

La loi, les procédures et l'histoire des cas

Sheilagh Hodgins, Yvon Lefebvre, Lionel Béliveau and Jacques Hébert

Volume 15, Number 2, 1982

Criminels et psychiatrie

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/017160ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/017160ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0316-0041 (print)

1492-1367 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Hodgins, S., Lefebvre, Y., Béliveau, L. & Hébert, J. (1982). La loi, les procédures et l'histoire des cas. *Criminologie*, 15(2), 49–81. <https://doi.org/10.7202/017160ar>

LA LOI, LES PROCÉDURES ET L'HISTOIRE DES CAS

Sheilagh Hodging * et Yvon Lefebvre *

avec la collaboration de
Lionel Béliveau, M.D. * et Jacques Hébert *

Le problème des criminels, malades mentaux, n'est pas un phénomène nouveau, mais demeure néanmoins on ne peut plus complexe. En effet, il est évident qu'on doit protéger la société et que les législations spécifiques soient à cet égard inévitables. Nous nous sommes donc astreints à les examiner tout en laissant une large place à ce qui concerne le pouvoir discrétionnaire de la police. Parallèlement, nous avons essayé d'analyser l'ampleur du phénomène au Canada, mais nous avons tenté surtout d'illustrer son importance réelle en reproduisant l'histoire de quelques cas.

Car la question fondamentale qu'on pose, comme il en ressort de la littérature spécialisée, c'est : qui sont réellement ces malades mentaux criminels et comment peut-on les soigner ?

Pour y répondre, on dispose des informations réunies par des psychiatres sur la base des échantillons des personnes examinées, mais l'autre volet, celui du lien entre le malade-patient et le malade-justiciable, impose dès le départ des contraintes difficilement acceptables pour le corps médical. C'est dans ce cadre que s'inscrivent les évaluations de la dangerosité, comme les décisions prises en vue d'un traitement en milieu sécuritaire ou en milieu libre.

Nous ne prétendons pas en somme traiter de façon exhaustive des droits et contraintes des malades mentaux-criminels, ni d'épuiser la polémique engagée par les défenseurs des droits des malades mentaux-criminels, considérés comme victimes du rejet social, mais uniquement de susciter une réflexion sur cette problématique à l'aide des données factuelles et d'une analyse succincte des travaux qui ont eu, ou qui ont une portée en la matière.

LA LOI

« Le droit pénal repose sur la notion de responsabilité; et

*Sheilagh Hodgins, psychologue, École de service social, Université de Montréal.

*Yvon Lefebvre, sociologue, département des Sciences de l'éducation à l'Université du Québec, Montréal.

*Dr Lionel Béliveau, directeur de l'Institut Philippe Pinel.

*Jacques Hébert, chercheur, Institut Philippe Pinel.

pour les fins de cette branche du droit, nous sommes tous présumés aptes à la responsabilité pénale » (Commission de Réforme du Droit du Canada, 1975, p. 31). Cependant, certaines catégories de personnes ne peuvent pas être considérées responsables : « Il serait injuste de punir un accusé qui, à cause de désordre mental, ne saisit pas les conséquences de ses actes ou est incapable d'exercer le minimum requis de contrôle rationnel sur sa conduite. Les tribunaux ne tiendront pas responsables les individus affligés de la sorte » (Commission de Réforme du Droit du Canada, 1975, p. 32).

Le code criminel, suivant ce principe, exclut ceux qui sont déclarés aliénés du procès pénal : « Nul ne doit être déclaré coupable d'une infraction à l'égard d'un acte ou d'une omission de sa part alors qu'il était aliéné. »

« Aux fins du présent article, une personne est aliénée lorsqu'elle est dans un état d'imbécilité naturelle ou atteinte de maladie mentale à un point qui la rend incapable de juger la nature et la qualité d'un acte ou d'une omission, ou de savoir qu'un acte ou une omission est mauvais » (Code criminel, chapitre C-34, articles 16 (1) et (2)).

À n'importe quel moment du processus judiciaire, le juge peut ordonner une évaluation psychiatrique. La période d'observation dure normalement trente jours mais elle pourrait être prolongée jusqu'à soixante sur la demande du psychiatre qui fait l'examen.

Si l'examen psychiatrique est demandé au moment de la comparution, le juge pose la question afin de déterminer si l'individu est apte ou non à subir son procès. L'individu est-il dans un état d'aliénation telle que définie dans le code criminel ? Nulle part dans ce code, on ne retrouve la définition de la capacité d'être apte à subir un procès. La Commission de Réforme du Droit du Canada résume les critères d'usage utilisés :

Une personne est inapte à subir son procès si, en raison de troubles mentaux :

1. elle ne comprend pas la nature ou l'objet des poursuites engagées contre elle, ou
2. elle ne comprend pas la signification ni les conséquences que les procédures peuvent avoir pour elle, ou
3. elle est incapable de communiquer avec son avocat. (1975, p. 39)

Si la personne est déclarée inapte à subir son procès, elle sera tenue sous garde en vertu d'une ordonnance du lieutenant-gouver-

neur et selon son bon plaisir. Si, au contraire, elle est jugée apte à le subir, elle pourra, par la suite, être acquittée en raison d'aliénation mentale. La cour aura donc considéré que la personne était en état d'aliénation au moment où elle a commis le crime dont elle est accusée. Suite à un tel acquittement, elle sera tenue sous garde en vertu d'une ordonnance du lieutenant-gouverneur.

D'après l'article 547 du Code criminel, une commission, une par province, est tenue :

d'examiner le cas de chaque personne qui est sous garde en vertu d'une ordonnance du lieutenant-gouverneur (a) au plus tard six mois après qu'a été rendue l'ordonnance et (b) au moins une fois tous les douze mois aussi longtemps que cette personne reste sous garde en vertu de l'ordonnance. De plus, la commission doit, immédiatement après chaque examen, faire un rapport au lieutenant-gouverneur énonçant en détail les résultats de cet examen et indiquant :

1. lorsque la personne sous garde a été trouvée incapable de subir son procès, pour cause d'aliénation mentale, si, de l'avis de la commission, cette personne est suffisamment rétablie pour subir son procès;
2. lorsque la personne sous garde a été trouvée non coupable pour cause d'aliénation mentale, si, de l'avis de la commission, cette personne est rétablie et, dans l'affirmative, si à son avis, il est dans l'intérêt du public et dans l'intérêt de cette personne que le lieutenant-gouverneur ordonne qu'elle soit libérée sans restriction ou sous réserve des conditions que le lieutenant-gouverneur peut prescrire;
3. lorsque la personne sous garde a été transférée d'une prison et mise sous garde en vertu d'une ordonnance du lieutenant-gouverneur, si, de l'avis de la commission, cette personne est rétablie ou partiellement rétablie;
4. les recommandations qu'elle estime souhaitables afin de réhabiliter la personne dont le cas a été examiné sont compatibles avec l'intérêt public (Savage, 1980, p. 5).

Au Québec, la commission d'examen relève du ministre des Affaires sociales, cependant, l'un des membres de la dite commission qui s'occupe de la vie quotidienne des personnes sous garde, est fonctionnaire au ministère de la Justice. Une fois par année, la commission se rend sur place pour faire la révision du dossier de chaque cas sous ordonnance. Elle interroge la personne impliquée et le psychiatre responsable. Pourront être présents à la réunion, s'ils

1. La Commission d'Examen du Québec recommande que les personnes jugées inaptes à subir leur procès retournent à la cour dès qu'elles ont recouvré leur habileté, à le faire.

en font la demande, les membres de la famille, un avocat, etc. Contrairement à celle des autres provinces, la réunion de la commission du Québec prend la forme d'une discussion autour d'une table y incluant tout le monde concerné. Seule la commission a le pouvoir d'accéder à la requête d'une personne sous garde qui veut être entendue. Et la décision est prise à huis clos.

Les cas qui sont sous l'ordonnance du lieutenant-gouverneur sont gardés dans certains hôpitaux ou à l'Institut Philippe Pinel de Montréal (I.P.P.M.). Suite à l'amélioration de leur état de santé, les individus dès que possible retournent à leur procès. Ou encore, de façon graduelle, suite à la recommandation du psychiatre traitant, ils sortent d'institution, acquièrent davantage d'autonomie; ils se cherchent un lieu de résidence, un travail... Toutes ces personnes sont régulièrement suivies par un professionnel qui fait chaque année un rapport à la commission jusqu'à ce que le mandat de ces personnes soit complètement révoqué.

LE POUVOIR DISCRÉTIONNAIRE DES POLICIERS

Au moment de la commission d'un délit, les policiers sont généralement les premiers contactés. Dès leur arrivée sur les lieux du crime, ils font un constat du comportement « anormal » de la personne impliquée et de la gravité du geste posé. Dès lors, ils auront le choix dans les mesures à prendre. En cas de délits mineurs, les policiers s'informent des événements qui ont entouré l'incident. Par la suite, ils décident de la stratégie à suivre. Le plus souvent, ils réfèrent la personne à un parent ou ils la conduiront au service d'urgence d'un hôpital où elle est déjà connue et traitée.

Lors de tels incidents, les policiers interviennent avec beaucoup de souplesse; ils laissent plusieurs chances à l'individu avant de judiciariser son cas. Certains auteurs se sont élevés contre le pouvoir discrétionnaire des policiers qui est celui d'acheminer des cas vers le système de santé ou le système judiciaire (Webster, Menzies & Jackson, 1982) « ... ce sont bien ces éléments discrétionnaires, non prévus par la loi, qui déterminent qui doit être évalué plutôt que l'application de normes juridiques couramment utilisées » (p. 90)

Suite à la commission de plusieurs actes mineurs ou d'un acte majeur, les policiers mettent sous arrêt l'individu qui sera détenu pour une période de vingt-quatre à quarante-huit heures au quartier général ou au poste de police jusqu'à sa comparution en cour de jus-

tice. Si la personne manifeste un comportement vraiment « désorganisé », les policiers la référeront à un omnipraticien qui verra à lui prescrire une médication appropriée.

POURQUOI LES JUGES DEMANDENT-ILS UNE EXPERTISE PSYCHIATRIQUE ?

Comme on l'a déjà fait remarquer, un juge peut demander une évaluation psychiatrique à n'importe quel moment du procès. Jackson et Webster ont fait une étude à Toronto auprès de vingt-six juges de la cour criminelle et ils ont cherché à comprendre et à expliquer les raisons pour lesquelles les juges ont demandé une expertise psychiatrique. Les juges reconnaissent deux grandes étapes : l'une liée à la comparution, l'autre à la phase pré-sentencielle.

Au moment de la comparution, les juges ont affirmé avoir demandé une évaluation psychiatrique suite aux questions qu'ils se posaient face à l'incriminé :

1. L'individu est-il apte à subir son procès ?
2. Est-il dangereux ?
3. Doit-il y avoir un diagnostic de maladie mentale ?
4. Quelle est son histoire sociale ?
5. Quels sont ses besoins de traitement ?
6. Quels en est le pronostic ?

Et c'est par ordre décroissant qu'ils ont accordé de l'importance à ces différentes questions. À l'étape pré--sentencielle les juges désiraient avoir de l'information concernant les traitements aptes à guérir l'individu, son histoire de vie, son degré de dangerosité et le diagnostic de sa maladie.

Les raisons objectives qui ont poussé les juges à demander une évaluation psychiatrique sont les suivantes : 57% des juges sont sensibles à la nature même de l'accusation, 67% à l'information des policiers, 95% au comportement de l'individu en cour, 62% à une requête de la défense, 10% à diverses raisons. Il est à noter que les juges pouvaient indiquer plusieurs motifs à ce chapitre.

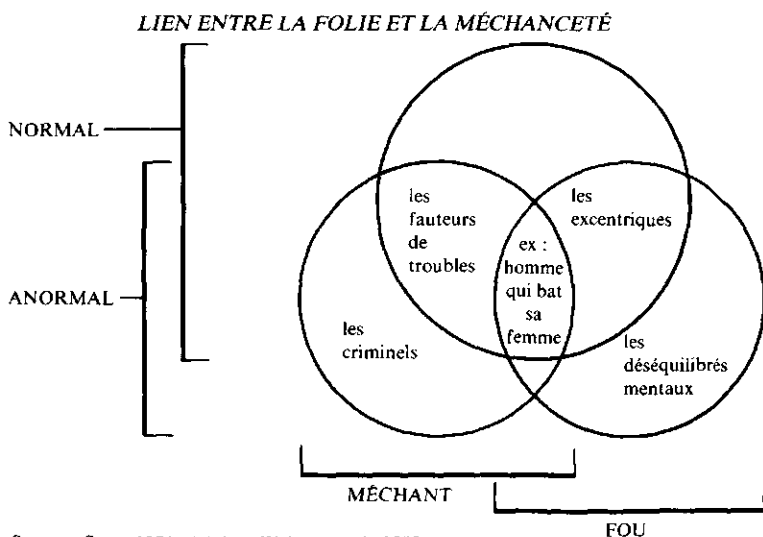
À Philadelphie, Bohmer (1976) a étudié les demandes des expertises psychiatriques à l'étape de la pré-sentence pour tous les cas d'hommes accusés d'un crime sexuel. Elle a trouvé qu'une évaluation psychiatrique était demandée selon les justifications suivantes : 1. la gravité du crime; 2. la culpabilité de l'individu face à plusieurs chefs d'accusation; 3. le nombre élevé de délits sexuels; 4. l'âge de la victime (moins de 14 ans ou plus de 40 ans); 5. la grande différence d'âge entre la victime et l'accusé.

Une étude faite en Écosse (Woodside, 1976) a montré que dans 30% des cas, les juges n'ont pas élaboré leur demande d'expertise, mais que la raison principale invoquée par la majorité d'entre eux concernait une histoire de maladie mentale ou de déficience mentale.

Les études de Sparts (1966) à Londres et de Jackson et Webster (1980) à Toronto démontrent la diversité des raisons pour lesquelles les juges demandent une expertise psychiatrique. La recherche d'Hogarth (1971) réalisée auprès de 71 juges de l'Ontario souligne le caractère de la psychologie réformatrice des juges qui demandent de nombreuses expertises. De tels juges s'intéressent davantage au traitement des délinquants et ils cherchent comment le réaliser. En outre, l'étude révèle que l'intérêt des juges pour la psychiatrie et la psychologie augmente selon leurs années d'expérience en tant que magistrats.

L'ÉTIQUETAGE : ÊTRE FOU OU ÊTRE MÉCHANT

Outre les cas de comportements graves, l'entrée des individus à l'intérieur du système de santé ou du système judiciaire semble déterminée de façon très arbitraire. Certains auteurs dont Stone (1976) vont même jusqu'à suggérer que l'étiquetage de la "folie" ou de la "méchanceté" ne dépendrait que de la disponibilité des services.



Source : Stone 1976, cité dans Webster et al., 1982.

Il existe également une zone grise entre le mal et la folie qui, dépendant des valeurs culturelles et des pratiques administratives courantes, pourrait être considérée du domaine mental ou criminel. L'obstacle légal majeur que représente cette zone grise consiste, bien sûr, en ce qu'il serait possible de faire interner quelqu'un simplement en lui accolant l'étiquette la plus susceptible de mener à son emprisonnement (Stone, 1976, p. 6).

Les expériences de l'Ontario et du Québec viennent confirmer les dires de Stone. Le groupe de METFORS² arrive à la conclusion que la demande des juges des évaluations psychiatriques dépend de l'existence ou de l'absence de tels services et l'expérience de Béliveau (1980), à Montréal, appuie la même thèse :

... nous créons, en 1973, le Centre de consultation psychiatrique localisé dans les quartiers généraux de la police de la CUM; il a pour fonction d'évaluer les divers cas mentaux appelés à comparaître devant les juges de la cour municipale de la CUM pour ensuite les diriger vers les agences de services sociaux ou les centres de traitements psychiatriques appropriés. En 1974, sur près de 1 000 cas mentaux, 700 sont dirigés ailleurs que dans le circuit pénal dont 500 vers des établissements psychiatriques. Une étude a d'ailleurs démontré que 75% des cas auraient pu être amenés directement par les policiers dans les établissements généraux ou psychiatriques. Après s'être assurés qu'une base de communication et de collaboration pouvait exister entre ces différents services. Nous décidons de mettre fin aux activités du Centre vers la fin de 1975 par souci de ne plus cautionner un système qui contribue à pénaliser les patients psychiatriques qui étaient arrêtés et amenés dans les cellules de la police plutôt que d'être conduits directement dans les hôpitaux appropriés. Quant au reste, soit 25% des cas enfermés dans les cellules de la police, on continuera de les évaluer à Parthenais (Béliveau, 1980, p. 14).

L'AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE

Il est très difficile de mesurer l'ampleur du phénomène. D'abord, on n'est pas informé du nombre de personnes atteintes de « maladie mentale » ou « d'arriération intellectuelle³ » qui entrent

2. METFORS : Metropolitan Toronto Service, Charke Institute of Psychiatry dans Webster et al., 1982.

3. Il faut remarquer que l'utilisation des termes comme « maladie mentale » et « malade mental » etc., n'indique pas une acceptation du modèle médical. Comme on ne connaît pas d'autres termes, on les emploie pour souligner la position que nous présentons à savoir que ces personnes ont besoin d'aide et qu'elles ont le droit au même titre que les autres membres de la population, de vivre une vie heureuse et satisfaisante.

dans le système judiciaire ou celui de la santé. Comme les policiers bénéficient d'un pouvoir discrétionnaire, on ne comptabilise pas les actes criminels mineurs des individus qui sont directement conduits dans les hôpitaux.

Il en est de même au niveau du système judiciaire. On ne dispose pas de statistiques officielles des individus qui, mis sous garde suite à une ordonnance du lieutenant-gouverneur, ont par la suite recouvert leur liberté. En avril 1980, une émission de télévision du réseau anglais de Radio-Canada, « Ombudsman », rendait public le nombre et les motifs des ordonnances du lieutenant-gouverneur par province.

*FRÉQUENCE ET MOTIFS
DES ORDONNANCES DU LIEUTENANT-GOUVERNEUR PAR
PROVINCE
(avril 1980)*

Province	non- culpabilité pour cause d'aliénation	incapacité à subir le procès	diagnostic d'aliénation mentale pendant incarcération	total	pourcentages par 100,000h.
C.-B.	133	6	0	139(64)*	5,5
Alberta	40	3	0	43(13)	2,2
Saskatchewan	16	9	0	25	2,6
Manitoba	17	3	0	20	1,9
Ontario	?	?	?	310(200)	3,7
Québec	186	64	0	250	4,0
Nouveau-Brunswick	19	19	2	40	5,8
Nouvelle-Écosse	1	0	0	1	0,1
I.-P.-E.	0	0	0	0	0
Terre-Neuve	1	5	0	6	1,0
Canada	?	?	?	834	3,6

* Les chiffres placés entre parenthèses représentent les individus vivant au sein de la communauté alors que l'ordonnance est toujours en vigueur.

Source : Savage, 1980, p. 9.

HISTOIRES DE CAS

Marie

Issue d'un milieu rural, Marie, d'après la perception de son entourage immédiat, donne l'impression d'une personne presque toujours isolée, timide et peu communicative. Elle mène une vie routinière et paisible.

Avant de commettre son délit, on ne lui connaît aucun antécédent psychiatrique ou judiciaire. Elle ne consomme ni drogue, ni al-

cool et ne manifeste aucun signe de comportements violents. Elle n'a jamais reçu l'aide d'aucun service social, psychologique ou psychiatrique. Il en est de même pour sa famille. Quelques semaines avant son crime, Marie ne se présente pas à un rendez-vous du service psychiatrique d'un hôpital situé dans son secteur géographique. On ne donne aucune suite à son absence.

Membre d'une famille de cinq enfants, trois filles et deux garçons, Marie vit chez elle, dans la résidence familiale, avec un frère, son père et sa mère. Comme la famille n'a pas de dettes et qu'elle satisfait convenablement à ses besoins primaires, elle appartient donc à un milieu socio-économique moyen.

Marie a complété une cinquième année scolaire et jusqu'à l'âge de 41 ans (l'âge du délit), elle se contente d'écouter la radio, la télévision et de fournir une aide domestique à la maison.

Sa famille et son entourage immédiat considèrent Marie comme une personne qu'il faut « tolérer » et « protéger ». Depuis son adolescence, elle manifeste certains épisodes de détresse où elle confie à son entourage sa peur d'être sexuellement agressée par des hommes et d'être enlevée pour fin de prostitution. Son milieu porte peu attention à ses craintes. Tout au plus, il se contente de la rassurer par quelques mots sécurisants : « Mais non, cela ne se peut pas, nous sommes là pour te protéger, etc. ».

Quelques mois avant le crime, Marie vit des moments de plus en plus intenses d'angoisse et de terreur. Elle se réfugie plusieurs jours dans sa chambre, dans un mutisme presque complet. Ses soupçons se confirment le jour où son père décide de peindre le garage attenant à la maison. Depuis ce temps, un flot inhabituel de voitures circulent près de chez elle. Tous ces éléments lui confirment que bientôt des hommes viendront l'attaquer et que la résidence familiale dont l'un des bâtiments vient d'être peint, sera transformée en maison de débauche. Elle n'a plus de doute quant au complot que sa famille trame contre elle afin qu'elle se prostitue et soit « violée ».

Le matin du crime, Marie tente de s'enlever la vie afin d'annuler toute forme d'agression de son propre corps. Comme elle rate son coup, elle profite de quelques instants de solitude avec sa mère dans l'après-midi pour s'emparer d'un objet contondant et la frapper de plusieurs coups mortels à la tête.

Pour Marie, ce geste représente un appel ultime à la libération. Même aujourd'hui, elle reconnaît n'éprouver aucun remords

face à son geste meurtrier. Elle insiste pour affirmer que sa mère a collaboré à son premier viol à l'âge de huit ans avec un employé d'une ferme avoisinante en retour d'une somme d'argent.

Les services psychologiques, sociaux ou psychiatriques n'ont jamais fait enquête à la suite de cette accusation, ils l'ont plutôt intégrée au système « délirant » de la personnalité de Marie.

Depuis ce temps, Marie a séjourné plus de trois ans dans un hôpital psychiatrique avec le diagnostic de schizophrénie paranoïde. Au niveau du pronostic, Marie n'a jamais revu les membres de sa famille. Elle fut intégrée dans une famille d'accueil qui reçoit des « ex-patients » psychiatriques en milieu urbain. Elle demeure régulièrement en contact avec des services sociaux et psychiatriques. Elle a connu quatre courtes réhospitalisations d'une à quatre semaines qui se sont avérées nécessaires afin de contrôler certaines crises psychologiques aiguës occasionnées par les mêmes craintes que celles qu'elle vivait antérieurement.

Depuis son crime, Marie est maintenue sous médication; elle ne travaille pas; elle a peu de relations sociales et ses ressources intellectuelles sont limitées. Elle ne semble pas capable de sortir du réseau psychiatrique dans ce contexte de réhospitalisations, d'ajustements de médication et de supports thérapeutiques.

Marcel

Marcel est né hors mariage et il a vécu toute son enfance et son adolescence dans un grand centre urbain du Québec. Il fut abandonné vers l'âge d'un an par ses parents naturels. Il a séjourné dans une dizaine de familles d'accueil jusqu'à l'âge de seize ans. La presque totalité de ses études se sont déroulées dans des classes spéciales où il a complété l'équivalent d'une septième année.

Une seule prise de contact avec sa famille fut tentée vers l'âge de quatorze ans mais elle a abouti à un refus systématique des parents à poursuivre une relation avec leur fils.

Les parents naturels ont une situation financière aisée mais ils ont manifesté leur désintérêt à investir à l'égard de Marcel.

Son comportement pendant l'enfance et l'adolescence est décrit sous des étiquettes d'enfant agressif, de manipulateur et de pré-délinquant ainsi que des diagnostics de troubles graves d'apprentissage, de troubles de comportement, de troubles de personnalité, par les différents spécialistes des sciences humaines, sociales, de l'éducation et médicales qui ont eu à se pencher sur son cas.

C'est un garçon qui est perçu comme isolé, peu communicatif et instable au niveau émotionnel, c'est-à-dire qu'il peut être joyeux et passer subitement sans motif apparent à un comportement provocateur agressif.

Le sujet a commencé vers l'âge de 8 ans à manifester des comportements antisociaux : petits vols, fugues, petits incendies.

Dès l'âge de 16 ans et jusqu'au moment du crime (27 ans), il ne restera que quelques mois en liberté et la majeure partie de son temps s'écoule entre des placements en milieu psychiatrique et carcéral.

Ses incarcérations sont justifiées par des vols d'autos, des vols à l'étalage, le vagabondage, des fraudes et des assauts physiques.

Ses nombreuses hospitalisations psychiatriques ont comme motif de référence, des tentatives de suicide.

Son expérience sur le marché du travail est inexistante. Suite à sa dernière hospitalisation, il habitait en chambre dans un quartier défavorisé et entretenait des contacts sporadiques avec une clinique externe d'un hôpital de son secteur. À cette époque il est oisif, consomme de l'alcool de façon régulière et continue d'être laissé à lui-même sans ressource, ni ami.

Le jour du crime, il réussit à se faire inviter chez une voisine. Il s'achemine vers la cuisine, se saisit d'un couteau et la poignarde d'une quarantaine de coups. Il sera retrouvé quelques jours plus tard dans un parc.

Il avouera assez spontanément ce meurtre et il révélera à ses évaluateurs avoir eu un désir de tuer depuis un certain temps. Il avait préféré selon lui, jusqu'à présent s'en prendre à lui-même (automutilation) mais désormais il lui fallait agir sur l'autrui. Il témoignera également avoir toujours eu des frustrations importantes dans ses expériences sexuelles (masturbation, relation hétérosexuelle, relation homosexuelle).

Marcel est traité dans un hôpital psychiatrique depuis plus de cinq ans. Les expertises psychiatriques réussissent encore difficilement à évaluer précisément son état mental. Les diagnostics se chevauchent entre un état psychotique, un état névrotique, une perversion sexuelle et la psychopathie. Il est cependant vu par le milieu comme un être lucide, intelligent et capable de tenir un discours cohérent.

Son comportement en institution continue à être ponctué de sautes d'humeur (calme, agité), de gestes agressifs envers lui-même

et autrui, de fréquentes périodes d'isolement et de verbalisations avec un contenu sadique. Sa sortie de l'institution n'apparaît pas envisageable dans un avenir rapproché, selon les autorités en place.

L'imprévisibilité affective et comportementale de Marcel laisse présager pour le moment un pourcentage de risques trop élevés pour penser à sa remise en liberté à brève échéance. Il présente l'image d'une personne ayant des difficultés majeures à s'adapter dans plusieurs secteurs de la vie⁴.

PROFIL STATISTIQUE DES INDIVIDUS SOUS ARRÊT AYANT SUBI UN EXAMEN PSYCHIATRIQUE

Menzies, Webster, Butler et Turner (1980) ont fait dans six villes canadiennes une étude de deux cent quarante six (246) cas, évalués par des psychiatres de l'endroit dans la période du 1^{er} au 31 juillet 1978 : 8 à Victoria, 54 à Vancouver, 23 à Calgary, 101 à Toronto, 54 à Montréal et 6 à Halifax.

De cette étude, ressortent des informations très intéressantes : 91% des cas sont des hommes; 8%, des femmes. En termes d'âge, 59% des gens ont moins de 30 ans. Voici une répartition plus exhaustive de cette réalité : 19% des cas sont âgés de 18 et 19 ans; 40% entre 20 et 29 ans; 23% entre 30 et 39 ans et 18% ont 40 ans et plus. Dans cet échantillon, on retrouve 78,9% de célibataires.

Au niveau de l'emploi, la situation de ces personnes est très précaire. Au moment de leur arrestation, 37,1% n'ont pas d'emploi et vivent probablement de prestations d'assurance-chômage ou de bien-être social, 48,7% occupent un poste de « Col bleu », 3,6%, un poste de « Col blanc ». On dénombre également 4% de professionnels et 6,7% d'étudiants. Que dire de plus sinon souligner l'évidence de l'extrême pauvreté financière de ces personnes, et de leur manque chronique d'argent.

Le taux de scolarité de ces personnes n'est guère plus reluisant : 36,5% ont terminé leur huitième année; 30%, leur neuvième ou dixième; 23,5% ont au moins complété une onzième, voire même une treizième; 10% ont fait des études collégiales ou universitaires. Il est à noter ici qu'un faible taux de scolarité accompagne un bas niveau de statut socio-économique et professionnel.

4. Afin de conserver l'anonymat, on a volontairement omis ou biaisé certaines informations. Cependant, la toile de fond qui a servi à la réalisation de cette histoire de cas demeure véridique afin de reconstituer un épisode de vie dramatique.

Quant à la provenance géographique des individus, elle est surtout canadienne (84,8%). D'autres, 11,9%, viennent des pays européens, 1,2% des États-Unis et 2,1% d'autres pays.

Le profil psychiatrique et/ou criminologique de ces individus est également très lourd. Le rapport des psychiatres indique que près de 50% de ces cas abusent d'alcool et 25% de drogues. En outre, 52% d'entre eux ont des antécédents psychiatriques et ce pourcentage confirme les études canadiennes antérieures (Greenland & Rosenblatt, 1972 et Kunjukrishman, 1979).

Au niveau criminologique, 52% des gens ont un casier judiciaire pour des délits commis contre la propriété et 36% pour des crimes commis contre les personnes. Plus du tiers de ces individus ont déjà séjourné dans une prison. À ce niveau, on note de grandes variations selon les villes. C'est ainsi qu'à Montréal par exemple, on note 10% d'individus qui ont un casier judiciaire alors qu'à Vancouver, on dépasse le 50%.

Le profil que Menzies, Webster, Butler et Turner tracent des individus qui ont été arrêtés et qui ont subi une évaluation psychiatrique ressemble à celui des autres études. Une recherche faite à Toronto par le « Ontario Ministry of Correctional Services », en 1977, montre que 40 à 50% de la clientèle des prisons provinciales attend une évaluation psychiatrique, que cette clientèle est composée de jeunes célibataires, qui ont moins de 10 ans de scolarité, qui vivent sans avoir un emploi et disposent à 80% d'un casier judiciaire (Webster et al., 1982).

Cette étude rejoint également les conclusions des chercheurs de METFORS qui détiennent leurs informations à partir des cas qui ont été évalués pour la cour en 1978. On ne peut distinguer cette clientèle particulière ni des criminels, ni des malades mentaux chroniques. Il s'agit d'abord d'hommes, jeunes, sans emploi, et faiblement scolarisés qui fonctionnent en-dehors des normes de la société et qui sont des marginaux. Ils prennent beaucoup de drogues, n'ont pas eu de vie familiale, ont pour la plupart des antécédents psychiatriques et ont déjà séjourné en prison.

Une autre étude du même genre, demandée par la cour auprès des résidents de Toronto, s'échelonnant sur une période de six mois en 1978 aboutit aux mêmes conclusions. Seul le pourcentage des chômeurs a augmenté; il est de 87% (Webster et al., 1982).

Dans l'étude de Menzies, Webster, Butler et Turner, les psychiatres ont fait un diagnostic des cas qu'ils ont évalués. Ils ont dé-

claré 39,4% des individus comme étant psychotiques, 27% comme étant atteints de désordre de personnalité; 13,7% de désordre lié à l'alcoolisme; 7,1% de névrose transitoire; 4,4% de désordre sexuel; 4,4% d'arriération mentale. Quatre pour cent des cas n'ont pu être diagnostiqués. Et ces résultats sont en tous points comparables à ceux d'autres chercheurs (Webster et al., 1982).

En résumé, le profil statistique de ceux qui vivent dans le système judiciaire et auprès desquels on a fait une évaluation psychiatrique, confirme les études des cas. On a réellement affaire à une clientèle qui a des troubles psychologiques graves.

Dans les études que nous avons passées en revue, l'on a noté que plus de la moitié de ces personnes avaient déjà été hospitalisées pour de tels problèmes et qu'une autre moitié avait un casier judiciaire. En regardant de plus près, il nous paraît clair que ces personnes vivent en marge de la société et que leur participation sociale semble se limiter aux contacts qu'ils ont développés avec le système judiciaire et celui de la santé. Cette vie marginale semble intimement liée à leurs difficultés psychologiques qui ne disparaissent pas en dépit de séjours répétés dans les unités de traitement.

L'IMPACT DES ÉVALUATIONS PSYCHIATRIQUES SUR LES JUGEMENTS DE LA COUR

Si l'on retourne à l'étude de Menzies, Webster, Butler et Turner, l'on peut se demander quel a été l'impact des évaluations des psychiatres sur les jugements de la cour. Dans 84% des cas, les psychiatres ont déclaré que les individus référés étaient aptes à subir leur procès. On note cependant des variations selon les villes. À Montréal, l'on estime que 94,4% peuvent subir leur procès tandis qu'à Vancouver 68,5% des gens sont dans la même situation. Cette étude vient confirmer d'autres études canadiennes à savoir que même si le taux des individus aptes à subir leur procès à la suite d'une évaluation psychiatrique est élevé, il peut varier d'une ville à l'autre et d'une étude à l'autre. Dans l'étude de Arboleda-Florez, Gupta & Alcock (1975, citée dans Webster et al., 1982), ce taux est de 65%, dans celle de Kunjukrishman (1978), il est de 93%.

Les psychiatres ont également réparti les individus référés pour évaluation d'après certaines catégories de dangerosité. Pour l'ensemble de l'échantillon, il ressort que 12,1% des gens sont estimés dangereux envers eux-mêmes; 19,8% dangereux envers autrui; 21,4% dangereux envers eux-mêmes dans l'avenir; 35,8% dangereux

envers autrui dans l'avenir. Les chercheurs observent le même phénomène des variations entre villes. Alors qu'à Montréal, on estime que seulement 10% des cas risquent d'être dangereux pour autrui dans l'avenir, à Toronto, on a recensé 61% d'individus dans cette catégorie⁵.

Les psychiatres ont proposé quatre types de recommandation à la cour. Dans 40,2% des cas, ils ont recommandé un traitement externe, dans 21% l'hospitalisation; dans 14,3% l'emprisonnement; dans 10,3%, la prolongation du temps d'observation; dans 14,3%, aucune recommandation.

Les psychiatres peuvent bien présenter les évaluations mais dans quelle mesure les juges acceptent-ils leurs recommandations ? Les auteurs de la recherche ont retenu sept catégories de jugements : 1) dans 13,5% des cas, les juges ont recommandé une hospitalisation soit par une ordonnance du lieutenant-gouverneur, soit par un mandat de cure fermée; 2) dans 7,6% des cas, la sentence d'emprisonnement de plus de deux ans; 3) dans 29,7% des cas, la sentence de moins de deux ans; 4) dans 34,1% des cas, la probation; 5) dans 1,6% des cas, l'amende; 6) dans 13,0% des cas, l'acquittement, la sentence ou la libération et 7) dans 0,5%, la déportation dans le pays d'origine.

À l'instar d'autres chercheurs tels Greenland et Rosenblatt (1972), les auteurs de cette étude notent le taux élevé de corrélation entre le niveau de restriction de liberté recommandé par le psychiatre et l'acceptation de cette recommandation par le juge. À propos de l'incarcération, le juge était d'accord avec le psychiatre dans 73% des cas; à propos de l'hospitalisation, dans 59% des cas; à propos du traitement externe, 55% des cas ont reçu une sentence de probation, l'acquittement ou le retrait des chefs d'accusation.

L'ÉVALUATION DE LA DANGÉROSITÉ

Il est possible de faire faire une évaluation de la dangerosité de l'individu au cours des différentes étapes de son processus judiciaire : d'abord avant le procès ou encore avant la sentence et au moment de la révision du dossier par la commission d'examen. On a réalisé une étude de ce genre en Ontario (Quinsey, 1979 b) à l'étape qui a précédé le procès et l'on a mesuré la dangerosité de l'individu

5. On peut se demander si le petit nombre d'individus évalués comme étant dangereux envers autrui dans l'avenir ne dépend pas de la façon dont on a recueilli les informations.

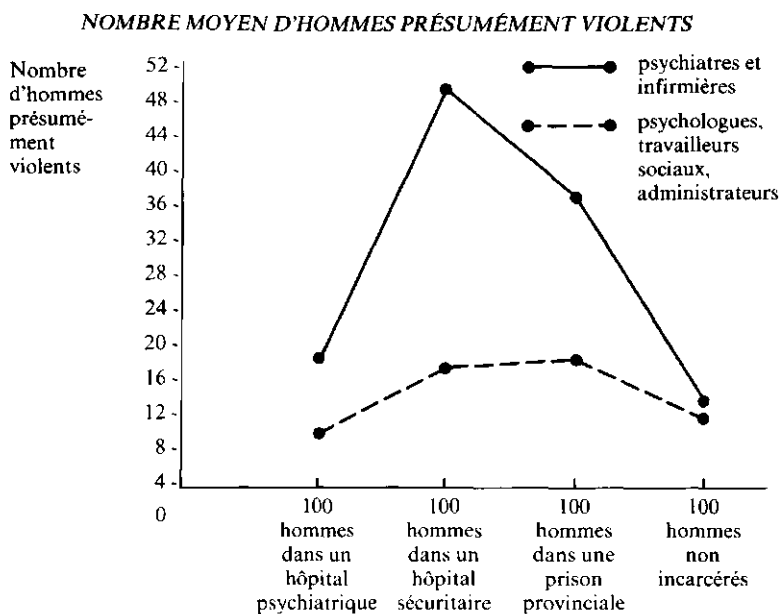
à partir de quatre variables principales : la gravité de la maladie mentale, le potentiel d'amélioration avec traitement dans un hôpital sécuritaire, le potentiel de rechute psychiatrique ou de récidive criminelle et le fait d'avoir été accusé ou non d'un crime de violence contre la personne.

Des équipes traitantes évaluent régulièrement les patients gardés sous mandat du lieutenant-gouverneur dans un hôpital sécuritaire, ou autre en vue d'établir une recommandation de libération. Quinsey (1975) a étudié un tel processus de décision de trois psychiatres et d'une psychologue et est arrivé à la conclusion que les patients dont on a recommandé la libération partageaient trois caractéristiques : 1) la non-préméditation de leur crime; 2) durant les quatre derniers mois, il avaient commis peu d'incidents, de violence (pas plus que quatre) et ils n'avaient pas à leur dossier de notes indiquant une détérioration psychiatrique de leur comportement; 3) ils ne prenaient pas de psychotropes. Il ne semble pas que les autres variables retenues aient joué un rôle dans leurs décisions, tels le nombre de séjours en prison, un diagnostic de désordre de personnalité, la gravité du crime, le nombre d'admissions antérieures dans un hôpital sécuritaire, la durée du séjour, l'âge et le nombre d'admissions dans des hôpitaux psychiatriques. Le taux de corrélation des évaluations de dangerosité entre ces cliniciens était de 60%.

Une étude réalisée à Oak Ridge en Ontario (Quinsey, 1979 a) révèle qu'il est possible de prédire la durée de séjour des individus à partir des trois variables placées par ordre d'importance : 1) le degré de scolarité; 2) l'âge à l'admission; 3) le fait d'avoir été ou non accusé de meurtre ou d'homicide. Les résultats d'une autre étude effectuée dans la même institution semblent indiquer que le crime d'homicide et un diagnostic d'arriération mentale consistent les deux éléments les plus importants quant à la prédiction de la durée de séjour des patients.

L'évaluation de la dangerosité varie également selon le type de profession. Les gens qui appartiennent à une profession médicale, telle la psychiatrie, où les soins infirmiers ont tendance à attribuer une évaluation de dangerosité à un plus grand nombre de personnes que les gens qui appartiennent à des professions telles que la psychologie, le service social et l'administration. Le tableau qui suit nous donne plus de précisions.

Une autre étude (Quinsey & Ambtman, 1979) a comparé les prédictions de dangerosité des psychiatres et d'un groupe d'ensei-



Source : Quinsey, 1981, p. 150.

gnants de niveau secondaire. Les deux groupes avaient à évaluer 10 malades mentaux ayant commis des crimes contre la propriété et 11 autres ayant commis des crimes contre la personne. Le taux de corrélation le plus élevé des évaluations des psychiatres était de 48%. Les évaluations des psychiatres et des enseignants concordaient au niveau des crimes commis contre les personnes mais non à celui des crimes commis contre la propriété. Dans les mêmes proportions, psychiatres et enseignants ont basé leurs décisions sur les mêmes critères. De part et d'autre, on s'est très peu servi des données psychiatriques des patients et on a surtout relevé leur histoire de cas et leur carrière criminelle.

Les informations que nous avons recueillies appuient la théorie voulant qu'il existe une échelle informelle, reliée à la sévérité de la faute, appliquée lors de l'imposition d'une peine. Nous constatons alors que des patients déclarés non coupables pour raison d'aliénation subissent un traitement comparable à ceux qui auraient été déclarés coupables. Cette notion est appuyée par la découverte que l'évaluation de la « dangerosité » d'un individu et la décision de le relâcher sont en grande partie fonction du crime commis, et que les évaluations psychiatriques sont laissées de côté. Un autre élément d'information qui

appuie cette théorie veut que l'on puisse déterminer la durée du séjour d'un patient à Oak Ridge (l'équivalent de l'IPPM) dépendant de s'il a commis un homicide ou non (Quinsey, 1981, p. 152).

Shah, le directeur du Centre for the Study of Crime and Delinquency aux États-Unis, suit la même logique et conclut que l'évaluation de la dangerosité des malades mentaux ne se distingue pas de l'évaluation de la récidive de la part du criminel.

... le comportement et les attitudes antérieures d'un individu, ainsi que la connaissance du milieu social et des circonstances dans lesquelles il sera appelé à vivre, nous fourniront souvent des renseignements plus pertinents et fiables que ne le ferait une évaluation psychiatrique de cet individu. En bref, l'attitude qui prévaut lors de l'évaluation de la « dangerosité » d'un malade mental ne diffère guère de celle qui mène à l'évaluation de récidive chez un criminel (Shah, 1978, p. 179).

On ne dispose pas d'étude post-cure sur le taux de récidive de ceux qui ont été déclarés aliénés. Seul Quinsey en Ontario en a réalisé une. Il a suivi pendant trente mois 56 hommes après leur libération. Dans ce groupe, 5 ont récidivé; ils ont été trouvés coupables d'un crime ou réadmis dans un hôpital sécuritaire. Un seul homme avait commis un crime de violence contre la personne.

Une autre étude en provenance de Oak Ridge en Ontario révèle que les variables liées à une récidive sont celles : 1) d'avoir un diagnostic de désordre de personnalité; 2) d'être âgé de moins de 30 ans au moment de la libération; 3) d'avoir fait un séjour de plus de cinq ans dans des hôpitaux psychiatriques; 4) de ne pas avoir commis de crime violent contre la personne; 5) d'être parti du foyer familial avant 16 ans. Le cumul de trois ou quatre de ces éléments augmente la probabilité que le patient va commettre un autre crime (Quinsey, 1979 B).

Il faut reconnaître cependant que des raisons éthiques empêchent les chercheurs de réaliser des études du profil des récidivistes. Pour des fins de recherche, on ne peut libérer un échantillon de patients choisis au hasard et les suivre afin de mieux identifier les traits de ceux qui récidivent.

Suite à la revue de la littérature sur la prédiction de la dangerosité, on peut faire trois constatations : 1) même si les études empiriques montrent que ce n'est pas possible de les faire, les cours et les commissions d'examen continuent à demander aux psychiatres des évaluations sur la dangerosité des patients; 2) certaines études montrent que les psychiatres, ceux que la loi appelle des experts, ne pré-

disent pas mieux la dangerosité des patients que les enseignants du cycle secondaire; 3) comme les non-experts, les psychiatres basent leurs évaluations de la dangerosité sur les données concernant l'histoire du comportement criminel de l'individu et s'intéressent peu à son profil psychopathologique.

Ces trois constatations nous amènent à poser une hypothèse. En faisant de la sorte leurs évaluations, les psychiatres ne joueraient-ils pas le rôle d'agent de contrôle social ? Les pénalités encourues par ceux qui sont déclarés inaptes à subir leur procès ou acquittés pour raison d'aliénation mentale seraient de même durée que les sentences de ceux qui sont trouvés coupables d'avoir commis des crimes semblables. Cette hypothèse reste à vérifier.

UNE ANALYSE DU PHÉNOMÈNE

L'analyse des résultats de recherches macro-sociologiques, épidémiologiques ou criminologiques sur le thème de criminalité et dangerosité des malades mentaux, permet de constater que selon l'ensemble des chercheurs, il y a incontestablement une augmentation progressive du taux d'arrestations des malades mentaux, pour des crimes avec violence, augmentation qui s'échelonne sur les vingt ou vingt-cinq dernières années.

Cependant, certaines divergences se manifestent quant à cette plus grande incidence de ces crimes, particulièrement lorsqu'il s'agit de comparer ce taux d'augmentation des arrestations et condamnations à celui de la population en général et d'interpréter la signification de certains résultats.

La majorité des chercheurs depuis les vingt-cinq dernières années concluent qu'incontestablement le taux d'arrestation et de condamnations est plus élevé chez les ex-patients, comparativement à la population en général (voir entre autres : Durbin, Pasew & Albers, 1977; Giovannoni & Gurel, 1967; Gurnberg, Klinger & Grumet, 1977; Rappeport & Lassen, 1965; Sosowsky, 1978, 1980; Steadman, Coccozza & Melick, 1978 a; Zitrin, Hardesty, Burdock, Drossman, 1976).

D'autres, par contre, nuancent la validité de ces résultats ou affirment même parfois le contraire, dont Guze, Woodruff & Clayton, 1974; Höfner & Bäker, 1973; Zitrin et al., 1976.

Certains défendent parfois les deux positions en même temps. Zitrin et ses associés sont, nous semble-t-il, parmi ceux-là. Ainsi, d'un côté les auteurs constatent plus de crimes pour viol et assaut

grave chez les malades mentaux que chez la population en général mais de l'autre ils prétendent qu'il y a une confusion méthodologique chez les chercheurs cités plus haut lorsqu'ils comparent des populations de secteurs urbains différents pour parler de la population en général. Zitrin et ses collaborateurs relèvent la confusion qu'apporte l'utilisation d'un diagnostic qui est souvent accompagné d'autres caractéristiques souvent plus déterminantes et qu'on ignore dans l'analyse (exemples : abus de drogue, alcoolisme, criminalité antérieure à l'hospitalisation chez la majorité des malades mentaux récidivistes). Donc, leur position finale consiste à s'opposer à l'affirmation d'une plus grande violence des malades mentaux comparativement à la population en général et d'en attribuer les causes à la négligence et à l'imprévoyance de la communauté et des services officiels, au transfert de criminels vers les institutions psychiatriques publiques, à l'exploitation et l'agression dont sont victimes les ex-patients dans leur environnement quotidien et à leur vulnérabilité psychique et physique lorsqu'ils sont laissés à eux-mêmes dans la collectivité.

D'autres ne citent pas leurs sources d'information, mais affirment sans embage que la population des ex-patients n'est pas plus violente (sinon moins) que la population en général. Aussi, dans un document de travail publié par le gouvernement fédéral en 1975, on affirme, sans donner aucune référence de recherches sur le sujet, que les prisonniers dont le dossier fait état de désordre mental, sont moins enclins à retourner en prison que les détenus normaux et que les individus atteints de troubles mentaux ne semblent pas être plus violents que la population en général (Commission de Réforme du Droit du Canada, Document de travail n° 14, p. 19).

Un autre point de dissension réside (peu importe que l'on soit pour ou contre le fait de constater ce plus grand taux de criminalité chez les ex-patients comparativement à la population en général), dans l'interprétation que l'on peut donner à cette criminalité des ex-patients. Interprétation qui va soit dans le sens d'une mise en garde contre la dangerosité des ex-patients laissés libres dans la communauté, sans contrôle et surveillance, (exemples : Grunberg et al., 1977; Lagos, Perlmutter & Saexinger, 1977; Sosowsky, 1978), ou qui met en lumière les autres caractéristiques, tels l'alcoolisme, la pauvreté, la criminalité de carrière... que camoufle le diagnostic et qui sont beaucoup plus importantes à considérer, d'après ces auteurs, que la dite pathologie mentale liée à la dangerosité, (exemples : Brill & Malzberg, 1962; Coccozza, Melick, Steadman, 1978; Cumming &

Markson, 1975; Cuming & Cuming, 1965; Durbin et al., 1977; Guze, 1964; Rappeport & Lassen, 1965; Rosenblatt & Mayer, 1974; Steadman et al., 1978 a et b; Steadman & Keveles, 1972; Strauss, Carpenter & Bethesda, 1972).

Cette dernière position conduit souvent à remettre en question certains services publics (hôpitaux généraux ou psychiatriques, gouvernements opportunistes, services sociaux) et leurs attitudes : l'intolérance et la discrimination de la police ou de la justice, accueil hostile ou exploitation de la communauté des patients qui retournent à la vie normale (voir par exemple : Abramson, 1972; Bassuk & Gerson, 1978; Castel, 1980; Collectif sur la désinstitutionnalisation, 1980; Dinard, 1980; Kellert, 1971; Kirk, 1976; Kirk & Therrien, 1975; Kirk & Greenley, 1974; Lehmann, Mitchell & Cohen, 1978; Mayer, Hotz & Rosenblatt, 1973; Murphy, 1971; Whitmer, 1980; Zitrin et al., 1976).

Pour notre part, une revue des recherches clés dans le domaine nous laisse perplexes et peu convaincus de la portée générale des résultats obtenus, que ce soit en faveur, ou non, d'un taux plus élevé de conduites jugées criminelles chez les ex-patients comparativement à la population en général. Les principales raisons en sont, entre autres, le peu de fiabilité et d'approfondissement des diagnostics retenus et des sources de données recueillies pour établir la criminalité des ex-patients comparativement à la population en général. Du peu de contrôle aussi exercé sur la constitution des échantillons étudiés. Finalement, on élimine les dimensions fondamentales liées à la problématique de la dite communauté des ex-patients, omission que l'on s'impose en considérant le problème à partir de statistiques officielles disponibles et de caractéristiques psychiatriques, criminologiques et sociologiques générales, aussi limitatives que celles qu'on retient dans la majorité des recherches.

La plupart des études entreprises⁶ concentrent leur intérêt sur un diagnostic qui distingue l'individu en tant que malade mental. Maladie mentale qu'on relie à une plus ou moins grande violence comparativement aux autres individus considérés comme normaux et faisant partie de la population en général.

Le terme même de « maladie mentale » nous semble couvrir une réalité beaucoup plus complexe qu'un simple diagnostic, réalité

6. Les vingt-trois études clés sont indiquées avec un * dans la liste des références.

qui comprend, entre autres, des dimensions psychosociales, sociologiques et économiques dont on ne tient nullement compte dans plusieurs de ces études. La totalité de la personne se réduit ainsi aux limites professionnelles du spécialiste, plutôt qu'à l'analyse réelle du phénomène sur lequel on prétend s'attarder.

En ce sens, l'arbitraire et le relativisme dans lequel s'inscrit le diagnostic utilisé dans ces études, tout comme la notion de maladie mentale, nous inciteraient à plus de prudence dans l'utilisation de ce critère et à une plus grande perspicacité dans l'analyse du phénomène de la criminalité chez les dits malades mentaux. La pathologie mentale individuelle recouvre, nous semble-t-il, une certaine pathologie sociale dont on paraît tenir compte que de façon contingentielle et rarement dans la majorité des cas.

Peut-on parler de vulnérabilité individuelle sans tenir compte de l'environnement dans lequel s'inscrit, s'atténue, se développe ou s'accroît cette vulnérabilité dans le quotidien ?

Il n'est pas impossible, nous semble-t-il, que cette dangerosité (si elle existe) qu'on lie si facilement à cette vulnérabilité psychique individuelle, ne soit que le reflet d'autres déterminismes qui ont peu à voir en soi avec l'étiquette de « malade mental ».

Lors de la constitution des échantillons, dans la plupart des études, on clarifie très peu le contenu du diagnostic, son origine, les critères utilisés et les circonstances de la classification. Cependant, le fait qu'une étiquette de malade mental affuble celui qui a été traité semble entraîner de soi, pour nombre d'auteurs, le postulat qu'il y a nécessairement un lien entre cet antécédent et le fait de commettre certains crimes par la suite. Et ce, indépendamment des autres caractéristiques de ces mêmes individus qui sont aussi présentes dans la majorité des cas, mais dont on ne semble pas tenir compte (exemples : pauvreté, alcoolisme, isolement, criminalité antérieure à l'identification de malade mental...) à l'instar d'autres causes possibles du délit dans l'ensemble de ces études.

On approfondit très peu de façon systématique et contrôlée, l'appartenance socio-économique (exemples : occupation, scolarité, dépendance socio-économique, habitudes de consommation), écologique (exemples : réseau de relations, secteur d'habitation, ressources communautaires), socio-culturelle (exemples : activités sociales, loisirs, participation à des associations, mentalité de sous-culture déviante : troubles dits de personnalité et appartenance socio-culturelle de l'individu à un univers spatio-temporel bien spécifique dans

son environnement), ou encore le contexte économico-politique dynamique et varié dans lequel s'inscrivent les observations recueillies (exemples : croissance ou crise économique, désinstitutionnalisation, libéralisme ou conservatisme politique). D'une manière générale les solutions offertes aux dits malades mentaux dans un contexte qui détermine souvent le degré de tolérance de la communauté d'accueil agissent sur le stress quotidien vécu par l'individu. Ce stress varie suivant les formes que prennent le soutien et l'encadrement institutionnel disponibles dans la communauté d'accueil, comparativement au milieu hospitalier fréquenté antérieurement.

Il y a donc très peu d'études qui s'occupent véritablement des antécédents et des habitudes socio-familiales et culturelles des individus dans leur communauté quotidienne de vie. Guze et al. (1964, 1967, 1970) semblent avoir fait cet effort à compter de 1959, mais les individus rencontrés et suivis dans leur recherche sont des prisonniers récidivistes au point de départ sans classification psychiatrique. Ils ont par la suite essayé d'établir si la prévalence psychiatrique et les habitudes socio-familiales et culturelles spécifiques de ces individus pouvaient expliquer leur carrière criminelle et leur récidivisme. Les principaux déterminants identifiés dans leurs résultats à la suite d'un suivi sur 8 ou 9 ans semblent confirmer incontestablement l'influence d'une sous-culture spécifique qui transparait dans des traits de personnalité qu'on qualifie de sociopathie, d'alcoolisme et/ou de dépendance de la drogue et qui se retrouvent très souvent simultanément chez le même individu. Ces caractéristiques étant partagées d'ailleurs par nombre d'individus d'un groupe d'âge similaire relativement jeunes qu'ils fréquentent et qui sont souvent, par ailleurs des ex-criminels.

Certains auteurs (exemples : Benezech, Bourgeois & Yesavage, 1980; Brill & Marlzberg, 1962; Durbin et al., 1977; Rappeport & Lassen, 1965; Siomopoulos, 1978; Steadman et al., 1978) isolent parfois certaines caractéristiques socio-démographiques des ex-patients criminels. Cependant, ces recoupements statistiques ne se font qu'à posteriori dans la majorité des cas, sans qu'on puisse déterminer s'il s'agit là d'influence déterminante et représentative des caractéristiques des patients impliqués criminellement.

On constate qu'aucun auteur n'a véritablement contrôlé l'ensemble des variables socio-démographiques relevées, que les variables les plus souvent contrôlées (urbain-rural, sexe) sont davantage celles dont on peut facilement disposer administrativement dans les

dossiers, que celles qu'on voit nécessairement comme les plus déterminantes pour analyser le phénomène.

Cohen (1980), dans une analyse du contrôle systématique des variables utilisées dans douze études clés, permet de constater leur faiblesse méthodologique. Les variables les mieux contrôlées sont le sexe ($4/12$ études) et l'appartenance géographique urbaine rurale ($4/12$ études), alors que l'âge et l'ethnie ne sont contrôlées qu'une fois sur douze. Quant au statut socio-économique et au statut marital, qui peuvent être des variables parfois importantes dans ces situations, elles n'ont pas été contrôlées dans chacune de ces douze études clés. Notre propre analyse de l'ensemble des vingt-trois études nous permet d'observer que certaines variables sont pratiquement négligées (éducation, statut marital, ethnie, occupation, antécédents familiaux), alors que même les variables les plus considérées ne sont souvent que partiellement contrôlées : diagnostic, sexe, âge, antécédents institutionnels.

Nous ne saurions donc trop insister sur cette influence déterminante que semblent jouer les données administratives disponibles (relativement faciles d'accès dans les dossiers) quant à l'orientation de la problématique de ces recherches et quant au cadre d'analyse dans lequel on s'enferme pour considérer les déterminismes susceptibles d'influer sur la criminalité des dits malades mentaux. N'est-il pas d'ailleurs surprenant que sur l'ensemble des vingt-trois études que nous avons relevées, seulement trois auteurs (Giovannoni & Gurel, 1967; Guze et al., 1967, 1970, 1974; Siomopoulos, 1978) présentent des résultats qui proviennent des contacts directs avec la communauté et d'entrevues avec la population des ex-patients ? Connaître le vécu, les réseaux de relations, le stress quotidien d'un ex-patient semble avoir moins d'importance pour expliquer son comportement dans la communauté que des variables générales aussi réductives que l'âge, le sexe, le statut marital ou la zone d'habitation ? Enfin, même si on ne s'en tenait qu'aux données administratives disponibles sur la criminalité des ex-patients, encore faudrait-il être assuré de leur fiabilité, ce qui ne semble pas être le cas.

FIABILITÉ DES SOURCES D'INFORMATION ET DES DONNÉES RECUEILLIES. DISCRIMINATION NÉGATIVE DES EX-PATIENTS : CRIMINALITÉ, JUSTICE ET POUVOIR DISCRÉTIONNAIRE DES AGENTS INSTITUTIONNELS FACE AUX MALADES MENTAUX.

La possibilité de compiler de façon pertinente et réaliste la quantité et la qualité des actes criminels des ex-patients psychiatri-

ques semble dépendante de plusieurs données statistiques administratives difficilement contrôlables pour le chercheur. Il devient dès lors douteux de se fier aux données brutes pour l'établissement de quelque comparaison que ce soit avec d'autres populations.

Certaines réactions des représentants de la justice peuvent augmenter la proportion des crimes observables chez les ex-patients. Ainsi, si l'on se fie aux arrestations enregistrées, on peut constater que le pouvoir discrétionnaire des policiers dans un secteur donné peut faire varier le taux des arrestations des ex-patients, comme de toute autre minorité, en fonction de la tolérance, à la fois des agents de la paix et des citoyens dans la communauté vis-à-vis la conduite des ex-patients (voir D. Béliveau, 1975, p. 21 et 23, Scace, 1975, p. 110-118 et Levine, 1970 p. 284).

On s'aperçoit qu'arrestation n'égal pas crime. À ce sujet, un certain nombre d'études mettent en relief l'écart existant entre le fait d'arrêter quelqu'un, de l'incriminer, et le fait qu'il soit véritablement reconnu coupable de l'acte criminel dont on l'accuse (Voir Turenne & Camirand, avril 1981, en particulier 2.3.3 Les personnes prévenues en 1980 (p. 66-68).

L'étude de la Commission de Réforme du Droit du Canada (1975, p. 21-27) est révélatrice à cet effet puisqu'on a observé de façon systématique le travail du corps policier pendant un an dans le quotidien d'un secteur du centre-ville de Toronto. On constate que seulement 40% des crimes sont considérés comme classés, que de ce nombre seulement 12,7% ont fait l'objet de poursuite, que 8,5% ont abouti à une condamnation et, que de ce 8,5% seulement 2,4% ont été récupérés par le système correctionnel. Ce qui laisse à penser que près de 98% des incidents impliquant au départ la police ont été réorientés vers des échappatoires officieuses et officielles plutôt que de se retrouver dans les statistiques correctionnelles. Il ne semble pas que le Québec fasse exception à la règle, si l'on se fie à l'étude préliminaire de Jobidon (1981, p. 14) sur ce sujet.

Il semble que bon nombre de crimes ne sont jamais élucidés par la police, particulièrement ceux se rapportant à la propriété. Par contre, la majorité des ex-patients sont plus susceptibles de se faire prendre pour ce genre de crime en raison d'une surveillance plus étroite dans leur environnement et du caractère plus impulsif et moins calculé de la grande majorité des délits commis par eux comparativement à la population en général (Rabkin, 1979). Les crimes contre la personne semblent favoriser davantage une orienta-

tion des ex-patients vers le circuit hospitalier que vers le circuit pénitencier, comparativement aux crimes contre la propriété (Giovannoni & Gurel) (1967, p. 150) Steadman & Keveles (1972), prétendent, pour leur part, que les statistiques sous-estiment les crimes graves commis par les ex-patients en raison d'une réhospitalisation sans judiciarisation, alors que l'on surestime les crimes mineurs des ex-patients comparativement à la population en général.

Sachant que c'est à partir des crimes contre la propriété qu'on les accuse le plus, d'après les statistiques disponibles, que ce sont ceux-là surtout que la police élucide le moins, que les ex-patients ont moins tendance à préméditer leurs actes que les criminels en général; on peut s'attendre à retrouver une tendance à la hausse comparative des crimes commis par les malades mentaux. Il semble, en effet qu'une faible proportion de la population en général est incriminée pour l'ensemble des crimes secondaires commis, à l'exception des crimes impliquant une violence contre la personne.

D'autres facteurs peuvent aussi induire en erreur quant à l'incidence réelle de la hausse de la criminalité des ex-patients. Mentionnons entre autres le peu de collaboration entre différents organismes publics quant à l'information recueillie sur les individus, ce qui a pour effet, par exemple, qu'une proportion importante des crimes imputés à des ex-patients peut être attribuable avant tout à des ex-criminels qui se retrouvent, pour différentes raisons, dans le circuit psychiatrique. Un certain nombre d'études clés relèvent cette dimension de carrière criminelle, antérieure à l'hospitalisation psychiatrique, comme facteur explicatif de l'incidence plus élevée de la criminalité chez les ex-patients (voir entre autres : Brill & Walzberg, 1972; Rappoport & Lassen, 1965; Steadam et al., 1978 a; Zitrin et al., 1976).

Ajoutons que le relevé des données brutes recueillies néglige souvent tout un groupe d'ex-patients, privilégiés économiquement, qui sont traités dans des circuits privés. Il ne sont pas identifiés et n'entrent pas dans la compilation faite par les chercheurs, ce qui pourrait pourtant atténuer l'incidence de la dangerosité attribuée aux ex-patients.

Enfin, lorsque l'échantillon constitué est trop petit et peu contrôlé, il est possible que cela favorise disproportionnellement à la hausse l'incidence d'un événement rare. Il se peut aussi qu'on attribue à toute une population d'ex-patients une proportion inadéquate de crimes commis par une minorité, bien spécifique, d'ex-pa-

tients, dans l'échantillon considéré, comme semblent le prétendre, entre autres, Benezek et al. (1980), Durbin et al. (1977), Guze et al. (1974). Rappeport & Lassen (1965), Siomopoulos (1978), Steadman et al. (1978) et Zitrin et al. (1976).

DISCRIMINATION POSITIVE

Par contre, rappelons-le, d'autres éléments peuvent à l'inverse favoriser une incidence à la baisse de la criminalité chez les ex-patients dont l'orientation rapide vers l'hôpital à la suite des mesures policières ou légales qui tendent à atténuer leur responsabilité, particulièrement en ce qui concerne les crimes contre la personne (Rabkin, 1979; Steadman et al., 1972) ou encore la réduction de la gravité du délit commis lors de l'accusation prononcée contre le prévenu.

En ce qui concerne le Québec, il semble y avoir de nombreux cas de tous ordres qui sont référés par la justice, sans aucune identification judiciaire (Jobidon, 1981). L'étude de Denise Béliveau confirme cette hypothèse pour les ex-patients psychiatriques puisque selon elle, seulement 26,7% des cas semblent entrer dans le processus judiciaire. Parmi les auteurs américains qui ont étudié ce problème, Levine (1970) parle de 71% des cas de criminalité non identifiés par le processus judiciaire, alors que Lagos (1977) en signale 27% dans son échantillon.

On peut donc demeurer à tout le moins circonspect et dubitatif quant à la fiabilité des données utilisées pour établir cette supériorité numérique de la criminalité des ex-patients comparativement à celle de la population criminelle, en général, qu'on signale depuis les vingt-cinq dernières années.

CONCLUSION

Le profil des individus qui ont subi une évaluation psychiatrique dans les prisons nous permet de faire certains commentaires. Rappelons d'abord qu'il s'agit de personnes aux prises avec de graves problèmes psychologiques qui errent dans les établissements carcéraux et ceux de la santé. Quand ils n'y sont pas, ils vivent en marge de la société et, sauf en période de crise, ils ne reçoivent pas les services d'aide dont ils auraient besoin pour maintenir leur équilibre psychologique.

Nous croyons que cette situation est la conséquence de la politique de désinstitutionnalisation appliquée au Québec depuis le milieu des années 1960. On avait remarqué dans les années 1950 que les personnes qui vivaient de très longs séjours dans les grands hôpi-

taux psychiatriques ne recevaient pas beaucoup de traitements et que leurs comportements avaient tendance à se détériorer. Avec l'arrivée de nouveaux médicaments qui semblaient réduire le désordre psychologique des malades, une nouvelle idéologie de traitement a pris naissance. Les malades feront des séjours de plus en plus courts dans les grands hôpitaux et la communauté les prendra en charge.

Cette idéologie de désinstitutionnalisation est en soi humaniste et progressiste. À cette étape-ci du développement des politiques et de l'application de cette idéologie, l'État a réussi à les déformer pour en tirer un très grand profit (Scull, 1977). On a réduit de façon importante le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques et dans la communauté, mais on a mis sur pied très peu de services. Les nouveaux médicaments n'ont pas accompli les miracles attendus et même s'ils sont efficaces au niveau de la psychose aiguë, ils n'ont pas éliminé les problèmes des individus ni leurs rechutes.

À l'intérieur des unités de soins psychiatriques, on compte actuellement moins de lits disponibles et on exerce de fortes pressions pour libérer les malades le plus rapidement possible. Dans la communauté, il existe très peu de services adaptés à cette clientèle. Dès lors, les personnes qui souffrent de graves problèmes psychologiques se retrouvent seules dans la rue et pratiquement sans aide. Étant donné qu'à cause de leurs difficultés, elles ne peuvent s'intégrer à la société et en suivre les règles, elles sont arrêtées par les policiers pour la plupart du temps pour des délits mineurs, mais parfois hélas pour des crimes majeurs.

Au Québec, un autre facteur encore favorise l'intervention judiciaire et c'est la loi de la protection du malade mental qui concerne les droits et les libertés civiles des personnes qui ont des problèmes psychologiques graves. La loi stipule que la personne elle-même doit demander de l'aide, ou sa famille doit démontrer devant la cour qu'il y a de bonnes raisons de demander un examen psychologique où deux psychiatres doivent se mettre d'accord pour déclarer que la personne a besoin d'aide. La réalité démontre qu'il est très difficile pour les membres d'une famille d'aller en cour pour déclarer que le mari ou le fils est fou et qu'il a besoin d'aide (cf. témoignage d'une mère en santé mentale au Québec). Mentionnons, en outre, qu'il existe très peu d'équipes psychiatriques prêtes à se rendre au domicile de la personne et faire le constat légal de son besoin de traitement.

Dès lors, si une telle personne dérange son entourage, elle risque d'être déclarée à la police ou emmenée à l'hôpital, ce qui fait que le manque de services à la communauté dessert l'application d'une loi qui au départ était très valable.

À cause de cette situation, l'individu devient souvent très malade avant de pouvoir être traité. Il porte alors une double étiquette : malade mental et criminel. En plus, il risque d'être rejeté par les établissements de santé, la justification du rejet étant sa dangerosité.

L'hypothèse que nous soumettons, c'est la gravité des problèmes psychologiques de l'individu, leur chronicité et le manque de ressources personnelles qui amènent le rejet. Les départements de psychiatrie, les C.L.S.C., les B.S.S. ni par leur structure, ni par leurs modèles de traitement ne sont aptes à recevoir une telle clientèle. En suggérant la dangerosité de ces cas, ils s'en libèrent.

Le scénario de l'emprisonnement se répète. Après avoir été arrêté à trois reprises pour un délit mineur et conduit à la salle d'urgence d'un hôpital, un individu devra subir son procès, s'il est arrêté une autre fois, et séjourner probablement en prison.

Il est évident que la problématique que nous venons de décrire a été très peu étudiée, voire même négligée, par les gouvernements, les cliniciens et les chercheurs. Le manque d'informations descriptives est inacceptable; le manque d'informations explicatives, étonnant ! Ce qui n'empêche pas le Ministère de la Justice du Canada de procéder à une réforme (sic) des articles du code criminel référant aux personnes aliénées. En attendant au Québec on ne cesse de payer pour arrêter ces personnes, les faire évaluer par des experts, les garder en prison, ou dans un hôpital ou dans un hôpital à sécurité maximale, et faire reviser annuellement leur cas quand il s'agit d'une ordonnance du lieutenant-gouverneur.

Nous croyons que jusqu'à présent, on a suffisamment étudié les droits de la protection du public et ceux des malades mentaux. Il est grandement temps de nous attarder aux droits des malades mentaux à un traitement efficace, ce qui leur permettrait de vivre une vie heureuse, hors de l'institution, intégrés à la société.

Il convient donc de mettre en commun nos ressources pour développer des services et des programmes de traitement efficaces et aussi faire de la prévention. Il nous paraît important de réaliser une telle recherche à l'intérieur d'un cadre d'analyse qui tient compte à la fois de variables à caractère individuel et social. On

pourra de la sorte présenter ces personnes et les décrire comme étant des cas de psychopathologie mais aussi et parfois surtout de misère sociale.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAMSON, J. (1972) : « The criminalization of mentally disordered behaviour : Possible side effects of a new mental health law », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 23, 101-105.
- ANONYMUS (1981) : « Cure libre : élément de guérison ou droit à la misère », *Santé mentale au Québec*, VI, 2, 168-174.
- BASSUK, ELLEN, L. & GERSON, SAMUEL (1978) : « Deinstitutionalization and mental health services », *Scientific American*, 238, 2, 46-53.
- BÉLIVEAU, D. (1975) : « Urgence psychiatrique et intervention policière à Montréal. » Montréal, Institut Philippe Pinel de Montréal.
- BÉLIVEAU, LIONEL (1980) : « Pinel : 10 ans après », *Cahiers Internationaux Pinel*, 9-20.
- BENEZECH, M., BOURGEOIS, M. & YESAVAGE, J. (1980) : « Violence in the mentally ill : a study of 547 patients at a French Hospital for the criminally insane », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 698-700.
- BOHMER, C.E.R. (1976) : « Bad or mad : The psychiatrist in the sentencing process », *Journal of Psychiatry and the Law*, 4, 23-48.
- BRILL, H. & MALZBERG, B. (1962) : « Statistical report on the arrest records of male expatients released from New York State mental hospitals during the period 1946-1948. », *Criminal Acts of Ex-Mental Patients*, Washington, D.C. : American Psychiatric Association, supplement 153.
- CANADA Code criminel, SRC 1970.
- CASTEL, F., CASTEL, R. & LOWEL, A. (1979) : *La société psychiatrique avancée. Le modèle américain*, Paris, Grasset.
- COCOZZA, J.J., MELICK, M.E. & STEADMAN, H.J. (1978) : « Trends in violent crime among ex-mental patients », *Criminology*, 16, 3, 317, 334.
- COHEN, C.J. (1980) : « Crime among mental patients : A critical analysis », *Psychiatric Quarterly*, 52, 2, 100-107.
- COLLECTIF SUR LA DÉSINSTITUTIONNALISATION (1980) : « La désinstitutionnalisation aux États-Unis », *Revue Transitions*, 3.
- COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA (1975) : *Études sur la déjudiciarisation*, Projet de réforme de droit pénal à East York, Ottawa.
- COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA (1975) : *Processus Pénal et Désordre Mental*, Ottawa, Imprimerie de la Reine, Document de Travail, no 14.
- CUMMING, J. & MARKSON, E. (1975) : « The impact of mass transfer on patient release », *Archives of General Psychiatry*, 32, 804-809.
- CUMMING, E. & CUMMING, J. (1965) : « On the stigma of mental illness », *Community Mental Health Journal*, 1, 135-143.
- DURBIN, J.R., PASEWARD, R.A. & ALBERS, D. (1977) : « Criminality and mental illness : a study of arrest rates in a rural state », *American Journal of Psychiatry*, 134, 1, 80-83.
- GATHERCOLE, C.E., CRAFT, M.J., MCDOUGALL, J., BARNES, H.M. & PECK, D.F. : « A review of 100 discharges from a special hospital », *Research in Methodology*.

- GIOVANNONI, J.M., ALTO, P., GUREL, L. (1967) : « Socially disruptive behavior of ex-mental patients », *Archives of General Psychiatry*, 17, 146-153.
- GLEENLAND, C. & ROSENBLATT, E. (1972) : « Remands for psychiatric examination in Ontario, 1969-70 », *Canadian Psychiatric Association Journal*, 17, 387-401.
- GRUNBERG, F. KLINGER, B.I. & GRUMET, B. (1977) : « Homicide and deinstitutionalization of the mentally ill », *American Journal of Psychiatry*, 134, 6, 685-687.
- GUZE, S.B. (1964) : « A study of recidivism based upon a follow-up of 217 consecutive criminals », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 138, 575-580.
- GUZE, S.B., WOODRUFF, R.A. & CLAYTON, P.J. (1974) : « Psychiatric disorders and criminality », *Journal of the American Medical Association*, 228, 241-242.
- GUZE, S.B., GODWIN, D.W. & CRANE, J.B. (1970) : « Criminal recidivism and psychiatric illness », *American Journal of Psychiatry*, 127, 6, 132-135.
- GUZE, S.B., GODWIN, D.W. & CRANE, J.B. (1969) : « Criminality and psychiatric disorders », *Archives of General Psychiatry*, 20, 583-591.
- GUZE, S.B., WOLFGAM, E.D., MCKINNEY, J.K. ET AL. (1967) : « Psychiatric illness in the families of convicted criminals : A study of 519 first degree relatives », *Diseases of the Nervous System*, 28, 10, 651-659.
- GUZE, S.B., CANTWELL, D.P. (1965) : « Alcoholism, parol observations and criminal recidivism : A study of 116 parolees », *American Journal of Psychiatry*, 122, 436-439.
- GUZE, S.B. TWASON, V.B. GATFIELD, P.D., STEWART, M.A. & PICKEN, B. (1962) : « Psychiatric illness and crime with particular reference to alcoholism : a study of 223 criminals », *Journal of Nervous Mental Disease*, 134, 512-521.
- HÄFNER, H. & BÖKER, W. (1973) : « Mentally disordered violent offenders », *Social Psychiatry*, 8, 220-229.
- HARPER, D. & BARRY, D. (1979) : « Estimates prevalence of psychiatric disorder in a prison population », *Abstracts on Criminology and Penology*, 19, 3, 237-242.
- HOGARTH, J. (1971) : *Sentencing as a human process*, Toronto, University of Toronto Press.
- JACKSON, M.A. & Webster, C.D. (1980) : « What judges want : Outcome of METFORS judicial questionnaire », Unpublished Working Paper on Forensic Psychiatry, Toronto, METFORS.
- JOBIDON, C. (1981) : « La criminalité au Québec », *Justice*, 3, 2, 10-22.
- KELLER, S.R. (1971) : « The lost community in community psychiatry », *Psychiatry*, 34, 168-179.
- KINARD, E.M. & Klerman, L.V. (1980) : « Changes in life style following mental hospitalization », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 666-672.
- KIRK, S.A. (1976) : « Effectiveness of community services for discharged mental hospital patients », *American Journal of Orthopsychiatry*, 46, 4, 646-659.
- KIRK, S.A. & Therrien, M.E. (1975) : « Community mental health myths and the fate of former hospitalized patients », *Psychiatry*, 38, 209-216.
- KIRK, S.A. & GREENLEY, J.R. (1974) : « Denying or delivering services ? », *Social Work*, 19, 439-447.
- KUNJUKRISHMAN, R. (1979) : « Ten year survey of pretrial examinations in Saskatchewan », *Canadian Journal of Psychiatry*, 24, 638-689.

- LAGOS, J.M., PERLMUTTER, K. & SAEXINGER, H. (1977) : « Fear of the mentally ill : empirical support for the common man's response », *American Journal of Psychiatry*, 1134-1147.
- LEHMAN, S., MITCHELL, S. & COHEN, B. (1978) : « Environmental adaptation of the mental patient », *American Journal of Community Psychology*, 6, 2, 115-124.
- LEVINE, D. (1970) : « Criminal Behaviour and mental institutionalization », *Journal of Clinical Psychology*, 26, 279-284.
- MAYER, J.E., HOTZ, M. & ROSENBLATT, A. (1973) : « The readmission patterns of patients referred to after care clinics », *Journal of the Bronx State Hospital*, 1, 4, 180-188.
- MURPHY, H.B.M. : « Les foyers nourriciers : une nouvelle arrière boutique », *Revue de l'Hygiène Mentale*, supplément 71.
- ONTARIO MINISTRY OF CORRECTIONAL SERVICES (1977) : « Prisoners remanded in custody », Planning and research branch.
- QUINSEY, VERNON L. (1981) : « The long-term management of the mentally abnormal offender, dans S.J. Hucker, C.D. Webster et M.H. Ben Aron (eds) : *Mental disorder and criminal responsibility*, Toronto, Butterworths.
- QUINSEY, VERNON L. (1979a) : « Assessments of the dangerousness of mental patients held in maximum security », *International Journal of Law and Psychiatry*, 2, 389-406.
- QUINSEY, VERNON L. (1979b) : « Release from a maximum security psychiatric institution : Demographic and clinical variables », *Criminal Justice and Behaviour*, 6, 4, 390-399.
- QUINSEY, VERNON L. (1975) : « Psychiatric staff conferences of dangerous mentally disordered offenders », *Canadian Journal of Behavioural Science*, 7, 60-69.
- QUINSEY, VERNON L. & AMBBTMAN, R. (1979) : « Variables affecting psychiatrists' and teachers' assessments of the dangerousness of mentally ill offenders », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 353-362.
- QUINSEY, VERNON L. & BOYD, BARRY A. (1977) : « An assessment of the characteristics and dangerousness of patients held on warrants of the lieutenant-governor », *Crime and Justice*, 268-274.
- QUINSEY, VERNON L., PRUESSE, MANFRED, FERNKY, ROBERT (1975) : « A follow-up of patients found « unfit to stand trial » or « not guilty » because of insanity », *Canadian Psychiatric Association Journal*, 20, 6, 461-467.
- RABKIN, J.C. (1979) : « Criminal behaviour of discharged mental patients : A critical appraisal of the research », *Psychological Bulletin*, 86, 1, 1-27.
- RAPPEPORT, J.R. & LASSEN, G. (1965) : « Dangerousness-arrest rate comparison of discharged patients and the general population », *American Journal of Psychiatry*, 121, 8, 776-783.
- RAPPEPORT, J.R. & LASSEN, G. & GRUENWALD F. (1962) : « Evaluation and follow-up of hospital patients who had sanity hearings », *American Journal of Psychiatry*, 118, 12, 1078-1090.
- ROSENBLATT, A. & MAYER, J.E. (1974) : « The recidivism of mental patients : A review of past studies », *American Journal of Ortho psychiatry*, 44, 5, 697-706.
- SAVAGE, HARVEY S. (1980) : « Le bien-fondé des dispositions relatives à la capacité de subir un procès dans le cas des individus vivant avec un handicap mental », *Autonomie*, vol. 1, 2, 3-10.

- SCULL, A. DECARCERATION (1977) : *Community treatment and the deviant – A radical view*, Engle wood Cliffs, Prentice – Hall.
- SHAH, S.A. (1978) : « Dangerousness and mental illness. Some conceptual, prediction and policy dilemmas, dans C. Frederick (Ed.) : », *Dangerous behaviour : A problem in law and mental health*, NIMH, DHEW Publication No (ADM) 78-563, Washington, (D.C.) : U.S. Government Printing Office, 153-191.
- SIOMOPOULOS, V. (1978) : « Psychiatric diagnosis and criminality », *Psychological Reports*, 42, 559-562.
- SOSOWSKY, L. (1980) : « Explaining the increased arrest rate among mental patients : a cautionary note », *American Journal of Psychiatry*, 137, 12, 1602-1604.
- SOSOWSKY, L. (1978) : « Crime and violence among mental patients reconsidered in view of the new legal relationship between the state and the mentally ill », *American Journal of Psychiatry*, 135, 1, 33-42.
- STEADMAN, H.J. & Ribner, S.A. (1980) : *The mentally ill in local jails : new claims versus old problems* New York State Departement of Mental Hygiene, Albany, N.Y., 1-8.
- STEADMAN, H.J., VANDERWYST, D. & RIBNER, S. (1978) : « Comparing arrest rates of mental patients and criminal offenders », *American Journal of Psychiatry*, 135, 10, 1218-1220.
- STEADMAN, H.J., COCOZZA, J.J. & MELICK, M.E. (1978) : « Explaining the increased arrest rate among mental patients : The changing clientele of state hospitals », *American Journal of Psychiatry*, 135, 7, 816-820.
- STEADMAN, H.J., COCOZZA, J.J. (1978) : « Public perceptions of the criminally insane », *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 7, 457-459.
- STEADMAN, H.J. & KEVELES, G. (1972) : « The community adjustment and criminal activity of the Baxstrom patients : 1966-1970 », *American Journal of Psychiatry*, 129, 3, 304-310.
- STONE, A.A. (1976) : *Mental health and law : A system in transition*, New York, Jason Aronson.
- STRAUSS, J.S. & CARPENTER, W.T. (1972) : « The prediction of outcome in schizophrenia », *Archives of General Psychiatry*, 27, 739-745.
- TURENNE, F. & CAMIRAND, F. (1981) : *L'Évolution des Services Correctionnels Québécois*. Québec, Ministère de la Justice.
- WEBSTER, C.D., MEMZIES, R.J., BUTLER, B.T., TURNER, R.E. (1982) : « The outcome of brief and impatient forensic psychiatric assessment : six canadian cities ». Appendix G dans Webster, C.D. Menzies, R.J. et Jackson, M.A. (Eds) : *Clinical Assessment and the Mentally Disordered Offender*, Toronto, Butterworths.
- WEBSTER, C.D., MENZIES, R.J. & JACKSON, M.A. : « Clinical assessment and the mentally disordered offender », Metropolitan Toronto Forensic Service (METFORS), Clarke Institute of Psychiatry, Working paper in Forensic Psychiatry, Number 27.
- WHITMER, C.E. (1980) : « From hospitals to jails : The fate of California's deinstitutionalized mentally ill », *American Journal of Orthopsychiatry*, 50, 1, 65-75.
- WOODSIDE, M. (1976) : « Psychiatric referrals for Edinburgh courts », *British Journal of Criminology*, 16, 20-37.
- ZITRIN, A., HARDESTY, A.S., BURDOCK, E.I. & DROSSMAN, A.K. (1976) : « Crime and violence among mental patients », *American Journal of Psychiatry*, 133, 2, 142-149.