. Le récit de chaque SUJET sera traité individuellement dans les deux premières sections. La troisième section portera sur l'analyse des trajectoires des deux SUJETS et exposera, entre autres, leurs points communs. Finalement, le point de vue des intervenants sur les trajectoires des SUJETS, de même qu'une analyse de ces propos seront dévoilés dans la dernière section de ce chapitre.

4.1 LE SUJET 1

Le récit du SUJET 1 est divisé en quatre parties. D'abord, un bref sommaire biographique permettra de le présenter. Suivra ensuite un récit chronologique plus détaillé découpé en quatre périodes majeures : enfance, adolescence, jeune adulte et adulte. Une analyse plus pointue de différents thèmes jugés importants par le SUJET sera effectuée subséquemment.

4.1.1 Le sommaire biographique

Le SUJET 1 est un homme de 38 ans originaire du quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal. Il possède un diagnostic de dépression sévère depuis cinq ans. À l'heure actuelle, certaines indications laissent croire qu'il souffrirait aussi d'un trouble de la personnalité limite non diagnostiqué. Il éprouve des problèmes liés à la toxicomanie depuis l'adolescence et a été traité à l'intérieur de Centres de désintoxication à partir de l'âge de 22 ou 23 ans. Ses problèmes avec la justice, en tant qu'adulte, datent de 1990. Il avait 22 ans lors de sa première arrestation pour voies de fait contre sa conjointe. Il a depuis été accusé à une dizaine de reprises pour des infractions diverses et séjourné de nombreuses fois en Établissement de détention pour des périodes allant d'une journée à quatre mois.

4.1.2 Le récit chronologique

Le récit chronologique du SUJET 1 est divisé en quatre périodes distinctes : enfance (0-12 ans), adolescence (12-18 ans), jeune adulte (18-25 ans) et adulte (25 ans et plus). Cette ligne de vie, élaborée principalement à partir du récit du SUJET 1, a été complétée par la famille ainsi que par l'analyse documentaire.

1) Enfance

L'enfance du SUJET 1 se déroule dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal. Sa mère travaille périodiquement comme serveuse mais survit principalement grâce à des prestations d'aide sociale. Elle est séparée du père du SUJET 1 et entretient des relations avec plusieurs hommes. Le père du SUJET 1 est complètement absent lors de sa petite enfance. Ils reprendront contact vers son neuvième anniversaire. Le SUJET 1 a une sœur et un frère, tous les deux plus jeunes que lui. Chacun des trois enfants est né d'un père différent. Selon le SUJET 1, la relation entre les différents enfants et leur mère est bonne, tout comme celle qu'il entretient avec sa fratrie. Les trois frères et sœurs sont néanmoins témoins de la violence physique infligée à leur mère par les différents conjoints de celle-ci. Le SUJET 1 n'a jamais été brutalisé par l'un ou l'autre de ces conjoints, mais sa sœur et son frère l'ont été à quelques reprises.

À l'école, le SUJET 1 dit bien performer et être le chef d'une bande d'amis. Il se décrit comme un enfant intelligent et sportif, ayant connu une enfance heureuse. La situation dégénère toutefois vers la 6^e année du primaire suite à un abus sexuel de la part d'un oncle maternel. C'est à ce moment que le SUJET 1 rapporte avoir débuté sa consommation d'alcool. Il se sent révolté, particulièrement à cause de l'abus sexuel dont il est victime, et commence à exhiber des comportements violents envers ses copains et professeurs. Il se souvient d'avoir été raccompagné par des policiers à la maison à quelques reprises suite à des incartades mineures : bagarres, vandalisme, etc. Il découvre finalement la marijuana autour de son douzième anniversaire.

2) Adolescence

L'adolescence du SUJET 1 se déroule aussi dans Hochelaga-Maisonneuve. Il demeure chez sa mère toujours en compagnie de sa sœur et de son frère. Les relations familiales se déroulent

bien, selon lui. Le SUJET 1 rapporte consommer de grandes quantités d'alcool en compagnie de sa mère. Cela se poursuivra jusqu'à l'âge adulte. La mère du SUJET 1 est actuellement sobre depuis cinq ans.

Il revoit régulièrement son père, en Abitibi, à cette époque. Cet homme mène une vie où se succèdent argent, drogue et femmes. Le SUJET 1 ressent beaucoup de fierté face à la réussite et au train de vie de son père. Toutefois, il éprouve toujours du ressentiment face à l'homme qui a brisé sa famille, le laissant, lui et sa mère, sur l'aide sociale. Il quitte l'école secondaire après seulement une année qu'il a échouée. Malgré quelques retours à l'éducation aux adultes, il ne terminera jamais son secondaire. Alors qu'il a environ 14 ans, il rencontre sa première copine significative, *M-C*. Leur relation durera plusieurs mois et se soldera par un avortement. Le SUJET 1 revoit occasionnellement cette femme qui est maintenant mariée avec un oncle maternel. Ne fréquentant pas l'école, le SUJET 1 trempe dans la petite délinquance, consomme beaucoup d'alcool et s'initie à plusieurs drogues.

3) Jeune adulte

Jeune adulte, le SUJET 1 demeure toujours chez sa mère à qui il emprunte de l'argent. Il est sans emploi stable mais très débrouillard. À l'âge de 17 ans, il s'inscrit à Katimavik et part un an dans l'Ouest canadien. Il dit avoir beaucoup appris de cette expérience, dont l'anglais, mais s'ennuie énormément de sa mère de même que d'une femme qu'il a rencontrée juste avant son départ, *F*.

À son retour, le SUJET 1 et *F*. partent pour l'Abitibi afin de travailler. Rapidement, le SUJET 1 écoule tous ses chèques de paie dans l'alcool si bien que *F*. revient seule à Montréal, enceinte. Le SUJET 1 a 20 ans lors de la naissance de son premier fils. Il quitte l'Abitibi pour emménager avec *F*. Le couple vit principalement d'aide sociale ainsi que des petits boulots que décroche le SUJET 1 : construction, conciergerie, vente de drogue, etc. *F*. donne aussi naissance à un second garçon environ deux ans plus tard. Le SUJET 1 affirme en avoir voulu à sa conjointe pour la naissance de ces enfants. Il se trouvait, en effet, beaucoup trop jeune et chérissait sa liberté. Il aurait aimé voyager, par exemple. Aussi, le SUJET 1 dit n'avoir aucun souvenir de la seconde grossesse de sa conjointe. Suite à la naissance de ce deuxième enfant, le couple commence à battre de l'aile. La consommation excessive d'alcool du SUJET 1 combinée à une dépression *post partum* de *F*. conduit à un premier épisode de violence

conjugale. Le SUJET 1 pense avoir fait un *black out* dû à l'alcool et ne se souvient de rien. C'est la première fois que des accusations seront portées contre lui en tant qu'adulte. Il a 22 ans. Il méritera pour cette infraction une sentence suspendue assortie d'une probation de deux ans. La relation d'environ cinq ans qu'il entretenait avec *F.* se terminera peu de temps après. C'est *F.* qui obtiendra la garde des deux enfants avec le consentement du SUJET 1.

Après un retour chez sa mère, le SUJET 1 entreprend une relation avec *A-M.* À cette époque, le SUJET 1 intensifie sa consommation de cocaïne, notamment, avec sa nouvelle conjointe. Le couple vit principalement d'aide sociale mais commet aussi différents larcins afin d'arrondir les fins de mois. Suite à un appel de la DPJ, le SUJET 1 décide de récupérer la garde de ses deux garçons puisque *F.* est momentanément incapable de l'assurer. Après deux années difficiles, entassés à quatre dans un petit logement, le SUJET 1 rend la garde à la mère remise sur pied. C'est aussi à ce moment que sa relation d'environ quatre années avec *A-M.* prend fin. Le SUJET 1 décide de retourner chez sa mère.

4) Adulte

Le SUJET 1 a 26 ans quand il débute une relation avec une autre femme, *S.* Il qualifie cette relation, ponctuée de drogue et de violence, de *rock and roll.* Condamné pour voies de fait en 1995, il en profite pour entreprendre sa première démarche de désintoxication afin d'éviter l'incarcération. Il ne garde pas de bons souvenirs de cette désintoxication qu'il ne juge pas très utile. Pour lui, c'était un moyen d'éviter la prison, point à la ligne. À ce moment, il habite toujours en compagnie de *S.* avec qui il consomme alcool et drogues. Il n'a pas d'emploi stable et la violence est omniprésente autant de la part du SUJET 1 que de *S.* En 1997, celle-ci le drogue à son insu et il fait un autre *black out* durant lequel il agresse *S.*, détruit leur appartement et mobilise les forces policières. Il sera condamné à plus de six mois d'emprisonnement pour cet incident, mais ne purgera que quelques semaines étant donné les différentes thérapies qui lui sont offertes. Après trois ans et demi, sa relation avec *S.* prend fin.

Après quelques semaines passées chez sa mère, le SUJET 1 commence une nouvelle relation avec *M.*, mère d'une fillette de 6 ans. Pendant que *M.* travaille, le SUJET 1 s'occupe de la fillette, du logement et des repas. Il commence aussi à fumer du crack à l'occasion et consomme régulièrement alcool et autres drogues avec *M.* Leur relation se termine après trois

ans et demi, surtout à cause des pressions faites par le père de *M.* qui la soutenait toujours financièrement.

À cette époque, le SUJET 1 est aussi beaucoup affecté par le suicide de son père. Bien que leur relation n'était qu'épisodique, ce suicide l'a fait réfléchir. Son père avait tout : argent, femme et enfants. Cependant, selon le SUJET 1, son attitude adolescente et son refus de vieillir lui ont fait perdre tout ce qu'il possédait et l'ont poussé vers la mort.

En 2001, le SUJET 1 entreprend plusieurs désintoxications. Il obtient aussi un diagnostic de dépression sévère cette année là. Lors d'une cure fermée, il rencontre *Ma.* C'est le coup de foudre si bien qu'ils quittent le Centre de désintoxication pour s'installer chez la mère du SUJET 1. Ils vivent plusieurs mois, consommant alcool et médicaments. Le SUJET 1 est toujours victime de *black outs* occasionnels suite à sa consommation. Le couple se loue un appartement, vit de l'aide sociale et de la prostitution de *Ma.* Après une année, *Ma.* tombe enceinte et donne naissance à un garçon à l'automne 2003. La DPJ doit intervenir dès le printemps suivant suite à des signalements. Le ménage profite de l'aide et apporte les correctifs exigés. Toutefois, le couple replonge dans la consommation de *free base*, notamment. L'enfant est très souvent gardé par la mère du SUJET 1 si bien que la DPJ le retire du milieu au printemps 2005. À ce moment, le SUJET 1 et *Ma.* perdent aussi leur logement et partent vers Québec. Le SUJET 1 y est arrêté et sera renvoyé brièvement en détention à Montréal. À sa libération, il vivra dans les parcs de la ville durant l'été et sera incarcéré quatre mois jusqu'en décembre 2005 pour diverses infractions : vols, menaces de mort, entrave au travail des policiers. Après sa sortie de prison, le SUJET 1 se retrouve aux urgences psychiatriques à Montréal et il est référé en Estrie au Domaine Orford. Il y passe une bonne partie de l'année 2006. Il rechute à deux reprises durant cette période. À l'automne 2006, il rechute de nouveau et doit quitter le Domaine Orford pour la détention. Il est présentement incarcéré à l'Établissement de Bordeaux à Montréal.

4.1.3 Les thèmes importants

Quelques thèmes importants ressortent du récit du SUJET 1. Ils sont au nombre de six : les relations familiales, la débrouillardise, les patterns dans ses relations de couple, la relation avec sa dernière conjointe, la consommation effrénée et la maladie mentale.

1) Les relations familiales

Le SUJET 1 est très proche de sa mère. Il a vécu en sa compagnie une bonne partie de sa vie et supporte mal d'être séparé d'elle. Cela s'est produit à deux reprises : lorsqu'il est parti pour Katimavik et lorsqu'il est devenu pensionnaire au Domaine Orford. À ces deux occasions, il dit s'être ennuyé d'elle énormément et lui avoir téléphoné régulièrement. C'est d'ailleurs la même situation pour la mère qui n'aime pas être loin de son fils. Le SUJET 1 estime qu'il a toujours pu compter sur sa mère, contrairement à son père. Elle était toujours prête à lui avancer de l'argent en cas de besoin ou à l'accueillir chez elle si cela n'allait pas dans son couple. Suite à chaque rupture, le SUJET 1 affirme qu'il a vécu momentanément chez sa mère.

« Je suis retourné chez ma mère un petit peu, une coupe de jours. Ma mère elle m'a dit : "viens rester icitte". »

Sa mère s'est aussi vu confier la garde du 3^e enfant du SUJET 1 par la DPJ. Étant donné son âge et son état de santé, elle n'a pas pu la conserver à long terme. Cela a causé beaucoup de frustration au SUJET 1 qui éprouve toujours du ressentiment puisque l'enfant est maintenant placé dans la famille de son ex-conjointe, *Ma*.

Le SUJET 1 parle peu de la séparation de ses parents. Il garde quand même beaucoup d'amertume envers son père qui les a abandonnés. Il dit avoir beaucoup d'estime pour sa mère qui l'a élevé avec le peu de moyens qu'elle avait.

« Ma mère, je la voyais, tu sais, elle attendait son chèque de bien-être social. Elle a jamais rien demandé dans sa vie, tu sais. Y'aurait pu lui envoyer une coupe de piasses. Elle a jamais rien demandé pis il y'a jamais rien donné non plus. »

Durant l'enfance du SUJET 1, sa mère a toujours bu au moins une ou deux bières chaque jours. Il n'emploie pas le mot alcoolique pour la décrire et semble minimiser sa consommation. Sa mère, qui se considère comme une ex-alcoolique est sobre depuis maintenant cinq ans. Le SUJET 1 est quand même très fier de la réussite de sa mère mais affirme du même souffle qu'il a pratiquement commencé à boire avec elle au début de son adolescence.

« Moi, ado, je prenais une bière avec ma mère. Ça fait longtemps qu'on prend une bière ensemble. »

Le SUJET 1 se dit conscient d'avoir profité de sa mère à plusieurs reprises. Il éprouve de la reconnaissance envers cette femme qui exerce toujours beaucoup d'influence sur sa vie. En effet, elle accepte mal la maladie mentale de son fils et l'encourage à cesser sa médication.

2) La débrouillardise

Le SUJET 1 ne possède pas de diplôme d'études secondaires. Après avoir abandonné en Secondaire I, il s'est réinscrit brièvement à l'éducation aux adultes dans un but bien précis. Effectivement, c'était là l'une des conditions prévues afin qu'il puisse toucher un héritage substantiel provenant d'un oncle maternel. Il a toujours été prestataire d'aide sociale. Malgré cela, il affirme n'être jamais resté à rien faire. Il se décrochait toujours des petits boulots, le plus souvent au noir, pour arrondir les fins de mois. Toutefois, il dit n'avoir jamais pu conserver un emploi plus que quelques semaines. En effet, la routine l'ennuie, et si l'emploi lui plaît, sa consommation de drogues le lui fait perdre assez rapidement. Il a exercé mille et un métiers : peintre, concierge, manœuvre, etc. Sa mère confirme que son fils a toujours eu de l'argent, bien qu'il lui en empruntait assez régulièrement, et qu'il ne restait jamais bien longtemps inactif.

« Je peux pas te dire qu'est-ce que je faisais exactement, mais, je me débrouillais tout le temps, n'importe quoi. »

Le SUJET 1 avoue avoir commis divers larcins, surtout des vols et des fraudes, dans le but de survivre. Il indique aussi que l'argent servait surtout à payer sa consommation et celle de sa conjointe de l'époque. Il affirme avoir honte de ses comportements antérieurs, particulièrement certains vols. Il dit s'être maintenant pardonné ces offenses qu'il juge tout de même graves.

« J'ai fait un vol quand même qui m'a rapporté une vingtaine de mille dollars "cash". Fait que, j'ai roulé là-dessus longtemps. »

Puisqu'il consommait plusieurs drogues, il en a aussi vendu à quelques reprises. Il affirme qu'il n'était cependant pas reconnu comme un vendeur de drogue. Il dit avoir davantage fréquenté des vendeurs de drogues, mais n'en avoir vendu lui-même qu'à l'occasion. La distinction est importante à ses yeux.

3) Les patterns dans ses relations de couple

Le SUJET 1 a entretenu de nombreuses relations de couple significatives au cours de sa vie. À partir de l'âge de 12 ans environ, il ne se souvient pas d'avoir été célibataire jusqu'à ce qu'il entreprenne sa thérapie au Domaine Orford. Sa relation avec sa première copine s'est soldée par un avortement. Il dit avoir été particulièrement marqué par cet événement auquel il a assisté. Aujourd'hui, il revoit toujours cette femme puisqu'elle est maintenant mariée à un oncle maternel. Il affirme que les relations sont très bizarres dans sa famille et que ce genre de situation n'est pas inusité.

Par le passé, toutes ses relations de couple ont eu une durée approximative de quatre ans. Selon le SUJET 1, le modèle type de l'une de ces relations se déroule en quatre étapes : la lune de miel qui peut durer jusqu'à deux ans, la détérioration marquée par la consommation d'alcool et de drogue de même que la violence tant physique que mentale, la séparation et le retour chez sa mère.

« Ça fait trois ans. Fait que, moi, faut que je change, de place, de meubles pis de blonde. Chus tanné. »

Après quelques années auprès d'une même conjointe, le SUJET 1 ressent le besoin de changer d'air. Il affirme maintenant comprendre le pattern qu'il reproduit avec chacune de ses conjointes. Pour éviter de retomber dans ce piège, il préfère demeurer célibataire pour l'instant et mettre l'emphase sur sa thérapie.

« C'est moé qui reproduit toujours la même affaire. Ça j'ai appris ça dernièrement. »

4) L'impact de sa dernière relation de couple

Le SUJET 1 semble toujours très affecté par la tournure prise par sa dernière relation de couple. C'est dans un Centre de désintoxication qu'il a rencontré *Ma*. Ce fut le coup de foudre instantané et il affirme s'être donné comme mission de la sauver. Cependant, il éprouve toujours beaucoup de culpabilité face à cette relation étant donné que c'est lui qui a initié *Ma* aux drogues dures comme le crack et l'héroïne. À l'heure actuelle, la consommation de *Ma* est totalement hors de contrôle et le SUJET 1 ne s'est pas pardonné de lui avoir fait découvrir

ces nouvelles drogues. De plus, il trouve très difficile que *Ma.* ait disparu sans jamais lui donner de nouvelles depuis plus d'un an.

« Là, nous autres, on voulait aller à Québec pendant une semaine moi pis Ma. pour aller comme faire un genre d'adieu à la drogue pis revenir puis aller en thérapie tous les deux. On est partis à Québec, [hésitations] je sais pas qu'est-ce qui est arrivé... Là, ça fait un an, pis on a perdu Ma. »

C'est avec beaucoup d'émotions que le SUJET 1 parle de son plus jeune fils qui a trois ans et demi. Celui-ci vit depuis plusieurs mois chez un membre de la famille élargie de *Ma.* La DPJ vient d'ailleurs de recommander un placement permanent jusqu'à sa majorité. Cette décision a été pénible à accepter pour le SUJET 1. Il regrette énormément ne pas avoir pu s'occuper de son enfant. Cela lui rappelle le divorce de ses parents et le sentiment d'abandon qu'il avait alors ressenti. Il se dit très triste à l'idée d'avoir reproduit cette situation pour son garçon.

5) La consommation effrénée

Selon le SUJET 1, sa consommation d'alcool et de drogues n'a jamais cessé depuis le début de son adolescence. Son arrivée au Domaine Orford marque le début d'une première période de sobriété en plus de vingt-cinq ans. Cette thérapie a d'ailleurs été marquée par deux rechutes au cours des six derniers mois.

Le SUJET 1 raconte avoir commencé sa consommation d'alcool avant son dixième anniversaire. À cette époque, il buvait souvent dans le verre de son grand-père et voyait sa mère ingurgiter plusieurs bières chaque jour. Il avait aussi commencé à subtiliser quelques bouteilles de la cuisine familiale pour les boire avec ses amis. Il pense que l'agression sexuelle dont il a été victime n'est pas étrangère à sa consommation d'alcool. Quant à sa consommation de marijuana, elle a débuté lorsqu'il avait environ 12 ans. Il indique ne pas avoir eu de raisons particulières d'expérimenter avec le cannabis, si ce n'est que par curiosité. Le SUJET 1 se décrit comme un alcoolique ayant aussi un gros problème de drogue.

La consommation d'alcool, de drogues et de médicaments du SUJET 1 s'est amplifiée avec le temps. Il affirme avoir tout essayé : du crack à l'héroïne, en passant par les médicaments antidouleur, souvent en combinaison avec de l'alcool. Il se dit maintenant sujet de *black outs*

occasionnels suite à sa consommation. Le SUJET 1 a dû subir trois pontages coronariens il y a trois ans, mais refuse de relier cet événement à sa consommation de drogue et d'alcool. Il a aussi contracté le virus de l'hépatite C, maladie qu'il a toujours du mal à accepter.

Le SUJET 1 demeure assez critique face aux Centres de désintoxication qu'il a fréquentés. Il estime toujours avoir été bien traité, cependant, il trouve trop restreinte la gamme des services disponibles à certains endroits. Par exemple, il aurait aimé être l'objet d'un suivi plus complet lors de sa sortie de quelques Centres de désintoxication.

« Ben câlisse, c'est tellement plate, quand tu sors de là, t'as juste le goût d'aller te geler. »

Il indique aussi avoir séjourné dans certains Centres de désintoxication uniquement afin de satisfaire à des ordonnances de la Cour ou pour éviter la détention.

« C'était juste pour pas faire de temps. Tu sais, dans ce temps là... c'était pas comme aujourd'hui je fais. C'était pas une thérapie. »

Le SUJET 1 fonde beaucoup d'espoirs dans sa thérapie au Domaine Orford. Retrouver la garde de son fils constitue un élément de motivation important. Cependant, il demeure réaliste et il sait que la route sera longue. Il a rechuté lorsqu'il a revu son garçon pour la première fois au printemps 2006. Le SUJET 1 affirme que cette rechute n'était pas préméditée et qu'il a été victime d'un concours de circonstances. En effet, la visite avec son fils s'est déroulée dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve, ce qui lui a rappelé de nombreux souvenirs. De plus, il en a profité pour revoir les membres de sa famille et c'est avec une tante qu'il a consommé de la cocaïne. Il estime qu'il devra éviter de fréquenter ce quartier à l'avenir pour améliorer ses chances de réhabilitation. Cependant, comme il y a passé la majeure partie de sa vie et que sa mère y vit toujours, il ne sait pas s'il y arrivera.

6) La maladie mentale

Puisque le SUJET 1 se décrit comme un alcoolique éprouvant un grave problème de toxicomanie, il a tendance à laisser son diagnostic de dépression sévère de côté. Pourtant, son expérience des urgences psychiatriques est étendue.

« Comme les hôpitaux, à Montréal, je les ai pratiquement tous faits... »

Malgré cela, il n'a jamais été suivi à long terme par un psychiatre. Il a obtenu un diagnostic de dépression il y a cinq années seulement.

« J'ai vu peut-être 2-3 psychiatres dans ma vie. Et puis, des psychologues, j'en ai vu une coupe. C'est surtout des médecins généralistes qui ont fait un peu de psychologie. »

Le SUJET 1 est conscient de sa maladie mentale. Il parle de sa médication et dit savoir qu'elle est essentielle. Il affirme aussi se sentir mieux depuis son diagnostic et depuis qu'on lui a prescrit des médicaments. Malgré cela, au cours des cinq dernières années, il a cessé de prendre sa médication à de nombreuses reprises. Il subit, en effet, des pressions de la part de sa mère qui est très sceptique face au diagnostic. Elle estime que les hôpitaux et Centres de thérapies essaient d'assommer son fils avec des médicaments alors qu'il n'éprouve aucun problème de santé mentale.

4.2 LE SUJET 2

La présentation du matériel demeure la même concernant le SUJET 2 : le sommaire biographique, le récit chronologique ainsi que les thèmes importants.

4.2.1 Le sommaire biographique

Le SUJET 2 est originaire de la Rive-Sud de Montréal. Il a 30 ans et un diagnostic de schizophrénie a été porté il y a environ cinq ans. Ce diagnostic est associé à des troubles de personnalité mixte, paranoïde et antisociale. Ses problèmes liés à la toxicomanie remontent à l'adolescence et il a fait une première cure de désintoxication à l'âge de 18 ans. Ses ennuis avec la justice datent aussi de l'adolescence. Il a été condamné une première fois pour trafic et importation de stupéfiants à l'âge de 17 ans. D'autres accusations de trafic ainsi que de voies de fait et d'agressions armées ont aussi été portées contre lui au cours des dernières années. Il a séjourné dans de nombreuses ressources venant en aide aux personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie, de même que dans plusieurs hôpitaux psychiatriques. Ses séjours dans les Établissements de détention provinciaux ont été malgré tout assez brefs, allant de quelques jours à près de 2 mois.

4.2.2 Le récit chronologique

Les quatre périodes utilisées précédemment concernant le récit du SUJET 1 sont reprises selon la même séquence pour le récit du SUJET 2 : enfance, adolescence, jeune adulte et adulte.

1) Enfance

C'est sur la Rive-Sud de Montréal que le SUJET 2 a passé son enfance. Son père était un commerçant assez fortuné et sa mère demeurait à la maison pour s'occuper du SUJET 2 ainsi que de son frère aîné. Jeune, le SUJET 2 avait de bonnes relations avec son père et son frère. Cependant, la situation était plus compliquée avec sa mère. Selon lui, les difficultés de couple de ses parents se répercutaient sur la relation qu'il entretenait avec sa mère. Aussi, le grand-père paternel du SUJET 2 souffrait de schizophrénie alors que ses grands-parents du côté maternel avaient tous deux un grave problème d'alcoolisme. Il a des souvenirs concernant l'alcoolisme et les hallucinations dont était victime sa grand-mère maternelle.

Au début de son cheminement scolaire, à l'école primaire, le SUJET 2 se décrit comme un élève brillant. Selon son père, il éprouvait beaucoup de facilité et était apprécié par ses professeurs. C'est vers 8 ans que les choses ont changé. Il est alors devenu un élève plus turbulent, voire violent, qui se désintéressait totalement de l'apprentissage. Cela coïncide avec le divorce de ses parents. La mère du SUJET 2 quitte alors le foyer familial. Le SUJET 2 dit avoir ressenti beaucoup de révolte à ce moment. Il en voulait à son père, mais aussi à sa mère de l'avoir abandonné. Suite au divorce, il demeure avec son père et son frère et ne reverra sa mère que très sporadiquement.

2) Adolescence

Le début de l'adolescence du SUJET 2 est marqué par plusieurs épisodes de violence. Les bagarres à l'école sont nombreuses de sorte qu'il est expulsé de plusieurs établissements d'enseignement secondaire. Il intègre un gang de rue de la région montréalaise qu'il considère rapidement comme sa véritable famille. À cette époque, il se décrit comme « de la graine de canaille, de la graine de criminalité. » Il commence à entendre des voix vers l'âge de 13 ou 14 ans. Il débute aussi sa consommation d'alcool et de marijuana à ce moment. Malgré les efforts marqués de son père pour le garder dans le droit chemin, il quitte l'école définitivement en

Secondaire III. Il commence alors à travailler à l'usine de son père et vend de la drogue occasionnellement. Le SUJET 2 affirme que puisqu'il était issu d'une famille fortunée, l'argent n'a jamais été un problème. Il commettait donc des petits délits (vente de drogue, vols) par plaisir et recherche de sensations fortes plutôt que par nécessité.

Le remariage de son père l'affecte énormément. Celui-ci aura trois autres enfants que le SUJET 2 fréquente peu. En effet, à partir de l'âge de 15 ou 16 ans, celui-ci demeure alternativement chez son père, chez des amis et en Centre d'accueil. Il déteste profondément la nouvelle conjointe de son père et la menace à de nombreuses reprises. Cette haine est encore présente aujourd'hui et il dit ne pas avoir pardonné complètement à son père de s'être remarié. La famille déménage éventuellement à Québec dans le but d'éloigner le SUJET 2, maintenant âgé de 17 ans, de ses mauvaises fréquentations. Rien n'y fait, le SUJET 2 gravite de plus en plus vers les gangs de rue et se dit fasciné par le milieu : armes, violence, drogue, etc. À leur contact, il apprend l'anglais, l'espagnol ainsi que le patois jamaïcain. Il découvre aussi les drogues comme le LSD et la mescaline en plus de rencontrer sa première copine, S. Leur relation s'échelonne sur trois années. Toujours à 17 ans, le SUJET 2 se rend seul en Jamaïque afin d'en rapporter de l'héroïne. Il se fait pincer à l'aéroport de Toronto et est accusé de trafic de stupéfiants. Il sera condamné à une garde fermée en Centre d'accueil. L'expérience de la garde fermée en Centre d'accueil le confronte à d'autres jeunes aussi violents que lui. Il décide de « jouer au petit coq » afin de ne pas devenir une victime lui-même. À ce moment, il bénéficie toujours du soutien de son père qui lui apporte cadeaux et cigarettes à toutes les fins de semaines.

3) Jeune adulte

À sa sortie du Centre d'accueil, il fréquente son premier Centre de désintoxication. Après avoir qualifié l'expérience de totalement inutile, il se reprend et affirme qu'elle aura servi à « planter une petite graine ». Il rencontre aussi un psychiatre qui abusera de lui sexuellement sur une période d'environ un an. Le SUJET 2 indique que cet épisode constitue la principale raison pour laquelle il expérimentera par la suite des drogues toujours plus fortes : crack, héroïne. Cet abus le rend aussi méfiant des intervenants qu'il rencontrera subséquemment.

Vers l'âge de 20 ans, il s'installe en appartement avec une copine, J-C., qui étudie à l'Université. Le SUJET 2 travaille un peu et est toujours soutenu par son père qui lui ouvre un

restaurant. Le SUJET 2 y travaille comme gérant pendant quelques années. La cuisine étant un domaine où il excelle, il décrit cette période comme très heureuse. Il réussit enfin : travail, amour, argent, etc. Cependant, la maladie mentale et les combines louches le rattrapent. Sa relation avec *J-C.* se termine au bout de trois années et le SUJET 2 commence à fréquenter les ressources d'hébergement pour les personnes toxicomanes. Il rencontre *M-E.* avec qui il aura une relation d'environ un an. Il consomme maintenant régulièrement de la cocaïne de même que de l'héroïne. Le SUJET 2 sera à nouveau accusé de trafic d'héroïne mais évitera la détention, avec soulagement, en acceptant d'aller en thérapie. Les brèves périodes passées en détention, surtout préventive, par le SUJET 2 ont été assez éprouvantes. Il manque de mots pour les décrire mais affirme qu'il ferait presque n'importe quoi pour ne pas y retourner.

4) Adulte

Vers l'âge de 25 ans, le SUJET 2 entreprend une thérapie à la méthadone. C'est aussi à ce moment qu'il rencontre un psychiatre, le Docteur *R.*, qui diagnostiquera son problème de santé mentale, la schizophrénie. La situation s'améliore mais puisque la médication ne suffit pas à calmer les voix qu'il entend, le SUJET 2 fréquente régulièrement les urgences psychiatriques de même que les ressources spécialisées en santé mentale : P.E.C.H., CTR de Nemours, La Maisonnée. Il en prend même une habitude, selon ses dires. Les rechutes sont fréquentes et le SUJET 2 semble de moins en moins capable de mener sa vie de manière autonome. Les échecs répétés font monter son niveau de frustration. Il rencontre quelques femmes avec qui il a des relations brèves et demeure chez son père en cas de besoin. Il se fait aussi arrêter à quelques reprises pour fraude et voies de fait mais écope de sentences avec sursis. Vers 28 ans, il rencontre *A.*, sa dernière conjointe significative. Elle a aussi un problème de santé mentale et de toxicomanie. Le père du SUJET 2 les installe dans un petit appartement et supervise leur vie. Les souvenirs du SUJET 2 concernant cette période sont confus. Selon son père, le couple consomme beaucoup d'alcool et de drogue, et mène une vie complètement désorganisée.

Par après, le SUJET 2 a de nouveaux démêlés avec la justice. En effet, au printemps 2006, il est impliqué dans une agression armée dans un bar, infraction pour laquelle il n'a toujours pas reçu de sentence. Il entre quand même en thérapie au Domaine Orford où il réside à partir de l'été 2006. Cette thérapie fonctionne assez bien et le SUJET 2 passe plusieurs mois sans avoir recours aux services de l'urgence psychiatrique. Cette situation surprend beaucoup son

psychiatre, le Docteur R., très heureux des progrès de son patient. Toutefois, les médicaments ne suffisent toujours pas à calmer les voix qu'entend le SUJET 2. À l'hiver 2006, il est transféré à l'hôpital de Québec pour y recevoir un traitement dit « de la dernière chance », traitement qui doit être administré sous supervision médicale constante.

4.2.3 Les thèmes importants

Quelques thèmes importants se dégagent du récit du SUJET 2. Il s'agit du divorce de ses parents, du support familial, du diagnostic tardif de maladie mentale, de la consommation précoce et importante de drogues, de l'influence des gangs de rue, de la judiciarisation et de l'agression sexuelle.

1) Le divorce de ses parents

La relation entre le SUJET 2 et sa mère demeure conflictuelle. Il a le sentiment d'avoir été abandonné et il lui en veut toujours presque vingt-cinq ans plus tard. Il éprouve beaucoup de frustration d'avoir eu à grandir sans sa mère. Le thème est manifestement sensible puisque le SUJET 2 passe rapidement à autre chose lorsqu'on l'aborde. Le divorce de ses parents est le point de départ de ses problèmes selon lui, et selon son père aussi. Le SUJET 2 estime que c'est à partir de ce moment que tout a commencé.

« Après le divorce, j'ai comme eu de la difficulté à être proche d'elle vu que j'ai tellement enregistré des idées négatives. Après le divorce, tout était pire. »

Le SUJET 2 fait aussi référence au duel entre le bien et le mal lorsqu'il parle de la relation entre son père et sa mère.

« Que mon père me montait contre ma mère, ma mère contre mon père. J'étais toujours dans un duel entre le bien pis le mal. Je suis encore dans un duel entre Dieu pis le Diable. Mais dans ce temps là, c'était la voix de mon père pis la voix de ma mère, tu sais. »

2) Le support familial

D'un côté, il dit avoir une très bonne relation avec son père. Il estime que cette relation s'est améliorée avec le temps. Il regrette que son père n'ait pas été plus présent lors de son enfance.

Selon lui, il travaillait beaucoup et avait peu de temps à lui consacrer. Pour cette raison, il essayait d'obtenir de l'attention en commettant des mauvais coups. Il préférait recevoir de l'attention négative plutôt qu'aucune attention du tout.

« Ben oui, mon père était découragé ben raide, y'était découragé. Mais y'était tellement occupé que y'avait pas le temps vraiment de s'occuper de ça. Les seuls temps que je le voyais, c'est quand il me donnait de l'attention négative. Quand il me reprenait sur un mauvais coup que j'avais fait. Fait que plus que je faisais de mauvais coups, plus qu'il me reprenait, plus que je le voyais. »

De l'autre, il en veut énormément à son père pour diverses causes dont son divorce et son second mariage. Il associe à une trahison le remariage de son père à sa deuxième épouse. Effectivement, il a connu et a eu le béguin pour cette femme avant que son père ne la rencontre. Le SUJET 2 les a en quelque sorte présentés l'un à l'autre. Cette blessure est toujours présente. Il avoue avoir été extrêmement dur envers sa belle-mère. Son père affirme qu'il a eu des idéations meurtrières envers elle par le passé.

« Oui! Pour moi, ça a été une trahison. Clac! Une grosse grosse trahison. »

Malgré tout, le SUJET 2 bénéficie du support inconditionnel de son père depuis son enfance. Il se considère chanceux d'avoir pu bénéficier de ce support. Le père du SUJET 2 affirme que celui-ci est maintenant beaucoup plus craintif face à son avenir. En effet, le SUJET 2 a très peur de se retrouver seul et ne sait pas ce qu'il ferait si son père venait à mourir, par exemple.

« J'ai toujours eu un endroit où aller, chez mon père... »

3) Le diagnostic tardif de maladie mentale

Le SUJET 2 a 25 ans lorsque le diagnostic de schizophrénie tombe. Il a l'impression d'entendre des voix depuis toujours mais pense que c'est vers l'âge de 13 ou 14 ans qu'elles se sont manifestées la première fois. Il dit n'avoir jamais vu de psychologue ou de psychiatre à ce sujet lors de son adolescence. Son grand-père paternel était pourtant schizophrène et a assassiné sa grand-mère à coups de hache. Le SUJET 2 sait qu'il était un enfant « différent » et affirme avoir utilisé la drogue comme moyen de s'auto médicamenter.

« Comme pour moi, la drogue, ça a été un allié. Je me suis auto médicamenté par instinct »

Le SUJET 2 dit ne pas avoir été surpris du diagnostic. Il s'en doutait, mais personne ne lui avait expliqué ce qu'était la maladie mentale auparavant. Il a même été soulagé d'apprendre qu'il n'était pas réellement possédé du démon, que l'éternel duel entre le bien et le mal présent dans son esprit n'était qu'un symptôme de sa maladie.

« Ben, je me doutais un peu que je l'étais. Ça a pas été une grosse apparition pour moi. Je pensais que je l'étais avant. »

Le SUJET 2 affirme avoir de la difficulté à vivre avec sa maladie mentale. Il ne l'accepte pas encore entièrement. Certains jours, il admet son état, alors que d'autres, il le nie complètement. Il vit beaucoup de frustration face à sa perte d'autonomie. Il a déjà occupé un emploi en tant que gérant de restaurant et habité en appartement avec des copines. Il sait que cette époque-là est révolue et a de la difficulté à s'y résigner. Son père commence à envisager un hébergement à long terme comme solution permanente.

« Pis depuis que j'ai découvert les ressources en santé mentale, je suis tout le temps dans ces ressources là. Des fois, je passe 3-4 mois en appartement, mais ça dure pas, c'est pas stable. La santé mentale, c'est un hostie de problème, c'est pas évidemment à vivre, ça. »

4) La consommation de drogue importante et précoce

Le SUJET 2 a commencé par vendre de la drogue pour ensuite en consommer vers l'âge de 14 ans. Il affirme avoir cherché d'instinct à s'auto médicamenter au moyen de la drogue puisqu'il entendait déjà des voix à cette époque. Il dit aussi qu'il consommait de la drogue parce que cela le rendait *cool* et attirait l'attention. Ses motivations pour consommer des stupéfiants étaient donc diverses : était-ce pour attirer l'attention de son gang et de son père ou était-ce réellement pour s'auto médicamenter ?

« La drogue est devenue une priorité quand j'ai vu que t'étais cool quand tu consommais. Quand j'ai compris que plus tu consommais, plus t'allais chercher de l'attention. »

Le SUJET 2 n'a jamais eu de la difficulté à se procurer toutes les drogues étant donné la fortune de son père. De plus, il pense qu'il était prédisposé à demeurer dépendant à la drogue contrairement à d'autres personnes. Il parle souvent de gens avec qui il a consommé mais qui eux, ne sont pas restés accrochés.

5) L'influence des gangs de rue

Il indique avoir été fortement influencé par les gangs auxquels il a appartenu dès le début de son adolescence. Ces gangs étaient plus importants que sa famille selon ses dires.

« La vie familiale ? Y'avait pas vraiment de vie familiale. Ma famille, moi, c'était la rue. Chez nous, mon père était jamais là. Mon père était pas là, il travaillait, y'était tout le temps parti. La famille pour moi, ça a été ma gang. »

Les gangs de rue lui ont servi de porte d'entrée pour la consommation de drogues. Il dit avoir commencé par la vente et s'être ensuite adonné à la consommation. Ses motivations pour rejoindre les gangs étaient multiples. D'abord, l'absence de vie familiale caractérisée par une mère ayant quitté le foyer et un père travaillant beaucoup. Ensuite, il parle du *thrill* associé à la vie de gang : la drogue, le crime, le pouvoir, etc. Finalement, il mentionne aussi la recherche de culture comme motivation. En effet, il a fait partie de gangs latinos et jamaïcains.

« J'ai rentré dans les gangs de rue pour ça. J'ai grandi dans les gangs de rue, j'avais pas besoin de ça. C'est pas quelque chose que j'avais besoin pour avoir de l'argent ou quoi que ce soit. C'est un thrill. »

Il recherchait la vie de gang, mais aussi à s'identifier à quelque chose. Comme les gangs de Québécois punks ou skinheads ne lui convenaient pas, il affirme avoir simplement cherché ailleurs.

6) La judiciarisation

Le SUJET 2 demeure peu judiciarisé malgré la gravité objective des offenses commises. Deux condamnations pour trafic d'héroïne, une condamnation pour agression armée et une autre accusation d'agression armée en attente de verdict. Malgré cela, il n'a jamais séjourné plus de deux mois consécutifs en détention. Le SUJET 2 a d'ailleurs détesté profondément ces séjours en détention. Il décrit le système judiciaire et carcéral comme « pourri ». De plus, il dénonce fortement la violence omniprésente, selon lui, dans les Établissements de détention du Québec.

Le SUJET 2 affirme également qu'étant donné son problème de santé mentale, sa place n'est pas en détention. Il juge que puisqu'il suit présentement une thérapie, les autorités judiciaires et carcérales ne peuvent pas l'y renvoyer.

« Ben, tu sais, j'avais fait une thérapie. Ils pouvaient pas m'envoyer en prison là. Ils pouvaient pas m'envoyer en prison après une thérapie, là... »

Le SUJET 2 sait qu'il a été chanceux par le passé de recevoir uniquement des sentences avec sursis. Il cite en exemple plusieurs de ses amis qui ont écopé d'une peine fédérale à purger dans un pénitencier pour des offenses similaires. Il remercie d'ailleurs son père qui l'a tiré de plusieurs situations difficiles en défrayant les coûts d'un bon avocat.

7) L'agression sexuelle

Le SUJET 2 affirme avoir été victime d'agression sexuelle et de séquestration de la part d'un psychiatre devant faire un rapport pré-sentenciel dans son dossier d'importation d'héroïne. Il avait 17 ans à l'époque. Il vit encore beaucoup de frustration face à cet événement, surtout parce qu'il n'a pas été crû lorsqu'il a dénoncé son agresseur. Il indique avoir de la difficulté à faire confiance aux intervenants qu'il rencontre depuis cet incident.

« Le seul que j'ai écouté c'est le Docteur C., pis je me suis fait avoir. Fait que après ça, j'ai plus écouté n'importe qui, j'avais plus de questions, j'avais plus vraiment besoin de... l'aide de personne. Je voulais plus rien savoir, j'étais plus... »

Il mentionne que c'est suite à cette agression qu'il a commencé à expérimenter avec l'héroïne.

« Pis après avoir vécu cette expérience là avec ce psychiatre là, ben, je suis devenu encore plus criminalisé. Quand je suis sorti, je me suis mis dans la dope pas mal. »

Le SUJET 2 accorde beaucoup d'importance à cette agression qu'il considère un tournant dans sa vie. Alors que sa situation aurait dû s'améliorer grâce aux traitements du psychiatre, elle a plutôt dégénéré à cause de l'agression sexuelle. Après avoir dénoncé l'agression, il a passé une dizaine d'années à ne pas vouloir en reparler. C'est suite à ses traitements au Domaine Orford que cet événement a refait surface.

4.3 L'ANALYSE DES TRAJECTOIRES

Plusieurs éléments pertinents ont pu être identifiés dans l'analyse des trajectoires des deux SUJETS. Cette analyse se divise en deux parties : les cinq points communs aux trajectoires des deux SUJETS, de même que trois autres thèmes particulièrement importants.

4.3.1 Les points communs

Quelques points communs peuvent être identifiés comme partie intégrante des trajectoires des deux SUJETS. Il s'agit des ruptures familiales en bas âge, des relations familiales complexes, de la maladie mentale, de l'usage précoce d'alcool et de drogue ainsi que des agressions sexuelles.

1) Les ruptures familiales en bas âge

Les deux SUJETS ont vécu une situation de rupture familiale en bas âge. En effet, le père du SUJET 1 a été complètement absent lors de la petite enfance de celui-ci. La mère du SUJET 2 a quant à elle quitté le foyer familial alors qu'il avait 8 ans. Ces abandons ont des répercussions sur la vie des deux SUJETS encore aujourd'hui. Le SUJET 1 manifeste clairement sa tristesse d'avoir reproduit cet abandon avec son troisième fils. Cette situation le hante si bien qu'il demeure très émotif lorsqu'il parle de son enfant. Suite au départ de son père, le SUJET 1 est devenu très dépendant de sa mère, et il l'est toujours à l'heure actuelle. Quant au SUJET 2, il n'a pas encore pardonné à sa mère de l'avoir abandonné. Il semble très contrarié d'avoir dû grandir sans elle et ne la revoit que sporadiquement. Le SUJET 2 en veut aussi à son père et à sa nouvelle conjointe pour leur remariage. Malgré ce froid entre le fils et son père, le SUJET 2 en demeure tout de même très dépendant.

2) Les relations familiales complexes

Les deux SUJETS vivent des relations familiales très complexes. Tel que mentionné précédemment, ils demeurent assez dépendants de leurs parents malgré leur âge. En effet, le SUJET 1 peut difficilement se passer de sa mère. Cette relation quasi fusionnelle explique possiblement ses incapacités à maintenir des relations de couple stables. Ses allers-retours entre sa mère et ses conjointes en sont peut-être symptomatiques. Alors que les relations

familiales du SUJET 1 sont surtout névrosées, les relations familiales du SUJET 2 sont davantage psychotiques. Le SUJET 2 a des antécédents familiaux de schizophrénie par son grand-père paternel. Il affirme qu'il était auprès de sa grand-mère maternelle à de nombreuses reprises alors que celle-ci avait des hallucinations dues à son alcoolisme. Ses relations avec son père sont aussi teintées de psychose. Le SUJET 2 demeure toutefois très dépendant de celui-ci, non pas psychologiquement, mais matériellement. Sans la présence de son père, le SUJET 2 vivrait probablement dans la rue ou serait institutionnalisé.

3) La maladie mentale

Les deux SUJETS ont un parcours comparable face à la maladie mentale. D'abord, ils ont tous les deux été diagnostiqués assez tardivement. Le SUJET 1 avait 33 ans et éprouvait de graves problèmes de toxicomanie depuis quinze années. Il avait fréquenté les urgences psychiatriques à de nombreuses reprises sans que sa maladie mentale ne soit détectée. Le SUJET 2, malgré des antécédents familiaux lourds, n'a obtenu son diagnostic qu'à l'âge de 25 ans. À ce moment, cela faisait dix ans qu'il entendait des voix. Les attitudes des deux SUJETS face à leur maladie mentale sont aussi semblables. En effet, ils n'acceptent toujours pas complètement cette maladie. Le SUJET 1 se décrit davantage comme un toxicomane et ne reconnaît pas facilement souffrir également de dépression sévère. Il préfère nettement l'étiquette de toxicomane. Quant au SUJET 2, il n'admet pas toujours souffrir de schizophrénie. Cela dépend de son humeur de la journée, humeur souvent influencée par sa médication.

4) L'usage précoce de drogues et d'alcool

Les deux SUJETS indiquent avoir commencé à utiliser alcool et drogue avant l'âge de 14 ans. Il semble que c'est la curiosité qui a poussé le SUJET 1 à toucher à l'alcool et à la drogue. Le SUJET 2, lui, a peut-être été poussé vers la drogue comme moyen d'auto médication. Les deux SUJETS avaient tous les deux développé une toxicomanie en tant que jeunes adultes. Ils ont expérimenté avec les drogues dures au début de la vingtaine. Tous les deux ont été traités dans des Centres de désintoxication avant l'âge de 25 ans. Par la suite, ils ont fréquenté les urgences psychiatriques à de nombreuses reprises avant de recevoir un diagnostic de maladie mentale. Finalement, ils ont tous deux contracté le virus de l'hépatite C probablement à cause de leur consommation de drogue par méthode intraveineuse.

5) Les agressions sexuelles

Les deux SUJETS ont été victimes d'agressions sexuelles au cours de leur vie. Les circonstances des ces agressions sont, toutefois, complètement différentes. Pour le SUJET 1, il s'agit d'une agression incestueuse survenue alors qu'il était enfant. Il n'accorde plus beaucoup d'importance à cette agression et affirme que cela est maintenant loin derrière lui. Il affirme que cette situation illustre bien les drôles de relations ayant cours dans sa famille. Il est cependant clair qu'il n'aime pas aborder ce sujet, même aujourd'hui. En ce qui a trait au SUJET 2, il a subi une agression d'une toute autre nature. En effet, il a été abusé par le psychiatre devant faire un rapport pré-sentenciel pour son dossier de trafic de stupéfiants. Il se dit encore très marqué par cette agression à l'heure actuelle. Elle continue d'avoir un impact important dans sa relation avec les intervenants, surtout les hommes.

4.3.2 Les autres points d'analyse

Quelques autres points importants de la trajectoire des SUJETS méritent une analyse un peu plus approfondie. Ces points sont : le soutien du réseau primaire, le parcours de criminalisation et les possibilités de réinsertion.

1) Le soutien du réseau primaire

Chacun des SUJETS, malgré les nombreux soubresauts de leurs carrières, continuent de bénéficier du support d'au moins un de leurs parents. Ce soutien leur est d'ailleurs essentiel. De nombreux auteurs dont Laberge (2000) et Roy (2004) parlent de l'importance du maintien du réseau primaire des toxicomanes et des malades mentaux. Chacun des deux SUJETS conserve toujours un endroit où aller en cas de besoin. Pour le SUJET 1, c'est chez sa mère, alors que pour le SUJET 2, c'est chez son père.

Cette situation a certainement évité aux deux SUJETS de s'enfoncer davantage dans leurs problématiques de santé mentale, de toxicomanie et de judiciarisation. En effet, avoir un endroit stable a probablement prévenu des situations d'itinérance propices aux rechutes sévères. Seul le SUJET 1 a été sans domicile fixe durant un été. Durant cette période, sa consommation de drogue et d'alcool était hors de tout contrôle de sorte qu'il a finalement été arrêté pour vol qualifié. Ces exemples illustrent bien l'importance du réseau primaire des personnes souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie.

2) Le parcours de criminalisation

Il est intéressant d'aborder le parcours criminel des deux SUJETS. Effectivement, tous deux ont eu leurs premiers démêlés avec la justice en tant que mineurs. De plus, la carrière criminelle du SUJET 1 est plus importante que celle du SUJET 2. Cela est en partie dû au fait que le SUJET 1 est de huit ans l'aîné du SUJET 2.

Une étude plus poussée montre également que le SUJET 1 a été arrêté beaucoup plus souvent que le SUJET 2. Il a par la suite été reconnu coupable d'infractions criminelles plus souvent que le SUJET 2, et condamné à des peines plus longues. Et cela, même au début de sa carrière criminelle alors que la notion de récidive n'entraîne pas encore en jeu dans l'établissement de la peine. Les infractions commises par le SUJET 1 sont surtout des menaces de mort, des entraves au travail des policiers et des bris de conditions. À cela s'ajoute un dossier de conduite avec facultés affaiblies ainsi que quelques dossiers de vols, de fraudes et de voies de fait simples.

Il est particulièrement intéressant de constater que c'est le SUJET 2 qui a écopé des sentences les plus clémentes malgré la gravité des actes commis : plusieurs dossiers de voies de fait, deux dossiers d'agressions armées et deux dossiers de trafic d'héroïne. Ces actes criminels sont pourtant passibles de peines d'emprisonnement importantes en vertu du *Code Criminel* et de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Malgré cela, le SUJET 2 n'a jamais passé plus que deux mois consécutifs en détention. Il s'agissait pourtant de récidives et d'infractions objectivement plus graves que celles commises par le SUJET 1.

Les raisons expliquant ce phénomène ne sont pas clairement définies. Il semble que le SUJET 2 a bénéficié d'un traitement favorable pour diverses causes. D'abord, en raison de son jeune âge, mais aussi à cause de son état mental. Malgré l'absence d'un diagnostic précis, le SUJET 2 a été soumis à diverses requêtes pour examen psychiatrique et il est possible que la Cour en ait tenu compte dans ses verdicts et sentences. La santé mentale précaire du SUJET 2 aurait donc joué en sa faveur devant le Tribunal. Cela est difficile à interpréter puisque la majorité des auteurs voient la maladie mentale comme un facteur favorisant les arrestations et les condamnations (Teplin, 1984; Laberge et Morin, 1995; Laberge, 2000). Aucun d'entre eux ne s'est toutefois penché sur l'impact de la maladie mentale sur les sentences prononcées contre les contrevenants.

De plus, un autre facteur pourrait expliquer les sentences relativement clémentes dont a bénéficié le SUJET 2. Il s'agit de sa représentation adéquate devant le Tribunal. En effet, le SUJET 2 a toujours profité des services d'un avocat payé par son père.

3) Les possibilités de réinsertion

Il est aussi pertinent de s'interroger sur les possibilités qu'ont les deux SUJETS de réussir une réinsertion suite à leur thérapie. D'entrée de jeu, il semble que les chances du SUJET 1 soient meilleures que celles du SUJET 2.

En effet, la maladie mentale du SUJET 1 demeure bien moins envahissante que celle du SUJET 2. Son état mental plus stable lui permet de mieux prendre conscience des enjeux entourant sa réinsertion. Il se dit d'ailleurs très motivé depuis qu'il a repris contact avec son plus jeune fils. Au niveau professionnel, étant donné qu'il a déjà occupé plusieurs emplois par le passé, un retour au travail est envisageable. Le SUJET 1 est très débrouillard et désire tirer un trait sur sa consommation. Il sait que ce sera particulièrement difficile surtout s'il retourne habiter dans son quartier d'origine, Hochelaga-Maisonneuve.

Quant au SUJET 2, ses chances de retrouver une vie autonome sont plutôt minces. Effectivement, il répond mal à la médication devant contrôler les symptômes de sa schizophrénie. Pour cette raison, ses chances de réussir à vivre seul de manière autonome ou d'occuper un emploi dans le futur semblent pratiquement inexistantes. Pour le SUJET 2, un milieu institutionnalisé semble plus souhaitable. Avec une médication adéquate et un environnement stable, il lui serait peut-être possible d'éviter de retomber dans la consommation de stupéfiants.

En bref, il est difficile d'en arriver à une conclusion unique lorsque l'on étudie les chances de réinsertion de la clientèle souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. En effet, la situation de chaque client est particulière. En plus d'un programme de réinsertion global, il faut aussi une approche personnalisée répondant à la réalité, mais aussi au désir de chacune des personnes souffrant de troubles concomitants.

4.4 LE POINT DE VUE DES INTERVENANTS SUR LA TRAJECTOIRE DE LA CLIENTÈLE

Plusieurs thèmes sont abordés par les intervenants lorsqu'ils parlent de la trajectoire de la clientèle souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Chaque thème sera analysé en tenant compte de la comparaison du point de vue des intervenants face à celui des SUJETS et leurs familles.

4.4.1 La trajectoire générale de cette clientèle

Sous le thème de la trajectoire générale, les intervenants examinent plusieurs thèmes : les statistiques, les facteurs influençant la trajectoire, les ressources spécialisées de même que la lecture qu'ils font de la situation de la clientèle.

1) Les statistiques

Les intervenants interrogés estiment que le nombre de personnes judiciairisées souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie est « élevé » tant dans les Établissements de détention que dans les ressources du *Réseau de la santé et des services sociaux*. Personne ne dispose de statistiques solides et tous possèdent leur interprétation. Certains affirment que leur nombre est en augmentation, surtout en détention, alors que personne ne parle de diminution. En moyenne, les intervenants avancent que de 25% à 30% de leur clientèle souffrirait de troubles concomitants. Et lorsque leurs clients ne se trouvent pas déjà en détention, ceux-ci ont pratiquement tous fait face à la justice à un moment ou à un autre.

ANALYSE

De vingt-cinq à trente pour cent. Cette proportion semble faire l'unanimité, tant chez les intervenants que chez les SUJETS. Au moins une personne sur quatre, en détention comme dans les ressources se spécialisant dans le traitement de la santé mentale ou de la toxicomanie, serait atteinte de troubles concomitants. Cette proportion se retrouve dans la fourchette inférieure de ce qui a été relevé dans la littérature et dans les entrevues préliminaires effectuées à l'automne 2005. Les statistiques alors répertoriées estimaient que 25% à 66% de la clientèle des Centres de thérapie était affectée par des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, tout comme environ 50% des détenus québécois (Mercier, 1997).

2) Les facteurs influençant la trajectoire

Les intervenants font mention de trois facteurs importants concernant la trajectoire des personnes souffrant de troubles concomitants : l'alourdissement de la clientèle, la désinstitutionnalisation et les retours répétés en détention.

L'alourdissement

Comme on l'a vu, les intervenants reconnaissent l'existence de troubles concomitants chez une bonne partie de leur clientèle. Ils dénotent aussi une tendance à l'alourdissement des problématiques présentes chez ce type de clientèle. En effet, depuis les dix dernières années, ils affirment que les cas de maladie mentale sont de plus en plus lourds et complexes. Leurs clients semblent toujours plus enfoncés dans leur maladie mentale ainsi que dans leur toxicomanie. Il s'agit pour les intervenants d'un cercle vicieux. De plus, ceux-ci se sentent mal outillés afin de faire face à cet alourdissement. Effectivement, ils ne sont pas tous des spécialistes de la maladie mentale ET de la toxicomanie. Ils estiment aussi qu'afin de produire une intervention efficace, plusieurs intervenants doivent être mobilisés. Cependant, les intervenants font face à d'éternelles coupures de budget et de personnel. En bout de ligne, ils indiquent qu'ils n'ont tout simplement pas suffisamment de moyens pour leur permettre de composer avec une clientèle constamment plus lourde et affectée par de multiples problématiques concomitantes.

La désinstitutionnalisation

De plus, la désinstitutionnalisation est citée par un intervenant comme une cause expliquant le nombre élevé de personnes souffrant de troubles concomitants dans les Établissements de détention comme dans les ressources spécialisées.

« Mais de plus en plus, pis, je me demande si y'a pas un lien avec le phénomène de la désinstitutionnalisation. Davantage de gens livrés à eux-mêmes, retournés dans les milieux, donc peu de support, peu d'encadrement. »

Les retours répétés en détention

Pour ce type de client bénéficiant de peu de support et d'encadrement de la part de son milieu, les intervenants dénoncent aussi un autre phénomène. Il s'agit des retours répétés en

détention, retours habituellement désirés par le client lui-même, selon les intervenants. Ceux-ci disent ressentir beaucoup de frustration face à ce phénomène. Selon eux, une partie de la clientèle commet des actes criminels dans le but avoué de retourner en détention. Effectivement, il s'agit d'un milieu où elle se sent à l'aise et en sécurité, ou encore d'un moyen d'échapper à l'itinérance. Les intervenants affirment que ce phénomène affecte particulièrement la clientèle souffrant de maladie mentale. De plus, ils établissent à nouveau un lien entre la désinstitutionnalisation et ce phénomène des retours répétés en détention.

ANALYSE

Les intervenants affirment qu'ils perçoivent un alourdissement de la clientèle depuis une dizaine d'années. Ils s'expliquent d'ailleurs mal ce phénomène. La difficulté à obtenir des diagnostics de maladie mentale peut être avancée comme une explication à cet alourdissement. La littérature ainsi que les entrevues préliminaires faites à l'automne 2005 soutiennent cette théorie. En ce qui a trait à cette recherche, les résultats obtenus avec les SUJETS sont aussi de bons exemples. Le SUJET 1 avait 33 ans lorsqu'un diagnostic de dépression sévère a été posé. Il fréquentait pourtant les urgences psychiatriques depuis une dizaine d'années et avait rencontré de nombreux médecins. Il est par contre impossible d'affirmer de manière définitive qu'il souffrait d'une dépression non diagnostiquée depuis plusieurs années. Quant au SUJET 2, il avait 25 ans lorsqu'il a finalement été diagnostiqué comme schizophrène. Il avait néanmoins des antécédents familiaux identiques et, à ce moment, il entendait des voix depuis dix ans. Ces ratés dans le diagnostic de la maladie mentale expliquent peut-être en partie l'alourdissement de la clientèle. En effet, s'il se passe plusieurs années entre l'apparition des premiers symptômes de la maladie et son diagnostic, il y a de bonnes chances pour que le malade soit plus profondément enfoncé dans celle-ci.

Les intervenants établissent aussi un lien entre la désinstitutionnalisation et le phénomène de la porte tournante dans le *Réseau de la santé et des services sociaux*. Ce lien a d'ailleurs fait l'objet de nombreuses publications au cours des vingt dernières années (Dorvil, 1987; Bérubé, 2007). De plus, il y a fort à parier que la désinstitutionnalisation a probablement contribué à faire augmenter le nombre de personnes souffrant de troubles mentaux détenues dans les Établissements de détention provinciaux.

3) Les ressources spécialisées dans les troubles concomitants

Les intervenants soulignent un autre élément important en rapport à la trajectoire de la clientèle souffrant de troubles concomitants. En fait, ils déplorent la quasi absence de support et d'encadrement spécialisé pour cette clientèle particulière. Les intervenants estiment que cette absence de services spécifiques a un impact négatif sur leur trajectoire. En effet, selon les intervenants, le cheminement vers la réhabilitation est toujours plus ardu pour la clientèle souffrant de troubles concomitants justement à cause de la conjonction de plusieurs problématiques.

« Plus y'a de problématiques, plus c'est difficile. »

Les intervenants sont donc unanimes, les services adéquats manquent cruellement à la clientèle souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie.

ANALYSE

Le point de vue des intervenants concernant le support et l'encadrement spécialisé donne lieu à une situation paradoxale. En effet, tous les intervenants dénoncent une situation qu'ils jugent inacceptable. Cependant, aucun d'entre eux n'est capable de nommer une seule initiative particulière mise sur pied récemment afin de faire face aux besoins de cette clientèle. Ils reconnaissent que la ressource dans laquelle ils travaillent n'a rien fait en ce sens, pas plus que les autres ressources régionales avec lesquelles ils sont en contact. Il y a donc consensus à l'effet que des mesures spéciales devraient être prises, mais aucune action concrète n'a encore vu le jour.

Il n'y a, selon les intervenants rencontrés, que deux Centres de thérapies voués aux troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie dans le Québec entier. Cette situation confirme les dires des SUJETS et de leurs familles comme quoi il est parfois difficile d'avoir accès à des ressources adéquates et ciblées. En effet, il semble que la plupart des ressources se concentrent uniquement sur l'une des problématiques, c'est-à-dire la santé mentale OU la toxicomanie et écartent les autres. Cet état de fait, aussi recensé dans la littérature (Dessureault, 1998; Laberge, 2000; Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006), est confirmé tant par les intervenants que par les SUJETS et leurs familles.

4) La lecture de la situation de la clientèle par les intervenants

Les intervenants rencontrés semblent faire une lecture assez individuelle de la situation vécue par la clientèle souffrant de troubles concomitants. Selon eux, il en revient ultimement au client de profiter, ou non, de l'aide, du support et des traitements reçus. Cet aspect est revenu à maintes reprises dans le discours de tous les intervenants.

« Y'a une chose, par exemple, le gros du travail, ça m'appartient pas, ça t'appartient. »

« C'est la personne qui décide en bout de ligne de profiter ou pas de l'aide reçue. »

« Ça appartient à la personne, c'est la personne qui décide. »

Les intervenants reconnaissent que plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de la trajectoire générale plutôt négative de la clientèle. Certains de ces facteurs ont été traités précédemment dont la désinstitutionnalisation et les retours répétés et parfois volontaires en détention. Cependant, les intervenants nomment aussi d'autres éléments influençant cette trajectoire : les pratiques institutionnelles, les lacunes dans l'organisation des services ainsi que la conjoncture sociale actuelle. Pourtant, malgré ces éléments de contexte, plusieurs intervenants estiment qu'il en revient uniquement à l'individu lui-même de décider s'il désire s'en sortir ou non.

ANALYSE

En bout de ligne, c'est sur les épaules du client que repose tout le poids de sa réhabilitation et de sa réinsertion selon les intervenants. Cela n'est pas incohérent, puisque les SUJETS ont admis eux-mêmes qu'ils avaient besoin d'être responsabilisés. Cependant, tous les intervenants ne semblent pas reconnaître que la réhabilitation est un processus demandant du temps. Ils se disent aussi souvent dépassés par la situation vécue par la clientèle souffrant de troubles concomitants. Leur analyse de la situation vécue par cette clientèle ne dépasse pas le premier degré : lorsque la clientèle rechute, elle n'a qu'elle-même à blâmer. Les éléments de contexte tel le réseau, l'emploi, la famille et le casier judiciaire ne sont que rarement cités par les intervenants. De plus, ceux-ci paraissent désemparés face aux forts taux de rechutes. Ils affirment les considérer comme normales, mais ajoutent du même souffle se sentir extrêmement frustrés par celles-ci.

VISION PARFOIS INDIVIDUALISTE

Le point de vue de certains intervenants dénote parfois une vision individualiste et un manque de vision globale quant à la situation de la clientèle atteinte de troubles concomitants. Cela ne touche pas la majorité des intervenants rencontrés, mais bien une partie de ceux-ci. En effet, ces intervenants ne saisissent pas toujours les mécanismes à l'œuvre lorsqu'un client réussit finalement une thérapie et se débarrasse de son problème de toxicomanie tout en maintenant une santé mentale équilibrée. Leur compréhension théorique à la fois de la maladie mentale et de son évolution, ainsi que de la toxicomanie et de la sortie de la toxicomanie semble déficiente. Ces hypothèses expliquent la vision individualiste entretenue par quelques intervenants. Une telle vision, individualiste et négative, a assurément des répercussions sur la clientèle. En effet, ces intervenants, par manque de connaissance ou de compréhension, sont limités dans leurs stratégies pouvant mener à la réinsertion de leurs clients. L'efficacité de l'intervention se trouve donc aussi diminuée.

DÉSINSERTION ET DÉSAFFILIATION

La désinsertion ou la désaffiliation, et inversement, la réinsertion ou la réhabilitation sont des processus qui prennent du temps à s'opérer. Les personnes au réseau peu étendu, que ce soit par la perte du soutien familial au fil des rechutes ou des comportements anti-sociaux, sont plus à risque de désinsertion. De plus, l'éloignement du monde du travail et la présence d'un casier judiciaire favorisent aussi ce phénomène. Ces caractéristiques rejoignent les personnes judiciairisés ou détenues souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Effectivement, cette clientèle est souvent plus enfoncée que la moyenne dans le phénomène de désinsertion. Le travail à faire afin de parvenir à une réinsertion complète est donc plus grand, tout comme les risques de rechutes. Ces notions de désinsertion semblent étrangères aux intervenants rencontrés. En analysant la situation dans un contexte plus général et en tenant compte du phénomène de désinsertion, les intervenants parviendraient peut-être à abaisser leur niveau de frustration face à leur perception que la clientèle manifeste très peu de bonne volonté.

PERSPECTIVES À LONG TERME

De plus, la vision des intervenants paraît souvent basée sur du court terme. Celle du *Réseau de la santé et des services sociaux* l'est aussi. Pourtant, les SUJETS et leurs familles dénoncent vivement les cures de désintoxication de dix jours sans suivi approprié. « *Le système a tendance à lâcher trop vite* », affirme aussi l'un des intervenants. Pour les intervenants, une

thérapie doit donner des résultats rapidement. Ceux rencontrés ne peuvent expliquer pourquoi certains clients doivent suivre la même thérapie à cinq ou six reprises avant qu'elle ne fonctionne enfin. À la longue, les intervenants disent trouver très décevants les échecs. Peut-être devraient-ils envisager davantage une action à long terme afin de venir en aide à la clientèle souffrant de troubles concomitants. Toutefois, ce fardeau ne devrait pas non plus être porté uniquement par les intervenants. Leurs milieux où ceux-ci travaillent doivent aussi être sensibilisés à cette réalité.

CAPACITÉS DE RÉINSERTION

Tel que mentionné précédemment, il faut aussi se questionner sur les capacités de réinsertion d'une partie de la clientèle judiciairisée souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Certains de ces individus ne pourront tout simplement pas retrouver une autonomie complète. Il s'agit probablement du cas du SUJET 2 de la présente recherche. Cela doit aussi être pris en compte dans l'analyse de la situation d'un client, tant par les intervenants que par le *Réseau de la santé et des services sociaux*. L'accès à l'emploi constitue souvent la pierre angulaire de la réinsertion pour les personnes souffrant de maladie mentale. Pourtant, 80% de cette population n'exerce aucune activité de ce genre (Crowther et coll., 2001). De plus, dépendamment du type de maladie mentale, les capacités de réinsertion peuvent différer grandement. Parmi toutes les maladies mentales, celles relevant du spectre de la schizophrénie entraînent la plus faible probabilité d'obtenir, mais aussi de maintenir un emploi stable (Cook et Razzano, 2000). On ne peut donc s'attendre raisonnablement à ce que tous les schizophrènes puissent retrouver un jour leur autonomie alors que l'on sait que cette maladie est particulièrement difficile à stabiliser. D'autres variables inhérentes à la personne entrent aussi en jeu lorsque l'on considère ses capacités de réinsertion. Il s'agit de variables psychosociales, cognitives, cliniques et sociodémographiques (Corbières et coll., 2006). Tous ces facteurs doivent donc être pris en compte par les intervenants oeuvrant auprès de la clientèle souffrant de troubles concomitants afin d'évaluer correctement les capacités de réinsertion de celle-ci et établir des objectifs d'intervention en conséquence.

Chapitre 5 : Le système carcéral

CHAPITRE 5

Le système carcéral

Le système carcéral accueille chaque année un nombre grandissant de malades mentaux et de toxicomanes. Malgré cela, les Établissements de détention semblent peu outillés afin de faire face à cette réalité. Ce chapitre s'intéressera donc aux perceptions des SUJETS, familles et intervenants concernant le système carcéral : impressions générales, ressources et contrôle. Le point de vue des SUJETS sera abordé dans la première section. Les impressions des intervenants suivront dans la deuxième. C'est aussi à l'intérieur de cette deuxième section que la comparaison des deux versions ainsi que l'analyse seront effectuées.

5.1 LE POINT DE VUE DES SUJETS ET DE LEURS FAMILLES

Cette section présentera les impressions des SUJETS et de leurs familles sur le milieu carcéral en général. Trois thèmes seront traités plus précisément : les impressions générales des SUJETS concernant les Établissements de détention, les ressources disponibles dans le système ainsi que la notion de contrôle.

5.1.1 Le milieu carcéral et la clientèle souffrant de troubles concomitants

Les SUJETS estiment que le milieu carcéral ne constitue pas un milieu adéquat pour la clientèle souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Selon eux, il s'agit d'un milieu déjà très dur pour toute personne en pleine possession de ses moyens. Lorsqu'un détenu combine des problèmes de toxicomanie et des troubles mentaux, les SUJETS affirment que l'incarcération devient extrêmement difficile à supporter pour celui-ci.

Curieusement, les SUJETS rapportent aussi quelques cas de personnes retournant volontairement en détention. Selon eux, certains détenus sont des abonnés du milieu carcéral et s'y sentent à l'aise. Ils craignent davantage la liberté que l'incarcération et commettront divers petits délits afin d'être de nouveau emprisonnés. Toutefois, les SUJETS affirment que cette situation ne touche qu'une infime partie des détenus qu'ils ont côtoyés. La plupart de ces détenus, y compris les deux SUJETS interviewés, ne désirent qu'une chose : quitter l'Établissement de détention au plus vite.

Au niveau des statistiques, les SUJETS estiment à au moins 25% la proportion de détenus souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Ils disent que cette population est plus facilement victime d'abus de la part des autres détenus. Les SUJETS ont d'ailleurs plusieurs anecdotes à raconter à ce propos. Ces anecdotes rapportent des cas d'abus ou de négligence envers des détenus souffrant vraisemblablement de maladie mentale.

Le SUJET 1 se considère chanceux de ne jamais avoir été incarcéré au moment de ses crises de dépression grave. Il déteste particulièrement le milieu carcéral et cite l'absence de liberté comme première cause. Il ferait n'importe quoi pour éviter d'être incarcéré à nouveau. Il avoue avoir décidé d'entreprendre certaines thérapies dans le seul but d'éviter l'incarcération.

« Ça, c'était pas une thérapie, c'était juste pour faire du temps. »

Lors de ses périodes d'incarcération, le SUJET 2 se trouvait généralement dans un état mental très instable. C'est la raison pour laquelle il a surtout fréquenté les infirmeries des Établissements de détention où il a été emprisonné. Les quelques fois où il a été incarcéré à même la population générale d'un Établissement de détention, le SUJET 2 admet s'être senti très vulnérable. Il décrit ce milieu comme étant « *un vrai zoo* » et désire à tout prix éviter une nouvelle incarcération dans le futur. Selon son père, la perspective d'être emprisonné à nouveau obsède présentement le SUJET 2.

Les familles estiment que le milieu carcéral ne favorise ni la prise de conscience ni la réinsertion des personnes souffrant de troubles concomitants. Au contraire, elles croient que l'état mental de leurs proches s'est détérioré à la suite d'un séjour en Établissement de détention. Les familles abordent aussi le besoin de protection de la société envers ses éléments les plus violents et désorganisés. Elles disent comprendre cette préoccupation de sécurité et de respect de l'ordre public. Cependant, elles considèrent que la thérapie est un moyen bien plus efficace à long terme pour contrôler les problèmes que peuvent poser leurs proches.

5.1.2 Au niveau des ressources

Les SUJETS divisent les ressources présentes dans le système carcéral en deux catégories : les ressources médicales et les programmes de prévention et d'éducation.

1) Les ressources médicales

Les SUJETS détiennent des avis partagés quant aux services prodigués par le personnel médical et infirmier des Établissements de détention. D'abord, ils se disent satisfaits des traitements et de l'information reçus, mais surtout de l'attitude d'écoute et de compréhension manifestée par les infirmiers et infirmières qu'ils ont rencontrés. Toutefois, bien que les SUJETS aient fréquenté à de nombreuses reprises les infirmeries des Établissements de détention, aucun d'eux n'y a jamais rencontré de médecin. Le SUJET 2 affirme qu'une rencontre avec un médecin aurait pu lui être bénéfique étant donné son état psychique mais que cette rencontre n'a jamais eu lieu.

« J'ai jamais vu le médecin à l'infirmerie. »

« Le médecin, c'est tout, tu le vois pas, même si t'es ben poqué. C'est plus avec un infirmier que tu parles. »

De plus, les SUJETS signalent des lacunes au niveau de l'administration de la médication. Leurs récriminations à ce sujet concernent les longs délais s'écoulant avant qu'ils n'aient accès à leur médication lors d'une admission en détention. Selon eux, les formalités peuvent prendre plusieurs jours et cela leur cause un stress inutile. Le père du SUJET 2 affirme qu'il a dû intervenir à plusieurs reprises pour que son fils ait accès à sa médication même lorsque celui-ci possédait une prescription valide.

« Mais ça a pris du temps avant que j'aie mes médicaments, par exemple. Ça, je trouve pas ça correct. Ils se grouillent pas pantoute, pis c'est pas correct. »

Finalement, les SUJETS aimeraient que les détenus souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie bénéficient d'une attention particulière de la part des autorités médicales. Les SUJETS estiment que des programmes s'apparentant à un suivi thérapeutique pourraient leur être bénéfiques, mais n'aimeraient pas se les voir imposés.

2) Les programmes de prévention et les programmes d'éducation

En ce qui a trait aux programmes de prévention, les SUJETS se disent généralement très satisfaits de ceux offerts dans les Établissements de détention. Ils affirment avoir participé à

des ateliers concernant les ITSS de même qu'à des rencontres du type *Alcoolique Anonyme*. Ils estiment que ce genre d'atelier est pertinent et intéressant, mais ils ne veulent pas être contraints d'y assister. Les SUJETS déplorent particulièrement l'absence de programmes vraiment spécifiques à la réalité des détenus atteints de problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Ils émettent plusieurs idées concernant de nouveaux programmes qui pourraient être créés. Ces programmes se situent surtout au niveau de la santé mentale : démystification, acceptation, médication, etc.

Les SUJETS interviewés se disent aussi intéressés par les programmes d'éducation et de formation. Ils considèrent l'intégration au marché du travail capitale et aimeraient que les Établissements de détention y mettent un peu plus d'emphase. Les SUJETS estiment que des programmes de formation professionnelle ainsi que des expériences de travail amélioreraient leurs chances de s'en sortir une fois libérés.

5.1.3 Au niveau du contrôle

Trois points préoccupent les SUJETS lorsqu'ils abordent la notion de contrôle dans le système carcéral. Il s'agit de la drogue, du suivi et de la violence.

1) La drogue

D'abord, concernant la drogue, les SUJETS admettent spontanément en avoir consommé à l'intérieur des Établissements de détention où ils ont séjourné. Il est, selon eux, extrêmement facile de se procurer n'importe quelle drogue dans n'importe quel Établissement de détention.

« C'est pas ben dur de me trouver de quoi consommer en prison. »

Par contre, ils affirment que la répression est aussi présente de la part des agents correctionnels et qu'il faut être prudent afin de ne pas se faire pincer. En effet, selon les SUJETS, les conséquences ne sont pas toujours uniformes lorsqu'un détenu se fait prendre en possession de drogue. Ces conséquences peuvent aller de la simple confiscation à la perte de privilège, en passant par l'isolement ou encore par le dépôt d'accusations de nature criminelle.

2) Le suivi

Les SUJETS ont remarqué une certaine amélioration au niveau de l'identification des détenus souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie. Ils affirment que des questions concernant l'état mental, les médicaments et les antécédents en matière de consommation sont maintenant posées de façon quasi routinière au moment de l'admission en détention. Selon eux, ce n'était pas le cas il y a cinq ans à peine. Les SUJETS sont toutefois sceptiques quant au bien-fondé de ces questions étant donné l'absence subséquente de services. De plus, ils ne désirent pas toujours être identifiés par les autorités en tant que malades mentaux ou toxicomanes si bien qu'ils admettent être portés à mentir. Les SUJETS ont, par ailleurs, remarqué que certains Établissements de détention ont maintenant tendance à regrouper ensemble les détenus souffrant de maladie mentale, par exemple. Bien que peu répandue, cette pratique serait en expansion. Les SUJETS établissent un lien entre l'apparition d'un certain dépistage à l'admission et la création de cellules ou de sections réservées aux malades mentaux. Ils estiment cependant que d'autres facteurs favorisent cette tendance au regroupement des détenus malades : surveillance facilitée, réduction des conflits, réduction des risques d'abus, etc.

De plus, les SUJETS pensent que le suivi est particulièrement déficient lors de leur libération. Les SUJETS croient qu'il serait préférable que les détenus soient mieux encadrés à ce moment. Ils n'envisagent pas un suivi au niveau des conditions de libération mais davantage un suivi au niveau de la réinsertion dans la société. Les SUJETS affirment qu'il peut être spécialement ardu pour les ex-détenus de réussir un retour à la liberté. Ils citent les difficultés en matière de logement, d'emploi, de finance personnelle et de consommation de drogues.

« À moins que tu aies un libération conditionnelle, t'es libre comme le vent. »

« Ils "checkent" même pas rien, ils "checkent" pas si t'as une adresse, ils "checkent" pas si t'as de l'argent ou une place où coucher. Ils te donnent même pas une adresse où tu peux aller. »

3) La violence et les abus

D'abord, les SUJETS en ont long à dire à propos de la violence présente en détention. En effet, les SUJETS décrivent le milieu carcéral comme un endroit très violent. Ils estiment aussi que ce niveau de violence diffère grandement d'un Établissement de détention à un autre.

« Mais y'a beaucoup trop de violence en prison. C'est beaucoup trop violent. Beaucoup trop de drogue en prison, de violence. »

Les deux SUJETS ont été témoins de nombreux incidents violents tant entre détenus que de la part des agents correctionnels. Ils rapportent plusieurs anecdotes à ce sujet mais disent ne pas avoir été victimes de violence personnellement. Le SUJET 1 estime que son physique imposant lui a évité bien des problèmes. Le SUJET 2, lui, se considère chanceux d'avoir fréquenté principalement les infirmeries des Établissements de détention. Cela a contribué à minimiser ses contacts avec les autres détenus. Finalement, les SUJETS soutiennent que certains détenus comme ceux souffrant de maladie mentale risquent particulièrement d'être victimes d'abus ou encore d'être brutalisés.

Ensuite, les SUJETS dénoncent vigoureusement ce qu'ils considèrent comme un injustifiable laisser-faire de la part des agents correctionnels.

« C'est pas surveillé, c'est pas réprimandé (la violence entre détenus). Je pense que les agents sont même pour ça, des fois. Ça règle leurs problèmes pis sont pas obligés de s'en mêler. »

5.2 LE POINT DE VUE DES INTERVENANTS

Cette section comprendra les perceptions des intervenants face aux thèmes précédemment cités : le milieu carcéral en général, les ressources ainsi que la notion de contrôle. Un quatrième point s'ajoute à cette liste : l'utilisation détournée du système judiciaire – carcéral. Pour chacun des ces thèmes, une comparaison des propos des SUJETS et des intervenants sera effectuée de même qu'une analyse.

5.2.1 Le milieu carcéral et la clientèle souffrant de troubles concomitants

Lorsqu'on leur pose la question, tous les intervenants conviennent que le système carcéral n'est pas l'endroit idéal pour la clientèle affectée par des troubles concomitants. Les raisons sont nombreuses mais tournent généralement autour de quatre idées :

- Cette clientèle a besoin davantage de traitement que de punition.
- Les Établissements de détention ne disposent pas de ressources suffisamment spécialisées pour traiter cette clientèle.
- La drogue est omniprésente.
- Il est ardu de garder les détenus malades dans un état d'équilibre mental à l'intérieur des Établissements de détention.

Ces raisons font donc dire aux intervenants rencontrés que la clientèle souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie n'est pas à sa place dans les Établissements de détention.

« Je me dis, mon Dieu, qu'est-ce qu'ils font dans le réseau correctionnel? Ça devrait pas être géré par nous. »

« C'est une clientèle, là... Le système judiciaire peut pas répondre à tout ça. En quelque part, le système judiciaire peut pas régler les problèmes de toxicomanie, de santé mentale. Ça prend des ressources. »

Toutefois, les notions de protection du public et de responsabilité face à ses actes ne demeurent jamais bien loin dans l'esprit des intervenants. Ces notions viennent tempérer leur affirmation première à l'effet que la détention n'est pas un endroit adéquat pour la clientèle souffrant de troubles concomitants. En effet, les intervenants mentionnent aussi que ces personnes enfreignent la loi en se procurant des drogues interdites ou par leurs comportements violents, par exemple. Selon eux, cela ne peut pas toujours être toléré et ils déclarent du même souffle que la responsabilisation de la clientèle face à ses actes peut lui être bénéfique.

ANALYSE

Les intervenants et les SUJETS ont sensiblement le même point de vue concernant le milieu carcéral. Selon eux, la détention n'améliore en rien la situation d'une personne souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Les SUJETS se perçoivent davantage comme malades que criminels alors que les intervenants les perçoivent comme malades ET criminels. Cet écart de perception explique peut-être la croyance des SUJETS à l'effet qu'après avoir suivi une thérapie, ils ont mérité le droit de ne pas être incarcérés.

Les intervenants, eux, tiennent un double discours. Ils se sentent visiblement assis entre deux chaises. D'un côté, ils prônent le bien-être et la réhabilitation de la clientèle, de l'autre le respect de la loi et de l'ordre public. Ils semblent finalement à la recherche d'un juste milieu : une punition afin de favoriser la responsabilisation, mais une punition dans un autre cadre que celui de l'incarcération qu'ils jugent mal adaptée à cette clientèle puisque dépourvue de tout volet thérapeutique.

ALTERNATIVES

Des initiatives comme l'*Urgence Psychosociale – Justice* (Laberge, 2000) ou le *Tribunal de la toxicomanie de Toronto* (Simpson, 2001) réjouissent les intervenants. Il s'agit là d'alternatives intéressantes répondant aux besoins des individus souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie qui ont des ennuis avec la justice. Ces programmes, qui agissent en collaboration avec les autorités judiciaires et le milieu communautaire, permettent d'éviter la judiciarisation tout en offrant un volet thérapeutique. Bien que leur efficacité ait été démontrée à maintes reprises par le passé, un problème majeur subsiste toujours. En effet, ces programmes concentrés habituellement dans les grandes villes ne sont accessibles qu'à une infime partie de la population (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006). Il n'existe effectivement aucun programme du genre dans la région de Sherbrooke, si bien que la population malade court un plus grand risque de judiciarisation.

5.2.2 Au niveau des ressources

1) Les ressources médicales

Au sujet des ressources médicales, les intervenants indiquent pratiquement tous que l'administration de la médication constitue une lacune importante du système carcéral. Ils

citent particulièrement le manque de contrôle au niveau de la distribution de la médication, la difficulté à faire suivre les prescriptions lors de l'admission à l'Établissement de détention ainsi que la difficulté de maintenir un détenu dans un état d'équilibre psychique.

« C'est clair que dans toutes les prisons, y'a des personnes à diagnostic, pis point de vue médication, c'est pas fort, c'est pas fort. »

Les intervenants remarquent toutefois une amélioration quant à l'identification des détenus présentant un problème de santé mentale ou de toxicomanie. Plus d'emphase est mise sur ce point lors de l'admission des détenus. Par contre, ils sont conscients que de nombreux détenus non diagnostiqués se retrouvent en difficulté à l'intérieur des murs des Établissements de détention du Québec.

2) Les programmes de prévention et les programmes d'éducation

Les intervenants suggèrent d'augmenter le nombre de programmes de prévention offerts aux détenus surtout en ce qui a trait à la santé mentale. Ils donnent en exemple les programmes éducatifs concernant les ITSS et les drogues qui ont connu une bonne part de succès.

« Ce serait le fun de faire des ateliers sur : "c'est quoi la santé mentale ?" De faire de l'éducation. »

Par contre, les intervenants n'abordent aucunement les programmes d'éducation continue et ne font jamais référence au monde du travail.

ANALYSE

Intervenants et SUJETS s'entendent sur le fait que les Établissements de détention sont trop lents à mettre leur médication à la disposition des nouveaux détenus. Cela constitue un problème sérieux qui met en péril l'état de stabilité des détenus souffrant de maladie mentale. Un certain laisser-aller dans l'administration des médicaments au jour le jour est aussi noté par les intervenants et les SUJETS. Ce laisser-aller donne potentiellement lieu à de la contrebande et facilite les tentatives de suicide. Selon le rapport 2004-2005 du Protecteur du citoyen, la prestation des soins de santé constitue le premier motif de plaintes acheminées par les détenus. Parmi les motifs soulevés : le manque d'accessibilité aux professionnels de la santé, les délais dans l'obtention des médicaments prescrits, les erreurs commises dans la

distribution des médicaments et les retards dans la transmission de dossiers médicaux. Les commentaires des intervenants et des SUJETS rejoignent donc parfaitement les conclusions de ce rapport.

Les SUJETS se disent très satisfaits des services infirmiers mais relèvent l'absence quasi totale de médecins à l'intérieur des Établissements de détention. Cet aspect semble tout à fait ignoré par les intervenants.

Concernant les programmes de prévention, les intervenants s'en tiennent uniquement à ce qui existe. Ils parlent des programmes relatifs aux ITSS comme d'une grande réussite qui pourrait être imitée pour d'autres problématiques. Par contre, ils ont de la difficulté à nommer de nouveaux programmes mis sur pied récemment ou qui devraient être créés. Ils semblent souvent à court d'idées. Cela est peut-être dû à leur méconnaissance du système carcéral. En effet, plusieurs intervenants travaillant chaque jours avec une clientèle judiciairisée semblent n'avoir qu'une idée floue de ce qui se passe à l'intérieur des Établissements de détention.

Les SUJETS se disent aussi satisfaits des programmes d'éducation offerts aux détenus. Ils estiment cependant que de nouveaux programmes pourraient être conçus. Ils accepteraient d'y participer à condition d'y trouver leur compte : salaire, privilèges, libération plus rapide, etc. Les SUJETS notent plusieurs domaines pour lesquels l'éducation pourrait être améliorée. Le principal demeure l'accès à l'emploi, cité par tous les SUJETS et leurs familles comme constituant un manque important. Ils estiment que les Établissements de détention devraient mieux outiller et mieux former les détenus afin que ceux-ci puissent se trouver un emploi plus facilement lors de leur libération. Il est étonnant de constater qu'aucun des intervenants rencontrés n'ait mentionné cet élément.

MANQUE GÉNÉRALISÉ DE RESSOURCES

Au-delà des commentaires concernant les ressources médicales et les programmes éducatifs, c'est un manque généralisé de ressources qui est dénoncé tant par les SUJETS que par les intervenants. Depuis le milieu des années 1980, le système carcéral québécois a pris un virage vers la réhabilitation des détenus. À partir de ce moment, « *les agents des services correctionnels devaient utiliser la période d'incarcération du contrevenant pour lui faire développer des comportements plus acceptables dans la société* » (S.A.P.S.C.Q., 2006). Cependant, pour s'adapter à cette nouvelle réalité, le personnel n'a jamais été augmenté ni

même formé. De plus, au cours des années 1990, le système carcéral québécois a vécu d'intenses périodes de surpopulation. En 1995, le projet de loi C-41 qui a ouvert la porte à l'emprisonnement avec sursis est venu amoindrir cette surpopulation. Toutefois, les difficultés résultant des nombreuses compressions de personnel dans le système carcéral de même que dans le *Réseau de la santé et des services sociaux*, combinées aux fermetures d'Établissements de détention n'ont jamais été complètement surmontées. À l'heure actuelle, le système carcéral québécois est chroniquement sous financé et l'éternelle surpopulation entraîne des conséquences néfastes : occupation triple des cellules, transferts incessants, fragilisation des détenus (Protecteur du citoyen, 2006). Tout cela a pour effet de compromettre gravement la réhabilitation des détenus qui constitue pourtant le premier objectif avoué des Établissements de détention du Québec.

DÉVELOPPEMENT DES SERVICES SOCIAUX ET SERVICES DE SANTÉ

Les Établissement de détention manquent cruellement de ressources au niveau de la santé et des services sociaux. Les administrations carcérales ne considèrent tout simplement pas utile le développement de ce type de service. Elles utilisent comme prétexte la durée moyenne des séjours se situant à environ 30 jours en 2006. Puisque les détenus passent souvent moins d'un mois en détention, les administrations carcérales jugent ce laps de temps trop court pour que ceux-ci entreprennent une thérapie ou encore une formation. Ces éléments ressortent des entrevues préliminaires de l'automne 2005 et ont été confirmés par les intervenants rencontrés. Toutefois, il faut considérer cette statistique concernant la durée moyenne des séjours avec plus de prudence. En effet, cette durée moyenne est une combinaison des séjours des personnes condamnées et des personnes prévenues. Les prévenus sont des individus non condamnés mais détenus de manière préventive durant une partie ou la totalité de leur procès. Leurs séjours sont habituellement assez courts. Lorsque l'on examine uniquement la durée moyenne de séjour des personnes détenues condamnées, on en arrive à plus de 83 jours d'incarcération en moyenne, soit près de trois mois (Ministère de la Sécurité publique, 2007).

Il faut également considérer le phénomène de la porte tournante dans le système judiciaire. La clientèle souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie demeure effectivement très vulnérable aux incarcérations multiples. Elle est donc susceptible de faire plusieurs séjours au cours d'une même année. Le développement de services sociaux ou de services de santé pourrait donc lui être extrêmement bénéfique. Effectivement, le traitement de cette clientèle pourrait se poursuivre au fil de ses incarcérations successives.

5.2.3 Au niveau du contrôle

La drogue de même que le suivi sont à l'esprit des intervenants lorsqu'ils abordent la notion de contrôle. En ce qui a trait à la violence, ils sont beaucoup moins loquaces que les SUJETS. Pourtant cette violence et certains abus sont à l'origine de nouvelles pratiques carcérales qui seront analysées plus loin.

1) La drogue

Tous les intervenants affirment qu'il est extrêmement aisé pour les détenus d'obtenir de la drogue dans les Établissements de détention. Certains intervenants dénoncent justement cette omniprésence de stupéfiants à l'intérieur des murs. Cette permissivité est, selon eux, contradictoire avec la finalité punitive d'un Établissement de détention et met en péril le rôle dissuasif qu'il devrait jouer.

« Ils permettent la consommation "en dedans" dans le but de maintenir le calme. »

2) Le suivi

Les intervenants interviewés parlent aussi du suivi des détenus souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Ils estiment que les autorités carcérales devraient en faire beaucoup plus afin de leur venir en aide, surtout dans un contexte où leur nombre est en augmentation. Les intervenants affirment que l'identification des détenus pose encore un problème. En effet, il n'existe pas de protocoles de dépistage officiels et uniformes utilisés lors de l'admission des détenus. Certains agents correctionnels poseront des questions, d'autres pas. De plus, étant donné la surpopulation, les détenus sont souvent transférés d'un Établissement de détention à un autre, parfois pour de très courtes périodes. Leurs dossiers ne les suivent pas toujours ou peuvent mettre quelques jours à arriver. Ces éléments compromettent le suivi et la santé des détenus. Bien que l'identification des détenus éprouvant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie s'améliore, elle demeure superflue si des services spécifiques ne sont pas mis en place afin d'aider cette clientèle.

Les intervenants trouvent aussi déficient le suivi des détenus à leur sortie de l'Établissement de détention. Selon eux, plusieurs détenus ne bénéficient d'aucun support, d'aucun suivi à ce moment. C'est tout juste si les autorités vérifient s'ils ont un endroit où dormir ce soir là.

Cette situation est dénoncée vivement par les intervenants. Ils ajoutent que les détenus bénéficiant d'une libération conditionnelle sont davantage épaulés puisqu'ils demeurent soumis à plusieurs conditions. Cependant, ils estiment que les agents de probation n'ont pas toujours les moyens de vérifier si ces conditions sont bien respectées. Selon les intervenants, la situation est la même concernant l'emprisonnement avec sursis. De beaux mécanismes devant en théorie aider les détenus à se réinsérer dans la société sont instaurés, mais le manque de ressources et de suivi compromettent leur fonctionnement. Selon les intervenants interviewés, ce genre de situation est susceptible de mettre en péril la confiance du public dans l'administration de la justice.

ANALYSE

Tant les intervenants que les SUJETS s'entendent sur le fait que la drogue circule assez librement dans les Établissements de détention. Ils estiment tous deux que cela devrait faire l'objet d'un contrôle plus sévère de la part des autorités compétentes. Ces affirmations rejoignent ce qui est trouvé dans la littérature à l'effet que les détenus, au fédéral comme au provincial, ont facilement accès à de l'alcool ainsi qu'à toutes les drogues. La seule contrainte demeure le prix de ces substances à l'intérieur des Établissements de détention (Plourde, Brochu et Lemire, 2001). Les statistiques concernant la consommation de ces produits par les détenus indiquent qu'environ un tiers d'entre eux s'adonne à la consommation de substances psycho actives lors de leur détention. Par ailleurs, elles démontrent aussi que les détenus profitent rarement d'un période d'incarcération pour débiter une consommation ou en augmenter la cadence. Au contraire, l'incarcération favorise plutôt l'arrêt ou la diminution de la consommation de drogues ou d'alcool. Ces statistiques recensées dans la littérature rejoignent les dires des intervenants rencontrés lors des entrevues préliminaires effectuées à l'automne 2005.

IDENTIFICATION DES DÉTENU

Les intervenants et les SUJETS sont aussi d'accord pour affirmer que le suivi des détenus souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie est déficient à l'intérieur des Établissements de détention. La seule manière d'assurer un suivi adéquat suppose une identification systématique des détenus présentant ce genre de problème. Or, il n'existe à ce jour aucun protocole de dépistage en vigueur dans tous les Établissements de détention du Québec. Les pratiques diffèrent d'un établissement à l'autre et d'un agent correctionnel à l'autre. Certains détenus seront identifiés comme malades mentaux ou

toxicomanes dès leur admission, certains le seront suite à des comportements douteux ou de crise alors que d'autres ne seront simplement jamais identifiés. Un meilleur suivi des détenus souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie passe par une meilleure identification de ceux-ci. Cependant, cette identification demeure futile si des services spécifiques ne leur sont pas offerts subséquemment.

3) Violence et abus

Les intervenants ne mentionnent pratiquement pas la violence qui peut être présente dans les Établissements de détention. Lorsque interrogés directement sur celle-ci, ils semblent la considérer comme inévitable, particulièrement la violence entre détenus. Ils reconnaissent avoir entendu parler de cas abusifs mais ne disposent pas d'information spécifique à ce sujet.

ANALYSE

Il est intéressant de constater que les intervenants ne parlent presque pas de la violence pourtant fortement dénoncée par les SUJETS. En effet, les SUJETS font mention de plusieurs incidents violents dont ils ont été témoins. Ils décrivent aussi des situations d'abus dont sont victimes les détenus les plus vulnérables. Ce quasi silence des intervenants face à la violence et aux abus qui semblent présents dans les Établissements de détention est intrigant.

NOUVELLES PRATIQUES CARCÉRALES

Les SUJETS affirment que la plupart des Établissements de détention possèdent maintenant une section où sont regroupés les détenus présentant des problèmes de santé mentale. Cette ségrégation, mentionnée dans les entrevues préliminaires de l'automne 2005, n'a pas été contredite par les intervenants rencontrés. Toutefois, il n'a pas été possible de recueillir beaucoup d'information à ce sujet. Est-il possible que cette ségrégation ait été instaurée, entre autres, afin de contrer les cas d'abus envers des détenus malades tel que spécifiés précédemment par les SUJETS?

Tout comme le dépistage des détenus souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie dès leur admission, la ségrégation des détenus les plus vulnérables constitue une amélioration notable du système carcéral. Selon le témoignage des SUJETS, un nombre grandissant d'Établissements de détention possèdent maintenant une section où ils confinent les détenus souffrant de maladie mentale. Comme en ce qui a trait au dépistage, il ne s'agissait pas d'une

pratique courante il y a cinq années à peine. Les autorités carcérales se doivent toutefois d'être prudentes afin de ne pas procéder à un étiquetage des détenus. Ceux-ci ne désirent pas toujours être identifiés comme malades mentaux ou toxicomanes et sont portés à mentir. De plus, l'étiquette « d'ex-détenu ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie » constitue un lourd fardeau à porter pour une personne en quête de réhabilitation et de réinsertion sociale.

5.2.4 L'utilisation détournée du système judiciaire – carcéral

Les intervenants font aussi mention d'un phénomène assez préoccupant. Il s'agit de l'utilisation détournée du système judiciaire – carcéral dans le but de procurer des services sociaux ou des services de santé à certains individus démunis ou récalcitrants. Cela peut se faire avec leur complicité ou contre leur gré. Plusieurs anecdotes de ce type ont été recensées par les intervenants, les SUJETS n'ayant pas fait mention de ce thème. En effet, lorsque le *Réseau de la santé et des services sociaux* est incapable de fournir ou d'imposer des soins à un client difficile souffrant de maladie mentale, par exemple, il arrive que le système judiciaire – carcéral soit appelé en renfort. Toutefois, pour que ce système s'enclenche, le client doit théoriquement avoir commis une infraction criminelle. Les intervenants rencontrés reconnaissent avoir recours au système judiciaire – carcéral même si le client n'a pas toujours commis une infraction criminelle. Ils disent aussi employer cette technique en tout dernier recours et affirment se sentir mal à l'aise lorsqu'ils le font. À leur avis, deux types de situation justifient l'emploi de ce stratagème :

- 1) Obliger un client récalcitrant à recevoir un traitement.

ou

- 2) Court-circuiter des tracasseries administratives : listes d'attente ou questions de budget (les questions de budget rendent les transferts difficiles entre les différentes régions administratives et favorisent les situations où plusieurs intervenants se renvoient la balle, personne ne voulant prendre en charge une personne malade venant de l'extérieur de sa région).

Peu importe la raison, le fonctionnement derrière l'utilisation détournée du système judiciaire – carcéral demeure le même. Par le biais de l'agent de probation ou du procureur de la Couronne, des accusations mineures sont déposées afin de contraindre le client à se

présenter devant un juge. Il est important de mentionner que le client peut, dans certains rares cas, n'avoir commis aucune infraction criminelle. La plupart du temps, la raison invoquée pour justifier une arrestation est le bris de condition ou le bris de probation. Les intervenants précisent qu'en temps normal, l'agent de probation et le procureur de la Couronne ne déposent pas automatiquement des accusations pour chaque bris de condition ou de probation dont ils ont connaissance. Ils jouissent d'un certain pouvoir discrétionnaire afin d'éviter d'engorger inutilement le système judiciaire. Cependant, dans certains cas précis impliquant des clients toxicomanes ou malades mentaux, ils choisissent sciemment d'utiliser ce pouvoir discrétionnaire afin de les forcer à comparaître devant un juge. Suite à l'application de ce stratagème inventif, le client bénéficie nécessairement d'une prise en charge. Chapeauté par le système judiciaire – carcéral, cette prise en charge assure au client un minimum de services thérapeutiques ironiquement dispensés par *Réseau de la santé et des services sociaux* à quelques occasions. Toutefois, le client sous ordonnance judiciaire, lui, se fait imposer des services contre son gré et voit son casier judiciaire s'épaissir.

CRIMINALISATION DE LA MALADIE MENTALE

Ce stratagème décrit par les intervenants n'est pas sans rappeler les théories élaborées par Abramson concernant la criminalisation de la maladie mentale. Rappelons que cette théorie se définit comme étant « *le phénomène de prise en charge, par les instances du système de justice criminelle, de personnes dont la caractéristique principale était de souffrir de problèmes de santé mentale* » (Laberge, 2000). Suite aux grandes périodes de désinstitutionnalisation qu'a connu le Québec, de nombreuses personnes souffrant de maladie mentale se sont retrouvées seules, sans soutien familial ou communautaire. Ayant de la difficulté à conserver un travail ou même un logement, ces personnes vivent une situation de précarité extrême. C'est dans ce contexte bien particulier qu'entrent en action le système judiciaire et tout particulièrement les policiers. Ce sont eux qui sont confrontés, au jour le jour, aux agissements parfois incohérents des personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie. Devant les difficultés à obtenir des soins par les hôpitaux, les policiers sont tentés de fournir des soins à ces personnes par le biais du système judiciaire – carcéral. Cette manière de faire vise à protéger physiquement la personne en plus de lui permettre de voir un médecin. Cependant, pour cette personne, l'engrenage pénal est enclenché avec toutes les conséquences que cela entraîne, dont l'inévitable présence d'un casier judiciaire. Et cela, c'est sans compter que, comme l'ont mentionné les SUJETS rencontrés, le fait d'être emmené en détention n'assure pas automatiquement une rencontre avec un médecin.

Il est intéressant de constater que d'autres acteurs, et non seulement les policiers, contribuent au phénomène de la criminalisation. Par l'entremise des agents de probation et ultimement des procureurs de la Couronne, tout intervenant ayant comme client une personne avec un problème de santé mentale ou de toxicomanie peut être tenté de lui imposer des services par le biais du système judiciaire – carcéral. C'est le bien-être du client qui motive ces intervenants à utiliser le système de façon détournée. Toutefois, sont-ils conscients des répercussions d'un tel choix ? En effet, une étiquette criminelle sera maintenant accolée au nom de ce client. Les conséquences reliées à cette étiquette sont nombreuses : casier judiciaire, difficultés à obtenir un emploi, un logement, des services psychosociaux, incarcération (Laberge et Morin, 1995, Dessureault, 1998, Laberge, 2000, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006). Dans ce contexte, il est légitime de se demander si l'intervention au moyen du système judiciaire – carcéral en valait vraiment la peine, surtout lorsque l'on considère les coûts exorbitants d'une telle opération.

Chapitre 6 : Le réseau de la santé et des services sociaux

CHAPITRE 6

Le réseau de la santé et des services sociaux

C'est par l'entremise du *Réseau de la santé et des services sociaux* que les SUJETS ont reçu le plus de services. Ils ont commencé à bénéficier des services du réseau à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Les SUJETS affirment bien connaître les services offerts et avoir remarqué plusieurs changements au cours des années. Quant aux intervenants, ils travaillent eux-mêmes dans le réseau ou en étroite collaboration avec celui-ci. Ils se disent bien au courant de ce qui s'y passe. Le chapitre six présentera donc les perceptions des SUJETS et des intervenants concernant le *Réseau de la santé et des services sociaux*. Plusieurs points seront abordés dont la qualité des services offerts et les améliorations souhaitables. La première section de ce chapitre sera consacrée à la présentation des impressions des SUJETS et de leurs familles. Dans la seconde section, c'est le point de vue des intervenants qui sera dévoilé. Comparaison et analyse seront aussi effectuées à l'intérieur de cette seconde section.

6.1 LE POINT DE VUE DES SUJETS ET DE LEURS FAMILLES

Les SUJETS se disent généralement satisfaits par le niveau de services qui leur est offert dans le *Réseau de la santé et des services sociaux*. Cette constatation est valide tant pour les services communautaires que les services institutionnels. Spontanément, ils parlent de manière séparée des services reçus pour leur maladie mentale et ceux reçus pour leur toxicomanie. Cela est conforme à leur position selon laquelle peu de ressources traitent en même temps les deux problématiques. Cette scission a donc été maintenue dans la présentation de leurs impressions : les services en santé mentale d'abord puis les services en toxicomanie. Des commentaires portant sur les services en général ainsi que sur la concertation seront exposés par la suite.

6.1.1 Les services en santé mentale

Les SUJETS et leurs familles partagent en deux parties leurs impressions sur les services en santé mentale : l'évolution des services de même que les urgences psychiatriques.

1) L'évolution des services

Les SUJETS et leurs familles signalent un progrès notable au niveau des services en santé mentale. Ils ont l'impression que les intervenants sont beaucoup plus conscientisés que par le passé aux réalités vécues par les malades. Les SUJETS, mais aussi leurs familles, ont été témoins de nombreux changements au cours des dix dernières années et estiment que ces changements constituent une amélioration. Grâce à une meilleure connaissance des différentes maladies mentales de la part des intervenants, la prise en charge et la mobilisation des ressources sont facilitées pour l'ensemble de la clientèle.

« Pour la santé mentale, y'a encore des améliorations à faire, mais je vois ça sous un œil positif. »

« La santé mentale, je sens qu'il y a comme une espèce d'amélioration, dans le sens que, c'est plus facile de mobiliser des ressources pour quelqu'un qui a une problématique en santé mentale. »

2) Les urgences psychiatriques

Cependant, c'est au niveau des urgences psychiatriques que les choses se corsent selon les SUJETS et leurs familles. En effet, ceux-ci estiment que les services qui y sont offerts ne sont pas toujours satisfaisants. Ils notent d'importantes lacunes qui, selon eux, devraient être adressées rapidement pour le bien-être des personnes malades.

La négligence

Les SUJETS et leurs familles dénoncent une certaine négligence dans les soins apportés aux personnes souffrant de maladies mentales aux urgences psychiatriques. Ils parlent du manque de compassion et de l'indifférence démontrés par quelques intervenants. Ces attitudes négatives qu'ils attribuent, entre autres, à une surcharge de travail demeurent injustifiables à leurs yeux. Selon les SUJETS et leurs familles, il est plus facile de négliger la clientèle atteinte de maladie mentale puisque, bien souvent, elle n'est même pas dans un état psychique lui permettant de se plaindre.

Les familles disent avoir remarqué que leurs proches étaient parfois mieux traités que certains autres patients. Elles estiment que leur présence et leur implication active dans la vie de ce proche y est pour quelque chose.

« Ils font quoi finalement ? Ils poireautent toute la journée dans leur chambre, c'est tout. Et si ça va pas, on va leur faire une injection. Avec mon fils, c'est différent, ils savent que je vais me battre pour lui. »

La décharge trop rapide

Une autre lacune identifiée par les SUJETS et leurs familles concerne la décharge trop rapide de la clientèle. Ils estiment que certains patients ressortent beaucoup trop rapidement de l'hôpital alors qu'ils auraient encore besoin de traitements. Les SUJETS et leurs familles ont raconté de nombreuses anecdotes à ce propos. Il ressort de ces anecdotes des ratés dans la prise en charge de la clientèle. En effet, celle-ci est trop souvent retournée chez elle, avec une prescription supplémentaire de médicaments, mais sans aucun suivi à court ou à long terme de prévu.

L'utilisation douteuse de la médication

Plusieurs anecdotes sont aussi relevées par les SUJETS concernant l'utilisation douteuse que font les urgences psychiatriques de la médication. Ils ont l'impression d'être bourrés de médicaments sans jamais recevoir des soins vraiment adéquats. Ils font état de plusieurs erreurs dont ils ont été victimes au cours des années. Les familles trouvent, quant à elles, que la prise en charge de leurs proches se fait uniquement au moyen de la médication.

« Tout ce qu'ils font, c'est distribuer des médicaments, et encore... »

Dans le fond, les familles ont l'impression que les urgences psychiatriques essaient de masquer le problème de leurs proches en les endormant au moyen de médicaments. Selon elles, cela est fait dans le but de minimiser l'implication de l'hôpital tout en réduisant les risques posés par les malades. En effet, une fois assommées par leur médication, ces personnes ne reviendront pas se plaindre de leur état psychique. De plus, elles n'exhiberont pas de tendances violentes et n'agresseront personne. Les familles déplorent que le monde

psychiatrique considère leurs proches comme des « *problèmes bons à médicamenter* » et non comme des personnes, malades certes, mais ayant toujours un potentiel.

6.1.2 Les services en toxicomanie

Encore une fois, les SUJETS et leurs familles partagent leur point de vue en deux parties : l'évolution des services ainsi que le suivi de la clientèle.

1) L'évolution des services

Les SUJETS affirment que les services en toxicomanie ne se sont pratiquement pas améliorés depuis une dizaine d'années. Ils n'ont pas remarqué d'évolution notable comparable à celle survenue dans les services en santé mentale. Selon eux, la situation serait donc beaucoup plus stable. Toutefois, ils demeurent généralement très satisfaits de la qualité des services offerts. Ils affirment que le nombre de Centres de désintoxication, par exemple, est tout à fait adéquat. De plus, ils apprécient particulièrement la disponibilité et la variété des thérapies offertes.

« En toxicomanie, maintenant, y'en a pour tous les goûts. Des thérapies pantoufle, des thérapies confrontation, des thérapies "bed and breakfast". Y'en a pour tous les goûts. »

2) Le suivi de la clientèle

Les SUJETS identifient cependant une lacune importante en ce qui a trait aux services reçus dans les ressources vouées au traitement de la toxicomanie. Ils estiment que la grande majorité de ces services sont bons mais que certaines ressources n'offrent pas de véritable suivi à long terme. Les SUJETS aimeraient pouvoir compter sur un support continu pendant plusieurs semaines.

« Ils vont en sevrage, sont bourrés de médicaments, pis quand y'a plus de médicaments, ils ressortent. Ça prendrait quelque chose à la suite de ça. »

« Ils m'auraient dégelé pendant 11 jours pis après ça, ils m'auraient mis dehors. Ils offrent pas de suivi à long terme. »

6.1.3 Les services en général

De nombreux thèmes sont abordés par les SUJETS et leurs familles concernant les services généraux du *Réseau de la santé et des services sociaux* : la qualité et le contrôle des ressources, les ressources spécialisées dans les troubles concomitants, le cloisonnement de même que l'insertion au travail.

1) La qualité et le contrôle des ressources

Les SUJETS se disent généralement très satisfaits de la qualité des ressources tant institutionnelles que communautaires. Ils remarquent toutefois des écarts appréciables dans la qualité des services offerts d'un endroit à l'autre. Les SUJETS estiment que l'encadrement, le traitement ainsi que le suivi ne sont pas toujours à la hauteur. Cependant, ils préfèrent tout de même un séjour dans ces ressources parfois inadéquates plutôt que l'itinérance ou l'incarcération. Ce sont surtout les familles des SUJETS qui dénoncent un manque de contrôle sur les ressources en santé mentale ou en toxicomanie. Au fil des ans, elles ont relevé plusieurs cas d'abus et de négligence dans certaines des ressources fréquentées par leurs proches.

« À certains endroits, s'ils peuvent empiler 20 personnes dans un 4 et demi, ils vont le faire. »

Les familles déplorent l'absence de réglementation gouvernementale contrôlant la qualité des services offerts par les Centres de thérapie. Elles affirment qu'il est difficile de s'y retrouver puisque aucune certification obligatoire n'est exigée pour tenir ce type d'établissement. N'importe qui peut s'improviser thérapeute et ouvrir une nouvelle ressource puisqu'il n'y a pas de surveillance. Cette situation inquiète les familles d'autant plus qu'il s'agit d'une clientèle souvent vulnérable. Elles souhaitent donc une intervention accrue du gouvernement afin de mettre de l'ordre dans la situation actuelle. De plus, les familles estiment qu'un meilleur contrôle du *Ministère de la santé et des services sociaux* pourrait permettre la parution d'un palmarès annuel, par exemple. Ce palmarès comprendrait une liste exhaustive de toutes les ressources existantes, incluant leurs champs d'expertise et une évaluation de la qualité de leurs services. Ce genre d'innovation permettrait à la clientèle de faire un choix éclairé en fonction de ses besoins.

2) Les ressources spécialisées dans les troubles concomitants

Les SUJETS sont formels : il manque de ressources ayant des programmes spécialisés dans le traitement des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Ils aimeraient avoir accès à des ressources qui se concentrent précisément sur les problématiques auxquelles ils font face. Les SUJETS, mais surtout leurs familles, connaissent bien les ressources disponibles. Ils affirment toutefois que celles se spécialisant dans le traitement de la santé mentale ET de la toxicomanie sont extrêmement rares.

« Ça prendrait une place pour la toxicomanie et la santé mentale. Les deux en même temps. »

Selon les SUJETS, l'ouverture de plusieurs Centres de thérapie spécialisés dans le traitement des troubles concomitants permettrait d'atténuer l'effet des restrictions associées à certains programmes thérapeutiques. Les SUJETS expliquent, en effet, que la majorité des ressources en santé mentale ne veulent pas des toxicomanes et que la plupart des ressources en toxicomanie ne veulent pas des personnes atteintes de maladie mentale. Cela crée son lot de laissés pour compte, nécessairement chez ceux combinant plus d'une problématique. Les SUJETS se disent très sensibles à ce problème.

« Les ressources en santé mentale, eux autres, elles veulent rien que traiter la santé mentale. Elles veulent pas "checker" la toxicomanie. »

« Y'a pas de programmes pour ces gens là. C'est soit juste pour la toxicomanie, soit juste pour la santé mentale, soit juste pour les gens ben gros judiciairisés. Y'a pas de programmes qui englobent les trois, ou juste les deux. Y'a rien. Chacun des programmes exclut les autres. »

3) Le cloisonnement des services

Les familles aimeraient voir apparaître un certain cloisonnement dans les services offerts à leurs proches. En effet, elles estiment que la présence d'individus fortement judiciairisés dans les Centres de thérapie peut nuire à la réhabilitation de leurs proches. Elles affirment que trop souvent, les ressources mélangent inutilement plusieurs types de clientèles. Les personnes souffrant de maladie mentale étant plus vulnérables, elles constituent des proies faciles pour des individus fortement criminalisés. Les familles estiment donc que les ressources devraient

chercher à mieux protéger leurs clientèles vulnérables en cloisonnant les services. Les SUJETS ne sont pas tout à fait d'accord avec proposition. Ils minimisent la mauvaise influence que peuvent avoir les individus très judiciarisés sur la clientèle souffrant de maladie mentale. De plus, ils ne voudraient pas qu'un cloisonnement des services complique leur accès.

4) L'insertion au travail

L'insertion au travail demeure très importante aux yeux des SUJETS rencontrés. Selon eux, peu d'efforts sont déployés afin de faciliter leur retour au travail. Ils considèrent ce point comme capital et déplorent le fait que les ressources ne l'abordent pratiquement jamais dans leur programme thérapeutique. De plus, les SUJETS aimeraient avoir accès à de petits boulots durant leur thérapie, question de mettre en pratique leurs acquis et briser la routine. Ils estiment que plusieurs améliorations devraient être apportées afin de faciliter leur insertion sur le marché du travail. Les familles abondent aussi en ce sens. Elles sont conscientes que, sans emploi, leurs proches ont bien peu de chances de réussir à se débrouiller seuls à long terme.

« Si ils pouvaient faire de stages de coopération avec une organisation quelconque. Mettons 15 heures par semaine qu'on serait hors thérapie, qu'on ferait du travail... on aurait des expériences de travail qu'on pourrait marquer dans notre C.V. »

6.1.4 La concertation

Tel que mentionné auparavant, le troisième grand axe de cette recherche s'intéresse à la concertation interdisciplinaire. Assez peu d'information a finalement pu être colligée à ce sujet si bien qu'il n'y a pas matière à la présenter dans un chapitre distinct. La majorité des données recueillies à ce propos relevaient du *Réseau de la santé et des services sociaux*, c'est pourquoi le thème de la concertation sera abordé à l'intérieur de ce sixième chapitre. Les impressions des SUJETS et de leurs familles à cet effet se divisent en deux parties : le manque de communication ainsi que les références et listes d'attente.

1) Le manque de communication

Les SUJETS déplorent ce qu'ils considèrent être un manque de communication flagrant entre les différentes ressources. Ils détestent devoir répéter leur histoire sans cesse à chaque

changement d'intervenant. Lorsqu'ils sont l'objet de références, ils aimeraient que le contenu de leur dossier les suive au lieu de devoir recommencer toute leur histoire à nouveau. De plus, les SUJETS voudraient être référés vers la ressource véritablement adaptée à leurs besoins plutôt que vers celle qui a de la place cette semaine-là. Ces lacunes concernant les références et la transmission de l'information leur font douter de la compétence des autorités et des intervenants. S'ils ne sont même pas capables de transférer un dossier, comment arriveront-ils à les aider? Les familles ont raconté plusieurs anecdotes à propos du manque de concertation et de communication dont elles ont été témoins au fil des ans. Elles ont été surprises de voir combien certains intervenants étaient ignorants de l'état du dossier de leur proche. Ces incidents donnent parfois l'impression aux familles que l'on réfère leurs proches vers une autre ressource uniquement dans le but de se débarrasser d'eux.

2) Les références et les listes d'attente

Les familles des SUJETS font aussi état d'une autre situation qui les préoccupe. Elles affirment que leurs proches ont souvent été référés à des organismes dont la liste d'attente était beaucoup trop volumineuse. Même si la nouvelle ressource est supposément mieux équipée ou mieux adaptée, elles se demandent à quoi sert ce transfert puisque leur proche ne recevra des services que dans six mois. Encore une fois, les familles suspectent que c'est dans le but de se décharger de certains clients à problèmes que les ressources les réfèrent.

6.2 LE POINT DE VUE DES INTERVENANTS

Contrairement aux SUJETS, les intervenants ont une vision beaucoup plus globale du *Réseau de la santé et des services sociaux*. Ils s'attardent davantage aux aspects organisationnels et ne séparent pas automatiquement les ressources en fonction de leur champ d'expertise. Pour eux, le terme « ressource » comprend aussi bien celles spécialisées en toxicomanie qu'en santé mentale. La seule exception se situe au niveau des urgences psychiatriques, thème qui sera traité dans une partie distincte. De plus, les intervenants sont généralement plus critiques du *Réseau de la santé et des services sociaux*. Ils s'arrêtent plus que les SUJETS sur les lacunes et les points faibles. Ils ont aussi plus de difficulté à nommer les réussites et les bons coups. Voici donc leurs impressions, séparées en quatre parties : l'organisation du réseau, les services en général, les urgences psychiatriques ainsi que la concertation. Chaque partie comparera les opinions des SUJETS et des intervenants, en plus de contenir une part d'analyse.

6.2.1 L'organisation des services du réseau

Les intervenants divisent l'organisation des services du réseau en deux thèmes différents : la question de territoire de même que les mécanismes à revoir.

1) Une question de territoire

La question du territoire est elle-même subdivisée en deux parties : l'obligation d'habiter le territoire et les disparités entre régions.

L'obligation d'habiter le territoire

L'obligation d'habiter le territoire afin d'être admissible aux services constitue une lacune importante soulevée par les intervenants concernant l'organisation du réseau. Selon eux, cette question de territoire est fréquemment soulevée et porte préjudice à la clientèle. En effet, certaines ressources refusent de prendre en charge ou d'offrir des services complémentaires à une personne qui n'est pas domiciliée dans le même territoire. Cela se produit régulièrement puisque la clientèle se déplace souvent afin de fréquenter la ressource la plus appropriée à ses besoins.

« Un client arrive ici, il veut être traité à court et moyen terme en psychiatrie. Il vient, mettons, de Sainte-Foy. Ils le prendront pas à Sherbrooke. »

Les intervenants affirment que les refus de services dépendent habituellement d'une question de budgets. Effectivement, chaque région se voit alloué un certain budget en fonction de sa population. Les étrangers ne sont donc pas les bienvenus puisqu'ils viennent gruger le budget, et ce, au détriment de la population locale. Les intervenants dénoncent donc cette situation qu'ils jugent absurde puisqu'elle nuit aux soins prodigués à la clientèle.

« Le CLSC, un moment donné, c'est pas nous autres, c'est pas moi, tout le monde se garroche la balle, c'est pas ma région. »

Les disparités entre régions

Les intervenants notent une grande disparité dans l'offre de services d'une région à l'autre au Québec. Dans certaines régions, on dénombre davantage de ressources, tant communautaires

qu'institutionnelles, afin de faire face aux problématiques de la population. Cette disparité dans l'offre de services entraîne la création de longues listes d'attente dans les ressources de certaines régions, alors qu'ironiquement, dans une région voisine, le même type de ressource peut devoir faire du lobbying afin d'augmenter sa clientèle. En bout de ligne, c'est la population malade qui perd au change, selon les intervenants.

« Y'a des régions mieux pourvues que d'autres. »

« Dans les autres régions où j'ai travaillé, c'était pas aussi facile d'avoir accès aux services de ce type de ressources. »

ANALYSE

Il existe un écart entre la perception des SUJETS et celle des intervenants concernant l'organisation des services. En effet, les SUJETS et leurs familles avaient peu de commentaires à formuler par rapport à l'organisation des services. Lorsque l'on analyse leurs propos, on se rend tout de même compte qu'ils sont habituellement très satisfaits de l'organisation et de la qualité des services offerts par le *Réseau de la santé et des services sociaux*. Malgré certaines lacunes, les SUJETS, qui consultent des professionnels surtout en situation d'urgence, voient leurs attentes généralement comblées. Ce sont les intervenants qui sont davantage critiques. Ils aimeraient que les SUJETS bénéficient d'un suivi beaucoup plus élaboré que leur demande ponctuelle initiale. Malgré ces doléances, il est pertinent de se demander si les ressources dans lesquelles ces intervenants travaillent font, au quotidien, l'effort d'aller au-delà de la demande immédiate de leur clientèle.

Bien que les intervenants aient une vision beaucoup plus globale de l'organisation des services, cette vision demeure intimement liée à leur propre expérience et aux besoins de leur clientèle très spécifique. En effet, ces intervenants travaillent souvent dans des ressources alternatives, auprès d'une clientèle très marginalisée, et ont de ce fait tendance à se retrouver en marge du réseau. Il en résulte probablement de nombreuses différences sur le traitement qui leur est réservé et le niveau de concertation qu'ils sont capables de mettre en place avec les autres ressources du réseau. Cela explique peut-être en partie les difficultés recensées par les intervenants à collaborer adéquatement avec d'autres ressources situées en-dehors de leur territoire.

Toutefois, il faut aussi considérer les fortes disparités entre les différentes régions en ce qui a trait à l'offre de services. L'allocation des ressources et les diminutions de budgets demeurent des facteurs cruciaux rapportés par les intervenants, nuisant à l'organisation des services. Le nouveau système d'allocation des ressources dans le *Réseau de la santé et des services sociaux* implanté depuis le 1^{er} avril 2004 doit justement mettre fin aux inégalités. Basé sur une approche populationnelle intégrant à la fois les besoins de la population et la mesure des services offerts, il vise à remplacer le modèle historique d'allocation des ressources (Tran, 2006). Ce nouveau modèle désire aussi mettre fin aux pratiques territoriales dénoncées par les intervenants rencontrés. L'analyse de leurs propos laisse cependant croire que la période de rodage du nouveau système n'est pas terminée et que certains flottements subsistent.

2) Des mécanismes à revoir

Les intervenants notent aussi deux faiblesses du réseau qui nécessitent, selon eux, des ajustements importants : le temps de réaction de même que la coercition.

Le temps de réaction

Les intervenants pensent en général que le réseau est trop lent à réagir afin de répondre aux besoins de la clientèle. Ils préféreraient avoir plus de latitude dans leurs interventions et ne pas devoir composer avec toutes les contraintes bureaucratiques et administratives imposées par le *Réseau de la santé et des services sociaux*. Les intervenants déplorent un certain immobilisme. À l'heure actuelle, ils voient peu de changements se produire malgré un alourdissement notable de la clientèle souffrant de troubles concomitants. Ils estiment que lorsque cette problématique sera enfin prise au sérieux, ce sera trop peu trop tard pour bien des malades.

« Le système, des fois, y'est pas assez (claquement de doigts), il réagit pas rapidement, y'est pas assez rapide, c'est lourd. »

« Y'a un manque de ressources, on est pas assez rapides, on est trop compartimentés. »

La coercition

De plus, les intervenants affirment que le réseau manque parfois de « dents » afin de pouvoir venir en aide à certaines clientèles. En effet, les intervenants déplorent la quasi absence de

mécanismes pouvant contraindre une personne à recevoir des soins lorsqu'elle en a vraisemblablement besoin. Les intervenants expliquent qu'il est extrêmement difficile d'obtenir des ordonnances afin d'obliger un malade à recevoir des services. Les procédures sont compliquées et très longues. Pendant ce temps, la personne s'enfonce dans la maladie ou disparaît tout simplement. Cette situation engendre beaucoup de frustration chez les intervenants. Ils disent respecter le droit d'une personne saine d'esprit de refuser un traitement. Cependant, ils font remarquer que les facultés décisionnelles de ceux qui souffrent d'une maladie mentale ou de toxicomanie peuvent être affaiblies à certains moments. Ils estiment que le *Réseau de la santé et des services sociaux* devrait pouvoir en faire plus, tout en respectant les droits individuels des personnes malades.

ANALYSE

Ce sentiment d'impuissance vécu par les intervenants les a amenés à rechercher une solution à leur problème. Comment astreindre une personne souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie grave à recevoir des traitements? En effet, ils affirment que lorsque le *Réseau de la santé et des services sociaux* est incapable d'imposer des soins à un client récalcitrant, il arrive que le système judiciaire – carcéral soit appelé en renfort. Par le biais d'un agent de probation ou d'un procureur de la Couronne, des accusations mineures sont déposées afin de contraindre le client à se présenter devant un juge pour être ensuite envoyé en thérapie. Ce stratagème a été exposé au chapitre précédent. Les intervenants reconnaissent utiliser cette tactique afin de procurer des soins à des personnes qui n'en veulent pas ou encore pour court-circuiter les tracasseries administratives comme les listes d'attente. Cette perversion du système judiciaire – carcéral procure peut-être des services momentanément à une personne qui autrement n'y aurait pas accès. Toutefois, le recours à ce mécanisme entraîne aussi la judiciarisation de cette personne avec tous les inconvénients que cela comporte.

Il est pertinent de s'interroger sur les véritables raisons à l'origine du sentiment d'impuissance dénoté par les intervenants. Il est actuellement difficile d'interner une personne malade contre son gré, et cela est très bien ainsi. De plus, lorsque l'on balance les avantages et les inconvénients de la judiciarisation des problèmes de toxicomanie et de santé mentale, il en ressort que le stigmate associé à cette judiciarisation cause des torts irrémediables aux individus concernés (Laberge et Morin, 1995, Laberge, 2000). Plusieurs recherches, notamment dans le domaine de la toxicomanie montrent aussi que la majorité des personnes s'en sortent et que seulement une faible proportion d'entre elles a recours à des professionnels

pour le faire (Castel, 1998; Mercier, 2001; van Caloen, 2004). C'est donc dire que l'idée de procurer à la clientèle des services contre son gré ne lui est pas toujours profitable. Les intervenants doivent admettre que certains clients ne sont pas prêts à recevoir des services et qu'ils ont besoin d'expérimenter ou de réfléchir davantage avant de débiter une thérapie, une réhabilitation. Si les intervenants ne reconnaissent pas cette situation, il est compréhensible qu'un sentiment d'impuissance naisse. C'est donc l'approche et la compétence des intervenants qu'il faut examiner. Il faut questionner leur capacité à analyser correctement la situation dans laquelle se trouve le client. Peut-être que s'ils évaluaient attentivement cette situation, un échec ou une rechute prendrait une toute autre signification.

6.2.2 Les services en général

Plusieurs thèmes viennent à l'esprit des intervenants concernant les services dispensés par le *Réseau de la santé et des services sociaux* : la qualité et le contrôle des ressources, les ressources spécialisées, le cloisonnement, la formation des intervenants ainsi que le financement.

1) La qualité et le contrôle des ressources

Les intervenants affirment que la grande majorité des ressources, tant communautaires qu'institutionnelles, répondent à des normes élevées de qualité. Leur point de vue rejoint donc celui des SUJETS et de leurs familles. C'est au niveau du contrôle et de la surveillance des ressources que la situation devient problématique, selon les intervenants. Ceux-ci dénoncent tous le manque de contrôle gouvernemental sur les ressources offrant des services en santé mentale ou en toxicomanie. Ils affirment que la situation est plus préoccupante en ce qui a trait aux ressources communautaires puisqu'ils estiment que les ressources institutionnelles sont généralement mieux encadrées. Les intervenants remarquent une grande disparité au niveau de la qualité des ressources communautaires et aimeraient que le gouvernement fasse le ménage afin de protéger la clientèle. Les intervenants confirment l'existence d'une certification du *Ministère de la santé et des services sociaux*. Toutefois, cette certification n'est pas obligatoire et son retrait n'entraînera pas la fermeture de la ressource. Selon les intervenants, la majorité des ressources communautaires opèrent sans cette certification. Cette situation en inquiète plus d'un, bien qu'ils estiment que la plupart des ressources offrent un niveau de service acceptable. Cependant, ils jugent que la sécurité de la clientèle est

compromise à certains endroits et craignent que des incidents fâcheux se produisent dans le futur. À ce moment, c'est la réputation de toutes les ressources qui sera entachée.

« Je trouve que l'existence de ces Centres de thérapie, peu importe que ce soit toxicomanie ou autre, devrait être mieux encadrée par notre Ministère, je sais pas qui, mais ça devrait être mieux encadré, mieux surveillé. »

« Je trouve qu'il y a des endroits dans ces Centres là qui ne sont vraiment pas sécuritaires. Question de l'aspect physique, aspect de nourriture. »

« Y'a une grosse lacune du Ministère. Il devrait surveiller ça avant que se produise de quoi de négatif. »

« C'est ça qui m'agace dans les ressources : qui veut va mettre sur pied une ressource, des fois avec toutes les bonnes intentions du monde, mais... »

ANALYSE

Les SUJETS et leurs familles de même que les intervenants sont d'accord sur ce point : un meilleur contrôle gouvernemental est nécessaire afin de protéger une clientèle souvent vulnérable. Or, le *Ministère de la santé et des services sociaux* permet à plusieurs ressources communautaires d'opérer sans permis ni certification. Cette situation semble aberrante étant donné qu'il en va de la sécurité d'êtres humains. Certaines causes peuvent être avancées afin d'expliquer ce laisser-aller apparent. D'abord, le manque d'argent et de personnel au sein du *Ministère de la santé et des services sociaux* afin de procéder aux inspections nécessaires à la certification des ressources. Ensuite, le *Ministère de la santé et des services sociaux* a besoin de ces ressources communautaires puisqu'il est incapable de faire face à l'imposante demande de services de la part des toxicomanes et des malades mentaux. Il n'est donc pas payant pour lui de fermer des ressources puisqu'il se retrouverait avec le trop-plein de clients sur les bras. De plus, les coûts reliés au traitement de la clientèle dans les ressources communautaires sont plus bas. Cela permet donc au *Ministère de la santé et des services sociaux* de réaliser des économies. Finalement, il ne faut pas passer sous silence l'utilité de toutes les ressources communautaires, même les plus faibles. En effet, sans ces ressources, un grand nombre de personnes se retrouveraient malheureusement à la rue. Il demeure quand même impératif que le *Ministère de la santé et des services sociaux* fasse le ménage dans les ressources sur

lesquelles il est supposé exercer un contrôle, ne serait-ce que pour fermer celles qui sont carrément abusives.

RESSOURCES AU MANDAT CLAIR

De plus, un meilleur contrôle de la part du gouvernement favoriserait la création de ressources aux mandats plus clairs. En effet, à l'heure actuelle, plusieurs ressources se targuant d'offrir un service de thérapie n'offrent, en fait, qu'un service d'hébergement. Les services d'hébergement sont tout autant nécessaires que les services de thérapie étant donné qu'ils permettent de réduire l'itinérance, par exemple. Cependant, il est important que la clientèle soit bien informée du type de services réellement offerts par la ressource qu'elle souhaite fréquenter. Un meilleur contrôle gouvernemental qui favoriserait l'établissement de ressources aux mandats plus clairs serait donc bénéfique pour l'ensemble de la clientèle.

2) Les ressources spécialisées dans les troubles concomitants

Des ressources dont l'expertise se situe au niveau des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, il en existe tout simplement trop peu. Selon les intervenants rencontrés, seulement deux ressources de ce type existent dans le Québec tout entier.

« C'est clair qu'il en manque. C'est clair qui manque de places pour ces gens là. Tu sais, on est quoi, je pense qu'on est deux Maisons de thérapie au Québec qui traitent la double problématique toxico – santé mentale. »

Les intervenants croient donc qu'il faut de toute urgence créer des ressources ayant le mandat précis de venir en aide à cette clientèle. Ils affirment que le nombre de personnes souffrant de troubles concomitants augmente alors que le nombre de ressources stagne. Les intervenants expliquent cette situation du fait qu'il est particulièrement difficile de soigner cette clientèle. En effet, les cas sont plus lourds, plus complexes et demandent davantage de travail et de supervision. Peu d'intervenants et de ressources possèdent l'expertise nécessaire au traitement de la clientèle souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie.

ANALYSE

Les SUJETS ont aussi soulevé ce point, mais d'une autre manière. Ils affirment que plusieurs ressources refusent implicitement de traiter des individus souffrant de troubles concomitants.

En effet, les ressources spécialisées dans le traitement de la santé mentale refusent les individus ayant aussi un problème de toxicomanie. L'inverse étant aussi vrai, cela réduit considérablement l'accès aux services pour la clientèle souffrant de troubles concomitants. En bout de ligne, les SUJETS estiment qu'il existe trop peu d'endroits disposés à les accueillir. Ce constat fait par les SUJETS rejoint ce qui a été recensé dans la littérature (Dessureault, 1998). Quant aux auteurs du rapport **De l'ombre à la lumière** (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006), ils affirment : « *Au lieu de s'adapter aux besoins des patients/clients atteints de maladie mentale ou de toxicomanie, on demande à ces derniers de s'adapter au système et de se contenter des services et des moyens de soutien qu'il est en mesure de leur fournir.* »

Toutefois, faut-il nécessairement créer des ressources distinctes, et cela, au risque de ghettoïser une population déjà fortement marginalisée ? La plupart des individus souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie sont déjà traités dans le *Réseau de la santé et des services sociaux*. Ne devrait-on pas, par exemple, améliorer la formation des intervenants ? De cette manière, ceux-ci seraient plus efficaces dans leurs interventions auprès de cette clientèle spécifique. Améliorer le niveau de formation des intervenants ou encore repenser certains programmes déjà existants constituent des solutions simples demandant beaucoup moins d'investissements que l'implantation de nouvelles ressources.

3) Le cloisonnement des services

Les intervenants suggèrent de mieux cloisonner les services surtout dans le but de protéger la clientèle générale d'individus déjà fortement judiciairisés. Ils ont souvent été témoins de l'impact négatif que peut avoir un individu profondément enfoncé dans le crime sur le reste de la clientèle habituellement vulnérable à ces mauvaises influences. Les intervenants préféreraient voir les individus fortement judiciairisés mis à l'écart et mieux encadrés afin de maximiser les chances des autres de s'en sortir.

« Pas de la grosse criminalité ou des gros cas de violence, rien dans ce genre là. Ça prendrait vraiment des endroits cloisonnés. »

« Pis la clientèle judiciairisée, ça, c'est un troisième besoin. T'as la clientèle normale toxicomanie, besoin maladie mentale de base volontaire, et maladie mentale uniquement envoyé par la Cour. »

ANALYSE

Le point de vue des intervenants est à l'effet qu'il faut être prudent avec les individus fortement judiciairisés puisqu'ils exercent généralement une influence négative sur le reste du groupe. Cependant, il est utopique de croire qu'une ressource peut être créée pour chacune des combinaisons de problématiques possibles. À l'heure actuelle il semble n'exister au Québec que deux ressources combinant véritablement les problématiques de santé mentale et de toxicomanie. Lorsque l'on ajoute aux troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie d'autres facteurs comme la judiciairisation, la déficience intellectuelle, le jeu compulsif ou encore la déviance sexuelle, il en résulte un éventail immense de problématiques. Il est impossible de penser créer une ressource spécifique à chaque combinaison, et ce, dans chacune des régions du Québec.

D'ailleurs, cette vision de séparation des clientèles n'est pas partagée par les SUJETS. Ceux-ci s'estiment capables de résister aux mauvaises influences et ne veulent pas de règles supplémentaires compliquant leur accès aux ressources. Leurs familles se montraient toutefois intéressées par un meilleur cloisonnement des clientèles, au même titre que les intervenants.

Somme toute, il faut être prudent avec le cloisonnement des clientèles puisqu'il ne favorise pas les échanges entre les ressources. Toutes font leurs affaires, dans leurs coins, avec leur clientèle propre, alors que les intervenants réclament justement une plus grande collaboration et concertation entre les ressources. Leur position quant au cloisonnement peut donc sembler contradictoire. Il s'agit peut-être d'atteindre un équilibre entre le cloisonnement des clientèles pour leur protection sans pour autant leur refuser des services en vertu de critères d'admission trop serrés.

4) La formation des intervenants

Les intervenants interviewés dénotent des lacunes importantes dans la formation du personnel de certaines ressources. Ce sont, encore une fois, les ressources communautaires qui sont pointées du doigt. Les intervenants estiment que ces lacunes dans la formation se répercutent sur la qualité des services offerts. Effectivement, certaines personnes faisant de l'intervention possèdent très peu de notions relatives au cadre théorique ou encore au plan d'intervention. Leurs interventions sont donc qualifiées de « brouillonnes » par certains des intervenants rencontrés. De plus, ces mêmes intervenants croient qu'il faut être prudent avant d'engager

une personne qui a comme seule expérience un passé de toxicomane, par exemple. Sans la disqualifier automatiquement, ils pensent qu'une formation professionnelle serait de beaucoup préférable.

« Je trouve ça dangereux, des fois, quand tu t'improvises intervenant. »

« Mais y'a pas de formation, y'a appris sur le tas, c'est vrai qu'il a un certain potentiel, mais... »

Le passé criminel de certains intervenants ou encore de la Direction de certaines ressources laisse aussi perplexes les intervenants interrogés. Ils avaient plusieurs anecdotes à raconter sur le sujet. De telles situations les font douter du sérieux de plusieurs ressources.

« Moi, j'ai rien nécessairement contre les ex qui deviennent intervenants. Mais écoute, j'en ai un, je l'ai en probation, y'est en attente de sentence pis y'est intervenant. »

ANALYSE

Les intervenants soulignent l'absence de formation de certains de leurs collègues œuvrant surtout dans les ressources communautaires. Ils estiment qu'il s'agit d'une lacune importante pouvant influencer la qualité des services offerts. Cependant, les intervenants ne se questionnent jamais sur leur propre degré de compétence et de formation. La lecture individuelle et négativiste entretenue par plusieurs d'entre eux et constatée précédemment laisse pourtant entrevoir des manques à ce niveau.

Certains indices émanant du discours des intervenants rencontrés permettent d'étayer cette thèse. En effet, plusieurs éléments dans leurs propos concernant la trajectoire et les types de thérapie ont des relents passéistes : abstinence, modèles basés sur l'évitement de produits, association drogue et délinquance ou santé mentale et délinquance, etc. Ces notions dépassées sont critiquées et rejetées dans la littérature québécoise à l'heure actuelle (Brochu, 1995; Mercier, 1997 et 2001). Aussi, plusieurs intervenants semblent travailler avec des cadres théoriques flous et des plans d'intervention peu définis. Tous parlent des concepts de promotion de la santé ou de réduction des méfaits mais ils ne s'aventurent pas beaucoup plus loin dans leurs explications. Les intervenants connaissent bien le vocabulaire à la mode mais

ne semblent pas toujours bien comprendre les implications du choix de tel ou tel plan d'intervention, par exemple.

Un niveau de formation déficient peut empêcher certains intervenants d'analyser correctement toutes les dynamiques à l'oeuvre et replacer la situation de la clientèle souffrant de troubles concomitants dans un contexte plus général. Cela explique possiblement une partie du négativisme et de la lecture individuelle qui paraissent courants chez la majorité des intervenants interrogés. De plus, cela permet aussi de comprendre la frustration vécue par les intervenants face aux nombreuses rechutes de la clientèle ainsi que leur sentiment d'impuissance. Certains intervenants ne possèdent simplement pas toutes les bases théoriques nécessaires pour œuvrer auprès d'une clientèle aussi difficile que celle souffrant de troubles concomitants.

Il faut également mentionner que l'utilisation inappropriée d'un cadre théorique ou d'un plan d'intervention diminue de beaucoup la qualité des services offerts. Est-il possible que certains intervenants contribuent eux-mêmes au taux élevé de rechutes?

INSERTION AU TRAVAIL

L'insertion au travail constitue un thème complètement ignoré par les intervenants interviewés. Ce silence s'explique peut-être par une analyse déficiente de la situation globale de la clientèle ou par un manque de connaissances. Il s'agit pourtant d'un thème très cher aux SUJETS et à leurs familles. Selon ces derniers, la réhabilitation des personnes souffrant de troubles concomitants passe obligatoirement par une réinsertion sur le marché du travail. Le fait que les intervenants rencontrés ne s'en soucient aucunement est préoccupant et démontre un manque de compréhension des enjeux véritables vécus par cette clientèle.

5) Le financement

Les intervenants dénoncent tous la diminution constante des budgets alloués au traitement de la toxicomanie. La situation serait un peu meilleure du côté de la santé mentale étant donné qu'il s'agit d'une problématique « à la mode », mais tout le réseau demeure, à leur avis, chroniquement sous financé.

« Eux, ils ont des budgets sans limites pour les toxicomanies et les dépendants. Ici, on est des trous de culs, on n'a rien. On n'a rien. »

Encore une fois, cette situation engendre beaucoup d'insatisfactions chez les intervenants. Ils aimeraient que les services soient pensés en fonction d'une perspective à long terme, plutôt qu'à court terme. Cependant, la plupart des budgets dans le monde communautaire sont ponctuels et non récurrents, ce qui rend difficile, même quasi impossible une planification et une prise en charge à long terme.

ANALYSE

Ce discours est omniprésent dans le *Réseau de la santé et des services sociaux* depuis plusieurs années. Il n'apporte rien de vraiment nouveau au débat mais illustre la dépendance des intervenants face aux politiques d'allocation de budgets. Encore une fois, les nouvelles politiques d'avril 2004 visent à amoindrir les inégalités historiques entre les différentes régions mais ne mettront pas fin au sous financement chronique du *Réseau de la santé et des services sociaux*. Cette situation inquiète, surtout dans le contexte actuel où l'on assiste à un vieillissement important de la population ainsi qu'à un alourdissement des clientèles.

6.2.3 Les urgences psychiatriques

Les intervenants, dans leur discours, parlent du réseau en général et ne s'attardent pas aux différences existant entre les ressources traitant la santé mentale et les ressources traitant la toxicomanie. Le climat actuel dans les urgences psychiatriques constitue la seule exception à cette règle. Tous les intervenants rencontrés ont souligné que la situation était présentement hors de contrôle à cet endroit. Leurs récriminations concernant les urgences psychiatriques se situent à deux niveaux : la décharge trop rapide des patients et la surcharge de travail.

1) La décharge de la clientèle

La première lacune identifiée par les intervenants concerne la décharge trop rapide des clients. Ils trouvent que certains d'entre eux ressortent beaucoup trop hâtivement de l'hôpital alors qu'ils auraient encore besoin de traitements. Les intervenants se disent très frustrés par cette situation puisqu'ils estiment que la santé et parfois même la vie de leur client peut être compromise par une décharge trop rapide.

« L'individu a eu besoin de cent points de suture en chirurgie plastique suite à des automutilations. Y'a été reviré le lendemain de la psychiatrie. »

« Je les envoie à l'hôpital puis on me les renvoie le soir même. Ça, dans ma tête, ça ne marche pas. »

2) La surcharge de travail

De plus, les intervenants identifient spontanément la surcharge de travail des employés des urgences psychiatriques comme l'une des causes du chaos qui y règne. Ils compatissent avec ces employés et disent savoir combien leur travail est difficile. Selon les intervenants, les employés des urgences psychiatriques sont si peu nombreux qu'ils n'ont tout simplement plus le temps de prendre en charge correctement les personnes qui demandent de l'aide.

« On est partis d'un extrême à un extrême. Maintenant, y'a tellement peu de ressources, on n'hospitalise pas à moins que le client soit à l'article de la mort. »

« Je pense juste que en quelque part, ils font du mieux qu'ils peuvent puis qu'ils manquent simplement d'effectifs. »

ANALYSE

SUJETS et intervenant s'entendent pour affirmer que la situation actuelle dans les urgences psychiatriques est hors de contrôle. En plus d'être complètement débordées, les urgences psychiatriques ne remplissent plus leur mandat de prises en charge des malades qui y séjournent pour un problème de santé mentale ou de toxicomanie. Les intervenants de même que les SUJETS et leurs familles y dénotent aussi la présence d'une porte tournante importante telle qu'identifiée dans la littérature (Dorvil, 1987; Bérubé, 2007). En effet, les urgences psychiatriques se bornent à répondre aux demandes ponctuelles des malades, sans plus. En l'absence de diagnostics réels et de traitements complémentaires, les personnes malades rechutent rapidement et reviennent inévitablement engorger les urgences psychiatriques à nouveau.

Plusieurs hypothèses expliquent cette situation. Les compressions dans le domaine de la santé ont conduit à une drastique réduction de personnel. Les services de première ligne sont quant à eux pratiquement inexistantes. De plus, de nombreux lits dédiés à la psychiatrie ont été fermés dans les hôpitaux lors des dernières années. Parallèlement, les consultations concernant un problème de santé mentale ont fortement augmenté au Québec au cours des cinq dernières années. Par exemple, à Sherbrooke, elles ont doublé par rapport à l'année

2001 (Croisetière, 2006). Cette situation est entre autres due au vieillissement de la population et à la désinstitutionnalisation. En présence d'une telle conjoncture, faut-il vraiment s'étonner des débordements constatés aux urgences psychiatriques ?

Il est cependant inquiétant de constater que les intervenants n'envisagent aucune amélioration des services offerts par les urgences psychiatriques à court terme. Ils prévoient même une détérioration plus marquée dans le futur. Ils semblent plutôt découragés par la situation et peinent à identifier des pistes de solution. Du côté des SUJETS, ils ne sont vraiment pas satisfaits par la qualité des services aux urgences psychiatriques. Après plusieurs mésaventures et mauvaises expériences à cet endroit, peut-être seront-ils tentés de ne plus y retourner. Comment le *Réseau de la santé et des services sociaux* réussira-t-il à rejoindre sa clientèle lorsque celle-ci aura totalement perdu confiance ?

6.2.4 La concertation

Quatre thèmes principaux ressortent des impressions des intervenants à propos de la concertation. Il s'agit de la gestion de l'information, la gestion des ressources, la culture organisationnelle ainsi que l'absence de protocoles.

1) La gestion de l'information

Les intervenants rencontrés indiquent éprouver des problèmes au sujet de la gestion de l'information relative à leurs clients. Selon eux, le partage de cette information est déficient entre les différents intervenants et les différentes ressources. Ils affirment être conscients des enjeux relatifs à la confidentialité mais estiment qu'un meilleur accès à l'information entourant un client commun permettrait une action concertée et, en bout de ligne, une amélioration des services offerts à ce client. Tous les intervenants interrogés jugent que, personnellement, ils pourraient faire beaucoup mieux au niveau du partage de l'information et de la concertation. Toutefois, ils soulignent que ce réflexe n'est pas encore ancré dans leurs habitudes.

2) La gestion des ressources

Les intervenants remarquent aussi un manque flagrant de concertation entre les différents acteurs du *Réseau de la santé et des services sociaux*. Ils déplorent le fait que chaque

ressource tiennent mordicus à évoluer en vase clos sans collaborer avec les autres ressources, et surtout, sans se soucier des besoins de la clientèle. Au lieu d'aller au-devant des besoins de cette clientèle, les ressources exigent que celle-ci s'adapte parfaitement à leurs critères. Les intervenants dénotent également une multiplication de ressources aux mandats semblables alors que les besoins criants concernant les troubles concomitants, par exemple, ne sont pas entendus.

De plus, les intervenants dénoncent vigoureusement les listes d'attente auxquelles ils sont confrontés tous les jours. Ces listes d'attente sont citées par les intervenants comme un frein à leur désir de concertation. En effet, à quoi bon une action concertée si la moitié des acteurs concernés se contentent d'inscrire le client sur leur liste d'attente sans lui fournir de services dans l'immédiat ?

« Avec le CLSC, c'est trop lent, y'a des listes d'attente. On a le temps de perdre cinq fois la personne avant que " oups ", là, c'est son tour. »

« Nous, on peut les référer aux hôpitaux, mais on a aucun pouvoir là-dessus. Ils les mettent sur la liste d'attente. »

Du même souffle, les intervenants ajoutent qu'ils sont maintenant habitués à travailler dans ce contexte. Ils considèrent les listes d'attente inévitables et ont appris à composer avec elles.

3) La culture organisationnelle

La culture organisationnelle propre à chaque ressource constitue un facteur important qui entrave la concertation selon les intervenants. Selon ceux-ci, bien que le concept de concertation soit à la mode, il demeure particulièrement ardu à mettre en pratique, surtout parce que les intervenants sont réticents à changer leurs habitudes de travail.

« On est pas habitués beaucoup à travailler en concertation, en collaboration. »

« On est tellement habitués à travailler chacun pour soi dans sa boîte avec son budget pis ses affaires. »

Certains intervenants ne veulent pas, non plus, diriger des exercices de concertation à cause de la surcharge de travail que cela entraîne.

« Un moment donné aussi, c'est qui qui va prendre le "lead"? C'est une responsabilité qui demande du temps, ça. »

De plus, les intervenants semblent généralement avoir de la difficulté à mener des actions concertées avec certains types de ressources. Ils estiment ne pas être du tout sur la même longueur d'onde que les Centres hospitaliers, par exemple. Ils affirment que ce clivage avec les hôpitaux est important tant pour les ressources communautaires qu'institutionnelles. Plusieurs anecdotes sont recensées par les intervenants qui trouvent la situation encore plus difficile lorsqu'il s'agit de faire affaire avec certains médecins.

4) L'absence de protocole

Selon les intervenants, l'absence de protocoles résume bien l'état de la situation concernant la concertation. À l'heure actuelle, tous les intervenants travaillent à leur manière, dans leur coin, tout en protégeant certaines informations au sujet de leurs clients. Les intervenants rencontrés indiquent ne pas ressentir un réel désir de collaborer de la part de leurs collègues. Toutefois, ils croient qu'avec des manières de faire fixes, davantage standardisées, la concertation serait facilitée. Un seul des intervenants interviewés a affirmé faire l'utilisation régulière de protocoles d'intervention officiels dans son milieu de travail. Tous les autres ont dit ne jamais utiliser de tels protocoles mais estiment ceux-ci seraient extrêmement utiles.

« Nous, nous autres on a rien d'écrit. »

« Bien, j'ai "comme" un protocole qui va être établi avec les gens que je vais envoyer en psychiatrie à Sherbrooke. »

« La meilleure des choses, ce serait qu'il y ait des contrats de partenariat, genre, pour les situations. »

De plus, les intervenants affirment que l'absence de protocoles standardisés nuit à une prise en charge uniforme de la clientèle. En effet, malgré la présence de deux clients au tableau clinique semblable, il arrive que leurs traitements au sein d'une même ressource diffèrent

énormément. Quelques clients seront pris en charge à l'interne et intégrés à un groupe de thérapie alors que d'autres seront référés à l'externe et peut-être mis sur une liste d'attente. Les intervenants mentionnent également que puisque leurs décisions ne sont pas toujours basées sur des critères établis au préalable, certains clients sont forcément désavantagés par rapport à d'autres.

ANALYSE

Au niveau de la gestion de l'information, les propos des intervenants semblent donner raison aux SUJETS qui affirment remarquer un manque de communication flagrant entre les différents acteurs du réseau. Les intervenants mentionnent aussi des difficultés à obtenir et échanger de l'information avec certaines ressources. Ils attribuent ces manques de communication aux difficultés posées, entre autres, par l'obligation de confidentialité. Ils parlent aussi de la culture organisationnelle bien différente d'une ressource à l'autre. Cependant, il faut mentionner la position marginale occupée par quelques ressources de deuxième ordre dans le *Réseau de la santé et des services sociaux*. Certaines d'entre elles offrent des services de piètre qualité de sorte qu'elles n'arrivent pas à gagner la confiance des autres ressources plus institutionnalisées. Cela explique peut-être les difficultés rencontrées par certains intervenants à collaborer et à recevoir de l'information de la part de ses collègues. Il ne s'agit possiblement pas que d'une question de confidentialité, de valeurs ou de méthode de travail, mais aussi une question de confiance.

Quant à la gestion des ressources, les intervenants tout comme les SUJETS dénoncent les longues listes d'attente présentes dans le *Réseau de la santé et des services sociaux*. Les SUJETS sont particulièrement cyniques face à ces listes d'attente alors que les intervenants semblent davantage résignés. Un peu au même titre que le sous financement du réseau, les intervenants s'en sont maintenant accommodés. Ils indiquent qu'il s'agit d'une contrainte structurelle qu'ils prennent pour acquis.

Selon les intervenants, il serait souhaitable de favoriser l'instauration d'un système plus intégré de ressources. Ces propos rejoignent ceux trouvés dans la littérature (Kates, 2006; Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006). Un système intégré épargnerait peut-être aux SUJETS de devoir répéter sans cesse leur histoire à une multitude d'intervenants. De plus, cela éviterait l'apparition de ressources aux mandats identiques se faisant concurrence alors que les besoins de certaines clientèles sont ignorés.

Toutefois, cela implique pour les ressources l'abandon d'une partie de leur autonomie au profit de l'interdépendance, ce qu'elles ne sont visiblement pas prêtes à faire à l'heure actuelle.

En bref, les méthodes de travail mais aussi la culture organisationnelle demeurent au cœur de la question de la concertation. Il semble extrêmement ardu de changer certaines mentalités et habitudes de travail. Selon les intervenants, l'instauration de protocoles pourrait potentiellement améliorer la situation. En effet, les protocoles forceraient les intervenants à interagir davantage entre eux. Le développement de nouvelles habitudes de travail favoriserait une prise en charge plus complète de la clientèle souffrant de troubles concomitants. Il est finalement à souhaiter que ces méthodes de travail standardisées, incluant préférentiellement des suivis et des références automatiques, évitent que les personnes vulnérables souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie passent au travers du filet censé les protéger.

Conclusions et recommandations

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Suite à l'analyse des données recueillies pour cette recherche, il est possible de tirer certaines conclusions concernant la trajectoire et les besoins de la clientèle judiciairisée atteinte de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. D'entrée de jeu, une constatation s'impose : à ce jour, ce sujet n'a pas été suffisamment fouillé. Il s'agit là de la première recommandation issue de cette étude :

- 1) Favoriser la recherche effectuée dans ce domaine étant donné la situation d'urgence vécue par la clientèle judiciairisée atteinte de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie.

De plus, d'autres conclusions touchent à la trajectoire en tant que telle, au système carcéral ainsi qu'au *Réseau de la santé et des services sociaux*. Ces conclusions seront aussi suivies de recommandations émises afin d'améliorer la qualité des services offerts à la clientèle souffrant de troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale.

LA TRAJECTOIRE

Il est impossible d'établir une trajectoire type de la clientèle judiciairisée souffrant de troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale à l'aide d'un échantillon constitué de deux sujets uniquement. Cependant, plusieurs points méritent tout de même d'être soulignés. Les SUJETS ayant pris part à cette recherche ont vécu des ruptures en bas âge et entretiennent des relations familiales complexes. Tous deux ont été agressés sexuellement en plus de débiter leur consommation d'alcool et de drogue à un très jeune âge. Ils ont également eu de la difficulté à obtenir un diagnostic relativement à leur problème de santé mentale. Les deux SUJETS, malgré les relations complexes, bénéficient toujours de l'appui de leur famille immédiate. Ce support a influencé favorablement leur trajectoire en leur évitant, par exemple, l'itinérance.

Il est intéressant de constater à quel point leurs parcours de judiciairisés sont différents. Malgré des offenses beaucoup plus graves, l'un des SUJETS a tout de même bénéficié de sentences plus clémentes. Les perspectives de réinsertion et d'autonomie des deux SUJETS

sont aussi très différentes. Plusieurs facteurs ont une incidence sur ces perspectives de réinsertion. En effet, les détenus souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie doivent composer avec de nombreux stigmates dont celui de la judiciarisation. Toutefois, le type de maladie mentale et son niveau de stabilité demeure un facteur des plus importants. Certains individus atteints de troubles graves de santé mentale ne retrouveront simplement jamais une autonomie complète. Les intervenants doivent donc tenir compte de cette réalité.

Recommandations

- 1) Augmenter l'éducation et la sensibilisation de la population face à la santé mentale, la toxicomanie et la judiciarisation afin de faire évoluer les mentalités, diminuer l'impact des stigmates et faciliter la réinsertion de la clientèle.
- 2) Appliquer également la recommandation précédente aux intervenants qui ne peuvent être rejoints de la même manière, ni par les mêmes contenus que la population.
- 3) Évaluer et bâtir les programmes de réinsertion en tenant compte des limites imposées par le type de maladie mentale ou le niveau de toxicomanie de chacun.

LE SYSTÈME CARCÉRAL

Il n'existe au Québec aucune statistique officielle concernant la prévalence des problèmes de toxicomanie ou de santé mentale dans les Établissements de détention. Selon les données recueillies par cette recherche, de 25% à 30% de la population carcérale souffrirait de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. De plus, selon les intervenants rencontrés, cette proportion serait appelée à augmenter au cours des prochaines années. Les Établissements de détention du Québec ont d'ailleurs déjà commencé à réagir à cette nouvelle réalité. En effet, plusieurs d'entre eux regroupent maintenant les détenus souffrant de maladie mentale dans des sections spéciales, à l'écart de la population générale. Un dépistage des maladies mentales et des toxicomanies dès l'admission des détenus a également été initié par certains Établissements de détention. Ce dépistage n'est toutefois ni systématique, ni étendu à l'ensemble des établissements de la province.

De toute façon, les Établissements de détention ne disposent pas de ressources suffisantes afin de venir en aide adéquatement aux détenus souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Il n'existe effectivement aucun programme spécialisé qui s'intéresse à cette conjonction de problématiques. Pourtant, plusieurs programmes de prévention socio-sanitaire ont connu de belles réussites au cours des dix dernières années. Il serait peut-être temps de les mettre à jour afin de tenir compte des nouvelles réalités vécues par les détenus.

De graves lacunes ont aussi été identifiées au sujet des services médicaux disponibles dans les Établissements de détention provinciaux. Il semble difficile d'avoir accès aux services d'un médecin, et ce, même en cas de crise. De plus, l'administration de la médication, le suivi des prescriptions et des dossiers médicaux nécessitent d'importantes améliorations. Étant donné l'alourdissement de la clientèle carcérale dont sont témoins les intervenants, les infirmeries des Établissements de détention ne seront que plus sollicitées dans l'avenir. Des ajustements doivent être apportés maintenant.

Finalement, les Établissements de détention du Québec semblent manquer à leur devoir de réhabilitation des détenus. Malgré la courte durée du séjour moyen, plus d'efforts devraient être consacrés à l'éducation continue de même qu'aux stratégies de recherche d'emploi afin de faciliter la transition des détenus lors de leur libération.

Recommandations

- 1) Mettre en place un protocole uniforme afin d'assurer le dépistage systématique des problèmes de santé mentale et de toxicomanie des détenus dès leur admission dans tous les Établissements de détention du Québec.
- 2) Mettre sur pied des programmes spécialisés dans le traitement des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie à l'intérieur des Établissements de détention.
- 3) Améliorer l'accès aux soins et le suivi médical des détenus atteints de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie dans les Établissements de détention.
- 4) Améliorer les services favorisant la réhabilitation et la réinsertion des détenus lors de leur libération : éducation continue, formation, recherche d'emploi, etc.

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les services offerts par le *Réseau de la santé et des services sociaux* semblent généralement d'un excellent niveau. Cependant, des lacunes concernant la qualité de certaines ressources plus alternatives ainsi que le contrôle exercé sur ces ressources par le *Ministère de la santé et des services sociaux* ont été identifiées. En effet, aucune législation n'encadre l'existence des Centres de thérapie au Québec de sorte qu'aucune accréditation obligatoire n'est nécessaire pour opérer ce genre d'établissement. Ce vide juridique permet à plusieurs ressources de qualité douteuse de continuer leurs opérations. Un meilleur contrôle du gouvernement permettrait probablement de hausser la qualité générale des ressources et de prévenir certaines situations d'abus.

De plus, il y a lieu de remettre en question le niveau de formation de certains intervenants travaillant dans le *Réseau de la santé et des services sociaux*. Plusieurs de ces intervenants négligent effectivement cadres théoriques et plans d'intervention en plus de se borner à une lecture très individuelle de la trajectoire de la clientèle. Ces pratiques engendrent des analyses inadéquates de la situation réelle de la clientèle et ont un impact négatif sur la qualité des services qui lui sont offerts. Les intervenants doivent donc questionner leur propre niveau de compétence et de formation, particulièrement ceux qui œuvrent auprès de la difficile clientèle souffrant de troubles concomitants.

Dans tout le *Réseau de la santé et des services sociaux*, l'endroit qui semble le plus hors de contrôle demeure définitivement les urgences psychiatriques. La qualité des services qui y sont offerts est régulièrement remise en question. Le fonctionnement des urgences psychiatriques est chaotique, les intervenants qui y travaillent ne suffisent plus à la tâche alors que le nombre de consultations ne cesse d'augmenter. De plus les urgences psychiatriques ont tendance à ne traiter que les demandes ponctuelles et à n'assurer pratiquement aucun suivi. Cette situation nuit aux soins apportés à la clientèle victime d'une importante porte tournante. La clientèle se plaint également du comportement du personnel des urgences psychiatriques et de l'administration parfois abusive de la médication.

Finalement, la concertation entre les différentes ressources demeure extrêmement problématique. En effet, malgré leurs bonnes intentions, les intervenants semblent avoir de la difficulté à modifier leurs habitudes de travail afin de collaborer efficacement avec leurs

collègues. Pourtant, ils estiment tous qu'une meilleure concertation serait grandement souhaitable afin d'améliorer la prise en charge de la clientèle souffrant de troubles concomitants. Parmi les obstacles à la concertation identifiés, citons les questions de budget et de confidentialité, le manque de temps, les différentes cultures organisationnelles ainsi que l'absence de protocoles.

Recommandations

- 1) Créer une législation entourant l'existence légale des Centres de thérapie au Québec obligeant l'accréditation obligatoire de ces ressources.
- 2) Favoriser la formation et le perfectionnement des intervenants, particulièrement ceux travaillant auprès des clientèles multi problématiques.
- 3) Mettre en place des mesures simples comme l'amélioration de la formation des intervenants ou la révision des programmes thérapeutiques dans les ressources déjà existantes.
- 4) Favoriser la création de ressources dont le mandat précis est de venir en aide à la clientèle judiciairisée souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie.
- 5) Améliorer, sinon revoir complètement le fonctionnement des urgences psychiatriques afin de favoriser une prise en charge et un suivi plus complet de la clientèle.
- 6) Créer des partenariats, des protocoles d'intervention communs entre les différentes ressources dans le but de faciliter l'échange d'information et la prise en charge de la clientèle.

En bref, le phénomène des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie à l'intérieur du système carcéral québécois demeure un sujet très peu étudié. L'état actuel de la situation et le cri d'alarme poussé par les intervenants du milieu exigent que l'on s'y intéresse de plus près. Cette recherche ne constituait qu'un survol de la situation vécue par cette clientèle bien particulière. Afin de lui venir en aide, il est impératif que l'on tienne compte de sa trajectoire difficile ainsi que de ses besoins particuliers. En effet, les personnes souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie ont avant tout besoin de

traitements, pas de punition. Elles doivent être identifiées rapidement afin de recevoir des services spécifiques à leur double problématique. Sans avoir été nommée explicitement, l'intervention sociale et sa vision sont centrales au mieux-être de cette clientèle. Il faut donc miser sur l'intervention thérapeutique plutôt que sur la médication uniquement. Il est aussi indispensable de concentrer les efforts sur la réinsertion au moyen de l'emploi, par exemple, à la place de l'incarcération. De cette manière, il sera possible d'assurer un avenir meilleur à la clientèle judiciairisée souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie.

Finalement, d'autres aspects reliés à cette problématique gagneraient vraisemblablement à être étudiés : citons par exemple l'établissement d'un taux de prévalence des troubles concomitants au sein de la population québécoise ainsi qu'à l'intérieur des Établissements de détention du Québec.

ANNEXE I
Guide d'entrevue
(Sujet)

A- Récit de vie chronologique

Récit en plusieurs étapes : enfance, adolescence, jeune adulte, adulte s'intéressant à plusieurs thèmes : vie familiale, scolaire, professionnelle et amoureuse, etc.

- 1) Que vous est-il arrivé au cours de ces différentes étapes?
- 2) Comment avez-vous vécu ces événements?

B- Expérience relative à la santé mentale

- 1) Possédez-vous un diagnostic de maladie mentale?
 - a. Lequel?
 - b. Depuis combien de temps?
 - c. Prenez-vous des médicaments?
 - d. Lesquels?
 - e. Comment avez-vous vécu l'annonce du diagnostic?

- 2) Avez-vous déjà fréquenté des Centres de thérapie au sujet de votre maladie mentale?
 - a. Lesquels?
 - b. À quelle époque?
 - c. Durant combien de temps?
 - d. Quels types de services avez-vous reçus à l'intérieur de ces Centres?
 - e. Ces services étaient-ils bons ou mauvais?
 - f. Y a-t-il d'autres services que vous auriez aimé recevoir?
 - g. Comment avez-vous vécu votre expérience?

- 2) Avez-vous déjà fréquenté les Urgences psychiatriques?
 - a. Lesquelles?
 - b. À quelle époque?
 - c. Durant combien de temps?
 - d. Quels types de services y avez-vous reçus?
 - e. Ces services étaient-ils bons ou mauvais?
 - f. Y a-t-il d'autres services que vous auriez aimé recevoir?
 - g. Comment avez-vous vécu votre expérience?

- 3) Avez-vous reçu d'autres types de services relativement à votre maladie mentale de la part du Réseau de la santé et des services sociaux?
 - a. Lesquels?
 - b. À quelle époque?
 - c. Ces services étaient-ils bons ou mauvais?
 - d. Y a-t-il d'autres services que vous auriez aimé recevoir?
 - e. Comment avez-vous vécu votre expérience?

C- Expérience relative à la toxicomanie

- 1) Pour quelle toxicomanie avez-vous été traité?
 - a. À quand remonte votre consommation d'alcool ou de drogue?
- 2) Avez-vous fréquenté des Centres de thérapie au sujet de votre toxicomanie?
 - a. Lesquels?
 - b. À quelle époque?
 - c. Durant combien de temps?
 - d. Quels types de services avez-vous reçu?
 - e. Ces services étaient-ils bons ou mauvais?
 - f. Y a-t-il d'autres services que vous auriez aimé recevoir?
 - g. Comment avez-vous vécu cette expérience?
- 3) Avez-vous reçu d'autres types de services relativement à votre maladie mentale de la part du Réseau de la santé et des services sociaux?
 - a. Lesquels?
 - b. À quelle époque?
 - c. Ces services étaient-ils bons ou mauvais?
 - d. Y a-t-il d'autres services que vous auriez aimé recevoir?
 - e. Comment avez-vous vécu votre expérience?

D- Expérience relative au système judiciaire et carcéral

- 1) Avez-vous déjà été arrêté par la Police?
 - a. Pour quelles infractions?
 - b. Quelle a été votre expérience avec les policiers?
 - c. Avez-vous vécu des situations de détention préventive?
- 2) Avez-vous été condamné pour des infractions criminelles?
 - a. Quelles étaient ces infractions?
 - b. Quelle a été votre expérience avec les juges et les avocats?
- 3) Quelle a été la nature et la durée des peines encourues pour vos condamnations?

- 4) Avez-vous été condamné à des peines de détention ferme?
 - a. À quel endroit avez-vous purgé ces peines?
 - b. Comment s'est déroulée votre admission à l'Établissement de détention?
 - c. Les autorités carcérales étaient-elles au courant de vos troubles de santé mentale et de toxicomanie?
 - d. Quels types de services avez-vous reçu à l'intérieur de l'Établissement de détention?
 - e. Ces services étaient-ils bons ou mauvais?
 - f. Y a-t-il d'autres services que vous auriez aimé recevoir?
 - g. Comment s'est déroulée votre libération de l'Établissement de détention?
 - h. Avez-vous séjourné en Maison de transition?
 - i. Comment avez-vous globalement vécu cette expérience?

Guide d'entrevue (Famille)

A- Récit de vie chronologique

Récit en plusieurs étapes : enfance, adolescence, jeune adulte, adulte s'intéressant à plusieurs thèmes : vie familiale, scolaire, professionnelle et amoureuse, etc.

- 1) Qu'est-il arrivé au Sujet au cours de ces différentes étapes?
- 2) Comment a-t-il vécu ces événements?
- 3) Quel a été l'impact sur la famille?

B- Expérience relative à la santé mentale

- 1) Pour quelle maladie mentale le Sujet est-il diagnostiqué?
 - a. Depuis combien de temps?
 - b. Prend-il des médicaments?
 - c. Comment a-t-il vécu l'annonce du diagnostic?
- 2) A-t-il déjà fréquenté des Centres de thérapie au sujet de sa maladie mentale?
 - a. Lesquels?
 - b. À quelle époque?
 - c. Durant combien de temps?
 - d. Quels types de services a-t-il reçu à l'intérieur de ces Centres?
 - e. Ces services étaient-ils bons ou mauvais?
 - f. Y a-t-il d'autres services que vous auriez aimé qu'il reçoive?
- 3) A-t-il déjà fréquenté les Urgences psychiatriques?
 - a. Lesquelles?
 - b. À quelle époque?
 - c. Durant combien de temps?
 - d. Quels types de services a-t-il reçu à l'urgence psychiatrique?
 - e. Ces services étaient-ils bons ou mauvais?
 - f. Y a-t-il d'autres services que vous auriez aimé qu'il reçoive?
- 4) A-t-il reçu d'autres types de service relativement à sa maladie mentale de la part du Réseau de la santé et des services sociaux?
 - a. Lesquels?
 - b. À quelle époque?
 - c. Ces services étaient-ils bons ou mauvais?
 - d. Y a-t-il d'autres services que vous auriez aimé qu'il reçoive?

C- Expérience relative à la toxicomanie

- 1) Pour quelle toxicomanie le Sujet a-t-il été traité?
 - a. À quand remonte sa consommation d'alcool ou de drogue?
- 2) A-t-il fréquenté des Centres de thérapie au sujet de sa toxicomanie?
 - a. Lesquels?
 - b. À quelle époque?
 - c. Durant combien de temps?
 - d. Quels types de services a-t-il reçu?
 - e. Ces services étaient-ils bons ou mauvais?
 - f. Y a-t-il d'autres services que vous auriez aimé qu'il reçoive?
- 3) A-t-il reçu d'autres types de services relativement à sa maladie mentale de la part du Réseau de la santé et des services sociaux?
 - a. Lesquels?
 - b. À quelle époque?
 - c. Ces services étaient-ils bons ou mauvais?
 - d. Y a-t-il d'autres services que vous auriez aimé qu'il reçoive?

D- Expérience relative au système judiciaire et carcéral

- 1) Le Sujet a-t-il déjà été arrêté par la Police?
 - a. Pour quelles infractions?
 - b. Quelle a été son expérience avec les policiers?
 - c. A-t-il vécu des situations de détention préventive?
- 2) A-t-il déjà été condamné pour des infractions criminelles?
 - a. Quelles étaient ces infractions?
 - b. Quelle a été son expérience avec les juges et les avocats?
- 3) Quelle a été la nature et la durée des peines encourues pour ses condamnations?
- 4) A-t-il été condamné à des peines de détention ferme?
 - a. À quel endroit a-t-il purgé ces peines?
 - b. Comment s'est déroulée son admission à l'Établissement de détention?
 - c. Les autorités carcérales étaient-elles au courant de ses troubles de santé mentale et de toxicomanie?
 - d. Quels types de services a-t-il reçu à l'intérieur de l'Établissement de détention?
 - e. Ces services étaient-ils bons ou mauvais?
 - f. Y a-t-il d'autres services que vous auriez aimé qu'il reçoive?
 - g. Comment s'est déroulée sa libération de l'Établissement de détention?
 - h. A-t-il séjourné en Maison de transition?
 - i. Comment a-t-il globalement vécu cette expérience?

Guide d'entrevue
(Intervenants en santé mentale et/ou toxicomanie)

SECTION 1 : LE SUJET

A- Lien avec le Sujet

- 1) Pouvez-vous me résumer la trajectoire du Sujet à ce jour?
- 2) Pouvez-vous me faire un résumé du travail que vous avez fait avec lui?

B- Besoins reliés à la santé mentale

- 1) Quels étaient ses besoins face à sa maladie mentale lorsque vous avez rencontré le Sujet pour la première fois?
- 2) Quels services a-t-il reçu?
- 3) Quels autres services auraient pu être utiles, mais n'existent pas?

C- Besoins reliés à la toxicomanie

- 1) Quels étaient ses besoins face à sa toxicomanie lorsque vous avez rencontré le Sujet pour la première fois?
- 2) Quels services a-t-il reçu?
- 3) Quels autres services auraient pu être utiles, mais n'existent pas?

SECTION 2 : LA CLIENTÈLE EN GÉNÉRAL

A- Trajectoire type de cette clientèle

- 1) Dans votre ressource, quelle est la proportion de personnes judiciairisées souffrant de troubles concomitants?
- 2) Ce nombre est-il en augmentation?
- 3) Comment la porte tournante s'applique à cette clientèle?
- 4) Existe-t-il un problème de prise en charge de cette clientèle?

B- Besoins reliés à la santé mentale

- 1) Quels sont les besoins de cette clientèle?
- 2) Existe-t-il des services spécifiques à cette clientèle?
- 3) Certains services auraient-ils besoins d'être créés?
- 4) Prévoyez-vous créer de nouveaux services de ce type dans l'avenir?

C- Besoins reliés à la toxicomanie

- 1) Quels sont les besoins de cette clientèle?
- 2) Existe-t-il des services spécifiques à cette clientèle?
- 3) Certains services auraient-ils besoins d'être créés?
- 4) Prévoyez-vous créer de nouveaux services de ce type dans l'avenir?

D- Coordination des ressources

- 1) Gardez vous le contact avec les autres ressources de la région?
- 2) Procédez-vous à des références à d'autres ressources?
- 3) Travaillez-vous à l'aide de protocoles?
- 4) Comment se déroulent la communication et le transfert d'information entre les ressources?
- 5) Y aurait-il des choses à améliorer au niveau de la concertation?

Guide d'entrevue (Intervenant milieu carcéral)

SECTION 1 : LE SUJET

A- Lien avec le Sujet

- 1) Pouvez-vous me résumer la trajectoire du Sujet à ce jour?
- 2) Et dans le système carcéral?
- 3) Pouvez-vous me faire un résumé du travail que vous avez fait avec lui?

B- Besoins reliés à la santé mentale et à la toxicomanie

- 1) Quels étaient ses besoins face à sa maladie mentale et à sa toxicomanie lorsque vous avez rencontré le Sujet pour la première fois?
- 2) Quels services a-t-il reçu?
- 3) Quels autres services auraient pu être utiles, mais n'existent pas?

C- Besoins reliés à la judiciarisation

- 1) Quels étaient ses besoins face à sa judiciarisation?
- 2) Comment s'est déroulée sa transition vers l'incarcération?
- 3) Y aurait-il des choses à améliorer à ce niveau?

SECTION 2 : LA CLIENTÈLE EN GÉNÉRAL

A- Trajectoire type de cette clientèle

- 1) À l'Établissement de détention, quelle est la proportion de détenus souffrant de troubles concomitants?
- 2) Ce nombre est-il en augmentation?
- 3) Quels sont les comportements de ce type de clientèle à l'intérieur de l'Établissement de détention?
- 4) Comment la porte tournante s'applique à cette clientèle?
- 5) Existe-t-il un problème de prise en charge de cette clientèle?

B- Besoins reliés à la santé mentale

- 1) Quels sont les besoins de cette clientèle?
- 2) Existe-t-il des services spécifiques à cette clientèle?
- 3) Certains services auraient-ils besoins d'être créés?
- 4) Prévoyez-vous créer de nouveaux services de ce type dans l'avenir?

C- Besoins reliés à la toxicomanie

- 1) Quels sont les besoins de cette clientèle?
- 2) Existe-t-il des services spécifiques à cette clientèle?
- 3) Certains services auraient-ils besoins d'être créés?
- 4) Prévoyez-vous créer de nouveaux services de ce type dans l'avenir?

D- Coordination des ressources

- 1) Lors de sa remise en liberté, cette clientèle est-elle mise en contact avec des ressources spécialisées?
- 2) Gardez vous le contact avec les autres ressources de la région?
- 3) Procédez-vous à des références à d'autres ressources?
- 4) Travaillez-vous à l'aide de protocoles?
- 5) Comment se déroulent la communication et le transfert d'information entre les ressources?
- 6) Y aurait-il des choses à améliorer au niveau de la concertation?

ANNEXE II
**Autorisation d'accès aux dossiers et de rencontres
des différents intervenants impliqués**

Dans le cadre de la recherche « La trajectoire et les besoins des détenus souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie », dont vous avez par ailleurs reçu l'information, Monsieur _____ autorise l'accès aux dossiers suivants à Catherine Leduc, étudiante à la Maîtrise en service social à l'Université de Sherbrooke pour une durée de 1 an :

- Dossier médical en ce qui a trait aux problématiques de santé mentale et de toxicomanie.
- Dossiers psychosociaux dans les différents organismes où il a été traité : CLSC, Toxicité-Gîtes, Centre d'hébergement, Centre de désintoxication, Maison de transition, etc.
- Dossiers judiciaires : à l'Établissement de détention, à la Cour.

De plus, Monsieur _____ autorise Catherine Leduc à rencontrer les différents intervenants impliqués dans son dossier au cours de la même année. Et cela en date du _____ 2006.

Catherine Leduc s'engage à respecter le plus strict anonymat dans le cadre du secret professionnel et à anonymiser les informations au moment de la présentation du rapport de recherche ainsi que pour toute communication portant sur la recherche. Catherine Leduc s'engage à détruire toutes les données recueillies au plus tard après 2 ans.

Signé à _____, le _____ 2006

Participant

Responsable du projet

BIBLIOGRAPHIE

Articles

- ARBOLEDA-FLOREZ, Julio, « Maladie mentale et violence : Un lien démontré ou un stéréotype? », Direction générale de la promotion et des programmes de santé, *Santé Canada*, Ottawa, 1996, 117 p.
- ABRAMSON, M., «The criminalization of mentally disordered behaviour : possible side effect of a new mental health law », *Hospital and community psychiatry*, vol. 23, 1971, pp. 194-206.
- BERTRAND, Marie-Andrée, « Le statut pénal du cannabis au Canada », *Drogues, santé et société*, vol. 2, no.2, 2004, pp. 1-16.
- BIZIER, Véronique et Paul MORIN (dir.), « Le projet d'encadrement clinique et d'hébergement (P.E.C.H.) : Monographie d'un organisme ayant un volet d'hébergement transitoire et de soutien au logement social pour des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale », *Cahiers du LAREPPS 07-02*, 2006, 142 p.
- BOE, Roger., NAREKH, Mark., VUONG, Ben., « L'évolution du profil de la population carcérale sous responsabilité fédérale : 1997 et 2002 », *Service correctionnel du Canada*, Ottawa, 2003, 81 p.
- BOE, Roger et Ben VUONG, « Les tendance en matière de santé mentale parmi les détenus sous responsabilité fédérale », *Service correctionnel du Canada*, Ottawa, 2003, 9 p.
- BROCHU, Serge, « Les drogues, l'alcool et la criminalité : Profil des détenus fédéraux Canadiens », *Service correctionnel du Canada*, Ottawa, 2001, 26 p.
- CASTEL, Robert, « La dynamique du processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation », *Cahiers de recherche sociologique*, no.22, 1994, pp. 11-27.
- CASTEL, Robert, « Les pièges de l'exclusion », *Lien social et politique*, vol. 34, 1995, pp. 13-21.
- COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE, « Guide du C.É.R. Lettres et sciences humaines concernant l'éthique de la recherche avec des êtres humains », Secrétariat des études supérieures de la recherche, Faculté des lettres et sciences humaines, *Université de Sherbrooke*, 2005, 16 p.
- COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE, « Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie ; aperçu des politiques et des programmes au Canada », Ottawa, 2004, 310 p.
- COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE, « De l'ombre à la lumière ; résumé et recommandations », (Rapport Kirby), Ottawa, 2006, 118 p.

- COOK, J. et L. RAZZANO, « Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia : recent research and implications for practice », *Schizophrenia bulletin*, vol. 26, pp. 87-103.
- CORBIÈRES, Marc., LESAGE, Alain., VILLENEUVE, Kathe., MERCIER, Céline., « Le maintien en emploi de personnes souffrant de maladie mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 31, no.2, 2006, pp. 215-235.
- CROWTHER, R.E., MARSHALL, M., BOND, G., HUXLEY, P., « Helping people with severe mental illness obtain work : systematic review », *British medical journal*, 2001, pp. 204-208.
- DESSUREAULT, Danny, « Aspect multidimensionnel des hypothèses proposées pour rendre compte de la prévalence des troubles mentaux en milieu carcéral », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 43, 1998, pp. 225-229.
- DORVIL, Henri, « Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'hôpital Louis-H. Lafontaine », *Santé mentale au Québec*, Vol. 12, no.1, 1987, pp. 79-89.
- GARCEAU, Marie-Luce, « La détention provisoire au Québec : une pratique courante », *Criminologie*, vol. 23, no.1, 1990, pp. 117-134.
- HODGINS, Sheilagh et Gilles CÔTÉ, « Prévalence des troubles mentaux chez les détenus des pénitenciers du Québec », *Santé mentale au Canada*, Vol. 38, no.1, pp. 1-5.
- KATES, Nick, « Soins partagés : renforcer les liens entre les services de toxicomanie, les services de santé mentale et les services de soins primaires », Île-du-Prince-Édouard, 2006, 82 p.
- LABERGE, Danielle, « Pratique de déjudiciarisation de la maladie mentale : le modèle de l'Urgence psychosociale-Justice », *Criminologie*, vol. 33, no.2, 2000, pp. 81-107.
- LABERGE, Danielle et Daphné MORIN, « The overuse of criminal justice dispositions. Failure of diversionary policies in the management of mental health problems », *International journal of law and psychiatry*, vol. 18, no.4, 1995, pp. 389-414.
- LESSAGE, Alain., VASILADIS, Helen-Maria., GAGNÉ, Marie-Anick., DRUDGEON, Scott., KASMAN, Naomi., HAY, Carley., « Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada: Une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes », Mississauga, 2006, 30 p.
- MERCIER, Céline, « Avis sur la double problématique toxicomanie et santé mentale », *Comité permanent de lutte à la toxicomanie*, Québec, 1997, 16 p.
- MERCIER, Céline et Béatrice BEAUCAGE, « Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de situation pour le Québec », *Comité permanent de lutte à la toxicomanie*, Québec, 1997, 81 p.
- MERCIER, Céline, « Les trajectoires de toxicomanie », Présentation au comité sénatorial sur les drogues illicites, 2001, 17 p.

- MCVIE, Fraser, « L'alcool et la drogue dans le système correctionnel fédéral : Les problèmes et les défis », *Service correctionnel du Canada*, Ottawa, 2001, 3 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Politique de la santé mentale », Québec, 1989, 62 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « De la reconfiguration des services de santé mentale pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles graves de la santé mentale », Québec, 1997, 181 p.
- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, *La Sécurité publique au Québec, Profil statistique 2000-2001*, Québec, 2002, 35 p.
- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, *La Sécurité publique au Québec, Profil statistique 2005-2006*, Québec, 2007, 28 p.
- MONTEGIANI, Mario et Nicole SOUCY, « Portrait de la clientèle correctionnelle du Québec 1993 », Direction générale des services correctionnels, *Ministère de la sécurité publique*, Québec, 1994, 132 p.
- PALERNO, G.B et M.B SMITH, « Jails versus mental hospitals : a social dilemma », *International journal of offender therapy and comparative criminology*, vol. 35, 1991, pp. 763-778.
- PENROSE, L.S., « Mental disease and crime outline of a comparative study of European statistics », *British journal of medical psychology*, vol.18, 1939, pp. 19-35.
- PLOURDE, Chantal., BROCHU, Serge., LEMIRE, Guy., « Drogue et prison : faits et enjeux actuels », *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, vol. 54, no.2, 2001, pp. 197-220.
- PORPORINO, Frank et Larry MOTIUK, « La libération conditionnelle des délinquants atteints de troubles mentaux », *Forum*, vol. 5, 1993. pp. 1-6.
- PORPORINO, Frank et Larry MOTIUK, « L'incarcération des délinquants ayant des problèmes de santé mentale », *Service correctionnel Canada*, Ottawa, 1994, 20 p.
- PROTECTEUR DU CITOYEN, « Rapport annuel 2004-2005 », Québec, 103 p.
- PROTECTEUR DU CITOYEN, « Rapport annuel 2005-2006 », Québec, 95 p.
- REGIER, D.A, et coll., « Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse : Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study, *Journal of the american medical association*, vol. 264, 1990, pp. 30-60.
- ROBITAILLE, Clément., GUAY, Jean-Pierre., SAVARD, Caroline, « Portrait de la clientèle correctionnelle du Québec 2001 », *Société de criminologie du Québec* pour la DGSC du Ministère de la Sécurité publique du Québec, Montréal, 2002, 128 p.
- SANTÉ CANADA, « Rapport sur les maladies mentales au Canada », Ottawa, 2002, 109 p.

- SANTÉ CANADA, « Rapport sommaire de l'atelier sur les meilleures pratiques relatives aux troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie », Ottawa, 2003, 8 p.
- SANTÉ CANADA, « Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens; la prévalence de l'usage et les méfaits », Ottawa, 2004, 12 p.
- S.A.P.S.C.Q., « La situation concernant la capacité carcérale au Québec », *Mémoire du Syndicat des agents de la paix en services correctionnels du Québec*, Montréal, 2006, 175 p.
- STATISTIQUES CANADA, « La consommation d'alcool », Ottawa, 2001, 24 p.
- STATISTIQUES CANADA, « Services correctionnels pour adultes au Canada 2002-2003 », Ottawa, 2004, 57 p.
- STATISTIQUES CANADA, « Services correctionnels pour adultes au Canada 2004-2005 », Ottawa, 2006, 36 p.
- SIMPSON, Ann, « Fermer la "porte-tambour" : Le Tribunal de traitement de la toxicomanie de Toronto », *Caledon institute of social policy*, Ottawa, 2001, 4 p.
- TRAN, Quynh-Van, « Les statistiques officielles et les dépenses de programmes gouvernementales du Québec : regard sur le nouveau modèle d'allocation des ressources en santé », Institut de la statistique du Québec, *L'écostat*, 2006, 10 p.
- TRUDEL, Jean-François et Alain LESAGE, « Le sort des patients souffrant de troubles mentaux très graves et persistants lorsqu'il n'y a pas d'hôpital psychiatrique : étude de cas », *Santé mentale au Québec*, Vol. 30, no.1, 2005, pp. 41-71.
- VAN CALOEN, Benoît, « Dilemmes de l'individualisme : un contexte sociétaire de l'usage de drogues », *Drogues, santé et société*, Vol. 3, no.1, 2004, pp. 69-86.

Volumes

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, « *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* », 4^e édition, Masson, Paris, 2003, 1065 p.
- BARDIN, Laurence, « *L'analyse de contenu* », 11^e édition, Presses universitaires de France, Paris, 2003, 291 p.
- BECKER, Howard Saul, « *Outsiders. Études de sociologie de la déviance* », Éditions A.-M. Métailié, Paris, 1985, 247 p.
- BROCHU, Serge, « *Drogue et criminalité, une relation complexe* », Perspectives criminologiques, Presses de l'université de Montréal, Montréal, 1995, 226 p.
- CASTEL, Robert, « *Les sorties de la toxicomanie* », Éditions Université de Fribourg, 1998, 296 p.

- COMITÉ SPÉCIAL SUR LES DROGUES ILLICITES, « *Le cannabis : rapport du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites* », (Rapport Nolin), Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 2003, 258 p.
- CORMIER, Dollard., BROCHU, Serge., BERGEVIN, Jean-Pierre., « *Prévention primaire et secondaire de la toxicomanie* », Éditions du Méridien, Montréal, 1991, 251 p.
- DESMARAIS, Danielle et Paul GRELL, « *Les récits de vie : théorie, méthode et trajectoires types* », Groupe d'analyse des politiques sociales, Éditions St-Martin, Montréal, 1986, 180 p.
- DRAKE, R.E., et K.T. MUESER, « *Dual diagnosis of major mental illness and substance abuse volume 2 : recent research and clinical implications* », Josey Bass Publishers, San Francisco, 1996, 115 p.
- GAULEJAC, Vincent de et Taboada LÉONETTI, « *La lutte des places* », Collection Hommes et perspectives, Marseilles, 1994, 286 p.
- GAUTHIER, Benoit, « *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* », 4^e édition, Presses de l'université du Québec, Sainte-Foy, 2003, 619 p.
- GLASER, Barney et Anselm STRAUSS, « *The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research* », Aldine de Gruyter, New York, 1967, 271 p.
- GOFFMAN, Erving, « *Stigmate ; les usages sociaux des handicaps* », Éditions de Minuit, Paris, 1975, 175 p.
- LANDREVILLE, Pierre., GAGNON, Astrid., DESROSIERS, Serge., « *Les prisons de par ici* », Éditions Parti pris, Montréal, 1976, 234 p.
- LEMIRE, Guy, « *Le pénal en action : le point de vue des acteurs* », Presses de l'Université Laval, Sainte-Foy, 2004, 164 p.
- MAYER, Robert et coll., « *Méthodes de recherche en intervention sociale* », Gaëtan Morin éditeur, Boucherville, 2000, 397 p.
- MILES, Michael et Matthew HUBERMAN, « *Analyse des données qualitatives* », 2^e édition, De Boeck Université, Paris, 2003, 626 p.
- PAILLÉ, Pierre et Alex MUCCHIELLI, « *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* », Armand Colin, Paris, 2003, 211 p.
- POUPART, Jean-Marie, « *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques* », Éditions Gaëtan Morin, Boucherville, 1997, 405 p.
- QUINN PATTON, Michael, « *Qualitative research and evaluation methods* », 3^e édition, Sage Publications, Thousand Oaks, 2002, 598 p.
- TEPLIN, L.A., « *Managing disorder. Police handling of the mentally ill* », Mental health and criminal justice, Sage publications, Beverly Hills, 1984, 320 p.

YIN, Robert K. « *Case Study Research Design and Methods* », Collection applied social research methods series, 3^e édition, Sage Publication, Thousand Oaks, 2003 , 181 p.

Internet

BÉRUBÉ, Marisabelle, « Prévention de la récidive chez les ex-détenus sans-abri : Arrêtez la porte tournante ! », *L'itinéraire*, no.6, 15 mars 2007, <http://www.itineraire.ca> (Page consultée le 1^{er} avril 2007).

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, « Orientations du CSMQ » *Notion de santé mentale*, [En ligne], 31 juillet 2002, <http://www.msss.gouv.qc.ca/csmq> (Page consultée le 16 février 2006).

GAGNON, Karine, « Premier tribunal en santé mentale à l'automne », *Médiamatin Québec*, [En ligne], 19 juin 2007, <http://www.mediamatinquebec.com> (Page consultée le 12 septembre 2007).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, « Problèmes sociaux », *Alcoolisme et toxicomanie*, [En ligne], 2005, <http://www.msss.gouv.qc.ca> (Page consultée le 28 janvier 2006).

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, « Milieu ouvert : condamnation à l'emprisonnement avec sursis », *Détention et réinsertion sociale*, [En ligne], 2006, <http://www.msp.gouv.qc.ca> (Page consultée le 7 septembre 2007).