

« Éditorial »

Sheilagh Hodgins

Criminologie, vol. 21, n° 2, 1988, p. 3-12.

Pour citer ce document, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/017262ar>

DOI: 10.7202/017262ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

Ce numéro porte sur une problématique, qui bien que n'étant pas nouvelle, est selon toute indication grandissante. Il s'agit de personnes accusées ou condamnées relativement à des délits criminels et ayant besoin de soins de santé mentale. Nous ne parlons pas de réhabilitation (les programmes visant à éliminer ou à réduire les comportements délictueux), mais plutôt des besoins des prévenus et des détenus souffrant de troubles mentaux ainsi que des services dont ils bénéficient.

Alors que les autorités provinciales et fédérales semblent prendre pour acquis qu'un prévenu ou un détenu a droit aux soins de santé mentale, tel qu'indiqué par le professeur Ferguson dans son article, ce droit reste à être confirmé et défini. Malgré qu'il n'y ait pas de désaccord en ce qui concerne la nécessité de traiter les prévenus et détenus souffrant de troubles mentaux graves, de tels services manquent. Qui sont ces personnes souffrant de troubles mentaux dans le système judiciaire? Quel est le nombre de ces personnes? Pourquoi ont-elles été arrêtées? Qui devrait les prendre en charge? Quels sont les services dont elles ont besoin? Qui devrait défrayer les coûts de ces services? Comment organiser ces services? Telles sont les questions auxquelles nous sommes confrontés.

Qui sont-elles? On ne sait pas. Au Québec, nous n'avons pas encore étudié cette clientèle, ni leurs besoins à l'égard du traitement. Une étude a été réalisée en Ontario en 1977 (Allodi, Kedward et Robertson) indiquant un nombre élevé de prévenus ayant besoin de santé mentale. Plusieurs autres travaux ont été réalisés aux États-Unis (pour une recension de ces écrits, voir Wormith et Borzecki, 1985) afin d'évaluer l'état mental des populations des centres de prévention. Cependant, ces études nous avancent très peu car les résultats ne nous apparaissent pas généralisables à la situation québécoise pour de nombreuses raisons.

Le groupe de travail interministériel, ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de la Justice et le ministère du Solliciteur général (Bélanger et Décoste, 1986) a tenté de comprendre cette population de prévenus et de détenus nécessitant des soins de santé mentale. D'après son rapport, cette clientèle se compose principalement de trois groupes.

Le premier groupe est constitué de jeunes adultes entre 18 et 35 ans, peu scolarisés, souvent sans famille, parfois avec des problèmes de drogues et d'alcool, qui présentent des troubles de personnalité et de

comportements pouvant être à l'origine de graves problèmes psychosociaux ou psychiatriques. Cette clientèle a peu ou jamais séjourné en établissement psychiatrique de longue durée. Elle est peu motivée à se faire traiter et refuse généralement les services traditionnels et l'étiquette de malade mental.

Le deuxième groupe, quant à lui correspond à une population dite «chronique», c'est-à-dire qu'il présente des caractéristiques psychopathologiques rendant l'adaptation sociale précaire, voire impossible sans suivi et support continu.

Les personnes de ces deux groupes entrent dans le système judiciaire suite à des arrestations relatives à des délits mineurs.

Le nombre réel de ces personnes n'a jamais été établi, mais le rapport de ce même comité cite plusieurs statistiques dans un effort visant à faire des estimés. L'une d'elles stipule qu'«annuellement, 500 expertises légales sont effectuées pour la clientèle prévenue». Ce chiffre est très difficile à interpréter pour deux raisons. D'abord la plupart des prévenus qui sont évalués afin de vérifier s'ils peuvent subir leur procès, sont effectivement déclarés aptes (Webster, Menzies et Jackson, 1982). Est-ce qu'une telle décision veut dire qu'ils ne souffrent pas de troubles mentaux? Nous l'ignorons. Deuxièmement, une étude réalisée à Toronto a démontré que la plupart des prévenus pour lesquels une expertise est demandée, ont auparavant, déjà été évalués pour la même raison (Webster *et al.*, 1982). Donc, parmi ces «500» expertises, un certain nombre avait certainement été réalisé deux fois auprès de la même personne.

Le rapport du comité interministériel ajoute que «282 personnes impliquées devant la Cour municipale de Montréal ont été référées dans les divers hôpitaux de la métropole en 1985. Cinquante à soixante des individus incarcérés quotidiennement au Centre de prévention de Montréal (Parthenais) nécessitent des services de soins d'ordre psychosocial et psychiatrique. Quarante à cinquante autres individus [nécessitant des soins de santé mentale] sont à l'Établissement de détention de Montréal (Bordeaux) et à la Maison Tanguay; 12,2 % des prévenus, soit 1 099 personnes, au Centre de prévention de Montréal (Parthenais) ont mentionné en 1984 avoir eu des antécédents psychiatriques».

À ces deux groupes de détenus et de prévenus il faut, comme le mentionne le comité, ajouter les cas jugés inaptes à subir leur procès ou acquittés pour raison d'aliénation mentale, ce qui représente 360 cas au Québec en septembre 1988. Il faut également se rappeler qu'un grand

nombre de ces personnes ont été, elles aussi, accusées de délits mineurs (Hodgins, Hébert et Baraldi, 1986, Hodgins, 1987).

Les écrits scientifiques nous permettent également d'identifier un autre groupe parmi cette population qui est composé de jeunes hommes, souffrant de troubles mentaux graves et consommant de l'alcool et/ou des drogues. Voici quelques-unes de leurs caractéristiques : taux de réadmission aux unités internes des hôpitaux très élevé, utilisation inadéquate des services, taux élevé de suicide, agressions et délits fréquents.

Bien que tout indique que le nombre de personnes souffrant de troubles mentaux graves dans les centres de prévention et dans les prisons provinciales soit élevé et en progression, le nombre de tels détenus aux pénitenciers reste à déterminer. Tel que démontré dans notre travail (Hodgins, Cyr, Paquet et Lamy), il est probable qu'un nombre important de ces détenus ne soit pas identifié et en conséquence qu'ils ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin.

Ces personnes appelées les «patients menottés» par le *Journal de Montréal* et les «psychiatrisés judiciarisés» par les administrateurs, semblent selon toutes les informations disponibles à ce jour souffrir de troubles mentaux graves. Il s'agit plus spécifiquement de schizophrénie, de psychoses organiques, de psychoses atypiques et de troubles affectifs majeurs. Ces troubles sont persistants et chroniques, particulièrement chez les hommes (Strauss, Boker et Brenner, 1987). Ces troubles majeurs comprennent les phases aiguës où les symptômes positifs (hallucinations, délires, désordre de la pensée) dominent et où les comportements agressifs pourraient être évidents. Lors des périodes entre ces crises, les symptômes négatifs se manifestent (manque d'émotions, manque d'intérêt ou de plaisir lors de relations interpersonnelles), ainsi qu'un niveau peu élevé du fonctionnement psychosocial et un niveau très peu élevé du fonctionnement vocationnel.

Pourquoi, presque soudainement pouvons-nous dire, sommes-nous au prise, au Québec, avec un nombre croissant de telles personnes dans le système judiciaire? La réponse définitive nous échappe encore présentement. Cependant, nous sommes en mesure d'identifier sept facteurs qui contribuent à cette situation.

Il va de soi que notre fameuse politique de désinstitutionnalisation en est un, mais seulement un parmi d'autres. Les durées de séjour aux unités de psychiatrie ont été raccourcies de manière considérable ainsi que le nombre de lits disponibles (Hodgins, 1985). Lors des phases

aiguës où les symptômes positifs dominent, les patients sont traités en milieu interne ou hospitalier principalement par une chimiothérapie.

Cependant, une fois de retour dans la communauté, ces patients ne bénéficient pas d'intervention visant les autres aspects problématiques de leur fonctionnement, et ne profitent d'aucune aide afin de prévenir d'autres périodes de décompensation (Hodgins et Gaston, 1987). En conséquence, leurs comportements qui résultent d'une désorganisation et/ou d'un manque de compétence sociale sont étiquetés comme actes criminels. De plus, à cause justement des troubles mentaux dont elles souffrent, ces personnes ne peuvent pas recevoir de leur famille le soutien social dont elles ont vraiment besoin. Elles se retrouvent donc isolées, laissées pour compte; ces conditions spécifiques déclencheront d'autres crises.

Un deuxième facteur qui semble contribuer au nombre croissant de personnes souffrant de troubles mentaux dans le système judiciaire est celui de l'usage de l'alcool et/ou de drogues. Plusieurs études récentes (voir la recension de Ridgely, Goldman et Talbot, 1986) suggèrent qu'un bon nombre de jeunes gens souffrant de troubles mentaux graves, consomment de l'alcool et/ou des drogues et refusent d'être pris en charge par les services de santé ou les services sociaux et, commettent des délits criminels.

Un troisième facteur, rarement mentionné lors des discussions de cette problématique, concerne le taux de comportements agressifs de la part des personnes qui souffrent de ces troubles mentaux graves. Leurs actes agressifs sont très souvent excusés, parce qu'ils sont «malades» et donc, non comptabilisés. Cependant, les données s'accumulent afin de démontrer que ces personnes commettent souvent des assauts contre autrui (Hodgins, 1988; Hodgins et Mednick, *sous presse*). Dans la situation actuelle, lorsque ces personnes se trouvent dans la communauté sans les traitements dont ils ont besoin, leurs comportements agressifs ne sont plus tolérés.

Un quatrième facteur expliquant le nombre croissant de prévenus et détenus qui souffrent de troubles mentaux graves est la récidive chez des personnes qui avaient été auparavant jugées inaptes à subir leur procès et/ou acquittées pour raison d'aliénation mentale. Nos propres travaux ont indiqué que dans moins de dix ans, suite à des jugements d'inaptitude ou d'aliénation, un tiers de ces personnes seront condamnées, jugées inaptes ou encore acquittées pour raison d'aliénation mentale. Nous avons fait l'hypothèse qu'un des facteurs principaux expliquant cette récidive criminelle est en effet le manque de soins

appropriés à cette clientèle dans la communauté (Hodgins, 1987a). Ce même facteur explique le taux de réadmissions aux centres hospitaliers qui s'élève à plus de 60 % (Hodgins, 1987b). À ce rythme, nous créons une population qui ne vit qu'en institution, soit en établissement carcéral, soit en établissement de santé.

Finalement, relativement au nombre croissant de prévenus et détenus ayant besoin de soins en santé mentale, nous devons faire référence à nos pratiques et nos lois.

Sauf dans le cas de délits graves, le policier dispose d'un pouvoir discrétionnaire pour amener le responsable soupçonné d'un délit à l'hôpital afin de le faire traiter ou encore de l'accuser formellement. Si les salles d'urgence des centres hospitaliers n'acceptent pas de prendre en charge de tels cas, le policier n'a pas vraiment d'autre alternative que de l'arrêter. Ce dernier geste pourrait même être fait dans un esprit humanitaire, en pensant que le système judiciaire assurera à cette personne les soins que le système de santé lui avait refusé. Le rejet par le système de santé de personnes souffrant de troubles mentaux graves (voir par exemple Lebeau, 1982) ainsi que des personnes portant en plus une étiquette «criminel» ou «dangereux» semble être de plus en plus vrai.

À cause de la loi québécoise sur la santé mentale, il est difficile d'obtenir un traitement pour quelqu'un qui refuse de consulter un professionnel. En effet, la loi exige que les familles arrivent à convaincre un juge qu'un des leurs a besoin de traitement. Le juge peut émettre un mandat exigeant que l'individu en cause subisse une évaluation psychiatrique. Si le traitement est jugé nécessaire et que l'individu continue à le refuser, ce dernier pourrait être traité contre son gré seulement si deux psychiatres déclarent qu'il présente un danger immédiat pour lui-même ou pour autrui. Évidemment, une telle procédure est très onéreuse pour les familles. Dans un tel contexte il arrive qu'un policier afin d'aider une famille aux prises avec un de ses membres très malade qui refuse de se faire traiter, l'arrête et lui mette «une charge technique». Certaines familles nous ont dit que souvent, cette arrestation était la seule alternative afin d'obtenir un traitement pour un des leurs.

Il n'y a pas seulement la loi de santé mentale qui influence le nombre de personnes souffrant de troubles mentaux qui se retrouvent dans le système judiciaire, l'application donnée aux autres articles du *Code criminel* traitant de la responsabilité criminelle y contribue également. La défense d'aliénation mentale (article 16) est appliquée de manière restrictive; les études des personnes qui sont déclarées aliénées

laissent croire qu'elles ont été extrêmement perturbées au moment de commettre le délit. En conséquence, ceux et celles qui sont moins perturbés, mais qui souffrent toujours de troubles mentaux assez graves, dans le cas d'une condamnation, se retrouvent en prison ou au pénitencier.

Jusqu'ici nous avons porté notre attention surtout sur les personnes souffrant de troubles mentaux graves persistants et chroniques. Cependant, à cette population il faut en ajouter une deuxième qui elle, est composée d'individus tolérant mal l'environnement carcéral. Parmi eux, il existe des cas extrêmes qui réagissent en devenant psychotiques ou déprimés et qui ont besoin de traitement. Cette population est presque inconnue et n'a jamais fait l'objet de recherche.

Ce numéro fait la constatation d'un problème social. Même les données, permettant aux auteurs de bien le décrire et de comprendre son importance, n'existent pas encore à ce jour.

Tel que présenté par le professeur Ferguson, les droits des prévenus et des détenus souffrant de troubles mentaux restent à confirmer. Bien que nous présumons pour l'instant qu'ils ont le droit d'obtenir les mêmes qualités et quantités de soins que n'importe quel autre citoyen pourrait obtenir du système actuel de santé, il semble réaliste de penser que les autorités correctionnelles, provinciales et fédérales, en limiteraient l'accès. Pendant ce temps, nous nous demandons combien de détenus souffrant de troubles mentaux graves ne reçoivent pas de traitement, se retrouvent en ségrégation et/ou sont abusés par d'autres détenus.

L'étude d'une cohorte de détenus des pénitenciers au Québec transférés à l'Institut Philippe Pinel de Montréal pour traitements de troubles mentaux graves, nous a amené à faire l'hypothèse qu'il y a des détenus nécessitant des soins qui n'en reçoivent pas. De plus, ce travail démontre qu'alors que la chimiothérapie est employée lors des séjours à l'hôpital afin de réduire les symptômes positifs, les interventions visant les autres aspects de ces troubles mentaux majeurs – l'agression, les symptômes négatifs, le fonctionnement psychosocial et vocationnel – manquent. Il n'y a pas non plus de suivi adéquat permettant de prévenir d'autres crises de décompensation.

Les quatre autres articles composant ce numéro sont des témoignages de praticiens appelés quotidiennement à traiter les prévenus et/ou les détenus souffrant de troubles mentaux graves. M. Richard Gervais, infirmier au Centre de prévention de Montréal (Parthenais), nous expose les problèmes auxquels il doit faire face à chaque quart de

travail. Dans la même veine d'idées, M. Daniel Germain, infirmier, nous décrit la situation à Tanguay (milieu de détention pour les prévenues et les détenues ayant une peine de moins de vingt-quatre mois). Docteur Pierre Lamothe, psychiatre chef des prisons de Lyon, France, discute des dilemmes qu'il rencontre lorsqu'il tente tout simplement de traiter les détenus souffrant de troubles mentaux. Finalement, M. Gaétan Larrivée et M^{me} Josette Leroux présentent un cas afin d'illustrer les difficultés de suivre en probation des ex-détenus ayant besoin des soins d'un professionnel de la santé mentale. Ce témoignage, comme les autres, confirment les difficultés d'interaction entre les systèmes judiciaires et de santé.

Les articles et témoignages de ce numéro identifient un problème social honteux pour une société dite riche «de droits». Il y a des lueurs d'espoir nous laissant croire que nous sommes en train de reconnaître que le problème existe réellement et de tenter d'y trouver des solutions.

Le groupe de travail interministériel est devenu une table de concertation comprenant des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, du ministère de la Justice et du ministère du Solliciteur général. Ce groupe devrait se réunir régulièrement afin d'analyser cette situation et y apporter des solutions. Une telle collaboration entre les différents ministères représente déjà un grand pas en avant.

Ce groupe a resoumis au gouvernement en mai dernier, la proposition originalement issue du rapport du groupe de travail interministériel afin de mettre sur pied une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé mentale à la Cour municipale de Montréal. Cette équipe évaluera les accusés, et autant que possible, réfèrera ceux et celles ayant besoin de soins aux systèmes de santé et service social. La pression sera mise sur les établissements de santé et les services sociaux afin de prendre en charge les cas relevant de leur propre secteur. À tour de rôle, les différents secteurs prendront les itinérants. Les cas nécessitant une évaluation plus approfondie, pourraient séjourner à l'Institut Philippe Pinel de Montréal pendant cinq jours.

De plus, les prévenus ayant besoin de soins seront transférés à l'Institut Philippe Pinel pour évaluation plutôt qu'être traités au Centre de prévention de Montréal (Parthenais).

Au niveau fédéral, il y a également des démarches actives en cours.

À l'automne 1987, le Service correctionnel du Canada a mis sur pied une révision des soins de santé dans les pénitenciers.

The purpose of the Health Services Review is to facilitate planning, organizing, delivering and evaluating an integrated physical and mental health service to offenders from admission to warrant expiry. The legal mandate, objectives and principles governing the delivery of service have been outlined. Health standards and their associated criteria provide a clear indication of corporate expectations concerning the level of service to be provided in each region.

A proposed two stream organizational model has been presented in order to facilitate a unified, holistic approach to the management and treatment of the offender. The functions to be carried out at each level of the organization are outlined for consideration.

The final section of the presentation outlines the activities to be carried out in phase two. These activities include an examination of current services, an analysis of requirements and specific, costed options for the delivery of primary, secondary and tertiary physical and mental health services.

Entre-temps, la situation semble se détériorer. Le 15 juin 1988, dans le *Globe and Mail*, K. Makin a cité un mémo rédigé par un cadre supérieur du Service correctionnel de la région de l'Ontario responsable des soins de santé mentale. Le mémo stipule :

... poor to non-existent planning, rule-governed and ill considered decisions, persistent and unresolved staff shortages, and failures to modernize or provide appropriate equipment-despite repeated pleas and proposals.

L'auteur du mémo critique le Service correctionnel de

... systematically ridding (the penitentiary service) of psychiatrists, of physicians, of social workers, of recreation workers, and of teachers.

Il mentionne en dernier lieu que 280 détenus ont été référés pour évaluation ou traitement lors de la dernière année dans la région de l'Ontario, mais que seulement 118 de ces derniers ont été rencontrés.

Récemment, le Service correctionnel du Canada a commandité une étude sur les taux de prévalence de troubles mentaux parmi les détenus des pénitenciers du pays dans un effort visant à estimer la quantité et le type de services de santé mentale qui sont requis.

Nous espérons que cette publication contribuera elle aussi à la reconnaissance de l'existence du problème et à la mise sur pied de voies de solution. Alors que les liens entre les troubles mentaux graves et la criminalité seront matière de recherche pour plusieurs décades encore, nous devons nous assurer entre-temps au moins que les «chro-

niques» soient prises en charge par les systèmes de santé et de services sociaux, qu'une personne ayant commis un délit lors d'une phase aiguë d'un trouble mental grave soit acquittée pour raison d'aliénation mentale et que les prévenus et détenus recourent à des soins de santé mentale de la même qualité que ceux disponibles à la population en général.

Sheilagh Hodgins, Ph. D.
Directrice Centre de recherche, Institut Philippe Pinel de
Montréal
professeure agrégée, Université de Montréal

RÉFÉRENCES

- ALLODI, F.A., H.B. KEDWARD et J. ROBERTSON (1977), «Fou mais coupable : Les malades mentaux en prison», *Hygiène mentale au Canada*, 25(2), 3-7.
- BÉLANGER, M. et G. DÉCOSTE (1986), *Plan d'action relatif aux services requis par la clientèle présentant le double problème de la maladie mentale et de la délinquance*, rapport présenté par le groupe de travail interministériel.
- HODGINS, S. (1988), «Antisocial behaviour of persons suffering from mental disorders», in W. Buikhuisen et S.A. Mednick (Edit.), *Explaining Criminal Behaviour* (pp. 143-159), New York, E.J. Brill.
- HODGINS, S. (1987a), «Men found unfit to stand trial and/or not guilty by reason of insanity : Recidivism», *Canadian Journal of Criminology*, 29, 51-70.
- HODGINS, S. (1987b), «Études des rechutes constatées dans une cohorte de personnes jugées inaptes à subir leur procès ou acquittées pour cause d'aliénation mentale», *Revue canadienne des sciences du comportement*, 19, 441-453.
- HODGINS, S. (1987), «Biological factors implicated in crime», in R. Linden (Edit.), *Criminology : A Canadian Perspective* (pp. 121-187), Toronto, Holt, Rinehart and Winston.
- HODGINS, S. (1985), «Quelques points de repères sur les malades mentaux ayant commis des délits», dans D. Szabo et M. Leblanc (Edit.), *la Criminologie empirique au Québec*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- HODGINS, S., J. CYR, J. PAQUET et P. LAMY (1987), *Étude de relance auprès des détenus fédéraux traités en milieu psychiatrique : Description des antécédents, du séjour, des rechutes et des récidives*, Rapport soumis au ministère du Solliciteur général du Canada.
- HODGINS, S. et L. GASTON (1987), «Composantes d'efficacité des programmes de traitement communautaires destinés aux personnes souffrant de désordre mentaux», *Santé mentale au Québec*, 12, pp. 124-134.
- HODGINS, S., J. HÉBERT et R. BARALDI (1986), «Women declared insane : A follow-up study», *International Journal of Law and Psychiatric*, 8, pp. 203-216.
- HODGINS, S. et S.A. MEDNICK (sous presse), *The Relation Between Mental Disorder and Crime*.

- LEBEAU, A. (1982), «Les grands utilisateurs des services psychiatriques d'urgence dans la région Montréal-métropolitaine», *Santé mentale au Québec*, 6(1), pp. 57-74.
- RIDGELY, M.S., H.H. GOLDMAN et J.A. TALBOTT (1986), *Chronic Mentally Ill Young Adults with Substance Abuse Problems: A Review of Relevant Literature and Creation of a Research Agenda*, Report of Mental Health Policy Studies, Department of Psychiatric, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, Maryland.
- STRAUSS, J.S., W. BOKER et H. D. BRENNER (Edit.) (1987), *Psychological Treatment of Schizophrenia*, New York, Hans Huber Publishers.
- WEBSTER, C.D., R.J. MENZIES et M.A. JACKSON (1982), *Clinical Assessment Before Trial: Legal Issues and Mental Disorder* (vol. 27), Toronto, Butterworths.
- WORMITH, J.S. et M. BORZECKI (1985), *Mental Disorder in the Criminal Justice System*, Programs Branch User Report, Ministry of the Solicitor General of Canada.