



Canadian Psychiatric Association
Dedicated to quality care
Association des psychiatres du Canada
Dévouée aux soins de qualité



Presented to:

Standing Senate Committee on Human Rights
Room 9, Victoria Building
140 Wellington Street (corner O'Connor)
Ottawa

Nov. 1, 2017
12:30 – 1:30 p.m.

Presented by:

Brad Booth, MD, FRCPC, DABPN (Forensic Psychiatry)
Forensic Psychiatrist
Vice-President, Canadian Academy of Psychiatry and the Law
Member, Canadian Psychiatric Association
Chair, Forensic Psychiatry Subspecialty Committee, Royal College of Physicians and Surgeons of
Canada

701 – 141 Laurier Avenue West
Ottawa ON K1P 5J3
(613) 234-2815

Thank you, Mr. Chairman, and good afternoon.

My name is Dr. Brad Booth, and I am a forensic psychiatrist. I am pleased to be here today on behalf of two organizations. The first is the Canadian Psychiatric Association, which is the voluntary professional association for Canada's 4,600 psychiatrists and 900 psychiatric residents. The second is the Canadian Academy of Psychiatry and the Law, which represents Canada's forensic psychiatrists. Forensic psychiatrists have special training and expertise in the assessment and treatment individuals with mental illness with concurrent legal issues. This obviously includes individuals who are in the courts and correctional system.

As the panel has likely heard from Dr. Zinger and others, people with mental illness are overrepresented in the criminal justice system, in both the provincial and the federal system. The deinstitutionalization movement of the 1950s and 1960s with reductions in psychiatric beds and more strict civil commitment criteria emptied our chronic care facilities. Unfortunately this was without a corresponding growth of community supports. In addition, involuntary treatment of incapable individuals also became more difficult.

We now know that the result for many was not deinstitutionalization, but transinstitutionalization where individuals migrated into jails and prisons. This includes those with depression, anxiety disorders, bipolar illness, psychotic disorders and substance use disorders. As Dr. Fedoroff will also attest, many individuals with intellectual disabilities and autistic spectrum disorders are also criminalized. We are now seeing increasing rates of dementing individuals in our systems. As you have also likely heard, we also see that Indigenous populations are disproportionately overrepresented, many of whom have complex trauma issues and substance use disorders.

Jails and prisons were not made to treat mental illness. They are not optimal places to provide mental health services for an already disadvantaged and stigmatized population. Within prisons, mentally-ill inmates are often victimized and terrorized. This is particularly so for those with gender identity issues and those who identify as lesbian, gay, bisexual or transgender. Correctional staff struggle to deal with people who, even when in a hospital setting, would be challenging to treat. That said, we are in an unfortunate state where individuals may only have opportunity to get treatment by entering the criminal justice system.

We see multiple points of potential opportunity for improvement in this system. The first is in entry to the criminal justice system. Mentally-ill individuals struggle in navigating the courts. While there are attempts to divert some individuals, there are few supports to assist this marginalized population. A minority of individuals tap into forensic psychiatry services as most do not qualify for a defence of Not Criminally Responsible on account of mental disorder or are not unfit to stand trial. We worry that mandatory minimum sentences and Truth in Sentencing initiatives do not allow significant mental health issues to be taken into account.

The second point for improvement is within the correctional system. Recognizing the overrepresentation of mentally-ill persons in corrections, there are inadequate services, support and treatment available for them. Nationally there is a shortage of general psychiatrists, forensic psychiatrists and other multidisciplinary workers. Qualified individuals are often reticent to work with these populations given the double stigma of mental illness and criminality. Currently, most mental health services have a correctional focus rather than treatment focus.

The lack of appropriate services and supports in prisons for mentally-ill persons results in unacceptable rates of seclusion and lack of appropriate treatment. There are few places within the correctional system where incapable mental health patients can be treated involuntarily. It is difficult to have these individuals treated outside of the facility due to stigma.

Inmates of Indigenous descent are significantly overrepresented in jails and prisons, as are female offenders, many of whom have psychiatric diagnoses and a history of hospitalizations. Jails have inadequate supports for aging inmates, who have dementia or physical health issues. Those with cognitive impairments often become permanent forensic patients as there is often no hope that they will become fit to stand trial.

The final point of potential improvement is on discharge from facilities. Mentally-ill and elderly offenders face further barriers on release, including a lack of supports to facilitate community integration, as well as a criminal record. A criminal record often becomes a complete barrier to gainful employment, despite the fact that employment and life stability have consistently been shown to reduce recidivism in all offender populations. A criminal record also affects elderly offenders in that many are consequently barred from placement in old-age or nursing homes that exclude those with a history of criminality, physical violence or sexual offending.

The CPA and CAPL recommend that:

- The federal government strike a commission to review the effects of deinstitutionalization and hold provincial governments accountable for appropriate resources in hospitals and the community.
- Governments reconsider separate funding streams for people with serious mental illness to ensure there are sufficient beds and resources available for people with mental illness for as long as they need them,
- As psychiatric resources move to public general hospitals and to the community, close accounting is needed to ensure that funds are not diverted away from services for people with serious mental illness and directed to other patient populations.
- Resources and services are put into place to provide appropriate and sufficient nonforensic, noncorrectional mental health treatment to prevent the criminalization of people with serious mental illness.
- Research gets conducted into the predictors of people with serious mental illness becoming involved in the criminal justice system and the mechanisms to prevent criminal justice involvement, including how to manage the effectiveness of those mechanisms.
- Government reviews the impact of new crime legislation on people with mental illness so they are not unfairly affected.
- Provincial and federal correctional services consider developing psychiatric treatment units with oversight by health care providers within their systems to allow for active treatment of mental illness during sentences.
- All inmates should be screened at admission for mental health issues and a treatment plan instituted.
- Correctional officers and correctional mental health staff should receive enhanced training to manage psychiatric illness in correctional settings.
- Segregation of psychiatric patients at risk of self-harm should be reviewed closely and at regular intervals with the involvement of psychiatric services.
- Government should explore funding options to encourage mental health professionals, including forensic psychiatrists, to serve this stigmatized population within institutions and on release.
- Government should take steps to remove employment barriers for offenders.

Thank you for the opportunity to appear before the committee. I'd be happy to answer any questions.



Canadian Psychiatric Association
Dedicated to quality care
Association des psychiatres du Canada
Dévouée aux soins de qualité

CAPL
Canadian Academy of
Psychiatry and the Law



ACPD
Académie canadienne
de psychiatrie et droit

Appendices for Presentation to:

Standing Senate Committee on Human Rights
Room 9, Victoria Building
140 Wellington Street (corner O'Connor)
Ottawa

Nov. 1, 2017
12:30 – 1:30 p.m.



The Criminalization of People With Mental Illness

Gary Chaimowitz, MB, ChB, FRCPC¹

A position paper developed by the Canadian Psychiatric Association's Standing Committee on Professional Standards and Practice and approved by the CPA's Board of Directors on December 5, 2011.

Introduction

Mental illness, no matter how defined, has been with us for at least as long as recorded history. Over the centuries, there have been trends in the way mental illness is viewed and treated by society. No matter the language used, society has attached stigma and applied discrimination, with differing intensity and effect. There have, however, been people who have embodied altruism and care. In 1841, Dorothea Dix was sufficiently moved by the plight of prisoners with mental illness held under inhumane conditions to lobby for psychiatric hospitals. Within forty years of her efforts, U.S. jails went from containing large numbers of poorly treated prisoners with mental illness to the point where they constituted only 0.7 per cent of inmates.¹ Further and ongoing efforts to provide humane and enlightened treatment for people with mental illness resulted in the construction of a large number of state and provincial psychiatric hospitals across North America. These hospitals were often on large grounds, with a pastoral setting, often with working farms, all with the intent of creating asylum for those troubled by mental illness.

Similarly at about the same time in Canada, a Royal Commission in New Brunswick was struck in 1836 to plan the first asylum. The Commission indicated that people with mental illness should have a premises that would

afford diversion and interest, excite conversation, and give constant proofs that they are in a world of hope, and among beings who are engaged in the every day affairs of life. The grounds should be ornamented, and everything about the establishment should give evidence of care and comfort.²

The moral treatment movement, which had begun with Philippe Pinel and later embodied by William Tuke, the York Asylum and the Quakers, gathered momentum and saw an increasing number of psychiatric hospitals built all over North America. As time went on, those asylums became overcrowded and institutional. Rather than places of sanctuary and treatment, some became places to warehouse people with mental illness. Nonetheless, because of various selfless and public-minded people, religious organizations and associations, caring and compassion coexisted with overcrowding and abuse.³

Coinciding with the discovery and use of psychotropic medications, in the 1950s and 1960s, patients began to be released from psychiatric hospitals, with the intention of treating them in the community. That wave, which commenced in the middle of the last century, continued to gather force to the point where psychiatric hospitals rapidly emptied and, in some cases, closed. However, there were also funding reasons that propelled the state

¹ Head of Service, Forensic Psychiatry, St Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario; Associate Professor, Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences, McMaster University, Hamilton, Ontario.

© Copyright 2012, Canadian Psychiatric Association. This document may not be reproduced without written permission of the CPA. Members' comments are welcome. Please address all comments and feedback to: President, Canadian Psychiatric Association, 141 Laurier Avenue West, Suite 701, Ottawa, ON K1P 5J3; Tel: 613-234-2815; Fax: 613-234-9857; e-mail: president@cpa-apc.org. Reference 2012-52.

Note: It is the policy of the Canadian Psychiatric Association to review each position paper, policy statement, and clinical practice guideline every five years after publication or last review. Any such document that has been published more than five years ago and does not explicitly state it has been reviewed and retained as an official document of the CPA, either with revisions or as originally published, should be considered as a historical reference document only.

hospitals to discharge patients into the community, where other government agencies would cover the cost of housing and support.

Deinstitutionalization of people with mental illness was initially seen as a liberal and enlightened movement. The idea that people with mental illness would be able to live happily in the community, with an array of services and supports, drove and justified this movement. In addition, psychotropic medications, despite their not infrequent side effects, did make a significant difference in ameliorating and relieving symptoms of psychosis, and later those of mood disorders, allowing previously nonfunctional people an opportunity to enter the community and function outside hospitals.

Unfortunately, and for various reasons, the intended comprehensive community support systems that were meant to be in place either did not materialize, materialized and then evaporated, or were just insufficient to manage the flood of patients with mental illness now living in the community, and later on the streets.⁴ Unfortunately, too, along with the reduction in psychiatric beds in Canada and the United States (and much of the industrialized world), an increase began in the number of people with mental illness within the also enlarging criminal justice system.⁵

The information about the increasing numbers of people with mental illness in the criminal justice system was slow to come to light, manifesting in the 1970s. The increase of people with mental illness within the criminal justice system appeared to correspond with the reduction in psychiatric beds,⁶ and the notion that people with mental illness were becoming criminalized became better publicized.⁷ Along with the increasing number of people with mental illness in jails and prisons came the myriad of associated problems, such as victimization of incarcerated people with mental illness and difficulty getting timely psychiatric care.

This paper addresses the trend of deinstitutionalization, transinstitutionalization and the consequent criminalization of people with mental illness.

Background

There are many indicators of the increasing criminalization of people with mental illness, especially evident in data coming out of the United States. Canada has, to a large extent, followed suit, with the potential for further negative consequences in years to come. It was probably a decade or two after the psychiatric hospitals commenced closing, and as deinstitutionalization gathered steam, that the increased numbers of people with mental illness began to be noticed in jails and prisons. Thus it was likely in 1970 that the first reports of increasing numbers of people with mental illness in jails and prisons started to emerge. An example of this trend

comes from a report that after Agnews State Hospital in Santa Clara County closed in the early 1970s, the local county jail's population of people with mental illness increased by 300 per cent.⁸ However, not only were the number of people with mental illness increasing in the correctional system, but also the number of people incarcerated in general rose.

In 1955, there were 559,000 state hospital beds for a population of 164 million people. By 1994, there were only 72,000 state hospital beds for a population of 250 million people. The beds per 100,000 people had dropped dramatically from 339 to 29. Contemporaneously, the number of people in jails and prisons also rose significantly.⁹ The other side of the same phenomenon was the increasing number of prisoners associated with the reduction in psychiatric hospitals. Between 1980 and 1995, the total number of people incarcerated in the United States rose from 501,836 to 1,587,791, a 216 per cent increase—the population at that time increased by only 16 per cent.^{1,6}

There have been several studies looking at who constituted the increasing correctional population.¹⁰ The well-known Epidemiologic Catchment Area Survey showed a prevalence rate of schizophrenia and the major affective disorders at three to six times greater in the prison population than in the community at large. Interestingly, bipolar disorder was six times greater among prisoners than in the community.¹¹ There have also been various studies looking at the prevalence of mental illness within the United States criminal justice system. Steadman et al¹² found that eight per cent of New York state prisoners had major mental illnesses. In 1999, the U.S. Department of Justice indicated that 16 per cent of all inmates in state and federal jails and prisons had schizophrenia, bipolar disorder, major depression or other severe mental illnesses. This study estimated that, on any given day, there were 283,000 people with severe mental illness incarcerated in federal and state jails and prisons. Contrasting that, at the same time there were only 70,000 people with severe mental illness in public psychiatric hospitals, and 30 per cent of those were forensic patients.¹³

Other data would suggest that, in June 2004, there were 2.1 million inmates in the United States in prisons and jails. Estimates for people with severe mental illness ranged from 10 per cent to 19 per cent in jails, 18 per cent to 27 per cent in state prisons and 16 per cent to 21 per cent in federal prisons. Using the lowest estimates, there were 71,399 people with severe mental illness in jails; 223,386 in state prisons; and 27,099 in federal prisons, for a grand total of 321,884.¹⁴

The estimate in the National Commission on Correctional Healthcare Report to Congress in 2002 suggested 15 per cent to 24 per cent of U.S. inmates have severe mental illnesses. Another report states that one-half of the

inmates, with an estimated population of over one million, each have one mental health condition.¹⁵ An oft-quoted statistic is that the largest mental institution in the United States is actually the Los Angeles County Jail. In fact, the Twin Towers Correctional Facility, which treats people with mental illness in Los Angeles County Jail, has a daily census of 5,000. In 2001, research showed that in the L.A. County Jail itself, 28 per cent of men and 31 per cent of women had symptoms of a major mental illness.

Canada has also been affected by similar trends.¹⁶ We know that, in 1959, there were 65,000 beds in mental hospitals across Canada, and by 1976 the bed count had dropped to 15,000 in provincial hospitals and 6,000 in general psychiatric units. In 2002, the Health Systems Residential Research Unit at the Centre for Addiction and Mental Health looked at in- and outpatients in Toronto and Peel. They also sampled Toronto court-supported clients and found that 47 per cent needed at least weekly follow-up but only two per cent received it. In Canada, as the psychiatric hospital beds decreased, the jails and prisons increased capacity. For example, in British Columbia, in 2011, there were 1,692 cells housing 2,655 inmates.

Canada has other issues with its correctional systems. For instance, we do know that one-third of federal female inmates and one-fifth of male federal inmates are of Aboriginal descent—a significant overrepresentation of this population group. In addition, it is expensive to manage prisoners. It costs over \$100,000 per year to house and support a male federal inmate and over \$180,000 per year to manage and support a female inmate. Compare that to one-eighth of that cost for parolees in the community.¹⁷

New legislation in Canada is likely to result in increased number of inmates—in all probability with significant numbers of people with mental illness in that group. Various sentencing changes, including the Canadian Truth in Sentencing Act in February 2010, will lead to longer sentences and fewer parolees. There appears to be a greater emphasis on punishment, with curtailed parole and limited visitation. Incarcerated people with mental illness are likely to be disproportionately negatively affected by these changes.

Canada has about 14,000 inmates in the federal correctional system and 87,000 on parole in the community. Among the 500 female inmates, 30 per cent have been hospitalized for some psychiatric reason—compared with 14.5 per cent of men—and 25 per cent have psychiatric diagnoses. Among those inmates housed in maximum-security settings, up to one-third are in segregation at any one time, and many people with mental illness reside there. The daily segregation count in the federal correctional system is 900, with an average of 95 days in segregation; 177 of that 900 have segregation periods of over 110 days.¹⁷

Correctional systems are not benign. Suicide rates for incarcerated people are elevated at 84 per 100,000 in the correctional system, compared with 11.3 in the community; homicide, for those incarcerated, is 28 per 100,000, compared with 1.8 in the community.¹⁷

Discussion

It has become increasingly apparent that people with mental illness are represented in disproportionate numbers within the jails and prisons of our country. In this regard, numerous factors have been described as being contributory. These include deinstitutionalization (or, as others would describe it, dehospitalization). There have been numerous theories during the years suggesting that fewer hospital beds will result in more people with mental illness being arrested and incarcerated. One of the better known theories is that of Penrose, who, in 1939, suggested that a relatively stable number of people are confined in any industrial society. He looked at prison and mental hospital census data from 18 European countries and found an inverse relation between prison and mental hospital populations. His theory was that if either of these forms of restriction were reduced, the other would increase. Thus as hospitals beds increase, prison beds will decrease; as hospital beds decrease, prison beds increase, and people with mental illness will move from one institution to another.¹⁸ His theory appears to be holding true in Canada and the United States.

The promise of deinstitutionalization included a shifting of resources from the hospital sector to the community. Language, theory and enthusiasm for this again heralded an enlightened and progressive approach to mental illness. Psychiatrists, especially those working in institutions, were among the few voices suggesting some caution; however, they were muted as the initiative gathered steam. Various levels of government saw this not only as progressive health care but also for the associated cost savings and union busting as desirable consequences of this initiative. The voices of psychiatrists calling for caution were initially muted and then maligned. As this movement progressed, patients became clients and consumer-survivors (of the psychiatric treatment, not the illness), and the hospital sector in psychiatry went on the defensive. For various economic and social reasons, the money from the hospital sector either did not make its way to the community or, if it did, did so in small amounts and for brief periods of time. Over the years it became apparent that the services for people with mental illness in the community were woefully inadequate. The asylum now became a small, poorly policed and poorly resourced group, or boarding homes in the community where the profit motive often reduced services. Patients were, in essence, out on the street—and now running afoul of the criminal justice system with increasing frequency.

Coinciding with the closure of hospital beds without adequate community resources was a honing of civil commitment criteria.¹⁹ It became much more difficult for physicians to detain people with mental illness in hospitals when unwell, and also difficult to maintain them in hospitals. An increasingly sophisticated legal bar, and a series of laws designed to safeguard the rights of people with mental illness, had the unintended consequence of shorter lengths of stay and brief periods of treatment, often terminating when civil commitment risk issues subsided but before independent function and true insight returned. This resulted in the so-called revolving-door phenomenon, well known to families of people with serious mental illness.

Additionally, as hospitals became increasingly managed, and as length of stay became an important metric for reducing costs, pressure on the hospitals, and on the physicians and staff, to reduce the length of stay of patients contributed to briefer hospitalization in public general hospitals. In addition, some provincial fee codes discouraged longer hospital stays and signalled to new medical graduates that psychiatry and the treatment of people with mental illness was valued less than other medical or surgical specialities.

On a more positive note, Section XX.1 of the Criminal Code of Canada underpins society's view that people with mental illness who come into conflict with the criminal justice system need to be treated in a humane fashion.²⁰ The Criminal Code allows for those who, when mentally ill, commit an offence such that they are found not criminally responsible (NCR) by virtue of that mental disorder if that disorder caused them not to appreciate the nature and quality of their act or omission, or to know that it was wrong from a legal or moral perspective. The Criminal Code was changed in 1992. Until the 1992 Criminal Code changes took effect, defendants successfully raising this defence were confined automatically in an institution for an indeterminate period. In *R. v. Swain*,²¹ the Supreme Court of Canada held that this practice was unconstitutional.

The range of offences for which an NCR defence may be raised was expanded. However, this change coincided with, once again, decreasing hospital beds and few community resources for treating people with mental illness. The change in the Criminal Code now allowed any accused or Crown to raise the issue of NCR.

From a lay perspective, it continued to seem that the behaviour of people with mental illness was beyond their control, suggesting that it is actually mental illness driving criminal behaviour, as opposed to the individual or choice. One of the unintended consequences is reflected in *Mad in America*, in which Robert Whittaker wrote, "in the pecking order of the social discards, asylum patients fell below criminals."^{22, p 69} Various forces led to family members, who were concerned

about the lack of treatment for their beloved, and well-meaning health care professionals, to engineer criminal responsibility assessments for revolving-door patients and patients with minor offences. All of a sudden, the forensic system began to fill with patients who previously would have been in the tertiary psychiatric units in psychiatric hospitals. People with mental illness—subject to limited bed availability, reduced length of stay and woefully inadequate civil legislation to keep them in hospital long enough to treat the illness completely—were being diverted into the forensic mental health system. Projections from the turn of the last century suggested that, within a few years, the forensic system would ultimately encompass all of the patients previously occupying tertiary psychiatric beds. It was only with the Supreme Court of Canada case, *Winko v. British Columbia (Forensic Psychiatric Institute)*, in 1999, that the tide turned.²³ In the *Winko* case, the onus for proving "significant risk" now fell to the hospital, rather than the patient, to prove the patient was not a risk. There was a subsequent increase in absolute discharges, and the number of Review Board cases reached a plateau for a while.

It was during this period that the closure of facilities dealing with the intellectually disabled population has meant that this population now occupies between 10 per cent and 15 per cent of the forensic beds in Ontario. Inadequate facilities for the elderly with mental illness drive similar outcomes. Both of these groups, with their cognitive impairment, are, when charged, found unfit to stand trial. Often there is no hope of becoming fit to stand trial, with the result that these groups become permanent forensic patients, which is surely not an intended function of the forensic system and Section XX.1 of the Criminal Code.

People with mental illness, with limited access to psychiatric hospital beds, running into difficulty with the criminal justice system and being incarcerated at increasing rates, were diverted into the forensic system where they at least could get psychiatric care, albeit by acquiring a criminal justice history. Whatever rights to treatment psychiatric patients had, many believed that the only way they could receive treatment was by charging them and getting them placed in the forensic system. The forensic so-called platinum card for psychiatric care came at a cost of criminalizing the patient.

Psychiatrists—poorly resourced and under pressure to reduce length of stay—sometimes saw the prison and jail system as an extension of a hospital environment. Few psychiatrists have visited Canada's correctional facilities, and few are aware of the challenges facing inmates or staff. Very few people appreciate that it is extremely hard to treat a patient with mental illness in a correctional facility, and, in the vast majority of settings, people with mental illness cannot be treated against their will, or

encouraged to take medications, for psychiatrists' fear of being seen as coercive. In addition, jails and prisons can be brutal places where people with mental illness—often unstable and exhibiting poor judgment—are victimized and terrorized. Correctional staff, who, for the most part, are not trained to manage people with mental illness, struggle to deal with people who, even when in a hospital setting, would be challenging people to treat.

Fortunately, there is an increasing recognition that people with mental illness in Canada have been unfairly criminalized, and moves are afoot to address this crisis. Money and resources have been applied to assist police in diverting people with mental illnesses before they get charged.²⁴ Police have an opportunity of taking a person who is committing or commits a minor offence to a hospital rather than arrest them. Better education and resources have meant that the appropriate decision gets made more readily. Court support workers have worked with lawyers and Crown attorneys to create diversion programs within courthouses in situations where charges may be stayed if mental illness is a factor, the charges are not serious and the treatment is envisaged. In addition, there has been a proliferation of mental health courts.²⁵ Although these courts are not without their critics, they are based on the principle of therapeutic jurisprudence: the law should be used whenever possible to promote the mental and physical well-being of the people it affects.

Resources have been put in place to address homelessness as the revolving door now revolves between the streets and the criminal justice system rather than the hospital and the community. Police–nurse teams have been funded,⁹ community assertive treatment teams have increased their reach and various intersectoral committees have been struck to address the plight of people with mental illness as they move from the street to the jails and back to the street.

Unfortunately, all of these may be seen as so-called Band-Aid solutions unless there are other resources in place. There remains a shortage of hospital beds, where often the imperative appears to be to keep people out of hospitals rather than use up scarce resources, especially for a population that is politically silent. Bed management systems are poorly modelled and do not accommodate the surges in bed requirements for people with mental illness. As Richard Lamb has written, “Access to hospital care should be in place for those in need for as long as it is needed.”^{26, p.9} Unfortunately, bed pressures and costs run counter to this assertion.

Societies are often judged by how their disadvantaged members are treated. People with serious mental illness within the criminal justice system clearly fall within the disadvantaged group, with the double stigma of their mental illness and a criminal justice label. Stigmatized and discriminated against, this is a population that begs for social justice and our urgent attention.

In its report, *Outpatient Services for the Mentally Ill Involved in the Criminal Justice System*, the American Psychiatric Association's Task Force on Outpatient Forensic Services outlined four recommendations specific to psychiatry. They indicated that to restore the psychiatric system to a position of primacy in responding to problematic behaviour, psychiatrists must embrace the mission of serving patients in the criminal justice system. This involves commitment to the issues at hand. In addition, as forensic psychiatry has made few inroads into outpatient psychiatry, forensic psychiatric leadership in the outpatient sector is necessary.²⁷

Although focusing on a particular population, the Task Force has recommendations with wider applicability and has indicated that public sector psychiatrists must acquire numerous skills to take on the care and management of offenders with mental illness. These include risk assessment and management, therapeutic use of coercive interventions, management of antisocial personality disorder and comorbid substance abuse, and sophistication in spanning systems.

Research also needs to be focused on services related to offenders with mental illness.

Recommendations

The promise of deinstitutionalization has not been realized. Hospital bed closures have been too rapid and too extensive. Community resources remain underfunded and limited. Fragmentation in the health care system has meant that no one has taken responsibility for the care of one of the most disadvantaged and marginalized populations. Many people suffering from serious mental illnesses end up incarcerated, owing, in part, to lack of appropriate resources to treat them in the community, with correctional facilities becoming the de facto psychiatric institutions. Some people with mental illness receive their treatment only after being found NCR or unfit to stand trial. Access to care for many only occurs after they have been criminalized.

The Canadian Psychiatric Association (CPA) makes the following recommendations:

- Health, correctional services and psychiatric leaders come together to improve psychiatric resources for people with mental illness currently in detention centres and prisons.
- Psychiatry, and specifically forensic psychiatry, turn its attention to working with correctional psychiatrists to enhance the skills of those psychiatrists working in correctional settings. Attention should be given to recruitment, retention and training of correctional psychiatrists in Canada. We recommend that the Canadian Academy of Psychiatry and the Law and the CPA lead this initiative.

- The Canadian government strike a commission to review the effects of deinstitutionalization, specifically holding provincial governments accountable for appropriate psychiatric resources in the hospitals and the community.
- As psychiatric resources move to public general hospitals and to the community, close accounting needs to ensure funds are not diverted away from services for people with serious mental illness and directed to other patient populations.
- Governments reconsider separate funding streams for people with serious mental illness to ensure that there are sufficient psychiatric beds and resources available for people with mental illness for as long as they need them.
- Psychiatry residency programs across the country provide training and experience in dealing with offenders with mental illness, including exposure to Canada's detention centres and prisons.
- Research gets conducted into the predictors of people with serious mental illness becoming involved in the criminal justice system and the mechanisms to prevent criminal justice involvement, including how to manage the effectiveness of these mechanisms.
- Resources and services are put in place to provide appropriate and sufficient nonforensic, noncorrectional mental health treatment to prevent the criminalization of people with serious mental illness.
- Government reviews the impact of new crime legislation on people with mental illness so that they are not unfairly affected.
- The Mental Health Commission of Canada and Government create a mechanism to study and monitor the interplay among prisons, hospitals and the community.

References

1. Torrey FE. *Out of the shadows: confronting America's mental illness crisis*. New York (NY): John Wiley & Sons, Ltd; 1997.
2. Lee TG. To: New Brunswick Commission on a Provincial Lunatic Asylum [letter]. In: New Brunswick House of Assembly. Appendix 3. Report of the Commission to ascertain the most eligible site, near the City of Saint John, for a Provincial Lunatic Asylum, together with a plan of the same and an estimate of probable cost of land, and the erection of such buildings, &c &c &c. Journals of the House of Assembly of the Province of New Brunswick. Fredericton (NB): John Simpson, printer; 1836–1837. p xli–liii. Also available from the Electronic Text Centre at University of New Brunswick Libraries: <http://www.lib.unb.ca/Texts/NBHistory/Commissions/ES6/pdf/es6r0.pdf>.
3. Tuke S. *Description of The Retreat, an institution near York, for Insane Persons of the Society of Friends*. London (GB): W Dalton; 1813.
4. Greenberg G, Rosencheck R. Jail incarceration, homelessness and mental health: a national study. *Psychiatr Serv*. 2008;59:170–177.
5. Kinner S, Milloy M. Collateral consequences of an ever-expanding prison system. *CMAJ*. 2011;183(5):632.
6. Quanebeck C, Frye M, Altshuler L. Mania and the law in California: understanding the criminalization of the mentally ill. *Am J Psychiatry*. 2003;160(7):1245–1250.
7. Peternelj-Taylor C. Criminalization of the mentally ill. *J Forensic Nurs*. 2008;4:185–187.
8. Whitmer GE. From hospitals to jails: the fate of California's deinstitutionalized mentally ill. *Am J Orthopsychiatry*. 1980;50:65–75.
9. Lamb HR, Weinberger LE, Gross BH. Mentally ill persons in the criminal justice system: some perspectives. *Psychiatr Q*. 2004;75(2):107–126.
10. Steadman HJ, Osher FC, Robbins PC, et al. Prevalence of serious mental illness among jail inmates. *Psychiatr Serv*. 2009;60(6):761–765.
11. Robins LN, Regier DA, editors. *Psychiatric disorders in America: the Epidemiological Catchment Area Study*. New York (NY): Free Press; 1991.
12. Steadman HJ, Fabisiak S, Devoskin J, et al. A survey of mental disability among state prison inmates. *Hosp Community Psychiatry*. 1987;38(10):1086–1090.
13. National Commission on Correctional Health Care (NCCHC). *CorrectCare*. 1991;13(3). Summer issue. p 1. CorrectCare is a Publication of the NCCHC.
14. National Commission on Correctional Healthcare (NCCHC). *The health status on soon-to-be-released inmates*. Chicago (IL): NCCHC; 2002. A report to Congress.
15. James DJ, Glaze LE. *Mental health problems of prisoners and jail inmates*. Publication number NCJ 174463. Washington (DC): Department of Justice, Office of Justice programs; 2006 Sep. Bureau of Justice Statistics Special Report.
16. Davis S. Assessing the “criminalization” of the mentally ill in Canada. *Can J Psychiatry*. 1992;37:532–538.
17. Office of the Correctional Investigator Canada. *Annual report of the Office of the Correctional Investigator 2009–2010* [Internet]. Ottawa (ON): Office of the Correctional Investigator Canada; 2010 [cited 2011 Jun 9]. Available from: <http://www.oci-bec.gc.ca/rpt/annrpt/annrpt20092010-eng.aspx>.
18. Penrose L. Mental illness and crime: outline of comparative study of European statistics. *Br J Med Psychol*. 1939;18:1–15.
19. Hoffman B. The criminalization of the mentally ill. *Can J Psychiatry*. 1990;35:166–169.
20. *Criminal Code of Canada, R.S.C. 1985, Chapter C-46*.
21. *R. v. Swain, [1991] 1 S.C.R. 933*.
22. Whittaker R. *Mad in America*. New York (NY): Basic Books; 2010.
23. *Winko v. British Columbia (Forensic Psychiatric Institute), [1999] 2 S.C.R. 625*.
24. Lamberti J, Weisman R. Persons with severe mental disorders in the criminal justice system: challenges and opportunities. *Psychiatr Q*. 2004;75:151–164.
25. Slate R, Johnson W. *Criminalisation of mental illness: crisis and opportunity for the justice system*. Durham (NC): Carolina Academic Press; 2008.
26. Lamb HR. *Reversing criminalization* [editorial]. *Am J Psychiatry*. 2009;166(1):8–10.
27. Hoge S, Buchanan A, Kovaszny B, et al. *Outpatient services for the mentally ill involved in the criminal justice system: a report of the Task Force on Outpatient Forensic Services*. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2009 Oct. p 1–15. An American Psychiatric Association Task Force Report.



La criminalisation des personnes atteintes d'une maladie mentale

Gary Chaimowitz, MB, ChB, FRCPC¹

Un énoncé de principes préparé par le Comité permanent des normes professionnelles et de la pratique de l'Association des psychiatres du Canada et approuvé par le Conseil d'administration de l'APC le 5 décembre 2011.

Introduction

La maladie mentale, sans égard à la définition que l'on en donne, existe depuis que l'on rédige des ouvrages d'histoire. Des tendances ponctuent l'évolution de la perception et de la prise en charge sociale de la maladie mentale au fil des siècles. Le fait demeure, que la société, quelle que soit sa langue, a fait de la maladie mentale un stigmate qui a engendré une discrimination d'intensité et de répercussions variables. Néanmoins, des personnes ont défendu les intérêts des malades avec altruisme et bienveillance. En 1841, Dorethea Dix prend fait et cause pour les prisonniers atteints d'une maladie mentale, détenus dans des conditions inhumaines, et elle plaide avec ferveur pour l'établissement d'hôpitaux psychiatriques. Quarante ans plus tard, les prisons américaines, qui débordaient de détenus aux prises avec des problèmes de santé mentale et qui croupissaient dans leurs cellules dans des conditions misérables, ne comptaient plus alors que 0,7 pour cent de la population carcérale atteinte de maladie mentale¹. Ces efforts et d'autres déployés pour offrir un traitement humain et éclairé aux personnes atteintes d'une maladie mentale ont abouti à la construction d'un grand nombre d'hôpitaux psychiatriques en Amérique du Nord. Beaucoup de ces hôpitaux ont été érigés sur un vaste terrain, dans un milieu champêtre, attendant à une ferme, milieu de travail des malades, dans le but de créer un asile où trouveraient refuge les personnes malades mentales.

À cette époque au Canada, le Nouveau-Brunswick mit sur pied en 1836 une Commission royale d'enquête dans le but de prévoir le premier asile d'aliénés. Selon la commission, les aliénés devaient être hébergés dans un lieu qui

leur procure divertissement, stimulation et interactions sociales, susceptible de leur instiller de l'espoir et de recréer les conditions de vie usuelles. Le terrain doit être aménagé et tout dans l'établissement doit concourir à créer une atmosphère de bienveillance et à favoriser le bien-être des malades.²

Dans la foulée du mouvement d'humanisation du traitement ou de traitement moral de la maladie mentale, amorcé sous l'égide de Philippe Pinel et incarné ensuite par William Tuke, le York Asylum et les Quakers, qui prenaient de l'ampleur, de plus en plus d'hôpitaux psychiatriques ont été construits partout en Amérique du Nord. Avec le temps, ces asiles, désormais appelés institutions, devinrent surpeuplés. De lieux de refuge et de traitement, certains se transformèrent en entrepôts de malades mentaux. Néanmoins, grâce à des personnes, à des congrégations religieuses et à d'autres associations altruistes, soucieuses du bien-être collectif, la bienveillance et la compassion cohabitèrent avec le surpeuplement et les pratiques abusives³.

Dans les années 1950 et 1960, à la suite de la découverte des psychotropes, lesquels ont modifié la donne du

¹ Chef du Service de psychiatrie légale, St. Joseph's Healthcare, Hamilton (Ontario); Professeur agrégé au Département de psychiatrie et des neurosciences comportementales, Université McMaster, Hamilton (Ontario).

© Tous droits réservés 2012. Association des psychiatres du Canada. Toute reproduction, citation ou paraphrase de ces sommaires, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, sans l'autorisation écrite de l'APC est interdite. Les commentaires des membres sont les bienvenus. Veuillez adresser vos observations au président de l'Association des psychiatres du Canada, 141, avenue Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa (Ontario) K1P 5J3; tél. : 613-234-2815; téléc. : 613-234-9857; courriel : president@cpa-apc.org. Référence 2012-52.

Avis : L'Association des psychiatres du Canada a comme politique de réviser chaque énoncé de principe, déclaration de politique et guide de pratique clinique tous les cinq ans après la publication ou la dernière révision. Tout document qui a été publié plus de cinq ans auparavant et dans lequel il n'est pas mentionné explicitement qu'il a été révisé ou conservé à titre de document officiel de l'APC, soit révisé ou tel que publié à l'origine, doit être considéré comme un document de référence historique uniquement.

traitement de la maladie mentale, s'est instauré le mouvement de sortie des malades des hôpitaux psychiatriques. Le but de cette initiative était de leur offrir un traitement au sein de la communauté. La vague de désinstitutionnalisation, qui commença à déferler au milieu du siècle dernier, s'amplifia à tel point que les hôpitaux psychiatriques se vidèrent et, même dans certains cas, fermèrent leurs portes. Des motifs financiers incitèrent également les hôpitaux publics à suivre ce courant : d'autres organismes gouvernementaux couvrirent les coûts de logement et de subsistance de ces patients.

À l'origine, la désinstitutionnalisation apparut comme une initiative libérale et éclairée. La perspective d'une vie heureuse dans la communauté et de l'accès aux services et au soutien nécessaires pour les personnes aux prises avec une maladie mentale stimulèrent et justifiaient ce mouvement. Sans compter que les psychotropes, en dépit de leurs effets indésirables assez fréquents, améliorèrent effectivement le traitement et atténuèrent d'abord les symptômes de la psychose, puis ceux des troubles de l'humeur, de telle sorte que des personnes auparavant incapables de fonctionner avec un semblant de normalité furent en mesure de réintégrer la collectivité et eurent la possibilité de mener une vie hors de l'hôpital.

Hélas, et ce, pour diverses raisons, le soutien communautaire prévu soit est resté lettre morte, ou lorsque mis en place a par la suite disparu. Quand aux services mis en place, ils se sont révélés insuffisants pour répondre aux besoins de la marée de patients réintégrant la collectivité, et qui se faisaient de plus en plus nombreux dans la rue⁴. Malheureusement, la réduction du nombre des lits psychiatriques au Canada et aux États-Unis (et dans la plupart des pays du monde industrialisé) s'est accompagnée d'une hausse du nombre de détenus atteints d'une maladie mentale dans la population carcérale qui s'accroissait également⁵.

L'information au sujet de l'accroissement du nombre des personnes aux prises avec une maladie mentale et ayant des démêlés avec la justice a été lente à circuler, et ce n'est que dans les années 1970 que l'on a pris conscience du phénomène. Cette hausse du nombre des malades au sein de la population carcérale semblait coïncider apparemment avec la baisse du nombre des lits psychiatriques⁶, et plusieurs avancèrent alors la théorie de la criminalisation des personnes atteintes d'une maladie mentale⁷. L'augmentation du nombre des détenus ayant des troubles de santé mentale dans les prisons a suscité une myriade de problèmes, notamment leur victimisation et l'accès difficile à des soins psychiatriques diligents.

Le présent énoncé de principes aborde les sujets de la désinstitutionnalisation et de la transinstitutionnalisation, à savoir le passage du patient d'une institution à une autre, issue de la judiciarisation de la clientèle ou de la criminalisation de la maladie mentale.

Contexte

De nombreux indicateurs confirment la criminalisation accrue des personnes atteintes d'une maladie mentale, plus particulièrement en ce qui concerne l'information en provenance des États-Unis. Le Canada a emboîté le pas dans une grande mesure, ce qui risque d'avoir des conséquences néfastes dans un avenir prochain. Ce n'est qu'après une à deux décennies de fermeture d'hôpitaux psychiatriques et de désinstitutionnalisation bien ancrée que l'on a pu constater la hausse du nombre des personnes présentant des troubles de santé mentale dans les prisons et les centres de détention. En effet, les premiers rapports sur l'augmentation du nombre des personnes atteintes d'une maladie mentale dans la population carcérale n'ont paru que dans les années 1970. À titre d'exemple de cette tendance, citons le rapport indiquant qu'après la fermeture de l'Hôpital Agnews du comté de Santa Clara au début des années 1970, le nombre de personnes atteintes d'une maladie mentale incarcérées à la prison du comté a augmenté dans une proportion de 300 pour cent⁸. Toutefois, ce n'est pas seulement le nombre des contrevenants aux prises avec un problème de santé mentale qui a augmenté dans le système correctionnel, mais bien le nombre des personnes incarcérées en général.

En 1955, nos voisins du Sud, dont la population se chiffrait à 164 millions de personnes, disposaient de 559 000 lits dans leurs hôpitaux publics. En 1994, il ne restait que 72 000 lits dans les hôpitaux publics alors que la population avait grimpé à 250 millions d'habitants. Le nombre de lits par tranche de 100 000 personnes chute ainsi dramatiquement passant de 339 à 29. Au cours de cette même période, le nombre des détenus dans les prisons et les centres de détention s'est considérablement accru.⁹ L'autre facette de ce phénomène est celle de la hausse du nombre de prisonniers coïncidant avec la réduction des lits dans les hôpitaux psychiatriques. De 1980 à 1995, le nombre total des personnes incarcérées aux États-Unis est passé de 501 836 à 1 587 791, soit un bond de 216 pour cent, alors qu'au cours de la même période, la population n'augmente que de 16 pour cent^{1,6}.

Plusieurs études se sont penchées sur la question de savoir qui sont ces personnes dont le nombre augmente dans la population carcérale¹⁰. L'étude réputée *Epidemiologic Catchment Area Survey* démontre que la prévalence de la schizophrénie et des troubles affectifs majeurs dans la population carcérale est plus élevée d'un facteur de trois à six que dans la population en général. Fait à noter, le trouble bipolaire est six fois plus fréquent dans les prisons que dans les collectivités¹¹. Diverses études ont examiné également la prévalence de la maladie mentale au sein de la population ayant des démêlés avec la justice américaine. Steadman et ses collègues¹² ont constaté que huit pour cent des détenus de l'État de New York souffraient d'une maladie mentale majeure. En 1999, le département de la justice de ce pays

révélaient que 16 pour cent des détenus des prisons et des centres de détention d'État et fédéraux étaient atteints de schizophrénie, de trouble bipolaire, de dépression majeure ou d'un autre trouble mental grave. Selon cette étude, ces établissements comptaient à tout moment 283 000 détenus souffrant d'une maladie mentale grave. En comparaison, les hôpitaux psychiatriques publics prenaient en charge à cette époque 70 000 patients aux prises avec une maladie mentale grave, dont 30 pour cent pour des raisons d'expertise et (ou) de traitement judiciaire¹³.

D'autres études indiquent pour leur part que la population carcérale américaine s'élevait à 2,1 millions de détenus en juin 2004. Quant à la proportion des personnes incarcérées aux prises avec une maladie mentale grave, les estimations indiquent qu'elle varait de 10 à 19 pour cent dans les prisons locales, de 18 à 27 pour cent dans les prisons d'État et de 16 à 21 pour cent dans les prisons fédérales. Si l'on ne tient compte que de la proportion la plus faible, 71 399 personnes atteintes d'une maladie mentale grave étaient détenues dans les prisons locales, 223 386 dans les prisons d'État et 27 099 dans les prisons fédérales, soit un nombre total de 321 884¹⁴.

Le rapport de la Commission nationale sur les services de santé dans le système correctionnel américain, présenté au Congrès en 2002, précise que de 15 à 24 pour cent de la population carcérale de ce pays souffrent d'une maladie mentale grave. Un autre rapport estime que la moitié des détenus, dont le nombre dépasserait le million, est aux prises avec un problème de santé mentale¹⁵. Autre donnée statistique souvent évoquée, la prison du comté de Los Angeles serait le plus imposant établissement de santé mentale aux États-Unis. De fait, l'établissement correctionnel Twin Towers, qui traite les personnes atteintes d'une maladie mentale incarcérées à la prison du comté de Los Angeles, recense 5000 patients tous les jours. Une étude révèle qu'en 2001, 28 pour cent des hommes et 31 pour cent des femmes incarcérés dans cette prison présentaient des symptômes d'une maladie mentale majeure.

Le phénomène est le même au Canada¹⁶. Nous savons qu'il y avait 65 000 lits dans les hôpitaux psychiatriques au Canada en 1959 et, qu'en 1976, ce nombre avait chuté à 15 000 dans les hôpitaux provinciaux et à 6000 dans les unités de soins psychiatriques. En 2002, l'Unité de la recherche sur les services de santé en établissements du Centre de toxicomanie et de santé mentale a examiné la population des malades hospitalisés et celle des malades traités lors de consultations externes à Toronto et Peel. Elle a également étudié un groupe de clients de Toronto qui devaient être traités et suivis conformément à une ordonnance de la cour. Elle a constaté que 47 pour cent des personnes en question auraient dû être vues en consultation au moins toutes les semaines, mais que ce n'était le cas que de seulement deux pour cent d'entre elles. Au Canada, au fur et à mesure que le nombre de lits réservés aux soins psychiatriques a diminué, la capacité

des prisons et des centres de détention a augmenté. Ainsi en 2011, la Colombie-Britannique comptait 1692 cellules accueillant 2655 détenus.

Le Canada connaît d'autres problèmes dans ses systèmes correctionnels. Par exemple, il est de notoriété publique que le tiers des femmes et le cinquième des hommes incarcérés dans les prisons fédérales sont d'origine autochtone, soit une proportion plus grande que dans la population en général. En outre, le système correctionnel est dispendieux. En effet, il coûte plus de 100 000 \$ par an pour héberger et subvenir aux besoins d'un homme et plus de 180 000 \$ pour assurer la subsistance d'une femme dans les prisons fédérales. Alors que le huitième de cette somme suffit à soutenir le libéré conditionnel dans la collectivité¹⁷.

Le Canada se prépare vraisemblablement à adopter une nouvelle loi qui aura pour effet d'accroître le nombre des détenus et selon toute probabilité il y aura un bon nombre de personnes atteintes de maladie mentale dans ce nouveau groupe. Des modifications dans la détermination de la peine dont la *Loi sur l'adéquation de la peine et du crime* adoptée en février 2010 prolongeront les peines et diminueront le nombre des libérés conditionnels. Ces mesures accentuent le châtement en restreignant les possibilités de libération conditionnelle et de visite et elles auront sans doute plus de conséquences néfastes pour les détenus aux prises avec une maladie mentale que pour les autres personnes incarcérées.

On dénombre au Canada 14 000 détenus dans le système correctionnel fédéral et 87 000 libérés conditionnels dans les collectivités. Parmi les 500 femmes qui composent la population carcérale féminine 30 pour cent ont été hospitalisées pour un motif psychiatrique comparativement à 14,5 pour cent des détenus masculins. Dans le cas de 25 pour cent de ces femmes un diagnostic de maladie mentale a été posé. Dans les prisons à sécurité maximale il y a toujours près du tiers de la population en isolement et ces établissements comptent beaucoup de délinquants aux prises avec un trouble mental. Tous les jours 900 détenus sont isolés dans le système correctionnel fédéral et la durée moyenne de l'isolement est de 95 jours. Dans le cas de 177 détenus la période d'isolement s'étire sur plus de 110 jours¹⁷.

La vie dans un contexte correctionnel n'est pas sans conséquence. Le taux de suicide de 84 détenus par tranche de 100 000 dans la population carcérale est loin du taux de 11,3 qui prévaut dans la collectivité. De même le taux d'homicide dans les prisons qui se situe à 28 détenus sur 100 000 surpasse considérablement celui de la collectivité qui est de 1,8¹⁷.

Discussion

Il est évident désormais que la proportion des personnes atteintes d'une maladie mentale dans les prisons et les centres de détention est bien plus grande que dans la population en général au pays. Divers facteurs seraient à

l'origine du phénomène. Mentionnons à cet égard la désinstitutionnalisation (ou la déshospitalisation comme d'autres la désignent). Durant ces années de sortie des patients des hôpitaux psychiatriques plusieurs théories ont été formulées selon lesquelles la réduction des lits consacrés aux soins psychiatriques entraînerait un mouvement d'arrestation et d'incarcération des personnes atteintes d'une maladie mentale. Bien connue la théorie de Penrose qui remonte à 1939 voulant que dans une société industrielle le nombre des personnes confinées dans un lieu demeure relativement stable. Dans son examen des données recensant la population carcérale et la population des hôpitaux psychiatriques de 18 pays européens, Penrose constate une relation inversement proportionnelle entre ces deux populations. Sa théorie prétend essentiellement que si l'une de ces deux formes de restriction s'atténue, l'autre s'accroît. Par conséquent, si le nombre des lits psychiatriques augmente, le nombre des lits dans les prisons diminuera; inversement, si les lits dans les hôpitaux baissent en nombre, les lits dans les prisons augmenteront, et les personnes aux prises avec un problème de santé mentale passeront d'une institution à une autre¹⁸. Apparemment, sa théorie se vérifie au Canada comme aux États-Unis.

Le projet de désinstitutionnalisation reposait sur la promesse du transfert des ressources du milieu hospitalier au milieu communautaire. Le discours, la théorie et l'enthousiasme à l'égard de ce mouvement plaidaient en faveur de l'adoption de cette démarche éclairée et progressive de prise en charge de la maladie mentale. Les psychiatres, notamment ceux œuvrant dans les établissements, étaient les seuls à préconiser la prudence; mais ils ont été réduits au silence par l'ampleur qu'a prise le courant. Les administrations publiques, adeptes bien sûr de l'approche progressive en matière de prestation des soins, étaient trop heureuses d'y voir également des économies potentielles et la possibilité de contrer le mouvement syndical. On a fait taire les psychiatres qui mettaient en garde contre les dangers de cette initiative en les accusant de s'opposer à la vertu. Au fil de l'évolution du mouvement, les patients sont devenus des clients et des consommateurs survivants (au traitement psychiatrique, non pas à la maladie) et le secteur hospitalier a opté pour une position défensive en psychiatrie. Pour diverses raisons économiques et sociales, le milieu hospitalier n'a pas su partager ses ressources financières avec le milieu communautaire, et s'il l'a fait, ce n'était que des miettes et cela n'a pas duré longtemps. Il est vite apparu que les services communautaires destinés aux personnes atteintes d'une maladie mentale étaient nettement insuffisants. L'asile s'est transformé en un petit groupe sans règles ni ressources véritables ou en maison d'hébergement où la question de la rentabilité l'emporte sur celle de l'offre de services. Les patients ont pour ainsi dire été jetés à la rue et de plus en plus d'entre eux ont eu des démêlés avec la justice.

En même temps que l'on fermait des lits sans pour autant doter les collectivités de ressources à la hauteur des besoins, l'on précisait les critères de garde en

établissement¹⁹. Il est ainsi devenu de plus en plus difficile pour les médecins non seulement d'hospitaliser les personnes atteintes de maladie mentale lorsqu'elles n'allaient pas bien, mais également de les y soigner longtemps. Des contraintes d'ordre juridique et des lois conçues pour protéger les droits des personnes aux prises avec un trouble mental ont eu pour conséquences inattendues d'abrèger le séjour hospitalier et les périodes de traitement. On mettait un terme lorsque le danger ayant justifié l'internement se résorbait, mais avant que la personne recouvre sa pleine capacité et son jugement. La situation a donné lieu au phénomène des « portes tournantes », problématique qui afflige non seulement les malades, mais également les familles.

En outre, comme on resserrait la gestion hospitalière et que la durée du séjour hospitalier devenait un baromètre important dans une perspective de réduction des coûts, une tension croissante s'est exercée sur les hôpitaux, les médecins et le personnel soignant visant au raccourcissement du séjour hospitalier, de sorte que ne restait que la possibilité d'une brève hospitalisation dans un hôpital général public si l'état de la personne atteinte d'une maladie mentale se détériorait. De plus, certaines des provinces ont institué des barèmes d'honoraires qui décourageaient le long séjour hospitalier et donnaient à penser aux frais émouls des facultés de médecine que la psychiatrie et le traitement des personnes aux prises avec un trouble mental sont moins prestigieux que les autres spécialités médicales ou chirurgicales.

Mentionnons sur une note positive que le Code criminel du Canada dans sa partie XX.1 souligne la volonté sociétale de voir traité avec humanité le contrevenant aux prises avec un problème de santé mentale²⁰. D'ailleurs, le Code criminel prévoit que l'accusé, atteint de troubles mentaux au moment où il a commis l'acte ou l'omission qui a donné lieu à l'accusation, peut être dégagé de sa responsabilité criminelle si, en raison de troubles mentaux, il n'était pas en mesure de juger de la nature et de la qualité de l'acte ou de l'omission en question, ou de distinguer le bien du mal sous l'angle légal ou moral. Le Code criminel a fait l'objet d'une refonte en 1992. Avant l'entrée en vigueur de la version remaniée, l'accusé acquitté pour cause d'aliénation mentale se voyait interné dans un établissement pour une période indéterminée. Dans l'arrêt R. contre Swain²¹, la Cour suprême du Canada déclare que la pratique de détention obligatoire de durée indéterminée est inconstitutionnelle.

Les tribunaux ont également élargi la gamme des infractions pour lesquelles la non-responsabilité criminelle sous prétexte d'aliénation mentale peut être invoquée. Toutefois, ce changement coïncide, lui aussi, avec la fermeture de lits et l'insuffisance des ressources communautaires destinées au traitement des personnes souffrant de maladie mentale. Dans sa nouvelle version, le Code criminel autorise le plaidoyer de non-responsabilité criminelle tant pour la défense que pour la poursuite.

Pendant ce temps, il semble que la société en général, continue de croire que les personnes aux prises avec un trouble mental ne parviennent pas à maîtriser leur comportement, que la maladie pousse au crime, contre la volonté de la personne, et que l'infraction ne relève pas de son choix. Dans un passage de son livre *Mad in America*, Robert Whittaker soulève l'une des conséquences imprévues de cette mentalité : « Selon l'ordre hiérarchique des exclus sociaux, les patients des asiles sont moins bien considérés que les criminels »²², p 69. Divers motifs incitent donc les familles, préoccupées par l'absence de traitement pour leur proche, et certains professionnels de la santé bien intentionnés, à mettre sur pied l'évaluation de la responsabilité criminelle des patients ballotés par le processus des « portes tournantes » et des patients ayant commis une infraction mineure. Du coup, la psychiatrie légale s'est retrouvée avec l'obligation d'évaluer les patients qui autrement auraient été hospitalisés aux unités de soins d'hôpitaux psychiatriques de troisième ligne. Autrement dit, les personnes atteintes d'une maladie mentale – dans un contexte où en raison de la réduction des lits et du séjour hospitalier et d'une législation civile tristement incapable de les protéger, il était impossible de les hospitaliser suffisamment longtemps pour les traiter avec efficacité – étaient dirigées vers le système d'expertise légale en santé mentale. Des prévisions établies au tournant du siècle veulent que, dans quelques années, la psychiatrie légale prenne en charge tous les patients qui occupaient auparavant les lits de soins psychiatriques tertiaires. Ce n'est qu'avec la décision rendue par la Cour suprême du Canada dans l'affaire Winko contre la Colombie-Britannique (*Forensic Psychiatric Institute*) en 1999 que la vapeur a été renversée²³. Dans sa décision, la Cour précise que le fardeau de déterminer si le patient représente un risque important pour la sécurité du public incombe à l'hôpital, non pas au patient. On note par la suite une hausse des libérations inconditionnelles, et le nombre de cas soumis à la commission d'examen s'est stabilisé pendant un certain temps.

C'est à cette période que des personnes atteintes d'une déficience intellectuelle, délogées en raison de la fermeture des établissements qui les hébergeaient, ont occupé les lits de psychiatrie légale en Ontario dans une proportion allant de 10 à 15 pour cent. L'absence d'établissements pouvant accueillir les personnes âgées aux prises avec un problème de santé mentale a entraîné le même résultat. Les accusés provenant de l'un ou l'autre de ces groupes sont jugés inaptes à subir leur procès pour cause de déficits cognitifs. Dans bien des cas, il est inutile d'espérer que la personne sera un jour apte à le subir et c'est ainsi que ces groupes sont pris en charge par la psychiatrie légale pour le reste de leurs jours, ce qui n'était sûrement pas prévu initialement par le système de psychiatrie légale, ou par le Code criminel dans sa partie XX.1.

Bref, les personnes atteintes d'une maladie mentale ne pouvant plus espérer être soignées dans un hôpital psychiatrique, ayant des déboires avec la justice et

affrontant de plus en plus souvent l'incarcération, ont été aiguillées vers le système de psychiatrie légale où elles peuvent à tout le moins obtenir des soins psychiatriques, au prix cependant d'antécédents criminels. Sans égard au droit au traitement des malades, nombreux sont ceux qui ont jugé que la seule façon de leur garantir un traitement était de les accuser d'un méfait, puis de les confier à la psychiatrie légale. Hélas, la « carte platine » de soins psychiatriques n'était accordée qu'à la criminalisation du patient.

Des psychiatres – dépourvus de ressources et contraints d'abrèger le séjour hospitalier – ont parfois considéré la prison et le système judiciaire comme une extension du milieu hospitalier. Peu de psychiatres ont mis les pieds dans les établissements correctionnels du Canada et peu sont familiarisés avec les défis auxquels doivent faire face les détenus et le personnel. Très peu sont conscients de l'extrême difficulté qu'il y a à traiter une personne présentant un trouble mental dans un établissement correctionnel, sans compter que, dans pratiquement tous les établissements, le patient ne peut être traité contre son gré, ni encouragé à être fidèle à son traitement médicamenteux, de crainte que l'attitude du psychiatre soit jugée coercitive. Sans compter que les prisons et les centres de détention sont des milieux où la brutalité sévit, où les personnes atteintes d'une maladie mentale – instables et incapables de faire preuve de discernement souvent – deviennent des proies faciles, subissant agression et terreur. Les agents correctionnels qui, pour la plupart, ne sont pas formés pour prendre en charge des personnes aux prises avec un trouble mental, ont du mal à composer avec ce groupe qui, même à l'hôpital, pose des difficultés.

Heureusement, de plus en plus de gens se rendent compte que les personnes atteintes d'une maladie mentale ont été assimilées à tort à des délinquants criminels, et un mouvement s'amorce dont le but est de juguler cette crise. Des fonds et des ressources ont été mis à la disposition des corps policiers pour qu'ils sachent composer avec ce groupe, qu'ils l'aiguillent vers une autre voie que l'accusation d'un méfait criminel²⁴. Ainsi, les policiers ont la possibilité d'accompagner la personne qui commet ou a commis un délit mineur à l'hôpital plutôt que de l'arrêter. L'éducation et l'allocation de ressources ont facilité la prise de décisions appropriées. Les travailleurs de soutien de l'organisation judiciaire, les avocats et les procureurs de la Couronne ont œuvré de concert à la mise sur pied de programmes de déjudiciarisation dans les palais de justice afin de prendre en charge les cas où les accusations peuvent être maintenues si la maladie mentale est un élément déterminant, que les accusations ne sont pas graves et que le traitement est envisagé. De plus, notons que les tribunaux de santé mentale se multiplient²⁵. Des critiques ont souligné leurs lacunes, mais il demeure qu'ils reposent sur le principe de la jurisprudence thérapeutique : la législation devrait être appliquée de manière à favoriser dans la mesure du possible le bien-être mental et physique des personnes qui y sont assujetties.

Les administrations publiques ont mis en place des ressources pour s'attaquer à l'itinérance puisque les portes tournantes font passer les malades de la rue au système de justice, contournant l'hôpital et la collectivité. Elles ont formé des équipes réunissant policiers et infirmiers⁹, le suivi intensif dans le milieu a élargi sa clientèle et divers comités intersectoriels s'emploient à soulager les souffrances des personnes ayant des troubles mentaux et qui ne connaissent en alternance que la rue et la prison.

Malheureusement, toutes ces mesures pourraient bien n'être qu'une solution de fortune à moins que d'autres ressources ne soient allouées pour régler le problème. La pénurie de lits est encore criante, et le mot d'ordre semble d'éviter à tout prix d'hospitaliser pour ménager les ressources limitées, surtout car ces personnes forment un groupe silencieux dans l'arène politique. Les systèmes de gestion des lits, conçus en vertu d'une modélisation lacunaire, sont incapables de répondre à une demande soudaine de lits suscitée par ces usagers. Comme l'écrit Richard Lam : « L'accès aux soins hospitaliers devrait être accordé aux personnes qui en ont besoin tant et aussi longtemps qu'elles en ont besoin »^{26, p 9}. Hélas, la gestion des lits et la limitation des coûts vont à l'encontre de cet énoncé.

Souvent, les sociétés sont jugées par la façon dont elles traitent les personnes défavorisées. Nul doute que les personnes atteintes d'une maladie mentale grave qui sont prises en charge par le système de justice se rangent dans cette catégorie, et sont marquées du double stigmate de la maladie mentale et des antécédents criminels. Victime de stigmatisation et de discrimination, cette population, qui a soif de justice sociale, nous supplie de lui venir en aide de toute urgence.

Dans son rapport, *Outpatient Services for the Mentally Ill Involved in the Criminal Justice System*, le groupe de travail sur les services de psychiatrie légale externes de l'*American Psychiatric Association* formule quatre recommandations ayant trait précisément à la psychiatrie. Il estime que si la profession souhaite reprendre sa place prépondérante dans les mesures d'intervention destinées à maîtriser les comportements problématiques, les psychiatres devront se donner pour mission d'être au service des patients ayant des démêlés avec la justice pénale. Pour cela, il sera impératif de participer à la résolution des problèmes immédiats. En outre, comme la psychiatrie légale se montre timide dans son intention de s'intégrer aux services psychiatriques externes, les psychiatres auront à s'investir dans la direction de cette initiative²⁷.

Même s'il s'attarde à un segment particulier de la population, le groupe de travail formule des recommandations à caractère général et précise que les psychiatres du secteur public doivent acquérir de nombreuses aptitudes nécessaires pour soigner et prendre en charge les contrevenants ayant une maladie mentale. Il s'agit notamment de l'évaluation et de la gestion du

risque, de l'utilisation d'interventions coercitives à des fins thérapeutiques, de la prise en charge du trouble de la personnalité antisociale et de la toxicomanie concomitante et de la connaissance approfondie des réseaux de services continus.

La recherche devra également se pencher sur les services à l'intention des délinquants atteints d'une maladie mentale.

Recommandations

Les avantages promis de la désinstitutionnalisation ne se sont pas concrétisés. La fermeture des lits d'hôpitaux s'est avérée trop rapide et trop étendue. Les ressources communautaires sont encore et toujours insuffisamment financées et demeurent limitées. La compartimentation des services dans le système de santé a eu pour conséquence que personne ne se soucie des soins que nécessite l'un des groupes le plus défavorisé et marginalisé de la population. De nombreuses personnes aux prises avec un trouble mental grave aboutissent en prison, une incarcération causée en partie par l'absence de ressources communautaires appropriées destinées au traitement de la maladie mentale, l'établissement correctionnel devenant ainsi l'établissement psychiatrique. Des malades ne sont traités que lorsque tombe le verdict de non-responsabilité criminelle ou d'incapacité à subir le procès. Beaucoup n'ont accès aux soins qu'après avoir subi le phénomène de la criminalisation, autrement dit, lorsqu'on les accuse d'un délit criminel.

L'Association des psychiatres du Canada (APC) recommande ce qui suit :

- Que les dirigeants des milieux des services de santé, des services correctionnels et des services psychiatriques s'emploient à améliorer ensemble les ressources psychiatriques destinées aux contrevenants atteints d'une maladie mentale incarcérés dans les prisons et les centres de détention.
- Que la psychiatrie, et plus particulièrement la psychiatrie légale, de concert avec les psychiatres œuvrant dans le système correctionnel, améliore les compétences des psychiatres qui exercent dans le milieu carcéral. Qu'elle veille au recrutement, au maintien en poste et à la formation des psychiatres qui pratiquent au sein du système correctionnel au Canada. L'APC recommande que l'Académie canadienne de psychiatrie et de droit et elle-même dirigent cette initiative.
- Que le gouvernement du Canada forme une commission qui étudiera les effets de la désinstitutionnalisation, et qu'il attribue aux administrations publiques provinciales la responsabilité de doter les hôpitaux et les collectivités des ressources psychiatriques appropriées.
- Alors que les ressources psychiatriques sont dirigées vers les hôpitaux généraux publics et les organismes communautaires, que l'on mette en place un

mécanisme de reddition de comptes afin de veiller à ce que les fonds ne soient pas détournés à d'autres fins, et soient consacrés à l'offre de services aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave.

- Que les administrations publiques revoient leur position quant au mécanisme de financement distinct en matière de maladie mentale grave afin que des lits et des ressources psychiatriques soient offerts aux personnes aux prises avec un trouble mental tant et aussi longtemps que cela sera nécessaire.
- Que les programmes d'études postdoctorales en psychiatrie au pays offrent de la formation et des stages destinés à parfaire les aptitudes des psychiatres en matière de prise en charge des délinquants atteints d'un trouble mental et à mieux connaître les conditions de détention dans le milieu carcéral.
- Que la recherche relève des indicateurs prévisionnels qui permettraient de cerner le risque qu'une personne aux prises avec une maladie mentale grave ait des démêlés avec la justice, propose des moyens de prévenir ces démêlés et en évalue l'efficacité.
- Que soient offerts des ressources et des services appropriés et suffisants pour traiter la maladie mentale hors du système correctionnel et de la psychiatrie légale afin d'empêcher la criminalisation des personnes atteintes d'une maladie mentale grave.
- Que le gouvernement examine les répercussions de la nouvelle législation criminelle sur les personnes ayant un trouble de santé mentale pour éviter qu'elles soient injustement traitées et en subissent des conséquences plus sérieuses que la population en général.
- Que la Commission de la santé mentale du Canada et le gouvernement du pays créent un mécanisme d'étude et de surveillance des interactions entre les prisons, les hôpitaux et les services communautaires.

Références

1. Torrey FE. *Out of the shadows: confronting America's mental illness crisis*. New York (NY): John Wiley & Sons, Ltd; 1997.
2. Lee TG. To: New Brunswick Commission on a Provincial Lunatic Asylum [lettre]. In: New Brunswick House of Assembly. Appendix 3. Report of the Commission to ascertain the most eligible site, near the City of Saint John, for a Provincial Lunatic Asylum, together with a plan of the same and an estimate of probable cost of land, and the erection of such buildings, &c &c &c. Journals of the House of Assembly of the Province of New Brunswick. Fredericton (NB): John Simpson, printer; 1836–1837. p xli–liii. Accessible également auprès du centre de publication électronique des bibliothèques de l'Université du nouveau-Brunswick : <http://www.lib.unb.ca/Texts/NBHistory/Commissions/ES6/pdf/es6r0.pdf>.
3. Tuke S. Description of The Retreat, an institution near York, for Insane Persons of the Society of Friends. London (GB): W Dalton; 1813.

4. Greenberg G, Rosenheck R. Jail incarceration, homelessness and mental health: a national study. *Psychiatr Serv*. 2008;59:170–177.
5. Kinner S, Milloy M. Collateral consequences of an ever-expanding prison system. *CMAJ*. 2011;183(5):632.
6. Quanbeck C, Frye M, Altshuler L. Mania and the law in California: understanding the criminalization of the mentally ill. *Am J Psychiatry*. 2003;160(7):1245–1250.
7. Peternelj-Taylor C. Criminalization of the mentally ill. *J Forensic Nurs*. 2008;4:185–187.
8. Whitmer GE. From hospitals to jails: the fate of California's deinstitutionalized mentally ill. *Am J Orthopsychiatry*. 1980;50:65–75.
9. Lamb HR, Weinberger LE, Gross BH. Mentally ill persons in the criminal justice system: some perspectives. *Psychiatr Q*. 2004;75(2):107–126.
10. Steadman HJ, Osher FC, Robbins PC et coll. Prevalence of serious mental illness among jail inmates. *Psychiatr Serv*. 2009;60(6):761–765.
11. Robins LN, Regier DA, éditeurs. *Psychiatric disorders in America: the Epidemiological Catchment Area Study*. New York (NY): Free Press; 1991.
12. Steadman HJ, Fabisiak S, Devoskin J et coll. A survey of mental disability among state prison inmates. *Hosp Community Psychiatry*. 1987;38(10):1086–1090.
13. National Commission on Correctional Health Care (NCCHC). *CorrectCare*. 1991;13(3). Summer issue. p 1. CorrectCare est une publication de la NCCHC.
14. National Commission on Correctional Healthcare (NCCHC). *The health status on soon-to-be-released inmates*. Chicago (IL): NCCHC; 2002. A report to Congress.
15. James DJ, Glaze LE. *Mental health problems of prisoners and jail inmates*. Publication number NCJ 174463. Washington (DC): Department of Justice, Office of Justice programs; 2006 Sep. Bureau of Justice Statistics Special Report.
16. Davis S. Assessing the "criminalization" of the mentally ill in Canada. *Can J Psychiatry*. 1992;37:532–538.
17. Bureau de l'enquêteur correctionnel. *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2009-2010*. Ottawa (Ontario) : l'Enquêteur correctionnel du Canada; 2010 [cité le 9 juin 2011]. Adresse : <http://www.oci-bec.gc.ca/rpt/annrpt/annrpt20092010-eng.aspx>.
18. Penrose L. Mental illness and crime: outline of comparative study of European statistics. *Br J Med Psychol*. 1939;18:1–15.
19. Hoffman B. The criminalization of the mentally ill. *Can J Psychiatry*. 1990;35:166–169.
20. Code criminel du Canada (L.R.C. [1985], ch. C-46).
21. R. contre Swain, [1991] 1 R.C.S. 933.
22. Whittaker R. *Mad in America*. New York (NY): Basic Books; 2010.
23. Winko contre Colombie-Britannique (Forensic Psychiatric Institute), [1999] 2 R.C.S. 625.
24. Lamberti J, Weisman R. Persons with severe mental disorders in the criminal justice system: challenges and opportunities. *Psychiatr Q*. 2004;75:151–164.
25. Slate R, Johnson W. *Criminalisation of mental illness: crisis and opportunity for the justice system*. Durham (NC): Carolina Academic Press; 2008.
26. Lamb HR. Reversing criminalization [éditorial]. *Am J Psychiatry*. 2009;166(1):8–10.
27. Hoge S, Buchanan A, Kovaszny B et coll. *Outpatient services for the mentally ill involved in the criminal justice system: a report of the Task Force on Outpatient Forensic Services*. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2009 Oct. p 1–15. An American Psychiatric Association Task Force Report.



The Treatment of Mental Illness in Correctional Settings

Gary Chaimowitz, MB, ChB, FRCPC¹

A position statement developed by the Canadian Psychiatric Association's Standing Committee on Professional Standards and Practice and approved by the CPA's Board of Directors on November 23, 2011.

Introduction

People with mental illness are overrepresented within the criminal justice system, in both the provincial and the federal system.¹ This phenomenon has been evident for the past several decades, with no sign of abatement. Jails and prisons are not optimal places to provide mental health services for an already disadvantaged population. The number of people with mental illness in correctional facilities makes for a crisis that needs urgent attention.

Discussion

Various factors have been cited as responsible for the larger numbers of people with mental illness within the correctional populations, including deinstitutionalization, more stringent certification criteria, the lack of community resources for the people with serious mental

illness, and sociopolitical and socioeconomic forces.²⁻⁵ Although there has been debate about the association between higher levels of violence and some people with serious mental illness, serious violent offenders occupy a very small portion of those imprisoned. Legislative changes, such as Truth in Sentencing legislation, “getting tough on crime” and reduced tolerance for drug-related offences, may impact people with mental illness disproportionately, further enlarging the number of incarcerated people with mental illness.

The burdens of stigma and discrimination faced by people with serious mental illness are accentuated in the criminal justice system.⁶ People with mental illness, not necessarily well-equipped to live on the streets, are even less likely to function within correctional settings. Untreated, they are often placed in segregation cells for extended periods of time. In Canada, there are few

¹ Head of Service, Forensic Psychiatry, St Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario; Associate Professor, Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences, McMaster University, Hamilton, Ontario.

© Copyright 2012, Canadian Psychiatric Association. This document may not be reproduced without written permission of the CPA. Members' comments are welcome. Please address all comments and feedback to: President, Canadian Psychiatric Association, 141 Laurier Avenue West, Suite 701, Ottawa, ON K1P 5J3; Tel: 613-234-2815; Fax: 613-234-9857; e-mail: president@cpa-apc.org. Reference 2012-32s.

Note: It is the policy of the Canadian Psychiatric Association to review each position paper, policy statement and clinical practice guideline every five years after publication or last review. Any such document that has been published more than five years ago and does not explicitly state it has been reviewed and retained as an official document of the CPA, either with revisions or as originally published, should be considered as a historical reference document only.

places within the correctional system where incapable mental health patients can be treated against their will. Even when psychiatric treatment is provided, it is often only offered, but not encouraged, for fear of being seen as coercive. Suicide and homicide rates are significantly elevated in correctional populations, and there are also significant increases in prevalence of schizophrenia, bipolar disorder and depression in correctional service populations.^{1,7}

Canadians have a right to health care. People with mental illness often struggle to access psychiatric treatment, hindered, in part, by their illnesses, stigma–discrimination and limited resources. It is imperative that psychiatric services be made readily available for patients in our correctional system.

Recommendations

The Canadian Psychiatric Association (CPA) takes the position that provincial and federal correctional systems need to enhance the psychiatric services available to inmates, parolees and probationers. This includes inmates, parolees, and probationers having regular access to psychiatrists, allowing for psychiatric interviews to have a modicum of privacy (where risk-appropriate—particularly with inmates), and assessment and treatment sessions approximating the appropriate length of sessions in the community.

- We recommend screening all inmates on admission for mental health concerns and, in the event that mental health issues are noted, instituting a treatment plan. Simple questionnaires may identify many inmates with mental health issues.
- We recommend that any segregation of psychiatric patients at risk of self-harm be reviewed closely and at regular intervals, with the involvement of psychiatric services.
- We recommend the creation of a special mobile team within Corrections Service Canada (CSC) to deal with complex treatment-refractory inmates who engage in repeated self-injurious behaviours.
- We encourage provincial and federal correctional services to work closely with community agencies to ensure that appropriate follow-up is available for probationers and parolees at warrant expiry.
- The CPA encourages provincial and federal correctional services to work to enhance the training of correctional officers and correctional mental health

staff to manage psychiatric illness in correctional settings.

- We encourage the Canadian Academy of Psychiatry and the Law (CAPL) to continue to work closely with CSC to ensure appropriate training, skills and support for psychiatrists working within the federal correctional system.
- We encourage CSC to arrange for competitive working conditions and remuneration for psychiatrists working within the federal correctional system.
- We encourage academic health sciences centres and postgraduate programs in psychiatry to provide training, links and experience in provision of mental health services to psychiatric patients within correctional systems.
- We encourage provincial and federal correctional services to consider developing psychiatric treatment units within their systems to allow for the active treatment of mental illness during sentences.
- We recommend a joint task force, involving the CPA, CAPL, and provincial and federal correctional services, to develop a mental health strategy for psychiatric patients in jails and prisons and to review this on a regular basis.

References

1. Office of the Correctional Investigator. Annual report of the Office of the Correctional Investigator 2009–2010 [Internet]. Ottawa (ON): The Correctional Investigator Canada; 2010 [cited 2011 Jun 9]. Available from: <http://www.oci-bec.gc.ca/rpt/annrpt/annrpt20092010-eng.aspx>.
2. Quanbeck C, Frye M, Altschuler L. Mania and the law in California: understanding the criminalization of the mentally ill. *Am J Psychiatry*. 2003;160(7):1245–1250.
3. Lamb H, Weinberger L, Gross B. Mentally ill persons in the criminal justice system: some perspectives. *Psychiatr Q*. 2004;75(2):107–126.
4. Baillargeon J, Binswanger I, Penn J, et al. Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *Am J Psychiatry*. 2009;166(1):103–109.
5. Peternelj-Taylor C. Criminalization of the mentally ill. *J Forensic Nurs*. 2008;4:185–187.
6. Lamberti J, Weisman R. Persons with severe mental disorders in the criminal justice system: challenges and opportunities. *Psychiatr Q*. 2004;75:151–164.
7. Project Steering Committee of the National Commission on Correctional Health Care (NCCHC), coordinators. Prevalence of communicable disease, chronic disease, and mental illness among the inmate populations. In: NCCHC. The health status of soon-to-be-released inmates. A report to Congress. Vol. 1. Washington (DC): NCCHC; 2002 [cited 2011 Jun 9]. Available from: www.ncchc.org/stbr/volume1/chapter3.pdf.



Canadian Psychiatric Association

Dedicated to quality care

Association des psychiatres du Canada

Dévouée aux soins de qualité

DÉCLARATION DE PRINCIPES

Le traitement de la maladie mentale dans les établissements correctionnels

Gary Chaimowitz, MB, ChB, FRCPC¹

Une déclaration de principes préparée par le Comité permanent des normes professionnelles et de la pratique de l'Association des psychiatres du Canada (APC) et approuvée par le Conseil d'administration de l'APC le 23 novembre 2011

Introduction

La proportion des personnes aux prises avec une maladie mentale dans la population ayant des démêlés avec le système de justice pénale, tant à l'échelle provinciale que fédérale, est plus grande que dans la population en général¹. Le phénomène, connu depuis plusieurs décennies, est loin de s'essouffler. Les prisons et les centres de détention ne sont pas conçus pour offrir de manière optimale des services de santé mentale à une population déjà défavorisée. Pour tout dire, le nombre de personnes atteintes d'une maladie mentale dans les établissements correctionnels donne une indication de l'ampleur d'une crise qu'il faut juguler de toute urgence.

Discussion

Divers facteurs seraient à l'origine du phénomène, notamment la désinstitutionnalisation, le resserrement des critères de certification, l'absence de ressources communautaires destinées aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave ainsi que des enjeux sociopolitiques et socioéconomiques²⁻⁵. Bien que d'aucuns estiment que la maladie mentale grave est un terreau fertile à la violence accrue, les délinquants extrêmement violents ne constituent qu'une très faible

proportion des détenus. L'évolution législative, qui a mis de l'avant le principe de vérité dans la détermination de la peine, le « durcissement du ton » pour combattre le crime et la baisse de la tolérance à l'égard des infractions liées à l'usage de drogues, aura peut-être de plus lourdes conséquences sur les personnes atteintes d'une maladie mentale que sur les autres, ce qui risque également de grossir les rangs de la population carcérale aux prises avec cette maladie.

La stigmatisation et la discrimination, qui affligent les personnes atteintes d'une maladie mentale grave, montent de plusieurs crans pour ces personnes lorsqu'elles sont incarcérées⁶. Les malades, déjà vulnérables et démunis dans la rue, auront certes du mal à s'adapter à la vie en établissement. Dépourvus de traitement, ils se retrouvent dans bien des cas confinés à l'isolement cellulaire durant de longues périodes. Au Canada, les établissements correctionnels en mesure de traiter sans son consentement le délinquant inapte aux prises avec un trouble mental sont peu nombreux. Même lorsque l'établissement propose le traitement psychiatrique, il ne fait souvent que l'offrir sans insister davantage de peur que la mesure soit jugée coercitive. Les taux de suicide et d'homicide sont remarquablement élevés dans la population carcérale et l'on y observe une hausse notable

¹Chef du Service de psychiatrie légale, St. Joseph's Healthcare, Hamilton (Ontario), et Professeur agrégé au Département de psychiatrie et des neurosciences comportementales, Université McMaster, Hamilton (Ontario)

© Tous droits réservés 2012. Association des psychiatres du Canada. Toute reproduction, citation ou paraphrase de ces sommaires, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, sans l'autorisation écrite de l'APC est interdite. Les commentaires des membres sont les bienvenus. Veuillez adresser vos observations au président de l'Association des psychiatres du Canada, 141, avenue Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa (Ontario) K1P 5J3; tél. : 613-234-2815; téléc. : 613-234-9857; courriel : president@cpa-apc.org. Référence 2012-32s.

Avis : L'Association des psychiatres du Canada a comme politique de réviser chaque énoncé de principe, déclaration de politique et guide de pratique clinique tous les cinq ans après la publication ou la dernière révision. Tout document qui a été publié plus de cinq ans auparavant et dans lequel il n'est pas mentionné explicitement qu'il a été révisé ou conservé à titre de document officiel de l'APC, soit révisé ou tel que publié à l'origine, doit être considéré comme un document de référence historique uniquement.

de la prévalence de la schizophrénie, du trouble bipolaire et de la dépression^{1,7}.

Les Canadiens et les Canadiennes ont le droit d'obtenir des services de santé. Beaucoup de personnes souffrant d'une maladie mentale ont difficilement accès au traitement psychiatrique pour divers motifs, comme la maladie elle-même qui les empêche de demander de l'aide, la stigmatisation et la discrimination ou les ressources limitées. Il est impératif que nous bonifions l'offre de services de santé mentale aux patients incarcérés.

Recommandations

L'Association des psychiatres du Canada (APC) insiste sur la nécessité d'améliorer les services psychiatriques offerts aux détenus, aux libérés conditionnels et aux probationnaires du système correctionnel de ressort fédéral comme provincial. Soit, la possibilité pour les détenus, les libérés conditionnels et les probationnaires de consulter régulièrement un psychiatre en privé dans la mesure du possible à la lumière du risque que cela comporte. L'accès à l'évaluation et les séances thérapeutiques de durée comparable à ce qui est offert dans la collectivité devrait faire partie de l'offre de services.

- L'APC recommande le dépistage des troubles mentaux au moment de l'évaluation initiale des délinquants et l'instauration d'un plan de traitement en présence d'un problème de santé mentale. De simples questionnaires permettront de déceler nombre de troubles mentaux.
- L'APC recommande que l'isolement du délinquant aux prises avec une maladie mentale qui risque de s'automutiler soit revu minutieusement à intervalles réguliers de concert avec les services psychiatriques.
- L'APC recommande la mise sur pied d'une équipe mobile spécialisée au sein du Service correctionnel du Canada (SCC) à qui seraient confiés les cas complexe, réfractaires au traitement, et qui s'automutilent à répétition.
- L'APC encourage les services correctionnels provinciaux et fédéral à collaborer étroitement avec des organismes communautaires afin d'offrir un suivi approprié aux probationnaires et aux libérés conditionnels à la fin de leur mandat.
- L'APC encourage les services correctionnels provinciaux et fédéral à améliorer la formation des agents correctionnels et du personnel des établissements offrant des services de santé mentale afin d'être en mesure de prendre en charge les cas de maladie mentale dans les établissements.
- L'APC encourage l'Académie canadienne de psychiatrie et de droit (ACPD) et le SCC à continuer

de déployer des efforts concertés en vue d'offrir les services de perfectionnement des connaissances, des aptitudes et le soutien nécessaires aux psychiatres œuvrant dans le système correctionnel fédéral.

- L'APC encourage le SCC à offrir une rémunération et des conditions de travail concurrentielles aux psychiatres œuvrant dans le système correctionnel fédérale.
- L'APC encourage les Facultés de sciences de la santé universitaires et les programmes d'études postdoctorales en psychiatrie à offrir de la formation, des stages et des ressources en matière de prestation de services de santé mentale dans les systèmes correctionnels.
- L'APC encourage les systèmes correctionnels de ressort provincial ou fédéral à étudier la possibilité de mettre sur pied des unités de traitement psychiatrique qui veilleraient au traitement actif de la maladie mentale durant la détention.
- L'APC recommande la formation d'un groupe de travail chargé d'élaborer, et de revoir périodiquement, une stratégie de santé mentale à l'intention des personnes incarcérées aux prises avec un problème de santé mentale, dont elle ferait partie et qui comprendrait en outre des représentants de l'ACPD et des services correctionnels provinciaux et fédéral.

Références

1. Bureau de l'enquêteur correctionnel. Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2009–2010 [Internet]. Ottawa (ON) : l'Enquêteur correctionnel du Canada; 2010 [cité le 9 juin 2011]. Adresse: <http://www.oci-bec.gc.ca/rpt/annrpt/annrpt20092010-fra.aspx>.
2. Quanbeck C, Frye M, Altshuler L. Mania and the law in California: understanding the criminalization of the mentally ill. *Am J Psychiatry*. 2003;160(7):1245–1250.
3. Lamb H, Weinberger L, Gross B. Mentally ill persons in the criminal justice system: some perspectives. *Psychiatr Q*. 2004;75(2):107–126.
4. Baillargeon J, Binswanger I, Penn J et coll. Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *Am J Psychiatry*. 2009;166(1):103–109.
5. Peternelj-Taylor C. Criminalization of the mentally ill. *J Forensic Nurs*. 2008;4:185–187.
6. Lamberti J, Weisman R. Persons with severe mental disorders in the criminal justice system: challenges and opportunities. *Psychiatr Q*. 2004;75:151–164.
7. Project Steering Committee of the National Commission on Correctional Health Care (NCCHC), coordinateurs. Prevalence of communicable disease, chronic disease, and mental illness among the inmate populations. Dans: NCCHC. The health status of soon-to-be-released inmates. A report to Congress. Vol. 1. Washington (DC): NCCHC; 2002 [cité le 9 juin 2011]. Adresse : www.ncchc.org/stbr/volume1/chapter3.pdf.