



La criminalisation des personnes atteintes d'une maladie mentale

Gary Chaimowitz, MB, ChB, FRCPC¹

Cet énoncé de principe a été révisé et retenu comme document officiel de l'Association des psychiatres du Canada (APC). L'original a été élaboré par le Comité permanent des normes professionnelles et de la pratique de l'APC 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, Dorothea 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, attenant 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

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

© Tout 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-R1.

Citation suggérée : Chaimowitz G. La criminalisation des personnes atteintes d'une maladie mentale. *Can J Psychiatry*. 2012 Feb;57(2):Encart, 1-7.

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.

incarné ensuite par William Tuke, le York Asylum et les Quakers, qui prenait 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 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 accru⁹. 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 révélait 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 châtimement 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 déchargé 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 Swain*²¹, 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 : https://web.lib.unb.ca/Texts/NBHistory/Commissions/bin/read_commission.cgi?file=es6r0T&dir=ES6.
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. Peternej-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 : <https://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20092010-fra.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.