



VERS UN RÉSEAU INTÉGRÉ

**La criminalisation des personnes aux prises avec des
problèmes de santé mentale**

Le Forum de Montréal

document préparé par
Madeline Lamboley

pour
l'Association canadienne de justice pénale

avec le généreux support de
Sécurité publique Canada



Montréal, le 21 mai 2009

Table des matières

Remerciements

Participants

Introduction

I. Survol de la littérature et de la recherche en matière de criminalisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale

A) Bref survol de la littérature, quelques généralités

B) Un regard critique sur la situation actuelle à Montréal

Présentation du **Docteur Mimi Israël** intitulée "L'accès aux services pour la clientèle de psychiatrie et justice : l'hôpital, la prison ou la rue ?"

C) Où en est la recherche dans le domaine ?

Présentation de **M. Gilles Côté** intitulée "Évolution de la recherche dans le système de justice pénale"

Présentation de **Mme Anne Crocker** intitulée "La clientèle à l'interface des systèmes de santé mentale et judiciaire : une question de psychodiversité légale et de coordination des services"

II. Les initiatives prises en matière de santé mentale à Montréal, quelques exemples

A) La Table intersectorielle de psychiatrie légale

Présentation de **M. Pierre Gendron** intitulée "Table intersectorielle de psychiatrie légale (Table de concertation en psychiatrie justice)"

B) L'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM)

Présentation du **Docteur Jocelyn Aubut** intitulée "Forum en santé mentale : initiatives nouvelles et anciennes"

C) *Hébergement réadaptatif et intégration sociale de la clientèle en psychiatrie légale à l'hôpital Louis-H. Lafontaine de Montréal.*

Présentation de **M. Jean-Jacques Leclerc** intitulée "Hébergement réadaptatif et intégration sociale de la clientèle en psychiatrie légale"

D) *Le tribunal en santé mentale*

Présentation de **Mme Suzanne Carrière** intitulée "Projet pilote à la cour municipale de la Ville de Montréal d'intervention multidisciplinaire pour les contrevenants souffrant d troubles mentaux : Tribunal de la Santé Mentale"

Conclusions et recommandations pour l'avenir

Bibliographie

Remerciements

Plusieurs études (Sinha, 2009 ; Szasz, 1970 ; Horwitz, 1977) ont démontré que ce soit les autorités légales ou religieuses, nous avons toujours voulu punir, exclure ou éliminer les individus souffrant des problèmes de maladie mentale qui contrevenaient aux lois. Ces individus dérangeant, ils ne sont pas les bienvenus dans nos sociétés de plus en plus à la recherche de perfection et de performances. Encore aujourd'hui, même si d'importants efforts ont été effectués, le chemin à faire pour offrir les meilleures options possibles à cette clientèle reste long et sinueux, mais non moins prometteur. La société St-Léonard du Canada et l'Association canadienne de justice pénale a relevé le défi en 2007 de recenser l'éventail de quelques pratiques prometteuses mises en œuvres dans diverses villes canadiennes (Halifax, Kingston, Calgary et Vancouver). Suivant cette initiative, nous avons poursuivi nos démarches à Montréal en 2009.

Rien de tout cela n'aurait été possible sans l'appui de l'Association canadienne de justice pénale, et plus particulièrement de M. Irving Kulik qui a piloté ce projet. Toutefois, nous voulons également souligner que la réalisation de ce guide n'aurait pas pu voir le jour sans la participation de nos conférenciers et conférencières, soit Dr Jocelyn Aubut ; Suzanne Carrière ; Anne Crocker ; Gilles Côté ; Pierre Gendron ; Dr Mimi Israël ; Jean-Jacques Leclerc, et les riches débats qui ont suivis les présentations de chacun et chacune. Tous ont la même préoccupation, celle d'éviter autant que possible la criminalisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé, de trouver de nouvelles initiatives et alternatives en la matière.

Finalement, nous aimerions remercier, tout particulièrement, le ministère de la Sécurité publique du Canada qui, avec son support financier continu nous a permis de réunir tous les professionnels clés et les bénévoles qui consacrent leur carrière et leur vie à une société plus sécuritaire et plus en santé.

Participants au Forum tenu à Montréal, le 21 mai 2009

Conférenciers et conférencières :

AUBUT, Dr. Jocelyn - Directeur général, Institut Philippe-Pinel de Montréal

CARRIÈRE, Suzanne - Directrice, Services spécifiques et santé publique CSSS Jeanne-Mance/CLSC des Faubourgs

CÔTÉ, Gilles - Directeur, Centre de recherche, Institut Philippe-Pinel de Montréal

CROCKER, Anne - Director, Policy and Population Serv. Health Axis, Douglas Hospital Research Ctre; Assistant Professor, Department of Psychiatry, McGill University

GENDRON, Pierre - Coordonnateur, Services externes, Institut Philippe-Pinel de Montréal, Centre psychiatrie légale de Montréal

ISRAËL, Dre Mimi - Chef, département de psychiatrie, Hôpital Douglas

LECLERC, Jean-Jacques - Directeur, Services de réadaptation et d'hébergement (DSRHC) Hôpital Louis-H. Lafontaine

Participants qui ont contribué à alimenter les débats :

ARRUDA, Michael - Policier, Service de police de la ville de Montréal

AUDET, Dominique - Présidente, commission d'examen des troubles mentaux

BASTILLE, Solange - Directrice, Direction des programmes, Services correctionnels du Québec

BEAUDOIN, Odette - Présidente québécoise de la schizophrénie

BOILEAU, Yves - Maison L'Intervalle

CHÂTEAUVERT, Elaine - Avocate, CC

CHARBONNEAU, Rachel - Coordonnatrice, Services spécialisés, Centre Dollard-Cormier

DELISLE, Sophie - Directeur, Poursuites criminelles et pénales (provincial)

FONTAINE, Chantal - Directrice régionale des Services santé, SCC, Région du Québec

GAGNÉ, Bernard - Directeur Diogène

JEAN-GILLES, Rodely - Conseillère au partenariat, Réseau correctionnel de Montréal, Direction support, liaison et développement

LAUZON, Normand - Directeur gestion des réseau, Agence santé et services sociaux Montréal

NADEAU, Pierre - Avocat, Ministère de la Justice (en remplacement de Michel Bouchard, sous-ministre de la Justice)

PAQUET, Roger - Sous-ministre de la Santé

PROULX, Mathieu - Président, CETM; Juge administratif en chef adjoint, Tribunal administratif du Québec

RONDEAU, Karine - RAPSIM

VERTEFEUILLE, Denis - Directeur, Réseau correctionnel de Montréal, Direction Support, Liaison et Développement

VOISARD, Renée - Agence de la santé et des services sociaux Montréal

Introduction

Avant 1960, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale se trouvaient démunies face aux options peu réjouissantes et non adaptées qui s'offraient à elles. Elles disposaient alors de deux "options", soit la prison, soit l'asile. Germe alors l'idée de désinstitutionnaliser. Cette idée partait d'une bonne intention soit de dispenser des soins à la fois plus efficaces et plus personnalisés, mais ce qui était prévu en théorie ne s'est pas matérialisé dans la pratique par manque d'appuis et de moyens. C'est pourquoi, après la désinstitutionnalisation, une autre "option" s'est offerte aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, soit la rue et la mendicité qui a remplacé l'asile. En 1970, l'institut Philippe Pinel apparaît dans ce décor, puis c'est après les années 1990 que le virage légal opère par le biais de l'entrée des hôpitaux dans le monde de la psychiatrie. Ainsi, des amendements au code criminel canadien permettent au tribunal de désigner un centre hospitalier pour la garde, le traitement et l'évaluation d'un accusé visé par une décision ou une ordonnance d'évaluation ou de placement. C'est également à ce moment-ci que des commissions d'examen sont mises en place.

Plusieurs études empiriques ont mis en lumière les effets néfastes de la désinstitutionnalisation (Keely, 2004 ; Brink, Doherty & Boer, 2001). La seule possibilité d'obtenir du soutien et du service pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale est encore d'entrer dans les systèmes de santé et de justice, ce qui tend à stigmatiser et discriminer encore plus cette population. Le système a en effet tendance à criminaliser des situations qui ne devraient pas toujours l'être et où des solutions alternatives devraient être mises en place. Les prisons ne sont pas un lieu adéquat pour recevoir un traitement en santé mentale, mais quel est-il alors ? Les hôpitaux le sont-ils plus ? De façon générale, les fournisseurs de services ne sont pas nécessairement équipés et suffisamment financés pour recevoir ces personnes (Kelly, 2004). De plus, il faut noter que d'une part, les services ne sont pas en assez grand nombre pour répondre à une demande croissante et que d'autre part, les professionnels ne sont pas assez formés pour intervenir auprès de cette population (Kaiser, 2007)

L'étude menée par Stuart et Arboleda-Flòrez en 2001, sur la perception des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, montre que l'opinion publique voit ces personnes comme étant dangereuses. Les médias ont une part de responsabilité dans cette fausse perception que le public peut avoir de ces personnes. Les médias contribuent donc à cette stigmatisation et discrimination auxquelles font fasse cette clientèle. De surcroît, [Traduction] "les citoyens réagissent aux effets de la criminalité et de l'inconduite sur leur vie. Il leur importe peu qu'un comportement soit criminel ou non. La population s'attend à ce que la police intervienne, quelle que soit la nature du comportement en cause" (BC Justice Review Task Force, 2005 :29).

Avant tout, nous pensons qu'il est important de rappeler le contexte dans lequel s'inscrit la problématique de la santé mentale à Montréal par le biais d'un bref survol de la littérature et des recherches menées dans ce cadre. Nous poursuivrons en présentant quelques exemples d'initiatives prises à Montréal en matière de santé mentale. S'ensuivra les conclusions que nous tirons de la situation montréalaise, ainsi qu'une série de recommandations pour l'avenir.

I. Survol de la littérature et de la recherche en matière de criminalisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale

Dans un premier temps, nous ferons un bref survol de la littérature existante et présenterons quelques généralités afin d'aider le lecteur à mieux comprendre la problématique de la santé mentale. Dans un second temps, la présentation du docteur Mimi Israël portera un regard critique sur la situation actuelle à Montréal, notamment l'accès aux services pour la clientèle de psychiatrie et justice. Enfin, dans un troisième et dernier temps, nous observerons où en est la recherche dans le domaine grâce aux présentations de M. Côté et Mme Crocker.

A) *Bref survol de la littérature, quelques généralités*

1) Quelques chiffres pertinents...

L'organisation mondiale de la santé a révélé en 2001 que la santé mentale est une préoccupation mondiale dans la mesure où elle touche près de 450 millions d'individus (Statistics Canada, 2009). En 2002, le Canada a évalué approximativement que 2,6 millions d'individus soit près de 10% de la population canadienne ont reporté des symptômes de santé mentale incluant la dépression d'ordre majeure, "mania disorder", troubles de la panique, phobie social et agoraphobie, ainsi que des dépendances à l'alcool et aux drogues (Statistics Canada, 2003). Santé Canada estime en 2002 qu'approximativement 1% de la population générale est atteinte de schizophrénie. Plus récemment, une étude menée par Rush et ses collaborateurs en 2008 a également mis en évidence que 2% de la population adulte canadienne avait des troubles de santé mentale, mais cette fois associée à un trouble de consommation de substances. En effet, au Québec par exemple, les personnes aux prises avec un problème de santé mentale sont plus vulnérables à consommer des substances illicites (Kairouz et al., 2008). Perreault et ses collaborateurs (2009) ont, à cet égard, pu remarquer que l'abus de substances peut accentuer les problèmes de santé mentale, masquer les symptômes, procurer une impression de bien-être, ou encore de diminuer l'efficacité d'une médication voire même s'y substituer.

2) Absence de consensus quant à la définition à donner à la santé mentale et changements législatifs

Pour commencer, un des principaux défis est de donner une définition précise et commune de la santé mentale, par exemple considérer quels types de comportements ou désordres nous pourrions inclure quand nous voulons définir les personnes avec des problèmes de santé mentale (Statistics Canada, 2009). Actuellement, on observe des variantes de définitions suivant les secteurs (justice versus santé). L'importance de cette définition commune est d'autant plus importante que la police doit prendre des mesures immédiates sur les appels concernant une variété d'individus, qu'ils aient ou non commis une infraction pénale et qu'ils aient ou non eu une évaluation clinique (Statistics Canada, 2009). De surcroît, nous avons pu constater que chaque système de justice approche la maladie mentale différemment. La

relation entre la maladie mentale et le système de justice criminel s'explique principalement pour deux raisons : premièrement l'augmentation de la visibilité des individus aux prises avec des problèmes de santé mentale, ainsi que l'augmentation du risque de commettre des crimes dans des circonstances aggravantes (Statistics Canada, 2009).

Une série de changements législatifs et autres réformes ont tenté de "clarifier" la situation depuis les dix-sept dernières années. En bref, la loi C-30 proclamé en 1992 à la fin du système du Lieutenant Gouverneur Warrant change le verdict de "non coupable pour raison d'insanité" pour "non criminellement responsable pour troubles mentaux"(NCRTM). Une commission d'examen en tant que corps légal a été créée en vue de surveiller les personnes trouvées NCRTM ainsi que les personnes trouvées incapables à subir leur procès. Les amendements au Code criminel de 1992 ont également augmenté les droits des personnes trouvées non criminellement responsables. Depuis l'affaire R. v Winko en 1999, la Cour Suprême du Canada a clarifié les garanties de détention. Dorénavant la détention ne sera garantie seulement si l'accusé présente une menace significative pour le public. Enfin, en 2005, plusieurs amendements au Code criminel ont introduit la loi C-10, ainsi qu'une série de réformes, notamment concernant les pouvoirs de la Commission d'examen et les droits des victimes (Statistics Canada, 2009).

3) Les traitements

"Dans les domaines du traitement et de la prévention, les études indiquent que les interventions les plus efficaces sont celles qui impliquent plusieurs milieux." (Perreault et al., 2009 :91) En effet, "pour les personnes souffrant de troubles de santé mentale graves, il a été démontré que les traitements offerts dans les réseaux de services distincts de toxicomanie et de santé mentale étaient non seulement inefficaces, mais généraient de piètres résultats" (Perreault et al., 2009 :95).

C'est pourquoi, dans les cas de troubles concomitants, Perreault et ses collaborateurs (2009) suggère le modèle de traitement intégré (MIT) comme faisant partie des meilleures pratiques. Perreault et ses collaborateurs (2009) relèvent plusieurs constats quant aux meilleures pratiques sur les troubles concomitants, pour les citer :

- Les troubles concomitants se caractérisent par une très grande hétérogénéité ;
- Les études sur l'efficacité des traitements ont mis en évidence la nécessité de mieux définir les composantes des programmes et d'évaluer leurs effets différentiels ;
- Il convient de poursuivre le développement et la validation des données probantes existantes à l'aide de méthodes plus rigoureuses ;
- Il importe de combler les biais introduits par le choix des méthodes expérimentales dans l'adoption des meilleures pratiques ;
- Il serait opportun de considérer les bonnes pratiques de prévention sur le même continuum que celles se rapportant au traitement.
- Au-delà de la disponibilité de bonnes pratiques, la manière de les implanter représente en soi un défi.

4) Recommandations

L'étude menée par Statistiques Canada en 2009 auprès des adultes et des jeunes avec des problèmes de santé mentale dans le système de justice criminelle a révélé trois commentaires majeurs, pour les citer :

- le manque de ressources en santé mentale tend à augmenter de manière significative le nombre de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale entrant dans le système de justice. Par là même, le système de justice devient le principal mécanisme pouvant offrir des services et des soins aux personnes avec des problèmes de santé mentale ;
- la relation entre la maladie mentale et le contact avec le système de justice criminelle. Cet intérêt découle d'une préoccupation à l'accès limité aux services sociaux dans la communauté ;
- le partage des informations et la collaboration entre les services. L'inefficacité du système tient au fait qu'il y a d'importantes restrictions dans le partage des informations entre les services, incluant la législation sur la vie privée et la nécessité d'un consentement éclairé du client, et le besoin de plus de collaboration entre les secteurs de justice et entre les secteurs de justice et le secteur de la santé. Ces barrières affectent la continuité des services offerts aux individus aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Toujours selon l'étude récente menée par Statistiques Canada (2009), les axes prioritaires concernant le système judiciaire et la Commission d'examen seraient :

- Prévaloir les accusés avec des problèmes de santé mentale dans le système judiciaire ;
- Développer l'expertise légale en augmentant le nombre de spécialistes, psychiatres, et ainsi réduire les délais d'attente des expertises ;
- Augmenter les services dans la communauté et le support social afin que les personnes souffrant de troubles mentaux reçoivent les traitements appropriés rapidement et soient soutenues dans la communauté ;
- Décisions de la Cour sur la mise en liberté sous caution pour les personnes avec des problèmes de santé mentale. Par manque de support dans la communauté ou de la famille, ces personnes ont plus tendance à briser leurs conditions et à retourner en prison en attendant la tenue de leur procès, notamment les jeunes ;
- Encourager les Tribunaux spécialisés en santé mentale ;
- Partager les informations entre les différents secteurs par le biais d'une approche collaborative en atténuant, dans certains cas, les lois sur la vie privée et les politiques de confidentialité.

Enfin, selon Statistiques Canada (2009), les axes prioritaires pour les Services correctionnels, cette fois, seraient :

- Cette population requiert des services correctionnels et a des besoins spécifiques. Les problèmes de drogues est le problème le plus fréquemment co-existant avec la santé mentale.
- Nécessité d'un type d'emprisonnement approprié. Il y a un manque d'unités psychiatriques.
- Standardiser les programmes entre le provincial et le fédéral.
- Encourager les services correctionnels à en connaître plus sur cette problématique, de reconnaître les symptômes pour éviter les faux diagnostics ou les personnes avec un problème de santé mentale non-identifiées.
- Continuité des soins de santé mentale avant et après la détention.

D'après Kirby et Keon (2006 : 336), " Bien que la continuité des soins soit le but visé, peu de délinquants fédéraux reçoivent les traitements dont ils ont besoin par manque des services nécessaires en santé mentale."

B) Un regard critique sur la situation actuelle à Montréal

Présentation du Dre Mimi Israël intitulée "L'accès aux services pour la clientèle de psychiatrie et justice : l'hôpital, la prison ou la rue ?"

Suite au virage légal pris par le gouvernement fédéral du Canada en matière de santé mentale, un arrêté ministériel 2005-013 du 25 août 2005 a désigné quatorze centres auxquels les tribunaux pourront référer des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale suivant le principe de sectorisation de l'île de Montréal. En effet, aucune distinction n'est faite entre les hôpitaux psychiatriques, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de hiérarchisation suivant la sévérité de la pathologie ou encore de la dangerosité de la personne. Cela signifie que nous ne prenons pas en considération le fait de savoir si l'Hôpital possède les ressources spécifiques nécessaires en personnel et en équipement en vue de traiter convenablement le patient. De surcroît, le projet de loi 83 de 2004 a confié la mission d'organisation locale des services en santé mentale aux Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS), qui seront alors responsables de la santé de la population d'un territoire.

Treize de ces centres désignés par l'arrêté ministériel sont aptes à comparaître devant les tribunaux, ont le droit d'évaluer la personne référée et peuvent la traiter.

Il s'agit de :

1. Institut Douglas
2. Hôpital Louis-H. Lafontaine
3. Hôpital Maisonneuve-Rosemont
4. Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
5. Centre hospitalier de l'Université de Montréal

6. Centre universitaire de santé McGill
7. Centre hospitalier de St. Mary
8. Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
9. CSSS de l'Ouest-de-l'île (CH Lakeshore)
10. CSSS du Coeur-de-l'île (CH Jean-Talon)
11. CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord (CH Fleury)
12. Hôpital Rivière des Prairies
13. Hôpital Sainte-Justine

Un seul des quatorze centres désignés, soit l'Institut Philippe-Pinel de Montréal accueillent les personnes jugées dangereuses et a le mandat d'évaluer leur responsabilité criminelle.

Il est à noter que ce n'est pas parce que le patient provient du système de justice qu'il va recevoir des soins spécialisés pour autant. En effet, aucun département de psychiatrie, autre que Pinel, possède des ressources professionnelles ou médicales spécialisées en psychiatrie légale.

En pratique, dans la plupart des cas, le patient est reçu :

- dans une unité courte durée ouverte avec attente d'une durée moyenne de séjour de 21 jours alors qu'il s'agit d'une clientèle hétérogène et vulnérable et qu'il est fait pression sur l'unité pour donner un congé rapide pour désengorger le système. Tout est question de rentabilité;
- sans moyen de garantir des mesures de sécurité, si nécessaire, ce qui a tendance à créer un manque de contrôle sur les patients et donc une augmentation des risques pour le personnel soignant qui par conséquent est inconfortable, voire éprouve une certaine peur avec ces patients;
- par une équipe soignante sans connaissance du système légal ni expertise en toxicomanie, criminologie, ou évaluation et gestion des risques. Ce manque d'outils face à ces patients entretient l'inconfort, l'impuissance et la méfiance vis-à-vis de ceux-ci.

Complexité est le mot qui résumerait le mieux le système actuel en santé mentale. En effet, complexité pour le client qui se retrouve face à trois ministères, douze CSSS, 14 hôpitaux et de nombreuses ressources communautaires. Complexité aussi pour les professionnels qui doivent gérer des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale d'Axe I (schizophrénie, dépression etc.), et/ou d'Axe II (e.g. trouble de la personnalité antisociale), et/ou de toxicomanie, et/ou de misère sociale. En effet, un même client peut cumuler ces différentes problématiques. Par exemple, une même personne pourrait avoir un problème de santé mentale d'Axe 1, être toxicomane et être dans la misère sociale. C'est pourquoi, cette clientèle est complexe. Elle est complexe, car elle est plus difficile à traiter vu la cooccurrence des problématiques, mais aussi parfois plus dangereuse, moins motivée, et enfin plus à risque de ne pas adhérer au traitement.

En réalité, deux mondes s'affrontent face à un même problème alors qu'au contraire, pour avancer, il serait nécessaire qu'ils soient tous deux solidaires. D'un côté, il y a un premier monde, celui de la Justice et Sécurité Publique qui édicte la loi qui se veut être rigide, claire et contrôlante en vue de protéger le public, et si nécessaire, corriger, punir et contrôler les personnes contrevenant à cette loi. D'un autre côté, il y a un deuxième monde, soit celui de la Santé et des Services Sociaux qui, contrairement, à la Justice et Sécurité Publique, veulent les meilleures pratiques qui nécessitent inévitablement d'être flexible, d'avoir une certaine part d'ambiguïté, et menant à des négociations en vue de protéger leurs patients afin que ces derniers puissent se faire guérir ou pour le moins se rétablir et/ou se motiver pour se diriger vers une nouvelle voie.

Au final, ce sont deux mondes qui fonctionnent en silo, c'est-à-dire, que l'un et l'autre manque de vision globale en n'incluant pas les rôles des différents acteurs, par conséquent tous deux font face à un manque de coordination, et ne reconnaissent peu ou pas les besoins spéciaux de cette population. Cet effet silo a pour conséquence d'entraîner de la frustration des deux côtés, chacun étant méfiant de l'autre, ne communiquant pas leurs informations, méconnaissant le système de l'autre, et ayant de la difficulté à adhérer ou s'adapter aux règles de l'autre.

La complexité du système est également due au fait que son entrée est imprévisible. En effet, qu'il s'agisse d'un premier contact avec le système judiciaire ou le système de santé, dans les deux cas, le client va faire face au syndrome de la porte tournante ce qui signifie qu'il va rapidement sortir après son admission et retourner à l'hôpital peu après sa sortie, et qu'en plus il va certainement être stigmatisé. Lorsque le problème de santé mentale est repéré, le client aura un accès plus rapide à certains types de ressources, toutefois une fois libéré son accès se restreint et engendre le syndrome de la porte tournante ainsi que de la stigmatisation. Lorsque le problème de santé mentale n'est pas repéré, il va très probablement entrer et sortir du système sans jamais qu'il soit diagnostiqué et ainsi récidiver ou être victimisé. De plus, il y a un manque de ressources et d'expertise pour les personnes à risque qui ne sont pas encore passées à l'acte criminel, et également une pénurie, voire une absence, de ressources pertinentes pour les personnes ayant des antécédents de violence et des problèmes de comportement déjà présents.

Tous les problèmes soulevés ci-dessus font en sorte d'augmenter les cas psychiatriques devant le système judiciaire. En effet, nous constatons qu'à cause de la désinstitutionnalisation, les patients dans la communauté sont plus à risque de commettre des délits. Autre constat suite à l'amendement au code criminel, les patients complexes ne reçoivent pas les soins pertinents. Enfin globalement, nous constatons une consommation accrue de stupéfiants.

Suite à cet exposé sur le système de santé mentale de l'île de Montréal, nous pouvons émettre plusieurs constats :

- Les ressources et autres budgets n'ont pas suivi la clientèle.
- Il y a eu une augmentation des cas.

- Un manque de ressources.
- Une mauvaise utilisation des ressources existantes.
- Un problème d'achalandage au niveau de la Sécurité publique et justice.
- Un problème d'accessibilité aux traitements psychiatriques et médicaux, à la réadaptation pour les toxicomanes, ainsi qu'à l'hébergement.
- Morts accidentelles qui auraient pu être évitées.
- La mauvaise utilisation du système judiciaire et du système de santé augmentent leurs coûts respectifs

Suggestions du Dre Israël pour l'avenir : Créer une vision qui consisterait à prévenir, dépister, déstigmatiser et spécialiser, pour cela, il faut :

- Éviter la judiciarisation dans la mesure du possible
- Éviter la psychiatrisation dans la mesure du possible
- Diminuer le temps de transit dans le réseau judiciaire pour ceux qui sont mieux servis par le réseau de la santé mentale et vice versa
- Répondre aux besoins spécifiques de cette population
- Concentrer l'expertise et diminuer le nombre d'acteurs
- Investir dans la liaison et la coordination
- Créer un réseau Justice-Santé-Toxicomanie

Commentaires suite à la présentation du Dre Israël :

- Il ne faut pas seulement de la volonté, mais aussi de l'INVESTISSEMENT
- Problématiques sont souvent coexistantes, il faut pouvoir offrir un service adéquat répondant à des besoins particuliers
- Les infirmières ne sont pas formées en psychiatrie légale (forensic)
- Problèmes de stigmatisation et discrimination
- Problème à l'échelle du Canada
- Problème fondamental est que la santé relève du provincial
- Nécessité d'établir des principes généraux
- Toxicomanie doit être incluse dans les problématiques de santé mentale
- Si influence des structures, alors il sera possible d'intégrer les meilleures pratiques

C) Où en est la recherche dans le domaine ?

Présentation de M. Gilles Côté intitulée "Évolution de la recherche dans le système de justice pénale"

En milieu carcéral, les problèmes de santé mentale sont importants et différents. En effet, les drogues jouent un rôle primordial dans la mesure où la consommation de substances en tout genre peut causer des psychoses.

L'apport de l'épidémiologie dans les années 80 montre qu'il y a un taux plus élevé de troubles mentaux parmi les délinquants incarcérés. En effet, quelques exemples éloquents pour illustrer ceci :

- Les troubles schizophréniques, par exemple, sont presque 4 fois plus élevés parmi les détenus en prisons par rapport à la population générale (1,70%), et sont supérieurs à 4 fois dans les pénitenciers.
- La dépression majeure, quant à elle, est près de 5% dans la population générale alors qu'elle est d'un peu plus de 17% dans les prisons et un peu moins de 17% dans les pénitenciers, soit environ 3 fois plus élevée.
- Les drogues sont certainement l'exemple le plus marquant. En effet, 6,10% dans la population générale consomme alors que les drogues sont présentes dans 65,70% des cas en prisons et 49,40% des cas dans les pénitenciers.

Dans les années 90, parmi les sans domicile fixe, par exemple, 42,1% avaient des troubles de toxicomanie et 59% d'entre eux ont connu l'emprisonnement. C'est seulement à la fin des années 90 et au cours des années 2000 que nous avons développé des instruments d'évaluation du risque. Avant, la capacité des cliniciens à évaluer la dangerosité était réduite. Actuellement, selon le Bureau de l'Enquêteur correctionnel (2005 : 13) : " [...] la proportion de délinquants sous responsabilité fédérale ayant des besoins en matière de santé mentale a plus que doublé au cours des dix dernières années."

*Présentation de **Mme Anne Crocker** intitulée "La clientèle à l'interface des systèmes de santé mentale et judiciaire : une question de psychodiversité légale et de coordination des services"*

L'interaction des personnes ayant des troubles mentaux avec les services policiers et le système de justice criminelle fait débat. En effet, des recherches montrent que la désinstitutionnalisation et les changements législatifs sont la source d'une probabilité accrue de contacts avec le système de justice criminelle pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Déjà en 1984, Teplin observait que le contact initial des policiers avec les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale est supérieur comparativement à la population générale. En revanche, Engel et Silver (2001) ont remarqué que les policiers sont 3 fois moins susceptibles de procéder à une arrestation d'individus ayant des troubles mentaux graves. Au Canada, il y a encore peu d'études sur les interactions des personnes ayant des troubles mentaux avec les services policiers. Nous notons par ailleurs qu'il y a peu d'attention portée aux différences inter-sexe.

Une étude menée à London (Ontario) a montré que les hommes et les femmes avec des troubles mentaux graves représentent un petit pourcentage de tous les contacts entre citoyens et les services policiers. Ils sont sur-représentés par rapport à la prévalence attendue en population générale. Ils se font repérer par la police lors de contrôle de routine ou bien encore lorsqu'ils font l'objet de plaintes par les citoyens. Lors d'un délit, les personnes avec un trouble mental grave sont plus susceptibles d'avoir un contact avec la police en tant que suspect. Un homme sur trois et une femme sur cinq ayant un trouble mental grave est suspecté de délit

violent. Ce type d'interaction a bien entendu un effet sur la perception du public, mais aussi celle des policiers. Les personnes ayant des troubles mentaux graves sont plus susceptibles d'avoir des accusations formelles que la population générale.

Les chercheurs de l'étude menée à London se sont demandé si le trouble mental est un modérateur important de la relation violence et genre ? Ils arrivent à la conclusion que probablement, le trouble mental est un facteur de risque de criminalité (et violence) plus important pour les femmes que les hommes. Toutefois, les hommes sont plus susceptibles que les femmes à commettre un délit et afficher des comportements violents. En effet, la criminalité des femmes est moins considérée comme étant un problème social.

D'après Hodgins et ses collaborateurs (1992 ; 1996) les hommes avec des troubles mentaux graves sont jusqu'à 7 fois et les femmes avec des troubles mentaux jusqu'à 27 fois plus susceptibles de violence que les hommes et les femmes sans troubles mentaux. Cette importante différence inter-sexe est due également au fait que la précision et l'exactitude des cliniciens dans l'évaluation du risque de violence est moins bonne auprès des femmes que des hommes (Skeem et al., 2005). Les femmes auraient-elles des besoins et des problématiques différentes ? Y-aurait-il besoin d'interventions spécifiques suivant le genre ? Tout ce que nous pouvons dire à l'heure actuelle est qu'il y a très peu de recherches faites sur les femmes.

Suite à ce cours exposé, notons que les facteurs influençant le dénouement sont :

- la gravité de l'incident
- l'instigateur de l'appel
- l'attitude face au policier
- l'alcool et la drogue
- l'itinérance

Actuellement, une étude similaire à celle effectuée à London est en cours de préparation. Elle est menée par Charette, Crocker et Billette sur les interventions policières auprès des personnes semblant présenter un problème de santé mentale à Montréal.

II. Les initiatives prises en matière de santé mentale à Montréal, quelques exemples

A) *La Table intersectorielle de psychiatrie légale*

Présentation de M. Pierre Gendron intitulée "Table intersectorielle de psychiatrie légale (Table de concertation en psychiatrie justice)"

Le parcours de la Table intersectorielle de psychiatrie légale a été pour le moins semé d'embûches dans la mesure où il y a eu plusieurs sources de difficultés. En effet, premièrement le protocole de psychiatrie justice, document déterminant rédigé en 1989, n'a jamais été revu ou même mis à jour. Un comité de coordination interministériel qui devait être mis en place n'a jamais vu le jour, cela sans compter qu'il n'y a aucun regard global au gouvernement. Deuxièmement, cette Table a été tributaire des nombreuses réorganisations tant au niveau des politiques que des structures en elles-mêmes. Troisièmement, il y a eu une absence de connaissance ou d'intérêt de l'Agence de Montréal pour la psychiatrie légale. Enfin, quatrièmement, l'Institut Philippe-Pinel de Montréal dont le mandat est national se trouve être géré de façon régionale.

Ces différentes sources de difficultés ont fait en sorte que la Table s'est créée, puis remodelée en quatre périodes distinctes.

La Table est née au milieu des années 1980. La première période s'étend du milieu des années 1980 au milieu des années 1990. Elle est composée de membres de différents horizons, soit des membres de l'Agence (Régie régionale), du Ministère de la Sécurité Publique (Justice), des Centres de santé sociaux (CSS), de Procureurs, de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM), et de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Elle était animée par M. André Cimon de l'Agence et de M. Marcel Courtemanche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Ces travaux consistaient à faire l'analyse des difficultés liées à la clientèle de psychiatrie justice comme le syndrome des portes-tournantes, les clients résistants, l'accès aux services ou encore la judiciarisation. Ces travaux ont eu pour résultats la mise sur pied du Centre de psychiatrie légale de Montréal (CPLM) où les partenaires déterminés (Justice, Centres de santé sociaux, Institut Philippe-Pinel de Montréal) ont axé leur programmation pour les clients avec des problématiques sexuelles. Des lits d'urgence ont également été mis en place en vue d'éviter la détention sous le nom d'"Entre-toit". En 1994, la Table cesse ses travaux pour la mise sur pied de l'Urgence Psycho-Sociale-Justice ou plus connu sous le diminutif d'UPS-Justice qui a pour mandat d'éviter la judiciarisation des personnes qui ont un problème de santé mentale grave et persistant.

La deuxième période quant à elle débute à la fin des années 1990 sous l'animation de M. Léo Fortin de l'Agence. Les participants sont moins nombreux en comprenant seulement des membres de l'Agence (Régie régionale), l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, ainsi que des ressources d'hébergement. Cette deuxième période a surtout été orientée vers l'hébergement, notamment avec l'ouverture de la ressource en psychiatrie légale

pour femmes "Le Jalon". Des comités d'accès aux ressources d'hébergement comme le Comité d'Orientation Clinique (COC) et le Comité d'Accès au Réseau (CAR) ont été créés. Mais cette période est surtout marquée par le sentiment d'impuissance de ses membres ou période "dépressive" et le départ de M. Léo Fortin.

La troisième période s'étend de 2001 à 2004. Les travaux reprennent sous l'animation de Mme Bibiane Dutil et avec des nouveaux participants, soit UPS-Justice, le Service de Police de la Ville de Montréal (SPVM), et le secteur communautaire. Les principaux dossiers qui préoccupaient la Table durant cette période étaient la Loi 38, loi **d'exception** pouvant être utilisée si aucun autre recours n'est possible. Sa mise en place est complexe du fait entre autres qu'elle contrevient à la Charte des droits et libertés de la personne. La Loi P-38 s'applique lorsque la personne dont l'état mental présente un **danger grave et imminent** pour elle-même ou pour autrui. Durant cette période le cadre de financement des ressources intermédiaires a été réorganisé ce qui a conduit à la fermeture d'une unité à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Cette période a également été marquée par l'implication plus étroite de SPVM et de Me Brousseau et Me Brouillette dans la résolution de problèmes. Le printemps 2004 a vu plusieurs événements majeurs, dont la "réorganisation" de l'Agence, l'abolition des programmes, ainsi que l'abolition des tables sectorielles.

La quatrième période. Suite à des demandes du milieu à l'Agence pour la reprise des travaux de la Table courant 2004, les travaux recommenceront en 2005. Elle sera dénommée Table intersectorielle de psychiatrie légale et sera animée par Mmes Bibiane Dutil et Chantal Despatie. La représentation s'élargit de façon importante. La Table en profite pour faire des mises à jour quant aux liens entre les partenaires, ses collaborations, ses offres de services, et amorce un modèle d'organisation de services. En novembre 2007, un colloque sur la psychiatrie légale a été organisé à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal durant lequel a été présenté le projet de modèle d'organisation de service. Le même mois, M. Levine a été engagé. Le lendemain de l'annonce de son engagement, la Table apprenait sa dissolution. Malgré tout, les membres ont décidé de poursuivre sous l'animation de Mme Sylvie Quenneville du Ministère de la Sécurité Publique.

M. Gendron propose plusieurs suggestions pour l'avenir :

- Nécessité d'une organisation nationale de services pour la psychiatrie légale
- Définir le rôle et la place de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal de façon cohérente
- Définir le rôle et la place des unités régionales de psychiatrie légale
- Définir les liens et les articulations avec les hôpitaux psychiatriques et les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux
- L'Institut Philippe-Pinel de Montréal doit relever du national (Québec) et non de la région de Montréal pour : l'organisation cohérente des services, le budget, l'articulation avec les ministères de la Justice et de la Sécurité Publique, pour la planification, ainsi que la recherche.

Commentaires suite à la présentation de M. Gendron :

- Pas de représentant de service de première ligne
- Besoin d'une permanence de la Table
- Reste encore beaucoup d'obstacles
- Organisation chaotique de la psychiatrie légale à Montréal
- Manque de coordination du réseau. Nécessité que ce dossier soit prioritaire pour le gouvernement, ne pas attendre un drame pour agir
- Tous les services sont pris avec les mêmes problèmes à cause des défauts d'organisation, entre autres. La solidarité entre certains services fait que les choses avancent tant bien que mal.
- Dans les faits, il n'y a rien de structurant, mais il faut avoir la "foi".

B) L'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM)

Présentation du Docteur Jocelyn Aubut intitulée "Forum en santé mentale : initiatives nouvelles et anciennes". Voir site internet de l'IPPM : www.pinel.qc.ca/

L'IPPM existe depuis déjà 40 ans. Cet institut est un hôpital psychiatrique, suprarégional, universitaire, spécialisé en psychiatrie légale et dans l'évaluation, le traitement et la gestion des patients présentant un risque de comportements violents, ce qui en fait un modèle unique à travers le monde. En effet, à lui seul, il réunit toutes les facettes de la psychiatrie légale. L'Institut est affilié à l'Université de Montréal et collabore avec des institutions d'enseignement et d'autres universités canadiennes et internationales.

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal remplit la mission suivante :

- évaluer l'état mental et les risques de violence d'une personne et prodiguer les traitements adaptés;
- enseigner à des résidents en psychiatrie et à des étudiants de divers domaines de la santé ainsi qu'offrir de la formation continue à des professionnels de la santé mentale;
- faire de la recherche sur des aspects biologiques, sociologiques et psychologiques reliés aux phénomènes de la violence et de la dangerosité, de même que sur l'efficacité des programmes de traitement;
- prévenir la violence, en collaboration avec la Fondation Docteur Philippe-Pinel, par l'application de programmes spécifiques et par le partage de son expertise avec ses partenaires.

Plusieurs groupes de professionnels sont impliqués dans les différentes étapes du plan de traitement. Nous retrouvons, entre autres, des psychiatres, des criminologues, des psychologues, des services spécialisés au développement de la personne, un service pastorale.

Les patients admis à l'Institut sont transférés dans l'une des 15 unités de soins offrant des programmes de soins et de traitement spécifiques à leur condition. L'Institut compte pas moins

de 292 lits. L'Institut dispense des soins et des services à une clientèle mixte, multiethnique et multiculturelle, de tous les statuts légaux (cure libre, prévenu, détenu fédéral et provincial, délinquants dangereux ou à contrôler, jeunes sous la protection des lois de la jeunesse) en provenance des réseaux québécois et canadien de la Santé (hôpitaux psychiatriques et généraux), des Services correctionnels et de la Justice (centres de prévention, cours du Québec, cours criminelles et pénales, centres de détention et pénitenciers du Québec, centres jeunesse), des centres de réadaptation, ainsi que des maisons de transition, foyers d'hébergement et autres. Exceptionnellement, l'Institut accueille des patients hors Québec, référés par des établissements ne disposant pas des ressources surspécialisées et de l'encadrement sécuritaire nécessaire pour évaluer et traiter les cas très difficiles.

Les services sont offerts par divers professionnels : psychiatres, infirmières cliniciennes, psychologues, criminologues et sexologues. Une agente de probation est aussi intégrée aux équipes cliniques.

Certains programmes sont offerts à l'interne (expertise, traitement, réadaptation, délinquants sexuels adultes et adolescents, soins psychiatriques pour femmes ayant une sentence fédérale, évaluation et traitement pour adolescents), puis d'autres par les services externes :

- ✓ Le Centre de Psychiatrie Légale de Montréal
- ✓ La Postcure qui reçoit surtout les patients ayant besoin d'un suivi clinique à la suite d'une hospitalisation à l'Institut-Philippe-Pinel de Montréal.
- ✓ La psychiatrie légale adulte
- ✓ Les agresseurs sexuels adultes (consultation, évaluation et traitement)
- ✓ Les adolescents agresseurs sexuels (évaluation et traitement spécialisé)
- ✓ La clinique de dangerosité dont les services sont offerts aux différents départements de psychiatrie de la province.
- ✓ La clinique de pédopsychiatrie des troubles sévères de comportement
- ✓ UPS-Justice qui améliore l'organisation et la prestation des services destinés à la clientèle psychiatrie-justice dans le Centre-Sud de Montréal.
- ✓ La clinique des jeunes (réorientation, exploration de nouvelles approches, interactions avec certains organismes proches des jeunes de la rue, recherche intégrée)

Que les services soient offerts à l'interne ou à l'externe, ils le sont dans un contexte favorisant la réinsertion sociale du patient.

Depuis plusieurs années, Pinel compte aucune évasion, aucun « acting-out » majeur. Pourtant, une hyper-médiatisation des cas de non-retours est faite, ce qui a tendance à créer une panique dans la communauté de proximité inutilement. C'est pourquoi l'IPPM a décidé de s'ouvrir à la chambre de commerce et à la communauté pour mieux se faire connaître et ainsi démystifier l'image renvoyée par les médias.

Pour l'instant, nous observons une méconnaissance des réseaux les uns envers les autres et une méconnaissance de la réalité du terrain. Toutefois, des solutions sont en émergence comme le

National Leaders in Forensic Psychiatry dont l'objectif est de partager des réalités, des enjeux et contraintes quant à l'organisation des services de psychiatrie légale dans chaque région du Canada. Cette initiative récente se distingue des autres colloques où l'accent est mis uniquement sur l'organisation des services.

Le transfert des services de santé du Ministère de la Santé Publique vers le Ministère de la Santé et des Services Sociaux va peut-être permettre un changement de culture. Toutefois, au-delà des aspects opérationnels, le défi majeur est le suivant : Comment diminuer les préjugés à l'égard de cette clientèle pour qu'elle puisse avoir le même accès aux services ?

D'après le docteur Aubut, malgré tous les efforts développés envers cette clientèle depuis de nombreuses années, nous observons une évolution de plus en plus forte vers le "law and order" et une dévaluation de la parole des "gens de terrain" et des experts. Mais où est donc passé le lobby pour "law and order with compassion and rehabilitation" ?

Commentaires suite à la présentation du Docteur Aubut :

- Incohérence du service. Nous ne retrouvons pas toujours les bonnes personnes aux bons endroits ;
- Réseaux ne sont pas équipés pour recevoir cette clientèle ;
- Absence de "pistes d'atterrissage" avant et après l'incarcération ;
- Absence relative de ressources d'hébergement ;
- Donner une qualité de vie tant aux patients qu'aux professionnels et personnels soignants en charge de cette clientèle aux besoins spécifiques ;
- Développer les initiatives avec la communauté de proximité
- "Y-a-t-il un pilote et un avion (financement) ?". Tout existe ou presque mais encore faut-il que le gouvernement donne les moyens de poursuivre les initiatives existantes et à venir.
- Initiative privée intéressante à Vancouver, soit la création d'une agence qui offre aux infirmières une formation en psychiatrie légale.
- Penser à prévoir plus adéquatement la sortie de détention grâce à des actions concrètes et non pas juste avec un ticket de métro. Il est nécessaire de faciliter leur réinsertion.
- Nécessité absolue de mettre l'emphase sur la formation et l'encadrement du personnel;
- Nécessité d'élargir la définition de la psychiatrie légale pour éviter un vase-clos.

C) Hébergement réadaptatif et intégration sociale de la clientèle en psychiatrie légale à l'hôpital Louis-H. Lafontaine de Montréal

Présentation de M. Jean-Jacques Leclerc intitulée "Hébergement réadaptatif et intégration sociale de la clientèle en psychiatrie légale"

La mission de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine est multiple. En effet, il s'agit de faciliter l'accès aux soins et services spécialisés et ultraspécialisés, mais aussi de développer des savoirs pertinents par le biais de la recherche, de l'enseignement et de l'évaluation, et enfin de diffuser les savoirs auprès des usagers, des intervenants, mais également auprès de la population.

Cette mission est intégrée dans les politiques du Plan d'Action Santé Mentale (PASM) de 2005-2010, "La force des liens".

a) La réadaptation psychosociale

Le mot d'ordre de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine est la réadaptation psychosociale. Le modèle privilégié est celui de l'interdépendance des modes d'intervention auprès de la personne en rétablissement dans le modèle T-R-R soit Traitement-Réadaptation-Réhabilitation. La personne en traitement est au centre du modèle. Ce dernier a pour but d'amener la personne à franchir un nouveau pas dans son développement en favorisant son intégration sociale pleine et entière. Il vise l'actualisation des compétences de la personne dans des situations concrètes par une participation active à son milieu. Effectivement, nous jugeons que plus la personne est indépendante, moins elle devra faire affaire avec le réseau de la santé mentale, ce qui permettrait par là même plus de fluidité et une meilleure rotation dans l'offre de service. Pour cela, il faut éviter que les personnes atteintes d'une problématique de santé mentale perde leur emploi.

En matière de réadaptation psychosociale, il est important de respecter certaines valeurs :

- Le respect des droits et des usagers,
- La réponse aux besoins,
- Le développement du potentiel,
- L'espoir,
- La participation active

Agrément Canada de décembre 2007 a mis en lumière trois pratiques dites exemplaires en matière de réadaptation psychosociale. Tout d'abord, l'abolition des codes de vie trop restrictifs à certains égards. Ensuite, la mise en place d'un programme d'administration et de distribution des médicaments dans les ressources d'hébergement et les résidences de réinsertion sociale. Enfin, la mise en place d'un programme de soutien à l'auto-administration des PRN dans les résidences de groupe.

b) Les ressources d'hébergement

Présentement, il existe un éventail de ressources d'hébergement. Nous avons des ressources intermédiaires et des ressources de type familiales gérées par des organismes privés dont l'objectif est le maintien de l'usager. Nous avons également des résidences de groupes, appartements supervisés ou encore des maisons de chambre gérés pour des organismes à but non lucratif dont l'objectif est la réintégration sociale. Enfin, nous avons des résidences de groupe, des appartements individualisés, de l'hébergement transitoire gérés par des ressources d'établissements ou des organismes à but non lucratif dont l'objectif est d'offrir un hébergement spécialisé de 2 à 3 ans.

La présence d'une masse critique dans ces différents milieux de vie permet de :

- Répondre à des besoins multiples
- Accueillir une clientèle variée en termes d'âge et de profil clinique
- Offrir des milieux stimulants, encourageants et créatifs
- Offrir des services axés vers le rétablissement des personnes
- Favoriser le rétablissement des personnes grâce à leur intégration sociale, le maintien dans la communauté, le développement de leur autonomie, l'atteinte d'une qualité de vie, et le développement de soi.

Le profil de la clientèle hébergée est varié et complexe. La majorité, 64% se situe entre 35 et 64 ans. Notons que parmi eux 36% ont entre 50 et 64 ans. 23% ont au-delà de 65 ans, et 13% ont moins de 35 ans.

Les jeunes (moins de 35 ans) représentent une minorité comparativement au reste de la clientèle, néanmoins il est important de créer des liens significatifs avec eux. Ils sont parfois réintégrés trop brusquement dans le milieu adulte et ont tendance à plonger dans des milieux criminalisés ce qui les conduit bien souvent en détention.

Cette clientèle est pour le moins complexe dans la mesure où en plus d'être en continuel changement, elles souffrent de problématiques concomitantes (toxicomanie et dépendance, prostitution, itinérance, troubles de comportement, vieillissement avec perte d'autonomie, santé physique, psychiatrie légale). Cette clientèle demande alors une adaptation en continue.

Au cours des dernières années, nous avons observé une augmentation des demandes en psychiatrie légale et les listes d'attente ne cessent de s'allonger. En mai 2009, 78 personnes souffrant de problématiques de santé mentale sont sur ces listes. Le taux d'occupation des places en psychiatrie légale est de 100%. Les temps d'attente beaucoup trop longs font courir un danger à cette clientèle déjà fragile, mais ils découragent aussi autant la clientèle que les professionnels d'où l'importance du réseautage avec le réseau régulier. Il faut faire en sorte que ces personnes retournent ou restent dans leur milieu naturel. Cette situation fait en sorte que les intervenants agissent juste en situation de crise avec comme objectif une sortie rapide de la personne du système.

Commentaires suite à la présentation de M. Leclerc :

- Développer le réseau de la psychiatrie légale
- Prioriser la "sortie" de 20 personnes de l'Institut Philippe Pinel
- "Urgence d'agir pour un hébergement et une réinsertion sociale de qualité en psychiatrie légale" (document signé par M. Aubut et M. Lemieux) pour éviter le cycle de la judiciarisation. C'est un enjeu majeur.
- Offrir du soutien lors de retour en milieu naturel en développant du soutien au logement, en accompagnant ces personnes par le biais de pairs-aide, prévoir des moments de répit pour la famille.
- Nécessité de débloquer du financement
- Revoir les mécanismes d'accès au réseau afin qu'il soit plus unifié
- Développer les ressources d'hébergement, mais cela nécessite de déconstruire une réalité qui bloque ce processus, soit le phénomène du "pas dans ma cour".

D) Le tribunal en santé mentale

Présentation de Mme Suzanne Carrière intitulée "Projet pilote à la cour municipale de la Ville de Montréal d'intervention multidisciplinaire pour les contrevenants souffrant de troubles mentaux : Tribunal de la Santé Mentale"

Qu'est-ce que le Tribunal en Santé Mentale ?

L'origine de ce projet est une suite de rencontres. En effet, au printemps 2006 il y a eu une première rencontre entre le ministère de la Justice, le ministère de la Sécurité Publique, la Fondation EJLB, et des organismes en santé mentale. À l'automne 2006, une seconde rencontre avec cette fois le ministère de la Justice, le ministère de la Sécurité Publique, le ministère de la Santé et des Services Sociaux (santé mentale), la cour municipale de la ville de Montréal, et les services correctionnels. L'Agence de Montréal s'implique au printemps 2007 pour qu'enfin en mai 2008 le projet soit lancé et les activités du Tribunal débutées. Cette mise en oeuvre a nécessité l'implication de divers partenaires :

- Ministère de la Justice
- Ministère de la Sécurité Publique
- Réseau correctionnel de Montréal
- Cour municipale de la ville de Montréal
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- Institut Philippe-Pinel de Montréal,
- CSSS Jeanne-Mance (UPS-Justice)
- Centre Dollard-Cormier
- Fondation des maladies mentales
- Fondation EJLB
- RAPSIM
- Société québécoise de la schizophrénie

Quels sont les objectifs du Tribunal ?

- Éviter le recours à l'emprisonnement des personnes qui présentent des problèmes de santé mentale en favorisant l'encadrement et le suivi dans la communauté.
- Assurer un suivi continu de ces personnes visant à diminuer les risques de récidive.
- Améliorer le traitement judiciaire à la cour municipale de la Ville de Montréal de ce type de contrevenants.
- Permettre un traitement plus uniforme et cohérents des dossiers judiciaires.
- Réduire la période passée en détention aux fins d'évaluations psychiatriques.

Quelle est la clientèle visée ?

- Adultes du territoire montréalais
- Personnes qui font face à des accusations dites "mineures" (ex : méfaits, trouble de la paix publique, voie de fait simple, entrave au travail d'un agent de la paix)
- Personnes qui présentent des indicateurs de problématiques de santé mentale qui peuvent être en cooccurrence tels que la santé mentale - dépendance ; santé mentale - déficience intellectuelle

Quelle est son organisation judiciaire ?

- Nombre restreint de juges, procureurs de la Couronne, agent de probation
- Organisation physique facilitante (à améliorer)
- Assouplissement des règles de fonctionnement
- Offre du programme Plan accompagnement justice et santé (PAJES)

Qu'est-ce que le PAJES (Plan d'accompagnement justice et santé) ?

Le PAJES a essentiellement trois objectifs :

- Offrir à l'accusé la possibilité de recevoir des services dans la communauté visant à améliorer ou stabiliser son état de santé psychique et psychosocial.
- Offrir à l'accusé la possibilité de bénéficier de différentes mesures judiciaires ou criminelles plus clémentes telles que : retrait de la plainte, exclusion des peines d'emprisonnement ferme.
- Favoriser des liens avec les organismes communautaires et publics.

Notons que le PAJES se veut être un programme volontaire c'est-à-dire que le contrevenant à le droit de le refuser ou encore de s'exclure de ce plan en tout temps durant le processus. Les intervenants impliqués dans le PAJES proviennent tant de la Justice et de la Sécurité Publique (Juges, Procureurs de la Couronne, agent de probation, avocat de la défense) que de la Santé et des Services Sociaux (médecin ; intervenants UPS-Justice ; des équipes provenant des CSSS, des centres hospitaliers psychiatriques, Centre Dollard-Cormier, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle; et des organismes communautaires). Le PAJES tente d'offrir un

hébergement temporaire, cependant les services correctionnels offrent seulement 2 à 3 lits qui restent peu accessibles au projet, tandis que la Santé et les Services Sociaux ont créé 2 nouvelles places réservées pour le projet à la maison Ste-Claire.

Le Tribunal en santé mentale est un projet mené sur 3 ans (débuté en mai 2008). Une recherche est menée par l'Institut en santé mentale Douglas afin d'implanter le projet. Un comité de suivi et un comité de suivi multisectoriel ont été mis en place pour suivre, mais aussi évaluer le projet.

Quels sont les aspects positifs d'un tel projet ?

- Ouverture et confiance
- Collaboration des différents partenaires
- Compréhension de la problématique
- Intégration des problématiques de dépendance
- Liaison
- Le client ?

Quels sont les aspects négatifs d'un tel projet ?

- Collecte de données
- Accès à la psychiatrie
- Équipe de santé mentale - CSSS
- Confusion des rôles et mandats (psychiatrie ; psychiatrie-justice: aptitude et responsabilité)
- Hébergement
- Aménagement des lieux

Le projet pilote du Tribunal santé mentale tend à l'amélioration du projet accompagnement justice - santé mentale.

Suite à la présentation de Mme Carrière, quelques suggestions :

- Nécessité d'une certaine autonomie
- Attention à la gestion de l'information
- Développer des ressources alternatives dans les cas de non-responsabilité
- Dans certains cas, faire des rapports d'incidents plutôt que d'ouvrir un dossier criminel
- Exemple similaire à Toronto qui a déjà fait ses preuves

Afin de mieux visualiser la trajectoire d'un client, des schémas de leur parcours sont disponibles en annexes.

Conclusions et recommandations pour l'avenir

Ce projet aura permis de réaffirmer une fois de plus que bien qu'il y ait de la bonne volonté des gens de terrain à vouloir surmonter les nombreux obstacles liés à la maladie mentale, il faut bien plus. Par bien plus, nous entendons une volonté politique par le biais notamment de financement d'initiatives novatrices et efficaces, mais aussi par la continuité du financement de ce qui existe déjà. Les débats qui ont suivi les présentations sont riches d'idées prometteuses pour répondre aux difficultés de la criminalisation des personnes aux prises avec une problématique de santé mentale, il serait alors nécessaire d'en tenir compte dans les politiques et autres réformes sur le sujet dans le futur.

Toutes les recommandations faites par Josée Tremblay en 2008 dans son rapport "Vers un réseau intégrer" sont bien sûres encore d'actualité.

Les grands axes à garder en ligne de mire :

- Accentuer la prévention
- Augmenter les ressources d'hébergement
- Augmenter le financement pour la santé mentale
- Remédier au problème de définition de la santé mentale
- Travailler en partenariat avec les différents secteurs (justice, santé et communautaire)
- Adapter les traitements aux problématiques de santé mentale concomitante avec d'autres problématiques (exclusion, toxicomanie etc.), cela implique une approche plus personnelle, holistique et multidisciplinaire
- Respecter la dignité du patient, ce n'est pas qu'un pion dans le système, mais une personne à part entière
- Mettre l'emphase sur la réadaptation des personnes
- Éduquer la population, ouvrir les portes de la santé mentale, gagner la confiance du public en démystifiant les personnes aux prises avec une problématique de santé mentale
- Développer les formations professionnelles en santé mentale (infirmières, agents correctionnels spécialisés en santé mentale)
- Transfert des connaissances entre la recherche et les milieux de pratique

Bibliographie

BC Justice Review Task Force. (2005) Report, 29.

Brink, J.H. ; Doherty, D. & Boer, A. (2001) Mental Disorder in Federal Offenders : A Canadian Prevalence Study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24 : 339-356.

Engel, R. S. & Silver, E. 2001. Policing Mentally Disordered Suspects : A Reexamination of the Criminalization Hypothesis. *Criminology* 39(2):225-252.

Health Canada. (2002) A Report on Mental Illness in Canada. Ottawa, Canada. Catalogue n°0-662-32817-5.

Hodgins S. (1992) Mental Disorder, Intellectual Deficiency and Crime: Evidence from a Birth Cohort. *Archives of General Psychiatry* ; 49 (6) :476-83.

Hodgins S; Mednick S A; Brennan P A; Schulsinger F; Engberg M (1996) Mental Disorder and Crime: Evidence from a Danish Birth Cohort. *Archives of General Psychiatry* 53 (6) :489-96.

Horwitz, E.L. (1977) *Madness, Magic, and Medicine. The Treatment and Mistreatment of the Mentally Ill.* New York: J.B. Lippincott Company.

Kairouz, S. ; Boyer, R. ; Nadeau, L. ; Perreault, M. & Fiset-Laniel, J. (2008) *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2).* Québec : Institut de la statistique du Québec.

Kaiser, A. (2007) *Toward a Model Community Mental Health Strategy.* Présenté au Forum sur la santé mentale de la Société St. Léonard du Canada et de l'Association canadienne de justice pénale, Halifax, Nouvelle-Écosse..

Kelly, C.-A. (2004) *Challenges in the Management of Mentally Disturbed Offenders on Psychotropic Medication.* In *Perspectives on Canadian Drug Policy*, 2 :79-91. Kingston : The John Howard Society of Canada.

Kirby, M. J. L., & Keon, W. J., (2006). *Out of the Shadows at Last: Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada.* Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Ottawa: Gouvernement du Canada.

L'Enquêteur correctionnel Canada. (2005) *Rapport annuel de l'enquêteur correctionnel 2004-2005.* Ottawa: Gouvernement du Canada.

Perreault, M. ; Perreault, N. ; Withaeuper, D. & Malai, D. (2009) Le défi du traitement et de la prévention des troubles concomitants sur la base de données probantes. In *Criminologie*, 42 (1) :91-114.

Rush, B. ; Urbanoski, K. ; Bassani, D. ; Castel, S. ; Wild, T.C., Strike, C. ; Kimberely, D. & Somers, J. (2008) Prevalence of Co-occurring Substance Use and Other Mental Disorders in the Canadian Population. In *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12) : 800-809.

Sinha, M. (2009) Collecting Data on the Involvement of Adults and Youth with Mental Health Issues in the Criminal Justice System. Crime and Justice Research Paper Series. Ottawa: Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique.

Statistique Canada. (2003) Canadian Community Health Survey : Mental Health and Well-being. The Daily, September 3, 2003. Ottawa: Statistique Canada, Division santé.

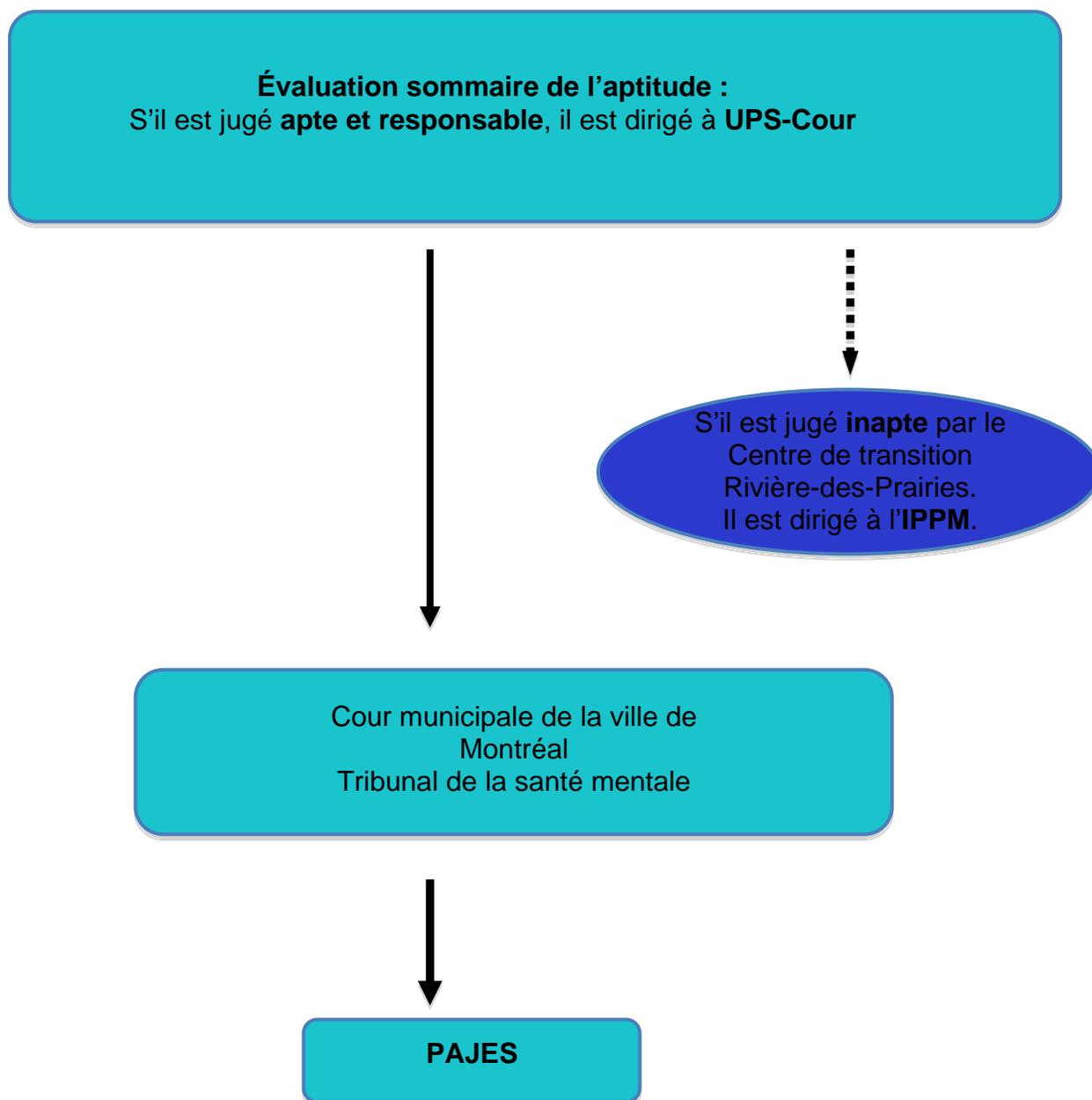
Stuart, H. & Arboleda-Flòrez, J. (2001) A Public Health Perspective on Violent Offenses Among Persons with Mental Illness, *Psychiatric Services*, 52 : 654-659.

Szasz, T. (1970) *The Manufacture of Madness*. New York: Harper & Row.

Teplin, L. A. (1984) *Mental Health and Criminal Justice*, 20. Beverly Hills: Sage Publications.

Tremblay, J. (2008) *Towards an Integrated Network: Working Together to Avoid Criminalization of People with Mental Health Problems*. Ottawa: St. Leonard's Society and the Canadian Criminal Justice Association.

SHÉMA 1 - 2 - Trajectoire de la clientèle



PAJES
Engagement de l'accusé à respecter les conditions énoncées
par le Procureur de la Couronne



Retour au tribunal régulier

- Retrait du PAJES
- 810
- Mesures plus clémentes