

Vol. 2 n° 3 1990

Recherche sur l'actualité
correctionnelle

FORUM



DOSSIER

Les traitements de santé mentale en milieu carcéral

La recherche en deux mots

Questions juridiques

La divulgation de renseignements psychiatriques sur les détenus



Service correctionnel
Canada

Correctional Service
Canada

FORUM — RECHERCHE SUR L'ACTUALITÉ CORRECTIONNELLE est une revue trimestrielle publiée dans les deux langues officielles, à l'intention du personnel et des gestionnaires du Service correctionnel du Canada.

La revue s'intéresse à la recherche appliquée touchant aux politiques et programmes correctionnels ou à certaines problématiques de gestion. On y présente des articles inédits rédigés par des fonctionnaires du Service correctionnel du Canada et par d'autres chercheurs ou praticiens oeuvrant dans le domaine.

FORUM est préparée et publiée par la Direction de la recherche, en collaboration avec la Direction des communications, Secteur des communications et du développement organisationnel du Service correctionnel du Canada. Les rédacteurs en chef de FORUM invitent les chercheurs du domaine correctionnel à collaborer à l'une ou l'autre des sections de la revue. Faites parvenir vos articles à Frank J. Porporino, Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, 340, avenue Laurier ouest, Ottawa, Canada K1A 0P9. Les articles retenus sont sujets à des modifications de style et de longueur.

Rédacteurs en chef : Frank J. Porporino
Claude Tellier
Directeur de la production et de la révision :
Jean-Marc Plouffe
Adaptation : Communications Com'ça
Graphisme : 46 Fifth Design Associates
Conseiller à la production :
Direction des services professionnels des
communications,
Approvisionnement et Services Canada

Les articles non signés sont le fruit d'un travail collectif des employés de la Direction de la recherche, secteur des communications et du développement organisationnel, qui en ont assuré la recherche et la rédaction. Les personnes suivantes ont apporté une contribution importante à ce numéro : Rhea Yates, Nathalie Demers et Tanya Nouwens.

Les opinions exprimées dans FORUM ne concordent pas nécessairement avec les opinions et politiques du Service correctionnel du Canada. La reproduction des articles, en tout ou en partie, est permise avec l'autorisation du Service correctionnel du Canada.

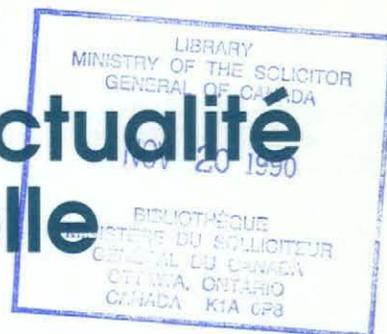
Pour plus de renseignements sur le contenu de cette revue, veuillez vous adresser à la Direction de la recherche au numéro (613) 995-3975; vous pouvez également obtenir des exemplaires additionnels de la revue à l'adresse mentionnée ci-dessous ou en téléphonant aux :

Services de rédaction et de publication
Service correctionnel du Canada
340, avenue Laurier ouest
Ottawa (Ontario)
K1A 0P9

For further information regarding the content of the magazine, please contact the Research Branch at (613) 995-3975. To request copies of this publication, please contact:

Publishing and Editorial Services
Correctional Service of Canada
340 Laurier Avenue West
Ottawa, Ontario
K1A 0P9

Forum Recherche sur l'actualité correctionnelle



Avant-propos	Ole Ingstrup Commissaire Service correctionnel du Canada	2
La recherche en deux mots	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ce que pensent les employés du secteur correctionnel des délinquants souffrant de troubles mentaux 3 ▪ Patients détenus en vertu d'un mandat du lieutenant-gouverneur 4 ▪ Les traitements de santé mentale en établissement correctionnel 5 ▪ Une étude démontre l'importance de coordonner les services psychiatriques 7 ▪ Comprendre le « délinquant violent perturbé » 8 ▪ La pharmacothérapie 10 ▪ Un atelier sur la psychopathie insiste sur la qualité des interventions 11 ▪ Contrôler le phénomène de l'autopunition : une priorité en santé mentale 12 ▪ Cinq ans d'activités dans les centres psychiatriques régionaux canadiens 14 	
Dossier	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comment causer délibérément des troubles mentaux par Christopher D. Webster 16 	
Du côté de l'administration	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le Pénitencier Dorchester 21 ▪ Centre de traitement régional (Ontario) 21 ▪ Centre psychiatrique régional (Prairies) 22 ▪ Centre psychiatrique régional (Pacifique) 23 	
Questions juridiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La divulgation de renseignements psychiatriques sur les détenus par Karen J. Richardson 25 	
Ailleurs dans le monde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins de santé mentale dans les établissements correctionnels de santé mentale en France, en Suisse et dans les pays scandinaves 28 	
Événements importants		31
Bibliographie annotée		33

Ce numéro de FORUM traite essentiellement des soins de santé mentale dans les institutions pénitentiaires. Les divers sujets étudiés devraient renforcer la théorie selon laquelle les préoccupations portant sur la santé mentale devraient toucher plus que les professionnels et leurs patients. En fait, la promotion des soins de santé mentale inclut chaque aspect de l'environnement social et physique du délinquant.

Comme l'indiquent clairement les projets de recherche, les soins de santé mentale constituent le défi le plus sérieux auquel doivent faire face aujourd'hui les services correctionnels. Une étude nationale demandée en 1988 par le Service correctionnel du Canada en est arrivée récemment à des renseignements remarquables sur la fréquence, la nature et la gravité des problèmes de soins de santé mentale parmi les délinquants mâles détenus dans les établissements fédéraux. L'enquête sur la santé mentale en a conclu que les détenus de nos établissements ont subi des désordres mentaux beaucoup plus grands que ce que l'on croyait jusqu'à maintenant.

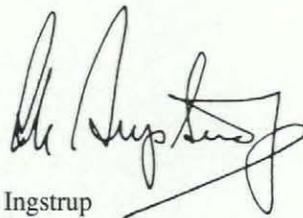
De plus, le Groupe de travail sur les soins de santé mentale mis sur pied en 1990 par le Service correctionnel du Canada fait état de la nécessité d'élaborer et de mettre en oeuvre une stratégie intégrée en matière de santé mentale. Une telle approche engagerait les délinquants, les professionnels de la santé mentale, le personnel des services correctionnels, les administrateurs et la collectivité. Le rapport du Groupe de travail met en lumière le besoin des délinquants de prendre part aux décisions et aux traitements qui les concernent afin

d'assumer une plus grande responsabilité face à leur propre santé mentale.

Ce numéro de FORUM vient à point nommé puisqu'il donne des renseignements sur les projets de recherche nombreux et variés dans le domaine de la santé mentale. Les différentes sections offrent une analyse des services de soins de santé mentale au Canada et ailleurs. Soulignons l'article de Chris Webster, qui paraît dans DOSSIER et qui nous invite à penser aux désordres mentaux d'un bien différent point de vue.

Les soins de santé mentale doivent être une préoccupation constante pour les concepteurs de politique, les administrateurs et le personnel des services correctionnels qui sont en première ligne. Nous devons mettre l'accent sur les soins de santé mentale non seulement dans l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes mais dans nos activités quotidiennes. Les résultats découlant des recherches nous permettent de mettre au point des programmes qui assurent des services adéquats et qui créent un climat sain pour les délinquants.

Quand on parle de la santé mentale de quelqu'un, on ne peut plus faire de dichotomie, on ne peut plus dire qu'elle est « normale » ou « anormale ». Nous devons reconnaître que les soins de santé mentale sont nécessaires à toute personne faisant partie du cadre des services correctionnels. Prendre soin de la santé mentale des délinquants, tant individuellement que collectivement, peut seulement nous aider à réintégrer les délinquants comme des citoyens respectueux des lois.



Ole Ingstrup
Commissaire
Service correctionnel du Canada

Les recherches ne sont souvent accessibles qu'aux chercheurs par le biais de revues savantes qui ne sont ni lues ni comprises par les personnes chargées de mettre les résultats de ces recherches en application. Nous espérons combler les fossés qui séparent les chercheurs des praticiens en vous présentant, dans cette section de notre revue, de brefs résumés d'études récentes.

Ce numéro étant consacré aux soins de santé mentale, nous avons choisi de vous présenter les résultats de la recherche en ce domaine. La question est abordée sous diverses perspectives dans l'espoir d'élargir la compréhension de cet important problème. Pour de plus amples renseignements sur les recherches présentées dans cette section, on peut s'adresser à la Direction de la recherche ou consulter les documents cités.

Nous ouvrons volontiers nos pages aux chercheurs qui oeuvrent dans le domaine et qui souhaiteraient faire connaître les résultats de leurs travaux dans *La recherche en deux mots*.

Ce que pensent les employés du secteur correctionnel des délinquants souffrant de troubles mentaux

Peu de recherches se sont intéressées à ce que pensent les agents correctionnels des délinquants souffrant de troubles mentaux. Les auteurs d'une étude récente estiment pourtant que ces perceptions jouent un rôle important dans la gestion des soins de santé mentale offerts aux détenus.

Les agents correctionnels sont à même de repérer les délinquants ayant besoin de services de santé mentale et souvent de leur venir en aide. On sait également que le milieu carcéral joue un rôle important dans la santé mentale des détenus. Partie intégrante du milieu carcéral, les agents correctionnels sont peut-être en mesure de réduire le niveau de stress des détenus.

L'étude a évalué les perceptions des agents correctionnels à l'égard des détenus souffrant de troubles mentaux, dans l'espoir de réunir des renseignements utiles à la planification des programmes de formation des agents. Les auteurs avaient formulé comme hypothèse que les agents correctionnels ont moins de sympathie pour les délinquants souffrant de troubles mentaux qu'ils n'en ont pour les patients psychiatriques, pour les autres détenus et pour la population en général.

Les participants à l'étude ont été choisis parmi les 85 agents correc-

tionnels à l'emploi du Pretrial Services Centre de Vancouver, un établissement à sécurité maximale. Certains agents n'ont pu être rejoints, soit parce qu'ils avaient changé de poste soit parce qu'ils étaient en vacances. Cependant, les 78 agents rejoints ont accepté de participer à l'étude.

On a demandé aux participants d'indiquer sur une échelle de 18 points comment ils percevaient les délinquants souffrant de troubles mentaux, les patients en psychiatrie, les autres prisonniers et la population en général.

L'étude cherchait également à savoir dans quelle mesure les agents étaient intéressés à recevoir davantage de formation pour s'occuper des patients souffrant de troubles mentaux. Quatre énoncés portaient sur la formation et les agents devaient classer leur perception sur une échelle allant de l'accord complet au désaccord complet.

Les agents indiquaient aussi comment ils se sentaient lors de leurs contacts professionnels avec les détenus. L'échelle en sept points leur permettait de dire s'ils sentaient qu'ils contrôlaient la situation, qu'ils étaient capables d'établir des relations, qu'ils étaient actifs, utiles, efficaces, performants, et confiants dans leurs rapports

avec les détenus.

Selon les renseignements démographiques recueillis auprès des agents, il n'existait pas de lien significatif entre les attitudes et les variables individuelles. Ces variables comprenaient l'âge, le sexe, le nombre d'années de scolarité, le nombre d'années d'emploi à titre d'agent correctionnel et la fréquence approximative des contacts avec des détenus souffrant de troubles mentaux.

La moyenne d'âge des participants était de 32 ans; la plupart d'entre eux avaient fait quelques études collégiales et travaillaient pour le secteur correctionnel depuis 6,6 années en moyenne. Sur une échelle de un à cinq (5 représentant des contacts fréquents), la fréquence moyenne des contacts avec les personnes souffrant de troubles mentaux au cours des trois derniers mois s'élevait à 3,7.

Presque tous les agents étaient intéressés à une formation supplémentaire visant à améliorer leurs relations avec les détenus souffrant de troubles mentaux

Les résultats obtenus révèlent d'énormes différences entre la conception que se font les agents correctionnels de « la population en général » et des trois autres catégories (les détenus, les détenus souffrant de troubles mentaux et les patients en psychiatrie). L'opinion la plus favorable va à « la population en général », sans autre analyse des perceptions des agents à son égard.

Les comparaisons établies entre les trois autres groupes ont révélé que les détenus souffrant de troubles mentaux étaient perçus comme étant moins prévisibles, moins rationnels, et plus mystérieux que les autres

détenus. Les détenus en général étaient cependant qualifiés de plus manipulateurs que les détenus souffrant de troubles mentaux.

Une deuxième comparaison a démontré que les détenus souffrant de troubles mentaux étaient perçus comme étant plus dangereux que les patients en psychiatrie. En dernier lieu, les patients en psychiatrie étaient considérés comme moins méchants et moins manipulateurs que les détenus mais également comme plus irrationnels et imprévisibles.

Dans l'ensemble, les agents correctionnels se sont dits très inquiets de devoir travailler avec des délinquants souffrant de troubles mentaux. Quatre-vingt-dix pour cent d'entre eux estimaient que cela ajoutait beaucoup de stress à leur tâche. Quatre-vingt-neuf pour cent étaient d'avis que les détenus souffrant de troubles mentaux devaient être gardés séparément du reste de la population carcérale. Presque tous les agents étaient intéressés à une formation supplémentaire visant à améliorer leurs relations avec les détenus souffrant de troubles mentaux. Par contre, ils se disaient généralement à l'aise dans leurs rapports avec le reste de la population carcérale.

D'après les agents, ce qui différencie les détenus souffrant de troubles mentaux des patients en psychiatrie, c'est le « danger » qu'ils représentent. Que cette perception soit fondée ou non, il serait bon que les programmes de formation traitent du caractère menaçant du détenu souffrant de troubles mentaux.

Cette étude indique clairement que les agents correctionnels sont préoccupés par les délinquants souffrant de troubles mentaux et qu'ils souhaiteraient avoir de meilleurs rapports avec eux.

En dernière analyse, il est important de noter que les participants à cette étude se sentent toujours mal préparés à affronter ceux qui souffrent de troubles mentaux, et ce en dépit du fait qu'ils ont reçu une formation dans le cadre des programmes les plus récents. Il serait intéressant que

d'autres recherches portent sur les programmes de formation en ce domaine afin de découvrir les causes de cette insatisfaction. Il faudrait tenir compte des perceptions et besoins de ceux qui travaillent directement avec les personnes souffrant de troubles mentaux.

Il pourrait également être intéressant d'étudier dans quelle mesure la présence de détenus souffrant de troubles mentaux crée ou non des tensions au sein du reste de la popula-

tion carcérale. Une telle étude devrait cependant choisir les participants avec soin afin d'éviter, autant que possible, une classification erronée des détenus. ■

Kropp, P., Randall, Cox, David N., Roesch, Ronald et Eaves, Derek. (1989). The Perceptions of Correctional Officers Toward Mentally Disordered Offenders. *International Journal of Law and Psychiatry* 1, 181-188.

Patients détenus en vertu d'un mandat du lieutenant-gouverneur

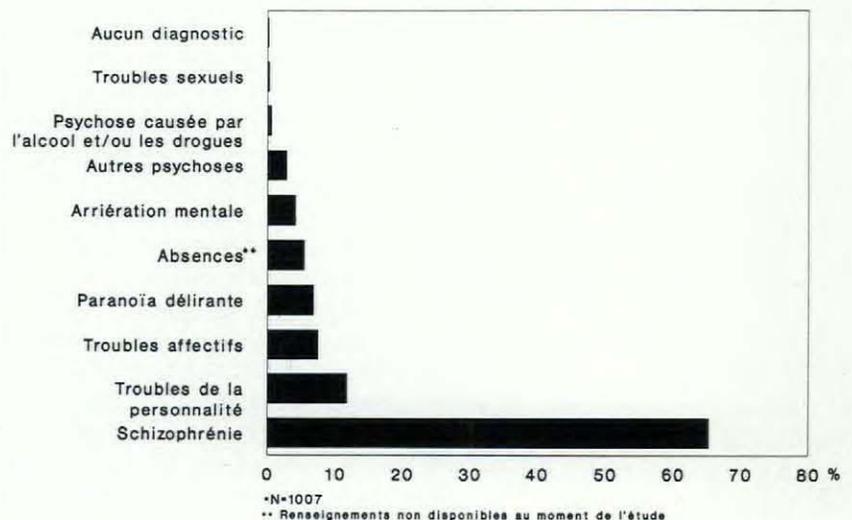
Des données récentes recueillies par le ministère canadien de la Justice montrent que de nombreuses personnes détenues en vertu d'un mandat du lieutenant-gouverneur ont des antécédents criminels et sont déjà passées par le système de soins de santé mentale avant d'être déclarées irresponsables.

Les renseignements recueillis à

partir du 1^{er} mars 1988 indiquent qu'un peu plus de 1 000 patients sont détenus en vertu d'un mandat du lieutenant-gouverneur. Selon ces données, plus d'un tiers de ces personnes avaient déjà été condamnées pour infraction criminelle avant l'émission du mandat.

Plus des trois quarts des patients avaient également été hospitalisés

Patients selon le diagnostic (%) qui sont sous mandat du Lieutenant-gouverneur*



auparavant pour troubles mentaux — le diagnostic faisait état de schizophrénie dans les deux tiers des cas (voir graphique). Près de 90 % de ces patients étaient des hommes dont l'âge moyen était de 38,9 ans.

Le mandat du lieutenant-gouverneur est utilisé lorsqu'un accusé est déclaré inapte à subir son procès ou aliéné au moment de l'infraction. La majorité des patients détenus en vertu d'un mandat (près de 90 %) étaient des personnes présumées non coupables pour des motifs d'aliénation mentale. Les autres 10 % ont été déclarés incapables à subir un procès. On avait recours au mandat le plus souvent pour des crimes graves tels que les homicides et les agressions sexuelles. En moyenne, les patients détenus en vertu d'un mandat l'étaient depuis six ans. L'année où s'est déroulée cette étude, plus de 300 nouveaux patients ont été placés en vertu d'un mandat et 251 ont reçu leur congé.

Les données pour cette étude proviennent des commissions provin-

ciales de révision. Cette base de données a pour but premier de recueillir, de manière continue, des renseignements sur tous les patients, nouveaux et anciens. Les données rassemblées jusqu'à maintenant ne sont donc pas suffisantes et la collecte se poursuivra au cours des deuxième et troisième années de cette étude.

Les résultats faciliteront le travail du ministère de la Justice chargé de formuler des modifications aux lois relatives aux troubles mentaux.

Les données influent largement sur la recherche juridique et sociale. Certaines des constatations pourraient même avoir une incidence sur la Charte des droits et libertés. C'est ainsi que la durée de placement des patients déclarés irresponsables varie considérablement d'une province à l'autre. De nombreux patients sont détenus pour des périodes plus longues que s'ils avaient été condamnés pour une infraction et incarcérés. Les auditions de la Commission de révision diffèrent d'une province à l'autre. De plus, la majorité des

patients ne sont pas représentés par un avocat et, dans certains cas, n'assistent même pas aux auditions.

Le rapport souligne également que de nombreux détenus fédéraux possèdent à peu près les mêmes antécédents psychiatriques que les patients placés en vertu d'un mandat, ce qui porte à croire que l'on peut avoir recours au plaidoyer d'aliénation mentale de manière arbitraire. Un groupe de patients chroniques semble continuellement faire la navette entre les services juridiques, les services de santé mentale et le secteur correctionnel. En créant cette banque de données, le ministère a donné un solide atout au projet de recherche pour les deux prochaines années. ■

Hodgins, S., Webster, C., Paquet, J. et Zellerer, E. (1990). Canadian Database: Patients Held on Lieutenant Governor Warrants. Travail effectué à contrat pour le ministère de la Justice du Canada.

Les traitements de santé mentale en établissement correctionnel

Les travailleurs du milieu correctionnel sont nombreux à croire que le traitement de santé mentale n'est généralement pas très efficace, que les détenus souffrant de troubles mentaux devraient être logés dans des unités psychiatriques spéciales jusqu'à la fin de leur peine où ils seront d'ailleurs réadmis peu de temps après avoir obtenu leur congé.

C'est pour vérifier ces hypothèses que M.A. Conroy, chercheur et chef des services médico-légaux aux États-Unis, a réalisé, de novembre 1980 à mai 1987, une étude en deux étapes au Medical Centre for Federal Prisoners (MCFP) afin d'évaluer le comportement des détenus après leur départ de l'établissement.

Aux États-Unis, le système carcéral fédéral comprend trois grandes unités de services psychiatriques pour

les délinquants de sexe masculin. Le MCFP, situé à Springfield (Missouri), est l'établissement le plus important. Son service psychiatrique compte 294 lits répartis entre deux unités : une unité de 178 lits pour patients internes dont l'état est critique et une unité de 116 lits pour les patients de la clinique externe. Le centre doit effectuer des évaluations médico-légales pour les cours fédérales et des évaluations pré-admissions pour le système fédéral.

Avant d'être admis à l'unité de traitement pour patients internes du centre médical, le délinquant fait l'objet d'un examen approfondi. Deux des trois médecins qui participent à l'évaluation doivent confirmer qu'il souffre d'une grave maladie mentale répertoriée dans le *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III), qu'il doit être traité dans

un établissement psychiatrique et que le traitement en clinique externe n'a aucune chance de réussite.

Entre novembre 1979 et mai 1987, 2 744 délinquants ont été transférés au MCFP pour évaluation, dans l'attente d'un traitement éventuel. Seulement 47,3 % des personnes renvoyées pour traitement psychiatrique ont été effectivement admises à l'unité psychiatrique pour patients internes. Les autres 52,7 % ont été admises à l'unité externe pour une période de 30 jours après la première évaluation, au cas où d'autres symptômes seraient apparus. Si, à la fin de cette période, aucun autre trouble mental ne surgit, les délinquants sont renvoyés à la prison.

La majorité des délinquants admis à l'aile psychiatrique du MCFP étaient incapables de fonctionner au sein de la population carcérale normale avant leur transfèrement. Les autres détenus transférés au MCFP étaient simplement décrits par l'établissement

comme étant « trop bizarres et trop dérangeants pour demeurer au sein de la population carcérale ».

Au moment de leur admission, environ 75 % des délinquants avaient reçu un diagnostic de psychose grave. Les autres souffraient de dépression passagère, d'anxiété ou de troubles organiques

Au moment de leur admission, environ 75 % des délinquants avaient reçu un diagnostic de psychose grave. Les autres souffraient de dépression passagère, d'anxiété ou de troubles organiques.

Au cours de la première étape de l'étude de Conroy, des questionnaires ont été envoyés à l'établissement d'accueil, 60 jours après le départ des détenus du MCFP. Le personnel devait évaluer les réactions des délinquants à leur environnement et leur stabilité mentale.

Les résultats de la première étape démontrent qu'au cours des sept années et demie d'étude, entre 78 et 90 % des délinquants réadmis dans un établissement correctionnel régulier après traitement au MCFP étaient décrits par le personnel comme fonctionnant bien au sein de l'établissement. Pour cette même période, le psychologue de l'établissement a évalué que, dans 88 à 98 % des cas, les détenus avaient conservé leur équilibre mental ou même amélioré leur état mental.

La seconde étape de l'étude s'est déroulée entre 1984 et 1987. Elle avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des traitements dispensés aux patients hospitalisés au MCFP. Des questionnaires ont été envoyés à la prison six mois après l'élargissement du délinquant. Les questions portaient sur le rendement au travail du délinquant,

l'entretien de ses quartiers, ses interactions avec les autres détenus, ses dossiers de comportement, ses soins de suivi, le cas échéant, et son aptitude à demeurer au sein d'une population régulière.

Les résultats indiquent que, pour cette période de suivi de quatre ans, 87 à 100 % des patients élargis ont reçu pour leur travail une appréciation moyenne ou au-dessus de la moyenne, et qu'entre 90 et 96 % d'entre eux gardaient leur cellule dans un état de propreté moyen ou supérieur à la moyenne. D'après les agents de gestion des cas, 63 à 79 % de ces patients ont des aptitudes à la vie sociale moyennes ou supérieures à la moyenne; entre 8 et 9 % d'entre eux ont été condamnés pour deux manquements à la discipline ou moins, la majorité n'affichant aucune infraction de ce genre, et 73,9 % des délinquants ont bénéficié de soins de suivi dans les six mois suivant leur mise en liberté.

Fait intéressant, surtout si l'on considère que la plupart des délinquants traités au MCFP étaient isolés du reste de la population carcérale avant leur transfèrement, la majorité des délinquants n'ont pas réclamé ou exigé l'isolement dans les six mois suivant leur départ du MCFP.

À la suite du traitement en établissement psychiatrique, les délinquants souffrant de troubles mentaux et de comportement peuvent avoir avantage à poursuivre leur traitement dans un établissement correctionnel régulier

Autre découverte intéressante : sur les 2 744 délinquants transférés au MCFP au cours des sept années et demie de l'étude, soit pour y être évalués soit pour y être traités,

seulement 173 ont été réadmis.

Conclusion générale de l'étude Conroy : à la suite du traitement en établissement psychiatrique, les délinquants souffrant de troubles mentaux et de comportement peuvent avoir avantage à poursuivre leur traitement tout en purgeant le reste de leur peine dans un établissement correctionnel régulier.

Au cours de la dernière année, Conroy a élargi sa recherche pour y inclure un suivi des délinquants qui, après avoir reçu leur traitement, ont été confiés à d'autres organismes ou réintégrés dans la collectivité. ■

Conroy, M. (1990). Mental Health Treatment in the Federal Prison System: An Outcome Study. *Federal Probation*, mars, 44-47.

Une étude démontre l'importance de coordonner les services psychiatriques

Une étude récente a démontré que la collaboration entre les diverses sphères de compétence donnait des résultats intéressants au sein des services psychiatriques médico-légaux au Canada.

L'étude consistait à examiner et comparer les services psychiatriques médico-légaux offerts dans les dix provinces et les deux territoires du pays. L'expression « services psychiatriques médico-légaux » fait référence aux services de santé mentale offerts aux individus qui ont des démêlés avec le système de justice pénale.

Chaque province ou territoire devait décrire ses services actuels et en signaler les lacunes, le cas échéant. Les renseignements concernant les services de santé mentale au sein du système fédéral étaient fournis par l'auteur, lui-même employé du Service correctionnel du Canada.

Après examen des systèmes fédéral et provinciaux, l'étude parvenait à la conclusion qu'on pouvait faire davantage dans le domaine de la collaboration entre sphères de compétence. L'auteur citait quelques exemples intéressants, notamment les services offerts à la province de Saskatchewan par le Centre psychiatrique régional de Saskatoon, un établissement fédéral, et la prestation de services au Service correctionnel du Canada au Québec par l'Institut Philippe-Pinel. L'étude recommande que toutes les sphères d'attribution travaillent ensemble afin d'éviter le double emploi et d'améliorer l'utilisation des ressources existantes.

L'auteur souligne également que la communication semble meilleure dans les juridictions où une seule personne coordonne les services psychiatriques médico-légaux. Selon lui, la présence d'un coordonnateur constitue un bon canal de communication pour tous les employés leur permettant d'exprimer leurs idées ou

leurs préoccupations au sujet de ces services.

À l'heure actuelle, la Colombie-Britannique et le Manitoba sont les seules provinces à posséder un coordonnateur des services psychiatriques médico-légaux. D'après l'auteur, le modèle organisationnel le plus impressionnant est celui de la Forensic Psychiatric Services Commission en Colombie-Britannique.

Après avoir examiné les renseignements recueillis, l'auteur a fait plusieurs autres observations générales. Au sein du Service correctionnel du Canada, un service de santé mentale de base (psychologue, visite au psychiatre, intervention en situation de crise) est offert dans la plupart des établissements. Des soins intensifs sont dispensés aux malades hospitalisés aux centres psychiatriques régionaux d'Abbotsford et de Saskatoon, au Centre régional de traitement de Kingston et à l'Institut Philippe-Pinel du Québec, dans ce dernier cas sous forme de marchés de services. De plus, la région de l'Atlantique possède une unité psychiatrique de douze lits au pénitencier de Dorchester, où l'on étudie présentement un important réaménagement.

L'étude a permis de constater l'existence d'une grande diversité de soins psychiatriques médico-légaux dans les différentes provinces. L'auteur en conclut qu'il n'existe pas de modèle de services « idéal ». Selon lui, les services mis en place doivent répondre aux besoins de chaque sphère de compétence mais il faut également tenir compte des besoins des autres juridictions et veiller à ce qu'ils soient comblés.

Dans le cadre de cette étude, on demandait également aux provinces et territoires de faire connaître leur point de vue sur les modifications proposées au Code criminel et sur l'incidence de ces modifications sur la Charte

canadienne des droits et libertés. Les réponses indiquent que les préoccupations varient selon les juridictions et que, par conséquent, aucun consensus clair ne se dégage sur ces questions. ■

Gillies, R. (1990). *Comparative Analysis of Forensic Mental Health Systems in Canada*. Préparé pour le Collège canadien des directeurs de services de santé, conformément aux exigences d'obtention d'une bourse d'études.

Comprendre le « délinquant violent perturbé »

Les délinquants violents perturbés ont toujours représenté un défi de taille pour les chercheurs, en partie parce qu'ils constituent un groupe difficile à isoler et à étudier. Bon nombre de crimes commis par des délinquants perturbés ressemblent aux crimes commis par des délinquants non perturbés. De plus, les liens entre problèmes de santé mentale et violence varient, même chez une seule personne.

Dans un livre récent, intitulé *The Disturbed Violent Offender*, Hans Toch et Kenneth Adams ont proposé une vue d'ensemble systématique et une typologie des délinquants violents ayant des antécédents de problèmes de santé mentale.

Selon les auteurs, cette typologie a pour but de permettre aux observateurs « de se faire une idée plus précise des délinquants violents et de les comparer en fonction de caractéristiques qu'eux et leurs collègues jugent inquiétantes ».

Toch et Adams ont commencé leur étude par l'identification des délinquants ayant été condamnés, sentencés et incarcérés à la prison de New York aux États-Unis au cours de la période allant de janvier à décembre 1985.

Au cours de cette période, 12 764 délinquants ont été admis dans les pénitenciers de New York. De ce nombre, 8 379 ont été condamnés pour des infractions violentes aux termes de la loi mais dont quelques-unes échappent habituellement à cette définition. Dans l'État de New York, il existe des degrés dans les vols avec effraction et dans les vols qualifiés qui tiennent compte du fait que la victime a été menacée ou blessée physiquement ou non.

Les auteurs ont comparé la liste des délinquants violents de leur échantillon aux dossiers conservés au Office of Mental Health de l'État de New York. Ces dossiers comprennent une liste de toutes les personnes qui

ont été hospitalisées ou qui ont reçu des traitements en clinique externe dans un établissement psychiatrique géré par l'État. L'analyse a permis d'établir 1 833 comparaisons. Les dossiers individuels de traitement permettaient de connaître la nature et la gravité des problèmes de santé mentale de chacun.

Les auteurs se sont ensuite adressés au ministère des Services correctionnels de l'État de New York. Les renseignements recueillis au cours de l'incarcération et du processus de classification fournissaient un portrait précis des antécédents de santé mentale et criminels du détenu. Les dossiers correctionnels contenaient des renseignements nouveaux sur la nature des traitements prodigués à certains patients ayant une histoire médico-légale et dont on ignorait les antécédents et sur certains patients souffrant de troubles mentaux qui n'avaient pas encore été identifiés comme tels.

Les délinquants ayant des antécédents de problèmes de santé mentale, en particulier les toxicomanes, possédaient « des dossiers criminels beaucoup plus chargés » que les autres délinquants

Les 1 307 délinquants faisant partie de l'échantillon ont été reclassés en trois groupes d'antécédents de santé mentale — toxicomanie (n=83), problèmes psychiatriques (n=540), et combinaison de problèmes psychiatriques et de toxicomanie (n=141). Les délinquants et les clients du système judiciaire n'ayant jamais eu de traitement de santé mentale constituaient le groupe comparatif (n=544).

L'analyse statistique a permis de dégager un certain nombre de résultats précis. Ces résultats indiquaient entre autres que les délinquants ayant des antécédents de problèmes de santé mentale, en particulier les toxicomanes, possédaient « des dossiers criminels beaucoup plus chargés » que les autres délinquants. Selon ces données, les délinquants ayant des antécédents psychiatriques avaient une fois et demie plus de chances d'être arrêtés pour des infractions avec voies de fait que le groupe comparatif.

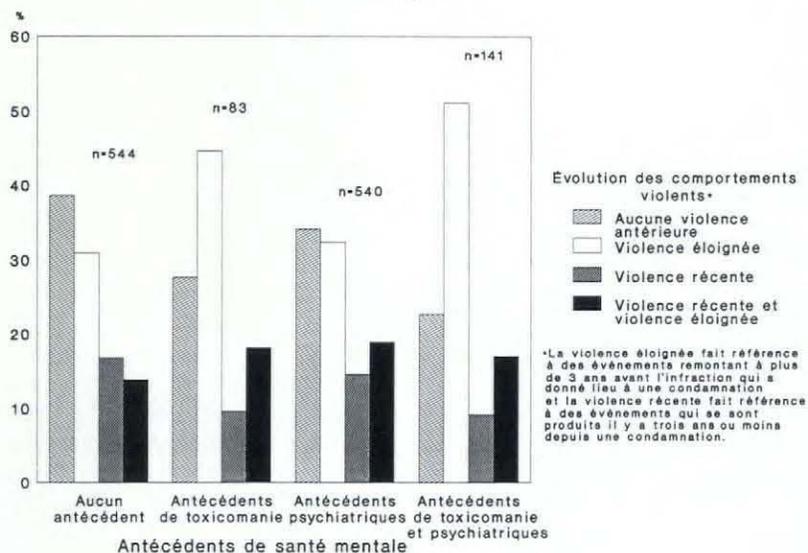
Les toxicomanes étaient beaucoup plus susceptibles d'être condamnés pour possession ou vente de drogues et conduite avec facultés affaiblies. Ils étaient également enclins aux vols avec effraction et à des infractions contre les biens. Tous les groupes de délinquants ayant des antécédents de problèmes de santé mentale avaient participé à un plus grand nombre d'infractions nuisibles que le groupe comparatif.

Les résultats permettaient également d'établir des liens entre la toxicomanie et le genre de crimes commis par les délinquants. Les alcooliques étaient davantage mêlés à des crimes d'incendie, à des voies de fait et à des comportements imprudents; ils troublaient plus souvent l'ordre public et conduisaient avec facultés affaiblies. Par contre, les toxicomanes étaient plus susceptibles d'être mêlés à des vols avec effraction et à des problèmes de drogues incluant la possession ou le trafic de la marijuana.

Comme l'indique le graphique, le groupe n'ayant aucun antécédent de traitement de santé mentale comprend une plus grande proportion de délinquants n'ayant jamais commis d'infraction violente (38,5 %) alors que le groupe qui combine problèmes psychiatriques et toxicomanie voit cette proportion chuter jusqu'à 22,7 %.

De plus, le groupe ayant des antécédents de toxicomanie ainsi que le groupe ayant des antécédents et de toxicomanie et de problèmes psychiatriques ont tendance à afficher des

Évolution des comportements violents selon les antécédents de santé mentale du délinquant



incidences de violence remontant pour la plupart à un passé lointain (44,6 et 51,1 % respectivement). Les trois groupes de santé mentale ont une incidence de violence supérieure à celle du groupe comparatif, les délinquants ayant des problèmes psychiatriques étant les champions et de la violence récente et de la violence passée (18,9 %).

Après avoir fourni une description détaillée des délinquants violents perturbés, les auteurs sont passés à la deuxième partie de leur recherche : le classement par catégories.

Les typologies de délinquants

Les quatre groupes (problèmes psychiatriques, problèmes psychiatriques et toxicomanie, toxicomanie et groupe comparatif) ont été répartis en un certain nombre de typologies.

Entre autres exemples de typologies, mentionnons : le voleur avec effraction impulsif, le voleur avec effraction compulsif, l'agresseur d'âge mûr, le délinquant sexuel perturbé, l'alcoolique violent et le voleur clochard.

Comme le font remarquer Toch et Adams, le groupe comparatif n'est ni dans la catégorie « perturbé » ni dans

la catégorie « sain d'esprit ». Les auteurs insistent sur le fait qu'il existe un continuum entre la maladie mentale et la santé mentale, et que c'est au cours de cette progression qu'il faut intervenir.

Tout au long de leur analyse, les auteurs rappellent que les problèmes de santé mentale et les comportements se modifient avec le temps, tout comme la relation entre les deux. Tenant compte de la complexité de la santé mentale, les auteurs font référence et aux antécédents criminels et aux antécédents psychiatriques. Ces antécédents s'appuient sur des expériences types, communes à certains groupes de personnes.

La recherche avait pour but de décrire certains modèles de comportement de façon à repérer à temps les actes criminels et les symptômes justifiant qu'il y ait diagnostic et traitement. De cette façon, il deviendrait alors possible d'identifier les délinquants perturbés et (ou) engagés dans la criminalité.

Le fait de découper le comportement du délinquant en ses divers éléments facilite l'élaboration des programmes de traitement. Par

exemple, les infractions presque toujours commises à la fin d'un programme ont des conséquences différentes de celles qui sont commises en cours de traitement de santé mentale ou avant diagnostic.

Les problèmes de la détermination de la peine et des programmes

En guise de conclusion à leur étude sur le délinquant violent perturbé, les auteurs se sont intéressés au problème de la détermination de la peine s'appliquant aux délinquants extrêmement perturbés mais peu violents. Ils se sont ensuite penchés sur les programmes pour délinquants extrêmement perturbés et extrêmement violents.

Le problème soulevé par la détermination de la peine, selon Toch et Adams, c'est que certains détenus sont d'abord perturbés avant de devenir délinquants et qu'ils sont traités comme s'ils étaient perturbés parce que délinquants. Les personnes souffrant de troubles mentaux sont privées de traitement mais, pire encore, ils doivent fonctionner dans un milieu difficile avec des capacités d'adaptation limitées. (Pour pousser plus loin cette réflexion, voir H. Toch, *Men in Crisis : Human Breakdowns in Prison*, 1975).

Ce qui complique l'élaboration de programmes, c'est le fait que le délinquant violent perturbé s'adapte mal à l'environnement d'un hôpital moderne. Le délinquant ne peut quitter l'hôpital avant que l'on ait acquis la certitude qu'il n'est plus dangereux, même s'il ne semble plus perturbé.

En milieu carcéral, le délinquant perturbé fait face à deux problèmes. Il doit participer à la plupart des activités régulières, c'est-à-dire se conformer à des directives et prendre part aux programmes, et il se voit imposer une étroite cohabitation dans un milieu qui n'apprécie guère l'excentricité.

Toch et Adams insistent pour que les établissements carcéraux précisent l'aide qu'ils peuvent offrir aux malades mentaux. On reconnaît que l'exercice est difficile dans la mesure où il n'existe pas de distinction nette

entre services de réadaptation et services de santé mentale.

Le fait de partager les délinquants en groupes homogènes permet d'offrir des communautés thérapeutiques aux délinquants aux prises avec des problèmes semblables. Au sein de l'établissement carcéral, Toch et Adams réclament également des installations spéciales pour les détenus troublés ou perturbés. Ce genre d'installation permet une plus grande souplesse et permet également d'alléger les routines au besoin. Pour éviter le cloisonnement entre le personnel des services de santé mentale et celui du secteur correctionnel, Toch et Adams proposent la création d'équipes au sein desquelles les deux groupes pourront collaborer. Le détenu profite également de ce travail d'équipe du seul fait qu'il perd l'étiquette de « malade » qui lui est apposée lorsqu'il est traité par le personnel des services de santé mentale.

Les auteurs croient que ce genre de collaboration doit être mis à l'essai. Le délinquant violent perturbé exige des soins interdisciplinaires et la collaboration de plusieurs organismes. Qui plus est, les établissements doivent offrir des programmes et services qui tiennent compte de la complexité de la personne humaine.

Il faudra pousser plus loin la recherche si l'on désire concevoir des modèles adaptés aux délinquants aux prises avec des problèmes multiples. Il est à souhaiter que les travaux de Toch et Adams amènent d'autres chercheurs à s'intéresser à ces questions passionnantes et encore relativement peu explorées. ■

Toch, H. et Adams, K. (1989). *The Disturbed Violent Offender*. Binghamton, New York, Vail-Ballou Press.

La pharmacothérapie

Certaines drogues facilitent le contrôle du comportement violent, d'autres sont souvent directement associées à l'agression. Neil Conacher, un psychiatre canadien, étudie présentement la documentation qui existe sur le traitement pharmacologique de l'agression en général, en s'attardant principalement à trois catégories de drogues (le lithium, le propranolol, la carbamazépine) ayant des applications cliniques connues. Des études récentes se sont intéressées aux effets de ces trois catégories de drogues sur le comportement agressif.

Le lithium s'est maintenant acquis une réputation de traitement sûr et efficace pour diverses formes de troubles affectifs, pourvu qu'il soit administré conformément à des directives bien établies telles que le contrôle des taux sériques. On sait maintenant qu'il permet de réprimer les tendances agressives chez les personnes atteintes de psychose chronique, d'arriération mentale et de trouble de la personnalité. Des recherches récentes ont démontré que le lithium peut réprimer la tendance à se blesser chez les personnes qui ont du mal à maîtriser leur agressivité envers eux-mêmes. Le lithium peut également engendrer des réactions intéressantes chez les personnes qui affichent des comportements violents pendant leur séjour en établissement. Le lithium semble particulièrement efficace chez les personnes enclines à la violence, quel que soit le diagnostic.

Les effets anti-agressifs du propranolol ont été signalés, entre autres, chez les personnes souffrant de schizophrénie chronique violente et chez quelques hommes violents souffrant de troubles organiques du cerveau.

La carbamazépine est devenue le médicament de prédilection pour le traitement de l'épilepsie du lobe temporal. On l'utilise également de plus en plus comme complément ou en remplacement du lithium pour

certain types de troubles. Elle peut également aider au contrôle des crises de violence. On signale cependant l'existence de graves effets secondaires.

Les drogues mentionnées ci-dessus ayant toutes trois de nombreux effets biologiques, Conacher fait remarquer qu'il n'a pas été possible de préciser quelles modifications du comportement chacune entraîne.

Conacher rappelle que la pharmacothérapie n'est efficace que si elle est utilisée en complément des autres traitements d'ordre social et comportemental. Les recherches à venir, ajoutent-il, ne doivent pas se limiter à l'étude des réactions des patients agressifs à la pharmacothérapie. La question qu'il faut se poser est celle-ci : Quel type de patient agressif réagit à quelle médication? ■

Conacher, N. (1988). Pharmacotherapy of the Aggressive Adult Patient. *International Journal of Law and Psychiatry*, n° 11, 205-212.

Un atelier sur la psychopathie insiste sur la qualité des interventions

L'analyse de deux études présentées lors du congrès annuel de la Société canadienne de psychologie qui s'est tenu à Ottawa du 31 mai au 2 juin 1990 a révélé que les programmes de communauté thérapeutique pouvaient, par inadvertance, accroître les taux de récidive chez les psychopathes.

Une étude de suivi portant sur un programme de communauté thérapeutique offert à Penetanguishene il y a environ dix ans a permis de découvrir que les psychopathes qui avaient suivi la thérapie avaient un taux de récidive supérieur à ceux qui n'en avaient pas suivi. Penetanguishene est un centre psychiatrique à sécurité maximale situé en Ontario.

Les auteurs de cette étude, Grant Harris et Marnie Rice, travaillent au département de la recherche de Penetanguishene. En présentant son étude, Harris a avancé une explication possible de l'augmentation du taux de récidive chez les psychopathes. Les interactions avec les pairs, la communication ouverte et l'absence d'intervention du personnel qui caractérisent la communauté thérapeutique peuvent avoir renforcé chez les psychopathes des aptitudes qu'ils pouvaient ensuite utiliser à des fins antisociales, une fois en liberté.

L'étude de Penetanguishene a cependant révélé que le programme de communauté thérapeutique semblait avoir eu des effets positifs sur les participants non psychopathes. Il s'agit là d'une découverte intéressante car on ne visait aucune amélioration chez les détenus non psychopathes — leur présence dans le groupe avait pour seul objectif de créer un milieu favorable aux échanges.

Il est également intéressant de souligner que, dans l'étude de suivi, la psychopathie n'était pas définie de la même façon que dans l'étude originale. L'étude originale définissait la psychopathie en fonction des observa-

tions cliniques des psychiatres tandis que l'étude récente utilisait l'échelle de psychopathie de Hare comme unité de mesure. L'échelle s'intéresse à des éléments tels que la facilité de parole et le charme apparent, l'absence de profondeur d'esprit, la versatilité du criminel et son sens très élevé de sa valeur personnelle.

En appliquant rétrospectivement l'échelle de psychopathie de Hare à tous les renseignements consignés dans les dossiers des participants au programme, environ un tiers des personnes d'abord classées comme psychopathes se voyaient exclues du groupe.

Les résultats d'une étude sur un autre programme de communauté thérapeutique offert au Centre psychiatrique régional de Saskatoon indiquent aussi que ce genre de programme peut s'avérer inadéquat pour les psychopathes. Stephen Wong et James Ogloff ont découvert que les psychopathes manifestaient moins d'améliorations cliniques, affichaient des niveaux plus faibles de motivation et quittaient le programme plus tôt que les participants à un groupe de non-psychopathes et à un groupe mixte. Les psychopathes étaient souvent écartés du programme pour des raisons de sécurité. Les résultats obtenus sur l'échelle de psychopathie de Hare permettaient à tout coup de confirmer et de prévoir les résultats des traitements.

Wong a expliqué que, d'après lui, les séances de traitement, plutôt que d'enseigner aux psychopathes à sympathiser avec les autres, leur enseignaient plutôt à exploiter la vulnérabilité et l'insécurité humaine.

Wong a conclu sa présentation en disant que les psychopathes ne devaient pas être placés en situation de mieux comprendre la « psyché humaine ». Ceux qui offrent des services de counseling aux psychopa-

thes doivent plutôt avoir recours à des notions qui font appel à leur égocentrisme telles que les inconvénients d'une autre période d'incarcération suivant une reprise d'activités illégales.

Dans une autre étude, Vernon Quinsey, Marnie Rice et Grant Harris ont suivi des violeurs évalués à Penetanguishene. Les données sur la récidive et la réadmission couvraient une période de suivi d'environ 46 mois et portaient sur 54 violeurs relâchés après un séjour à Penetanguishene. D'après les résultats obtenus, le degré de psychopathie et la phallométrie, qui permet de mesurer l'intérêt sexuel pour la violence non sexuelle, avaient fort bien prévu la récidive d'agressions sexuelles et violentes.

Le symposium a surtout permis de démontrer clairement les progrès réalisés dans la compréhension de la psychopathie. L'échelle de psychopathie de Robert Hare contient des lignes directrices systématiques qui permettent aux cliniciens de différencier le psychopathe criminel du non-psychopathe et d'éliminer une bonne partie des préjugés rattachés aux évaluations cliniques individuelles.

Robert Hare a fait remarquer que les psychopathes étaient considérés comme des menteurs pathologiques; l'échelle de psychopathie est donc plus fiable que l'observation directe pour repérer la psychopathie. D'après l'étude de Harris à Penetanguishene, l'échelle de psychopathie demeure fiable quels que soient les évaluateurs, à la condition que ces derniers aient reçu une certaine formation pour s'en servir.

Dans une étude réalisée à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, Gilles Côté est également parvenu à des conclusions semblables en ce qui concerne la fiabilité de l'échelle de psychopathie. M. Côté a démontré que la version française de l'échelle de psychopathie était tout aussi fiable que la version anglaise utilisée dans les autres études canadiennes. On étudie présentement la valeur de la version française de l'échelle de psychopathie

en tant qu'outil de prédiction.

Pour mieux évaluer les utilisations possibles de l'échelle de psychopathie au sein du système de justice pénale, Ralph Serin (de l'établissement de Joyceville en Ontario) a présenté les résultats de deux projets de recherche indépendants portant sur ce sujet. Une étude de suivi d'une durée de cinq ans a établi que l'échelle de psychopathie avait permis de prédire de façon significative les taux de récidive et de récidive violente chez des groupes de psychopathes et de non-psychopathes, et chez un groupe mixte. Dans une seconde étude portant sur la corrélation entre la psychopathie criminelle et la violence, Serin a démontré que ces deux réalités étaient étroitement reliées, quoique non synonymes. L'étude a révélé que les psychopathes violents étaient davantage portés à utiliser la menace et les armes que les psychopathes non violents. Cependant, il n'existait aucun écart notable entre les deux groupes en ce qui concerne la gravité des infractions.

Les psychologues continuent de s'interroger sur la possibilité de traiter ou non les psychopathes, mais disposent maintenant d'un outil d'évaluation qui semble fiable, du moins pour décrire la psychopathie avant et après traitement.

Il n'est pas nécessaire que les programmes de traitement produisent toujours des résultats positifs ou neutres. L'étude rétrospective de Penetanguishene met en relief les conséquences d'une intervention inadéquate. Les recherches à venir permettront peut-être de découvrir que l'intervention extrêmement structurée convient davantage aux psychopathes.

Mais la communauté thérapeutique ne doit pas être mise de côté uniquement parce qu'elle ne semble pas adaptée aux besoins des psychopathes. L'étude de Penetanguishene a révélé que cette méthode donnait des résultats intéressants pour les non-psychopathes. Là encore, la qualité des programmes de traitement repose sur celle des interventions.

Les deux études font également

ressortir l'importance d'une classification initiale des détenus. Tout comme le système de classification des délinquants violents perturbés proposé par Toch et Adams (voir La recherche en deux mots, « Comprendre le délinquant violent perturbé »), l'échelle de psychopathie de Robert Hare identifie différentes catégories de délinquants de manière à éviter les programmes de traitement inadéquats. La valeur de ces systèmes de classification se consolidera au fur et à mesure que les psychologues leur trouveront de nouvelles utilités dans la conception des programmes de traitement. ■

Gilles Côté, Robert Hare, Grant Harris, Ralph Serin, Vernon Quinsey et Stephen Wong ont présenté les résultats de leurs travaux le vendredi 1^{er} juin 1990 lors d'un symposium sur la psychopathie et le système de justice pénale dans le cadre d'un congrès de la Société canadienne de psychologie.

Contrôler le phénomène de l'autopunition : une priorité en santé mentale

Une étude récente réalisée à la Prison des femmes de Kingston s'est intéressée à trois aspects du comportement autodestructeur – la réaction aux blessures, la diminution des blessures et le dépistage du suicide. Au cours d'une étude préliminaire réalisée en février 1989, ces trois aspects sont ressortis comme étant les principaux problèmes à examiner.

L'étude avance comme hypothèse que le comportement autodestructeur est une stratégie d'adaptation, résultat de l'exploitation (habituellement sexuelle) subie au cours de l'enfance. Les recommandations de l'étude ont servi à concevoir un programme de thérapie offert par la Prison des femmes de Kingston aux détenues qui s'en prennent à elles-mêmes.

Vingt-six (soit 59 %) des 44 détenues interviewées ont reconnu qu'elles avaient tendance, ou qu'elles avaient déjà eu tendance, à s'autopunir. De ce nombre, 73 % ont avoué avoir été abusées sexuellement au cours de l'enfance

Selon le modèle élaboré au cours de l'étude préliminaire (voir l'encadré), le comportement autodestructeur

visait à réduire l'anxiété. Se référant à ce modèle, l'étude a permis d'établir que les réactions du milieu carcéral à l'autodestruction ne pouvaient pas aider et pouvaient même nuire à la santé mentale des détenues.

Les données relatives au comportement autodestructeur ont été recueillies au cours d'entrevues avec les détenues, avec le personnel préposé à la sécurité et avec d'autres groupes intéressés à cette question. Soixante-quatorze pour cent des 45 détenues interrogées ont reconnu avoir été victimes d'exploitation au cours de leur enfance; 50 % ont avoué avoir été exploitées sexuellement et physiquement; 28 % n'ont signalé qu'une exploitation sexuelle et 22 % que des sévices corporels. L'étude révèle que ces statistiques sont plutôt conservatrices car certaines femmes sont réticentes à parler de l'exploitation sexuelle qu'elles ont subie dans leur enfance à un intervieweur qu'elles ne connaissent pas, tandis que d'autres

Les comportements autodestructeurs : une stratégie d'adaptation

Le modèle s'appuie sur l'hypothèse suivante : l'exploitation sexuelle au cours de l'enfance amène la victime à se blâmer elle-même, croyant ainsi exercer une certaine emprise sur une situation qui la dépasse totalement. Ce comportement est le résultat des sentiments contradictoires qu'éprouve la victime à l'égard de son agresseur, avec qui elle a souvent des liens

affectifs, mais qui la menace ouvertement ou à mots couverts.

L'exploitation répétée, ajoutée au fait que la victime tente de s'adapter à la situation en se faisant des reproches à elle-même, l'amène à être convaincue qu'elle a et qu'elle aura toujours des problèmes. Cette conviction génère une angoisse extrême, parfois vécue comme une sorte d'engourdis-

sement ou de torpeur.

Le comportement autodestructeur est une façon d'essayer de contrôler le moment et l'intensité de la douleur anticipée. Il permet de réduire sur le champ le degré d'anxiété, apparaissant ainsi comme un moyen d'adaptation et de ressourcement pour la victime. ■

utilisent le silence comme mécanisme de défense.

Parmi les femmes abusées au cours de leur enfance, 76 % ont avoué ressentir encore des difficultés émotionnelles.

Vingt-six (soit 59 %) des 44 détenues interviewées ont reconnu qu'elles avaient tendance, ou qu'elles avaient déjà eu tendance, à s'autopunir. De ce nombre, 73 % ont avoué avoir été abusées sexuellement au cours de l'enfance. Pour les raisons mentionnées ci-dessus, ces chiffres sont considérés comme plutôt conservateurs.

Ces statistiques ne suffisent cependant pas à déterminer avec précision l'ampleur du phénomène de l'autopunition à la Prison des femmes de Kingston. Les femmes qui ont avoué avoir eu des comportements autodestructeurs n'avaient pas toutes eu ce genre de comportement récemment ou de manière régulière. Ce qui est clair cependant, c'est que le comportement autodestructeur constitue un problème pour un grand nombre de femmes détenues, à un moment ou l'autre de leur incarcération.

Le modèle affirme que l'autopunition est le point culminant d'une crise. Par conséquent, il est peu probable qu'une détenue s'en prenne à elle-même une fois la crise terminée. Pourtant, à la Prison des femmes,

celles qui se sont blessées volontairement ont été placées en isolement, immédiatement après avoir quitté les services de santé. Il était ainsi plus facile de contrôler leurs faits et gestes avant qu'elles ne soient évaluées par un psychologue. Il arrive souvent que les détenues passent la nuit ou la fin de semaine en cellule d'isolement, ce qui risque de déclencher chez elles une nouvelle crise d'angoisse.

Aucune question ne portait directement sur l'isolement mais 39 des 44 détenues interrogées ont abordé d'elles-mêmes le sujet. Trente-huit d'entre elles ont affirmé que l'isolement était une mesure inadéquate. Bon nombre de détenues perçoivent cette pratique comme une forme de punition.

Certaines questions portaient également sur le comportement suicidaire, mais l'auteur a fait remarquer que l'autopunition n'était pas un comportement du même type. Cependant, de nombreuses recommandations portant sur l'autopunition pouvaient aussi s'appliquer au comportement suicidaire, surtout celle d'éviter l'isolement.

Le programme de thérapie

Les résultats de cette étude servent de lignes directrices pour l'élaboration d'un programme de thérapie pour les femmes qui s'infligent volontairement des blessures à la Prison des femmes

de Kingston. L'étude révèle qu'il est plus facile de réprimer les comportements autodestructeurs en les abordant comme des signes de détresse émotionnelle plutôt que comme un problème de sécurité. C'est donc au service de counseling qu'il faut avoir recours plutôt qu'aux services de sécurité.

Toujours d'après les constatations de l'étude, les femmes qui se blessent volontairement cherchent souvent un support émotionnel auprès de leurs compagnes. Cet appui devrait être reconnu et même intégré dans un programme de formation destiné aux détenues.

Le modèle entend réprimer les comportements autodestructeurs en remplaçant les mesures de contrôle par des stratégies d'adaptation plus positives. Mais d'ici à ce que ces stratégies soient en place, les programmes doivent mettre l'accent sur la maîtrise de soi.

Le programme de thérapie par l'entraide s'efforce de tenir compte des facteurs qui sont à l'origine de l'autopunition (les situations qui engendrent un sentiment d'isolement et d'impuissance) et des méthodes de counseling utilisées.

Le programme de thérapie prévoit la constitution d'une équipe de 11 codétenues prêtes à s'entraider, 24 heures par jour. Ces conseillères jouissent également d'un encadrement et d'une formation durant toute la durée du programme.

Le programme résout les problèmes de logistique découlant du fait que les deux psychologues de l'établissement ne sont pas disponibles 24 heures par jour, tout en permettant d'exploiter le réseau d'entraide déjà en place. Le programme soulage également de certaines pressions le personnel correctionnel à qui on demande de prévenir et de traiter les cas d'auto-destruction, même s'il n'a aucune

formation en psychologie.

Le programme de thérapie s'efforce d'utiliser les ressources déjà disponibles tout en veillant à ce que la santé mentale des détenues demeure la priorité absolue. L'étude démontre que les programmes doivent s'attaquer aux causes et non seulement aux manifestations visibles d'un problème. En plus de favoriser la mise en place d'un programme de thérapie, l'étude a fait

ressortir la nécessité d'entreprendre d'autres projets de recherche sur l'efficacité des systèmes d'aide aux détenues. ■

Heney, J. (1990). Report on Self-Injurious Behaviour in the Kingston Prison for Women. Rapport présenté au Service correctionnel du Canada.

Cinq ans d'activités dans les centres psychiatriques régionaux canadiens

À la recherche de renseignements sur les services de santé mentale offerts au Canada, la Direction de la recherche a examiné les données contenues dans les rapports annuels des services de santé pour les exercices financiers allant de 1981-1982 à 1985-1986. Ces données proviennent des deux centres psychiatriques régionaux, du centre régional de traitement et d'un établissement psychiatrique indépendant (l'Institut Philippe-Pinel). Il s'agit là des données les plus récentes disponibles car les rapports annuels s'arrêtent en 1985-1986.

Nous avons réuni quelques données relatives aux délinquants et aux établissements psychiatriques. Le graphique 1 indique que les taux d'admission sont demeurés relativement stables au cours de cette période de cinq ans. Cependant, le taux moyen d'occupation des lits dans les trois grands centres psychiatriques (Centre psychiatrique régional de la région des Prairies et du Pacifique et Centre de traitement régional de l'Ontario) s'est accru considérablement, passant de 67 % en 1981-1982 à 90 % en 1983-

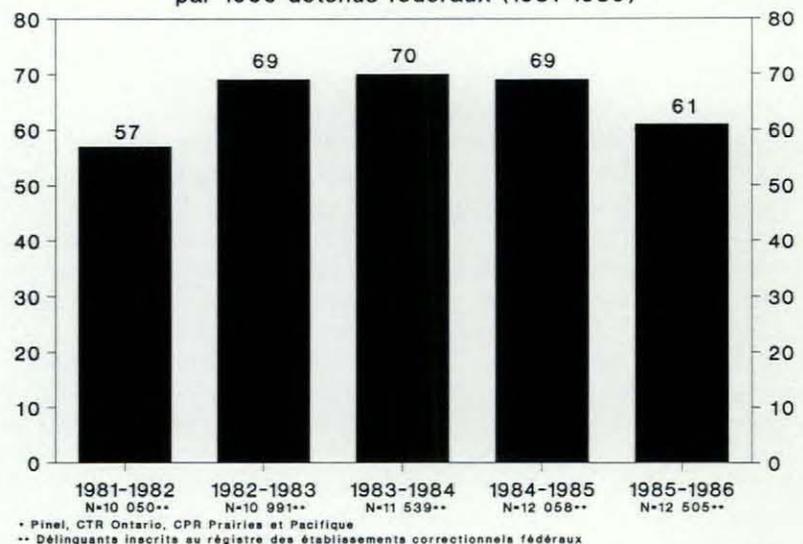
1984, pour ensuite demeurer stable jusqu'en 1985-1986. Cette situation peut s'expliquer par le fait que la population carcérale en général s'est également accrue d'environ 20 %.

Le plus souvent, le délinquant obtenait son élargissement en raison de « trouble de la personnalité » tel qu'indiqué au graphique 2. Les troubles psychotiques représentaient environ 20 % de tous les diagnostics rendus au cours de cette période de cinq ans. Il ne semble pas y avoir eu d'augmentation dans les diagnostics de déviations sexuelles chez les délinquants mis en liberté. La baisse

enregistrée dans le nombre de diagnostics de toxicomanie entre 1983-1984 (20 %) et 1984-1985 (5 %) peut s'expliquer, du moins en partie, par les modifications apportées à la classification des troubles au fil des ans.

L'analyse rétrospective peut nous donner un aperçu des tendances observées au cours d'une période donnée et faciliter la compréhension des situations actuelles. Ces connaissances peuvent sans doute nous aider à mieux comprendre les délinquants qui ont besoin de services psychiatriques. ■

Graphique 1
Nombre d'admissions dans les principaux centres psychiatriques* par 1000 détenus fédéraux (1981-1986)



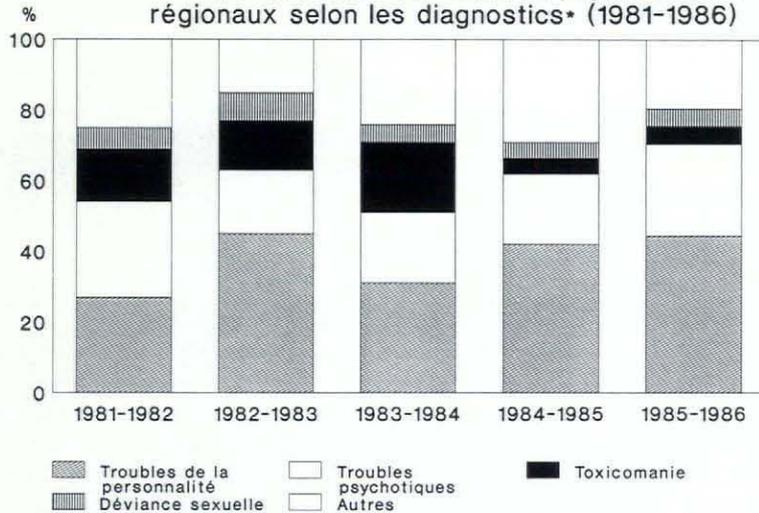
1984, pour ensuite demeurer stable jusqu'en 1985-1986. Cette situation peut s'expliquer par le fait que la population carcérale en général s'est également accrue d'environ 20 %.

Le plus souvent, le délinquant obtenait son élargissement en raison de « trouble de la personnalité » tel qu'indiqué au graphique 2. Les troubles psychotiques représentaient environ 20 % de tous les diagnostics rendus au cours de cette période de cinq ans. Il ne semble pas y avoir eu d'augmentation dans les diagnostics de déviations sexuelles chez les délinquants mis en liberté. La baisse

enregistrée dans le nombre de diagnostics de toxicomanie entre 1983-1984 (20 %) et 1984-1985 (5 %) peut s'expliquer, du moins en partie, par les modifications apportées à la classification des troubles au fil des ans.

L'analyse rétrospective peut nous donner un aperçu des tendances observées au cours d'une période donnée et faciliter la compréhension des situations actuelles. Ces connaissances peuvent sans doute nous aider à mieux comprendre les délinquants qui ont besoin de services psychiatriques. ■

Graphique 2
Délinquants radiés des centres psychiatriques
régionaux selon les diagnostics* (1981-1986)



* L'institut Philippe-Pinel est inclus chaque année
 Les statistiques de 1981-1982 excluent les régions du Pacifique et des Prairies
 Les statistiques de 1983-1984 excluent la région du Pacifique

Statistiques opérationnelles : Établissements de santé et principaux centres psychiatriques. Services médicaux de santé. Service correctionnel du Canada. 1980-1986.

Comment causer délibérément des troubles mentaux

par Christopher D. Webster
Clarke Institute of Psychiatry

Le Service correctionnel du Canada a récemment obtenu des données sûres sur la fréquence des différents types de troubles mentaux au sein du système fédéral. Ces données ont d'ailleurs été brièvement présentées dans un numéro précédent de cette revue¹. Les lecteurs y ont appris que les membres de la population carcérale canadienne avaient une chance sur dix de connaître au moins un épisode psychotique au cours de leur vie et une chance sur quatre d'être atteints de troubles psycho-sexuels. L'article soulignait qu'un détenu sur cinq répondait au double diagnostic : personnalité antisociale et alcoolisme. Certains indices permettent également de penser que les personnes ayant un profil criminel souffrent souvent de troubles mentaux.

Ces données de base en main, il devient maintenant possible de se demander comment on pourrait réduire la fréquence des troubles mentaux. Tout comme nous pouvons également nous demander comment cette fréquence pourrait être accrue. Pourquoi, se demande le lecteur, le Service correctionnel du Canada voudrait-il augmenter l'incidence de troubles mentaux déjà très élevée? La réponse est évidente : aucun organisme sensé ne peut souhaiter un tel résultat. Le fait d'« inverser » un problème présente cependant certains avantages comme je vais le démontrer dans cet article.

D'autres l'ont d'ailleurs déjà fait avant moi. Dans son roman *Erewhon*², Samuel Butler nous aide à comprendre la psychopathie et la responsabilité personnelle. Dans cet univers fictif, les gens qui avouent des affections physiques sont châtiés et punis tandis que ceux qui confessent des troubles moraux (comme l'alcoolisme, la fraude et autres) reçoivent aide et bienveillance. Ceux qui sont incapables de résister aux tentations de la chair bénéficient de l'aide attentive de « conseillers »; ceux qui souffrent physiquement sont battus ou emprisonnés. Butler utilise cette méthode pour nous amener à envisager des questions morales et politiques sous un angle entièrement nouveau.

Peut-être un peu plus près de nous, il y a cet article de Jay Haley publié dans le *American Journal of Orthopsychiatry*³ qui enseigne aux psychothérapeutes l'art d'échouer dans leurs interventions. Haley affirme, en plaisantant, que les gens sont tout à fait capables de se remettre rapidement de troubles mentaux et qu'il faut donc être habile et astucieux pour garder inutilement un patient en thérapie. Il faut convaincre le convalescent que la disparition d'un symptôme annonce la venue d'un symptôme encore plus grave et qu'une amélioration n'est pas vraiment une amélioration mais une simple rémission, et ainsi de suite. Il décrit les étapes auxquelles a recours le

thérapeute expérimenté pour maintenir un client en traitement pendant des années. L'article est à la fois amusant et instructif. Haley souhaitait que les aspirants thérapeutes renversent ses arguments, ce qui aurait pu leur être utile. Mon but est semblable. Essayons d'imaginer ensemble comment le Service correctionnel du Canada pourrait accroître l'incidence de troubles mentaux de 1 % d'ici l'an 2000. Voici quelques suggestions.

1. Définition

La maladie mentale peut être provoquée de toutes sortes de manières. Il existe des moyens extrêmement efficaces de troubler les individus. Comme il est dit dans la section 2 ci-dessous, le simple fait d'être isolé et totalement abandonné fonctionne à merveille. Mais il s'agit là de méthodes douces qui exigent beaucoup de temps. Si les cadres supérieurs veulent être efficaces et augmenter rapidement l'incidence générale de troubles mentaux, ils doivent d'abord s'attaquer aux grands systèmes. Une idée intéressante : exercer des pressions pour que les lois provinciales sur la santé mentale deviennent très sévères et extrêmement restrictives dans leur définition des troubles mentaux. De cette façon, les médecins ne pourront ou ne voudront pas délivrer de certificats aux patients. La police finira par se fatiguer de conduire les personnes souffrant de troubles mentaux dans les salles d'urgence des hôpitaux et portera plutôt des accusations. La criminalisation de la maladie mentale est l'un des meilleurs et plus sûrs moyens d'augmenter l'incidence générale des troubles mentaux dans les secteurs correctionnels provinciaux et fédéral. Voilà une perspective fort réjouissante. En réduisant les services psychiatriques généraux ou en les rendant inaccessibles, on assiste inévitablement à l'augmentation de l'incidence de troubles psychiatriques en milieu carcéral⁴.

2. L'isolement

Une fois les personnes admises dans

¹ « L'état de santé mentale des détenus fédéraux. » Forum — Recherche sur l'actualité correctionnelle (1990) 2, n° 1, 7-8.

² Butler, S. (1967). *Erewhon*. New York : Airmont. (D'abord publié anonymement en 1872).

³ Haley, J. (1969). *The Art of Being a Failure as a Psychotherapist*, *American Journal of Orthopsychiatry* 39, 691-695.

⁴ Penrose, L. (1939). « *Mental Disease and Crime: Outline of a Comparative Study of European Statistics* », *British Journal of Medical Psychology* 18, 1-15.

le système, il faut les y garder. Cela exige quelques efforts, autrement de nombreux patients vont se remettre et des juges mal conseillés vont les libérer. Dans les centres de détention, les sections réservées à ceux qui souffrent de troubles mentaux doivent être gardées en mauvais état, et il faut accorder une attention minimale à l'hygiène et aux loisirs. Dans toute la mesure du possible, les médecins doivent être tenus à l'écart de ces lieux. S'il leur arrive de visiter les détenus et de prescrire des médicaments, il est extrêmement important que les détenus ne les reçoivent pas. Sans médicament et plongés dans l'ennui le plus total, tout risque de retour à la normalité est écarté. Le principe général est simple : isoler le détenu souffrant de troubles mentaux du reste de l'humanité⁵. On a tout intérêt à faire en sorte que la personne soit considérée comme « folle » ou « cinglée ». Les autres détenus et certains membres du personnel peuvent faire beaucoup pour s'assurer qu'une personne commence sa carrière de trouble affectif du bon pied. Une fois lancée, cette carrière progresse d'elle-même.

3. L'invention

Les chercheurs qui s'intéressent à la déviance psychologique et sociale⁶ ont récemment rappelé que, souvent, certains intervenants en santé mentale amplifient les troubles mentaux et les dangers qu'ils représentent ou en inventent de toutes pièces. Les dossiers sont à cet égard très éloquentes : évaluation avant procès, rapports présententiels, rapports de l'établissement et rapports de libération conditionnelle; on dirait des balles de neige dévalant une colline. Des renseignements de tous genres, la plupart non conformes aux normes habituelles de preuve, s'agglutinent les uns aux autres. Certains intervenants en santé mentale, pas tous heureusement, ont un fort penchant littéraire et ne se gênent pas pour inventer des romans à partir des dossiers⁷. Quoique fantaisistes et non vérifiables, ces récits

avancent des hypothèses plausibles sur les origines des troubles mentaux, sur la tendance à la violence, et autres éléments semblables. Le processus en est un de « blanchissage »⁸. Les écrits de ces chercheurs sur la déviance, semblables à ceux déjà mentionnés, doivent être critiqués vigoureusement et discrédités. S'ils osent soulever une discussion autour du rôle réel que jouent les intervenants en santé mentale dans la création de troubles mentaux, il faut les persécuter⁹ et les accuser de stupidité ou même de manquement à l'éthique¹⁰.

4. Des connaissances mal employées

Les psychiatres sont très habiles à exagérer l'importance des troubles mentaux qu'ils ont détectés. Au cours des ans, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R) publié en 1987 par la American Psychiatric Association s'est enrichi progressivement de nombreuses autres catégories de maladies. Voilà qui sert bien la cause défendue en ces pages. Mais les psychologues disposent de leurs propres ressources : les tests. Certains de ces tests mesurent effectivement et convenablement ce qu'ils sont censés mesurer lorsqu'ils sont standardisés et bien administrés.

Nous ne voulons pas de ce genre de tests. Ce qu'il nous faut ici, ce sont des tests mal employés qui exagèrent souvent l'importance des troubles ou des handicaps mentaux. Il faut plutôt inciter les psychologues à faire passer des tests en groupes dans des circonstances désagréables et dans un climat tendu, à l'aide d'instruments conçus pour une application individuelle. Il faut les inviter à interpréter de manière très large les tests projectifs et non projectifs. Il est préférable que ceux-ci ne subissent aucun étalonnage en fonction de la clientèle du secteur correctionnel. Il faut encourager quelques-uns des plus brillants psychologues à inventer de nouveaux tests et leur permettre d'en utiliser les résultats éventuels pour décider de l'avenir de leurs clients. Inutile de dire que ces tests doivent être subtils et sophistiqués. Une personne ordinaire ne doit pas être capable de détecter l'utilité de ces tests ou des échelles utilisées.

5. L'absence de programmes

Ce point se rattache directement à ce que nous venons de dire. Si les psychiatres et psychologues sont très occupés à « faire des évaluations » et autres choses semblables, peu d'entre eux auront le temps ou l'énergie

⁵ Mohelsky, H. (1982). « *The Mental Hospital and Its Environment* », *Canadian Journal of Psychiatry* 27, 478-481.

⁶ Menzies, R. (1989). *Survival of the Sanest: Order and Disorder in a Pre-Trial Psychiatric Clinic*. Toronto: University of Toronto Press. Pfohl, S. (1979). *Predicting Dangerousness: The Social Construction of Psychiatric Reality*. Lexington, Mass.: D.C. Heath. Konecni, V., Mulcahy, E., & Ebbeson, E. (1980). *Prison or Mental Hospital: Factors Affecting the Processing of Persons Suspected of Being Mentally Disordered*, *New Directions in Psychological Research* New York: Van Nostrand Reinhold.

⁷ Pollock, N., McBain, I. & Webster, C. (1989). « *Clinical Decision Making and the Assessment of Dangerousness* », in *Clinical Approaches to Violence* Chichester: Wiley.

⁸ Monahan, J. (1981). *Predicting Violent Behavior: An Assessment of Clinical Techniques*. Beverly Hills, Calif.: Sage.

⁹ Webster, C. (1980). « *The Old Torments: How to Defeat the Colloquium Speaker* », *Psychologie canadienne* 21, 90-92.

¹⁰ Rogers, R. & Bagby, R. (1990). *Critique du livre « Survival of the Sanest: Order and Disorder in a Pre-Trial Psychiatric Clinic »*, *Health Law in Canada*, 251-254.

d'élaborer des programmes curatifs. Ce genre de programme doit être soigneusement évité. Des gens comme Andrews, Bonta, Gendreau, Ross, Wormith et Wong peuvent encore faire des ravages en critiquant Martinson, dont la cause est bien fondée. Les programmes innovateurs doivent être considérés comme des obstacles. Il y a tout lieu de croire que l'incidence de troubles mentaux augmente en l'absence de programmes bien administrés de formation professionnelle, d'éducation, de loisir et de rééducation. Heureusement que ce genre de programme est très difficile à mettre en place dans les établissements et au sein des collectivités. Et si par malheur ils réussissent à s'implanter, il existe de nombreux moyens de les saboter. Bien entendu, il demeure toujours possible de contester les résultats positifs d'un traitement¹².

6. L'uniformité

Mise à part l'absence de programmes, ce qui peut accroître l'incidence de maladies mentales chez les détenus, c'est une attitude intransigeante et préférablement naïve à l'égard de la réadaptation¹³. Convenablement appliquée, cette méthode a des effets préventifs. C'est une méthode infaillible pour le professionnel de la santé mentale qui fait son entrée dans le domaine correctionnel.

Indolente ou indifférente, l'administration accepte le plan et le projet se met en branle. Économies symboliques pour avoir l'air original, médicaments réduisant l'appétit sexuel, modification des modèles de pensée criminelle; peu importe l'idée. Le programme ne doit pas tenir compte de ce que pensent les détenus de la toxicomanie, de la psychopathie, des troubles sexuels ou de la maladie mentale grave¹⁴. En écartant toute considération sur les besoins thérapeutiques des individus, l'échec est pratiquement assuré. Les détenus atteints de maladie mentale doivent faire l'expérience de l'échec si l'on veut que leur état s'aggrave.

7. L'interruption des traitements

Il est inévitable que, de temps à autre, un administrateur, un planificateur ou un chercheur quelque peu bizarre ait l'idée de bâtir des programmes adaptés aux besoins des individus et dont les éléments sont reliés entre eux de manière cohérente. Mais heureusement, ce genre de lien est difficile à établir et plutôt facile à briser. On est à peu près assuré qu'un détenu schizophrène aura une rechute s'il est brusquement retiré d'un programme de thérapie bien contrôlé et si on lui enlève toute médication. Il y a de très bonnes chances qu'un délinquant sexuel traité dans un centre psychiatrique régional¹⁵ récidive si on le remet

en liberté sans aucun support professionnel. Non seulement le problème du patient refait-il surface, mais il est également possible que les personnes directement touchées par cette maladie ou ces actes impulsifs deviennent elles-mêmes perturbées mentalement. Voilà qui assure du travail aux futures générations de professionnels de la santé mentale.

8. L'expulsion

Certains cas de troubles mentaux sont si graves qu'il faut songer à l'hospitalisation. Pas très intéressant car, temporairement du moins, ces cas échappent au secteur correctionnel. Schizophrènes à leur départ, ils reviennent avec la mention « trouble de la personnalité »¹⁶. Seul aspect positif, sans médicament et sans support personnel, la rechute au retour est inévitable. Ces cas difficiles sont un bon champ d'expérimentation pour le personnel. En faisant fréquemment la navette entre l'hôpital et la prison, il est pratiquement garanti que les détenus verront leurs symptômes de troubles mentaux augmenter considérablement. La désorientation est un outil très efficace. Nous devenons presque tous malades si nous ne savons pas où nous sommes. De temps à autre, un intervenant brillant propose qu'il y ait coopération et coordination entre les gouvernements et ministères (exemples : Justice, Solliciteur général, Santé, Logement, Bien-être social). Heureusement, les administrateurs de niveau supérieur ne peuvent avancer dans leur carrière qu'au sein de leur propre ministère; il y a donc fort peu à craindre de ce côté et encore moins de ceux qui s'amuse à essayer d'améliorer les rapports entre organismes fédéraux et provinciaux.

9. L'absence de responsabilité

C'est une grave erreur que d'essayer d'évaluer tous les projets de rééducation. Les aspirants chercheurs doivent être éconduits le plus poliment possible car ces gens pourraient fort bien démontrer l'efficacité d'un programme, augmentant ainsi considéra-

¹¹ Derkowski, G. & Derkowski, K. (1985). « *Mentally Retarded Offenders in the State Prison System: Identification, Prevalence, Adjustment, and Rehabilitation* », *Criminal Justice and Behavior* 12, 55-70.

¹² Andrews, D. (1989). « *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* 1, n° 2, 14-21.

¹³ Megargee, E. (1982). « *Reflections on Psychology in the Criminal Justice System.* » « *Abnormal Offenders, Delinquency and the Criminal Justice System.* London: Wiley.

¹⁴ Erickson, R., Crow, W., Zurcher, L. & Connett, A. (1973). *Paroled but Not Free: Ex-Offenders Look at What They Need to Make It Outside.* New York: Behavioral Publications.

¹⁵ « *L'état de la recherche sur les traitements dans les centres psychiatriques régionaux et à l'Institut Philippe-Pinel* » *Forum — Recherche sur l'actualité correctionnelle*, (1989), 1, n° 1, 22-23.

¹⁶ Toch, H. (1982). « *The Disturbed Disruptive Inmate: Where Does the Bus Stop?* » *The Journal of Psychiatry and Law* 10, 327-349.

blement la charge de travail. À long terme, cela ne serait pas mauvais car il se peut fort bien que le projet s'écroule sous le poids des trop nombreuses demandes, mais il s'agit d'un processus plutôt lent. Bien entendu, les évaluateurs peuvent démontrer que le programme est inefficace. Cette conclusion est intéressante dans la mesure où les programmes inefficaces sont sources de troubles mentaux, mais il y a risque de perte d'emploi. D'une façon ou d'une autre, l'évaluation des programmes est une activité vouée à l'échec. La meilleure approche, déjà mentionnée à la section 6, consiste à s'en tenir à quelques techniques simples (murs roses, mégavitamines, zoothérapie) et à éviter scrupuleusement toute tentative d'évaluation (c'est-à-dire, ne pas demander leur opinion aux détenus, éviter de consigner les cas de récidive, etc.).

10. Rendre le travail peu attrayant

Nous avons déjà laissé entendre que les professionnels de la santé mentale pouvaient jouer un rôle positif en augmentant involontairement le degré général de perturbation mentale. C'est ainsi qu'ils peuvent détecter des troubles qui n'existent pas (section 3) ou proposer des programmes plutôt insignifiants (section 6). Mais nous avons également dit que ces gens devaient être surveillés. Certains prétendent que Martinson était dans l'erreur (section 5) et nous nous méfions du recours illimité aux médecins et aux médicaments (section 2). Les services correctionnels ne doivent pas employer trop de travailleurs sociaux, de psychologues et de psychiatres (même si bon nombre d'entre eux sont bizarres et que nous serions donc privés de leurs excentricités et de leurs excès. Il ne faut surtout pas les mettre trop à leur aise. Par décret, les médecins pourraient être tenus de se limiter à certaines interventions. Ces directives devraient être modifiées fréquemment et leur origine demeurer plutôt vague. Chaque fois qu'un libéré conditionnel commet une nouvelle infraction

violente, une douzaine de psychologues affectés à l'élaboration et à l'évaluation des programmes devraient être immédiatement envoyés sur les lieux afin d'évaluer le caractère dangereux de cet individu ou, si vous préférez, évaluer les risques qu'il représente. Cela signifie qu'ils resteront confinés à leurs bureaux, de plus en plus à l'écart de la vie de l'établissement ou des projets réalisés au sein de la collectivité. Ils risquent aussi de s'ennuyer, surtout si ces évaluations ne s'inscrivent pas dans le cadre de quelque plan de recherche auquel ils participent déjà. On peut leur faire subir toutes sortes d'autres affronts. Par exemple, les laisser entreprendre un projet et peut-être même accepter d'y consacrer des locaux et des ressources puis, une fois le programme en marche, l'interrompre soudainement. Si les raisons données sont plutôt minces, tant mieux. Une autre bonne idée consiste à les empêcher de présenter des communications lors de conférences en prétendant qu'il s'agit là de documents contestables ou contraires aux orientations. Il faut mettre fin à leur créativité et recourir, s'il le faut, à des moyens peu orthodoxes. Quelques lecteurs astucieux auront déjà compris que les intervenants en santé mentale ne sont pas eux-mêmes immunisés contre les troubles psychiatriques et que bon nombre des principes énoncés ici peuvent jouer contre ceux qui souhaitent aider. Avec un peu de planification, il devrait être possible d'accroître l'incidence des troubles mentaux non seulement au sein de la population carcérale mais également chez les préposés aux soins psychiatriques.

L'élaboration d'un modèle efficace de traitement et de soins pour les détenus atteints d'une maladie mentale

En ce qui concerne les détenus souffrant de troubles mentaux, nous disposons des renseignements et des ressources professionnelles dont nous avons besoin, mais le Canada commence tout juste à avoir une vue

d'ensemble de la situation au sein du secteur correctionnel fédéral. L'énoncé de mission sera utile car il aborde certains des problèmes soulevés dans cet article. Il faut maintenant élaborer les principes s'appliquant aux détenus atteints de troubles mentaux. Le groupe de travail sera également d'un certain secours tout comme, peut-être, les réflexions qui précèdent. L'incidence de troubles mentaux au sein du Service correctionnel du Canada pourrait être sensiblement réduite par les moyens suivants : 1) se baser sur des normes raisonnables et orienter vers les services de santé tous les cas qui exigent des soins; 2) veiller à ce que les détenus souffrant de troubles mentaux continuent d'avoir accès à une vaste gamme de services pendant et après leur séjour en établissement; 3) prendre davantage conscience des effets iatrogènes que peuvent avoir les évaluations psychiatriques et psychologiques; 4) s'assurer que les tests psychologiques de routine sont administrés et notés comme il se doit, et que les nouveaux instruments sont conformes aux normes scientifiques en vigueur; 5) sélectionner et former les employés en tenant compte de leurs aptitudes à diriger et contrôler des programmes de rééducation; 6) reconnaître que les détenus eux-mêmes ont des opinions sur les programmes qu'ils désirent et que les projets doivent être réalisés en collaboration avec eux; 7) planifier à long terme, de sorte que les divers éléments des programmes soient harmonisés et réalistes; 8) doter le système correctionnel de ressources qui lui permettront de prendre entièrement charge des patients souffrant de graves maladies mentales; 9) mettre en place des moyens efficaces pour déterminer quels programmes sont les mieux adaptés aux détenus souffrant de telle ou telle autre maladie mentale; 10) s'assurer que les intervenants en santé mentale ont la possibilité de jouer un rôle à part entière dans le fonctionnement et la planification de l'établissement. ■

Christopher D. Webster est chercheur et chef du département de psychologie au Clarke Institute of Psychiatry. Il est professeur de psychiatrie, de psychologie et de criminologie à l'Université de Toronto. Ses recherches portent sur la psychiatrie et la psychologie judiciaires. Il s'intéresse principalement aux questions suivantes : l'aptitude à subir un procès, les décisions cliniques, la « traitabilité », l'évaluation et la prédiction du comportement violent, et la prestation de services psychiatriques au sein du secteur correctionnel.

Cette rubrique *Du côté de l'administration* est consacrée aux activités des Centres psychiatriques régionaux (Prairies et Pacifique), du Centre de traitement régional de l'Ontario et du Pénitencier Dorchester. Le Service correctionnel du Canada reconnaît le rôle prépondérant de ces centres dans le traitement des détenus souffrant de troubles mentaux. Il nous fait donc plaisir de présenter certaines des activités et innovations récentes qui concernent ces établissements. Ce sont les gestionnaires de ces centres qui ont préparé les textes qui suivent.

Le Pénitencier de Dorchester

Le vénérable Pénitencier Dorchester, un établissement à sécurité maximale plus que centenaire, se met au diapason des années 1990 grâce à l'important programme de réaménagement actuellement en cours. Le pénitencier est désormais un établissement polyvalent multi-sécuritaire qui accueille environ 253 détenus.

Une étude réalisée par Chefurka and Associates orientera l'élaboration des programmes au Pénitencier Dorchester et également des services qui seront offerts au Centre de traitement régional en voie d'installation. À terme (1993), le Centre de traitement régional regroupera une unité psychiatrique de 50 lits, qui comprendra un programme d'évaluation, une unité de soins psychiatriques spécialisés, une unité de soins chroniques et une section de soins de transition. L'une des vocations du Centre de traitement régional sera d'évaluer et de soigner les détenus souffrant de troubles mentaux.

De plus, Dorchester deviendra un établissement axé sur l'exécution de plusieurs programmes de thérapie intensive à l'intention des détenus souffrant de toxicomanie, de troubles d'apprentissage, de troubles mentaux ainsi que des délinquants sexuels et des détenus éprouvant des problèmes de maîtrise de la colère. Le modèle intégré et multidisciplinaire du Centre de traitement régional permettra d'offrir des programmes intensifs à l'ensemble de la population de l'établissement, ce qui devrait entraîner une amélioration de l'efficacité et de la rentabilité (partage du personnel, des services et des installations, etc.).

Le caractère intensif des programmes permettra aussi de traiter un plus grand nombre de cas en consultation externe, qui pourraient demeurer au sein de la population carcérale générale. L'unité psychiatrique s'en tiendra au diagnostic et au traitement du détenu souffrant de troubles mentaux.

Le Pénitencier Dorchester comprend trois divisions : une division des opérations correctionnelles, une division du traitement et des programmes (dont le Centre de traitement fait partie) et une division des services de gestion, qui relève du directeur de l'établissement. Au sein de Dorchester, le modèle de gestion par unités prévoit trois unités, dont le Centre de traitement psychiatrique.

Le Centre de traitement comprend actuellement 20 lits et un personnel de 37 membres, dont 11 agents de correction, 18 infirmiers, 3 psychiatres à temps partiel et 5 psychologues (deux à temps partiel) qui desservent l'ensemble de la population carcérale de Dorchester. Tous les programmes de l'établissement relèvent maintenant de la division du traitement et des programmes.

On met actuellement l'accent sur l'élaboration, par les psychologues, d'un programme global de traitement des délinquants sexuels (prévu pour septembre 1990), qui viendra compléter les autres programmes déjà offerts dans la région. Le Pénitencier Dorchester met tout en oeuvre pour que la région de l'Atlantique puisse relever les importants défis qui l'attendent si elle entend satisfaire les besoins des diverses catégories de détenus dans la prochaine décennie. Le Pénitencier Dorchester et son unité de traitement psychiatrique joueront

un rôle primordial dans la promotion d'activités favorisant la santé mentale et la prévention des troubles mentaux.

Ces activités donneront lieu à une augmentation considérable des services offerts aux détenus appartenant à ces catégories particulières.

Centre régional de traitement (Ontario)

Le Centre régional de traitement (Ontario) est un établissement psychiatrique de 90 lits, créé en vertu de l'annexe I de la *Loi sur la santé mentale* de l'Ontario. Le personnel comprend des gestionnaires des soins infirmiers (avec un personnel de 51 personnes), des soins psychiatriques (4), des soins psychologiques (13), des traitements d'appoint (11), et de la sécurité (31). Le Centre est logé au Pénitencier de Kingston.

Le Centre offre les programmes suivants :

1. Le programme des délinquants sexuels

Vingt-cinq patients hospitalisés de 18 à 20 semaines; comprend l'évaluation, la thérapie de groupe et le counseling individuel. La thérapie s'inspire du modèle cognitiviste.

Le Pénitencier de Kingston offre un programme de consultation externe à l'intention des délinquants sexuels. On s'adresse principalement aux délinquants de longue date; le programme, qui fait appel à la thérapie cognitiviste, dure 16 semaines.

2. L'unité des femmes

Ce programme offre une évaluation des besoins de traitement à un maximum de dix patientes de la Prison des femmes, et ce pour une période de 4 mois. L'objectif est l'adaptation du comportement.

3. L'unité de soins psychiatriques actifs

Le programme offre médicaments et psychothérapie à un maximum de 16 patients. On cherche avant tout à stabiliser les patients en crise psy-

chotique et à contrôler les détenus suicidaires afin de permettre leur retour à l'établissement ou leur admission à un autre programme du Centre régional de traitement. Le séjour dure en moyenne deux mois. L'unité gère aussi, sur une longue période, quelques cas de troubles mentaux qui présentent des risques permanents de violence.

4. Unité d'évaluation de soins semi-actifs

Ce programme offre l'évaluation psychiatrique et des soins à un maximum de 16 patients souffrant de troubles mentaux moyennement graves.

5. Unité de réadaptation

Le programme offre un traitement de maintien et de préparation à la vie active à un maximum de 16 patients. Le séjour dure en moyenne de 180 à 365 jours. Toutefois, les cas de courte durée, qui sont renvoyés à d'autres établissements, une fois leur niveau de fonctionnement amélioré, sont séparés des cas de longue durée, c'est-à-dire qui sont incapables de fonctionner dans un établissement carcéral régulier.

6. Les traitements d'appoint

Offerts par un groupe central à l'ensemble des programmes. Ils comprennent l'ergothérapie, les activités récréatives, l'éducation, les activités de loisir, la préparation à la vie active, les alcooliques anonymes, la gestion des cas et la solution de problèmes.

7. Le traitement ambulatoire

Ce programme offre des services psychiatriques (évaluation, médication, psychothérapie) aux autres établissements, un suivi en soins infirmiers psychiatriques aux patients renvoyés à d'autres établissements et le suivi des patients réintégré dans la collectivité.

Recherche et évaluation

Au cours de la dernière année, le personnel du Centre régional de traitement a présenté cinq communications à deux conférences sur des sujets tels que la formation à l'empa-

thie pour les délinquants sexuels, l'étude de la récidive et le traitement de l'agression au moyen de médicaments. Il n'existe aucun mandat de recherche officiel. Le rôle du programme de recherche et d'évaluation est à l'étude.

Répartition des élargissements selon le diagnostic (avril 1989 à mars 1990)

Diagnostic	Nombre d'élargissements	Durée moyenne du séjour, en jours
Psychose	68 (19 %)	113
Névrose	4 (1 %)	90
Trouble de la personnalité	51 (15 %)	109
Autres troubles mentaux	43 (12 %)	51
Alcoolisme/Toxicomanie	9 (4 %)	79
Déviations sexuelle	158 (46 %)	51
Aucun diagnostic psychiatrique	5 (1,5 %)	22
Simulateurs	5 (1,5 %)	6
Total	343 (100 %)	

Centre psychiatrique régional (Prairies)

Le Centre psychiatrique régional (Prairies) est exploité par le Service correctionnel du Canada de concert avec l'Université de la Saskatchewan. Érigé sur des terrains appartenant à l'université, le Centre est le fruit de la coopération entre la province de la Saskatchewan, l'Université de la Saskatchewan et le gouvernement du Canada. Le Centre est qualifié d'établissement « hospitalier » en vertu de la *Saskatchewan Mental Health Services Act*. Il offre des programmes d'évaluation et de traitement à l'intention :

- des détenus du Service correctionnel du Canada, surtout de la région des Prairies;
- des détenus du système correctionnel de la province de la Saskatchewan;
- des individus en détention préventive ordonnée par les tribunaux de la Saskatchewan;
- des individus incarcérés en vertu de mandats du lieutenant-gouverneur

de la Saskatchewan.

Depuis octobre 1984, le Centre est agréé par le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé.

Le Centre se distingue par son association étroite avec l'Université de la Saskatchewan. L'accord d'association met l'accent sur l'importance de la fonction d'enseignement et de recherche du Centre; les professionnels cadres du Centre peuvent également être membres du personnel enseignant de l'Université. L'accord prévoit aussi la constitution d'un bureau des gouverneurs où sont représentées l'université et la collectivité. Le bureau a comme mandat d'assurer l'orientation générale du Centre. Au cours de la dernière année, le bureau a mis à jour l'énoncé de mission du Centre afin de le rendre conforme à l'énoncé de mission du Service correctionnel du Canada. Le 23 février 1990, le bureau des gouverneurs a approuvé le nouvel énoncé de mission, que le commissaire a sanctionné :

« Le Centre psychiatrique régional (Prairies) a pour mission

de fournir un bilan clinique et de soins aux malades mentaux du système de justice pénale et de les aider à retrouver la santé mentale; de donner des occasions d'apprentissage aux étudiants, au public et au personnel qui oeuvrent dans les domaines des soins de la santé et de la justice pénale; et de faciliter, de promouvoir et d'entreprendre des recherches dans les domaines suivants : la compréhension du comportement criminel, l'administration des services de santé mentale en médecine légale, le traitement des délinquants et les répercussions de la criminalité dans la société. »

Le Centre compte 106 lits répartis en cinq unités :

- a) L'unité Assiniboine est chargée de l'admission et de l'évaluation. Les tribunaux de la Saskatchewan, la Commission nationale des libérations conditionnelles et les administrateurs des services correctionnels y envoient des individus pour des évaluations complètes destinées à éclairer les décisions et à préciser les traitements nécessaires.
- b) L'unité Churchill offre des services de traitement aux patients atteints de graves troubles mentaux.
- c) L'unité Clearwater offre des programmes s'adressant aux patients qui éprouvent des problèmes d'adaptation sexuelle.
- d) L'unité Bow traite les personnes souffrant de maladies mentales chroniques.
- e) L'unité McKenzie offre un programme fondé sur le modèle de la communauté thérapeutique et admet les patients souffrant de troubles de la personnalité à caractère antisocial.

Outre les programmes de base des diverses unités, le Centre offre toute une gamme de programmes externes de lutte contre la toxicomanie, d'ergothérapie, de thérapie récréative et d'éducation ainsi que des services spirituels.

Le programme de recherche du Centre, réalisé en collaboration avec

le milieu universitaire et les autres éléments du Service correctionnel du Canada, prend de plus en plus d'ampleur. Les études en cours touchent à six domaines prioritaires :

- a) le délinquant sexuel
- b) le détenu agressif
- c) le psychopathe criminel
- d) le délinquant autochtone
- e) la toxicomanie et la criminalité
- f) les questions médico-légales d'ordre général.

Le Centre psychiatrique régional (Prairies) répond à un important besoin du Service correctionnel du Canada et de la province de la Saskatchewan. En 1989, on a admis 329 patients, dont 98 pour évaluation et 231 pour traitement. En 1989, le Centre accueillait en moyenne 98,42 patients par jour, soit en moyenne 83 détenus fédéraux et 15 détenus provinciaux (y compris les personnes en détention préventive et les personnes détenues en vertu d'un mandat du lieutenant-gouverneur).

Centre psychiatrique régional (Pacifique)

Lors de son ouverture en 1966, le Centre psychiatrique régional (CPR — Pacifique) était un centre de traitement de la toxicomanie pour les détenues. En 1972, l'établissement devenait un centre psychiatrique pour hommes. Il partage un complexe pénitencier avec l'établissement de Matsqui, le Centre Sumas et le Centre de gestion du matériel. Le CPR (Pacifique) est un établissement multisécuritaire qui offre maintenant un programme de semi-liberté.

Le CPR (Pacifique) est reconnu comme hôpital psychiatrique en vertu de la *British Columbia Hospital Act*; il est assujéti aux dispositions de la *British Columbia Mental Health Act*. Le Centre est agréé par le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé.

Le Centre répond aux besoins en matière de santé mentale des détenus

de la région du Pacifique ainsi qu'à ceux des détenus renvoyés par les autres régions du Service correctionnel du Canada. De plus, le Centre traite les patients qui lui sont envoyés par décret.

Modèle de gestion

Le directeur exécutif, qui relève du commissaire adjoint de la région du Pacifique est chargé de l'exploitation du CPR (Pacifique). Trois chefs de division relèvent du directeur exécutif : le directeur des services de traitement, le directeur des services infirmiers et le directeur des opérations.

Le personnel

Au 31 mars 1990, le personnel comptait 193,5 années-personnes. Ce chiffre comprend 12 années-personnes pour l'équipe d'escorte de l'Hôpital régional.

Capacité nominale

Lits psychiatriques	146
Lits d'isolement	4
Total	150

Rapports avec les autres établissements

Le CPR (Pacifique) offre des services de traitement ambulatoires à tous les établissements de la région du Pacifique (évaluation, intervention locale et soins de suivi) ainsi que des services de traitement post-hospitaliers pour les détenus mis en liberté dans la région du Pacifique, jusqu'à expiration du mandat.

Profil des détenus

Le 31 mars 1990, environ 60 % des détenus purgiaient leur première peine fédérale. Bien que le groupe d'âge où l'on trouve le plus de détenus (25 à 29 ans) soit le même que dans le reste de la région, le CPR (Pacifique) se distingue du fait que la peine la plus courante soit l'emprisonnement à perpétuité (29,5 % de la population). Les crimes les plus courants commis par les détenus du CPR (Pacifique) sont les infractions sexuelles (26,6 %) et le meurtre (14 %).

Les détenus admis au CPR (Pacifique) souffrent de divers troubles mentaux qui influent sur leur

mode de fonctionnement. Les patients ne présentent pas tous les mêmes symptômes et leur répartition est fonction de l'espace disponible dans chacun des services :

	Nombre de lits disponibles
Psychose grave ou chronique	26
Inadaptation, marginalité et mésadaptation sociale	30
Trouble de la personnalité — réactions antisociales	30
Trouble de la personnalité — délinquance sexuelle	30
Admissions pour évaluation/mise en liberté, pré-libération, semi-liberté	30
Total	146

Programme de base

Puisque le CPR (Pacifique) est avant tout un centre d'évaluation et de traitement, les programmes et les activités de base sont axés sur le traitement. On y offre une gamme complète de services, notamment les services de bibliothèque et des programmes d'enseignement, de préparation à la vie active et de lutte contre la toxicomanie.

Principales activités

Le chef, ergothérapie et traitements d'appoint, est chargé de l'élaboration et de l'exécution des activités de base. Ces activités comprennent entre autres l'artisanat, les visites et la correspondance, les visites privées de la famille, la thérapie par l'art, les loisirs, l'horticulture et le placement.

À l'instar des programmes de base, les activités de base visent à favoriser le traitement des patients qui sont appelés à collaborer avec une équipe multidisciplinaire tant pour la recherche d'emploi que pour l'évaluation des progrès accomplis.

Le développement des détenus

Puisque le CPR (Pacifique) met l'accent sur le traitement, aucun patient ou détenu n'occupe un emploi

à temps plein. Les patients sont payés selon diverses échelles de salaire pour leur participation aux tâches ou traitements autorisés. L'équipe multidisciplinaire revoit et évalue la répartition et l'affectation des détenus pour s'assurer que tous les programmes complètent et appuient le plan de traitement.

Chaque patient doit consacrer son temps au traitement, qui peut comporter un « emploi ». L'allocation monétaire du patient est fondé sur sa participation au programme de traitement et son aptitude à assumer des responsabilités professionnelles.

Admission/Élargissement et activités de traitement

Entre 1984 et 1990, le CPR (Pacifique) a reçu et radié entre 180 et 195 patients par année. En règle générale, le tiers des patients admis obtiennent leur congé moins de 6 mois après leur admission; le tiers après 6 à 12 mois de traitement; et l'autre tiers après 12 à 24 mois. Les patients qui souffrent d'un trouble mental grave (schizophrénie, psychose maniaco-dépressive) ou les débiles légers constituent la majorité des patients de longue durée du CPR (Pacifique).

Activités de recherche et d'évaluation des programmes

Les membres de l'équipe de traitement multidisciplinaire (psychiatres, psychologues, infirmiers) sont très intéressés à évaluer leur programme et à assurer le suivi des patients après traitement. En 1990-1991, les employés des services ambulatoires et les autres membres du personnel professionnel participeront activement à des projets de recherche et d'évaluation. ■

La divulgation de renseignements psychiatriques sur les détenus

par Karen J. Richardson, conseiller juridique
Services juridiques, Service correctionnel du Canada

Conformément au thème de ce numéro de *FORUM*, soit les soins de santé mentale, les Services juridiques s'intéressent à certaines des questions complexes qui entourent la divulgation de renseignements psychiatriques sur les détenus¹. L'article suivant se contente d'aborder ces questions dans leurs grandes lignes; toute question douteuse devrait être soumise aux services juridiques. Nous rappelons aux lecteurs que les lois sur la santé diffèrent d'une province à l'autre, ce qui peut influencer sur les décisions.

A. Le contexte : l'obligation de confidentialité

Le devoir d'un médecin d'assurer le caractère confidentiel du dossier d'un patient n'est pas absolu, comme l'énonce le Code d'éthique de l'Association médicale canadienne : Pour se conformer à la déontologie médicale, le médecin doit :

Respecter les confidences reçues de ses malades ou collègues et ne divulguer ces renseignements qu'avec la permission du malade sauf lorsque la loi l'y oblige.

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles un médecin ou un hôpital souhaite avoir la maîtrise des dossiers des patients. Ces dossiers sont habituellement rédigés en termes médicaux que ne saurait facilement comprendre une personne sans formation médicale. De plus, le fait de révéler certains renseignements, par exemple une maladie terminale ou des tendances suicidaires, pourrait nuire à la santé et au traitement du patient, surtout dans le cas de renseignements psychiatriques. Il est également possible que les dossiers renferment des renseignements sur d'autres personnes, renseignements que le patient n'est pas en droit de connaître. En somme, le médecin est probablement la personne la mieux placée pour savoir quels renseignements devraient être divulgués.

Les tribunaux ont jugé que les médecins ne doivent pas divulguer de renseignements sur un patient sans l'autorisation de ce même patient, à

moins que des procédures judiciaires ne les y obligent². Le Service correctionnel du Canada est dans une situation particulière car les demandes de renseignements médicaux sont souvent liées à des procédures judiciaires ou administratives, soit devant un tribunal, soit devant une commission des libérations conditionnelles; on se trouve ainsi tenu de trouver un équilibre entre le devoir de confidentialité, qui exige ouverture et honnêteté entre patient et physicien, et l'intérêt public dans l'administration de la justice.

B. Communication des renseignements aux détenus

Les délinquants ont les mêmes droits de confidentialité des renseignements

obtenus par un professionnel de la santé et d'accès à ces renseignements que l'ensemble de la population. La politique du Service en ce qui a trait à la divulgation de rapports médicaux aux détenus veut que, exception faite de la divulgation des dossiers faisant l'objet d'une assignation, aucun renseignement médical confidentiel n'échappe au contrôle du personnel de santé et ne soit divulgué à des personnes non autorisées³.

Un détenu a normalement accès à son dossier médical. Dans plusieurs circonstances toutefois, la divulgation n'est pas automatique : par exemple, si le dossier contient des renseignements sur un autre individu⁴, si le renseignement risque d'entraver gravement le programme pénitentiaire du détenu⁵ ou si des renseignements peuvent nuire à une autre personne⁶. L'accès peut aussi être refusé si le médecin auteur du dossier estime que les renseignements pourraient nuire au patient⁷; toutefois, le médecin peut être tenu de fournir des preuves convaincantes à cet effet. Dans *Lindsay c. D.M.*, le tribunal a permis à un ancien patient d'un hôpital psychiatrique d'avoir accès aux dossiers médicaux, accès qui lui avait été précédemment refusé; l'hôpital a été tenu de justifier la non-divulgation des dossiers⁸.

Si le Service correctionnel du Canada établit l'existence de l'une des

¹ Les règles qui s'appliquent aux documents médicaux valent pour les médecins, les établissements et les personnes qui en ont la garde. Aucune distinction n'est faite entre les rapports des médecins, les rapports des infirmières, ceux des psychologues, etc. Les règles de la confidentialité régissent, par conséquent, tous les dossiers de n'importe quel professionnel de la santé. Cependant, ces règles ne s'appliquent pas aux renseignements contenus dans les rapports psychologiques préparés à des fins non médicales.

² Canada (Solliciteur général) c. Ontario (Royal Commission of Inquiry into the Confidentiality of Health Records) (1979) 47 C.C.C. (2d) (C.A. Ont.). La Cour suprême du Canada a renversé la décision de la Cour d'appel; cependant le Juge en chef Laskin, dans sa dissidence, a donné son aval à cette obligation.

³ Service correctionnel du Canada, Services médicaux de santé, politique n° 105.1; directive du commissaire n° 835.

⁴ Loi sur la protection des renseignements personnels, S.R.C. 1985, c. p. 21, art.26.

⁵ *Ibid.*, art.24(a).

⁶ *Ibid.*, art.25.

⁷ *Ibid.*, art.28.

⁸ [1981] 3 W.W.R. 703 (C.A. Alta.).

circonstances susmentionnées pour refuser l'accès, le détenu peut demander un réexamen de sa demande en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Si le commissaire à la protection de la vie privée refuse à nouveau l'accès, le détenu peut alors s'adresser à la Cour fédérale qui revoit la décision et détermine si elle est équitable ou non⁸.

C. Divulgence de renseignements aux personnes autres que le détenu

En l'absence d'une ordonnance du tribunal, le Service correctionnel du Canada n'est pas tenu de divulguer des dossiers médicaux aux avocats du détenu ou à d'autres personnes, même avec le consentement du détenu.

Toutefois, une telle divulgation peut être acceptable dans certaines circonstances, comme par exemple lorsque le détenu a déjà consulté les documents, connaît pleinement leur contenu et a autorisé (préférentiellement par écrit) la divulgation. Là encore, il importe de s'assurer que tous les renseignements divulgués ne sont pas des « renseignements personnels » sur d'autres personnes, puisque cette information est protégée en vertu des dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Si le Service correctionnel du Canada refuse l'accès, le détenu a toujours le loisir de présenter une requête en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*⁹ pour obtenir le document, qu'il peut ensuite transmettre à d'autres personnes.

Par conséquent, il est important, dans le cas de la divulgation de renseignements personnels aux personnes autres que le détenu, de se rappeler que la divulgation de dossiers médicaux exige le consentement écrit du patient ou une ordonnance du tribunal.

D. Divulgence de renseignements pour les audiences de libération conditionnelle ou les révisions des motifs de détention

La divulgation de renseignements médicaux sans le consentement du

patient est généralement contraire à tous les principes établis de protection de renseignements personnels et de confidentialité. Nonobstant ce principe général, ce domaine a donné lieu à bien des discussions au sein du Service correctionnel du Canada. Compte tenu du profil psychiatrique de certains détenus et de leur comportement au sein de la collectivité lors de la réinsertion sociale, on peut facilement comprendre que certains renseignements psychiatriques sont essentiels dans toute décision de mise en liberté. Là encore, il faut trouver un équilibre entre le droit de l'individu à la protection personnelle et à la confidentialité, et l'intérêt public en matière de sécurité et d'administration de la justice.

La *Loi sur la libération conditionnelle de détenus* affirme que lorsque le Service correctionnel juge qu'un détenu satisfait aux critères de détention, il renverra le cas à la Commission des libérations conditionnelles, ainsi que tous les renseignements¹⁰. Pour une audience de libération conditionnelle, la Commission qui s'occupe du cas examinera tous les renseignements pertinents à l'examen du cas¹¹. Ce besoin d'établir un équilibre entre la protection des renseignements personnels et l'intérêt public peut donner lieu à un conflit de compétences dans la mesure où les soins de santé relèvent du provincial et la libération conditionnelle du fédéral. Le fait que les centres de traitement régionaux fédéraux relèvent à la fois du gouvernement fédéral et des lois sur la santé mentale de la province où ils sont situés peut exacerber ce conflit. Il peut donc exister un conflit entre les lois provinciales et fédérales pertinentes, conflit qui devra être résolu cas par cas.

L'affaire *R. c. Worth*¹² illustre bien ces problèmes de juridiction.

Une personne avait été accusée de meurtre au premier degré; l'on avait demandé de consulter les dossiers médicaux pour confirmer le fait que l'accusé avait déclaré à son agent de gestion des cas, juste avant sa mise en liberté, son intention de tuer à nouveau. Il avait été traité dans les centres psychiatriques régionaux des Prairies et du Pacifique; un mandat de perquisition et saisie pour obtenir les dossiers avait été délivré en vertu du Code criminel du Canada. Le tribunal a comparé les dispositions des provinces de l'Ontario et de Terre-Neuve relatives aux procédures d'obtention des dossiers médicaux et de protection de leur utilisation; les lois sur la santé de la Saskatchewan ou de la Colombie-Britannique ne renfermaient aucune disposition analogue. De plus, la Colombie-Britannique n'a aucune disposition sur l'établissement des circonstances de divulgation des dossiers médicaux. Par conséquent, le tribunal ne pouvait se fonder que sur les dispositions du Code criminel (que ne venait appuyer aucune disposition d'une loi provinciale) pour décider de la validité du mandat; le résultat aurait peut-être été différent si l'accusé avait été traité en Ontario ou à Terre-Neuve.

E. L'accès du détenu au rapport communiqué à une commission d'examen

Les principes de justice naturelle exigent qu'une personne connaisse la teneur de toute procédure intentée contre elle afin de pouvoir se défendre ou réagir comme il se doit. Compte tenu du caractère délicat de la question et des conclusions souvent controversées consignées dans les rapports psychiatriques, la lecture des commentaires du médecin traitant pourrait nuire au bien-être psychologique d'un détenu. Dans le contexte des audiences de libération conditionnelle ou

⁹ Loi sur l'accès à l'information, S.R.C. 1985, c. A-1, article 44 et suivants; Loi sur la Cour fédérale, S.R.C., c.10 (2^e supplément), art. 18.

¹⁰ S.R.C. 1985, c. P-2, art. 21.3(2).

¹¹ Règlement sur la libération conditionnelle de détenus, art. 17.

¹² (1989), 54 C.C.C. (3^e) 215, (H.C.J. Ont.).

des révisions des motifs de détention, le tribunal, conformément à son devoir d'agir équitablement, tente toujours de trouver un équilibre entre le droit à la protection des renseignements personnels de l'individu, et la santé et le bien-être de l'individu et de la société.

Dans une cause entendue récemment par la Cour d'appel du Nouveau-Brunswick (*McInerney c. MacDonald*¹³), la Cour a décidé qu'il existait une relation contractuelle entre le médecin et le patient qui autorisait le patient à avoir accès à tous les renseignements contenus dans le rapport médical. Cette décision confirme une décision antérieure rendue en Ontario dans l'affaire *Abel & Penetanguishene Mental Health Centre*¹⁴, dans laquelle le tribunal a décidé que le président de la Commission de révision avait le droit de divulguer au patient des renseignements transmis à la Commission.

Toutefois, si la divulgation de certains renseignements risque de porter atteinte à la santé du détenu, le médecin en cause peut demander que de tels renseignements ne soient pas divulgués au détenu¹⁵. Dans *Re Egglestone & Advisory Review Board*, le tribunal a décidé que la Commission de révision pouvait permettre aux avocats de consulter le dossier médical à condition que les renseignements ne soient pas divulgués aux clients¹⁶. Dans *Re Sumbillich & Health Disciplines Board*, il a en outre été établi que, pour se conformer aux principes d'équité, il n'est pas suffisant de fournir des résumés des documents à l'appui d'une décision d'un comité des plaintes; les documents eux-mêmes doivent être fournis à la personne¹⁷.

F. Conclusions

Toute personne au Canada a le droit

d'avoir accès aux renseignements contenus dans son dossier psychiatrique, sauf certaines exceptions; les détenus jouissent aussi de ce droit inhérent. C'est donc au Service correctionnel du Canada qu'il revient finalement de déterminer si les dossiers psychiatriques doivent ou non être divulgués sur demande; compte tenu de la nature complexe des exceptions énumérées ci-dessus, on est habituellement bien avisé d'obliger le détenu à faire appel à la *Loi sur la protection des renseignements personnels* pour obtenir l'accès à ces documents.

Les médecins traitant et les fonctionnaires de la santé ont l'obligation professionnelle d'assurer le caractère confidentiel des dossiers médicaux d'un détenu et de le protéger contre la divulgation non autorisée de renseignements psychiatriques. Toutefois, il arrive que ce droit à la protection des renseignements personnels doive céder le pas à l'intérêt public en matière de sécurité et d'administration de la justice.

Les renseignements psychiatriques sur un détenu sont souvent pertinents dans le contexte des audiences de libération conditionnelle et des révisions des motifs de détention. La *Loi sur la libération conditionnelle des détenus* permet la présentation de tous renseignements pertinents, ce qui peut comprendre les renseignements médicaux délicats. Là encore, il faut trouver un équilibre entre les droits de l'individu et les droits de la société afin de prendre des décisions bien informées sur la libération conditionnelle ou la détention. Il faut procéder cas par cas, compte tenu de la nature des renseignements médicaux en cause et des différences considérables entre les diverses lois provinciales sur la santé mentale. ■

C'est pour mieux informer le lecteur et lui faciliter la tâche que nous présentons les résumés ou extraits suivants, qui sont tirés d'opinions, de rapports ou d'autres documents. Le lecteur ne doit cependant pas perdre de vue que ces renseignements sont incomplets et qu'ils ne peuvent être utilisés tels quels; l'utilisateur devra au préalable consulter les services juridiques ou les documents originaux. On demande donc au lecteur de s'adresser aux Services juridiques de l'Administration centrale pour toute question relative à l'interprétation ou à l'applicabilité des opinions ou décisions exposées dans ces résumés. Pour tout renseignement sur les sujets traités dans cette chronique ou sur tout autre sujet, n'hésitez pas à communiquer avec Theodore Tax, avocat conseil, Ministère de la Justice, Services juridiques du Service correctionnel du Canada à l'Administration centrale, 4A-340, avenue Laurier ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.

DÉCISIONS RÉCENTES

Dans *Cleary c. Service correctionnel du Canada et Commission nationale des libérations conditionnelles*, M. Cleary devait comparaître devant la Commission pour une révision des motifs de détention; le *Règlement sur la libération conditionnelle de détenus* stipule que le conseil fournira au détenu un résumé écrit des renseignements pertinents en sa possession au moins quinze jours avant la date prévue de l'audience. En raison d'une grève des employés du Service correctionnel du Canada, les documents n'ont été livrés que neuf jours avant l'audience. M. Cleary s'est adressé à la Cour fédérale (division de première instance) pour faire annuler la décision de la Commission des libérations conditionnelles, mais le tribunal a refusé sa requête. La Cour a jugé que les dispositions sur les échéances constituaient des indications et non des obligations et que la Commission avait agi conformément à ses pouvoirs. En avril 1990, la Cour

¹³ (1990), 66 D.L.R. (4^e) 736 (C.A.-N.B.).

¹⁴ (1979), 97 D.L.R. (3^e) 304 (Ontario, H.C.); confirmé 119 D.L.R. (3^e) 101 (C.A. Ont.).

¹⁵ Règlement sur la libération conditionnelle de détenus, art. 175).

¹⁶ (1983), 150 D.L.R. (3^e) 86 (Ont. Div. Ct.).

¹⁷ (1984), 12 D.L.R. (4^e) 156; confirmé dans 3 D.L.R. (4^e) 416 (C.A. Ont.).

d'appel fédérale a rejeté l'appel de M. Cleary tout en déclarant que les échéances étaient en fait *impératives*. La Cour d'appel a statué que le juge de première instance avait le droit d'accorder le redressement demandé et que, puisque M. Cleary n'avait souffert d'aucun préjudice, le tribunal aurait dû utiliser ses pouvoirs discrétionnaires pour refuser la requête de M. Cleary.

Le 31 mai 1990, la Cour d'appel fédérale a rendu sa décision dans *Le Commissaire du Service correctionnel*

du Canada c. Veysey. Le détenu Veysey s'était vu refuser une visite familiale privée avec son partenaire du même sexe. Le tribunal a fourni une interprétation juridique de l'alinéa 19 de la directive n° 70 du Commissaire, portant sur les visites. L'alinéa 19 de la directive présente une liste des visiteurs admissibles. En conjuguant les expressions « conjoint de fait » et « parents », et en examinant l'objectif du programme, le tribunal a conclu que le commissaire aurait pu, en vertu de ses pouvoirs, autoriser la visite de

partenaires du même sexe. Le tribunal n'a pas jugé la cause en fonction de l'article 15 (droit à l'égalité) de la *Charte*. Toutefois, le tribunal a reconnu que la position du procureur général du Canada était que l'orientation sexuelle est une cause de discrimination couverte par l'article 15 de la *Charte*. Le tribunal s'est abstenu de décider si les partenaires du même sexe pouvaient être considérés comme des conjoints de fait. ■

Au Canada comme ailleurs, on accorde de plus en plus d'importance aux soins de santé mentale en milieu carcéral. Nous avons jugé intéressant de vous présenter un survol des pratiques européennes en ce domaine.

Pour ce faire, nous avons choisi de résumer trois études portant sur les soins de santé mentale dispensés au sein des systèmes pénitentiaires de France, de Suisse et des pays scandinaves. Dans un article intitulé « *Problèmes quotidiens de psychiatrie pénitentiaire à travers les changements du paysage psychiatrique et pénitentiaire de la France* », Pierre Lamothe trace un bref historique de la gestion des détenus souffrant de troubles mentaux. L'étude de Marie-Jeanne de Montmollin, « *La prise en charge des délinquants mentalement anormaux dans le cadre du concordat sur l'exécution des peines et mesures entre les cantons romands (Suisse)* », décrit le fonctionnement d'une institution psychiatrique desservant cette clientèle. Finalement, l'article de Georg Hoyer, intitulé « *Management of Mentally Ill Offenders in Scandinavia* » traite des modes de gestion de deux catégories de détenus souffrant de troubles mentaux.

Soins de santé mentale dans les établissements correctionnels de santé mentale en France, en Suisse et dans les pays scandinaves

LA FRANCE

Psychiatre chevronné du domaine judiciaire, Pierre Lamothe explique dans son article que les services psychiatriques offerts dans les établissements pénaux français ont connu une réorganisation au cours des dernières décennies. La diminution du nombre d'internements psychiatriques et l'augmentation du nombre de délits commis par des personnes souffrant de troubles mentaux ont forcé l'État à modifier ses services de santé.

Avant 1977, la plupart des

patients requérant des soins psychiatriques devaient cohabiter dans les « maisons d'arrêt » avec les détenus n'ayant pas besoin de ce genre de soins. Les « maisons d'arrêt » accueilleraient principalement des prévenus, des délinquants « immatures », des toxicomanes et des condamnés purgeant de courtes peines alors que les détenus condamnés à des peines plus longues étaient incarcérés dans des maisons centrales à sécurité élevée ou dans des centres de détention à sécurité moyenne.

C'est en 1977 que le premier des

dix-sept centres médico-psychologiques régionaux (CMPR) fut construit sous forme d'annexe à l'une des principales « maisons d'arrêt ». En 1986, les CMPR sont devenus officiellement les Services médico-psychologiques régionaux (SMPR), mais nous continuerons à utiliser le sigle CMPR pour ne pas confondre le lecteur.

Aujourd'hui, lorsqu'un détenu est admis au CMPR, le psychiatre cherche à l'initier à des techniques thérapeutiques éprouvées qui l'amèneront à se prendre en main, telles que l'imagerie mentale, la psychothérapie interprétative, la thérapie de soutien, et la relaxation pratiquée individuellement ou en groupe.

À cette panoplie de thérapies est venue s'ajouter, au cours des dernières années, une nouvelle technique d'expression corporelle. Cette technique, animée par un psychomotricien, consiste à enseigner au patient comment utiliser son corps de manière non agressive et respectueuse lorsqu'il interagit avec d'autres.

Selon l'auteur, la création des centres médico-psychologiques a permis au système pénitentiaire français de mieux répondre aux besoins particuliers des détenus souffrant de troubles mentaux.

Lamothe, P., (1988). Problèmes quotidiens de psychiatrie pénitentiaire à travers les changements du paysage psychiatrique et pénitentiaire de la France. *Criminologie*, vol. XXI (2), 63-81.

LA SUISSE

L'accord sur l'exécution des peines, conclu en 1969 entre les vingt-six cantons suisses, prévoyait la mise en place d'établissements spécialisés pour les détenus souffrant de troubles mentaux. C'est à la suite de cet accord que le Centre de sociothérapie pénitentiaire La Pâquerette et le Quartier carcéral psychiatrique (QCP) furent construits pour héberger cette clientèle aux besoins particuliers.

Marie-Jeanne de Montmollin, de l'Institut de médecine légale de Genève, s'est intéressée à chacun de ces établissements. Comme le QCP n'a ouvert ses portes qu'en 1988 et qu'il ne peut héberger que sept personnes pour un court séjour, nous avons plutôt choisi de discuter du fonctionnement du Centre La Pâquerette.

Au début de son existence en 1979, le Centre La Pâquerette servait d'atelier sociothérapeutique de jour pour quelques détenus qui avaient de la difficulté à fonctionner adéquatement au sein de la population carcérale régulière de la prison de Genève. En 1986, le Centre La Pâquerette décidait d'ouvrir son programme sociothérapeutique à un plus grand nombre de détenus. Les détenus peuvent maintenant y séjourner, alors qu'auparavant ils devaient se contenter d'une participation au programme de jour.

Pour être admis au programme, le détenu doit en faire la demande auprès des Directions du Centre et de la prison où il est incarcéré. Le Centre La Pâquerette n'accepte que des détenus souffrant de troubles graves de la personnalité avec traits sociopathiques, d'après le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DMS III)*.

La clientèle du Centre est composée majoritairement de détenus impulsifs, qui ont commis des actes de violence à plusieurs reprises, qui souffrent de perversion sexuelle, d'anxiété et de dépression et qui ont le sentiment de n'avoir rien accompli dans la vie. Les participants ayant séjourné plus de quatre mois au

Centre depuis son ouverture ont, à leur actif, les principaux délits suivants : homicides, tentatives d'homicides, lésions corporelles graves, infractions contre les mœurs, incendies, brigandage, infractions contre le patrimoine et infractions à la loi sur les stupéfiants.

Le but premier du programme est d'amener le détenu à se prendre en charge. On lui confie, dans un premier temps, la responsabilité de solliciter lui-même son adhésion au programme. Il devra signer un contrat de quatre mois, renouvelable, par lequel il s'engage à prendre une part active et positive aux activités du Centre et au maintien du bon ordre. En cas d'infraction grave, le détenu peut être exclu du Centre. Si l'infraction commise est jugée moins sérieuse, certaines activités journalières pourront lui être interdites.

On encourage également le détenu à dialoguer, à écouter les autres, à parler de lui-même afin d'apprendre à exprimer ses sentiments et ses émotions, et à choisir une autre approche que la violence dans ses relations avec autrui.

Des assemblées générales ont lieu trois fois par semaine pour discuter et régler des problèmes entourant la vie collective; thérapeutes, détenus et autres membres du personnel assistent aux rencontres. Les décisions qui concernent le fonctionnement interne du Centre sont prises à la majorité des voix. Des rencontres plus intimes réunissent patients et thérapeutes deux fois par semaine; les détenus ont alors l'occasion de discuter de leurs problèmes personnels. La pratique d'activités générales (artisanat, sports, services religieux, etc.) permet, pour sa part, d'atteindre d'autres objectifs.

On accorde énormément d'importance à la réinsertion sociale du détenu. Certaines activités visent à aider le détenu à se familiariser avec les réalités de la vie quotidienne au sein de la collectivité, une fois le programme complété avec succès. Bref, sa réinsertion sociale est préparée graduellement. On l'autorise à des sorties avec escorte, véritables séances

d'initiation à la vie extérieure. Ce processus de réintégration s'apparente de près aux programmes psychosociaux offerts au Canada.

Cent vingt-trois détenus ont participé au programme entre le 1^{er} août 1979 et le 30 avril 1988; vingt-trois n'ont pas terminé le programme, dix ont décidé d'abandonner en cours de route et treize en ont été exclus. Des cinquante-cinq détenus ayant terminé le programme d'une durée de plus de quatre mois, vingt ont écopé d'une nouvelle condamnation moins de deux ans après leur mise en liberté, dix-neuf ont disparu et seize n'avaient enregistré aucune récidive au moment de la collecte des données.

De Montmollin, M.-J. (1989). La prise en charge des délinquants mentalement anormaux dans le cadre du concordat sur l'exécution des peines et mesures entre les cantons romands (Suisse). *Revue internationale de criminologie et de police technique*, mars, 308-329.

LES PAYS SCANDINAVES

Il est bien connu que le taux d'incarcération dans les pays scandinaves est très faible comparativement à celui des pays occidentaux, surtout pour des infractions aussi graves que le vol qualifié et les voies de fait. Dans ces pays, la gestion des délinquants souffrant de maladie mentale revêt un caractère assez particulier.

Chaque monarchie possède son propre code pénal et sa propre voie judiciaire, mais utilise des méthodes semblables pour traiter les délinquants souffrant de troubles mentaux.

Les codes pénaux scandinaves ont un principe commun : les personnes jugées non responsables de leur comportement ne peuvent être punies pour ce comportement. Il n'existe cependant aucun consensus quant aux critères définissant la responsabilité criminelle et, par le fait même, quant à la classification dans la catégorie de l'aliénation mentale ou de la déficience mentale grave. Au Danemark et en Suède par exemple, la responsa-

bilité criminelle se fonde sur la capacité des délinquants à comprendre les conséquences de leur comportement tandis qu'en Norvège, cette capacité n'est pas reconnue comme critère. Ces délinquants peuvent effectivement échapper aux peines prévues mais, dans la plupart des cas, des sanctions spéciales sont appliquées.

Les délinquants souffrant de maladie mentale et jugés inaptes à purger leur peine peuvent être gardés dans des établissements de détention préventive qui font partie du système carcéral et qui sont administrés par le ministère de la Justice. En 1980, le système carcéral de Norvège comprenait 133 lits de détention préventive dont certains étaient parfois occupés par des détenus de la population carcérale générale. Par contre, la Suède et le Danemark n'offraient aucun lit de ce genre.

Au cours de cette même année, les unités psychiatriques du Danemark, de la Norvège et de la Suède ont accueilli respectivement 139, 22 et 65 délinquants souffrant de maladie mentale. Les délinquants souffrant de maladie mentale et jugés inaptes à purger leur peine pouvaient aussi être assignés à des établissements psychiatriques dirigés par les responsables de la santé et s'inscrivant dans le cadre des services psychiatriques habituellement dispensés au sein du système. Le système de soins psychiatriques prévoyait des unités psychiatriques spéciales à sécurité maximale d'une capacité respective de 25, 15 et 373 lits dans chacun de ces pays.

Comme le souligne le professeur Georg Hoyer, les délinquants souffrant de maladie mentale et jugés inaptes à purger leur peine sont habituellement maintenus en détention pour une période maximale préalablement fixée. Si les autorités le jugent nécessaire, cette ordonnance de détention peut être renouvelée indéfiniment. M. Hoyer fait cependant remarquer un inconvénient possible à cette méthode : les délinquants peuvent passer plus de temps en détention que s'ils étaient condamnés à une peine ordinaire

d'incarcération.

Un second groupe de délinquants souffrant de maladie mentale est composé de délinquants jugés aptes à purger leur peine. Ils sont pris en charge par les services de santé du pénitencier et placés sous la responsabilité des autorités de la prison. Selon Hoyer, ces délinquants doivent souvent cohabiter avec d'autres détenus qui s'objectent à leur présence et entrer en contact avec des employés qui ne sont pas qualifiés pour s'occuper de leurs problèmes les plus graves.

Dans les cas où ils ne sont pas placés avec les autres détenus, les délinquants souffrant de maladie mentale et déclarés aptes à purger leur peine peuvent être forcés par les tribunaux de suivre des programmes de traitement. Au Danemark et en Suède, les délinquants souffrant de maladie mentale suivront leur traitement au sein des services psychiatriques tandis qu'en Norvège ces traitements leur seront offerts en milieu carcéral.

Les délinquants qu'on oblige à suivre ces traitements souffrent souvent de troubles du comportement tels que des troubles psychopathiques et autres troubles semblables, de toxicomanie et de troubles mentaux légers. En Suède et au Danemark, le traitement obligatoire peut remplacer la peine ou lui être ajouté, comme c'est le cas en Norvège.

Dans les pays scandinaves, on se demande présentement si les délinquants souffrant de maladie mentale et jugés aptes à purger leur peine ne pourraient pas être acheminés vers les services de soins de santé mentale ordinaires étant donné qu'ils sont peu nombreux et que leur cas relève de la médecine. L'administration des tribunaux et des prisons répond que cela est impossible étant donné que les établissements psychiatriques publics ne peuvent garantir le degré de sécurité requis pour la garde et le traitement des délinquants souffrant de maladie mentale. Les codes pénaux de Scandinavie font présentement l'objet d'une révision au cours de laquelle le transfert de la gestion

des délinquants souffrant de maladie mentale retiendra l'attention.

D'après le professeur Hoyer, les pays scandinaves et occidentaux font face à des problèmes semblables en ce qui a trait à la gestion des délinquants atteints de maladie mentale.

Hoyer, G. (1988). Management of Mentally Ill Offenders in Scandinavia. *International Journal of Law and Psychiatry* 11, 317-327.

Si l'on en juge d'après ces articles, les soins de santé mentale offerts aux détenus souffrant de troubles mentaux revêtent autant d'importance dans les pays européens qu'au Canada. Il est intéressant de constater que la gestion des détenus atteints de troubles mentaux offre plusieurs similitudes. Comme plusieurs autres pays dont le Canada, la France a vécu la désinstitutionnalisation des hôpitaux psychiatriques au cours des années 1970. En 1977, l'État français a modifié ses services de santé partout au pays et au sein du système pénitentiaire et a choisi d'augmenter les ressources consacrées aux personnes atteintes de troubles mentaux, dont le nombre ne cessait de s'accroître et qui étaient récupérées par le système de justice pénale. En Suisse, les soins de santé mentale prodigués aux détenus souffrant de troubles mentaux ressemblent énormément à certains des programmes et approches thérapeutiques utilisés dans les centres psychiatriques régionaux du Service correctionnel du Canada.

Et finalement, la façon de répartir les détenus souffrant de troubles mentaux en deux catégories, ceux qui sont jugés responsables de leurs actes et ceux qui ne le sont pas, comme cela se fait en Scandinavie, ressemble, du moins à première vue, au processus canadien. Il est intéressant de constater que les Scandinaves révisent leur processus de gestion de cette clientèle avec l'intention d'en retirer la responsabilité au système pénitentiaire pour la confier plutôt aux services de santé réguliers. ■

Cette section de la revue présente un court résumé de divers séminaires, conférences ou colloques ayant eu lieu au Canada ou à l'étranger et auxquels ont participé des employés du Service correctionnel du Canada. Tout les membres du personnel doivent se concerter si nous entendons réellement partager idées, connaissances, valeurs et expériences, tant à l'échelle internationale que nationale. Nous vous demandons par conséquent de nous faire part de vos réflexions et commentaires lorsque vous participez à des manifestations d'importance à titre de représentants du Service correctionnel du Canada.

Du 1^{er} au 3 mars 1990
CONFÉRENCE SUR LE LEADERSHIP MÉDICAL DE L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE (AMC)
 Ottawa (Ontario)

La deuxième Conférence sur le leadership médical de l'Association médicale canadienne (AMC) avait pour thème « Allocation et prise de décision ». Des responsables de la santé (notamment le directeur général des Services de santé), des politiciens et des décideurs du Canada et des États-Unis se sont penchés sur les responsabilités du système de santé du Canada, sur les questions d'éthique et sur l'amélioration des pratiques de gestion.

On a encouragé les médecins à s'intéresser aux questions de politique générale et à faire preuve de leadership en matière de soins de santé au Canada en cette époque de compressions financières de plus en plus prononcées. On a rappelé aux participants que le système doit offrir : l'accès à une gamme de services abordables; davantage de services provenant de la communauté; de meilleurs services de promotion de la santé et de prévention; et l'accès à un milieu de travail valorisant.

Le livret de l'AMC intitulé Tests pour la détection du virus d'immunoséquence humaine — Guide de l'AMC pour l'orientation et la prise en charge des patients a été distribué lors de la conférence. Le personnel de santé et le personnel connexe du Service correctionnel du Canada en recevront un exemplaire. La troisième Conférence sur le leadership médical de l'A.M.C. aura lieu à Vancouver (Colombie-Britannique) en 1992.

Du 25 au 27 avril 1990
THE WELL PERFORMING GOVERNMENT ORGANIZATION « CELEBRATION AND SCRUTINY » INTERNATIONAL CONFERENCE
 Victoria (Colombie-Britannique)

La « *Celebration and Scrutiny* » International Conference était la première grande conférence internationale consacrée exclusivement à l'excellence du rendement des organes de l'État. Les conférenciers, spécialistes de renom de cette nouvelle discipline, ont commenté la quête de l'excellence en matière de gestion. Le Service correctionnel du Canada était représenté à cette manifestation par une importante délégation d'une vingtaine de participants.

Les ateliers ont porté sur l'amorce du processus, sur les entraves à l'excellence en administration gouvernementale et sur des questions décisives telles que la responsabilité, les syndicats, l'équité en matière d'emploi et les communications. On a aussi fait état des succès de la Société canadienne d'hypothèque et de logement, du Licensing Department de l'État de Washington, de la British Columbia Pavilion Corporation et des services à la clientèle de la ville de Montréal, qui ont su façonner des organisations de grande qualité.

Les recherches réalisées par Otto Brodrick pour le vérificateur général du Canada ont illustré la façon dont un organisme fédéral a su atteindre un niveau élevé de qualité. Les exemples tirés des systèmes fédéral, provincial, municipal, américains et australiens, ont tous souligné l'absolue nécessité de permettre aux employés et aux

clients de participer à toutes les dimensions du changement.

Pour John Amatt, membre de la première équipe canadienne à avoir conquis le Mont Everest, il faut, pour réussir en gestion, quitter les sentiers battus et tracer la voie des années 1990. Les organismes gouvernementaux doivent posséder une vision ainsi que le courage de prendre des risques et la volonté de persévérer, tout en faisant preuve d'esprit d'équipe.

Du 7 au 11 mai 1990
CONFÉRENCE DE LA ASSOCIATION OF PAROLING AUTHORITIES INTERNATIONAL (APAI)
 Toronto (Ontario)

En 1990, la conférence de la *Association of Paroling Authorities International* a accueilli des délégués des diverses régions du Canada et des États-Unis ainsi que des participants de France, de Suède, de Belgique et de Trinidad. Le Service correctionnel du Canada était représenté à la conférence par des participants provenant des cinq régions et de l'Administration centrale.

La conférence s'est déroulée sous le thème « Ouverture, responsabilité et professionnalisme ». L'ouverture, dans le cadre des libérations conditionnelles, a été définie comme le fait d'aviser les parties intéressées qu'une décision sera prise et de communiquer la décision finale, plutôt que de permettre à la presse et au public d'avoir accès à toutes les procédures. La responsabilité équivaut à faire connaître le nom des décideurs et à publier, à des fins d'examen, les renseignements qui fondent les décisions, plutôt que de rendre chaque décideur responsable d'une « mauvaise » décision. Le professionnalisme, c'est l'aptitude des décideurs à expliquer et à justifier leurs décisions, plutôt que de laisser les décisions à des professionnels, au sens strict du terme.

Il a été intéressant de constater la divergence des points de vue sur la libération conditionnelle entre les

divers États américains, des pays étrangers (particulièrement la Suède) et le Canada. Par exemple, le Canada et les États-Unis cherchent de plus en plus à évaluer le risque que pose le délinquant pour la collectivité tandis que la commission suédoise ne tient pas compte du risque, alléguant qu'il est extrêmement difficile à prédire.

Du 13 au 16 mai 1990
CONFÉRENCE DU WESTERN
JUDICIAL EDUCATION
CENTRE

Lac Louise (Alberta)

La conférence du Western Judicial Education Centre a accueilli des autochtones et des représentants des diverses composantes du système de justice pénale dans le but de déterminer les problèmes pratiques que pose l'administration de la justice aux peuples autochtones. M. Al Swaine et M^{me} Lynn Daniels, de la région des Prairies, ont représenté le Service correctionnel du Canada à cette conférence.

Deux grands thèmes se sont dégagés des séances : la culture autochtone est une culture distincte et pour se comprendre, il faut communiquer.

Monsieur Gerald Weiner, ministre d'État au Multiculturalisme et à la Citoyenneté, a signalé que la crise actuelle de l'administration de la justice chez les peuples autochtones est le fruit de décennies d'ambivalence et de négligence à leur égard. En tant que société, nous jugeons les peuples autochtones à travers le prisme de nos propres valeurs; par conséquent, nous avons systématiquement nié leurs valeurs tout en tentant de leur imposer les nôtres. La discrimination systémique consiste à traiter de manière identique des groupes différents. C'est d'ailleurs ce qu'a confirmé la Cour suprême du Canada en déclarant qu'un traitement *identique* n'équivaut pas à un traitement *égal*.

Un juge canadien a introduit une procédure innovatrice dans sa salle d'audience en vue de réduire le taux

d'incarcération des autochtones. Avec l'assentiment de l'accusé et lorsque le crime est mineur, le juge Fred Green convoque un conseil des aînés et reporte les audiences jusqu'à ce qu'un représentant du conseil puisse faire valoir son point de vue sur la détermination de la peine.

Le gouvernement de la Colombie-Britannique a innové en proposant que la consultation des autochtones fasse partie du système de justice pénale. Cette consultation signifiait que les groupes autochtones pouvaient convoquer les réunions avec l'équipe de consultation, établir l'ordre du jour et choisir le lieu de la rencontre. Le rapport final concluait que les mesures introduites en vue de régler le problème de l'administration de la justice à l'intention des autochtones doivent venir de la base, être axées sur la coopération et faire preuve de modération. Le gouvernement de la Colombie-Britannique s'est par la suite engagé à participer aux conseils de justice locaux et à la formation interculturelle, à mettre à jour ses programmes de formation des autochtones et à accroître les possibilités d'emploi des autochtones.

On a signalé qu'au Manitoba et dans le reste du Canada, 45 % des autochtones sont âgés de moins de 15 ans et 50 % de moins de 18 ans. Si on n'opère aucun changement d'envergure dans la façon dont la société et le système de justice pénale traitent les autochtones, une augmentation du nombre de personnes accusées et incarcérées est à prévoir. ■

Les auteurs se sont intéressés aux recommandations de traitement psychiatrique présentées par un organisme d'évaluation clinique qui offre des évaluations de personnes accusées d'infractions criminelles au Canada. L'analyse des rapports psychiatriques et des données quantitatives révèle l'importance décisive du traitement dans l'étude des questions médico-légales.

Menzies, R. & Webster, C. (1989). « Mental Disorder and Violent Crime » dans *Pathway to Criminal Violence*. Neil Weiner et Marvin Wolfgang, Californie : Sage Publications Inc.

Explore la relation entre les troubles mentaux et les crimes violents dans le cadre des tendances actuelles de la théorie et de la pratique de la criminologie; s'intéresse aussi à l'incorporation de ces tendances aux idéologies, aux normes et aux mandats qui régissent les activités des pouvoirs judiciaire et clinique.

Pelissier, B. (1988). « Mental Health Research in the Federal Bureau of Prisons: Current Trends and Future Developments », *Psychiatric Annals* 18, n° 12, 702-705.

Donne un aperçu de la façon dont les professionnels de la santé mentale ont participé aux recherches réalisées par le Federal Bureau of Prison des États-Unis. Présente aussi l'orientation générale et l'importance de la recherche sur la santé mentale pour les services correctionnels et les services de santé mentale.

Prandoni, J., James, L., Kapit, R. et Ridley, B. (1985). « The Use of an Interagency Team Approach and Mental Health Referral Criteria to Improve the Effectiveness of Pre-Parole Mental Health Evaluation », *Journal of Offender Counselling, Services and Rehabilitation* 9, n° 4, 5-19.

Élaboration d'un programme

d'évaluation préalable à la libération conditionnelle qui comprend le recours à des équipes multidisciplinaires polyvalentes utilisant des critères de renvoi fondés sur des considérations de santé mentale.

Rice, M. et Harris, G. (1989). « Predictors of Insanity Acquittal », *Penetanguishene Mental Health Centre Research Report* 6, n° 2, 3-16.

On a comparé un échantillon de personnes acquittées pour des motifs d'aliénation mentale à un échantillon aléatoire de personnes accusées de crimes qui ont été renvoyées pour une évaluation psychiatrique préliminaire et trouvées saines d'esprit. Le verdict variait selon la gravité de l'infraction et selon que le sujet satisfaisait ou non aux critères du diagnostic de psychose.

Rogers, R. et Webster, C. (1989). « Assessing Treatability in Mentally Disordered Offenders », *Law and Human Behaviour* 13, n° 1, 19-27.

Prône une révision radicale du concept de « traitabilité » au sein du système de justice pénale : il s'agit d'une tâche complexe qui met à l'épreuve les limites mêmes de la compétence clinique.

Roman, D. et Gerbing, D. (1989). « The Mentally Disordered Criminal Offender: A Description Based on Demographic, Clinical and MMPI Data », *Journal of Clinical Psychology* 45, n° 6, 983-989.

Une analyse qui laisse entendre que les facteurs tels que la sociopathie, la toxicomanie, la psychose paranoïaque et les antécédents criminels distinguent les détenus des hôpitaux psychiatriques des débilés légers.

Scannel, T. (1989). « Community Care and the Difficult and Offender Patient », *British Journal of Psychiatry* 154, 615-619.

Propose que l'on ait recours aux malades difficiles et aux détenus

des établissements psychiatriques pour contrôler l'efficacité de la désinstitutionalisation et des soins communautaires en général.

Shively, D., Marra, H., et Minaker, J. (1989). « Community Mental Health and Prisons: A Model for Constitutionally Adequate Care in Correctional Mental Health », *Journal of Criminal Justice* 17, 501-506.

Examen d'une expérience tentée par le ministère des Services correctionnels de l'État de Washington qui a adapté le système de soins psychiatriques aux exigences de la constitution.

Smith, L. (1988). « Comparing the Characteristics of Prison Inmates Who Require Psychiatric Hospitalization with the General Prison Population », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 32, n° 2, 123-133.

La recherche décrit 472 patients hospitalisés durant un an au Central New York Psychiatric Centre, qui est le seul établissement hospitalier pour les 40 000 détenus de l'État de New York ayant besoin de soins psychiatriques hospitaliers actifs. Les caractéristiques des patients sont mises en parallèle avec celles de l'ensemble de la population carcérale de l'État. Parmi les caractéristiques démographiques et pénales examinées, mentionnons l'âge, le sexe, la race, l'état matrimonial, la religion, la scolarité, etc.

Steadman, H., Rosenstein, M., MacAskill, L. et Mandercheid, R. (1988). « A Profile of Mentally Disordered Offenders Admitted to In-patient Psychiatric Services in the United States », *Law and Human Behavior* 12, n° 1, 91-99.

Présente des données sur les délinquants souffrant de troubles mentaux traités par les services psychiatriques hospitaliers aux États-Unis. Les données sont tirées des relevés sur les admis-

sions de 1980 réalisés par la Survey and Reports Branch du National Institute of Mental Health.

Swetz, A., Brewer, F., Salive, M. et Stough, T. (1989). « The Prevalence of Mental Illness in a State Correctional Institution for Men », *Journal of Prison and Jail Health* 8, n° 1, 2-15.

Les données révèlent qu'un nombre considérable d'hommes souffrant de troubles psychiatriques sont incarcérés dans le système correctionnel du Maryland.

Teplin, L. et Swartz, J. (1989). « Screening for Severe Mental Disorders in Jails », *Law and Human Behaviour* 13, n° 1, 2-18.

Présente l'élaboration de la *Referral Decision Scale* (RDS) qui permet de repérer les personnes présentant des risques élevés de troubles mentaux graves afin de les soumettre à une évaluation diagnostique complète.

Verdun-Jones, S. (1989). « Sentencing the Partly Mad and the Partly Bad: The Case of the Hospital Order in England and Wales », *International Journal of Law and Psychiatry* 12, 1-27.

Examine l'approche adoptée en Angleterre et au pays de Galles, où les tribunaux peuvent exiger l'hospitalisation : une personne souffrant de troubles mentaux qui a été condamnée peut être envoyée directement à un hôpital plutôt qu'en prison.

Wasyliw, O., Cavanaugh, J. et Grossman, L. (1988). « Clinical Considerations in the Community Treatment of Mentally Disordered Offenders », *International Journal of Law and Psychiatry* 13, 371-380.

Décrit les considérations cliniques dans les principaux traitements psychologiques et pharmacologiques appliqués aux délinquants souffrant de troubles

mentaux. Les objectifs, les ressources et les obstacles du milieu y sont passés en revue. ■

Voici une bibliographie annotée sur les soins de santé mentale offerts aux détenus. Nous espérons que cette bibliographie permettra aux intéressés d'approfondir ce domaine. Tous les documents cités ont été publiés depuis 1988.

Toute personne intéressée à recevoir des exemplaires des articles mentionnés ci-dessous peut communiquer avec la Direction de la recherche au (613) 995-3340 ou écrire au 340, avenue Laurier ouest, Ottawa (Ontario), Canada K1A 0P9.

Ashford, J. (1989). « Offence Comparison Between Mentally Disordered and Non-mentally Disordered Inmates », *Canadian Journal of Criminology/Revue canadienne de criminologie* 31, n° 1, 35-47.

Une comparaison des délits ainsi que des antécédents de violence et de crime des patients souffrant ou non de troubles mentaux dans une prison de comté de l'État d'Arizona, qui révèle que les détenus souffrant de troubles mentaux sont plus susceptibles d'avoir des antécédents de violence que le détenu moyen.

Blankstein, H. (1988). « Organizational Approaches to Improving Institutional Estimations of Dangerousness in Forensic Psychiatric Hospitals: a Dutch Perspective », *International Journal of Law and Psychiatry* 11, 341-345.

Cet article met l'accent sur certaines caractéristiques organisationnelles du milieu de traitement hollandais qui sont essentielles à un traitement efficace et à une meilleure prédiction du comportement dangereux chez les patients souffrant de maladie mentale.

Brownstone, D. et Swaminath, R. (1989). « Violent Behaviour and Psychiatric Diagnosis in Female Offenders », *Canadian Journal of Psychiatry/Revue canadienne de psychiatrie* 34, n° 3, 190-194.

Cet article présente des constatations sur les rapports entre les crimes violents et des diagnostics psychiatriques particuliers. L'âge, lors de l'admission, est mis en parallèle avec le type de crime commis et le diagnostic

psychiatrique.

Coleman, C. (1988). « The Clinical Effectiveness of Correctional Staff in Prison Health Units », *Psychiatric Annals* 18, n° 12, 684-687, 691.

Cet article laisse entendre que, bien qu'il semble naturel de faire appel au personnel correctionnel comme para-professionnels des soins cliniques dans les unités de santé d'une prison, l'efficacité de l'intervention clinique est souvent restreinte en raison de ce qui est perçu comme un conflit d'objectifs et de rôles entre le personnel des services correctionnels et le personnel clinique, et d'un appui insuffisant à la formation clinique du personnel des services correctionnels.

Cox, J., McCarty, D., Landsberg, G. et Paravati, P. (1988). « A Model for Crisis Intervention Services Within Local Jails », *International Journal of Law and Psychiatry (Special Issue : Forensic Administration)* 11, n° 4, 391-407.

Une description d'une approche fondée sur la concertation des divers organismes pour identifier et gérer les détenus suicidaires et souffrant de graves troubles mentaux au sein des prisons locales de l'État de New York. L'auteur traite de la population cible et des objectifs du programme; des objectifs des clients, du personnel et du système; et de l'administration et des services.

Craig, T., McCoy, E. et Stober, W. (1988). « Mental Health Programs in Three County Jails », *Journal of Prison and Jail Health* 7, n° 1, 15-26.

Les programmes de santé mentale

offerts par trois prisons de comté du nord du New Jersey ont eu des effets positifs dans divers domaines : les détenus sont accueillis et traités rapidement, les crises de psychose sont traitées, moins de détenus sont renvoyés à des hôpitaux locaux à des fins d'évaluation, le climat est plus calme, la gestion de la prison est plus facile.

Daniel, A., Robins, A., Reid, J. et Wifley, D. (1988). « Lifetime and Six-Month Prevalence of Psychiatric Disorders among Sentenced Female Offenders », *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 16, n° 4, 333-342.

En se servant du *Diagnostic Interview Schedule* (DIS version III), l'étude a permis de déterminer la prévalence, sur six mois et sur toute une vie, de troubles psychiatriques chez 100 détenues emprisonnées à plusieurs reprises. L'étude a constaté chez ces personnes une plus forte prévalence de schizophrénie, de dépressions graves, de toxicomanie, de dysfonctions psychosexuelles et de troubles de la personnalité à caractère antisocial que dans l'ensemble de la population.

Freeman, R. et Roesh, R. (1989). « Mental Disorder and the Criminal Justice System: A Review », *International Journal of Law and Psychiatry* 12, 105-115.

Les auteurs laissent entendre que les problèmes des détenus malades mentaux tiennent en partie au fait qu'ils sont au confluent des systèmes psychiatrique et de justice; les deux systèmes ne donnent pas le même sens à l'expression « maladie mentale ». Cette population a fait l'objet de peu d'études et les frais de ces différences sémantiques.

Germain, D. (1988). « La femme psychiatisée en milieu carcéral », *Criminologie* 21, n° 2, 97-102.

Infirmière à La Maison Tanguay, un centre de détention pour femmes à Montréal, l'auteure décrit la clientèle du service psychiatrique, les activités et les services offerts, ainsi que sa propre expérience de travail avec les patientes détenues.

Greene, R. (1988). « A Comprehensive Mental Health Care System for Prison Inmates: Retrospective Look at New York's Ten Year Experience », *International Journal of Law and Psychiatry* 11, 381-389.

Décrit comment l'État de New York a retiré la responsabilité des services psychiatriques en milieu carcéral au secteur correctionnel pour la confier à un organisme de soins psychiatriques au moment même où le système carcéral connaissait une croissance rapide et parfois déroutante.

Harris, G. et Rice, M. (1988). « An Empirical Approach to Classification and Treatment for Psychiatric In-patients », *Penetanguishene Mental Health Centre Research Report* 5, n° 5, 1-28.

L'étude portait sur la fréquence de 72 problèmes chez les patients d'un hôpital psychiatrique régional, soit au sein de la collectivité avant leur admission, soit au sein de l'établissement. On a utilisé des analyses factorielles et de grappes pour déterminer les sous-groupes de patients significatifs au plan clinique.

Harris, G., Rice, M. et Cormier, C. (1989). « Violent Recidivism Among Psychopaths and Nonpsychopaths Treated in a Therapeutic Community », *Penetanguishene Mental Health Centre Research Report* 6, n° 1, 1-35.

Compare la récidive avec violence chez 176 délinquants mâles psychopathes et non psychopathes. Après 2 ans au sein d'une communauté thérapeutique, les données révèlent que 40 % des psychopathes (qui composaient

77 % de l'échantillon) avaient récidivé après leur mise en liberté.

Hart, S., Kropp, P. et Hare, R. (1988). « Performance of Male Psychopaths Following Conditional Release from Prison », *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56, n° 2, 227-232.

On a administré l'échelle de psychopathie de Hare (PCL) à 231 criminels blancs avant leur mise en liberté conditionnelle ou surveillée. La PCL a aidé considérablement à améliorer les prédictions par rapport à celles des autres variables explicatives.

Hilkey, J. (1988). « A Theoretical Model for Assessment of Delivery of Mental Health Services in the Correctional Facility », *Psychiatric Annals* 18, n° 12, 676-679.

L'auteur soutient que pour desservir une population carcérale de façon efficace, les travailleurs de la santé mentale doivent faire appel à un cadre conceptuel qui leur permet de définir leur rôle, le système dans lequel ils évoluent et la population qu'il desservent. Il prétend que la théorie de la motivation humaine d'A. Maslow (1970) est applicable au milieu carcéral.

Hodgins, S. (1988). « The Organization of Forensic Services in Canada », *International Journal of Law and Psychiatry* 11, 329-339.

L'article décrit l'organisation et le financement, au Canada, des services de santé mentale à l'intention des personnes accusées d'un crime ou condamnées. Il comprend une description des services de santé mentale à l'intention des personnes trouvées inaptes à subir un procès et des personnes jugées non coupables pour motif d'aliénation mentale.

Hodgins, S. et Côté, G. (1990). « Prévalence des troubles mentaux

chez les détenus des pénitenciers du Québec. » *Santé mentale au Canada*, mars, 1-4.

Grâce à des entrevues réalisées au moyen du *Diagnostic Interview Schedule III-A* (DIS III-A) auprès de 650 détenus, on a constaté que 25 % souffraient de graves troubles mentaux et que 50 % présentaient des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie. Seuls 4,7 % des détenus ne souffraient d'aucun des troubles évalués par le DIS.

Klassen, D. et O'Connor, W. (1988). « Crime, In-patient Admissions, and Violence Among Male Mental Patients », *International Journal of Law and Psychiatry* 11, 305-312.

Examine les rapports entre l'hospitalisation, l'arrestation et la violence chez un échantillon de patients adultes mâles admis parce qu'ils posent un risque de comportement violent.

Leroux, J. et Larivée, G. (1988). « Le rôle de l'agent de probation avec une clientèle à incidence psychiatrique », *Criminologie* 21, n° 2, 84-89. Examine le rôle de l'agent de probation dans l'évaluation pré-sentencielle et l'intervention post-sentencielle à l'égard des délinquants et des renvois aux ressources communautaires.

McMain, S. et Webster, C. (1989). « The Post-Assessment Careers of Mentally Disordered Offenders », *International Journal of Law and Psychiatry* 12, 189-201.

Tentative préliminaire de suivre le cheminement en établissement des détenus souffrant de troubles mentaux sur une période relativement longue.

Menzies, R. & Webster, C. (1988). « Fixing Forensic Patients: Psychiatric Recommendations for Treatment in Pretrial Settings », *Behavioral Science & the Law* 6, n° 4, 453-478.

NATO Advanced Study Institute on Crime and Mental Disorder

**Toscane (Italie)
du 25 août au 4 septembre 1991**

L'Institut des études supérieures réunira des chercheurs de file provenant du monde entier dans le but de discuter de leurs découvertes récentes dans le domaine des désordres mentaux et de leur diversité, en particulier les désordres majeurs et le crime. Des questions conceptuelles, de design expérimental et de psychométrie seront étudiées. Sarnoff Mednick, John Monahan, Gerry Patterson, Lee Robins, Daisy Schalling, Fini Schulsinger, Saleem Shah, Hank Steadman, Linda Teplin et C.D. Webster sont au nombre des conférenciers.

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec

M. S. Hodgins, Ph.D.
Centre de recherche Philippe-Pinel
10 905, boul. Henri-Bourassa est
Montréal (Québec)
H1C 1H1

