

FORUM

Recherche sur l'actualité correctionnelle

Volume 1, numéro 2, mai 2002

Dossiers

Les soins de santé

Médicaux

Psychologiques

Solutions de
rechange



Service correctionnel
Canada

Correctional Service
Canada

FORUM – RECHERCHE SUR L'ACTUALITÉ CORRECTIONNELLE est une revue publiée trois fois par an, dans les deux langues officielles, à l'intention des employés et des gestionnaires du Service correctionnel du Canada et de la collectivité internationale des affaires correctionnelles.

FORUM s'intéresse à la recherche appliquée touchant aux politiques, aux programmes et à l'administration du secteur correctionnel. On y trouve des articles inédits rédigés par des fonctionnaires du Service correctionnel du Canada et par d'autres chercheurs et praticiens œuvrant dans le domaine à l'extérieur du Canada.

FORUM est préparé et publié par la Direction de la recherche du Service correctionnel du Canada.

FORUM invite les chercheurs du milieu à rédiger des articles susceptibles de figurer dans l'une ou l'autre des sections de la revue. Ces articles doivent être adressés à :

M. Larry Motiuk, Ph.D.

Directeur général, Direction de la recherche
Service correctionnel du Canada
340, avenue Laurier ouest
Ottawa (Ontario) Canada K1A 0P9

- Pour obtenir de plus amples renseignements sur les sujets abordés dans FORUM
- Pour obtenir des exemplaires supplémentaires de FORUM
- Pour obtenir des articles aux fins de réimpression

Veillez vous adresser à la :

Direction de la recherche
Service correctionnel du Canada
340, avenue Laurier ouest
Ottawa (Ontario) Canada
K1A 0P9

Télécopieur : (613) 941-8477
Courrier électronique : reslib@magi.com

Postes Canada
N° de convention Poste-publication
1454439

Rédacteur en chef : Larry Motiuk, Ph.D.

Rédacteur en chef adjoint : Dean Jones

**Révision-adaptation-
rédaction :** Cathy Delnef

Traduction : Bureau de la
traduction

**Composition
et mise en page :** Fresh Image

Imprimeur : National Printers

Distribution : CORCAN

Les articles de *FORUM – Recherche sur l'actualité correctionnelle* ne portant pas mention d'auteur sont le fruit du travail collectif des employés de la Direction de la recherche du Service correctionnel du Canada.

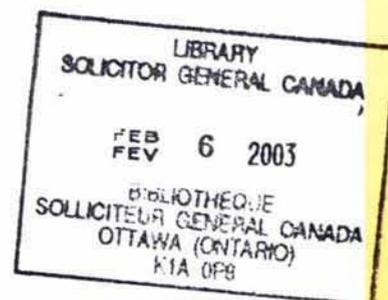
Les opinions exprimées dans FORUM ne concordent pas nécessairement avec les opinions et politiques du Service correctionnel du Canada.

FORUM s'efforce de présenter diverses opinions sur les problèmes que connaissent actuellement les services correctionnels et sur leurs solutions.

La reproduction des articles, en tout ou en partie, est permise avec l'autorisation du Service correctionnel du Canada.

FORUM

Recherche sur l'actualité correctionnelle



Soins médicaux

Utilisation des indicateurs de santé (physique, dentaire, nutritionnelle) obtenus à l'évaluation initiale des délinquants pour déterminer les besoins Larry Motiuk	3
Les tendances en matière de santé mentale parmi les détenus sous responsabilité fédérale Roger Boe et Ben Vuong	6
Taux de consommation de médicaments prescrits chez les détenues Neima Langner, Joanne Barton, Donna McDonagh, Christine Noël et Françoise Bouchard	10
La santé physique et mentale des délinquants âgés Marlo Gal	15
Questions relatives à la santé des délinquants autochtones Amey Bell et Nicole Crutcher	20
Les maladies infectieuses dans les pénitenciers canadiens Prithwish De	24
Formes synthétiques de THC utilisées à des fins thérapeutiques en milieu clinique Patricia MacPherson	27

Soins psychologiques

Analyse des besoins en santé mentale des délinquantes en vue de l'élaboration d'une stratégie d'intervention intensive Donna McDonagh, Christine Noël et Cherami Wichmann	31
Adaptation de la Thérapie comportementale dialectique (TCD) au milieu correctionnel pour les délinquantes sous responsabilité fédérale Donna McDonagh, Kelly Taylor et Kelley Blanchette	35
Analyse des tentatives de suicide chez les détenus Ralph C. Serin, Larry Motiuk et Cherami Wichmann	39

Solutions de rechange

La promotion de la qualité de vie : le fondement de la réadaptation des délinquants ? DJ Williams et William B. Streat	43
Sondage sur les médecines douces en milieu correctionnel Ralph C. Serin et Cherami Wichmann	46

Guide à l'intention des auteurs

Présentation des articles

Pour soumettre un article à FORUM, envoyez deux exemplaires de l'article et une copie sur disquette (en Microsoft Word ou WordPerfect) à :

Larry Motiuk, Ph.D.
Directeur général, Direction de la recherche
Service correctionnel du Canada
340, avenue Laurier ouest
Ottawa (Ontario) K1A 0P9
Télécopieur : (613) 941-8477

Les articles peuvent être rédigés en français ou en anglais.

Dates de tombée

FORUM est publié trois fois par an, en janvier, en mai et en septembre. En général, les articles doivent nous parvenir au moins quatre mois à l'avance. Pour qu'un article soit inclus dans le numéro du mois de mai, il doit parvenir à la rédaction avant le 15 janvier.

Style

Les articles doivent être rédigés dans un style clair. Les termes techniques de recherche et de statistique sont à proscrire dans la mesure du possible. S'il est impossible de les exclure, il faut à tout le moins en donner une explication claire. FORUM s'adresse à quelque 6 000 personnes dans plus de 35 pays — universitaires, grand public, journalistes, employés de services correctionnels (depuis le personnel de première ligne jusqu'aux hauts fonctionnaires) — ainsi qu'aux membres du système judiciaire. Notre objectif est d'être en mesure de présenter une recherche de qualité à des profanes.

Longueur

Idéalement, les articles devraient compter entre 1 000 et 1 500 mots (six pages à double interligne). Les articles de fond ne doivent pas dépasser 2 000 mots.

Graphiques et tableaux

Les graphiques et tableaux doivent être présentés sur des pages distinctes, à la fin de l'article. Lorsqu'un article comprend plus d'un graphique ou d'un tableau, ceux-ci doivent être numérotés. Les graphiques sont préférables aux tableaux.

Renvois

Les renvois sont présentés sous forme de notes en bas de page dans les articles publiés, mais, lorsque vous présentez un article, n'utilisez pas la fonction note en bas de page ou note en fin de texte de Microsoft Word ou de WordPerfect. Tapez plutôt les notes en bas de page dans l'ordre numérique à la fin de l'article. On ne doit voir apparaître dans le texte que le numéro de la note en indice supérieur. Veuillez noter que la date de la citation de l'auteur, par exemple Andrews (1989), ne doit pas figurer dans le texte. Toutes les références doivent préciser les éléments suivants :

Articles

- nom de l'auteur (et initiales du prénom)
- titre de l'article
- nom de la revue
- volume (et numéro) de la revue
- date du volume ou de la revue
- numéro(s) de page de l'article

Livres

- nom de l'auteur (et initiales du prénom)
- titre complet du livre
- rédacteur, directeur de publication, traducteur, le cas échéant
- collection, le cas échéant, volume et numéro de la collection
- édition, s'il ne s'agit pas de l'édition originale
- données de publication (ville, maison d'édition et date de publication)
- numéro(s) de pages de la citation

Révision

Les articles sont révisés en deux étapes. Dans un premier temps, ils sont révisés pour le contenu et le style, puis ils sont relus pour la correction grammaticale et la lisibilité.

Les articles révisés sont envoyés aux auteurs pour approbation avant l'impression.

Droits d'auteur

Les articles de FORUM peuvent être reproduits ou réimprimés avec la permission du Service correctionnel du Canada (voir adresse ci-dessus).

Utilisation des indicateurs de santé (physique, dentaire, nutritionnelle) obtenus à l'évaluation initiale des délinquants pour déterminer les besoins

Larry Motiuk¹

Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada

Le processus de l'évaluation initiale des délinquants (EID)² du Service correctionnel du Canada produit un profil exhaustif et intégré de chaque délinquant sous responsabilité fédérale à son entrée dans le système correctionnel. Cette évaluation basée sur le cas sert principalement à l'élaboration d'un plan correctionnel individualisé destiné à remédier au comportement criminel, mais l'information peut également être utilisée pour estimer les besoins en soins de santé au moment de l'admission.

Nous présentons dans cet article des répartitions de trois indicateurs de santé (physique, dentaire et nutritionnelle) pour les admissions de délinquants (cas nouveaux) et la population carcérale (effectif) au cours d'une période de cinq ans, soit de 1997 à 2001. Nous incluons des répartitions additionnelles pour les délinquants en liberté sous condition et examinons les relations entre ces indicateurs et les résultats postlibératoires.

Répartition des indicateurs de santé à l'admission

Conscient des avantages que procurent pour la planification stratégique et opérationnelle des données propres à un cas provenant de systèmes d'évaluation automatisés, le Service a, dès 1994, conçu, élaboré et mis en œuvre un protocole uniformisé à l'échelle nationale d'évaluation des délinquants. Appelé l'EID, ce processus d'évaluation comporte deux composantes fondamentales : l'évaluation des facteurs statiques et l'identification et l'analyse des facteurs dynamiques.

Durant l'évaluation, on tient compte de tous les antécédents du délinquant, y compris de ses antécédents criminels et de ses caractéristiques personnelles. Bien qu'il soit impossible dans cet article de faire une description complète du processus de l'EID, trois indicateurs de santé retiennent notre attention. Ils sont tous trois inclus dans le Système de gestion des délinquants (SGD) automatisé du Service et peuvent être tirés de la composante principale «santé» du domaine du fonctionnement dans la collectivité de la section *Identification et analyse des facteurs dynamiques* de l'EID. Ces trois indicateurs sont «mauvaise santé physique», «mauvaise santé dentaire» et «mauvaise santé nutritionnelle».

Certes très utiles sur le plan clinique pour élaborer et gérer le plan correctionnel de chaque délinquant, ces indicateurs, une fois compilés, permet-

tent aussi au Service de produire des taux de prévalence, de suivre l'évolution des tendances et de signaler aux employés les cas justifiant des évaluations supplémentaires des soins de santé. Il y a lieu de noter que ces indicateurs correspondent à l'état de santé du délinquant au moment de l'évaluation initiale. Il faut un effort additionnel pour déterminer la nature exacte des problèmes de santé au delà de leur simple classement dans les catégories de la santé physique, dentaire ou nutritionnelle.

Admission des délinquants (cas nouveaux)

Un examen du SGD au 31 décembre 2001 a permis de déterminer que, depuis le 1^{er} janvier 1997, le Service avait accueilli 21 457 délinquants auxquels il a fait subir une évaluation initiale. Selon les statistiques officielles sur les admissions, ce nombre correspond à 97,5 % des délinquants nouvellement admis dans un pénitencier fédéral. De tous les délinquants qui ont fait l'objet d'une évaluation initiale pouvant être incluse dans l'analyse, 5 703 (27 %) avaient des problèmes de santé physique à leur entrée dans le système correctionnel, tandis qu'environ 15 % avaient des problèmes de santé dentaire et 7 %, une mauvaise santé nutritionnelle.

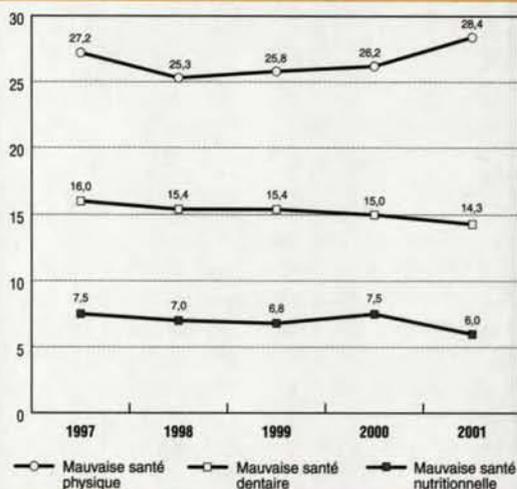
Le Graphique 1 inclut trois lignes de tendance distinctes, correspondant aux trois indicateurs de santé choisis, sur une période de cinq années civiles. Chaque point le long d'une ligne représente la proportion des délinquants, dans chaque cohorte d'admissions, qui présentaient des problèmes de santé physique, dentaire ou nutritionnelle à l'admission.

La ligne de tendance de la «mauvaise santé physique» est généralement ascendante. Somme toute, cela signifie que la proportion de délinquants nouvellement admis qui ont un indicateur de santé «mauvaise santé physique» a augmenté de 4,4 % depuis 1997.

Toutefois, l'examen a aussi permis de déterminer que les lignes de tendance de la «mauvaise santé dentaire» et de la «mauvaise santé nutritionnelle» sont descendantes. Autrement dit, les proportions de délinquants nouvellement admis qui présentent ces indicateurs ont diminué (de 10,6 % et 20,0 % respectivement).

Graphique 1

Indicateurs de santé et admission des délinquants (cas nouveaux)



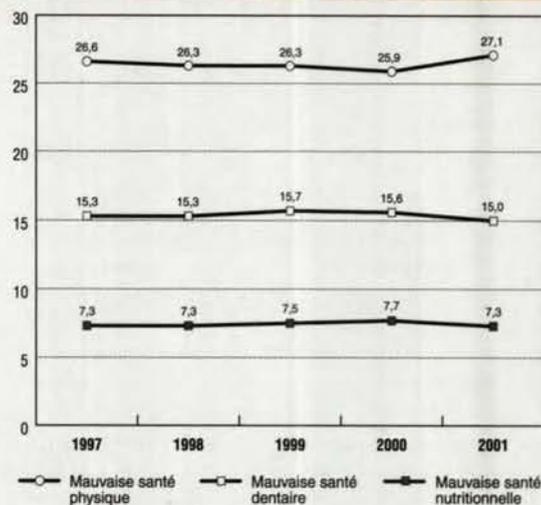
Population carcérale (effectif)

L'examen du SGD effectué à la fin de 2001 a permis de déterminer que 45 559 détenus avaient subi l'EID depuis le 1^{er} janvier 1997. Dans l'ensemble, et d'après les statistiques officielles sur la population carcérale, ce nombre correspond à 70,7 % de la population carcérale sous responsabilité fédérale. Les indicateurs de l'EID manquants sont attribuables aux cas hérités du système antérieur (délinquants admis avant la mise en œuvre de l'EID et purgeant des peines de longue durée). Toutefois, pour la fin de l'année 2001, ce nombre correspond à 78,7 % de la population carcérale. Parmi tous les délinquants ayant fait l'objet d'une EID se prêtant à l'analyse, 12 045 (26 %) avaient des problèmes de santé physique à l'admission. Environ 15 % avaient des problèmes de santé dentaire et 7 %, des problèmes de nutrition au moment de leur admission. Ces proportions sont essentiellement un miroir des statistiques sur les admissions (cas nouveaux). Il ne semblerait pas se produire dans les pénitenciers fédéraux d'accumulation appréciable de délinquants chez qui l'on a décelé à l'admission des problèmes de santé.

Dans ce cas également, le Graphique 2 inclut trois lignes de tendance distinctes correspondant aux différents indicateurs de santé sur une période de cinq ans. Toutefois, chaque point des lignes du Graphique 2 (un instantané) représente la proportion à la fin de l'année des détenus chez qui l'on a décelé des problèmes de santé physique, dentaire ou nutritionnelle à l'admission. Un examen de la ligne de tendance de la «mauvaise santé physique» révèle qu'elle n'a à peu près pas de pente. Par rapport à 1997, la proportion de la population carcérale présentant cet indicateur de santé n'a augmenté que légèrement, soit de 1,9 %.

Graphique 2

Indicateurs de santé et population carcérale (effectif)



L'examen effectué à la fin de l'année montre aussi que les lignes de tendance pour les indicateurs «mauvaise santé dentaire» et «mauvaise santé nutritionnelle» ont été relativement plates. Bien que la proportion de délinquants présentant à l'admission l'indicateur «mauvaise santé dentaire» ait diminué de 2,0 % depuis 1997, la ligne de tendance est essentiellement plate.

Bref, les proportions de délinquants présentant ces indicateurs de santé à l'admission sont demeurées relativement stables au cours des cinq dernières années.

Besoins en matière de santé à la mise en liberté sous condition

Le Service surveille (réévalue) automatiquement selon les domaines les niveaux de risque/besoins des délinquants dans la collectivité. Par conséquent, seuls les indicateurs de santé identifiés à l'admission sont disponibles.

Une recherche de développement antérieure³ sur l'indicateur de santé physique de l'EID a révélé qu'au sein d'une population en liberté sous condition étudiée, il n'y avait pas de relation significative entre cet indicateur et le résultat de la surveillance dans la collectivité. Une étude antérieure sur le risque et les besoins des délinquants dans la collectivité⁴ a également conclu à l'absence de relation entre la santé et le résultat de la liberté sous condition. On a toutefois réexaminé la relation entre la «mauvaise santé physique» à l'admission et le résultat en faisant une analyse sélective de la population de libérés sous condition ayant des indicateurs de santé de l'EID au 1^{er} juillet 2001 et en effectuant un suivi pour déceler toute réincarcération sous responsabilité fédérale dans un délai d'un an.

Un examen au 1^{er} juillet 2001 du SGD du Service a permis de constater que 6 486 délinquants en liberté sous condition avaient subi une EID, soit plus des deux tiers de la population des libérés sous condition. Dans ce cas également, les indicateurs de l'EID manquants sont attribuables aux cas hérités du système antérieur (délinquants admis ou libérés avant la mise en œuvre de l'EID). Parmi les délinquants ayant fait l'objet d'une EID se prêtant à une analyse, 1 585 (24 %) avaient des problèmes de santé physique à l'admission. De ceux qui avaient un indicateur de «mauvaise santé physique» à l'admission, environ 22 % ont été réincarcérés sous responsabilité fédérale dans un délai d'un an. La proportion des délinquants n'ayant pas une «mauvaise santé physique» qui ont été réincarcérés dans le même délai était équivalente. De plus, ce résultat non significatif s'est manifesté aux quatre phases de la liberté sous condition (trois premiers mois, de trois à six mois, de six à douze mois et plus de douze mois). Autrement dit, il n'existe pas de relation signifi-

cative entre la santé physique à l'admission et des résultats postlibératoires pertinents sur le plan correctionnel.

Résumé

La prestation de services de santé aux délinquants ayant des problèmes de santé physique, dentaire ou nutritionnelle pose des défis supplémentaires aux administrateurs et praticiens des services correctionnels. Les résultats obtenus pour certains indicateurs de santé dérivés de systèmes d'évaluation automatisés comme l'EID font certes prendre conscience de l'état de santé des délinquants à l'admission. Ils appuient aussi empiriquement la prestation de services répondant aux besoins de santé des populations carcérales. Cependant, nous ne sommes toujours pas capables de générer des données précises au sujet de la nature et de l'envergure de ces problèmes de santé. Il se peut que des enquêtes futures sur la santé répondent à ce besoin d'information. ■

¹ 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.

² MOTIUK, L. L. «Système de classification des programmes correctionnels : processus d'évaluation initiale des délinquants (EID)», *Forum, Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 9, n° 1, 1997, p. 18-22.

³ MOTIUK, L. L. et BROWN, S. *La validité du processus de détermination et d'analyse des besoins des délinquants dans la*

collectivité, Rapport de recherche R-34, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1993.

⁴ MOTIUK, L. L. et PORPORINO, F. J. *Essai pratique de l'échelle d'évaluation du risque et des besoins dans la collectivité : Une étude des libérés sous condition*, Rapport de recherche R-6, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1989.

Les tendances en matière de santé mentale parmi les détenus sous responsabilité fédérale

Roger Boe et Ben Vuong¹

Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada

En 1988, le Service correctionnel du Canada (SCC) a effectué une étude nationale pour déterminer la prévalence, la nature et la gravité des problèmes de santé mentale parmi les détenus sous responsabilité fédérale. Conscient de l'importance pour l'avenir d'avoir des estimations de la prévalence et de la gravité des problèmes de santé mentale, il a veillé à intégrer au processus d'évaluation initiale des délinquants (EID) des moyens de recueillir des données sur des variables substitutives de problèmes de santé mentale.

Une analyse de ces variables substitutives semble indiquer un accroissement de la population de détenus sous responsabilité fédérale présentant des indicateurs de santé mentale à l'EID, alors que le nombre global d'admissions et la population carcérale sont en baisse. De plus, même si les délinquants souffrant de troubles mentaux forment une proportion relativement petite de la population globale, le fait que leur nombre soit en hausse préoccupe le Service.

Contexte

En 1988, le SCC a effectué une étude pour déterminer la prévalence, la nature et la gravité des problèmes de santé mentale parmi les détenus sous responsabilité fédérale². L'Enquête sur la santé mentale était unique en ce qu'elle reposait sur l'utilisation d'un instrument d'entrevue structurée, le *Diagnostic Interview Schedule* (DIS), et employait des critères de diagnostic stricts décrits dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM III) de l'American Psychiatric Association.

L'Enquête sur la santé mentale a permis de constater que, d'après le DIS, le taux de prévalence durant toute la vie des «psychoses» parmi les détenus de sexe masculin sous responsabilité fédérale était de 10,4 %. Dans le rapport, il était également signalé que les détenus qui avaient souffert de symptômes de «psychose» dans le passé semblaient aussi avoir connu divers autres problèmes de santé mentale.

Consciente de l'importance pour l'avenir que le Service dispose d'estimations de la prévalence et de la gravité des problèmes de santé mentale, la Direction de la recherche a intégré, à l'étape de la conception de l'EID, des moyens de recueillir des données sur des variables substitutives de problèmes de santé mentale³. Ces indicateurs de l'EID devaient permettre au Service d'estimer les taux de prévalence et de suivre les tendances dans le

temps, en plus de signaler aux gestionnaires et aux employés les cas où des évaluations cliniques supplémentaires étaient justifiées.

Indicateurs de la santé mentale des délinquants sous responsabilité fédérale

Nous avons retenu pour cette analyse quatre indicateurs de la santé mentale provenant de l'EID, dont chacun comporte une dimension «actuelle» et une dimension «passée», comme on peut le voir dans le Tableau 1.

Tableau 1

Indicateurs de l'état de santé du délinquant ⁴	
Santé mentale actuelle	Santé mentale antérieure
Diagnostic actuel de trouble mental ?	Diagnostic antérieur de trouble mental ?
Médicaments prescrits en ce moment ?	Médicaments prescrits dans le passé ?
Hospitalisé présentement ?	Hospitalisé dans le passé ?
En traitement en clinique externe avant l'admission ?	Traité en clinique externe dans le passé ?

Ces indicateurs sont recueillis pour l'état «actuel» et l'état «antérieur» du délinquant (c.-à-d., l'état dans lequel il se trouvait à son admission pour purger sa peine actuelle ou avant l'admission pour la composante historique).

Profil de santé mentale à l'admission

Pour examiner les tendances de mouvement des délinquants dans le système correctionnel fédéral, on a analysé les évaluations initiales (EID) d'hommes et de femmes admis dans un établissement fédéral de l'année civile 1997 jusqu'à l'année civile 2001. Les données révèlent une augmentation évidente et significative au cours de cette période du nombre et de la proportion d'évaluations positives pour les indicateurs de santé mentale intégrés à l'EID.

Au cours de la période allant de 1997 à 2001, le nombre annuel de nouvelles admissions dans un établissement fédéral est passé d'un sommet de 4 590 en 1998 à 4 298 en 2001 (voir le Tableau 2).

Tableau 2

Tendances quant aux admissions dans le système correctionnel fédéral					
Année civile	1997	1998	1999	2000	2001
Total des admissions	4 491	4 590	4 319	4 309	4 298

Par contre, depuis 1997, le nombre de délinquants faisant l'objet d'un diagnostic actuel au moment de l'admission a augmenté de 37 %, passant de 265 à 355 cas en 2001 (voir le Tableau 3).

Par conséquent, sauf pour la catégorie « Actuellement hospitalisé », tous les changements qui se sont produits depuis 1997 ont été statistiquement significatifs⁵. Un examen des mêmes variables

Tableau 3

Nombre et pourcentage de délinquants admis présentant un indicateur à l'EID

Année civile	1997		1998		1999		2000		2001	
	n	(%)								
Diagnostic actuel	265	(6,2)	280	(6,4)	292	(7,0)	289	(6,9)	355	(8,5)
Médicaments prescrits en ce moment	443	(10,3)	495	(11,2)	564	(13,4)	605	(14,3)	751	(17,9)
Actuellement hospitalisé	80	(1,8)	81	(1,8)	73	(1,7)	77	(1,8)	89	(2,1)
Actuellement malade externe	211	(4,9)	206	(4,7)	235	(5,6)	263	(6,2)	287	(6,8)
Diagnostic antérieur	418	(9,8)	439	(10,0)	480	(11,4)	509	(12,2)	555	(13,4)
Médicaments prescrits dans le passé	962	(22,5)	1 039	(23,8)	1 139	(27,3)	1 207	(29,0)	1 351	(32,6)
Hospitalisé dans le passé	687	(16,0)	678	(15,4)	713	(17,0)	719	(17,2)	789	(19,0)
Malade externe dans le passé	724	(17,0)	677	(15,5)	791	(18,9)	910	(21,8)	885	(21,4)
Évaluations valides estimatives*	4 338		4 448		4 237		4 243		4 231	

* L'estimation des évaluations valides à l'EID est basée sur les réponses à « Hospitalisé présentement ». La réponse aux autres indicateurs sera très semblable mais non identique.

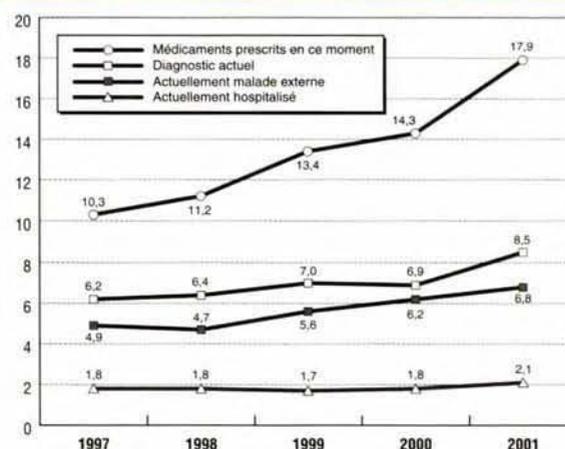
Le Graphique 1 illustre la proportion des délinquants, à chaque cohorte d'admissions, ayant un indicateur de santé mentale pour chacun des quatre aspects « actuels » de la santé mentale. Une comparaison des nombres d'évaluations positives pour chaque année civile permet de constater que la proportion des délinquants ayant une évaluation positive a augmenté de manière significative depuis 1997.

- En 1997, sur 100 délinquants venant des tribunaux et nouvellement admis dans le système correctionnel fédéral, six faisaient l'objet d'un « diagnostic actuel de trouble mental ». En 2001, cette proportion était passée à 8,5 %, une augmentation de près de 40 % en 5 ans, correspondant à 90 délinquants de plus qui avaient un diagnostic de trouble mental, alors qu'au cours de cette période, 90 délinquants de moins ont été admis.
- En 1997, environ 10 % de tous les délinquants admis présentaient l'indicateur « Médicaments prescrits en ce moment ». En 2001, cette proportion atteignait presque 18 %, une augmentation de près de 80 % en 5 ans.
- En 1997, un peu moins de 2 délinquants admis dans le système fédéral sur 100 (1,8 %) présentaient l'indicateur « Actuellement hospitalisé », et cette proportion est demeurée relativement constante jusqu'en 2001, mais a alors grimpé à 2,1 % (une hausse de 17 %).
- Enfin, entre 1997 et 2001, la proportion de délinquants admis classés dans la catégorie « Actuellement malade externe » est passée de 5 % à 7 %, une augmentation de 40 %.

liées à l'existence « antérieure » de problèmes de santé mentale a révélé des tendances analogues. Entre 1997 et 2001, la proportion de délinquants nouvellement admis dans le système correctionnel fédéral et ayant des antécédents de troubles mentaux a augmenté à peu près au même rythme que celle des détenus présentant un indicateur « actuel ». Le Tableau 3 présente des données détaillées au sujet des évaluations à l'admission.

Graphique 1

Pourcentage de délinquants admis ayant actuellement un indicateur de santé mentale



Profil de santé mentale des délinquants en détention

Nous avons également examiné la répartition, parmi les délinquants en détention sous responsabilité fédérale, des cas présentant des indicateurs positifs à l'EID. Nous avons analysé, à partir d'une série d'instantanés de tous les délinquants en

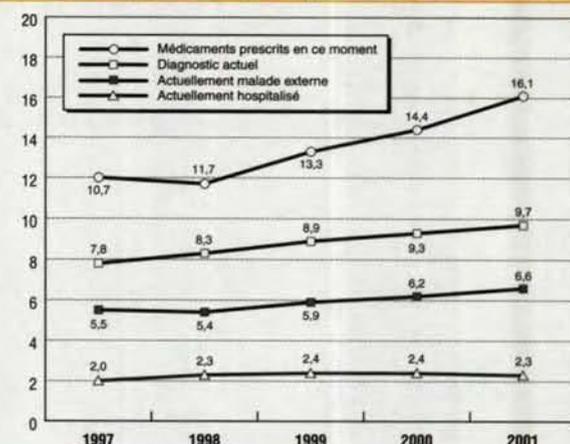
détention à la fin de l'année (31 décembre), les proportions successives de ceux qui avaient des évaluations positives sur le plan de la santé mentale.

On peut voir au Graphique 2 le pourcentage de délinquants dans chaque instantané ayant un «indicateur actuel» positif à l'EID pour un des quatre aspects de la santé mentale. Une comparaison du nombre d'évaluations de santé mentale pour les différentes années permet de constater une augmentation significative depuis 1997 de la proportion des détenus ayant un indicateur actuel.

- Le 31 décembre 1997, près de 8 détenus sous responsabilité fédérale sur 100 avaient une évaluation positive à l'EID pour le «Diagnostic actuel de trouble mental». En décembre 2001, cette proportion atteignait près de 10 %, une augmentation de 24 % en 5 ans. Parmi tous les délinquants ayant une EID, le nombre est passé de 615 à 953, soit environ 340 cas de plus, comme le montre le Tableau 4.
- En décembre 1997, environ 11 % de tous les délinquants admis présentaient l'indicateur «Médicaments prescrits en ce moment». En décembre 2001, cette proportion atteignait 16 %, une augmentation d'environ 50 % en 5 ans.
- En 1997, 2 % des détenus étaient classés dans la catégorie «Actuellement hospitalisé»; en 1998, cette proportion atteignait 2,3 % et elle est demeurée à peu près à ce niveau jusqu'en décembre 2001 (une hausse de 15 % par rapport à 1997). Bien que les proportions soient minimes, l'augmentation a englobé certains des cas les plus graves, soit un peu plus de 70 délinquants, dont le nombre est passé de 161 à 232 au cours de la période (voir le Tableau 4).
- Enfin, la proportion de délinquants appartenant à la catégorie «Actuellement malade externe» est passée entre 1997 et 2001 de 5,5 % à 6,6 %, une hausse de 20 %.

Graphique 2

Pourcentage de détenus ayant un indicateur actuel



On a aussi constaté au cours de la période une augmentation de la proportion des détenus sous responsabilité fédérale ayant des antécédents de maladie mentale. Pour chaque indicateur, la proportion a augmenté à peu près à la même cadence que pour l'indicateur «actuel». On peut voir au Tableau 4 un résumé statistique de ces résultats.

Couverture des indicateurs pour les populations incluses dans les instantanés

En général, les données recueillies au moyen des indicateurs de l'EID correspondent à environ 98 % des délinquants admis par le SCC depuis sa mise en œuvre en novembre 1994. Le problème du manque de données se pose uniquement lorsqu'on n'attend pas assez longtemps avant de recueillir des données pour une période spécifique étant donné que la politique du SCC prévoit que les évaluations initiales doivent être faites dans les huit semaines suivant l'admission des délinquants.

Toutefois, alors que les données recueillies à l'admission couvrent presque toute la population carcérale, on constate des lacunes dans les données historiques pour les délinquants déjà en détention, lacunes qui augmentent plus on remonte dans le temps. Le 31 décembre 1997, environ 40 % des détenus n'avaient pas fait l'objet d'une évaluation initiale. Le 31 décembre 2001, cette proportion était de 21 % (voir le Tableau 5) et correspondait principalement aux détenus qui purgeaient une peine

Tableau 4

Nombre et pourcentage de détenus ayant un indicateur à l'EID^a

Année civile	1997	1998	1999	2000	2001
Diagnostic actuel	615 (7,8)	724 (8,3)	811 (8,9)	885 (9,3)	953 (9,7)
Méd. prescrits en ce moment	849 (10,7)	1 028 (11,7)	1 221 (13,3)	1 379 (14,4)	1 590 (16,1)
Actuellement hospitalisé	161 (2,0)	199 (2,3)	225 (2,4)	229 (2,4)	232 (2,3)
Actuellement malade externe	441 (5,5)	475 (5,4)	544 (5,9)	597 (6,2)	649 (6,6)
Diagnostic antérieur	899 (11,4)	1 064 (12,3)	1 192 (13,1)	1 333 (14,0)	1 438 (14,7)
Méd. prescrits dans le passé	1 833 (23,3)	2 163 (25,0)	2 468 (27,3)	2 799 (29,6)	3 091 (31,7)
Hospitalisé dans le passé	1 381 (17,4)	1 559 (17,9)	1 678 (18,4)	1 815 (19,1)	1 941 (19,8)
Malade externe dans le passé	1 387 (17,6)	1 557 (18,0)	1 684 (18,5)	2 016 (21,2)	2 139 (21,9)
Évaluations valides estimatives*	8 034	8 839	9 244	9 660	9 977

* L'estimation des évaluations valides à l'EID est basée sur les réponses à «Actuellement hospitalisé». La réponse aux autres indicateurs sera très semblable mais non identique.

de longue durée (c.-à-d., ceux qui ont été admis avant le 15 novembre 1994⁷ et qui purgeaient encore leur peine en 1997 ou 2001).

Tableau 5

Instantané de la population ayant fait l'objet d'une évaluation

Instantané au 31 déc.	Dénombrement de détenus	EID*	Aucune EID	Proportion exclue
1997	13 385	8 034	5 351	40,0 %
1998	13 039	8 839	4 200	32,2 %
1999	12 711	9 244	3 467	27,3 %
2000	12 604	9 660	2 944	23,4 %
2001	12 608	9 977	2 631	20,9 %

** L'estimation des évaluations valides à l'EID est basée sur les réponses à «Aduellement hospitalisé». La réponse aux autres indicateurs sera très semblable mais non identique.

Résumé

La gestion des délinquants ayant des problèmes de santé mentale pose des difficultés encore plus grandes au Service correctionnel du Canada que celles qui sont normalement liées à la gestion des délinquants sous responsabilité fédérale. Les détenus aux prises avec des difficultés mentales ou

souffrant de troubles mentaux chroniques ont souvent besoin d'une aide spéciale pour suivre leur plan correctionnel ou accroître leur capacité à faire face à la vie quotidienne en milieu carcéral. Ceux qui sont aux prises avec des problèmes mentaux ou comportementaux ont ordinairement besoin d'interventions supplémentaires pour apprendre à s'adapter à leur milieu. Ils sont souvent rejetés par le reste de la population carcérale et, parce que l'on craint pour leur sécurité ou celle des autres, il faut souvent prévoir à leur égard une surveillance, des interventions et des modalités de logement spéciales.

Il ressort des tendances que nous venons d'examiner que le pourcentage de délinquants sous responsabilité fédérale ayant des problèmes de santé mentale augmente même si le nombre de délinquants admis dans les pénitenciers et la population carcérale diminuent. Bien que les délinquants souffrant de troubles mentaux ne forment toujours qu'une proportion relativement minime de la population carcérale globale, il y a lieu de s'inquiéter du fait que leur nombre augmente (d'après les variables substitutives de l'EID). ■

¹ 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.

² MOTIUK, L. et PORPORINO, F. *La prévalence, la nature et la gravité des problèmes de santé mentale chez les détenus de sexe masculin sous responsabilité fédérale dans les pénitenciers du Canada*, Rapport de recherche R-24, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1991.

³ En novembre 1994, le SCC a commencé à administrer l'EID à chaque nouveau délinquant admis dans un établissement fédéral. Le cadre conceptuel de cette approche de l'évaluation du risque et des besoins des délinquants est présenté dans ANDREWS, D. A. «Il est possible de prévoir et d'influencer la récidive : utiliser des outils de prédiction du risque afin de réduire la récidive», *Forum, Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 1, n° 2, 1989, p. 11-17. On trouvera une vue d'ensemble de la mise en application de l'EID dans MOTIUK, L. L. «Le point sur la capacité d'évaluer le risque», *Forum, Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 5, n° 2, 1993, p. 14-18. Depuis la mise en application de ce régime en novembre 1994, des évaluations initiales standard et exhaustives ont été effectuées sur plus de 27 000 délinquants admis dans le système correctionnel fédéral.

⁴ La description suivante situe les indicateurs choisis de l'EID : (Diagnostic actuel, du sous-élément Troubles, élément principal Santé mentale, domaine Orientation personnelle et affective); (Médicaments prescrits en ce moment, du sous-élément Traitements médicamenteux, élément principal Interventions, du domaine Orientation personnelle et affective); (Actuellement hospitalisé, du sous-élément Interventions psychologiques/

psychiatriques, élément principal Interventions, domaine Orientation personnelle et affective); (Actuellement malade externe, du sous-élément Interventions psychologiques/psychiatriques, élément principal Interventions, domaine Orientation personnelle et affective); (Diagnostic antérieur, du sous-élément Troubles, élément principal Santé mentale, domaine Orientation personnelle et affective); (Médicaments prescrits dans le passé, du sous-élément Traitements médicamenteux, élément principal Interventions, domaine Orientation personnelle et affective); (Hospitalisé dans le passé, du sous-élément Interventions psychologiques/psychiatriques, élément principal Interventions, domaine Orientation personnelle et affective); (Malade externe dans le passé, du sous-élément Interventions psychologiques/psychiatriques, élément principal Interventions, domaine Orientation personnelle et affective).

⁵ $\chi^2 p < 0,001$.

⁶ Les définitions des indicateurs se trouvent dans *Évaluation initiale et planification correctionnelle – Instructions permanentes (provisoires) 700-04*. Voir notamment *Annexe 700-4C – Analyse des facteurs dynamiques*.

⁷ En 1997, on a effectué des évaluations de rattrapage pour recueillir des données sur tous les détenus sous responsabilité fédérale pour lesquels on n'avait pas d'EID. Toutefois, ces évaluations ont été faites uniquement à l'égard du domaine (c.-à-d., des cotes globales du risque et des besoins), de sorte que l'on n'a pas recueilli de données détaillées sur le plan des indicateurs.

Taux de consommation de médicaments prescrits chez les détenues

Neima Langner¹

NRL Research

Joanne Barton²

Établissement de Millhaven, Service correctionnel du Canada

Donna McDonagh, Christine Noël et Françoise Bouchard³

Services de santé, Service correctionnel du Canada

Cet article traite de quelques-unes des principales conclusions d'une étude réalisée pour le compte du Service correctionnel du Canada (SCC) au sujet de l'usage des médicaments prescrits chez les détenues sous responsabilité fédérale⁴. L'étude visait à vérifier la perception des professionnels selon laquelle le taux de consommation de médicaments prescrits au sein de cette population pourrait être aussi élevé que 90 %.

On a constaté que les pratiques en matière de prescription dénotent une forte discrimination fondée sur le sexe. En effet, de nombreuses études montrent que les femmes se font en général prescrire plus de médicaments, tous types confondus, que les hommes, et cela est particulièrement vrai en ce qui concerne les psychotropes⁵. On sait également que la consommation de médicaments au sein de la population carcérale dans son ensemble s'avère importante. Ce phénomène témoigne de la plus grande prévalence des états chroniques parmi ce groupe, ainsi que de possibles différences dans les pratiques liées à la prescription de médicaments⁶. Cependant, malgré ces disparités et selon l'information anecdotique, le taux de consommation de médicaments prescrits chez les délinquantes relevant du SCC s'avère anormalement élevé.

L'étude avait pour objet de déterminer, à l'échelle nationale et régionale, la prévalence de l'usage de médicaments au sein de la population étudiée ainsi que le type de médicaments consommés, de même que les tendances en matière de prescription. Ce article se limite à résumer les conclusions générales relatives aux taux de consommation de médicaments prescrits sur les plans national et régional, particulièrement en ce qui a trait aux psychotropes, et à comparer ces taux à ceux observés au sein de la population féminine canadienne en général.

Méthodologie

Les profils pharmaceutiques ont été obtenus auprès des unités de services de santé de 11 établissements pour femmes qui relèvent du SCC ou auprès des pharmacies qui rendent des services à ces établissements. Chaque profil indique en détail tous les médicaments qui ont été prescrits à la délinquante et auxquels elle a accès

tous les jours. Aux fins de l'étude, on a examiné les profils pour ce qui est de tous les médicaments prescrits devant être pris au cours d'une journée choisie au hasard, soit le 3 juillet 2001, date à laquelle la population carcérale étudiée se chiffrait à 384 personnes.

L'un des objectifs de l'étude consistait à évaluer l'ampleur de la consommation de médicaments chez les détenues. On voulait vérifier le nombre total de médicaments consommés par détenue ainsi que la catégorie ou le type de médicaments, et déterminer combien de médicaments en vente libre (MVL) étaient pris et quelles étaient les tendances en matière de prescription.

Aux fins de l'étude, les médicaments ont généralement été classés selon les catégories suivantes : ensemble des médicaments (y compris les MVL), médicaments d'ordonnance (ce qui exclut les MVL) et médicaments en vente libre (ce qui exclut les médicaments d'ordonnance). Les catégories relatives aux types de médicaments sont présentées dans le Tableau 1. Les autres types de médicaments, par exemple les antibiotiques, l'acétaminophène et les médicaments contre le diabète, n'ont pas fait l'objet d'une catégorie distincte et sont donc englobés dans les totaux relatifs aux médicaments d'ordonnance et aux MVL.

Les données ont été consignées à la main, et le nom précis des médicaments n'a pas été indiqué. Seule l'information concernant les ordonnances médicales a été recueillie. Le présent rapport se fonde sur les tableaux figurant dans le rapport de l'établissement. On n'a pas analysé les données brutes. La mise en tableau des données a été faite à l'aide du logiciel Microsoft Excel. On a vérifié les variations régionales afin de déterminer leur signification globale en utilisant une variable khi carré dans EpiInfo 2000 (StatCalc). En outre, on a réalisé des entrevues avec l'infirmière du SCC qui a rassemblé les données pour mieux comprendre et interpréter certains résultats.

Résultats

Dans le Tableau 2, l'information a été analysée par région, et le nombre de délinquantes ainsi que le nombre d'établissements sont fournis. Nous nous

Tableau 1

Catégories de médicaments et taux de prescription (échelle nationale)

Catégorie de médicaments		Prévalence selon l'étude
Antiallergiques	Médicaments injectables ou administrés par voie orale ou par inhalation et utilisés pour traiter ou prévenir les symptômes d'allergie. Les antiallergiques spécifiquement prescrits pour leurs effets sédatifs et à prendre au moment d'aller au lit ont été classés parmi les psychotropes.	18 %
Médicaments contre l'anémie	Médicaments injectables ou administrés par voie orale et utilisés pour traiter les diverses formes d'anémie.	9 %
Médicaments antiasthmatiques	Médicaments administrés par voie orale ou par inhalation et utilisés pour traiter ou prévenir les symptômes de l'asthme.	21%
Médicaments anticonceptionnels	Contraceptifs oraux ou injectables.	8%
Médicaments servant à l'hormonothérapie substitutive	Tous les médicaments oraux et transdermiques utilisés pour traiter ou réduire les symptômes de la ménopause.	7%
Médicaments contre la migraine	Médicaments injectables ou administrés par voie orale et utilisés pour traiter ou prévenir le processus physiopathologique de la migraine, à l'exclusion des narcotiques, de l'acétaminophène et des AINS.	7%
Narcotiques	Méthadone et analgésiques opiacés.	8%
AINS	Tous les médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), y compris l'acide 2-(acétyloxy)benzoïque (Aspirine).	34%
Médicaments contre les ulcères gastroduodénaux	Anti-acides, cytoprotecteurs, inhibiteurs du récepteur H2 de l'histamine, prostaglandines et inhibiteurs de la pompe à protons.	23%
Psychotropes	Tous les types d'antidépresseurs, de neuroleptiques, d'antipsychotiques, d'anxiolytiques, d'antimaniacques et d'antihistaminiques prescrits spécifiquement pour leurs effets sédatifs, ainsi que les benzodiazépines et les antiépileptiques prescrits comme régulateurs de l'humeur.	42%
Relaxants musculaires	Médicaments classés, dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques, parmi les substances qui diminuent la contraction des muscles du squelette, par exemple le Norflex, le Flexeril, le Robaxacet, et le Robaxin.	7%

pencherons sur ces résultats en fonction des questions auxquelles l'étude voulait à l'origine apporter des réponses. D'après un profil établi pour les 370 délinquantes qui se trouvaient en détention en novembre 2001, 1,9 % d'entre elles étaient âgées de 18 ou 19 ans, tandis que 49,7 % avaient entre 20 et 34 ans. Les 35 à 45 ans représentaient 34,8 %, et les 46 à 55 ans, 9,6 %. Enfin, 5 % de ces détenues avaient 56 ans ou plus.

(23 %), des antiasthmatiques (21 %), des antiallergiques (18 %), des médicaments contre l'anémie (9 %), des contraceptifs (8 %), des narcotiques (8 %), des médicaments utilisés pour l'hormonothérapie substitutive (7 %), des relaxants musculaires (7 %) et des médicaments contre la migraine (7 %) (voir le Tableau 1).

Étant donné que la plupart des MVL consommés par les délinquantes dans les établissements du SCC doivent avoir été prescrits par un médecin, ils sont pris en compte dans les données. En théorie, cela pourrait faire augmenter de manière significative le nombre d'ordonnances médicales. Toutefois, bien que 29 % des médicaments visés par l'étude peuvent être obtenus sans

ordonnance dans la collectivité, les données montrent que cette approche a davantage influé sur le nombre de médicaments consommés que sur la proportion de délinquantes qui en consomment. En effet, lorsqu'on exclut les MVL, 80 % des détenues (N = 306) font alors l'objet d'ordonnances médicales. Certains des médicaments prescrits devaient être pris au besoin et pas nécessairement de façon régulière. Le nombre moyen de médicaments d'ordonnance était de 3,1 par détenue (intervalle de variation = 1,7 – 3,7), et la médiane, de 2⁷.

Tableau 2

Population de détenues par région dans les établissements correctionnels

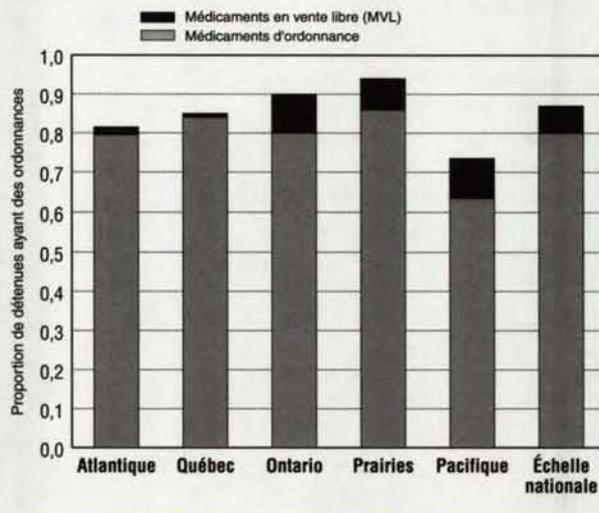
Région	Atlantique	Québec	Ontario	Prairies	Pacifique	Échelle nationale
Nombre de détenues	43	72	102	124	43	384
Nombre d'établissements	2	2	2	4	1	11

Le Graphique 1 indique les taux de prescription quant à l'ensemble des médicaments consommés par région. De façon globale, 87 % des détenues avaient des ordonnances médicales (intervalle de variation régional de 72 % à 94 %), le nombre moyen d'ordonnances se situant à 4,4 par détenue, et la médiane, à 3.

Les types de médicaments d'ordonnance les plus courants sont les psychotropes (42 %) et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (34 %), suivis des médicaments contre les ulcères gastroduodénaux

Graphique 1

Consommation de médicaments par région



Comme on le constate dans le Graphique 1, bien que les MVL forment une partie assez importante de l'ensemble des médicaments, ils influent peu sur la proportion de délinquantes qui prennent des médicaments, particulièrement dans les régions de l'Atlantique et du Québec. Le Graphique montre également des différences marquées d'une région à l'autre, tant sur le plan de l'ensemble des médicaments consommés (khi carré = 17,3, $p = 0,001$) qu'en ce qui a trait aux médicaments d'ordonnance (khi carré = 11,7, $p = 0,02$), les taux du Pacifique s'avérant inférieurs à ceux des autres régions. Ce sont les Prairies qui affichent les taux les plus élevés, suivies de l'Ontario.

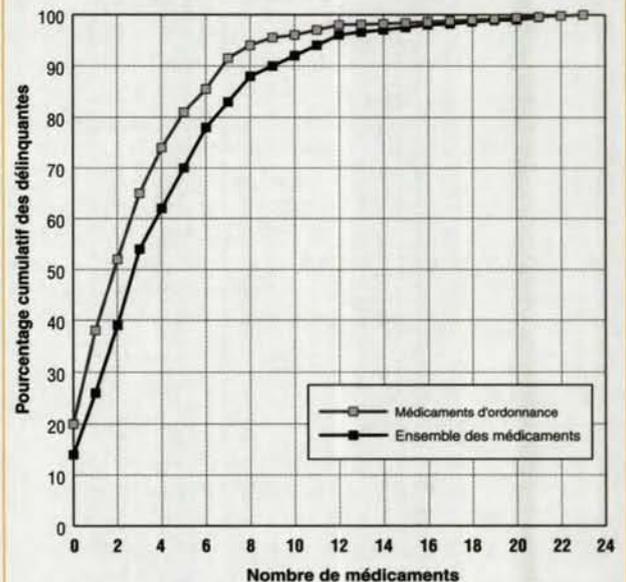
Le Graphique 2 offre une représentation graphique de la répartition cumulée des ordonnances médicales, le pourcentage de délinquantes prenant plus ou moins qu'un nombre donné de médicaments pouvant être déterminé. Ainsi, d'après le Graphique, 20 % des délinquantes ne s'étaient fait prescrire aucun médicament d'ordonnance. En outre, 52 % d'entre elles consommaient deux médicaments d'ordonnance ou moins, tandis que 38 % avaient des ordonnances pour deux médicaments ou plus, toutes catégories confondues. Celles dont les ordonnances visaient cinq médicaments d'ordonnance ou plus représentaient 26 %. On ne trouve que quelques cas de polypharmacie qui correspondent à des femmes âgées souffrant de problèmes de santé multisystémiques. Dans la majorité des cas, il y avait eu prescription «préventive». Les données régionales concernant la répartition des médicaments indiquent qu'un grand nombre de délinquantes du Québec et de l'Ontario avaient de multiples ordonnances.

Psychotropes

Les résultats de l'étude révèlent un taux de prévalence de 42 % pour ce qui est des ordonnances prescrivant des psychotropes, ainsi qu'une variation régionale marquée ($p = 0,04$), le taux allant de 26 % (Pacifique) à 46 % (Ontario)⁸. De plus, 23 % des délinquantes (et 51 % de celles qui prenaient des psychotropes) consommaient deux types ou plus de médicaments psychotropes. La variation régionale au chapitre de l'usage de plusieurs psychotropes s'avère très importante ($p = 0,0008$ en ce qui concerne la prise de plus de deux psychotropes).

Graphique 2

Répartition cumulée des médicaments



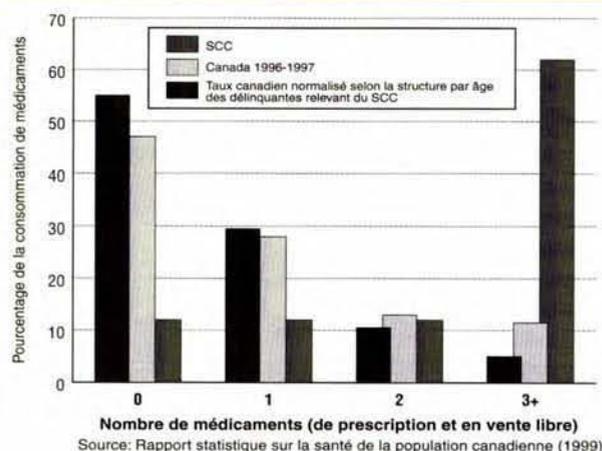
Comparaison avec le taux de consommation de médicaments chez les Canadiennes en général

Le taux de consommation de médicaments d'ordonnance se révèle beaucoup plus élevé chez les délinquantes visées par l'étude que chez les Canadiennes en général. Les données de référence sont tirées du *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne* de 1999⁹. Dans ce document, on a réparti les résultats par sexe et selon des groupes d'âges assez discontinus. Étant donné que la population carcérale est plus jeune que la population canadienne en général, on a recalculé le taux de consommation de médicaments des Canadiennes en fonction de la structure par âge de la population des délinquantes – le résultat correspondant au taux qui devrait être celui de la population carcérale si les deux populations avaient des taux similaires¹⁰. On trouve au Graphique 3 une comparaison du taux des délin-

quantas relevant du SCC et de celui de la population canadienne en général. Les différences sont frappantes, même si l'on tient compte de la possibilité d'une sous-déclaration en ce qui concerne les données d'enquête¹¹. Seules 13 % des détenues ne consommaient pas de médicaments, alors qu'un taux de 55 % devrait s'observer parmi la population féminine canadienne dans son ensemble si l'on normalisait. Qui plus est, 62 % des détenues prenaient trois médicaments ou plus, tandis que le taux normalisé serait de 6 % chez les Canadiennes en général.

Graphique 3

Consommation totale de médicaments : délinquantes relevant du SCC par opposition aux Canadiennes en général



Analyse et conclusion

L'étude montre que les taux de consommation de médicaments prescrits dans les établissements pour femmes qui relèvent du SCC s'avèrent élevés, en particulier pour ce qui est des psychotropes. En outre, on note une importante variation régionale dans l'usage des médicaments, et le taux de consommation chez les délinquantes sous responsabilité fédérale est passablement plus haut que ce que serait le taux normalisé chez les Canadiennes en général. Ces résultats sont attribuables à plusieurs facteurs liés à des tendances et à des pratiques en matière de prescription qui s'avèrent largement généralisées dans les établissements, ainsi qu'à des facteurs liés à l'état de santé et aux mécanismes d'adaptation propres à la population carcérale.

Tendances en matière de prescription

Accès

L'un des facteurs qui contribuent au grand nombre d'ordonnances médicales réside dans la nature des mécanismes de délivrance des médicaments mis en place dans les établissements. Si, dans les collectivités, les gens peuvent avoir accès à une

vaste gamme de médicaments – MVL et médicaments délivrés sur de vieilles ordonnances non exécutées – ce n'est à l'évidence pas le cas pour les populations carcérales. Certains établissements et certains professionnels de la santé pratiquent donc la prescription «préventive» afin de s'assurer que les délinquants auront accès aux médicaments nécessaires lorsqu'ils en auront besoin.

L'aspect financier constitue un deuxième facteur lié à l'accès. La population carcérale relevant du SCC bénéficie d'une garantie quant aux médicaments d'ordonnance, alors que les autres Canadiens jouissent d'une protection bien moindre et très variable à cet égard. Cette situation a peut-être pour effet d'accroître le recours à la prescription au sein des établissements et de modifier les tendances en la matière. Par exemple, si les AINS prescrits sont visés par l'assurance et que les détenus doivent payer pour l'acétaminophène, il est normal qu'on puisse opter pour les premiers.

Troisième facteur relatif à l'accès, l'accessibilité des thérapies non conventionnelles dans les établissements du SCC a également son importance. Les délinquantes ont difficilement accès à ces thérapies (traitements chiropratiques, vitamines, etc.), qui sont accessibles à la population canadienne en général, et cela pourrait accroître le recours aux médicaments comme substituts à des options plus «naturelles».

Contexte de l'organisation sanitaire en milieu correctionnel

Les populations carcérales représentent pour les médecins un défi que les patients qu'ils voient dans la collectivité ne posent pas. En effet, même s'il est fréquent dans les deux contextes que les patients demandent des médicaments aux médecins, il est peut-être plus facile pour ces derniers de sensibiliser les patients relativement aux médicaments demandés et de les raisonner quand la demande ne semble pas justifiée lorsqu'ils pratiquent dans la collectivité. En règle générale, on peut s'attendre à ce que les membres d'une population carcérale soient moins ouverts à ce genre de discussion. Le peu de soutien offert par le personnel de l'établissement aux médecins qui refusent de prescrire un médicament demandé constitue également un facteur déterminant.

État de santé et mécanismes d'adaptation

Il a également été démontré que bon nombre de facteurs sociaux qui augmentent le risque de criminalité (tels que la pauvreté, les agressions sexuelles vécues, les traumatismes et le manque de soutien social) accroissent le risque de maladie et diminuent la capacité du sujet à s'adapter. Les délinquantes ont plus tendance à avoir de multiples problèmes de santé à un jeune âge que la

population en général. La corrélation marquée entre les émotions négatives et la maladie est reconnue¹². Les recherches indiquent que les taux de maladie du quintile socioéconomique inférieur sont beaucoup plus élevés que ceux du quintile supérieur¹³. De plus, on peut supposer que bon nombre de délinquantes ont un taux de consommation de médicaments plus important que la population dans son ensemble lorsqu'elles se trouvent dans la collectivité.

Psychotropes

Les données examinées laissent croire que la prescription excessive et la polypharmacie pourraient fort bien constituer un problème dans certains établissements. De plus, les variations entre les régions portent à penser qu'il y a place à l'amélioration sur le plan des pratiques en matière de prescription. Pour ce qui est de comprendre les éventuelles raisons sous-jacentes des taux relativement élevés de prescription, les études visant les détenues mettent au jour des événements extrêmement traumatisants vécus pendant la vie et l'enfance.¹⁴ Les délinquantes sont plus susceptibles que les femmes en général d'avoir ou d'avoir eu des problèmes de toxicomanie ainsi que de problèmes de santé physique ou mentale, ou d'avoir vécu des agressions sexuelles, ce qui amoindrit

souvent leur capacité d'adaptation. Ce bagage, conjugué au fait que, de façon traditionnelle, les établissements ne disposent pas d'un personnel suffisant dans le domaine de la psychologie, contribue peut-être à la grande consommation de psychotropes.

L'examen de ces facteurs a son utilité, car il fournit un contexte qui facilite l'interprétation des résultats de l'étude. Cependant, les taux élevés de consommation de médicaments prescrits enregistrés chez les délinquantes sous responsabilité fédérale devraient nous pousser à explorer des avenues possibles pour s'attaquer à ce problème. L'une d'entre elles pourrait être l'élaboration de lignes directrices en matière de pratique clinique concernant la gestion et l'utilisation de certains médicaments d'ordonnance et destinées à aider les médecins et les autres professionnels de la santé. Bien qu'il faille peut-être changer des choses à cet égard, des changements plus fondamentaux doivent également être apportés – notamment en ce qui concerne la résolution des problèmes sous-jacents des délinquantes – si l'on veut vraiment réduire, de façon efficace et à long terme, la consommation de médicaments au sein de la population carcérale féminine. ■

¹ 5, Aldridge Way, Ottawa (Ontario), K2G 4H9

² C.P. 280, Bath (Ontario), K0H 1G0

³ 340, av. Laurier Ouest, Ottawa (Ontario), K1A 0P9

⁴ Pour le rapport complet, voir LANGNER, N., *Étude sur les médicaments d'ordonnance des délinquantes aux établissements du SCC*, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 2002.

⁵ SIMONI-WASTILA, L. «The use of abusable prescription drugs: The role of gender», *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, vol. 9, 2002, p. 289-297. Voir également SAYER, G. P. et BRITT, H. «Sex differences in prescribed medications: Another case of discrimination in general practice», *Social Science & Medicine*, vol. 45, 1997, p. 1581-1587; ETTORE, E. *Gendered Moods: Psychotropics and Society*, Florence, KY, Routledge, 1995; HAMILTON, J. A. et JENSVOLD, M. F. J. «Sex and Gender as Critical Variables in Feminist Psychopharmacology Research and Pharmacotherapy», *Women and Therapy*, vol. 16, 1995, p. 9-30, et HOHMANN, A. A. «Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care», *Medical Care*, vol. 27, 1999, p. 478-490.

⁶ MOLOUGHNEY, B., *Évaluation des besoins en santé*, document non publié, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 2002.

⁷ La moyenne est haussée par la faible proportion de délinquantes consommant un grand nombre de médicaments (voir le Graphique 2).

⁸ Signification déterminée par une analyse du khi carré, $p < 0,04$.

⁹ Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, *Rapport statistique sur la santé de la population*

canadienne, Santé Canada et Statistique Canada, Ottawa, 1999, numéro 82-570-X1E dans le catalogue de Statistique Canada. L'information est fondée sur des données d'enquête de 1996-1997.

¹⁰ On a utilisé pour ce nouveau calcul un profil des délinquantes se trouvant en détention en novembre 2001.

¹¹ Étant donné que ces données sont fondées sur la déclaration volontaire et, dans quelques cas, sur des déclarations de tiers, une sous-estimation reste probable.

¹² WILLIAMS, R., KIECOLT-GLASER, J., LEGATO, M. J., ORNISH, D., POWELL, L. H., SYME, S. L. et WILLIAMS, W. «The impact of emotions on cardiovascular health», *Journal of Gender-Specific Medicine*, vol. 2, n° 5, 1999, p. 52-58. Voir également OSTIR, G. V., MARKIDES, K. S., BLACK, S. A. et GOODWIN, J. S. «Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival», *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 48, n° 5, 2000, p. 473-478.

¹³ SYME, S. L. et BERKMAN, L. F. «Social class, susceptibility and sickness», *American Journal of Epidemiology*, vol. 104, n° 1, 1976, p. 1-8; ADLER, N. E. et NEWMAN, K. «Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. Inequality in education, income, and occupation exacerbates the gaps between the health «haves» and «have-nots», *Health Affairs*, vol. 21, n° 2, 2002, p. 60-76.

¹⁴ RIVERA, M. «Giving us a chance» *Needs assessment: Mental Health Resources for Federally Sentenced Women in the Regional Facilities*, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1996.

La santé physique et mentale des délinquants âgés

Marlo Gal¹

Établissement Mountain, Service correctionnel du Canada

D'après des rapports récents², l'âge moyen des délinquants incarcérés sous la responsabilité du Service correctionnel du Canada (SCC) augmente, et les délinquants âgés de plus de 50 ans forment le sous-groupe au taux de croissance le plus élevé. À l'heure actuelle, les délinquants âgés correspondent à 13 % de la population carcérale. Leurs deux principaux problèmes sont la santé physique et la santé mentale. Cet article examine ces deux aspects au sein de la population des délinquants âgés et leurs répercussions sur le milieu carcéral.

Santé physique

Il est important de connaître l'état de santé physique des délinquants âgés afin de déterminer leurs besoins en établissement (p. ex., de soins palliatifs) et de trouver des solutions pour gérer cette population. DeLuca³ a fait observer que le vieillissement était lié à une détérioration de la santé et un accroissement du besoin de services médicaux. En plus de subir le processus de vieillissement normal, beaucoup de délinquants dépérissent prématurément à cause de leur toxicomanie et d'une mauvaise hygiène dentaire. Selon DeLuca, la demande croissante de services médicaux permettant de répondre aux besoins des délinquants âgés exercera des pressions sur des ressources déjà restreintes. Le coût annuel d'incarcération serait par exemple de 23 000 \$US par délinquant mais de 69 000 \$US par délinquant âgé.

Problèmes de santé physique des délinquants âgés

Nombre d'études⁴ ont démontré que les délinquants âgés souffrent d'une multitude de problèmes de santé, dont les plus courants sont les maladies cardio-vasculaires, le diabète, l'arthrite, l'hypertension et le cancer.

À l'aide de données provenant de l'Évaluation initiale des délinquants (EID, qui donne une indication globale des problèmes alimentaires, dentaires et de santé), Gal⁵ a comparé les délinquants âgés et les jeunes délinquants par rapport aux besoins en matière de santé (voir le Tableau 1). Parmi les délinquants âgés, 54 % ont dit avoir un problème de santé au moment de leur admission, contre moins du quart des jeunes délinquants. Ces délinquants étaient aussi plus portés à signaler un problème de mauvaise alimentation. Il est toutefois intéressant de constater l'absence de diffé-

rence entre les deux groupes pour ce qui est des problèmes dentaires signalés.

Tableau 1

Pourcentage de délinquants âgés et de jeunes délinquants ayant des problèmes de santé d'après l'EID			
	Jeunes délinquants	Délinquants âgés	χ^2
Problème physique	23,7	53,6	327,3 ***
Mauvaise alimentation	7,2	14,3	47,9 ***
Mauvaise hygiène dentaire	15,5	15,6	0

*** $p < 0,001$

Un examen des délinquants âgés a permis de dégager une tendance analogue, comme le révèle le Tableau 2. Parmi le groupe des 50 à 54 ans, 46 % ont dit avoir des problèmes de santé au moment de l'admission; ce taux atteint 79 % chez les délinquants âgés de plus de 65 ans. Le taux de problèmes d'alimentation variait entre 11 % et 14 % parmi les délinquants âgés entre 50 et 64 ans, mais passait à 22 % parmi les délinquants âgés de plus de 65 ans. Rejoignant ceux d'études américaines, ces résultats semblent indiquer que les délinquants âgés ont besoin de beaucoup d'attention pour leurs problèmes de santé.

Tableau 2

	Pourcentage des délinquants ayant des problèmes de santé physiques d'après l'EID, par groupes d'âge					χ^2
	Jeunes	50 à 54 ans	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 ans et plus	
Problème physique	23,7	45,7	50,7	61,5	79,1	373,8 ***
Mauvaise alimentation	7,2	14,5	10,9	14,0	22,4	59,1 ***
Mauvaise hygiène dentaire	15,5	18,7	12,3	15,0	12,8	4,8

** $p < 0,01$

Prévalence des problèmes mentaux parmi les délinquants âgés

Les études sur les taux de prévalence des problèmes mentaux parmi les délinquants âgés ont produit des résultats inégaux. Certaines⁶ ont révélé que les délinquants âgés avaient plus de besoins sur les plans social et de la santé physique et mentale que les jeunes délinquants, tandis que d'autres⁷ montrent que les délinquants âgés ont moins de problèmes mentaux.

McCreary et Mensh⁸ ont comparé les profils MMPI des délinquants âgés et des jeunes délinquants et

constaté que les premiers étaient plus névrosés et moins psychotiques et qu'ils manifestaient moins de symptômes d'une personnalité antisociale que les seconds. Ils ont conclu que la forme de psychopathologie présente chez les délinquants âgés de plus de 60 ans était davantage caractéristique d'un dérèglement psychologique que d'un trouble sociopathique.

Motiuk et Porporino⁹ ont examiné la prévalence, la nature et la gravité des problèmes mentaux parmi les délinquants de sexe masculin à l'aide du *Diagnostic Interview Schedule*. Des comparaisons entre groupes d'âge ont révélé que la démence était le seul problème mental plus répandu chez les délinquants âgés. Les auteurs ont toutefois signalé que les taux de prévalence de troubles comme l'alcoolisme (58 %), l'anxiété (45 %) et la dépression (32 %) étaient relativement élevés pour ce groupe et assez inquiétants.

Un certain nombre de facteurs seraient liés aux problèmes mentaux ou intensifieraient ceux-ci. Ils incluent le stress, la dépression ou le risque de suicide.

Stress

La difficulté du délinquant âgé à faire face au stress de l'incarcération peut donner lieu à d'autres problèmes physiologiques ou psychologiques¹⁰. Bergman et Amir¹¹ ont constaté que la tension créée par l'incarcération entraînait une détérioration de l'état de santé mentale et de santé physique chez les délinquants âgés. En outre, ces derniers peuvent avoir connu de profonds changements dans leur vie, comme la perte d'êtres chers et d'amis. L'absence d'un réseau social de soutien peut aussi leur nuire parce que le soutien des proches est un des facteurs clés qui peuvent atténuer les effets d'un stress continu¹².

Quant aux sources de stress, Vega et Silverman¹³ ont fait observer que les deux événements les plus troublants pour les délinquants âgés sont l'incarcération comme telle et des interactions pénibles avec d'autres détenus. La plupart des délinquants âgés (92 %) ont dit n'avoir guère ou pas de problèmes interpersonnels avec les membres du personnel, mais la majorité (78 %) ont dit en avoir avec les autres délinquants.

Récemment, Gal¹⁴ a examiné les agents stressants psychosociaux auxquels les délinquants sont exposés pour essayer de cerner les situations qui sont propres aux délinquants âgés ou qui risquent de leur créer plus de problèmes. Une échelle du stress provenant du *Sondage auprès des détenus de 1995* a été utilisée. Une analyse factorielle a permis de dégager trois facteurs, soit les aspects liés à l'infraction et la peine, les agents stressants personnels et les agents stressants liés à l'établisse-

ment. Le premier, soit les aspects liés à l'infraction et la peine, englobe notamment la durée de la peine et l'obtention de la libération conditionnelle. Le deuxième, celui des agents stressants personnels, inclut des éléments comme la famille, la santé et les relations. Le troisième facteur, soit les agents stressants liés à l'établissement, comprend des aspects comme les toxicomanies et les problèmes liés aux études ou au travail. Les résultats du sondage sont présentés au Tableau 3.

Dans l'ensemble, les délinquants âgés étaient moins portés à être stressés que les jeunes délinquants. On a toutefois constaté une différence entre les deux groupes pour ce qui est des facteurs jugés stressants.

En ce qui concerne les facteurs liés à la peine, les jeunes délinquants s'inquiètent un peu plus d'un transfèrement à un autre établissement que les délinquants âgés, tandis que ces derniers sont plus stressés au sujet de leur infraction. Cela est sans doute lié au fait qu'un grand nombre de délinquants âgés ont été reconnus coupables d'une infraction sexuelle contre un enfant, et que les auteurs d'une infraction de ce genre ne sont pas acceptés dans la sous-culture carcérale.

Tableau 3

Comparaison entre les délinquants âgés et les jeunes délinquants en fonction des facteurs jugés stressants

Agents stressants	Jeunes délinquants (%)	Délinquants âgés (%)	χ^2
Facteurs liés à l'infraction et à la peine			
Obtention de la libération conditionnelle	56,8	56,7	0,5
Transfèrement	39,4	34,8	6,3 *
Infraction commise	46,7	53,9	6,1 *
Durée de la peine	58,6	63,6	4,7
Proximité de la mise en liberté	62,9	64,0	0,3
Facteurs personnels			
Famille	63,8	67,8	6,4 *
Santé physique	47,0	54,1	10,7 **
Santé mentale	38,7	30,8	17,2 ***
Relations avec les détenus	39,9	35,0	5,7 *
Relations avec le personnel	40,0	32,5	12,0 **
Sécurité personnelle	32,6	32,8	4,1
Facteurs liés à l'établissement			
Problèmes de drogue/alcool	20,0	6,9	41,3 ***
Problèmes financiers	31,6	21,1	51,0 ***
Études ou travail	28,7	18,2	32,1 ***
Double occupation de cellules	59,3	54,8	8,9 ***
Obtention d'une quantité suffisante de tabac	37,4	24,1	34,6 ***
Pourcentage de délinquants ayant une cote supérieure à 4 (seuil de stress)	37,1	29,5	8,3 **

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Quant aux facteurs personnels, les délinquants âgés étaient un peu plus stressés au sujet de leur famille et de leur santé physique que les jeunes délinquants. Il est assez étonnant de constater que les premiers étaient moins inquiets de leur santé mentale que les seconds. Les délinquants âgés étaient beaucoup moins stressés par tous les facteurs liés à l'établissement, notamment par un problème de drogue ou d'alcool, les questions liées aux études ou au travail et les problèmes financiers. Cela est sans doute attribuable au fait qu'ils sont un peu plus stables que les jeunes délinquants.

Dépression

La dépression est très répandue parmi les aînés en général¹⁵ et parmi les délinquants âgés¹⁶. D'après Flynn, il s'agit du problème mental le plus souvent signalé par ces derniers¹⁷. Selon elle, l'incarcération accentue le sentiment de perte du délinquant. Il se peut aussi que certains délinquants souffrent, à leur admission ou durant leur incarcération, de symptômes de sevrage (p. ex., de l'alcool ou des drogues) qui, combinés à la dépression, augmentent éventuellement le risque de suicide.

Pour explorer les sentiments de dépression chez les délinquants âgés, on a utilisé le *Sondage auprès des détenus* de 1995. Comme le montre le Tableau 4, le niveau général de dépression, mesuré par ce sondage, était un peu plus élevé pour les jeunes délinquants, dont 25 % atteignaient le seuil, que chez les délinquants âgés, pour lesquels la proportion correspondante était 19 %. Ces derniers auraient manifesté moins de symptômes de dépression et se seraient dit plus satisfaits de la vie que les premiers.

Suicide

Des statistiques recueillies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont systématiquement démontré que les personnes âgées donnent suite à leurs intentions de suicide beaucoup plus souvent que les autres groupes d'âge, tant en Amérique du Nord que dans la plupart des pays de l'Occident. Or les délinquants sont reconnus comme un groupe à risque élevé en ce qui concerne le suicide. On pourrait donc s'attendre à trouver une étroite relation entre l'âge et le suicide chez les délinquants âgés. Pourtant, les résultats des recherches sur la relation entre l'âge et le suicide chez les délinquants sont inégaux. Certains chercheurs soutiennent que les délinquants âgés ne présentent pas un risque plus élevé de suicide¹⁸, tandis que d'autres ont constaté un taux plus élevé de suicide dans ce groupe¹⁹.

Au Canada, entre l'exercice 1991-1992 et l'exercice 1996-1997, les délinquants âgés de 50 ans ou plus correspondaient à 10 % des suicidés. Comme ils ne

représentaient que 8,5 % de la population carcérale, ces résultats signifient que leur taux de suicide était légèrement plus élevé que prévu. Il pourrait donc être utile de cerner les facteurs liés au suicide éventuellement propres au délinquant âgé.

Tableau 4

Comparaison entre les jeunes délinquants et les délinquants âgés par rapport à la dépression

	Jeunes délinquants	Délinquants âgés	χ^2
Sentiment de désespoir face à l'avenir	35,8	32,7	1,2
Sentiment de satisfaction	44,8	53,5	10,1 **
Sentiment de solitude	65,9	61,5	5,3
Sentiment d'optimisme	55,1	62,1	8,0 *
Sentiment de dépression	49,8	42,9	9,8 **
Sentiment d'ennui ou de manque d'intérêt	59,6	47,8	25,5 *
Sentiment de contentement	51,1	55,5	6,0 *
Pensées de suicide	13,0	11,6	4,7
Crainte au sujet de sa sécurité personnelle	19,6	18,7	1,4
Cote de dépression	25,3	19,5	

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

L'EID comporte neuf indicateurs de risque de suicide servant à dépister les délinquants qui présentent ce risque à l'admission. Comme le montre le Tableau 5, on n'a relevé que trois différences statistiquement significatives entre les délinquants âgés et les jeunes délinquants. Ces derniers étaient plus susceptibles d'avoir fait une tentative de suicide et aussi d'avoir été sous l'emprise de l'alcool ou des drogues, tandis que les premiers étaient plus susceptibles d'avoir perdu leur conjoint ou un parent (10 % c. 6 %). La perte du conjoint ou d'un membre de la famille n'était pas une constatation étonnante en ce qui concerne les délinquants âgés, en raison justement de leur âge.

Tableau 5

Indicateurs du risque de suicide de l'EID en fonction des délinquants âgés et des jeunes délinquants

	Jeunes délinquants	Délinquants âgés	χ^2
Peut être suicidaire	5,9	4,9	1,3
A déjà fait une tentative de suicide	21,5	15,0	18,5 ***
Intervention psychologique/psychiatrique récente	16,5	17,4	0,5
Perte d'un parent ou du conjoint	6,7	10,1	10,2 ***
Problèmes graves	7,9	7,2	0,5
Influence de l'alcool ou des drogues	4,9	1,9	14,8 ***
Signes de dépression	9,8	10,8	0,9
A exprimé des idées de suicide	4,2	3,6	0,4
A un plan pour se suicider	1,1	1,0	0

*** $p < 0,001$

Le Tableau 6 présente les indicateurs de risque de suicide en fonction des groupes d'âge. Les trois mêmes indicateurs sont significatifs dans ce cas également. Toutefois, les différences sont plus marquées entre les catégories d'âge.

On peut dégager des résultats certaines tendances intéressantes en ce qui concerne les délinquants âgés. Ainsi, le taux d'intervention psychologique récente était à son plus élevé pour les délinquants âgés entre 55 et 59 ans et à son plus faible pour celui des 65 ans et plus. Les délinquants âgés entre 55 et 59 ans affichaient aussi le taux le plus élevé de tentatives de suicide (17 %). Wichman, Serin et Motiuk²⁰ ont cerné quatre prédicteurs du suicide chez les détenus : possibilité que le délinquant soit suicidaire, tentative de suicide, intervention psychologique/psychiatrique et signes de dépression. Les résultats présentés révèlent que les délinquants âgés entre 55 et 59 ans étaient plus portés à présenter trois de ces indicateurs (il n'y avait pas de différence pour la possibilité que le délinquant soit suicidaire). Il se peut donc que les délinquants de ce groupe d'âge risquent davantage de commettre un suicide que les autres délinquants âgés. Toutefois, dans l'ensemble, les données ne sont pas suffisantes pour conclure que les délinquants âgés présentent un risque plus élevé de suicide.

est important de connaître les types de problèmes de santé dont souffrent les délinquants âgés. Cette connaissance peut en effet aider le psychologue à discuter de la maladie et de questions connexes avec le délinquant ainsi qu'à faire part de ces problèmes et préoccupations à d'autres professionnels de la santé. On a prouvé que les psychologues travaillant en milieu correctionnel pouvaient contribuer aux soins de santé en participant à des interventions comme le programme de soins palliatifs de la région du Pacifique²¹.

Sur le plan de la réceptivité, il pourrait falloir modifier certains programmes de traitement pour permettre aux délinquants âgés d'y participer. La plupart des programmes correctionnels durent deux à trois heures par jour pendant trois mois; or il peut être difficile pour le délinquant âgé de rester assis et de se concentrer aussi longtemps. Il faudrait éventuellement offrir des programmes comportant des séances plus courtes étalées sur une période plus longue pour permettre aux délinquants âgés d'y participer sans être incommodés.

Il pourrait aussi être utile d'intégrer des programmes de mieux-être axés sur la promotion du bien-être physique. Selon Aday et Rosefield²², des programmes de marche, de jardinage, d'ébénisterie, de céramique, d'exercices doux et d'entraide, par exemple, ainsi que des activités récréatives plus passives peuvent être salutaires aux délinquants âgés. Ces programmes peuvent prévenir des problèmes de santé graves (comme un arrêt cardiaque) ou contribuer à la réhabilitation après de tels problèmes. Selon Rubenstein²³, les programmes destinés expressément aux délinquants âgés augmentent l'estime de soi, combattent les sentiments de solitude ou de dépression, accroissent le désir d'interactions sociales et suscitent un intérêt intellectuel renouvelé. ■

Tableau 6

Indicateurs du risque de suicide de l'EID en fonction des groupes d'âge

	Jeunes	50 à 54 ans	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 ans et plus	χ^2
Peut être suicidaire	5,9	5,0	5,0	6,3	2,3	2,9
A déjà fait une tentative de suicide	21,5	16,0	17,0	13,2	8,8	21,6 ***
Intervention psychologique/psychiatrique récente	16,5	15,7	23,6	16,8	9,9	11,1 *
Perte d'un parent ou du conjoint	7,0	8,1	15,0	9,9	5,5	23,4 ***
Problèmes graves	7,9	7,5	7,6	8,5	3,3	2,7
Influence de l'alcool ou des drogues	4,9	2,6	1,8	0	2,2	16,3 ***
Signes de dépression	9,8	10,4	13,3	9,9	7,8	3,6
A exprimé des idées de suicide	4,2	2,6	4,5	5,4	2,2	3,4
A un plan pour se suicider	1,1	0,6	0,5	3,1	1,1	6,5

* $p < 0,05$ *** $p < 0,001$

Conséquences des besoins en santé mentale et en santé physique

Pour des raisons financières, les problèmes de santé physique et le type de soins offerts dans les établissements exigent souvent de transférer le délinquant âgé à un établissement médical dans la collectivité. Il s'agit là d'une solution coûteuse parce que le délinquant doit être constamment surveillé par deux agents de correction sur place.

En ce qui concerne le traitement, surtout du point de vue du psychologue en milieu correctionnel, il

¹ 4732 Cemetery Road, C.P. 1500, Agassiz (Colombie-Britannique) V0M 1A0.

² GRANT, B. A. et LEFEBVRE, L. «Les délinquants âgés au sein du Service correctionnel du Canada», *Forum, Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 6, n° 2, 1994, p. 10-13. Voir également MOTIUK, L. L. «Sensibiliser davantage à la question des personnes ayant une déficience dans les établissements correctionnels fédéraux du Canada», *Forum, Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 6, n° 2, 1994, p. 6-8.

³ DeLUCA, H. R. «Managing older inmates: It's more than just time» dans *Social Gerontology*, sous la direction de D. E. Redburn et R. P. McNamara. Londres, GB, Auburn House, 1998, p. 208-219.

- ⁴ ADAY, R. H. «Golden years behind bars: Special programs and facilities for elderly inmates», *Federal Probation*, vol. 54, 1994, p. 47-54. Voir VEGA, M. et SILVERMAN, M. «Stress and the elderly convict», *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 32, 1988, p. 153-161. Voir aussi McCARTHY, M. «The health status of elderly inmates», *Corrections Today*, vol. 74, 1983, p. 64-65.
- ⁵ GAL, M. *A Practical Approach to the Management and Treatment of the Older Offender Using the Principles of the Psychology of Criminal Conduct*, étude détaillée inédite, préparée aux fins de l'obtention d'un doctorat, 2001.
- ⁶ BOOTH, D. E. «Health status of the incarcerated elderly: Issues and concerns», *Journal of Offender Counseling Services and Rehabilitation*, vol. 13, 1989, p. 193-213. Voir aussi KRATCOSKI, P. C. et POWNALL, G. A. «Federal Bureau of Prisons programming for older offenders», *Federal Probation*, vol. 53, n° 2, 1989, p. 28-35.
- ⁷ MOTIUK, L. L. et PORPORINO, F. J. *La prévalence, la nature et la gravité des problèmes de santé mentale chez les détenus de sexe masculin sous responsabilité fédérale dans les pénitenciers du Canada*, Rapport de recherche R-24, Ottawa, ON, Service correctionnel Canada, 1992.
- ⁸ McCREARY, C. P. et MENSCH, I. N. «Personality differences associated with age in law offenders», *Journal of Gerontology*, vol. 32, 1977, p. 164-167.
- ⁹ op. cit. MOTIUK. et PORPORINO (1992).
- ¹⁰ COSTA, P. T. et McCRAE, R. R. «Psychological stress and coping in old age» dans *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*, sous la direction de L. Goldberg et S. Breznitz, New York, NY, The Free Press, 1993, p. 403-412. Voir aussi RODIN, J. «Health, control and aging» dans *The psychology of Aging and Control*, sous la direction de M. M. Baltes et P. B. Baltes, Hillsdale, N J, Lawrence Erlbaum, 1986, p. 139-166. Voir aussi STEIN, M. et MILLER, A. H. (1993), «Stress, the immune system, and health and illness», dans *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*, sous la direction de L. Goldberg et S. Breznitz, New York, NY, The Free Press, 1993, p. 127-141.
- ¹¹ BERGMAN, S. et AMIR, M. «Crime and delinquency among the aged in Israel», *Geriatrics*, Janvier 1973.
- ¹² op. cit. MOTIUK et PORPORINO (1992).
- ¹³ op. cit. VEGA et SILVERMAN (1988).
- ¹⁴ op. cit. GAL (2001).
- ¹⁵ NOVAK, M. *Aging and Society: A Canadian Perspective*. Third edition. Scarborough, ON, International Thomson Publishing, 1997.
- ¹⁶ op. cit. McCARTHY (1983).
- ¹⁷ FLYNN, E. E. «Working with elderly inmates», *Jail Operations Bulletin*, vol. 11, n° 7, 1992, p. 1-6.
- ¹⁸ LAISHES, J. *Étude rétrospective des suicides de détenus au Service correctionnel du Canada, avril 1992 - mars 1994*, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1994. Voir aussi LARIVIÈRE, M. S. et POLVI, N. H. *Étude rétrospective des suicides de détenus au Service correctionnel du Canada, 1996-1997*, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1997.
- ¹⁹ DOOLEY, E. «Prison suicide in England and Wales 1972-1987», *British Journal of Psychiatry*, vol. 156, 1990, p. 40-45. Voir aussi LLOYD, C. *Suicide and Self-injury in Prison: A Literature review*. Home Office Research and Planning Unit Report. Londres, GB, Her Majesty's Stationary Office, 1990.
- ²⁰ WICHMAN, C., SERIN, R. et MOTIUK, L. *La prévision des tentatives de suicide chez les délinquants dans les pénitenciers fédéraux*, Rapport de recherche R-91, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 2000.
- ²¹ COATES, L et ELLIS, J. (2000). «Division des délinquants âgés du Service correctionnel du Canada», *Actualités-Justice*, vol. 15, n° 3, 2000, p. 14-15.
- ²² ADAY, R. H. et ROSEFIELD, H. «Providing for the geriatric inmate: Implications for training», *The Journal of Correctional Training*, 1992, p. 4-16.
- ²³ RUBENSTEIN, D. «The elderly in prison: A review of the literature» dans *Elderly Criminals*, sous la direction de E. S. Newman, D. J. Newman, M. L. Gerwirth, et collaborateurs, Cambridge, MA, Oelgeschlager, Gunn & Hain, 1984, p. 153-168.

Questions relatives à la santé des délinquants autochtones

Amey Bell et Nicole Crutcher¹

Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada

Au Canada, les Autochtones représentent environ 2 % de la population adulte², tandis que les délinquants autochtones constituent une proportion de 17 % du nombre total de détenus sous responsabilité fédérale³. Les nombreux problèmes de santé que connaissent les détenus autochtones sont actuellement une source de préoccupation pour le Service correctionnel du Canada (SCC). Cet article propose un résumé des ouvrages sur les maladies physiques transmissibles et non transmissibles qui touchent les délinquants autochtones et se penche sur d'autres facteurs préoccupants dans le domaine de la santé des Autochtones. La majorité des ouvrages dont il est question portent sur les Autochtones en général, car très peu d'études ont été réalisées sur la santé des délinquants autochtones en particulier. Soulignons que la majorité des études concernent les membres des Premières nations et les Inuits, et qu'une minorité concerne les Métis.

Taux de mortalité, causes de décès et espérance de vie

En 1999, Santé Canada a rapporté qu'en 1996-1997, les peuples des Premières nations et les Inuits de l'Est du Canada, des Prairies et des provinces de l'Ouest affichaient des taux de mortalité près de 1,5 fois supérieurs au taux national de 1996. Les trois principales causes de décès des membres des Premières nations et des Inuits étaient les maladies cardiovasculaires (système circulatoire), le cancer, les lésions traumatiques et les empoisonnements⁴. Plus précisément, les membres des Premières nations et les Inuits risquaient environ 6,5 fois plus que la population totale du Canada de mourir de lésions traumatiques et d'empoisonnements⁵. Il n'y avait aucun renseignement sur les causes de décès chez les Métis.

Selon Santé Canada, l'espérance de vie des Autochtones était inférieure à celle de l'ensemble de la population canadienne. En 1998, l'espérance de vie des «Indiens inscrits de sexe masculin» était de 69 ans, par rapport à 75 ans pour les hommes de la population canadienne générale. Pour les «Indiennes inscrites», l'espérance de vie était de 77 ans, par rapport à 81 ans pour les femmes de la population canadienne générale⁶.

Maladies physiques non transmissibles

La plus grande partie des études qui ont été réalisées sur les maladies physiques non transmissibles chez les Autochtones portent sur le diabète

et le cancer; d'autres portent sur les maladies cardiovasculaires, l'arthrite et le rhumatisme.

Selon l'Enquête auprès des peuples autochtones de 1991, c'est chez les Premières nations que le taux de prévalence du diabète non insulino-dépendant, ou de type II, est le plus élevé (6 %); viennent ensuite les Métis (6 %) et les Inuits (2 %). Le taux national pour la population canadienne générale (3 %) était plus faible que celui qu'on trouvait chez les Autochtones, sauf chez les Inuits⁷. Cependant, c'est peut-être parce qu'au sein de ce dernier groupe, certains diabétiques ne sont pas au courant de leur état ou n'ont pas fait l'objet d'un diagnostic.

Comme il n'y a pas de collectes systématiques ou régulières de données selon l'appartenance ethnique, il est difficile d'évaluer l'incidence du cancer chez les Autochtones. Toutefois, une étude a permis de conclure que les Inuits des Territoires du Nord-Ouest étaient plus susceptibles d'être atteints d'un cancer du poumon, du col de l'utérus, du nasopharynx ou des glandes salivaires, et moins susceptibles d'avoir un cancer du sein, de l'utérus, de la prostate et du côlon que l'ensemble de la population canadienne⁸.

Deux études récentes ont examiné la prévalence des maladies cardiovasculaires au sein de la population autochtone du Canada. Les résultats de la première étude indiquent que le taux de mortalité associé aux maladies du système circulatoire chez les Premières nations et les Inuits des Territoires du Nord-Ouest est plus faible que celui de la population canadienne générale⁹. Par opposition, la deuxième étude a révélé que la prévalence des problèmes cardiaques chez les Premières nations et les Inuits était près de trois fois supérieure à la moyenne nationale (23 % et 8 % respectivement). Cette conclusion était la même pour les hommes et les femmes et pour tous les groupes d'âge¹⁰.

L'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits a examiné la prévalence de l'arthrite et du rhumatisme chez les Premières nations et les Inuits. Le rapport indique que les Inuits souffrent d'arthrose et de polyarthrite rhumatoïde dans la même proportion que la population générale, mais on retrouve une incidence plus élevée d'arthrose chez les Premières nations, et ce chez les hommes et les femmes et pour tous les groupes d'âge. Par ailleurs, les Inuits sont plus susceptibles d'avoir d'autres troubles rhumatismaux comme le syndrome de Reiter¹¹.

D'après les conclusions, il semble que les Autochtones risquent plus de souffrir d'un certain nombre de maladies physiques non transmissibles. Beaucoup de ces maladies peuvent être provoquées ou aggravées par les mauvaises habitudes alimentaires, la sédentarité, le stress, l'anxiété et l'usage excessif du tabac, qui sont des caractéristiques de la population carcérale. Le SCC a fait des efforts pour améliorer la santé physique des délinquants, en mettant par exemple des salades au menu et en offrant des activités physiques et de loisirs. Cependant, il faudra prendre d'autres mesures si l'on veut soulager les problèmes de santé existants et réduire le risque que d'autres problèmes se développent.

Maladies physiques transmissibles

Plusieurs chercheurs ont étudié l'incidence du Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), du Syndrome d'immunodéficience acquise (sida), de la tuberculose (TB) et de l'hépatite. Bien que des études aient été réalisées sur des populations de délinquants dans ces domaines, on ne s'est pas penché particulièrement sur le cas des délinquants autochtones.

Le VIH/sida a affligé considérablement la population autochtone au Canada. Selon Santé Canada, le nombre annuel de cas déclarés de sida au sein des nations autochtones a augmenté régulièrement de 1991 à 2000. La proportion de cas déclarés est passée de 1 %, avant 1990, à 11 % en 1999 et à 9 % en 2000. Il est important de souligner que ces chiffres représentent la proportion des cas déclarés de sida, et non des cas de VIH, et que de nombreuses personnes peuvent être porteuses du VIH pendant plusieurs années avant que la maladie soit diagnostiquée. Un examen des nouveaux cas déclarés de VIH a révélé que les Autochtones sont surreprésentés. Parmi les personnes déclarées séropositives pour le VIH, il y avait une proportion plus élevée de femmes autochtones, dans tous les groupes d'âges, et d'Autochtones âgés de 20 à 29 ans, par rapport aux non Autochtones¹².

Relativement peu de chercheurs se sont penchés sur la prévalence de la tuberculose au sein de la population autochtone. Cependant, il est connu que le taux global de tuberculose au Canada s'est stabilisé en 1989, avec environ 7 cas pour 100 000 habitants. Malheureusement, le taux de tuberculose dans la population autochtone a continué d'augmenter pour s'établir à 70 cas pour 100 000 habitants en 1995¹³. En outre, ces taux sont particulièrement élevés dans les régions les plus éloignées et les plus au nord¹⁴. Jusqu'à présent, on n'a pas examiné le taux de tuberculose chez les Métis. Depuis 1998, on connaît la prévalence de la tuberculose pour la population carcérale fédérale et le personnel de correction

grâce à la mise en place du Système de dépistage de la tuberculose. Un rapport du SCC a révélé qu'un délinquant sur cinq qui sont entrés dans le système correctionnel fédéral en 1998 était porteur d'une tuberculose-infection. De plus, les délinquants autochtones nés au Canada avaient un taux de séropositivité au test cutané à la tuberculine deux fois supérieur à celui des non Autochtones nés au Canada¹⁵.

Il y a aussi très peu d'études sur la prévalence de l'hépatite parmi la population autochtone. Une étude réalisée au Canada a décrit en détail une éclosion d'hépatite A dans une petite collectivité autochtone. Bien qu'on ait réussi à contenir la maladie, l'incident a montré à quel point cette maladie pouvait se propager rapidement dans une petite région éloignée¹⁶. Santé Canada a estimé à 1 477 le nombre d'Autochtones doublement infectés par l'hépatite C et le VIH. Selon ces données, la majorité des personnes co-infectées (56 %) vivent en Colombie-Britannique¹⁷.

Ces conclusions ont une grande importance pour les opérations et les programmes correctionnels. En effet, les établissements correctionnels constituent un milieu où les risques d'infection sont plus élevés. Les délinquants ont davantage de comportements à risque élevé, comme l'usage de drogues injectables, le tatouage et les bagarres. Étant donné que les maladies transmissibles se propagent facilement, il faut absolument analyser la prévalence de ces maladies au sein de la population carcérale et se pencher sur cette question si l'on veut arriver à réduire et à contenir les maladies au moyen du traitement et de l'éducation.

Autres problèmes de santé

D'autres facteurs affectent directement la santé des Autochtones, dont la toxicomanie, le tabagisme, le suicide et la maladie mentale. L'incidence de la consommation excessive d'alcool, de la consommation de drogues et de l'inhalation de solvants semble être beaucoup plus élevée dans certaines collectivités autochtones que dans d'autres parties du Canada. Ceci est particulièrement vrai pour les jeunes Autochtones, qui présentent un risque de 2 à 6 fois plus élevé d'avoir des problèmes d'alcool que les jeunes non-Autochtones. En outre, on a laissé entendre que les hommes autochtones sont plus susceptibles de faire une consommation excessive d'alcool, tandis que les femmes autochtones sont plus susceptibles de consommer des drogues. On a également observé des cycles d'épisodes de consommation excessive d'alcool dans certaines collectivités autochtones¹⁸.

En raison de la fréquence de la consommation excessive d'alcool chez les Autochtones, la prévalence du Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et des effets de l'alcoolisation fœtale (EAF)¹⁹

dans cette population a causé des inquiétudes. Une étude portant sur une réserve des Premières nations au Manitoba a révélé qu'il y avait environ 100 cas de SAF ou de EAF pour 1 000 naissances. Par contraste, le taux de SAF dans les pays occidentaux est d'environ 0,33 cas pour 1 000 naissances²⁰.

Une enquête de 1996 sur la consommation d'alcool et de drogues dans les Territoires du Nord-Ouest a permis de conclure que les Autochtones de 15 ans et plus étaient presque trois fois plus susceptibles de consommer de la marijuana ou du hachisch, et trois fois et demie plus susceptibles de consommer du LSD, des amphétamines, de la cocaïne ou de l'héroïne. De plus, les répondants autochtones âgés de 15 ans et plus étaient 11 fois plus susceptibles d'inhaler des solvants ou des aérosols que les répondants non autochtones. En outre, les répondants autochtones de l'enquête étaient presque 24 fois plus susceptibles de faire un usage abusif de solvants que les habitants du reste du Canada²¹.

En ce qui concerne les Autochtones dans la population carcérale, des études ont clairement montré qu'ils ont des besoins élevés dans le domaine de la toxicomanie. Ainsi, dans une Enquête sur les délinquants autochtones, la majorité des répondants ont dit avoir fait un abus précoce de l'alcool (58 %) et des drogues (60 %)²². En outre, on a défini chez une forte proportion d'Amérindiens (93 %), d'Inuits (93 %) et de Métis (91 %) des besoins liés à la toxicomanie au moment de leur admission dans un établissement correctionnel fédéral²³.

La forte consommation de nicotine est fréquente dans les collectivités autochtones. En 1997, 62 % des membres des Premières nations et des Inuits du Labrador de plus de 15 ans étaient des fumeurs. Ce taux est deux fois plus élevé que le taux de fumeurs dans la population canadienne générale (29 %). Le taux de fumeurs chez les Autochtones ne semble pas à la baisse, puisque le taux de tabagisme n'a pas changé depuis l'Enquête auprès des peuples autochtones de 1991²⁴.

En 1994, le Groupe d'étude sur le suicide au Canada a classé les Autochtones parmi les groupes à haut risque suicidaire²⁵. Une étude sur les Innus de Terre-Neuve a révélé un taux de suicide de 178 pour 100 000 habitants. Le taux de suicide dans la population du Canada était de 12 pour 100 000²⁶. De même, une étude rétrospective du suicide réalisée au Manitoba et couvrant les années 1988 à 1994 a révélé que le taux de suicide était plus élevé chez les Autochtones (31,8 pour 100 000) que chez les non-Autochtones (13,6 pour 100 000)²⁷.

Suivant la même tendance que dans la population générale, les délinquants autochtones sont surreprésentés parmi les délinquants qui se suicident ou tentent de se suicider. Par exemple, un examen des suicides des délinquants dans les

pénitenciers fédéraux canadiens a montré que même si la majorité des suicidés étaient de race blanche (89 %), 9 % des victimes étaient des Autochtones. De plus, une étude sur les tentatives de suicide chez les délinquants de sexe masculin a aussi révélé que la majorité des tentatives de suicide ont été commises par des délinquants de race blanche (81 %). Toutefois, les délinquants autochtones représentaient 15 % des tentatives de suicide²⁹.

En plus des problèmes de santé comme la toxicomanie et le suicide, une étude épidémiologique a montré qu'il y a un niveau élevé de problèmes de santé mentale chez les Autochtones du Canada³⁰. Selon les résultats de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 17 % des parents autochtones ont déclaré que leurs enfants avaient plus de problèmes affectifs ou comportementaux que les enfants non autochtones du même groupe d'âge. Ces problèmes augmentaient sensiblement avec l'âge³¹. Cependant, de nombreuses études de recherche sur la santé mentale ne fournissent que des estimations sommaires plutôt que les taux réels, et elles ne donnent que très peu d'information sur des troubles déterminés.

Beaucoup de ces facteurs, comme le tabagisme et la toxicomanie, peuvent compliquer et exacerber des problèmes de santé déjà présents. En outre, d'autres problèmes de santé peuvent engendrer des pensées suicidaires et entraîner l'apparition de troubles mentaux chez les délinquants. Graduellement, on a pris des mesures et commencé à offrir des traitements pour alléger les problèmes de santé des Autochtones : présence d'Aînés, programmes de traitement de la toxicomanie, sueries et autres cérémonies spirituelles. Toutefois, il faut continuer la recherche sur ces problèmes de santé, car on sait que les délinquants autochtones présentent des besoins variés et ne posent pas les mêmes risques que les délinquants non autochtones.

Conclusion

Il est évident que nous disposons de très peu d'études sur la santé des Autochtones au Canada. La plupart des études sont axées sur certaines collectivités autochtones ou sur les jeunes Autochtones, ou encore sur différents groupes d'âge ou sur les hommes ou les femmes. De plus, les auteurs de ces études n'ont pas examiné également la prévalence des problèmes de santé chez les trois groupes autochtones. Ils se sont penchés surtout sur les Premières nations et les Inuits. Cependant, il est manifeste que les nombreux problèmes liés à la santé des Autochtones en général sont intensifiés pour les Autochtones incarcérés dans les établissements correctionnels. Les délinquants autochtones ont peut-être un accès plus facile aux services médicaux que les

Autochtones vivant dans les réserves et en région rurale, mais cela ne signifie pas que nous comprenons parfaitement leurs besoins diversifiés et complexes dans le domaine de la santé ni qu'ils ont recours aux services qui leur sont offerts. Encore aujourd'hui, les délinquants autochtones risquent plus que les délinquants non autochtones d'avoir, de propager et de contracter des maladies, surtout dans un milieu qui est caractérisé par la

sédentarité, la violence, le stress et, parfois, les logements insalubres. Il a été clairement démontré qu'il faut poursuivre les recherches sur toutes les questions liées à la santé des délinquants autochtones. Ces études pourraient aider les services de santé à contribuer à l'élaboration et à l'amélioration des programmes d'éducation et des modèles de traitement et ainsi favoriser la réinsertion sociale des délinquants autochtones. ■

- 1 340, avenue Laurier ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.
- 2 STATISTIQUE CANADA. *Recensement du Canada*, Ottawa, ON, auteur, 1966.
- 3 TREVETHAN, S., TREMBLAY, S. et CARTER, J. *The Over-Representation of Aboriginal People in the Justice System*, Ottawa, ON, Centre canadien de la statistique juridique, 2000.
- 4 Comprend les accidents intentionnels comme le suicide et l'homicide et les non intentionnels comme les accidents de véhicule et la noyade.
- 5 SANTÉ CANADA. *La santé des Premières nations et des Inuits au Canada — Un second diagnostic*, Ottawa, ON, auteur, novembre 1999.
- 6 Op. cit. SANTÉ CANADA, Novembre 1999.
- 7 STATISTIQUE CANADA. *Enquête auprès des peuples autochtones de 1991 : langue, tradition, santé, habitudes de vie et préoccupations sociales*, Ottawa, ON, auteur, 1993.
- 8 GAUDETTE, L. A., GAO, R. N., FREITAG, S. et WIDEMAN, M. «Incidence du cancer selon le groupe ethnique dans les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) 1969 - 1988», *Rapports sur la santé*, vol. 5, n° 1, 1993, p. 23-32.
- 9 YOUNG, T. K., MOFFATT, M. E. K. et O'NEIL, J. D. «Cardiovascular diseases in a Canadian Arctic population», *American Journal of Public Health*, vol. 16, n° 1, 1993, p. 346-348.
- 10 YOUNG, T. K., O'NEIL, J. D., ELIAS, B., LEADER, A., READING, J. et McDONALD, G. *Les maladies chroniques : enquêtes régionales sur la santé réalisées par les Premières nations et les Inuits*, Ottawa, ON, Enquêtes régionales sur la santé réalisées par les Premières nations et les Inuits, Comité de direction, 1999.
- 11 Op. cit. YOUNG et al., 1999.
- 12 SANTÉ CANADA. «Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada : une question pressante», *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, 2001, disponible au www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/aborig_e.html
- 13 FANNING, A. «Tuberculosis: Introduction», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, n° 6, 1999, p. 837-839.
- 14 FANNING, A. «Tuberculosis: Control of the disease among Aboriginal People in Canada», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 162, n° 3, 2000, p. 351-355.
- 15 SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA. *Rapport sur la lutte antituberculeuse dans les pénitenciers fédéraux canadiens 1998*, Ottawa, ON, auteur, 1998.
- 16 SANTÉ CANADA. «L'hépatite A dans l'intérieur nord de la Colombie-Britannique : une éclosion dans une collectivité des Premières nations», *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 26-19, n° 1, 2000, disponible au www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/ccdr/00vol26/rm2619fa.html
- 17 REMIS, R. S. *Estimation du nombre de personnes co-infectées par le virus de l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine au Canada*, Ottawa, ON, Division de l'hépatite C, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, 2001.
- 18 HELWIG, D. «NWT residents are accident prone, live shorter lives», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 162, n° 5, 2000, p. 681-683.
- 19 Op. cit. SANTÉ CANADA, novembre 1999.
- 20 Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) : ensemble précis d'anomalies associées à la consommation d'alcool pendant la grossesse. Effets de l'alcoolisation fœtale (EAF) : présence de certaines des caractéristiques du SAF, mais pas toutes, lorsqu'une exposition prénatale à l'alcool a été confirmée.
- 21 NORTHWEST TERRITORIES BUREAU OF STATISTICS. *1996 Northwest Territories Alcohol and Drug Survey: Rates of Use for Alcohol, Other Drugs and Tobacco*, 1996.
- 22 JOHNSTON, J. C. *Enquête sur les délinquants autochtones : examen de dossiers et entrevues*, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1997.
- 23 MOTIUK, L. et NAFEKH, M. «Profil des délinquants autochtones dans les services correctionnels fédéraux», *Forum. Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 12, n° 1, 2000, p. 10-15.
- 24 READING, J. *The Tobacco Report: First Nations and Inuit Regional Health Survey*, Ottawa, ON, First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee, 1999.
- 25 Groupe d'étude sur le suicide au Canada (1994). *Le suicide au Canada*, Ottawa, Direction générale des programmes et des services de la santé, Santé Canada.
- 26 FERRY, J. «No Easy Answer to High Native Suicide Rates», *Lancet*, vol. 355, n° 9207, 2000, p. 906-907.
- 27 MALCHY, B., ENNS, M. W., YOUNG, T. K. et COX, B. J. «Suicide among Manitoba's Aboriginal People, 1988 to 1994», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 156, n° 8, 1997, p. 1133-1138.
- 28 LARIVIÈRE, M. A. S. *Rapport rétrospectif sur les suicides de détenus au Service correctionnel du Canada, 1996-1997*, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1997.
- 29 WICHMANN, C., SERIN, R. et MOTIUK, L. *La prévision des tentatives de suicide chez les délinquants dans les pénitenciers fédéraux*, Rapport de recherche R-91, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 2000.
- 30 KIRMAYER, L. J., BRASS, G. M. et TAIT, C. L. «The Mental Health of Aboriginal Peoples: Transformations of Identity and Community», *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 45, n° 7, 2000, p. 607-616.
- 31 MacMILLAN, H., WALSH, C., JAMIESON, E., CRAWFORD, A. et BOYLE, M. *La santé des enfants : enquêtes régionales sur la santé réalisées par les Premières nations et les Inuit*, Ottawa, ON, Enquêtes régionales sur la santé réalisées par les Premières nations et les Inuits, Comité de direction, 1999.

Les maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens (2000-2001)

Prithwish De¹

Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, et Services de santé du Service correctionnel du Canada

En janvier 2000, le Service correctionnel du Canada (SCC) a mis en œuvre son système de surveillance des maladies infectieuses (SSMI-SCC) pour répondre au besoin grandissant de données plus complètes sur les maladies infectieuses dans les établissements carcéraux canadiens. Le SSMI-SCC témoigne d'un effort continu du SCC pour améliorer la surveillance de la santé publique dans les prisons. Cet article se fonde sur un rapport plus exhaustif du SCC qui porte sur les données de surveillance de la santé et fait appel aux renseignements recueillis par le SSMI-SCC au cours des exercices 2000 et 2001.

Contexte

Les établissements correctionnels du Canada jouent un rôle de plus en plus important dans le contrôle des maladies infectieuses. Le taux élevé de ces maladies dans le milieu carcéral inquiète, car il signifie un risque accru pour les détenus non infectés ainsi que sur le plan de la santé publique en raison de la réinsertion de délinquants infectés dans la société. Le taux de maladies infectieuses est plus élevé chez les détenus que dans la collectivité, à cause de leurs antécédents de comportements risqués, comme l'injection de drogues, le commerce du sexe et les relations sexuelles non protégées, qui les ont exposés aux maladies à diffusion hémotogène et aux maladies transmises sexuellement (MTS)² avant leur incarcération. De nombreux documents mentionnent également la transmission de la tuberculose (TB) en milieu correctionnel³. Ainsi, le milieu correctionnel représente, sur le plan de la santé publique, l'une des principales occasions de recenser les personnes infectées et de leur fournir des soins, un traitement et des conseils adéquats afin de les empêcher de transmettre la maladie.

Au Canada, les rapports indiquent que le nombre de cas signalés d'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et au virus de l'hépatite C (VHC) dans les établissements correctionnels fédéraux a connu une augmentation soutenue depuis le début des années 1990. On encourage tous les délinquants, lors de leur admission dans un établissement du SCC, à se soumettre volontairement (c.-à-d. avec leur consentement) à un test de dépistage du VIH, de l'hépatite B et C, des MTS et de la TB. Les détenus sous responsabilité fédérale peuvent, en tout temps au cours de leur peine, passer un test de dépistage. Ces tests peuvent être fournis n'importe quand à la demande du détenu ou à la recommandation du médecin de l'établissement. Les tests sont suivis de séances de counseling ainsi que d'un suivi et d'un traitement appropriés.

Surveillance de la santé au SCC

La surveillance de la santé fait partie intégrante de la prévention et du contrôle des maladies. Le SSMI-SCC permet de recueillir les renseignements de santé pertinents sur les maladies infectieuses chez les détenus des pénitenciers canadiens. Ces informations peuvent servir à la prise de décisions judiciaires en matière d'affectation des ressources pour les services de santé des établissements du SCC. Le rendement des programmes de prévention et de traitement peut, à son tour, être évalué selon les données de surveillance et orienter l'amélioration des programmes en place et la création de nouvelles initiatives. En outre, la surveillance de la santé permet au SCC d'examiner les tendances des taux d'infections et, partant, de cibler les groupes qui courent plus de risques.

Toutes les cliniques de santé des établissements du SCC fournissent des rapports de surveillance mensuels au SSMI-SCC. Le personnel de Santé Canada, aidé des employés des Services de santé du SCC, recueille, vérifie et analyse les données de surveillance. Cet article fournit les taux d'infection au VIH et aux virus de l'hépatite B et C, ainsi que le taux de MTS chez les détenus sous responsabilité fédérale.

Résultats

VIH

En 1999, la prévalence du VIH au sein de la population canadienne en général était évaluée à 0,1 %⁴. Par comparaison, le nombre de cas signalés de détenus infectés par le VIH à la fin de l'exercice 2001 s'établissait à 223 (1,8 %), une hausse par rapport aux 214 cas (1,7 %) signalés en 2000 (voir le Tableau 1).

On a décelé 16 nouveaux cas de VIH chez les détenus dans les établissements du SCC en 2001, comparativement à 45 en 2000. Toujours en 2001, 69 % de tous les nouveaux cas de VIH ont été diagnostiqués au moment de l'admission; ce pourcentage était de 53 % en 2000. La fréquence plus élevée des tests de dépistage chez les détenus nouvellement admis a peut-être permis de mieux dépister les infections au sein de ce groupe que parmi la population carcérale dans son ensemble.

Des tests de dépistage plus fréquents auprès des délinquantes ont également favorisé un meilleur dépistage chez elles que chez les délinquants. En 2001, la prévalence des cas signalés d'infection au VIH était de 4,7 % en ce qui concerne les délinquantes, et de 1,7 % pour les délinquants. Si l'on compare avec les années précédentes, le taux s'avère plus

faible chez les femmes (5 % en 2000), mais il est comparable chez les hommes (1,6 %).

Tableau 1

VIH chez les détenus des pénitenciers fédéraux canadiens ¹ , 2000–2001				
	2001		2000	
	n	(%)	n	(%)
Prélèvements pour dépistage anti-VIH				
Nouvelles admissions	1 606	(34,8)	1 768	(38,1)
Population carcérale générale	2 412	(19,0)	2 770	(21,7)
Total	4 018		4 538	
Nouveaux cas de VIH signalés				
Nouvelles admissions	11	(0,2)	24	(0,5)
Population carcérale générale	5	(0,04)	21	(0,2)
Total	16		45	
Sexe				
Homme	15	(93,8)	43	(95,6)
Femme	1	(6,2)	2	(4,4)
Total	16		45	
Total des cas de VIH signalés²				
Homme	210	(1,7)	201	(1,6)
Femme	13	(4,7)	13	(5,0)
Total	223	(1,8)	214	(1,7)

¹ Population carcérale en 2001 : 12 755 détenus (12 418 hommes, 277 femmes), 4 643 nouvelles admissions.
Population carcérale en 2000 : 12 681 détenus (12 361 hommes, 262 femmes), 4 618 nouvelles admissions.

² Prévalence des cas signalés à la fin de l'année.

Hépatite C

Le nombre des cas signalés d'infection au virus de l'hépatite C (VHC) chez les détenus sous responsabilité fédérale est passé de 2 542 (20,1 %) en 2000 à 2 993 (23,6 %) en 2001 (voir le Tableau 2). Comparativement, le taux d'infection au VHC au sein de la population canadienne dans son ensemble (0,8 %) s'avérait de beaucoup inférieur à celui des détenus des pénitenciers fédéraux⁵.

Tableau 2

Hépatite C chez les détenus des pénitenciers fédéraux canadiens ¹ , 2000–2001				
	2001		2000	
	n	(%)	n	(%)
Prélèvements pour dépistage anti-VHC				
Nouvelles admissions	1 908	(41,1)	1 583	(34,3)
Population carcérale générale	2 512	(19,7)	2 151	(17,0)
Total	4 420		3 734	
Nouveaux cas signalés d'hépatite C				
Nouvelles admissions	195	(4,2)	244	(5,3)
Population carcérale générale	367	(2,9)	289	(2,3)
Total	562		533	
Sexe				
Homme	528	(94,0)	500	(93,8)
Femme	34	(6,0)	33	(6,2)
Total	562		533	
Total des cas signalés d'hépatite C²				
Homme	2 879	(23,2)	2 431	(19,7)
Femme	114	(41,2)	111	(42,4)
Total	2 993	(23,6)	2 542	(20,1)

¹ Population: carcérale en 2001 : 12 755 détenus (12 418 hommes, 277 femmes), 4 643 nouvelles admissions.
Population carcérale en 2000 : 12 681 détenus (12 361 hommes, 262 femmes), 4 618 nouvelles admissions.

² Prévalence des cas signalés à la fin de l'année.

On a décelé 562 nouveaux cas d'hépatite C dans les établissements du SCC en 2001, contre 533 en 2000. Contrairement à ce qu'on a observé pour l'infection au VIH, plus de nouveaux cas d'infection au VHC ont été signalés dans la population carcérale générale (65 % en 2001, et 54 % en 2000) que parmi les détenus nouvellement admis. Ces résultats pourraient être attribuables au fait que le SCC a reconnu l'importance de l'hépatite C et commencé à rendre accessibles les tests de dépistage de cette maladie il y a seulement trois ans.

Cependant, comme dans le cas du VIH, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'obtenir un diagnostic positif d'infection au VHC. À la fin de l'exercice 2001, on a signalé chez les délinquantes 41,2 % de cas VHC, contre 23,2 % chez les délinquants. Comparativement à l'année 2000, toutefois, le taux d'infection déclarée au sein de la population carcérale était supérieur chez les femmes (42,4 %) et inférieur chez les hommes (23,2 %).

Hépatite B et maladies transmises sexuellement

La prédominance du VIH et de l'hépatite C chez les détenus fait souvent oublier l'importance de maladies contagieuses moins souvent diagnostiquées telles que les MTS. En prison comme dans la collectivité, l'hépatite B et les autres maladies transmises sexuellement sont le plus souvent décelées à l'observation de symptômes plutôt que lors d'un dépistage volontaire.

En 2000 et en 2001, on a rapporté respectivement 13 et 43 cas d'hépatite B parmi les détenus des établissements du SCC. Par rapport à la population carcérale dans son ensemble, ces chiffres représentent un taux de 0,1 % pour 2000, et de 0,3 % pour 2001. Par comparaison, on a estimé que le taux au sein de la population canadienne en général se situait entre 0,5 % et 1 % en 2000.

En 2001, on a signalé 23 cas de chlamydie génitale (0,18 % du SCC de la population carcérale), comparativement à 21 cas (0,17 %) en 2000. Le nombre de cas de gonorrhée a aussi augmenté légèrement pendant ces deux ans : 11 cas en 2000 (0,09 %), et 13 cas en 2001 (0,10 %). En 2001 également, on a évalué les taux de chlamydie et de gonorrhée dans la population canadienne en général à 0,15 % et à 0,02 %, respectivement⁶.

Analyse

Les données de surveillance ne donnent qu'une petite idée de la situation relative aux maladies infectieuses dans le milieu carcéral. Des recherches ciblées sont nécessaires pour compléter les données recueillies au cours de la surveillance régulière. Les données compilées par le SSMI-SCC en 2000 et en 2001 corroborent les résultats obtenus par les chercheurs canadiens au sujet des taux d'infection au VIH et au VHC chez les détenus⁷. Les études montrent que des antécédents de consommation de drogues injectables constituent le facteur de risque le plus courant au chapitre de l'infec-

tion au VIH et au VHC chez les détenus sous responsabilité fédérale au Canada⁸. Plus particulièrement, précisons que c'est le partage de seringues infectées entre détenus pour l'injection de drogues illicites qui favorise la transmission des virus à diffusion hématogène.

Cette situation met en lumière le défi croissant qui se pose aux travailleurs de la santé du système correctionnel pour ce qui est de trouver des moyens novateurs et efficaces pour freiner la transmission des maladies infectieuses aux détenus non infectés par les détenus infectés. Les interventions visant à réduire le lourd fardeau associé aux infections doivent s'inscrire dans des stratégies de réduction des méfaits et servir de complément aux mesures habituelles de promotion de la santé par la sensibilisation des détenus. Outre le dépistage volontaire et confidentiel, le SCC a mis en œuvre plusieurs initiatives destinées à prévenir la transmission des maladies infectieuses et à réduire les méfaits entraînés par les comportements à risque. Celles-ci prévoient : la production de matériel didactique et de programmes éducatifs à l'intention des détenus et du personnel correctionnel; la distribution sur demande de condoms, de digues dentaires, de lubrifiants à base d'eau et d'eau de javel dans tous les établissements; la promotion de la vaccination contre l'hépatite A et B; et la mise en œuvre d'un programme d'entretien à la méthadone pour les détenus dépendants des opiacés. Des études ciblées sont nécessaires pour mieux quantifier le risque d'infection au sein du système correctionnel afin d'améliorer les interventions.

Le dépistage précoce des infections liées au VIH, à l'hépatite B et C, et aux MTS chez les détenus contribuera à réduire la morbidité associée à ces maladies ainsi que les coûts des traitements qu'elles nécessitent. Vu que l'hépatite B, la chlamydie et la gonorrhée se transmettent de la même façon que le VIH et que le VHC (par le sang et les contacts sexuels)⁹, que certaines MTS favorisent la transmission du VIH¹⁰, et que les co-infections ont une incidence marquée sur la santé, il est impératif de prévenir la transmission de l'hépatite B et des MTS. Bien que le SCC offre à tous les détenus la vaccination contre l'hépatite B, on ne recueille aucune information sur le nombre de détenus qui reçoivent le vaccin. Le dépistage intensif des MTS pourrait également aider au contrôle de ces maladies. Il est justifié d'accroître le taux de dépistage chez les détenus, en particulier à l'admission, étant donné le succès du dépistage précoce indiqué par les données fournies dans le rapport.

Les résultats figurant dans cet article doivent être interprétés avec prudence. Les données globales de surveillance présentent une limite : elles ne prennent pas en considération le fait qu'un détenu peut subir plusieurs tests. Par conséquent, les taux d'infection, actuellement fondés sur le nombre de résultats positifs, pourraient être en réalité plus élevés que ceux présentés ici. En outre, les taux de cas signalés ne tiennent compte que des personnes qui se soumettent volontairement au dépistage. Le caractère asymptomatique de nombreuses maladies infectieuses accentue la sous-estimation de la prévalence réelle de ces infections au sein de la population carcérale.

La production annuelle de données sur la prévalence ne permet pas de savoir si les changements dans les taux d'infection sont attribuables à la seule transmission au sein des établissements. Un pourcentage important de délinquants sont déjà infectés lorsqu'ils arrivent en prison. Au cours des prochaines années, les responsables de la surveillance de la santé au SCC s'efforceront d'utiliser des méthodes plus rigoureuses pour dépister les maladies afin de faciliter la caractérisation des types d'infections parmi les cas signalés. De plus, le SCC réévaluera constamment ses stratégies en vue de trouver des façons efficaces de prévenir et de contrôler la maladie chez les détenus sous responsabilité fédérale. ■

- 1 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9. Dans cet article, on entend par délinquantes, les femmes incarcérées dans les établissements du SCC réservés aux femmes et non les détenues purgeant une peine de ressort fédéral dans un établissement provincial ou dans l'un des établissements fédéraux qui hébergent à la fois des hommes et des femmes.
- 2 VLAHOV, D., BREWER, T. F., CASTRO, K. G., NARKUNAS, J. P., SALIVE, M. E., ULLRICH, J. et MUNOZ, A. «Prevalence of antibody to HIV-1 among entrants to US correctional facilities», *Journal of the American Medical Association*, vol. 256, n° 9, 1991, p. 1129-1132. Voir aussi GORE, S. M., BIRD, A. G. et HUTCHISON, S. J. «Injector-inmates and anal sex with another man in prison», *International Journal of STD/AIDS*, vol. 9, n° 12, 1998, p. 781.
- 3 MacINTYRE, C. R., KENDIG, N., KUMMER, L., BIRAGO, S., GRAHAM, N. M. et PLANT, A. J. «Unrecognised transmission of tuberculosis in prisons», *European Journal of Epidemiology*, vol. 15, n° 8, 1999, p. 705-9. Voir aussi CHAVES, F., DRONDA, F., CAVE, M. D., ALONSO-SANZ, M., GONZALEZ-LOPEZ, A., EISENACH, K. D., ORTEGA, A., LOPEZ-CUBERO, L., FERNANDEZ-MARTIN, I., CATALAN, S. et BATES, J. H. «A longitudinal study of transmission of tuberculosis in a large prison population», *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 155, n° 2, 1997, p. 719-25.
- 4 SANTÉ CANADA. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2001*, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, avril 2002.
- 5 SANTÉ CANADA. *Système de surveillance améliorée pour les cas d'hépatite B et C aigus*, Division des infections acquises en milieu de soins de santé, Relevé des maladies transmissibles au Canada, 2001, 2753, p. 10-12.
- 6 SANTÉ CANADA. *Comparaison des cas rapportés et des taux de MTS à déclaration obligatoire du 1^{er} janvier au 31 mars 2002 et du 1^{er} janvier au 31 mars 2001*, Division de la promotion de la santé sexuelle et de la prévention et du contrôle des MTS, consulté le 1^{er} juillet 2002 : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/std-mts/stdcases-casmts/index_f.html
- 7 HANKINS, C., GENDRON, S., HANDLEY, M., ROUAH, F. et O'SHAUGHNESSY, M. «Infection au VIH-1 chez des hommes incarcérés - Québec», *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, vol. 17, n° 43, 1991, p. 233-235. Voir aussi FORD, P. M., WHITE, C., KAUFMANN, H., MacTAVISH, J., PEARSON, M., FORD, S., SANKAR-MISTRY, P. et CONNOP, P. «Voluntary anonymous linked study of the prevalence of HIV infection and hepatitis C among inmates in a Canadian federal penitentiary for women», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 153, n° 11, 1995, p. 1605-9.
- 8 FORD, P. M., PEARSON, M., SANKAR-MISTRY, P., STEVENSON, T., BELL, D. et AUSTIN, J. «HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary: Queen's University HIV Prison Study Group», *Queen's Journal of Medicine*, vol. 93, n° 2, 2000, p. 113-9. Voir aussi DUFOUR, A., ALARY, M., POULIN, C., ALLARD, F., NOEL, L., TROTTIER, G., LEPINE, D. et HANKINS, C. «Prevalence and risk behaviours for HIV infection among inmates of a provincial prison in Quebec City», *AIDS*, vol. 10, n° 9, 1996, p. 1009-15. Voir aussi PREFONTAINE, R. G., CHAUDHARY, R. K. et MATHIAS, R. G. «Analysis of risk factors associated with hepatitis B and C infection in correctional institutions in British Columbia», *Canadian Journal of Infectious Disease*, vol. 5, n° 4, 1994, p. 153-6.
- 9 GILL, O. N., NOONE, A. et HEPTONSTALL, J. «Imprisonment, injecting drug use, and bloodborne viruses», *British Medical Journal*, vol. 310, n° 6975, 1995, p. 275-6.
- 10 COHEN, M. S. «Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission: no longer a hypothesis», *Lancet Supplemental*, vol. 3, 1998, p. 5-7.

Formes synthétiques de THC utilisées à des fins thérapeutiques en milieu clinique

Patricia MacPherson¹

Centre de recherche en toxicomanie, Service correctionnel du Canada

Depuis des siècles, la plante de la marijuana est employée à la fois comme herbe médicinale et comme drogue douce. Selon des renseignements non scientifiques, elle s'avérerait efficace pour traiter les symptômes de diverses maladies. On tente actuellement d'obtenir des données scientifiques précises à ce sujet dans le cadre de recherches en laboratoire et d'études cliniques. L'usage de la marijuana à des fins médicales soulève différentes questions. Le débat en cours porte sur la valeur thérapeutique de cette drogue par rapport au danger potentiel qu'elle présente. Afin de ne pas encourager l'usage des cigarettes de marijuana tout en tirant profit de sa valeur thérapeutique, on a élaboré deux formes synthétiques de cette substance. Cet article vise à fournir une vue d'ensemble des raisons qui ont justifié cette élaboration ainsi qu'à examiner leur utilité en milieu clinique.

Historique et pharmacologie

Le cannabis *sativa*, plus communément appelé «marijuana», contient littéralement des centaines de substances chimiques connues parmi lesquelles les cannabinoïdes, responsables de tous les effets psychoactifs de cette drogue. Le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) constitue le principal ingrédient psychoactif du cannabis. Ce composé a été isolé en 1964, et les scientifiques sont parvenus à le synthétiser et à en étudier la structure, la pharmacologie et l'action sur le cerveau². Cependant, le mécanisme d'action précis du THC a échappé à notre compréhension pendant plusieurs années encore. Il a fallu attendre jusqu'en 1988 pour que, grâce aux nouvelles technologies, on se rende compte que le THC s'attachait aux membranes cellulaires. Cette découverte laissait croire qu'il existait des récepteurs spécifiques auxquels le composé se liait³. Peu de temps après, l'existence du premier récepteur des cannabinoïdes (le récepteur CB1) était révélée, et ce dernier était cloné dans le système nerveux central⁴. Quelques années s'écoulèrent ensuite avant qu'on ne décèle le deuxième récepteur des cannabinoïdes (le récepteur CB2) dans les tissus périphériques⁵. On a démontré que le THC se liait à ces récepteurs à des degrés divers, entraînant différents effets sur l'organisme.

La découverte des récepteurs des cannabinoïdes a poussé les scientifiques à chercher la substance chimique produite par le cerveau (substance endogène) et donnant lieu à la liaison avec ces récepteurs. Deux cannabinoïdes endogènes ont alors été identi-

fiés, soit le N-arachidonyléthanolamine (anandamide) et le N-arachidonylglycérol⁶. Depuis, on a synthétisé les deux et étudié leurs effets sur le cerveau et sur d'autres parties du corps. On a compris beaucoup de choses au sujet du mode d'action des cannabinoïdes, de leurs effets et de l'endroit où les récepteurs sont situés dans le cerveau et les tissus périphériques.

THC sur ordonnance

Depuis des siècles, des anecdotes viennent témoigner des bienfaits thérapeutiques liés à la marijuana fumée. Grâce à la découverte du système cannabinoïde endogène, on a pu élaborer des médicaments qui ciblaient directement ce système et visaient à induire les mêmes effets que les cigarettes de marijuana. En fumant cette dernière, on absorbe une drogue brute dont la teneur en THC varie, mais également des substances nocives pour l'organisme. La fumée de marijuana renferme des goudrons ainsi que d'autres substances chimiques présentes dans la fumée du tabac et associées à un risque accru de maladies pulmonaires ainsi qu'à une augmentation des mutations cellulaires des tissus pulmonaires⁷. Pour ces raisons, la mise au point de solutions de rechange à l'utilisation de cette drogue suscitait un vif intérêt.

À l'heure actuelle, deux composés dérivés du THC se vendent sur ordonnance. Il s'agit d'abord du dronabinol (Marinol), un THC de synthèse dont la structure s'avère identique à celle de la substance psychotrope qu'on trouve dans la marijuana. Approuvé aux États-Unis depuis 1986, ce produit est aussi offert sur le marché au Canada. Puis, il y a le nabilone (Cesamet), un analogue du THC, qu'on peut obtenir sur ordonnance au Canada et au Royaume-Uni. Cependant, sa vente sur ordonnance n'a pas encore été autorisée aux États-Unis. Ces deux médicaments se présentent sous forme de comprimés.

Il existe d'autres formes synthétiques de THC, notamment le levonantrodol, également un analogue du THC, de même que le HU-210, autre analogue, mais beaucoup plus puissant, celui-là, que le THC présent dans la marijuana⁸. Ces drogues ne sont pas disponibles dans le commerce, et leur utilisation sur ordonnance n'a pas été autorisée.

Efficacité thérapeutique

C'est habituellement par des expériences sur des animaux de laboratoire qu'on évalue d'abord l'efficacité d'une nouvelle drogue. De telles études ont montré que le THC synthétique était efficace pour stimuler l'appétit, prévenir les nausées et les vomissements, atténuer la douleur et réduire les spasmes musculaires associés à plusieurs maladies (sclérose en plaques, épilepsie, etc.)⁹. Les résultats de ces recherches ont servi de base à de nombreux essais cliniques sur des humains.

Les essais cliniques effectués avec des sujets humains soulèvent une foule de problèmes particuliers que ne posent pas les expériences sur des animaux. Les premiers ne permettent pas un contrôle aussi rigoureux que les recherches en laboratoire, et la variabilité individuelle liée aux antécédents médicaux ou à l'état de santé est plus marquée. La taille des échantillons entraîne également certaines limites dans le cadre des essais cliniques, la variabilité pouvant avoir une influence encore plus grande. La méthode la plus efficace pour effectuer ce genre d'épreuves réside dans une répartition au hasard des sujets entre un groupe recevant le médicament étudié et un groupe recevant un traitement inactif (groupe placebo) ou un médicament de référence (traitement actif). Ni les expérimentateurs ni les patients ne savent qui est affecté à quel groupe, ce qui réduit les risques d'attentes ou d'idées préconçues personnelles susceptibles d'influer sur les résultats. Ces mises en garde devraient suffire pour qu'on fasse preuve de prudence dans l'interprétation des résultats des études cliniques menées avec des sujets humains et portant sur le THC synthétique, car il arrive souvent que celles-ci fassent appel à de petits échantillons et à des groupes témoins inadéquats.

Traitement contre la nausée

Il existe une importante documentation sur les propriétés antinauséuses du THC. Dans le cadre d'une étude, on a tenté de rassembler ces ouvrages et de préciser l'efficacité des cannabinoïdes dans le traitement de la nausée et des vomissements¹⁰. On a d'abord passé en revue 198 études sur la question pour découvrir, au moyen de méthodes normalisées, que seules 30 d'entre elles satisfaisaient aux critères établis pour les essais entièrement randomisés. Il s'agissait de 30 essais cliniques, dans le cadre desquels des données portant sur 1 366 patients avaient été analysées. Les médicaments étudiés étaient le nabilone administré par voie orale, le dronabinol également administré par voie orale et le levonantradol (un analogue synthétique du THC) administré par voie intramusculaire. Les essais consistaient en une comparaison des cannabinoïdes à un médica-

ment placebo et à un médicament de référence. On a déterminé que les cannabinoïdes étaient légèrement plus efficaces que le placebo et les médicaments couramment utilisés contre la nausée et les vomissements provoqués par des traitements de chimiothérapie à doses moyennes, mais on ne notait pas cette efficacité accrue dans le cas des patients recevant une chimiothérapie à faibles doses ou à doses très fortes.

Aucun des essais visés ne comparait les cannabinoïdes aux plus efficaces des médicaments courants utilisés contre la nausée et les vomissements, c'est-à-dire l'ondansétron et le granisétron, deux inhibiteurs des récepteurs de la sérotonine. Des données montrent que les cannabinoïdes ont une plus grande efficacité que les inhibiteurs pour ce qui est de lutter contre la nausée et les vomissements provoqués par la chimiothérapie¹¹.

Stimulation de l'appétit

Le «syndrome cachectique» lié au syndrome d'immunodéficience acquis (sida) résulte de troubles secondaires à la maladie tels que la diarrhée, les vomissements et la perte d'appétit, et entraîne une perte de poids importante. La Food and Drug Administration des États-Unis a approuvé l'usage du Marinol en tant que stimulant de l'appétit dans le traitement de la cachexie chez les patients atteints du sida. Bien qu'il soit toujours utilisé fréquemment à cette fin, on manque de données cliniques établissant l'efficacité du THC synthétique pour stimuler l'appétit¹². Le seul cannabinoïde évalué dans le cadre d'essais cliniques est le Marinol, et ces épreuves confirment en général son efficacité thérapeutique. Toutefois, ce médicament ne s'avère pas plus efficace que le dérivé de la progestérone utilisé dans les traitements conventionnels¹³.

Le THC peut être une solution thérapeutique valable pour certaines maladies telles que le sida, qui s'accompagnent de nombreux symptômes (nausées, vomissements, perte d'appétit, anxiété) pouvant être soulagés grâce à une seule substance, plutôt que par plusieurs médicaments visant chacun un symptôme particulier. L'un des inconvénients possibles du traitement au THC, cependant, est qu'on a établi un lien entre les fonctions immunitaires et les récepteurs CB2 des cannabinoïdes qui ne sont pas situés dans le système nerveux central. De plus, il a été démontré que le fait de fumer de la marijuana a des effets immunodépresseurs induits par ces récepteurs¹⁴. On ne connaît pas les effets du THC administré par voie orale et des autres cannabinoïdes sur le système immunitaire par comparaison avec ceux de la marijuana fumée. Il faut effectuer des recherches plus poussées avec des patients chez qui ce système est déjà déprimé.

Autres indications thérapeutiques

On étudie actuellement d'autres applications possibles du THC utilisé sur ordonnance. Des recherches menées sur des animaux indiquent que le THC constitue un puissant analgésique (médicament qui atténue la douleur). Cependant, les études portant sur des sujets humains ont abouti à des résultats contradictoires et variables¹⁵. Dans les cas où le traitement conventionnel aux analgésiques opioïdes s'avère inefficace, le THC peut être utile comme solution de rechange ou combiné à ces médicaments. Certains faits montrent que l'action de ces deux substances sur la douleur ne s'exerce pas par les mêmes voies neurologiques¹⁶, et il est possible que leur effet conjugué soit plus marqué. Des études plus poussées permettront de déterminer s'il s'agit là d'une option thérapeutique viable.

De nombreux récepteurs des cannabinoïdes sont situés dans les régions du cerveau qui régissent le mouvement. Des études sur des animaux ont montré que le THC agit directement sur ces régions et modifie la motricité¹⁷. Bon nombre de sujets atteints de sclérose en plaques signalent que la consommation de cigarettes de marijuana soulage les spasmes musculaires¹⁸. Bien que les recherches menées à ce jour n'aient pas donné de résultats probants quant à l'efficacité du THC dans le traitement de cette maladie, il faut effectuer des essais cliniques plus rigoureux avant de pouvoir tirer des conclusions.

Effets secondaires

On a établi que les effets secondaires des cannabinoïdes sont passablement plus fréquents¹⁹. Parmi les effets observés, mentionnons la somnolence, une action sédatrice, l'euphorie et la sensation de «planer», des étourdissements, la dépression, des hallucinations, la paranoïa et l'hypotension. Dans le cadre de 19 des 30 essais étudiés lors de l'examen des chimiothérapies, le nombre de sujets exclus de l'étude en raison d'effets indésirables était sensiblement plus important au sein du groupe ayant pris des cannabinoïdes (11 %) que parmi les patients qui avaient reçu un traitement conventionnel ou un placebo (2 %).

Abus possibles

Comme toute autre substance psychotrope de prescription, le THC synthétique soulève une autre inquiétude, à savoir celle suscitée par les abus éventuels. Cependant, un grand nombre des effets secondaires signalés engendrent une aversion, notamment les étourdissements et la dépression, ce qui pourrait réduire la probabilité d'abus généralisés. En outre, l'absorption du THC synthétique par l'organisme se fait moins rapidement lorsqu'il est ingéré, atténuant les effets

psychoactifs de la substance. Une étude financée par la compagnie pharmaceutique à laquelle on doit la fabrication du Marinol aux États-Unis n'a pas permis de conclure à des abus dans la consommation de ce médicament ou à son utilisation à des fins non prévues²⁰. Toutefois, avant de pouvoir en arriver à des conclusions définitives, on doit réaliser d'autres recherches sur la possibilité d'une utilisation abusive du Marinol et du Cesamet.

Par ailleurs, on ne sait pas non plus avec certitude quelle incidence le fait d'avoir déjà fumé de la marijuana peut avoir sur la possibilité d'en abuser. Certains facteurs indiquent toutefois qu'une consommation antérieure peut susciter chez le patient des attentes quant à l'issue favorable du traitement au THC synthétique. En effet, plus de la moitié des sujets ayant participé à l'un des essais cliniques visés par la revue des expériences de chimiothérapie consommaient régulièrement de la marijuana. Parmi ces consommateurs, 94 % croyaient que les cannabinoïdes allaient réduire les nausées et les vomissements²¹.

Politique

Au Canada, la marijuana et ses dérivés synthétiques tombent sous le coup de l'annexe II de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Les règles qui régissent leur distribution licite sont énoncées dans le *Règlement sur les stupéfiants*. À l'heure actuelle, l'utilisation du Marinol et du Cesamet est autorisée pour le traitement des cas graves de nausées et de vomissements associés à la chimiothérapie, et le Marinol peut être employé pour traiter l'anorexie chez les patients atteints du sida²².

Le Service correctionnel du Canada n'a pas de politique nationale en ce qui a trait à l'utilisation du THC sur ordonnance. Chacune de ses cinq régions est dotée d'un comité de pharmacologie et de thérapeutique chargé d'élaborer une politique régionale en matière d'accessibilité aux médicaments et aux produits pharmaceutiques²³. La politique visant l'usage du THC de prescription varie d'une région à l'autre. Par exemple, dans l'Atlantique, son utilisation n'est pas encore approuvée en ce qui concerne les délinquants. Dans la région du Pacifique, on l'a déjà utilisé pour traiter les patients vivant avec le sida, mais aucun délinquant ne fait actuellement l'objet d'un traitement au THC.

Conclusion

Certains facteurs indiquent que le THC de synthèse pourrait être une option thérapeutique valable pour le traitement des troubles secondaires associés à certaines maladies. On manque encore de données montrant sa supériorité par rapport aux traitements conventionnels courants, sauf,

peut-être, dans les cas où ces derniers s'avèrent inefficaces. Il a été démontré que le THC synthétique peut produire divers effets secondaires en plus des effets souhaités. En apprenant à mieux connaître le système cannabinoïde endogène, nous pourrions peut-être mettre au point des médica-

ments spécifiques et sélectifs qui agiront sur les sous-types de récepteurs voulus et accentueront les effets recherchés, tout en atténuant les réactions indésirables qui limitent en ce moment leur utilité en milieu clinique. ■

- ¹ C.P. 1360, Montague (Île-du-Prince-Édouard) C0A 1R0.
- ² MECHOULAM, R. *Exogenous and endogenous cannabinoids: understanding of psychotropic properties and medicinal aspects*, World Congress on Medicine and Health, exposé de principe, 2000.
- ³ DEVANE, W. A., DYSARC, F. A., JOHNSON, M. R., MELVIN, L. S. et HOWLETT, A. C. «Determination and characterization of a cannabinoid receptor in rat brain», *Molecular Pharmacology*, vol. 34, 1998, p. 605-613.
- ⁴ MATSUDA, L., LOLAIT, S. J., BROWNSTEIN, M. J., YOUNG, A. C. et BONNER, T. I. «Structure of a cannabinoid receptor and functional expression of the cloned cDNA», *Nature*, vol. 346, 1990, p. 561-564.
- ⁵ MUNRO, S., THOMAS, K. L. et ABU-SHAAR, M. «Molecular characterization of a peripheral receptor for cannabinoids», *Nature*, vol. 365, 1993, p. 61-65.
- ⁶ JOY, J. F., WATSON, Jr. J. et BENSON, J. A. *Marijuana and medicine: Assessing the science base*, Washington, DC, National Academy Press, 1999.
- ⁷ BARSKY, S. H., ROTH, M. D., KLEERUP, E. C., SIMMONS, M. et TASHKIN, D. P. «Histopathologic and molecular alterations in bronchial epithelium in habitual smokers of marijuana, cocaine, and/or tobacco», *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 90, 1998, p. 1198-1205.
- ⁸ Op. cit., JOY *et al.*, 1999.
- ⁹ Op. cit., JOY *et al.*, 1999.
- ¹⁰ TRAMER, M. R., CARROLL, D., CAMPBELL, F. A., REYNOLDS, D. J. M. et MOORE, A. R. «Cannabinoids for control of chemotherapy induced nausea and vomiting: Quantitative systematic review», *British Medical Journal*, vol. 323, 7 juillet 2001.
- ¹¹ Op. cit., JOY *et al.*, 1999.
- ¹² Op. cit., JOY *et al.*, 1999.
- ¹³ TIMPONE, J. G., WRIGHT, D. J., LI, N., EGORIN, M. J., ENAMA, M. E., MAYERS, J. et GALETTO, G. «DATRI 004 Study Group. The safety and pharmacokinetics of single-agent and combination therapy with megestrol acetate and dronabinol for the treatment of HIV wasting syndrome: The DATRI 004 study group», *AIDS Research and Human Retroviruses*, vol. 13, 1997, p. 305-315.
- ¹⁴ CABRAL, G. A. et DOVE PETTIT, D. A. «Drugs and immunity: Cannabinoids and their role in diseased resistance to infectious disease», *Journal of Neuroimmunology*, vol. 83, 1998, p. 116-123.
- ¹⁵ CAMPBELL, F. A., TRAMER, M. R., CARROLL, D., REYNOLDS, D. J. M., MOORE, A. et McQUAY, H. J. «Are cannabinoids an effective and safe treatment option in the management of pain? A qualitative systematic review», *British Medical Journal*, vol. 323, 2001, p. 1-6.
- ¹⁶ HAMANN, W. et Di VADI, P. P. «Analgesic effect of the cannabinoid analogue nabilone is not mediated by opioid receptors», *The Lancet*, vol. 353, 1999.
- ¹⁷ CARRIERO, D., ABERMAN, J., LIN, S. Y., HILL, G., MAKRIYANNIS, A. et SALAMOME, J. D. «A detached characterization of the effects of four cannabinoid agonists on operant lever pressing», *Psychopharmacology*, vol. 137, 1998, p. 147-156.
- ¹⁸ PERTWEE, R. G. «Neuropharmacology and therapeutic potential of cannabinoids», *Addiction Biology*, vol. 5, 2000, p. 37-46.
- ¹⁹ Op. cit., TRAMER *et al.*, 1998.
- ²⁰ CALHOUN, S. R., GALLOWAY, G. P. et SMITH, D. E. «Abuse potential of dronabinol (Marinol)», *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 30, 1998, p. 187-196.
- ²¹ Op. cit., TRAMER *et al.*, 1998.
- ²² ERICKSON, B. *Résumé de l'étude d'impact de la réglementation*, Ottawa, ON, Bureau des substances contrôlées, Santé Canada, 2000.
- ²³ SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA. *Directives du commissaire 805 : Médicaments et fournitures médicales*, Ottawa, ON, auteur, 1995.

Analyse des besoins en santé mentale des délinquantes en vue de l'élaboration d'une stratégie d'intervention intensive

Donna McDonagh et Christine Noël¹

Services de santé, Service correctionnel du Canada

Cherami Wichmann²

Section de la famille, des enfants et des adolescents, ministère de la Justice du Canada

Cet article résume certaines des conclusions clés découlant d'une étude entreprise conjointement par la Direction des services de santé, la Direction de la recherche et le Secteur des délinquantes du Service correctionnel du Canada (SCC). En 1990, le SCC a créé le Groupe d'étude sur les femmes purgeant une peine fédérale, chargé d'examiner la gestion des services correctionnels visant les détenues sous responsabilité fédérale et d'élaborer un plan adapté aux besoins spéciaux de ces femmes³. Ce Groupe d'étude a notamment recommandé que la Prison des femmes de Kingston, en Ontario⁴, soit fermée et remplacée par quatre établissements régionaux et un pavillon de ressourcement autochtone. Entre 1995 et 1997, ces nouveaux établissements ont ouvert leurs portes. Leur conception tenait compte des recommandations du Groupe d'étude, qui faisaient la promotion de concepts associés à la vie en collectivité (les détenues sont hébergées dans des maisons indépendantes regroupées derrière un bâtiment principal où se trouvent les bureaux du personnel, une infirmerie et un secteur réservé aux visites). Ces nouveaux établissements répondaient effectivement aux besoins de la plupart des délinquantes, mais pas à ceux de certaines à qui il fallait dispenser des soins de santé mentale plus intensifs (lesquels n'étaient pas offerts à l'époque par les établissements régionaux) ou au petit groupe de délinquantes dites «à sécurité maximale», pour lesquelles il faut prévoir davantage de structure et de contrôle⁵.

Ces dernières années, le SCC a accordé la priorité à la mise en place d'une stratégie globale à la fois réaliste et durable visant à répondre aux nombreux besoins de santé mentale de ces délinquantes, ainsi qu'aux besoins des délinquantes dites «à sécurité maximale»⁶. Pour faciliter l'élaboration de cette stratégie, il a fallu effectuer une analyse des besoins afin d'obtenir des renseignements à propos de la santé mentale, des compétences psychosociales et des besoins en matière de sécurité de ces délinquantes, et de fournir davantage de données sur les programmes requis, la dotation, la formation du personnel, la sécurité et la nature de la surveillance et des interventions nécessaires⁷. Cet article se limite à décrire certaines conclusions de l'analyse des besoins relatives à la santé mentale des délinquantes visées.

Méthodologie

On a établi les critères d'inclusion à l'analyse des besoins de manière à ce qu'elle vise toutes les délinquantes dites «à sécurité maximale», celles qui présentent de graves troubles mentaux et celles qui ont d'importantes difficultés à fonctionner dans la vie quotidienne (p. ex., celles qui ne peuvent fonctionner dans l'environnement communautaire des établissements régionaux sans un soutien et une intervention considérables)⁸.

Dans le cadre de l'analyse des besoins, on a envoyé des questionnaires aux dix établissements accueillant des détenues qui purgeaient une peine de ressort fédéral, destinés à tous les employés et membres de l'équipe interdisciplinaire travaillant auprès des femmes qui appartenaient aux populations cibles⁹. Pour garantir l'uniformité dans la façon de remplir les questionnaires, les enquêteurs nationaux ont également envoyé des directives aux personnes interrogées.

Ce questionnaire, qui portait sur une grande variété de sujets (questions fermées et à réponse libre), visait à brosser un tableau national global des difficultés que connaissent ces détenues et les personnes travaillant avec elles, ainsi que des besoins qui en découlent en matière de sécurité, de programmes et de formation du personnel.

En ce qui concerne les besoins en santé mentale des délinquantes, le questionnaire visait à évaluer les éléments suivants : établissement de diagnostics psychiatriques¹⁰, utilisation de médicaments traitant les troubles psychiatriques ou d'autres médicaments, comportements suicidaires, tendance à l'automutilation, toxicomanie et autres préoccupations/problèmes liés à la santé mentale, et besoins de traitement et de programmes connexes.

Organisation des données

On a analysé les données à l'aide d'un guide de codage : le mode de codage n'était pas nécessairement évident et les catégories étaient délimitées en fonction des réponses les plus fréquentes. L'échantillon était divisé en quatre sous-groupes s'excluant mutuellement, selon les critères auxquels satisfaisaient les délinquantes (voir le Tableau 1). Les données ont également été analysées à l'échelle régionale.

Tableau 1

Catégorisation des sous-groupes		
Sous-groupe	Nombre (n)	Description des sous-groupes
Max (Sécurité maximale)	20	Délinquantes dites «à sécurité maximale» qui ne vivent pas dans une unité pour délinquantes ayant des besoins spéciaux, une unité de santé mentale ou un centre de traitement et qui n'ont pas de problèmes graves de santé mentale et/ou de lacunes en matière de compétences psychosociales.
MaxBS (Sécurité maximale, besoins spéciaux)	9	Délinquantes dites «à sécurité maximale» qui vivent dans une unité pour délinquantes ayant des besoins spéciaux, une unité de santé mentale ou un centre de traitement et qui ont de graves problèmes de santé mentale et/ou des lacunes en matière de compétences psychosociales.
BS-CT (Besoins spéciaux, centre de traitement)	20	Délinquantes dites «à sécurité minimale» ou «à sécurité moyenne» qui ne vivent pas dans une unité pour délinquantes ayant des besoins spéciaux ou un centre de traitement, mais ont de graves problèmes de santé mentale et/ou des lacunes en matière de compétences psychosociales.
BS-NonCT (Besoins spéciaux, pas dans un centre de traitement)	25	Délinquantes dites «à sécurité minimale» ou «à sécurité moyenne» qui vivent dans une unité pour délinquantes ayant des besoins spéciaux, une unité de santé mentale ou un centre de traitement.

Résultats

Soixante-quatorze questionnaires dûment remplis ont été renvoyés¹¹. L'âge moyen des membres des sous-groupes était de 35,3 ans (ET = 8,7); 19 détenues étaient des Autochtones (25,7 %).

Schéma des besoins

On a examiné les diagnostics psychiatriques et l'information relative au fonctionnement cognitif afin d'établir un schéma général des besoins basé sur les éléments suivants : maladie mentale grave (MMG, p. ex., schizophrénie); trouble de la personnalité (TP, p. ex., trouble de la personnalité limite); et troubles cognitifs (TC, p. ex., déficit cognitif)¹². La majorité des délinquantes (77 %) s'inscrivaient dans ce schéma; chez près de la moitié (43 %), on a observé plusieurs des besoins définis (voir le Graphique 1).

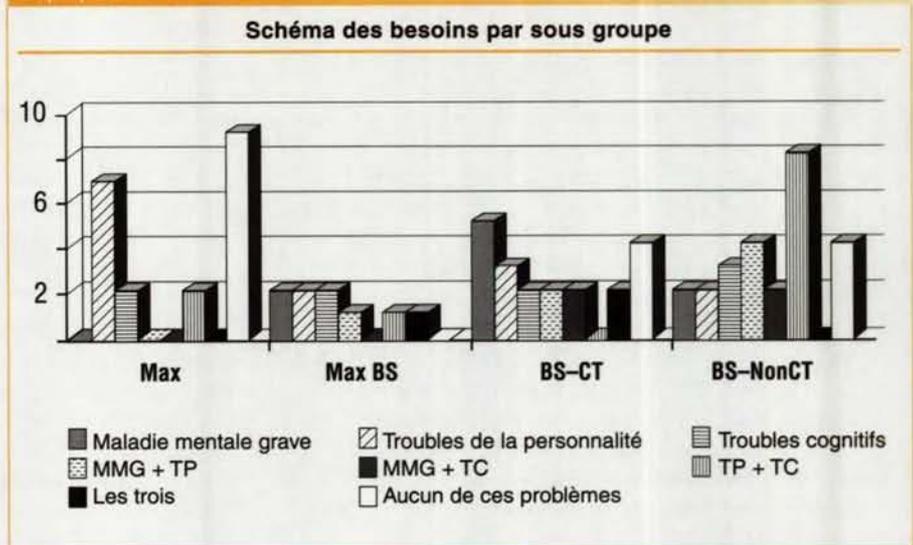
Graphique 1



Schéma des besoins par sous-groupe

Dans le Graphique 2, le schéma des besoins est examiné plus en détail pour chacun des quatre sous-groupes. Parmi les résultats les plus intéressants, on observe que, pour près de la moitié du sous-groupe Max (n = 9), aucun des besoins définis dans le schéma ne s'appliquait; en outre, aucun membre de ce sous-groupe ne souffrait d'une MMG. Près du tiers (n = 7) des délinquantes restantes du sous-groupe Max souffraient d'un trouble de la personnalité; elles représentaient le plus fort pourcentage de TP parmi les sous-groupes restants. Chez la moitié des détenues appartenant au sous-groupe MaxBS, on a diagnostiqué une MMG ou une combinaison de MMG. En outre, chez plus de la moitié d'entre elles, on a diagnostiqué un TP (trouble de la personnalité limite/TPL). Là encore, chez la moitié des femmes appartenant au sous-groupe BS-CT, on a diagnostiqué une MMG ou une combinaison de MMG. De plus, on a diagnostiqué un TPL chez un tiers de ces détenues. Enfin, c'est au sein du sous-groupe BS-NonCT qu'on a observé le plus de besoins définis :

Graphique 2



un ou plusieurs de ces besoins chez plus des trois quarts des femmes appartenant à ce sous-groupe, dont la majorité souffraient de troubles cognitifs et de troubles de la personnalité (avec de nombreux cas de co-occurrence).

Autres résultats : toxicomanie, comportement suicidaire, automutilation

On a constaté que la majorité des détenues (75 %) avaient un grave problème de toxicomanie. Environ le tiers des détenues toxicomanes (35 %) posaient de sérieux problèmes à l'établissement (liés à la consommation et au trafic de drogues). Chez 70 % d'entre elles, on a observé une co-occurrence de ce problème et d'un diagnostic psychiatrique (TP, MMG).

On a constaté que près de la moitié des détenues avaient un comportement suicidaire¹³ (les deux tiers avaient tenté de se suicider au cours des deux années précédentes). Il semble que le risque de suicide était le plus élevé au sein du sous-groupe MaxBS (89 %). Parallèlement, on a constaté que la moitié des détenues s'étaient déjà automutilées. Les cas d'automutilation ont été rapportés plus souvent chez les détenues dites «à sécurité maximale» (sous-groupe Max ou MaxBS) : 58 % contre 35 %. En outre, au moment de l'étude, l'automutilation était une source de préoccupation pour 25 % des détenues, tous sous-groupes confondus.

On a observé d'importantes variations dans les réponses aux questions portant sur les relations interpersonnelles. Même s'il s'agit d'une évaluation subjective qui peut dépendre de la qualité des relations entre les détenues et le personnel, les employés ont indiqué que la majorité des détenues avaient des difficultés, les plus courantes étant les suivantes : provocations menant à des conflits; difficultés dans les relations interpersonnelles; comportements antisociaux; et comportements impulsifs.

On a constaté que les trois quarts des détenues connaissaient des problèmes dans le cadre des activités de la vie quotidienne. Voici les plus courants : problèmes affectifs/comportementaux (gestion du stress, résolution des problèmes, impulsivité); soins personnels (hygiène personnelle, alimentation); tâches ménagères; et problèmes de motivation/d'organisation (p. ex., pour entreprendre des activités ou organiser les différentes étapes d'une tâche particulière). Pour l'ensemble des sous-groupes, la principale difficulté était de nature affective ou comportementale; les femmes appartenant au sous-groupe BS-NonCT étaient celles qui avaient le plus de problèmes dans toutes les catégories.

Selon les employés, environ 70 % des détenues ayant un problème de santé mentale ou besoin de traitements n'appartenaient à aucune des catégories

établies dans le DSM-IV. Voici les problèmes les plus couramment observés : déséquilibre affectif, problèmes liés à des traumatismes antérieurs et maladies graves (p. ex., hépatite C, asthme, épilepsie ou VIH/sida)¹⁴. C'est au sein du sous-groupe BS-NonCT qu'on a observé le plus de cas de déséquilibre affectif et de problèmes liés à des traumatismes antérieurs; les troubles de l'alimentation et le déséquilibre affectif étaient plus fréquents au sein du sous-groupe Max; et les maladies graves étaient plus fréquentes au sein du sous-groupe BS-CT.

Lorsqu'on a demandé aux employés ce qu'ils pensaient des besoins de traitement des détenues, ils ont été une majorité à répondre qu'elles avaient besoin de traitements psychologiques, notamment de counseling individuel. Par ailleurs, ils ont mentionné le besoin de traitements liés aux problèmes suivants : aptitudes insuffisantes/incapacité à gérer le stress, qui touchent par exemple les relations interpersonnelles et les activités quotidiennes; traitements psychiatriques nécessitant une gestion des médicaments; toxicomanie; et maîtrise de la colère.

L'étude a révélé qu'environ un quart des détenues avaient besoin de programmes adaptés à leur niveau de connaissances (le besoin était particulièrement élevé au sein des groupes BS et très limité au sein du groupe Max). On a constaté que la majorité des détenues étaient capables de participer à des programmes de groupes; il y avait néanmoins des différences entre les sous-groupes, les membres du sous-groupe MaxBS étant les moins aptes à fonctionner en groupe et ayant davantage besoin de programmes individuels.

Enfin, les employés ont indiqué divers domaines dans lesquels il serait possible d'offrir une formation spécialisée additionnelle. Voici ceux qu'ils ont mentionnés le plus souvent : Thérapie comportementale dialectique (TCD); sensibilisation aux problèmes de santé mentale; et intervention en cas de crise. Les autres domaines suggérés étaient les suivants : toxicomanie; aptitudes thérapeutiques; intervention face aux comportements suicidaires/à l'automutilation; sensibilisation aux particularités autochtones; compréhension des problématiques liées aux mauvais traitements et aux traumatismes; et formation à la maîtrise de la colère.

Conclusion

Le 3 septembre 1999, le Solliciteur général, M. Lawrence MacAulay, annonçait la mise sur pied de la *Stratégie d'intervention intensive auprès des délinquantes*. Celle-ci répond aux besoins complexes des populations ayant fait l'objet de l'analyse des besoins, et aux risques associés à ces populations. Essentiellement, la Stratégie décrit les milieux de vie particuliers aménagés pour les femmes dans les établissements régionaux – on a créé des milieux de

vie structurés (MVS) à l'intention des délinquantes dites «à sécurité minimale» et «à sécurité moyenne» qui ont de graves troubles de santé mentale, ainsi que des unités de garde en milieu fermé à l'intention des délinquantes à sécurité maximale. Dans ces deux types d'environnement, du personnel assure les services de surveillance et de soutien 24 h sur 24 et des programmes spécialisés sont exécutés par une équipe multidisciplinaire. Dans un milieu thérapeutique efficace, les deux principaux modèles de traitement mis en œuvre dans les milieux de vie structurés sont les suivants : la TCD – qui traite les troubles émotifs et de comportement, ainsi que d'autres besoins en matière de relations interpersonnelles; et la réadaptation psychosociale (RPS) – pour répondre aux besoins quotidiens et aux

besoins en matière d'habiletés d'adaptation des délinquantes considérées comme ayant des déficits cognitifs. Ces interventions seront également offertes aux délinquantes logées dans les unités de garde en milieu fermé.

En résumé, l'analyse des besoins a permis de recueillir des renseignements qui faciliteront la satisfaction des besoins en santé mentale des populations visées, y compris en ce qui a trait au choix, à la définition et à la mise en œuvre des principales interventions (TCD et RPS). Par ailleurs, les données découlant de l'analyse des besoins ont également servi à définir l'échelle de fonctionnement en établissement, qui facilitera l'évaluation des progrès et des résultats obtenus dans les deux types d'environnement. ■

- 1 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9. Prière d'adresser vos demandes de renseignements sur le rapport d'analyse des besoins à Donna McDonagh, Ph.D. Les auteurs tiennent à souligner la collaboration de Jennifer MacDonald et de Lisa Watson à l'étude et de Jane Laishes qui a révisé le document anglais.
- 2 284, rue Wellington, Ottawa (Ontario) K1A 0H8.
- 3 SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA. *La Création de choix - Le rapport du groupe d'étude sur les femmes purgeant une peine fédérale*, Ottawa, ON, auteur, 1990.
- 4 La Prison des femmes a ouvert ses portes en 1934. En 1990, il s'agissait du seul établissement carcéral fédéral accueillant les femmes purgeant une peine de ressort fédéral au Canada.
- 5 Chaque maison accueille de 6 à 10 femmes et comprend une salle commune, une cuisine, une salle à manger, des salles de bain, une lingerie/buanderie et un accès au terrain. Les occupantes de chaque maison doivent s'occuper de toutes les tâches ménagères, par exemple, faire la cuisine, le ménage et la lessive.
- 6 Au mois de septembre 1996, on a décidé provisoirement de retirer toutes les femmes dites «à sécurité maximale» des nouveaux établissements régionaux pour femmes gérés par le Service, parce que l'environnement communautaire de ces établissements ne répondait pas aux besoins de cette population, tant au chapitre de la sécurité qu'en ce qui a trait aux programmes. Par ailleurs, les unités à encadrement renforcé des établissements régionaux étaient conçues pour des séjours de courte durée et non pour de l'hébergement à long terme. Les délinquantes dites «à sécurité maximale» étaient incarcérées à la Prison des femmes (aujourd'hui fermée) ou dans des unités distinctes des établissements pour hommes : pénitencier de la Saskatchewan, centre psychiatrique régional - Prairies (Saskatchewan), centre régional de réception (Québec) et établissement de Springhill (Nouvelle-Écosse). Dans la région du Pacifique, toutes les détenues sont incarcérées au centre correctionnel pour femmes de Burnaby, en vertu d'un accord d'échange de services.
- 7 Les rapports suivants ont été produits au sujet des délinquantes ayant des besoins spéciaux et/ou dites «à sécurité maximale» : McDONAGH, D. *Détenues dites «à sécurité maximale» - Faire du temps sans se laisser faire par le temps*, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1999. MORIN, S. *Les détenues autochtones à sécurité maximale purgeant une peine fédérale - Que sont devenues les promesses de «La Création de choix» ?*, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1999. WARNER, A. *Mise en œuvre de choix aux établissements régionaux : Propositions de programmes pour les délinquantes ayant des besoins spéciaux*, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1998.
- 8 On a demandé aux membres du personnel de remplir un questionnaire pour chaque femme détenue dans leur établissement le 1^{er} juillet 1999 qui répondait aux critères suivants :
 - 1 Classée au niveau de sécurité maximale.

- 2 Vit dans une unité pour détenues à besoins spéciaux, une unité de santé mentale ou un centre de traitement (en raison de graves problèmes de santé mentale et/ou de faibles capacités cognitives et de lacunes au chapitre des compétences psychosociales de base). [Peu importe son niveau de sécurité.]
- 3 Femme qui, bien qu'elle ne soit pas actuellement classée au niveau de sécurité maximale, a été classée à ce niveau au cours de la dernière année civile. (Les résultats ne sont pas fournis dans le présent rapport.)
- 4 Femme qui, bien qu'elle ne vive pas actuellement dans une unité de santé mentale ou un centre de traitement, a de graves problèmes de santé mentale et/ou des lacunes au chapitre des compétences psychosociales de base qui l'empêchent de fonctionner dans un milieu de vie communautaire si elle ne bénéficie pas d'un soutien accru et de mesures d'intervention plus nombreuses.
- 9 On a envoyé des questionnaires aux établissements et unités suivants : établissement Nova pour femmes, établissement Springhill, établissement Joliette, centre régional de réception, établissement Grand Valley, Prison des femmes, établissement d'Edmonton pour femmes, pavillon de ressourcement Okimaw Ohci, centre psychiatrique régional, pénitencier de la Saskatchewan et centre correctionnel pour femmes de Burnaby.
- 10 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - 4^e édition (DSM-IV)*, Washington, DC, auteur, 1994.
- 11 En tout, 90 questionnaires ont été retournés, dont 16 concernant des détenues qui avaient été classées au niveau de sécurité maximale au cours des 12 mois précédents, mais ne l'étaient plus.
- 12 Les MMG comprennent les troubles psychotiques graves tels que la schizophrénie, la dépression majeure, les troubles bipolaires ou dissociatifs; les TP les plus fréquents sont les troubles de la personnalité limite (TPL); les troubles cognitifs ont été diagnostiqués au moyen de deux indicateurs : le DSM-IV (faibles capacités cognitives) et la réponse «Oui» à la question «Les compétences cognitives de cette femme sont-elles inférieures à la normale?».
- 13 Cette donnée est un indicateur général du risque établi par le personnel d'après l'idéation courante ou les tentatives (par courante, on entend qui s'est produite au cours des deux années précédentes) ou encore le risque passé.
- 14 Le déséquilibre affectif comprend des troubles comme la labilité émotionnelle et les problèmes de maîtrise de la colère. Aux fins de nos analyses, les problèmes reliés aux traumatismes antérieurs incluaient la violence familiale et les mauvais traitements subis pendant l'enfance et l'adolescence dans le milieu familial. Les troubles médicaux graves comme l'hépatite C, l'asthme, l'épilepsie, le VIH/sida ou toute autre maladie grave étaient considérés comme des problèmes de santé mentale dans la mesure où ils créaient un lourd fardeau émotif pour les femmes qui en étaient atteintes.

Adaptation de la Thérapie comportementale dialectique (TCD) au milieu correctionnel pour les délinquantes sous responsabilité fédérale

Donna McDonagh¹

Services de santé, Service correctionnel du Canada

Kelly Taylor et Kelley Blanchette²

Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada

La Thérapie comportementale dialectique (TCD) est une approche psychothérapeutique, systématique et exhaustive qui vise à traiter les personnes aux prises avec de graves dérèglements affectifs et comportementaux (notamment les suicidaires chroniques, les personnes qui s'automutilent et celles qui ont de graves problèmes d'impulsivité)³. Fondée sur des principes cognitifs et comportementaux unis par des stratégies visant l'équilibre et des hypothèses connexes, la TCD est de plus en plus utilisée pour traiter les personnes présentant ces difficultés. Par rapport aux traitements traditionnels, la TCD, dans la collectivité, réduit plus efficacement l'incidence et la gravité des actions parasuicidaires (notamment les tentatives de suicide), des abandons, des jours d'hospitalisation en psychiatrie et de la colère, et accroît les comportements d'adaptation interpersonnels et généraux⁴. Cet article décrit la TCD et la façon dont le Service correctionnel du Canada (SCC) l'a adaptée. Il donnera entre autres un aperçu du modèle complet de TCD au SCC et du cadre d'évaluation conçu pour mesurer son efficacité auprès des délinquantes.

Thérapie comportementale dialectique : les fondements

La TCD est née d'un modèle mixte du comportement à problèmes qui touche le manque à la fois de compétences et de motivation. En résumé, selon un tel modèle, les difficultés personnelles résultent :

- 1) des lacunes importantes sur le plan des compétences en relations interpersonnelles, de l'autorégulation (notamment la régulation des émotions) et de l'endurance face à la détresse;
- 2) des facteurs personnels et environnementaux qui renforcent les comportements mésadaptés et empêchent l'utilisation de compétences comportementales existantes ou l'apprentissage de nouvelles compétences.

La TCD est encadrée par une perspective déterminante du monde qui souligne l'interdépendance et l'intégralité de la réalité et la synthèse des contraires. Cette vision dialectique est à la base de toute la structure de cette thérapie. La dialectique est un processus permettant de parvenir à l'équilibre. En TCD, la synthèse, ou l'équilibre, est recherchée à plusieurs niveaux, la principale dialectique étant

celle qui existe entre d'une part l'acceptation et d'autre part le changement. La TCD comprend donc des stratégies qui aident la personne à accepter et à reconnaître ses capacités et son fonctionnement comportemental (p. ex., des stratégies incitant la personne à reconnaître les aspects d'un comportement à problèmes pour qu'elle puisse mieux s'adapter). Font contrepois à celles-ci des stratégies favorisant le changement (p. ex., l'analyse du comportement, la résolution de problème, les procédures de substitution, les séances sur l'acquisition d'habiletés) qui montrent à la personne des manières plus adaptées de régler des difficultés et l'aident à acquérir les habiletés requises à cette fin. Les stratégies dialectiques éclairent tous les aspects du traitement en TCD.

La TCD mise sur l'acquisition de compétences pour aider la personne à remédier aux dérèglements des états émotionnels, des relations, de la cognition et du comportement, tout en multipliant les comportements adaptatifs. La TCD amène la personne à adopter un mode de pensée dialectique, à multiplier les schèmes d'émotion et de comportement, c'est-à-dire à acquérir des compétences et à les améliorer pour pouvoir cerner et changer les modes d'action et de pensée rigides et dichotomiques qui répondent à de sérieuses difficultés de vivre.

La TCD de base — telle qu'elle a initialement été mise au point par le D^{re} Linehan — se divise en quatre composantes : la psychothérapie individuelle, des séances sur l'acquisition d'habiletés, la consultation téléphonique (pour aider les patientes, notamment lors de crises) et la consultation de thérapeutes. La TCD a pour objectifs d'améliorer les capacités comportementales; d'augmenter la motivation à changer; d'encourager l'utilisation des nouvelles compétences dans d'autres milieux (dans la vie quotidienne, par exemple); de structurer le milieu pour qu'il soutienne la personne et renforce les capacités des membres de l'équipe de traitement interdisciplinaire; et de valoriser les compétences et la motivation des membres de l'équipe de traitement interdisciplinaire pour favoriser l'efficacité du traitement⁵. Pour que l'intervention la plus efficace soit choisie, la TCD nécessite la collaboration des cliniciens, des fournisseurs de services et de la personne concernée. Ce processus encourage la

personne à acquérir des compétences et à les généraliser, afin qu'elle puisse répondre à ses besoins en santé mentale, entre autres, de façon plus appropriée et plus efficace, à un rythme adapté à ses besoins et à ses facultés d'apprentissage.

Adaptation de la thérapie aux milieux correctionnel et médico-légal du SCC

Employée dans les milieux correctionnel et médico-légal, la TCD semble prometteuse pour traiter les délinquants qui présentent des problèmes associés à un dérèglement affectif et comportemental sévère⁶.

Ces initiatives d'adaptation ont tenu compte de récentes réflexions des chercheurs et des cliniciens, qui voient des caractéristiques communes dans le trouble de la personnalité limite – la TCD ayant été initialement mise au point pour traiter les victimes de ce trouble – et le trouble de la personnalité antisociale, très fréquent en milieux correctionnel et médico-légal. Ces constats tendent à confirmer le bien-fondé d'adapter de tels modèles de traitement au SCC.

Le SCC a utilisé la TCD auprès de délinquantes pour la première fois en 1997 dans le but de répondre aux besoins des femmes ayant de graves difficultés affectives et comportementales. La TCD comme option de traitement était appuyée par le fait qu'elle est fondée sur des théories compatibles avec *la Stratégie en matière de santé mentale pour les délinquantes*⁷ et que sa méthode de traitement est non pathologique, axée sur la cliente et stimulante. De 1997 à 2000, divers établissements pour délinquantes du SCC ont eu recours à certaines des techniques de la TCD. Ces premières initiatives se sont avérées très instructives, et depuis plusieurs années, les Services de santé mentale nationaux du SCC se sont consacrés à une adaptation d'envergure de la TCD aux divers établissements, pour répondre aux besoins des différents groupes de la population carcérale. En 2001, le Service a commencé à examiner comment il pourrait offrir la TCD aux délinquantes. Trois modèles de la TCD adaptée au SCC ont été mis au point : la TCD complète (destinée aux détenues dans les unités de santé mentale); la TCD générale (destinée aux détenues dans la population carcérale générale) et la TCD en milieu fermé (destinée aux détenues dites «à sécurité maximale»).

Pour adapter le modèle original au SCC, il a fallu en conserver les principaux objectifs et volets, mais tenir compte aussi d'autres facteurs : une population-cible plus large (incluant des objectifs correctionnels précis), un contexte ou milieu de traitement différent (la prison, en comparaison avec un programme communautaire externe), et, en milieu carcéral, les besoins propres à différentes circonstances (détenues de la population carcérale générale, détenues habitant dans des établissements de traitement et détenues dites «à

sécurité maximale»). En outre, il a fallu prendre en considération des facteurs organisationnels plus généraux, tels que le respect de la philosophie, des principes et des pratiques du système correctionnel, l'intégration de ceux-ci au modèle, ainsi que la planification de la mise en œuvre de la thérapie dans divers établissements.

Il a fallu adapter les documents publiés sur la TCD⁸ et créer une documentation propre au SCC, pour encourager la formation et la mise en œuvre de la TCD auprès des populations carcérales du SCC. Ainsi, il fallait considérablement modifier et enrichir la documentation afin qu'elle tienne compte de la population et du milieu carcéral et qu'elle soit pertinente à ceux-ci; qu'elle inclue les facteurs criminogènes; qu'elle intègre des renseignements sur le cycle de la criminalité et la prévention des récidives; qu'elle utilise un langage clair et compréhensible; et qu'elle comporte des directives d'emploi pour chaque moyen de traitement, «devoir» ou procédure. D'autres moyens de traitement ont été conçus pour faciliter les consultations entre les membres de l'équipe du traitement (particulièrement pour améliorer la communication entre les employés participant aux différents volets du traitement et travaillant par quart), les analyses comportementales et l'instauration de procédures de substitution. De plus, de la documentation a été établie afin d'uniformiser, dans la mesure du possible, l'administration des volets du traitement par TCD dans les divers établissements, pour que l'information touchant les pratiques exemplaires et d'autres adaptations puissent être distribuée efficacement et pour que les données sur le processus de traitement et les résultats puissent être compilées à l'échelle nationale.

En conclusion, pour soutenir la mise en œuvre de ses modèles de TCD, le SCC a conçu un programme national de formation, dont des cours spécialisés pour chacun des modèles, destiné à une équipe de traitement interdisciplinaire, qui comprend du personnel tant correctionnel que médical. Ainsi, la formation est donnée en partant du principe que certains participants ne connaissent ni la théorie cognitivo-comportementale, ni les principes connexes. La consultation et la formation continues sont données à l'échelle nationale.

Modèle complet de TCD au SCC

Le SCC a ouvert en 2001 des unités en milieu de vie structuré dans chacun de ses quatre établissements régionaux pour délinquantes. Chaque unité peut accueillir huit femmes dites «à sécurité moyenne» ou «à sécurité minimale» ayant des besoins importants en santé mentale. Une équipe interdisciplinaire est présente jour et nuit pour les aider et les surveiller. Les deux principaux modèles de traitement en vigueur dans l'ensemble des unités en

milieu de vie structuré sont la TCD et la réadaptation psychosociale (RPS)⁹.

Le modèle de TCD ayant cours dans ces unités est le modèle complet, soit le plus intensif des modèles de TCD au SCC. Dans le contexte d'un environnement thérapeutique efficace, le modèle complet se compose des éléments suivants : la psychothérapie individuelle (au moins une heure par semaine); des séances sur l'acquisition d'habiletés (une ou deux fois par semaine); du soutien/de l'encadrement (jour et nuit); la consultation de l'équipe de traitement (diverses consultations formelles et informelles) et la consultation nationale de l'équipe de TCD (conférences téléphoniques hebdomadaires avec les psychologues et visites des établissements).

Le personnel de l'équipe de traitement, en consultation avec les participantes, détermine pour chacun des objectifs de traitement. Selon le modèle de Linehan, ces objectifs sont structurés hiérarchiquement. Au sommet se trouvent les comportements mettant en danger la vie et les comportements destructeurs à l'égard de l'unité (classés prioritaires). Une fois que des gains importants sont réalisés, le traitement passe aux comportements qui nuisent à la qualité de vie. Les comportements adaptatifs que possède déjà la participante sont également définis, de manière à pouvoir les accroître. Les comportements ciblés (qu'il s'agisse de les augmenter ou de les réduire) sont par ailleurs associés à des domaines d'habiletés. De l'aide est accordée à la participante pour qu'elle acquière de nouvelles habiletés lors des séances sur l'acquisition d'habiletés ainsi que dans le cadre de l'environnement thérapeutique. Les habiletés et les comportements ciblés mis en pratique sont surveillés quotidiennement pour chaque participante sur un *journal de TCD*.

Mis à part le *journal* qui permet d'analyser un comportement de manière quotidienne et hebdomadaire (particulièrement lorsque le comportement est examiné par le psychologue lors de séances individuelles), le recours aux analyses comportementales occupe une très grande place dans l'environnement thérapeutique. Lorsqu'une participante a du mal à prendre une décision ou qu'elle a pris une mauvaise décision par rapport à une situation donnée, le personnel procède à un *bilan de décision*, qui permet d'évaluer rapidement le pour et le contre d'un comportement. Dans le cas de comportements plus problématiques, le personnel procède à une *analyse de la chaîne de comportements*, qui permet d'évaluer le problème dans ses moindres détails. L'accent est mis sur les motifs qui ont entraîné le comportement (facteurs de vulnérabilité internes et externes, facteurs déclencheurs et événement incitatif) et les conséquences qui ont suivi, ainsi que sur une analyse des solutions de rechange possibles, plutôt que sur la simple présentation du comportement problématique. De cette manière, le personnel de l'équipe de

traitement et la participante peuvent examiner le comportement dans son ensemble — avec les pensées, les émotions, les sensations de l'organisme, les actions et les réactions des autres. Compte tenu que les participantes n'aiment généralement pas effectuer l'*analyse de la chaîne de comportements*, un protocole a été établi pour aider à gérer les éventualités entourant sa réalisation, lequel oblige la rédaction d'une première ébauche dans les 24 heures.

Le modèle complet de TCD est un traitement psychologique intensif. Parce que le processus de changement est lent et difficile, tant pour la participante que pour l'équipe de traitement, le traitement dure au moins un an. Les participantes doivent comprendre, analyser et changer leur comportement, progresser durant les séances sur l'acquisition d'habiletés, abandonner leurs comportements mésadaptés et acquérir, mettre en pratique et intégrer de nouvelles habiletés afin d'améliorer leur qualité de vie.

Évaluation

Un cadre d'évaluation exhaustif a été intégré au modèle complet de TCD en vigueur dans les unités en milieu de vie structuré. Ce cadre utilise une approche aux méthodes multiples dans son évaluation globale. Des méthodes de recherche qualitatives et quantitatives sont ainsi utilisées aux fins d'une étude longitudinale. Le personnel et les participantes seront interrogés et sondés tout au long de la mise en œuvre du programme. Des évaluations quantitatives seront aussi effectuées auprès des participantes et du personnel avant, pendant et après le programme. Cette façon de faire permet de réduire les erreurs attribuables à l'utilisation d'une seule méthode en plus de mesurer l'efficacité du programme.

Des mesures d'évaluation quantitatives dynamiques ont été choisies en fonction de leur relation par rapport aux objectifs de traitement, de la pertinence et de l'accès des données normatives pour les délinquantes et les Autochtones; du niveau de lecture requis (pour les instruments d'auto-évaluation) et du temps, du coût et de l'expertise nécessaire pour leur administration. Des évaluations quantitatives permettront d'examiner les éléments suivants : le fonctionnement de la délinquante dans six différents domaines (vie quotidienne, relations interpersonnelles, participation/développement personnel, comportement en établissement, conduite au travail et questions relatives à la santé mentale); la symptomatologie psychiatrique; les modèles de symptômes psychologiques; les stratégies d'adaptation; l'humeur subjective; les comportements de maîtrise de soi; les expériences négatives et le pessimisme au sujet de l'avenir. En dernier lieu, on mesurera les réactions souhaitables socialement (gestion de l'impression qu'une personne donne en se décrivant en des termes très positifs ou en

exagérant ses qualités parce qu'elle se fait des illusions sur elle-même) qui ont été détectées dans les résultats fournis par les répondantes.

Les recherches menées jusqu'à ce jour appuient l'utilisation des instruments d'évaluation susmentionnés. Plus précisément, une revue complète de la documentation révèle que des essais cliniques effectués au hasard indiquent que les objectifs de traitement comme les tentatives de suicide¹⁰, l'adaptation sociale et la colère¹¹ sont importants dans l'évaluation d'un programme de TCD. Des découvertes préliminaires réalisées lors d'essais cliniques non contrôlés viennent aussi appuyer les objectifs de traitement associés à la dépression¹² et à l'anxiété¹³. Chacun de ces domaines est évalué au moyen de la batterie mentionnée précédemment.

L'évaluation est conçue de façon à ce que les instruments de mesure soient utiles dans les domaines cliniques et empiriques. Autrement dit, les employés des établissements peuvent utiliser ces instruments pour évaluer le niveau de fonctionnement et la progression des délinquantes, et les chercheurs peuvent aussi utiliser ces instruments pour effectuer une évaluation globale du traitement. Les chercheurs fournissent en outre de manière continue une rétrospective, individuelle ou en groupe, des résultats des délinquantes en relation avec les normes

publiées et les évaluations antérieures. Cette façon de faire permet de vérifier continuellement la progression des participantes et d'obtenir de hauts taux de rendement concernant la batterie de tests.

Pour en simplifier l'administration, tous les instruments utilisés avant, pendant et après ont été informatisés, et ce, dans chacune des unités en milieu de vie structuré des quatre établissements régionaux pour femmes (aux établissements d'Edmonton, Grand Valley, Nova et Joliette). Cela permet au personnel et aux participantes d'avoir facilement accès à un système convivial.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, des données qualitatives viendront compléter l'évaluation quantitative. Des entrevues semi-structurées permettent aux répondantes d'exprimer en toute confidentialité leurs points de vue, leurs sentiments et leurs idées par rapport au programme. De pareilles données qualitatives sont indispensables lorsque des évaluations quantitatives sont utilisées de manière isolée.

Une évaluation préliminaire du programme de TCD est actuellement en cours. Elle vise à déterminer ce qui fonctionne bien et ce qui fonctionne mal ou ce qu'il faudrait modifier par rapport au traitement. ■

¹ Les questions touchant les adaptations de la TCD au milieu correctionnel du SCC doivent être adressées à Donna McDonagh, 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.

² Les questions touchant l'évaluation du modèle complet de TCD en vigueur dans les unités en milieu de vie structuré du SCC doivent être adressées à Kelley Blanchette, 340 avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.

³ La TCD a été initialement élaborée par le D^{re} Marsha Linehan dans le but de traiter les victimes du trouble de la personnalité limite. Les types de difficultés mentionnées ici sont caractéristiques du diagnostic de ce trouble. Voir LINEHAN, M. M. *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite*, Médecine et Hygiène, Genève, 2000a. Voir également LINEHAN, M. M. *Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état-limite*, Médecine et Hygiène, Genève, 2000b.

⁴ LINEHAN, M. M., ARMSTRONG, H. E., SUAREZ, A., ALLMON, A. et HEARD, H. L. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients, *Archives of General Psychiatry*, vol. 48, 1991, p. 1060-1064. Voir également LINEHAN, M. M., TUTEK, D. A., HEARD, H. L. et ARMSTRONG, H. E. Interpersonal outcome of cognitive-behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients, *American Journal of Psychiatry*, vol. 151, 1994, p. 1771-1776.

⁵ Op. cit., LINEHAN, 2000a.

⁶ McCANN, R. A., BALL, E. M. et IVANOFF, A. *Forensic modification of Dialectical Behavior Therapy modes, targets, and skills: The CMHIP Forensic Model*, document présenté au 8^e Symposium sur la violence et les agressions tenu à Saskatoon, SK, 2000.

⁷ LAISHES, J. *Stratégie en matière de santé mentale pour les délinquants*, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1997.

⁸ Op.cit., LINEHAN, 2000b.

⁹ Pour plus de renseignements sur les unités en milieu de vie structuré, voir McDONAGH, D., NOËL, C. et WICHMANN, C. Analyse des besoins en santé mentale des délinquantes en vue de l'élaboration d'une stratégie d'intervention intensive, *Forum, Recherche sur l'actualité correctionnelle* (présent numéro).

¹⁰ Op. cit. LINEHAN, ARMSTRONG, SUAREZ, ALLMON et HEARD, 1991. Voir également LINEHAN, M. M., HEARD, H. L. et ARMSTRONG, H. E. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients, *Archives of General Psychiatry*, vol. 50, 1993, p. 971-974.

¹¹ Op. cit. LINEHAN, HEARD et ARMSTRONG, 1993, p. 971-974. Voir également LINEHAN, M. M., SCHMIDT, H., DIMEFF, L. A., CRAFT, J. C., KANTER, J. et COMTOIS, K. A. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence, *American Journal of Addictions*, vol. 8, 1999, p. 279-292.

¹² BOHUS, M., HAAF, B., STIGLMAYR, C., POHL, U., BOEHME, R. et LINEHAN, M. M. Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for borderline personality disorder: A prospective study, *Behaviour Research & Therapy*, vol. 38, 2000, p. 875-887. Voir également TELCH, C., AGRAS, S. W. et LINEHAN, M. M. Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial, *Behavior Therapy*, vol. 31, 2000, p. 569-582.

¹³ Idem, Bohus et al., 2000, p. 875-887.

Analyse des tentatives de suicide chez les détenus

Ralph C. Serin et Larry Motiuk¹

Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada

Cherami Wichmann²

Services à l'enfance et à la famille, ministère de la Justice

Les recherches effectuées jusqu'à présent semblent indiquer que la fréquence du comportement suicidaire est plus élevée en milieu carcéral³. Une observation importante revient dans ces études : de nombreux délinquants qui ont commis le suicide ont des antécédents de tentatives de suicide, ce qui laisse penser qu'une meilleure compréhension de ces personnes peut réduire le taux de suicide accompli. Comme la plupart des recherches contemporaines réalisées dans ce domaine ont un caractère descriptif, la contribution relative des facteurs de risque n'est pas claire. Qui plus est, les recherches sont souvent rétrospectives plutôt que postdictives. Des analyses quantitatives et l'utilisation de groupes de référence ne sont pas non plus fréquentes dans ce domaine, ce qui rend difficile la possibilité de tirer des conclusions valables.

Cet article donne un aperçu d'un projet de recherche en cours concernant l'évaluation et la prédiction du comportement suicidaire chez les délinquants afin de pouvoir faire face aux limites susmentionnées. Le projet de recherche met l'accent, entre autres, sur le fait que pour mieux comprendre le comportement suicidaire, qui est un processus, il faut nécessairement tenir compte des facteurs statiques, de vulnérabilité, de protection et de déclenchement⁴.

Tentatives de suicide chez les délinquants

En s'appuyant sur l'article de Polvi⁵, on a pris en considération les facteurs statiques (comportement autodestructeur antérieur, antécédents de troubles mentaux, problèmes d'adaptation), en plus des données démographiques générales (âge à l'admission, race) et celles concernant la criminalité et les antécédents familiaux. De plus, des indicateurs faisant partie de l'évaluation initiale⁶ ont servi à évaluer divers facteurs criminogènes et types psychologiques. À partir d'une population de 14 500 délinquants, on a formé un échantillon de 731 individus, qui avaient déjà essayé de se suicider, et un échantillon témoin aléatoire se composant de 731 délinquants qui n'ont jamais essayé de se suicider durant leur séjour dans un pénitencier fédéral. Les délinquants du premier groupe étaient plus jeunes et, la plupart du temps, célibataires, mais aucune différence n'a été notée entre les deux groupes pour ce qui est de l'origine ethnique des délinquants⁷. Les délinquants ayant déjà essayé de se suicider avaient des antécédents criminels différents : ils étaient plus susceptibles

de commettre un homicide, une introduction par effraction ou un vol qualifié, et moins susceptibles de commettre une infraction sexuelle. Les délinquants de ce groupe étaient surreprésentés dans des établissements à sécurité maximale.

Ce groupe a servi de base pour l'établissement d'un sous-échantillon de délinquants au sujet desquels on disposait des informations complètes. Ainsi, un échantillon témoin de 76 délinquants a été formé selon l'âge à l'admission (plus ou moins de 30 ans), la durée de la peine (4 ans ou moins, et 5 ans et plus) et le type d'infraction (crimes avec et sans violence). Une analyse multivariable et unidimensionnelle de la variance a révélé que les délinquants ayant déjà essayé de se suicider souffraient de troubles mentaux plus graves (problèmes d'extériorisation et sociaux cognitifs, problèmes d'internalisation, relations familiales dysfonctionnelles). Le risque criminel a également permis de faire une distinction claire entre les groupes, même après avoir appliqué la stratégie d'adaptation. Les délinquants ayant à leur compte des tentatives de suicide avaient également plus de difficultés à s'adapter au milieu carcéral. En comparaison avec le groupe témoin, ces délinquants étaient beaucoup plus souvent auteurs d'incidents avec violence et d'incidents liés à des objets interdits, et ils ont fait un plus grand nombre de demandes d'isolement protecteur.

Au moment de l'admission, les délinquants font l'objet d'une évaluation du risque de suicide à l'aide d'une échelle d'évaluation normalisée comportant neuf indicateurs qui correspondent à une norme en matière de prise en charge pour une telle pratique. Les indicateurs tiennent compte des antécédents, d'une perte récente, des symptômes de dépression, des idées suicidaires actuelles et de la présence d'un plan de suicide. Notre recherche avait, entre autres, pour objet de déterminer l'efficacité de cette procédure d'évaluation. La cohérence interne de l'échelle utilisée était de 0,77. Le groupe de délinquants ayant des antécédents de tentatives de suicide avait également un score total moyen nettement plus élevé que celui obtenu par le groupe témoin ($r^2 = 0,17$). Les comparaisons ont révélé des différences significatives entre les deux groupes pour ce qui est des quatre éléments suivants de l'échelle : une évaluation de la probabilité que le délinquant ait une tendance au

suicide; une tentative de suicide antérieure; une intervention psychologique et psychiatrique récente et des signes de dépression. Enfin, le fait d'inclure des facteurs proximaux (problèmes de discipline en établissement, incidents liés à des objets interdits) et distaux (condamnations antérieures en tant qu'adulte) dans une régression logistique exploratoire comportant les éléments susmentionnés de l'échelle d'évaluation du risque de suicide, a servi à accroître la capacité de prédire une éventuelle tentative de suicide pendant l'incarcération.

Résumé

Les résultats obtenus confirment les conclusions de recherches antérieures. Les délinquants ayant des antécédents de tentatives de suicide étaient principalement des hommes jeunes, célibataires, de race blanche, qui avaient commis des crimes avec violence. Au moment de l'admission, ils étaient classés comme présentant un risque criminel plus élevé et placés dans un établissement à sécurité plus élevée. Ce qui est plus important, les délinquants plus âgés étaient moins susceptibles d'essayer de se suicider. Si l'âge avait donc un rôle à jouer, il n'y avait pas de lien direct entre l'état matrimonial et les tentatives de suicide; cela laisse croire que le lien entre l'état matrimonial et l'âge est plus fort que le lien existant entre l'état matrimonial et le risque de suicide. Le fonctionnement psychologique évalué à l'admission a différencié les délinquants qui, *plus tard*, ont essayé de se suicider de ceux qui ne l'ont jamais fait. Les délinquants ayant essayé de se suicider manifestaient plus de problèmes d'extériorisation et d'internalisation, avaient des antécédents psychiatriques plus complexes et leurs familles étaient plus dysfonctionnelles. Le fait d'ajouter à l'échelle d'évaluation du risque de suicide les éléments concernant l'adaptation au milieu carcéral et les informations sur les antécédents criminels a permis d'accroître la possibilité de prédire des tentatives de suicide ultérieures.

Comportement autodestructeur chez les délinquantes

Selon les évaluations, presque la moitié des délinquantes ont déjà essayé de se suicider⁸; d'autres formes de comportement autodestructeur sont également répandues parmi les membres de cette population à risque élevé⁹. De telles conclusions font ressortir la nécessité de traiter le comportement autodestructeur comme un problème de santé mentale chez les délinquantes.

L'échantillon comprenait 155 femmes purgeant une peine de ressort fédéral, divisées en deux groupes : un groupe cible composé de 78 femmes qui s'étaient mutilées pendant leur incarcération dans un établissement fédéral et un groupe témoin

composé de 77 femmes qui ne s'étaient pas mutilées¹⁰. Le groupe témoin a été apparié au groupe cible selon plusieurs variables : année d'admission (avant et après 1994), âge à l'admission (plus ou moins de 30 ans), durée de la peine (3 ans ou moins, de 4 à 9 ans, 10 ans ou plus), type d'infraction (avec ou sans violence). Les délinquantes ayant des antécédents de comportement autodestructeur étaient majoritairement célibataires, de race blanche ou d'origine autochtone. Pour ce qui est des antécédents criminels, ce dernier groupe se caractérisait par un plus grand nombre de condamnations antérieures, d'évasions et d'infractions disciplinaires, par moins de périodes sans perpétration de crime, par des antécédents d'infractions avec violence et de manquements antérieurs aux conditions de la mise en liberté sous condition. Les évaluations à l'admission permettent de constater que les femmes du groupe cible étaient plus susceptibles que les femmes du groupe témoin d'avoir des problèmes d'emploi, de relations conjugales/familiales, de toxicomanie, de fonctionnement au sein de la collectivité ainsi que de vie personnelle et stabilité émotionnelle. Les femmes ayant des antécédents de comportement autodestructeur avaient plus de problèmes sociaux cognitifs et d'extériorisation ainsi que de problèmes d'intériorisation et de problèmes psychiatriques. Elles avaient des lacunes sur le plan de l'instruction et du fonctionnement cognitif.

L'examen des indices d'adaptation à la vie carcérale a révélé que les femmes du groupe cible avaient plus souvent été placées en isolement et participé à divers troubles (la possession d'objets interdits, des infractions disciplinaires, le fait d'être victimisées, des incidents avec violence et la toxicomanie). Même si les résultats obtenus sont préliminaires et descriptifs, ils sont comparables aux constatations qu'on avait déjà faites à propos des délinquants. Malgré les différences entre les sexes relativement à l'étiologie du comportement autodestructeur, l'expression de ce comportement contient des similitudes, chez les hommes et chez les femmes. Chez les délinquantes qui avaient un comportement suicidaire, on avait décelé beaucoup de difficultés d'adaptation. Ces difficultés n'étaient pas si évidentes dans le groupe de délinquantes apparié. Même si les lacunes sur le plan de l'adaptation sont liées à l'expression du comportement suicidaire chez ces femmes, leur comportement violent n'était pas exclusivement dirigé vers elles-mêmes.

Délinquants ayant commis le suicide et ceux qui ont essayé de le faire

Le groupe en question était un échantillon aléatoire de 48 délinquants qui avaient essayé, sans succès, de se suicider ainsi que de 48 délinquants qui ont commis le suicide. Un groupe témoin de 48

délinquants, qui n'avaient jamais essayé de se suicider, a été apparié de la façon décrite ci-dessus. Le coefficient d'objectivité des variables d'encodage a été calculé pour 10 % de l'échantillon et a été jugé acceptable (92 % des variables ont eu un taux de concordance > 75 %). Conformément aux travaux de recherche déjà effectués, et comme on pouvait s'y attendre, la méthode d'automutilation variait selon le groupe. Les délinquants ayant des antécédents de tentatives de suicide étaient beaucoup plus susceptibles de prendre une surdose de drogue et de se blesser à coups de couteau, tandis que ceux qui ont commis le suicide étaient plus susceptibles de se pendre ou de s'étouffer. Toutefois, le premier groupe était hétérogène quant à l'intention : plus de 20 % ont déclaré que leur intention était très sérieuse et 22 % ont utilisé des méthodes à taux élevé de létalité.

En termes de données démographiques, contrairement aux délinquants ayant des antécédents de tentatives de suicide, la moyenne d'âge de ceux qui se sont suicidés était légèrement plus élevée, ils étaient plus souvent Autochtones et se trouvaient, la plupart du temps, dans un établissement à sécurité maximale. Pour ce qui est des antécédents criminels, les délinquants du groupe témoin étaient beaucoup moins susceptibles de manquer aux conditions de libération conditionnelle et de probation, et ils avaient à leur compte beaucoup moins d'évasions que ceux qui ont commis le suicide et ceux ayant des antécédents de tentatives de suicide. Même si les dossiers des délinquants des deux derniers groupes contenaient plus souvent, en comparaison avec le groupe témoin, une alerte au suicide, moins de 20 % des délinquants qui ont vraiment essayé de se suicider ou qui l'ont fait avaient été repérés, à l'admission, comme représentant un risque de suicide élevé. De plus, beaucoup plus de délinquants qui ont essayé de se suicider ou qui l'ont fait au cours de leur peine de ressort fédéral étaient plus susceptibles que ceux du groupe témoin d'avoir déjà à leur compte des tentatives de suicide et des blessures qu'ils s'étaient infligées intentionnellement. Ce qui est plus important, ces dernières constatations s'appliquaient plus aux délinquants ayant des antécédents de tentatives de suicide qu'à ceux qui ont commis le suicide. De même, si les deux groupes susmentionnés avaient des antécédents psychiatriques plus sérieux que le groupe témoin, aucune différence n'a été constatée entre le groupe des délinquants ayant essayé de se suicider et ceux qui ont commis le suicide. Toutefois, les types de diagnostics psychiatriques étaient instructifs : les délinquants de la première catégorie étaient plus susceptibles d'être diagnostiqués comme ayant une personnalité antisociale, tandis que les autres étaient plus susceptibles d'être diagnostiqués

comme schizophrènes, paranoïaques ou souffrant de dépression; les délinquants du groupe témoin éprouvaient moins de difficultés d'adaptation au milieu carcéral que ceux qui manifestaient le comportement suicidaire; ceux qui ont essayé de se suicider éprouvaient plus de difficultés d'adaptation pour ce qui est du passage à l'acte que les délinquants ayant commis le suicide. À l'approche de la date cible du suicide, très peu de délinquants ayant des antécédents de tentatives de suicide se trouvaient dans un établissement à sécurité minimale; ces délinquants, de même que ceux qui ont fini par se suicider, étaient surreprésentés dans des établissements à sécurité maximale. Enfin, un nombre considérablement moins élevé de délinquants ayant commis le suicide ont participé à des programmes correctionnels, en comparaison avec ceux qui ont essayé de suicider; par ailleurs, le taux de participation de ces derniers était sensiblement moins élevé que celui du groupe témoin.

L'évaluation de l'adaptation psychologique à l'admission a permis d'établir une distinction entre les différents groupes. Les délinquants ayant commis le suicide étaient évalués comme moins impulsifs et possédant une plus faible aptitude à faire face aux difficultés que les autres groupes. Leur aptitude à la résolution de problèmes interpersonnels était comparable à celle du groupe témoin, mais beaucoup plus faible que celle constatée chez les délinquants ayant des antécédents de tentatives de suicide. À l'admission, aucune différence importante n'a été notée entre les groupes pour ce qui est de la dépression, de la colère ou de l'hostilité, des idées suicidaires ou de l'introspection.

À l'approche de la date cible du suicide, les relations familiales des délinquants ayant à leur compte des tentatives de suicide étaient beaucoup plus faibles que celles des délinquants ayant commis le suicide, dont les relations familiales étaient, à leur tour, plus faibles que celles du groupe témoin. De même, les délinquants s'étant suicidés avaient des relations avec les autres délinquants nettement plus faibles que les délinquants ayant des antécédents de tentatives de suicide, et les deux groupes manifestaient une plus grande faiblesse dans ce chapitre que le groupe témoin. Enfin, à l'approche de la date cible du suicide, les délinquants qui ont essayé de se suicider et ceux qui l'ont fait éprouvaient plus de difficultés d'adaptation pour ce qui est de la dépression, de l'impulsivité, de la colère ou de l'hostilité, de l'aptitude à faire face aux difficultés, des symptômes psychiatriques, de l'isolement, de l'introspection et de l'aptitude à la résolution de problèmes interpersonnels.

Une enquête supplémentaire sur les événements proches de la date considérée a apporté d'autres

précisions. Il semble que, avant la date cible, il y ait eu détérioration de la capacité d'adaptation pour 19 % des délinquants ayant commis le suicide, pour 10 % de ceux qui ont essayé de se suicider et pour 2 % du groupe témoin. De plus, pour les deux premiers groupes de délinquants, on a établi les facteurs déclenchants survenus à l'approche de la date cible, qui pouvaient avoir une influence sur le degré d'idées suicidaires (p. ex., décisions ou événements négatifs dans la vie privée d'un délinquant, transfèrement, placement en isolement, influence ou pressions de la part de codétenus). Ce qui est plus important, chez les délinquants ayant à leur compte des tentatives de suicide et chez ceux qui se sont suicidés, on a constaté beaucoup plus de facteurs déclenchants que chez les délinquants du groupe témoin.

Conclusion

Le projet de recherche décrit ci-dessus laisse à penser qu'il existe des facteurs identifiables, statiques et proximaux, qui permettent de faire une distinction entre les délinquants ayant des antécédents de tentatives de suicide et ceux qui

n'ont pas de tels antécédents; ces facteurs permettent de prévoir des tentatives de suicide et d'automutilation chez les délinquants des deux sexes. La validité de l'échelle d'évaluation du risque de suicide, dont les délinquants font l'objet au moment de l'admission, s'en est trouvée appuyée, et l'inclusion de deux autres variables, adaptation à la vie carcérale et antécédents criminels, a augmenté l'utilité de cet instrument d'évaluation. De même, les facteurs déclenchants constatés à l'approche de la date cible ont permis de faire une distinction entre les délinquants qui ont manifesté un comportement suicidaire et ceux qui ne l'ont pas fait. Enfin, les comparaisons effectuées entre les délinquants s'étant suicidés et ceux qui ont essayé de le faire ont révélé des différences importantes pour ce qui est de l'adaptation sociale, de l'aptitude à faire face aux difficultés et de la participation aux programmes. Dans leur ensemble, les résultats obtenus corroborent l'importance de l'évaluation effectuée à l'admission et la surveillance du comportement des délinquants au fil du temps afin d'améliorer la pratique clinique. ■

¹ 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9

² 284, rue Wellington, Ottawa (Ontario) K1A 0H8

³ Notre définition du comportement suicidaire englobe les tentatives de suicide et les suicides accomplis. BURTCH, B. et ERICSON, R. *The silent system: An inquiry into prisoners who suicide*, Toronto, ON, Centre of criminology, University of Toronto, 1979. Voir aussi DOOLEY, E. Prison suicide in England and Wales 1972-1987, *British Journal of Psychiatry*, vol. 156, 1990, p. 40-45.

⁴ HEIKKINEN, M., ARO, H. et LÖNNQVIST, J. Life events and social support in suicide, *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, vol. 23, 1993, p. 343-358.

⁵ POLVI, N. H. Assessing risk of suicide in correctional settings, dans *Impulsivity, Assessment, and Treatment* (pp. 278-301), sous la direction de C. D. Webster et M. A. Jackson, New York, NY, Guilford Press, 1997.

⁶ MOTIUK, L. L. «Système de classification des programmes correctionnels : processus d'évaluation initiale des délinquants», *Forum, Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 9, n° 1, 1997, p. 14-18.

⁷ WICHMANN, C. G., SERIN, R. et MOTIUK, L. *La prévision des tentatives de suicide chez les délinquants dans les pénitenciers fédéraux*, Rapport de recherche R-91, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 2000.

⁸ BLANCHETTE, K. *Détenus à sécurité élevée sous responsabilité fédérale : comparaison entre les sexes*, Rapport de recherche R-53, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1997. Voir aussi LOUCKS, A. D. et ZAMBLE, E. «Comparaison des délinquantes et des délinquants ayant commis une infraction grave», *Forum, Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 6, n° 1, 1994, p. 22-24.

⁹ HENEY, J. *Rapport sur les cas d'automutilation à la prison des femmes de Kingston*, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1990.

¹⁰ WICHMANN, C., SERIN, R. et ABRACEN, J. *Les délinquantes ayant un comportement d'autodestruction : une enquête comparative*, Rapport de recherche R-123, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 2002.

La promotion de la qualité de vie : le fondement de la réadaptation des délinquants ?

DJ Williams et William B. Streat¹
Université de l'Alberta

De plus en plus de preuves démontrent que les délinquants peuvent améliorer leur conduite. En outre, de récentes études ont permis de cerner les éléments qu'ont en commun les programmes de réadaptation efficaces². Toujours est-il que les praticiens continuent d'éprouver de la difficulté à motiver les délinquants à participer activement au traitement, ce qui demeure un enjeu critique du domaine correctionnel. Cet article explique pourquoi les délinquants ont si peu de motivation intrinsèque lorsqu'ils commencent un programme et de quelles façons l'adoption d'une approche de promotion de la qualité de vie permet d'accroître leur motivation au début du traitement. La promotion de la qualité de vie est profondément ancrée dans les valeurs des professions d'assistance à autrui et s'inscrit dans les cadres théoriques actuellement employés pour expliquer la modification du comportement.

Pour diverses raisons, il est difficile de réadapter les délinquants. D'abord, nombre d'entre eux semblent très peu motivés à changer. Ils ont souvent de la difficulté à renoncer aux «pensées erronées» qui se sont enracinées dans leurs perceptions. D'autres peuvent dire «les bonnes choses», mais leurs actes ne correspondent pas toujours à leurs paroles. De nombreux délinquants sont motivés à suivre la thérapie, non pas parce qu'ils tiennent réellement à s'améliorer ou à modifier leur conduite de façon durable, mais parce qu'ils veulent s'acquitter de leurs obligations en fait de programmes. En effet, entre ceux qui suivent passivement des thérapies, et ceux qui s'y appliquent et s'y investissent, il y a un monde de différence. Or, si la thérapie doit permettre de réduire la récidive, nous devons aider les délinquants à rejoindre ce deuxième groupe.

Le praticien correctionnel doit aussi affronter la difficulté de travailler directement avec des personnes qui ont transgressé les normes de la société. Certaines d'entre elles ont commis des actes affreux, qui suscitent des émotions que le praticien s'efforce tant bien que mal de contenir, mais qui peuvent compliquer sa communication avec le délinquant. Pour tenter de comprendre de tels actes troublants, les praticiens recourent souvent à l'analyse intellectuelle, mais la conscience de ces actes exerce néanmoins sur eux des influences subtiles. Ainsi, l'interaction interpersonnelle se compose d'échanges tant conscients qu'inconscients. Lors de ces échanges, les êtres humains se transmettent certes des messages «substantiels», mais aussi des messages sur les rapports entre eux. Les échanges inconscients sont déterminés par tout ce que nous savons sur notre

interlocuteur et nos opinions à son sujet. Par conséquent, lors des échanges inconscients, nous transmettons à notre interlocuteur des messages non intentionnels sur nos rapports avec lui.

Ces difficultés renforcent la mentalité répandue dans les contextes de justice pénale qui consiste à ranger les acteurs en deux camps opposés : nous contre eux. Cette mentalité se trouve autant chez les délinquants, à l'égard des agents de programmes, que chez les agents de programmes, à l'égard des délinquants. Or, si nous voulons aider les délinquants à mieux se motiver et à retirer du coup des bienfaits durables du traitement, nous devons impérativement dissiper la mentalité de *nous contre eux*. Une façon d'y voir consiste sans doute à appliquer constamment le concept de la qualité de vie. S'ils ne partent pas d'une base solidement fondée sur les éléments de la qualité de vie, sous une forme ou une autre, les délinquants demeureront réticents à s'investir dans le traitement. Cette réticence vient compliquer le travail des agents de programmes, dont les efforts de réadaptation n'auront que des effets limités, pour ce qui est d'améliorer la conduite des délinquants de façon durable et de réduire la récidive.

Postulats du traitement

Les praticiens croient, parce qu'ils en ont les preuves, que la thérapie produit des bienfaits susceptibles d'améliorer considérablement la vie du sujet. Les cliniciens passent des années à acquérir le savoir et les compétences nécessaires afin d'aider autrui. Pour nous, cela semble parfaitement logique. Mais, est-ce que les délinquants partagent nos vues ? Pas nécessairement. Pour eux, ce qui compte, ce sont les nombreuses limites imposées à leur liberté. Certains d'entre eux se voient comme des victimes. Ils croient que tout le système correctionnel est destiné à les punir. De leur point de vue, les programmes qu'on leur impose ne visent donc pas à les aider. Ils n'ont pas pour eux de valeur personnelle et ne représentent pas des possibilités de changement. Les programmes constituent pour eux un autre élément du châtimement. Bien avant qu'il n'entreprenne une thérapie correctionnelle, le délinquant a donc des idées préconçues. De plus, il éprouve à cet égard des émotions bien précises. Les programmes de traitement et l'établissement correctionnel où ils sont offerts suscitent un contexte de conditionnement classique, qui peut expliquer l'affect défavorable et la forte résistance que de nombreux délinquants manifestent quand ils commencent une thérapie.

Qualité de vie et réadaptation des délinquants

L'approche axée sur la qualité de vie peut être une bonne façon de contrer la perception selon laquelle le système correctionnel et le traitement sont destinés à punir. Lors de programmes correctionnels communautaires³ fondés sur une telle approche, les participants ont été plus nombreux à mener à terme le traitement. Dans cette approche, avant de commencer le traitement, les délinquants rencontrent les agents de programmes lors d'une séance d'orientation où tous, agents et délinquants, se présentent et où les agents expliquent les règles et l'objet du programme, qui consiste à donner aux participants des possibilités d'améliorer leur qualité de vie. Ensuite, les agents invitent les délinquants à réfléchir aux choses qui leur importent *le plus*, à ce qu'ils veulent accomplir dans la vie et aux manières dont ils veulent évoluer comme personne, puis à en discuter. Notons que ce sont ainsi les délinquants qui dirigent la discussion. Cela peut réduire leur perception d'être dominés par le système et leur donner un sentiment de pouvoir personnel dès le début de la thérapie. Quand on leur pose ces questions liées à la qualité de vie, avec très peu d'orientation de la part des agents, les délinquants tendent à donner les réponses qui figurent au Tableau 1.

Par ailleurs, les agents de programmes sont invités à préciser, eux aussi, les choses qui leur importent le plus. De façon générale, on constate que nous voulons tous les mêmes choses : relations étroites avec les parents et amis, assez d'argent pour subvenir à nos besoins, un emploi satisfaisant, la santé et un certain niveau de scolarité. Ces éléments sont jugés essentiels à la qualité de vie *désirée*, qu'il faut constamment s'efforcer d'atteindre, d'entretenir et de renforcer.

Le crime et ses conséquences réduisent les possibilités d'améliorer ces éléments de la qualité de vie et concourent à déterminer la qualité de vie *réelle*. Si les chercheurs cliniciens proposent différentes définitions de la qualité de vie⁴, pour nos besoins, disons qu'il s'agit «de la mesure dans laquelle nous avons les choses qui nous importent le plus dans la vie, et de la qualité de celles-ci». Pour atteindre la qualité de vie *désirée*, la personne s'efforce sans cesse d'améliorer la qualité de ces choses, dont l'état actuel correspond à la qualité de vie *réelle*. Partant de ces principes, il est possible de démontrer que les «pensées erronées», les actes de violence et le comportement criminel déterminent dans une large mesure la qualité de vie *réelle* et peuvent empêcher l'atteinte de la qualité de vie *désirée*. La réadaptation vise donc avant tout à donner aux délinquants des possibilités de combler l'écart entre la qualité de vie *réelle* et *désirée* au moyen de programmes de traitement. À tous moments, les délinquants et les agents de programmes doivent absolument garder cet objectif à l'esprit.

Tableau 1

Que veulent les délinquants de la vie ?

De bonnes relations avec leurs familles et amis
Assez d'argent
Satisfaction professionnelle
Santé
Études
Liberté

L'approche axée sur la qualité de vie est en soi fort simple, mais peut se révéler très efficace. Dès le début du programme, elle donne au délinquant le sentiment de son pouvoir personnel. Elle montre que nous voulons tous les mêmes choses dans la vie. Le programme se doit de fournir les moyens de défaire les raisonnements criminogènes et d'aider les délinquants à remédier à leurs émotions négatives, à réparer les traumatismes passés et à adopter un mode de vie qui mène à l'amélioration de la qualité de vie. En définitive, chacun est responsable de la qualité de sa vie. C'est donc le délinquant qui doit assumer la responsabilité de changer sur le plan personnel. Cette approche insiste aussi sur le fait que les efforts en vue du perfectionnement personnel ne doivent pas cesser à la fin du traitement, mais se poursuivre durant toute la vie. Le but n'est pas de terminer le programme, mais de continuer d'évoluer et de rechercher la satisfaction personnelle toute sa vie durant. Le programme se passe dans une atmosphère somme toute favorable, si bien que les échanges entre acteurs et les messages qu'ils véhiculent sur les rapports entre ceux-ci sont moins susceptibles de nuire au déroulement de la thérapie. De nombreux délinquants délaissent la motivation extrinsèque qui consiste à vouloir terminer le programme afin de s'affranchir du système, pour adopter la motivation intrinsèque d'améliorer leur qualité de vie et de changer leur comportement pour de bon.

Il est important que la notion de qualité de vie ne soit pas évoquée qu'une seule fois, puis délaissée par la suite. Les agents de programmes doivent consciencieusement la cultiver tout au long du traitement. Les choses qui importent le plus cernées par chaque délinquant à la séance d'orientation devraient être à la base des objectifs du programme et de la définition des progrès. Quand il formule les objectifs, le clinicien décide généralement quel type de thérapie se traduira par les meilleurs progrès. Les délinquants participants tiennent ensuite un journal ou produisent des rapports pour indiquer de quelles manières ils appliquent les acquis du traitement pour améliorer leur qualité de vie. Établis au moment de l'orientation, les objectifs du traitement peuvent être assez généraux. Vers la fin de chaque traitement, des objectifs précis sont adoptés pour appliquer la matière de chaque séance qui tendent vers l'atteinte des objectifs de tout le traitement. Ainsi, la qualité de vie devient la trame qui par-

court tout le programme, le rendant applicable, compréhensible et désirable. Cette démarche crée aussi des occasions d'encourager les participants et les agents de programmes, parce que les délinquants rendent compte périodiquement de leur application de la matière en vue des objectifs à long terme et de l'amélioration de la qualité de vie. À la fin du traitement, il est recommandé au personnel de voir avec les délinquants comment ils se sont servis du traitement afin de rehausser la qualité de vie et de prévoir des façons de poursuivre les progrès en ce sens.

La promotion de la qualité de vie se fonde sur les principes et les valeurs à la base des professions d'assistance à autrui. Comme approche, elle nous rappelle sans cesse la distinction à faire entre les êtres humains – qui sont tous dotés de bonté et de valeur inhérentes – et un ensemble de comportements qui, du moins dans le contexte de la justice pénale, sont souvent attribuables à une maladie clinique ou à des troubles précis. S'ils veulent que les délinquants changent pour le mieux et pour de bon, les praticiens doivent les soigner en tant que «personnes entières», au lieu de s'occuper uniquement de l'affection clinique. L'approche axée sur la qualité de vie rejoint donc la perspective des forces⁵ et le paradigme axé sur les solutions⁶ récemment proposés afin de réadapter les délinquants.

L'application de l'approche axée sur la qualité de vie au début du traitement correspond aussi à l'un des impératifs du modèle transthéorique, qui veut que la modification du comportement procède par étapes successives de préparation au changement⁷. Les concepteurs de ce modèle observent que, dans de nombreux programmes de réadaptation, on s'attend à ce que les délinquants manifestent par leurs actes des changements de comportement concrets, alors que bon nombre d'entre eux n'en sont qu'à l'étape de la précontemplation, et ne sont pas par conséquent motivés à changer. Par contre, si nous leur montrons que notre qualité de vie à tous dépend ni plus, ni moins des mêmes éléments, qu'il existe un écart entre la qualité de vie *désirée* et *réelle* et que le traitement vise à combler cet écart, les délinquants constateront sans doute que le traitement peut leur offrir des bienfaits. À partir de ce constat, ils peuvent entreprendre le processus du changement en délaissant l'étape de la précontemplation, au profit d'une étape plus près de l'action concrète. Pour nombre d'eux, c'est l'exposition à la notion de qualité de vie qui les incite à faire le virage de la motivation extrinsèque à la motivation intrinsèque. Les changements qui suivent cette exposition sont donc plus susceptibles d'être durables⁸.

Conclusion

L'utilité de mettre la notion de la qualité de vie au service de la réadaptation des délinquants peut sembler une évidence. Mais on aurait tort de minimiser l'importance de cette approche. Si les agents de

programmes n'insistent pas assez là-dessus au début du traitement, il leur sera difficile de gagner la confiance des délinquants. De même, ils auront du mal à contrer le conditionnement classique fortement ancré dans l'esprit de certains délinquants qui associe prisons et traitements à punition. C'est pourquoi il est essentiel de promouvoir la notion de la qualité de vie auprès des délinquants. D'ailleurs, pour bien des programmes, il faudra éventuellement donner plus de place au concept de la qualité de vie afin de bien motiver les clients à participer au traitement.

Nous proposons à ceux qui aident les délinquants à se réadapter de se pencher sur leurs visions de traitement et de l'exécution de programmes afin de se demander si leurs clients partagent les mêmes visions. Si non, les praticiens pourraient se poser les questions suivantes : Quelle influence ces divergences de perceptions peuvent-elles avoir sur le déroulement du traitement ? et Que faire pour trouver avec les clients un terrain d'entente (thérapeutique) ? Dans ce contexte, le principe longtemps admis en travail social qui consiste à partir du point de départ du client prend tout son sens. Et comme praticiens, nous devons partir *des perceptions des clients*. Il se peut que l'intégration rigoureuse de la notion de la qualité de vie aux programmes soit la solution qui permette de trouver avec eux le terrain d'entente thérapeutique.

Nous avons proposé ici des façons de mettre l'approche axée sur la qualité de vie au service des efforts de réadaptation des délinquants. Cette notion peut s'appliquer de différentes manières, mais nous soutenons que, dans chaque cas, pour être efficaces, les mesures de réadaptation doivent être profondément et visiblement ancrées dans la promotion de la qualité de vie. ■

¹ Bureau E-308, Centre Van Vliet, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta) T6G 2H9.

² GENDREAU, P. «Offender rehabilitation: What we know and what needs to be done», *Criminal Justice and Behavior*, vol. 23, 1996, p.144-161.

³ WILLIAMS, DJ. «Quality of life recognition and promotion in offender rehabilitation», *Corrections Compendium*, vol. 24, n° 10, 1999, p. 6-19.

⁴ GLADIS, M. M., GOSCH, E. A., DISHUK, N. M. et CRITS-CHRISTOPH, P. «Quality of life: Expanding the scope of clinical significance», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 67, 1999, p. 320-331.

⁵ VAN WORMER, K. «The strengths perspective: A paradigm for correctional counselling», *Federal Probation*, vol. 63, n° 1, 1999, p. 51-58.

⁶ CLARK, M. D. «Interviewing for solutions: A strength-based method for juvenile justice», *Corrections Today*, juin 1997, p. 98-102.

⁷ PROCHASKA, J. O. et VELICER, W. F. «The transtheoretical model of health behavior change», *American Journal of Health Promotion*, vol. 12, n° 1, 1997, p. 38-48.

⁸ DECI, E. L. et RYAN, R. M. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*, New York, NY, Plenum, 1985.

Sondage sur les médecines douces en milieu correctionnel

Ralph C. Serin¹

Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada

Cherami Wichmann²

Services à la famille, aux enfants et aux adolescents, ministère de la Justice Canada

Un aspect important de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition est le mandat qu'elle confie au Service correctionnel du Canada de veiller à ce que chaque délinquant reçoive des services de santé comparables à ceux qui sont offerts dans la collectivité. Parallèlement à cette exigence, on observe des changements dans les approches communautaires en soins de santé ainsi que des changements dans la population carcérale. Les thérapies complémentaires et parallèles jouent un rôle de plus en plus important dans la prestation des services de santé³. Ces thérapies sont considérées comme parallèles par la profession médicale parce que les médecins n'ont pas l'habitude de les pratiquer, parce qu'elles ne sont pas normalement utilisées comme principale méthode de traitement et parce qu'elles ne sont pas largement acceptées par les compagnies d'assurance⁴. Une étude récente a révélé que 60 % des écoles de médecine intègrent maintenant les médecines parallèles à leurs programmes⁵.

En ce qui concerne les changements dans la population carcérale, deux facteurs attirent l'attention, soit l'âge et la diversité. Selon les estimations actuelles, la population carcérale comprendra un nombre proportionnellement plus grand de délinquants âgés, si bien qu'il y aura une répartition bimodale de jeunes délinquants et de délinquants âgés⁶. Ce changement entraînera des difficultés pour la prestation des services de santé aux délinquants⁷. On prévoit aussi que la proportion des délinquants autres que ceux de race blanche va augmenter de façon marquée, tant chez les hommes que chez les femmes, et que la population carcérale deviendra ainsi plus diversifiée. Ce facteur engendrera aussi des difficultés pour la prestation des services de santé aux délinquants⁸.

Il se peut que la connaissance des médecines douces et le soutien qu'on leur accorde varient selon l'appartenance ethnique. En conséquence, il est possible que la demande de services de médecines douces augmente à mesure que la population carcérale se diversifiera. De même, en raison du vieillissement de la population carcérale, on pourrait vouloir utiliser des médecines douces pour soulager certains des symptômes somatiques liés au vieillissement et améliorer les soins palliatifs. En outre, avec l'intérêt croissant que suscitent les médecines douces dans la collectivité, il est

raisonnable de penser que les délinquants qui ont eu des expériences positives avec ces approches voudront continuer à recevoir ce genre de soins lorsqu'ils seront incarcérés. Comme il s'agit d'une question relativement nouvelle, il faudra aussi élaborer des lignes directrices à propos de ces pratiques. Pour toutes ces raisons, il semblait opportun de faire un sondage auprès des responsables des soins de santé en milieu correctionnel afin de connaître leurs opinions sur les thérapies parallèles. Nous présentons ici un résumé des conclusions d'un sondage national sur les services de thérapie parallèle et complémentaire (MPC) qui a été effectué auprès de tous les pénitenciers fédéraux au Canada⁹. Les thérapies parallèles (ou médecines douces) désignent les traitements ou les interventions qui ne font pas partie de la médecine conventionnelle (allopathie). Les thérapies complémentaires sont des thérapies parallèles qui sont acceptées dans une certaine mesure par la médecine conventionnelle. De façon générale, les médecines douces et complémentaires ont certaines caractéristiques communes. Ces thérapies et les praticiens qui les utilisent se fondent sur une perspective holistique, c'est-à-dire qu'ils visent à traiter l'individu dans son entier et non uniquement la partie du corps atteinte. De plus, ils s'emploient à stimuler les capacités naturelles d'autoguérison du corps. Enfin, il importe de se rappeler que les pratiques thérapeutiques non orthodoxes ont souvent des fondements tout aussi peu orthodoxes. Nous décrivons ci-dessous les différentes thérapies de MPC selon le classement utilisé dans l'étude conjointe de l'Université York / Santé Canada (1999). Les cinq premiers groupes sont des composantes de systèmes de MPC, tandis que les quatre derniers sont des systèmes de soins traditionnels complets.

1. *Thérapie alimentaire* – régimes, vitamines, minéraux, oxygénothérapie.
2. *Herboristerie ou phytothérapie* - diverses traditions: chinoise, ayurvédique, autochtone, naturopathique.
3. *Physiothérapie ou thérapie par le mouvement* : mouvements/exercices (Chi Kung, yoga, tai-chi), Feldenkrais, technique Alexander, chiropraxie, massage (suédois, hawaïen, shiatsu, etc.), thérapie crâniosacrale, réflexologie,

irrigation du côlon, drainage lymphatique, thérapie par chélation.

4. *Thérapie énergétique* – toucher thérapeutique, Reiki, photothérapie, chromothérapie, acupuncture, polarité, remèdes homéopathiques et essences de fleurs.
5. *Psychothérapie* – hypnose, visualisation, méditation, psychothérapie et counseling, groupe d'entraide, cours d'art et de musique.
6. *Médecine traditionnelle chinoise (MTC)* – système de soins que l'on croit vieux de 3 000 à 7 000 ans. Il considère les maladies, les troubles et les dysfonctionnements comme un déséquilibre de l'énergie corporelle. Il fait appel à la thérapie alimentaire, aux massages tuina, à l'herboristerie, à l'acupuncture et à des programmes d'exercices favorisant la relaxation et l'équilibre des énergies corporelles.
7. *Médecine ayurvédique* – médecine traditionnelle hindoue faisant appel à des thérapies naturelles.
8. *Naturopathie* – système de soins primaires qui utilise des méthodes et des substances naturelles afin de stimuler les capacités d'autogénération du corps humain. Il fait appel aux plantes médicinales, à un mode de vie et d'alimentation sain, à l'homéopathie, à des techniques de gestion du stress, aux manipulations, à la médecine orientale et à la physiothérapie (hydrothérapie, photothérapie et massages).
9. *Médecine autochtone* – ensemble complexe de systèmes qui mise sur les talents et les pouvoirs physiques, mentaux et spirituels des individus et qui est axé sur leur développement. Les interventions peuvent être faites par des *Aînés* et, dans certains cas, par des *guérisseurs*. Les pratiques comportent, entre autres, des cérémonies et l'utilisation de plantes et de substances médicinales.

Demande de thérapies de MPC

Des 42 questionnaires envoyés aux établissements comportant une infirmerie, 39 ont été retournés, pour un taux de réponse de 92,9 %, et la majorité d'entre eux avaient été remplis par le chef des Services de santé. On a demandé aux répondants de classer par ordre d'importance la demande actuelle dans le domaine des thérapies de MPC dans leur établissement. Les résultats sont présentés au Tableau 1. Malgré les différences entre les cinq régions du Service, la thérapie alimentaire a été classée au premier rang dans toutes les régions. La majorité des répondants ont déclaré qu'il y avait un besoin réel en thérapies de MPC, tant de leur point de vue (84 %) que du point de vue des détenus (80 %) et de celui des professionnels des soins de santé (70 %).

Dans toutes les régions, on a observé que les répondants avaient classé comme plus importante la demande liée aux thérapies les mieux connues. La demande associée à la médecine autochtone, par exemple, était plus forte dans les Prairies, où il y a un grand nombre de délinquants autochtones. En outre, la plupart des répondants (79 %) s'attendaient à ce que la demande globale de MPC augmente avec le temps.

Tableau 1

Classement global des thérapies de MPC	
Forme de thérapie de MPC	Rang
Thérapie alimentaire	1
Psychothérapie	2
Herboristerie ou physiothérapie	3
Physiothérapie ou thérapie par le mouvement	4
Médecine autochtone	5
Naturopathie	6
Médecine traditionnelle chinoise	7
Thérapie énergétique	8
Médecine ayurvédique	9

Les raisons invoquées pour expliquer l'augmentation prévue de la demande étaient les suivantes (sans ordre particulier) :

- Augmentation du nombre de personnes de différentes origines ethnoculturelles ayant eu des expériences avec les MPC dans la collectivité
- Changement dans les normes communautaires favorisant les MPC et augmentation de la sensibilisation et de l'éducation sur les MPC
- Encouragement par le SCC à changer d'habitudes et de style de vie – attention accordée à la santé en prison
- Augmentation des contacts avec les Aînés dans les établissements correctionnels
- Meilleure connaissance de leurs droits par les détenus
- Offre d'herbes médicinales comme solutions de rechange aux médicaments de la médecine conventionnelle (somnifères)

Répercussions de la composition ethnoculturelle sur la demande de thérapies de MPC

Comme prévu, la plupart des répondants croyaient que la composition ethnoculturelle de la population carcérale aurait des répercussions sur la demande de thérapies de MPC (84 %). La raison la plus souvent invoquée était l'augmentation du nombre de délinquants autochtones et, dans une moindre mesure, de délinquants d'autres groupes

minoritaires (p. ex. Africains et Asiatiques) qui ont recours aux MPC dans leurs collectivités. Toutefois, plusieurs répondants ont fait remarquer que la croissance du nombre de délinquants âgés et les besoins particuliers des délinquantes pourraient aussi avoir une incidence sur la demande de thérapies de MPC.

Utilité des thérapies de MPC

Pour ce qui est de l'utilité des différentes approches, les répondants considéraient qu'aucune de ces thérapies ne *devrait toujours être utilisée en premier lieu*. Cependant, une majorité de répondants ont fait remarquer que la thérapie alimentaire, la physiothérapie ou thérapie par le mouvement, et la psychothérapie pouvaient être très utiles pour le traitement dans certains cas (voir le Tableau 2). Il est intéressant de constater que plus du tiers des répondants ne connaissaient pas la médecine traditionnelle chinoise et qu'une majorité des répondants ne connaissaient pas la médecine ayurvédique. Malgré la proportion importante de délinquants autochtones au Canada, un peu plus du quart des répondants ne connaissaient pas la médecine autochtone.

Tableau 2

Utilité des thérapies de MPC pour le traitement des détenus	
Thérapie de MPC	Réponses les plus fréquentes
Thérapie alimentaire	Très utile dans certains cas (64 %)
Herboristerie ou phytothérapie	Utilité limitée (44 %) et Très utile (44 %)
Physiothérapie ou thérapie par le mouvement	Très utile dans certains cas (72 %)
Thérapie énergétique	Utilité limitée (33 %) — 28 % Ne connais pas
Psychothérapie	Très utile dans certains cas (80 %)
Médecine traditionnelle chinoise	Ne connais pas (33 %) et Utilité limitée (31 %)
Médecine ayurvédique	Ne connais pas (72 %)
Naturopathie	Très utile (44 %) et Utilité limitée (31 %)
Médecine autochtone	Très utile (51 %) et Ne connais pas (26 %)

Offre de thérapies de MPC dans les établissements

Environ la moitié des répondants ont indiqué qu'on offrait une forme quelconque de thérapie de MPC dans leur établissement (51 %). Pour ceux qui ont répondu par la négative à cette question ($n = 19$), les raisons le plus souvent invoquées étaient l'absence de politique, le manque de financement, le souci de la sécurité et la faible demande.

Dans les établissements où des thérapies de MPC étaient offertes ($n = 20$), ce sont la physiothérapie ou thérapie par le mouvement et la médecine autochtone qui étaient le plus souvent offertes, suivies de la thérapie alimentaire. La médecine ayurvédique

n'était offerte dans aucun établissement, et un seul offrait la thérapie énergétique et la naturopathie.

Résumé

Les thérapies de MPC ont été intégrées au domaine du travail social¹⁰, au traitement psychologique¹¹ et au traitement donné aux Autochtones¹². Il est encourageant de constater, avec ce sondage, que les thérapies de MPC commencent à faire leur apparition dans le milieu correctionnel, puisqu'un peu plus de la moitié des établissements correctionnels offrent une forme quelconque de thérapie de MPC. En outre, la majorité des répondants déclarent qu'il existe actuellement un besoin en thérapies de médecine complémentaire et parallèle et jugent que la demande va augmenter avec le temps. On a cependant relevé dans une étude des mises en garde contre l'acceptation non critique des thérapies de MPC¹³. De même, plusieurs approches semblent être considérées très utiles et très en demande, en partie parce que l'information sur ces approches demeure limitée, notamment à propos des méthodes autochtones. Enfin, les répondants ont souligné qu'il sera important d'élaborer des politiques qui guideront la pratique. ■

- 340, avenue Laurier ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.
- 284, rue Wellington, Ottawa (Ontario) K1A 0H8.
- DAVIS, C. M. (dir.). *Complementary therapies in rehabilitation*, Thorofare, NJ, Slack Inc., 1997. Voir aussi ELIOPOULOS, C. (1999). *Integrating conventional and alternative therapies*, St. Louis, MO, Mosby Inc., 1999.
- GREUB, B. L. et McNAMARA, J. R. «Alternative therapies in psychological treatment: When is a consultation with a physician warranted?» *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 31, n° 1, 2000, p. 58-63.
- WETZEL, M. S., EISENBURG, D. M. et KAPTCHUK, T. J. «Courses involving complementary/alternative medicine at US medical schools», *JAMA: Journal of the American Medical Association*, vol. 280, 1998, p. 784-787.
- BOE, R. *Looking toward 2017: Trends and scenarios for federal offenders*, document présenté lors de la journée de la recherche du Bureau of Prisons, Albany, NY, 2002.
- GAL, M. «La santé physique et mentale des délinquants âgés», *Forum, Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 14, n° 2, 2002, p. 15-19.
- BELL, A. et CRUTCHER, N. «Questions relatives à la santé des délinquants autochtones», *Forum, Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 14, n° 2, 2002, p. 20-24.
- On peut obtenir un exemplaire du sondage auprès du premier auteur.
- LOVELAND COOK, C. A., BECVAR, D. S. et PONTIUS, S. L. «Complementary alternative medicine in health and mental health: Implications for social work practice», *Social Work in Health Care*, vol. 31, n° 3, 2000, p. 39-57.
- Op. cit. GREUB et McNAMARA, 2000.
- GARRETT, M. T. et CARROLL, J. J. Mending the broken circle: treatment of substance dependence among Native Americans. *Journal of Counseling and Development*, vol. 78, 2000, p. 379-388.
- FRIEDMAN, H. «Cautionary notes to psychological practitioners promoting alternative healing through human nutrition», *The Humanistic Psychologist*, vol. 27, n° 2, 1999, p. 255-260.

