

Étude de relance auprès des détenus fédéraux traités en milieu psychiatrique : description des antécédents, du séjour, des rechutes et des récidives

Sheilagh Hodgins, Mireille Cyr, Jean Paquet and Pierre Lamy

Volume 21, Number 2, 1988

Les soins de santé mentale en milieu carcéral

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/017264ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/017264ar>

[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., Cyr, M., Paquet, J. & Lamy, P. (1988). Étude de relance auprès des détenus fédéraux traités en milieu psychiatrique : description des antécédents, du séjour, des rechutes et des récidives. *Criminologie*, 21(2), 27–61.
<https://doi.org/10.7202/017264ar>

Article abstract

While severe mental disorders have consistently been shown to be more prevalent among inmates of penal institutions than among the general population, the provision of mental health within jails, prisons and penitentiaries has always been, and continues to be, problematic. The present investigation was designed to examine the impact on patients of one organizational model of mental health care for penitentiary inmates. Ninety-nine men who were transferred from a penitentiary to a maximum security hospital for varying periods of time were followed for three years after discharge. Relapse and criminal recidivism were documented from official files. Interviews were conducted at the end of the follow-up period in order to examine subject's level of social functioning and mental state. Specific conclusions are drawn about the way in which mental health care was provided and the benefit which accrued to the patients.

ÉTUDE DE RELANCE AUPRÈS DES DÉTENUS FÉDÉRAUX TRAITÉS EN MILIEU PSYCHIATRIQUE : DESCRIPTION DES ANTÉCÉDENTS, DU SÉJOUR, DES RECHUTES ET DES RÉCIDIVES*

Sheilagh Hodgins, Mireille Cyr, Jean Paquet, Pierre Lamy**

While severe mental disorders have consistently been shown to be more prevalent among inmates of penal institutions than among the general population, the provision of mental health within jails, prisons and penitentiaries has always been, and continues to be, problematic. The present investigation was designed to examine the impact on patients of one organizational model of mental health care for penitentiary inmates. Ninety-nine men who were transferred from a penitentiary to a maximum security hospital for varying periods of time were followed for three years after discharge. Relapse and criminal recidivism were documented from official files. Interviews were conducted at the end of the follow-up period in order to examine subject's level of social functioning and mental state. Specific conclusions are drawn about the way in which mental health care was provided and the benefit which accrued to the patients.

INTRODUCTION

LA PRÉVALENCE DE TROUBLES MENTAUX CHEZ LES DÉTENUS D'INSTITUTIONS CARCÉRALES

Il semble bien que le pourcentage de troubles mentaux soit plus élevé chez les détenus que dans la population en général. Après avoir fait un relevé exhaustif des articles scientifiques portant sur ce sujet, Roth (1986) en vient à la conclusion que de 15 à 20 % des détenus ont besoin d'un traitement psychiatrique et que 5 % d'entre eux souffrent de psychose. Selon Wormith et Borzecki (1985), dans les pénitenciers, le pourcentage des troubles mentaux autres que les psychoses et les troubles de la personnalité varie entre 15 et 20 %.

* Nous tenons à remercier les professionnels de l'IPPM responsables du traitement des détenus pour leur précieuse collaboration au cours de cette étude, ainsi que la Gendarmerie royale du Canada.

** Sheilagh Hodgins, Mireille Cyr, Jean Paquet, Pierre Lamy, Centre de recherche, Institut Philippe Pinel de Montréal, 10 905 Henri-Bourassa est, Montréal (Québec), H1C 1H1.

Cependant, trois études récentes (Collins et Schlenger, 1983; Hyde et Seiter, 1987, Neighbors *et al.*, 1987) des détenus de pénitenciers américains ont trouvé des taux de prévalence de troubles psychotiques qui varient de 3,0 % à 4,6 % (les taux de schizophrénie variant entre 1,0 % et 4,5 %) et des taux de troubles affectifs majeurs qui varient entre 9,2 % et 22,7 %.

De nombreuses raisons peuvent expliquer ces taux relativement élevés de troubles mentaux chez les détenus. D'abord l'âge moyen des détenus correspond à l'âge où se manifestent habituellement des troubles. De plus, un grand nombre de détenus proviennent de milieux familiaux socio-économiquement défavorisés où l'on a observé que le pourcentage de troubles psychotiques est 2,58 fois plus élevé et le pourcentage de troubles de la personnalité est 3,3 fois plus élevé que celui que l'on retrouve dans une population plus favorisée économiquement (Neugebauer, Dohrenwend et Dohrenwend, 1980).

Une étude (Ortmann, 1981) réalisée auprès d'une cohorte composée de l'ensemble des hommes nés à Copenhague en 1953 démontre que les individus qui furent hospitalisés en psychiatrie furent aussi plus fréquemment condamnés pour des actes criminels que les autres sujets. De plus, les sujets hospitalisés en psychiatrie sont aussi ceux qui ont commis le plus grand nombre de délits et ceux-ci avaient tendance à être plus graves et plus violents (Adams, 1983).

Deux des études américaines citées plus haut (Collins et Schlenger, 1983; Hyde et Seiter, 1987) ont trouvé que les taux des troubles psychotiques et affectifs augmentaient avec le nombre de condamnations.

D'après Silverton (1985), les travaux les plus récents tendent à démontrer l'existence d'un lien héréditaire entre la schizophrénie et la criminalité. Aussi, selon une étude réalisée par cet auteur, la criminalité est une des caractéristiques du phénotype qui se manifeste chez un certain nombre d'individus porteurs des gènes de la personnalité schizotypique (pour une discussion plus en profondeur, voir Hodgins, 1987c).

Des raisons d'un autre ordre peuvent aussi expliquer le nombre élevé de détenus canadiens qui souffrent de troubles mentaux. En effet, les tribunaux interprètent d'une manière restrictive les critères déjà conservateurs qui définissent l'aliénation mentale dans le Code criminel canadien (Ferguson, 1984). Il semble donc que seuls les individus accusés de délits violents graves, qui au moment des délits étaient dans un état psychotique aigu et manifeste, sont déclarés non coupables pour

raison d'aliénation mentale (Webster, Phillips et Stermac, 1985). Les autres criminels accusés de délits moins graves, qui souffraient d'une psychopathologie moins sévère au moment de leur délit, sont plus susceptibles d'être condamnés et incarcérés.

Enfin, la nature même du milieu carcéral est susceptible de provoquer des problèmes psychologiques (Porporino et Zamble, 1984; Roth, 1986; Zamble, Porporino et Kalotay, 1984).

Pour conclure, les résultats des études tendent à démontrer que les détenus souffrent plus fréquemment de problèmes mentaux comparativement à la population générale. De plus, des observations laissent croire que depuis la mise sur pied d'une politique de désinstitutionnalisation en psychiatrie, le nombre de personnes souffrant de problèmes mentaux qui entrent dans le système judiciaire va en augmentant (Steadman, Cocozza et Melick, 1978; Teplin, 1984; Wormith et Borzecki, 1985; Hodgins 1987*a*, 1985).

LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE EN INSTITUTION CARCÉRALE

Traditionnellement, les soins de santé mentale destinés aux détenus des pénitenciers étaient vus comme faisant partie des soins médicaux au même titre que par exemple l'orthopédie et la chirurgie. Il était et il est toujours difficile de donner des soins médicaux adéquats aux détenus; il est encore plus difficile de leur fournir des soins de santé mentale.

Au début des années 1970, les responsables du Service correctionnel du Canada ont constaté qu'il fallait moderniser complètement les services médicaux dans les pénitenciers (Joliffe, 1984). Cette nouvelle prise de conscience semble avoir été longue à se développer car, déjà en 1938, la Commission royale Archambault avait souligné les lacunes des soins de santé mentale offerts dans les pénitenciers. En 1963, le Service correctionnel canadien a noté que la pénurie de psychiatres et de psychologues empêchait de fournir des soins de santé mentale de qualité aux détenus. En 1966, un porte-parole de la Société John Howard déclarait devant un comité du Parlement que les détenus souffrant de désordres mentaux devaient être mis en isolement puisque aucun autre service n'existait pour les soigner au pénitencier. En 1969, le Comité canadien de la réforme pénale et correctionnelle a déploré le manque de collaboration des autorités provinciales à l'égard du traitement des détenus souffrant de troubles mentaux.

En réponse à cet état de fait, le Service correctionnel a créé en 1971 le Comité consultatif des psychiatres. Ce Comité a souligné plusieurs lacunes qui avaient été remarquées de nombreuses années auparavant et il en a révélé de nouvelles, entre autres, la procédure d'évaluation des malades mentaux, l'existence de locaux inadéquats et surpeuplés, de même que la pénurie de personnes qualifiées pour traiter les détenus souffrant de troubles mentaux. Le Comité a recommandé la création de centres psychiatriques dans chaque région afin de fournir aux détenus des soins de santé mentale adéquats. Les auteurs du rapport ont insisté pour que ces soins soient fournis dans un établissement de santé de même qualité que tout autre hôpital. De plus, ils ont recommandé également que la recherche et l'enseignement fassent partie intégrante du fonctionnement de ces centres (Solliciteur général du Canada, 1972, rapporté dans Joliffe, 1984).

L'ensemble de ces études et de ces rapports ont été publiés au moment où l'on reconnaissait le droit des détenus à bénéficier des mêmes services de santé que les autres citoyens. À cette époque, un porte-parole de l'Association médicale du Canada déclarait que toute personne condamnée à une peine d'emprisonnement à l'issue d'une procédure judiciaire est en droit de se prévaloir de soins médicaux identiques à ceux dispensés à l'extérieur du milieu carcéral (Wallace, 1974). Aux États-Unis, l'Association médicale a élaboré des standards pour l'agrément des services médicaux en institution carcérale pendant que le Barreau américain demandait une amélioration de ces mêmes services. En juin 1972, le premier centre psychiatrique régional était inauguré à Abottsford en Colombie-Britannique. L'année 1975 vit l'ouverture de deux autres centres, l'un à Kingston, l'autre à Laval. Un quatrième centre était inauguré en 1979 à Saskatoon, sur le campus de l'Université de Saskatchewan. Un cinquième centre est toujours prévu dans les provinces Maritimes.

Selon Joliffe (1984), le rapport du Comité consultatif des psychiatres qui a été publié en 1971 a servi de catalyseur en provoquant une réforme plus approfondie des services médicaux et sanitaires du Service correctionnel canadien. En mai 1973, le Comité consultatif national des soins de santé où siégeaient des médecins, des infirmiers, des dentistes et des psychiatres fut constitué. Une de ses recommandations eut des conséquences très importantes sur les services en santé mentale. Il s'agissait de la réorganisation de services de santé dans le but d'accorder une marge d'autonomie professionnelle suffisante au personnel qui planifiait, administrait et dispensait ces soins. Pour la première fois, un directeur des services médicaux était

nommé. Ce dernier est donc devenu le responsable de tous les services de santé ainsi que le patron des employés de ces services. Cette nouvelle structure faisait que dorénavant, les soins étaient sous la responsabilité des autorités médicales et ils ne relevaient plus des administrateurs des institutions carcérales.

En 1977, fut publié un guide des politiques et procédures pour tous les services médicaux destinés aux détenus dans le but de contrôler la disponibilité et la qualité des soins dans les pénitenciers canadiens. Au même moment, parut un document portant sur les principes déontologiques pour les services de santé dispensés dans les établissements correctionnels fédéraux. Le droit du détenu d'accepter ou de refuser des traitements y était clairement énoncé.

La même année, le sous-comité sur le régime des institutions pénitenciaires au Canada présentait un rapport au Parlement dans lequel il soulignait la nécessité d'assurer l'autonomie professionnelle des centres psychiatriques régionaux. Ce sous-comité recommandait en effet que ces centres relèvent du ministère s'occupant de la gestion des services de santé plutôt que du ministère en charge de l'administration des services judiciaires et correctionnels.

Bien que cette recommandation n'ait jamais été adoptée, de nombreux efforts furent déployés pour que les centres régionaux de psychiatrie fournissent des soins de même qualité que tout autre centre hospitalier du pays. C'est aussi pour cette raison que le Conseil canadien de l'agrément des hôpitaux effectue régulièrement des inspections dans ces centres.

Dans le même rapport, le sous-comité soulignait l'importance d'une politique de concertation entre la direction des services médicaux du Service correctionnel et les responsables provinciaux des services de santé, pour éviter que les centres régionaux de psychiatrie ne fassent double emploi avec les services de santé des provinces.

LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DESTINÉS AUX DÉTENUS DES PÉNITENCIERS AU QUÉBEC

Le Centre régional de psychiatrie du Québec, créé en 1972, n'a existé que pendant cinq ans. En effet, en 1977, une entente était signée entre le solliciteur général du Canada et le ministère des Affaires sociales du Québec prévoyant que l'Institut Philippe Pinel de Montréal (IPPM) fournirait les services cliniques nécessaires au diagnostic et au traitement des détenus souffrant de problèmes psychiatriques dans les

pénitenciers québécois. Les services cliniques dispensés par l'IPPM peuvent être répartis en trois volets. Le premier volet réfère aux consultations et aux évaluations faites dans les pénitenciers par des psychiatres de l'IPPM. Le principal rôle de ces psychiatres est le dépistage des détenus souffrant de troubles mentaux. Le besoin d'une médication psychotrope est le principal critère sur lequel ils se basent pour recommander le transfert d'un détenu à l'IPPM. Environ 10 % des consultations conduiraient à une recommandation d'hospitalisation à l'Institut Pinel et celles-ci seraient pratiquement toujours acceptées, pour un total d'une centaine d'admissions par an ou d'une trentaine de lits occupés régulièrement par cette clientèle (Béliveau et Laflamme-Cusson, 1983).

Par l'entente fédérale-provinciale signée en 1977, le Service correctionnel du Canada confiait à un hôpital totalement indépendant de lui, géré comme les autres hôpitaux du Québec, tous les soins psychiatriques exigés par sa clientèle. Les soins hospitaliers constituent donc le deuxième volet des services cliniques qu'offre l'IPPM aux détenus. Ce qui distingue l'Institut Pinel, c'est son cadre sécuritaire et ses équipes de traitement sensibilisées à la criminalité de la clientèle. Ainsi, les détenus fédéraux ayant besoin de soins psychiatriques peuvent séjourner dans les unités de traitement où sont également traitées des personnes inaptes à subir leur procès, celles qui ont été acquittées d'un délit à cause d'aliénation mentale et des patients psychiatriques ayant besoin d'être soignés dans un milieu sécuritaire.

Les mesures sécuritaires de l'IPPM correspondent à peu près à celles des pénitenciers dits à sécurité moyenne. À la périphérie de l'Institut, des gardiens surveillent le périmètre et exercent un contrôle sur les entrées et les sorties des véhicules. À l'intérieur, un autre poste de surveillance contrôle les allées et venues de toutes personnes entrant ou sortant de l'IPPM. La sécurité à l'intérieur de l'Institut est assurée par des équipes d'urgence postées en dehors des unités de vie. Dans les unités, une console permettant de commander l'ouverture des portes des chambres est située à l'intérieur d'un poste de garde entouré de parois de verre de sécurité. Si pour les profanes, Pinel est aussi impressionnant qu'une prison, pour les habitués des pénitenciers, c'est un véritable hôtel. De même, pour ces derniers, l'ambiance n'a rien à voir avec celle des pénitenciers; au modèle sécuritaire et punitif des institutions carcérales, s'oppose carrément le modèle hospitalier de l'IPPM. Œuvrant dans un milieu préoccupé d'évaluation et de traitement, le personnel responsable de la sécurité a développé une mentalité tout à fait différente de celle des gardiens de prison.

Enfin, le troisième volet des services offerts par l'IPPM est celui des services spéciaux de réhabilitation (Cyr, Hodgins, Lamy, Paquet et Tremblay, 1987; Cyr, Hodgins, Lamy et Paquet, 1987; Hodgins, Cyr, Lamy, Paquet et Tremblay, 1987).

PROBLÈMES LIÉS À LA DISPENSATION DE SOINS DE SANTÉ MENTALE AUX DÉTENUS D'INSTITUTIONS CARCÉRALES

Comme nous l'avons souligné au début de ce chapitre, les services de santé mentale offerts dans les pénitenciers font l'objet d'une attention spéciale depuis peu de temps. Ces services doivent faire face à des difficultés particulières, tant à cause de leur clientèle cible qu'en raison du contexte spécifique des pénitenciers.

L'identification des détenus ayant besoin de soins de santé mentale – Un premier problème est relié à l'identification des détenus pouvant bénéficier d'un traitement psychiatrique. Ayant analysé ce problème, Toch (1982) considère qu'il est nécessaire de regrouper les détenus en quatre catégories : 1) les «perturbés et perturbants»; 2) les «perturbés mais non perturbants»; 3) les «non-perturbés mais perturbants»; 4) les «non-perturbés et non perturbants.»

Traditionnellement, les détenus «perturbés et perturbants» ont été rejetés par les institutions pénitentiaires et hospitalières. Ces détenus font souvent les frais de la «thérapie de l'autobus», le pendant au pénitencier du syndrome de la «porte tournante» en santé mentale; ce qui illustre bien l'incapacité des institutions à répondre adéquatement aux besoins de ce type de détenus.

Une étude récente (Adams, 1983) a démontré que les détenus qui avaient été hospitalisés en psychiatrie possédaient un casier judiciaire plus chargé et qu'ils s'étaient livrés à plus d'actes de violence envers les autres. De plus, ce sont ces détenus qui posent le plus de problèmes de discipline dans les pénitenciers. Uhlig (1976) a constaté, en examinant les pénitenciers de la Nouvelle-Angleterre, que 53 % des détenus considérés comme des problèmes de gestion souffraient de troubles mentaux. Malheureusement, ces détenus sont souvent victimes de mauvais traitements (Hartstone, Steadman, Robbins et Monahan, 1984). Il semble que le retrait en isolement soit très fréquemment la réponse de l'institution (Uhlig, 1976; Wilson, 1983; Brodsky, 1984; Tellier, Wormith et Gendreau, 1984; Wormith, 1985) mais l'isolement risque d'exacerber la symptomatologie déjà présente (Wadeson et Carpenter, 1976).

Ces détenus «perturbés et perturbants» font habituellement l'objet d'un désaccord profond entre les responsables de l'administration des pénitenciers qui demandent l'aide des professionnels de la santé mentale pour rendre ces détenus moins dérangeants et ces professionnels qui éprouvent beaucoup de difficultés à assurer la garde et le traitement de ces détenus. Afin d'éviter de tels conflits, les organismes responsables de la mise en place des structures pour le traitement psychiatrique des détenus ont tendance à accorder un pouvoir décisionnel aux professionnels de la santé mentale (Hartstone, Steadman et Monahan, 1982; Phillips, 1983) afin qu'ils puissent obtenir le transfert des détenus perturbés dans un endroit où ils pourront bénéficier de soins psychiatriques sans remettre en cause la sécurité des autres patients et celle du personnel traitant.

Le détenu qui est «perturbé mais non perturbant» présente un problème d'un tout autre ordre car, fréquemment, il passe inaperçu auprès des professionnels de la santé mentale qui œuvrent en milieu carcéral. Lors d'une enquête auprès du personnel des unités de soins psychiatriques de six États américains, presque la moitié des répondants ont souligné que trop peu de détenus souffrant de troubles mentaux majeurs ont reçu les soins adéquats (Steadman, Morrissey et Robbins, 1985). Trop souvent, de tels cas ne dérangent personne et les gardiens ne sont pas aptes à identifier ce genre de détenus souffrant de problèmes mentaux. De plus, habituellement, le nombre de professionnels de la santé mentale qui travaillent dans les institutions pénitentiaires n'est pas suffisant pour permettre de dépister tous les cas qui pourraient bénéficier d'un traitement.

La troisième catégorie de détenus, celle des «non-perturbés mais perturbants» peut aussi être la cause de désaccord entre l'administration pénitentiaire et les professionnels de la santé mentale, quand ces derniers ne répondent pas à une demande d'intervention pour faire calmer ce type de détenus (pour une discussion, voir Wilson, 1983).

Finalement, les détenus dits «normaux» parce qu'ils ne sont pas perturbés et qu'ils ne perturbent pas le fonctionnement de l'institution ne bénéficient pas de soins de santé mentale sauf pour de brèves interventions au moment des situations de crise.

Confusion au sujet du rôle du professionnel de la santé mentale – La définition de la tâche des professionnels de la santé mentale qui travaillent auprès des détenus est le deuxième problème propre à la dispensation de ces services. Jusqu'à récemment, les psychiatres croyaient devoir jouer un rôle clé dans la réhabilitation des détenus. Le modèle

psychanalytique, qui prédominait à l'époque, ne faisait pas de distinction entre le traitement et la réhabilitation. D'après ce modèle, un style de vie criminel n'était que la manifestation d'une psychopathologie pouvant être traitée lors d'une psychothérapie et l'institution carcérale était un lieu de réhabilitation (Zitrin, 1973).

Au début des années 70, le rôle du psychiatre et des professionnels de la santé mentale œuvrant en milieu carcéral s'est modifié suite aux multiples travaux de recherche tendant à démontrer que les psychothérapies et autres interventions thérapeutiques faites en institution carcérale ne parvenaient pas à réduire le taux de récidive criminelle (Sechrest, White et Brown, 1979). De plus, l'émergence de critiques portant sur l'explication psychanalytique de la criminalité ont favorisé l'établissement d'un consensus entre les décideurs politiques, les administrateurs, les cliniciens et les chercheurs, sur la nécessité de distinguer entre les efforts de réhabilitation des détenus et les soins de santé mentale. En conséquence, le rôle du psychiatre et des autres professionnels de la santé mentale s'est vu confiné au traitement des détenus souffrant des troubles mentaux les plus graves et aux interventions en situation de crise. Toutefois, de tels professionnels peuvent agir comme consultants dans certains programmes de réhabilitation (Roth, 1980, 1986). Les standards relatifs aux soins de santé mentale en milieu carcéral qui ont été adoptés par l'American Medical Association en 1979 insistent sur cette distinction.

L'indépendance des professionnels de la santé mentale – Un troisième problème, propre aux spécialistes de la santé mentale en milieu carcéral, concerne leur autonomie face aux autorités du système correctionnel. Deux aspects de ce problème ont été particulièrement soulignés. Il s'agit d'abord du pouvoir de ces professionnels de décider qui sera traité, avec quelles modalités et pour combien de temps. Le second aspect porte sur le caractère confidentiel de leurs relations avec les détenus. Les modèles d'organisation des services de santé mentale pour détenus qui sont en place présentement au Canada accordent un pouvoir décisionnel aux professionnels de la santé mentale pour tout ce qui concerne le traitement. Nous ignorons cependant à quel point ces modèles d'organisation ont fait diminuer la tension qui a marqué l'histoire des relations entre les autorités des services correctionnels et les responsables des soins de santé mentale. À notre connaissance, il n'y a pas eu encore d'évaluation de l'impact de ces modèles d'organisation. Une étude récente réalisée aux États-Unis (Hartstone *et al.*, 1982) suggère que ce conflit est de beaucoup réduit en accordant un pouvoir décisionnel aux responsables des soins de santé mentale dans le cadre

d'une entente très claire sur les procédures de transfert du détenu du milieu carcéral à l'unité de traitement.

Le caractère confidentiel de la relation entre le détenu et son thérapeute pose toujours des problèmes. Légalement, cette relation n'est pas protégée si le professionnel est appelé à témoigner devant un tribunal. Toutefois, ce dernier peut toujours demander au juge de lui accorder le privilège de préserver le secret professionnel.

Le présent projet – Le présent projet vise à examiner la situation actuelle au Québec à l'égard des détenus de pénitenciers qui sont transférés dans un milieu hospitalier à cause d'un trouble mental. Cette étude, la première réalisée au Canada qui porte sur cette question, reste nécessairement descriptive.

Notre premier objectif est de documenter le nombre de détenus qui ont été traités lors d'une période de deux ans, et les raisons qui ont motivé leur transfert en milieu hospitalier. Ces données nous permettront d'estimer la prévalence des troubles mentaux majeurs.

Le deuxième objectif porte sur le modèle d'organisation des soins. Le contrat de service existant entre le Service correctionnel et l'IPPM accorde aux professionnels de la santé mentale une autonomie face aux autorités du Service correctionnel par rapport aux décisions prises relativement au traitement. Cette structure organisationnelle est celle qui est recommandée afin de réduire les conflits entre les deux parties et de fournir aux détenus de meilleurs soins. Dans ce contexte, nous examinerons à quel point les problèmes qui ont caractérisé historiquement la dispensation de soins de santé mentale en milieu carcéral ont été résolus.

Notre troisième objectif est de décrire les caractéristiques des détenus qui ont besoin de soins en milieu hospitalier, les soins qu'ils ont reçus, ainsi que l'impact de ces traitements.

MÉTHODOLOGIE

DÉROULEMENT

Tous les patients éligibles à l'étude ont été rencontrés par un membre de l'équipe de recherche quelques jours avant leur départ de l'IPPM. Après avoir expliqué le projet de recherche aux sujets, nous leur avons demandé de consentir à collaborer à cette étude.

Lors de la première étape de la collecte des données, des informations concernant les antécédents psychiatriques, criminels et psychoso-

ciaux des sujets, de même que les caractéristiques de leur séjour cible à l'IPPM furent recueillies à partir des dossiers de l'IPPM.

La deuxième étape s'est déroulée entre le mois d'avril et de décembre 1986. Nous avons alors réalisé une entrevue avec les sujets et documenté les récidives criminelles et les rechutes psychiatriques.

Afin de localiser les sujets, nous avons vérifié les registres du Service correctionnel du Canada et du ministère de la Justice du Québec. Au besoin, nous avons consulté les amis et les membres de la famille de nos sujets. Une fois qu'un sujet était retracé, nous lui expédions une lettre par courrier recommandé pour l'inviter à nous contacter afin de prendre rendez-vous. Une lettre l'informait qu'une entrevue avec un psychologue de notre équipe serait réalisée, moyennant 25 \$, à un moment et dans un lieu qui lui convenaient. Si le sujet ne nous avait pas contacté dans un délai de deux semaines, nous tentions alors de le rejoindre par téléphone.

L'entrevue dirigée, d'une durée moyenne de 90 minutes, couvrait la période de vie écoulée depuis l'hospitalisation cible. L'entrevue portait sur les expériences de travail et de recherche d'emploi, les besoins financiers, les habitudes de vie, le réseau familial et social, l'utilisation des services de santé et des services sociaux. Nous avons posé, aux sujets qui étaient incarcérés au moment de l'entrevue, des questions concernant les conditions de détention, leur perception de l'atmosphère qui régnait au pénitencier, ainsi que les liens qu'ils conservaient avec le monde extérieur.

Lors de l'entrevue, nous avons également demandé aux sujets de remplir les échelles autoévaluées portant sur leur état mental, leur ajustement social et le soutien social qu'ils recevaient.

Les informations portant sur les rechutes psychiatriques ont été recueillies dans les dossiers de l'IPPM qui incluent les résumés des dossiers d'autres hôpitaux. Les renseignements relatifs aux condamnations pour infraction au Code criminel ont été tirés des relevés officiels de la Gendarmerie royale du Canada.

SUJETS

La cohorte de sujets sur laquelle porte notre étude est constituée de 99 détenus fédéraux qui ont quitté l'IPPM entre le 1^{er} septembre 1981 et le 31 août 1983. Dans chacun des cas, un minimum de trois et un maximum de cinq années se sont écoulées entre le congé de l'IPPM et

le moment de l'entrevue. Des 135 malades psychiatriques qui ont été radiés de l'IPPM, 99 ont consenti à participer à l'étude.

De ce nombre, 51 ont été rejoints lors de l'entrevue. Des 48 sujets qui n'ont pas fait l'entrevue, 19 ont refusé de nous rencontrer, 20 autres n'ont pu être rejoints, deux sujets étaient trop malades et sept sont décédés au cours de la période de suivi. En comparant les caractéristiques des sujets qui n'ont pas complété l'entrevue avec celles des sujets qui ont été interviewés, nous constatons que les deux groupes diffèrent d'une façon statistiquement significative sur six points. Ainsi, les sujets du groupe qui ont fait l'entrevue sont plus jeunes ($t(78)=2,16, p<0,05$); ils étaient également plus jeunes lors de leur première condamnation à l'âge adulte ($t(72)=2,01, p<0,05$) et avant l'hospitalisation cible, ils ont purgé en moyenne des sentences plus longues ($t(91)=-1,97, p<0,05$). Lors de la période de suivi, les sujets rencontrés en entrevue ont un taux de récidive ($X^2(1, N=92)=4,29, p<0,012$) plus élevé que les sujets qui n'ont pas été interviewés. Cette dernière différence s'explique probablement par le fait que 52,9 % des sujets rencontrés se trouvaient au pénitencier à la période où nous avons réalisé les entrevues contre seulement 26,8 % pour les sujets non interviewés. Comme le taux de participation des sujets incarcérés équivaut à celui des sujets qui vivaient dans la communauté au moment où nous les avons contactés, nous constatons que les sujets incarcérés sont surreprésentés dans notre échantillon de sujets interviewés simplement parce qu'ils étaient plus faciles à retrouver. À la lumière de ces différences, nous sommes portés à conclure que ces deux groupes de sujets ne sont pas tout à fait comparables et que les caractéristiques du groupe des sujets interviewés ne peuvent être attribuées à l'ensemble de la population des détenus ayant des troubles mentaux.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES SUJETS

La moyenne d'âge à l'admission est de 30 ans ($M=29,9$; $é.t.=7,6$). Le plus jeune au moment de l'admission à l'IPPM avait 20 ans et le plus vieux 57 ans.

À leur départ de l'IPPM, les sujets avaient complété en moyenne neuf ans de scolarité ($M=8,7$; $é.t.=2,9$). Deux sujets, âgés de 30 et 33 ans, n'avaient complété aucune année de scolarité, alors qu'un sujet avait complété une 16^e année. La majorité des sujets avaient entre 6 ans et 12 ans de scolarité.

Soixante-dix patients (80,5 %) avaient déjà travaillé par le passé. Parmi ces derniers, 22 sujets (31,4 %) avaient occupé un seul emploi,

26 sujets (37,1 %) en avaient occupé deux, alors que 22 sujets (31,4 %) avaient eu trois ou quatre emplois.

Douze sujets (12,2 %) travaillaient au moment de l'arrestation en rapport avec le dernier délit pour lequel ils ont été condamnés.

Niveau socio-économique des familles (n=63) – Quarante-deux sujets (66,6 %) proviennent d'une famille de niveau socio-économique faible. Quatorze sujets (22,2 %) ont été élevés dans une famille de niveau moyen et sept sujets (11,1 %) dans une famille de niveau socio-économique élevé.

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES

Nombre d'hospitalisations antérieures (n=97) – Soixante-deux des 97 sujets (63,9 %) pour lesquels nous avons l'information avaient été hospitalisés avant leur admission à l'IPPM. Parmi ces sujets, 19 (30,6 %) ont été hospitalisés à une reprise, 14 sujets (22,6 %) l'ont été à deux reprises, 18 sujets (29,0 %) de trois à cinq fois et 11 sujets (17,7 %) ont été hospitalisés très souvent, soit six fois ou plus. Parmi les sujets qui ont été hospitalisés, le nombre moyen d'hospitalisations est de 3,7 (é.t.=3,3). Il ressort que 29,9 % des sujets ont des antécédents psychiatriques chargés puisqu'ils ont été hospitalisés trois fois ou plus.

Âge à la première hospitalisation (n=60) – La moyenne d'âge à la première hospitalisation est de 23,7 ans (é.t.=7,0). La majorité des sujets étaient âgés entre 17 et 31 ans au moment de leur première hospitalisation. Le plus jeune âge auquel un sujet fut hospitalisé pour la première fois est de 9 ans et le plus élevé de 44 ans. Trente-deux sujets, soit 53,3 % de l'échantillon, ont eu leur première hospitalisation avant 23 ans et 28 sujets (46,7 %) après 23 ans.

Durée des hospitalisations antérieures (n=60) – La durée moyenne des hospitalisations antérieures est de 17,7 mois (é.t.=29,2). Le séjour le plus court est de trois jours et le plus long de 70 mois.

Par ailleurs, on observe une relation entre le nombre d'hospitalisations antérieures et le diagnostic des patients au départ de l'hospitalisation cible. Nous remarquons que les sujets ayant été hospitalisés le plus souvent sont des sujets ayant un diagnostic de retard mental, de psychose toxique ou de troubles mentaux organiques.

Lieu des hospitalisations antérieures (n=62) – Quarante-trois sujets (69,4 %) étaient déjà venus à l'IPPM. Parmi ces 43 sujets, 17 (39,5 %) ont été hospitalisés une fois à l'IPPM, 13 (30,2 %) l'ont été

deux fois, six (14,0 %) trois fois, six (14,0 %) quatre fois et un sujet (2,3 %) a fréquenté l'IPPM à cinq reprises.

Délits reliés aux hospitalisations antérieures (n=48) – Vingt-trois des 48 sujets (47,9 %) ayant été hospitalisés et pour lesquels l'information est disponible avaient commis des délits associés à leur(s) hospitalisation(s), délits pour lesquels ils n'ont pas été poursuivis en justice. Parmi ceux-ci, neuf sujets (39,1 %) avaient commis uniquement des délits de type violent¹, sept sujets (30,4 %) avaient commis des délits de type non violent et sept sujets (30,4 %) avaient effectué des délits des deux types.

Les différents types de délits associés aux hospitalisations apparaissent au Tableau 1.

TABLEAU 1
Délits associés aux hospitalisations

Type de délits	Nature des délits	Nombre de sujets
Délits violents	meurtres, tentatives de meurtre, homicides involontaires	6
	délits sexuels	5
	voies de fait simples	2
	vols qualifiés	6
Délits non violents	vols de tout genre	8
	conspirations, complots	5
	autres délits: recel, vagabondage, tapage, ...	11

Statut légal lors des admissions antérieures – Le statut légal le plus fréquent est celui de cure libre (dans 74,0 % des cas), suivi du statut de prévenu (16,2 % des cas), de celui de cure fermée (8,1 % des cas), d'OLG en raison d'une inaptitude à subir son procès (1,1 % des cas) et de mandat d'évaluation (0,5 % des cas).

1. Les différents délits inscrits au Code criminel furent divisés en deux catégories : les crimes violents, dans les cas où il y a atteinte directe ou potentielle à l'intégrité physique et morale d'une personne, et les crimes non violents dans les cas où il y a atteinte à la propriété. Pour la première catégorie, il s'agit du meurtre, du meurtre non qualifié, de l'homicide involontaire, de la tentative de meurtre, des blessures avec intention, des voies de fait graves et simples, des menaces et intimidation, de la négligence criminelle, de la séquestration, du viol, de la tentative de viol, de l'attentat à la pudeur, du vol qualifié et de l'incendie d'origine criminelle. La seconde catégorie, les crimes non violents, regroupe tous les autres délits inscrits au Code criminel.

ANTÉCÉDENTS CRIMINELS OFFICIELS

Nombre de condamnations (n=99) – Le nombre moyen de condamnations est de 10,1 (é.t.=7,2) avec un minimum d'une et un maximum de 33.

Âge à la première condamnation à la cour adulte (n=99) – La moyenne d'âge à la première condamnation adulte est 21,0 ans (é.t.=5,0). La majorité des sujets avaient entre 16 et 26 ans lors de leur première condamnation. Le sujet le plus jeune avait 14 ans et le plus âgé 47 ans.

La majeure partie des sujets (81,3 %) ont reçu leur première condamnation adulte avant d'être hospitalisés une première fois en psychiatrie.

Type de délits commis (n=99) – La plupart des sujets (88,8 %) ont commis au moins un délit de type violent. Sept sujets (7,1 %) ont commis uniquement des délits de type violent, 81 sujets (81,8 %) ont commis des délits de types violent et non violent et 11 sujets (11,1 %) ont perpétré uniquement des délits de type non violent.

Les délits pour lesquels les sujets ont été le plus souvent condamnés sont les vols simples (168 fois), les vols par effraction (109 fois), les vols qualifiés (115 fois), les fraudes (59 fois), les introductions par effraction (52 fois) et les complots (52 fois).

Concernant la répartition des délits de type violent et de type non violent, 256 des 1 011 condamnations (25,3 %) étaient relatives à des délits de type violent et 755 (74,7 %) à des délits de type non violent. Pour ce qui est des délits de type violent les plus fréquents, outre ceux mentionnés précédemment, nous retrouvons 48 voies de fait simples, 21 menaces ou intimidations, 16 délits sexuels, 14 homicides involontaires, huit meurtres, quatre tentatives de meurtre et quatre incendies criminels.

Consommation de drogue (n=50) ou d'alcool (n=51) lors de la commission du dernier délit inscrit au F.P.S. – Vingt-trois sujets (46,0 %) rapportent avoir consommé de la drogue au moment de commettre le dernier délit inscrit au F.P.S. (la nature de la drogue n'étant pas spécifiée) et vingt-huit sujets (54,9 %) disent avoir été sous l'influence de l'alcool.

Victime des délits (n=82) – L'information concernant les victimes des délits n'a été recueillie que pour les délits violents (à l'exception des vols qualifiés). Les victimes des 71 délits pour lesquels l'informa-

tion était disponible étaient des étrangers adultes dans 39,0 % des cas, des connaissances adultes dans 32,9 % des cas, 26,8 % étaient des agents de la paix et 1,2 % des membres de la parenté.

Évolution de la criminalité (n=86) – Nous avons tenté d'estimer l'évolution de la criminalité pour chacun des sujets en relevant, dans un ordre chronologique, les indices de sévérité² pour chacun des crimes commis à l'âge adulte et en calculant les coefficients de corrélation entre ces différents indices de sévérité.

Pour 18 sujets (20,9 %), la gravité des délits inscrits au F.P.S. augmente significativement au cours de leur carrière criminelle. Pour un sujet (1,2 %), la gravité des délits diminue significativement alors que pour les 67 autres sujets, la gravité des délits demeure stable.

Durée des sentences (n=99) – La durée moyenne des sentences est de 13,1 ans (é.t.=10,0), s'échelonnant entre 2 et 49 ans.

LE SÉJOUR CIBLE À L'IPPM

Procédure de demande de transfert – Dans les pénitenciers, ce sont les agents de gestion de cas, les psychologues, les médecins ou les gardiens qui demandent que certains détenus soient vus par les deux psychiatres de l'IPPM qui sont spécialement affectés aux pénitenciers du Québec.

Si les deux psychiatres jugent qu'une hospitalisation à l'IPPM est indiquée après une entrevue avec le détenu, ils envoient leurs recommandations au médecin en charge du centre régional d'admission. Dans l'affirmative, ce dernier transmettra sa décision au médecin responsable des admissions à l'IPPM.

Statut légal à l'admission (n=99) – Tous les sujets furent admis en cure libre à l'IPPM à l'exception d'un seul qui vint avec un mandat d'évaluation.

Diagnostic à l'admission (n=99) – Au moment de leur admission à l'IPPM, trente-cinq sujets (35,6 %) ont reçu des diagnostics de troubles psychotiques dont : psychose atypique (17 sujets), schizophré-

2. Il s'agit de cotes données à différents délits de types violent et non violent, selon le niveau de menace que pourrait représenter ces délits pour l'intégrité physique et morale des victimes potentielles. Les cotes varient de un (troubler la paix) à 28 (meurtre qualifié). Nous avons adapté ces indices de sévérité à partir de l'échelle de Akman et Normandeau (1966) pour être utilisés avec les résumés des dossiers de la G.R.C., mieux connus sous le terme de F.P.S. (Finger Print Service), alors que l'échelle de Akman & Normandeau nécessite le recours aux rapports de police.

nie (5 sujets), troubles schizoaffectifs (1 sujet), psychose réactionnelle brève (7 sujets), troubles paranoïaques (4 sujets) ou troubles schizophréniformes (1 sujet). Quatre sujets (4,0 %) présentaient des troubles affectifs majeurs (2 troubles bipolaires maniaques, 1 trouble bipolaire dépressif et 1 trouble dysthymique). Nous retrouvons également des diagnostics de troubles de la personnalité chez 36 sujets (36,4 %), la majorité de ces diagnostics étant des diagnostics de troubles de la personnalité atypique. D'autre part, 14 sujets (14,1 %) ont été diagnostiqués comme présentant des troubles de l'adaptation avec humeur dépressive, trois (3,0 %) sujets avaient des réactions dépressives, un sujet (1,0 %) présentait des troubles de conversion (névrose hystérique) et six sujets (6,0 %) manifestaient des troubles d'organicité comme le retard mental (3 sujets) et les troubles mentaux organiques induits par des substances toxiques (3 sujets).

Comme on peut observer au Tableau 2, les diagnostics ne correspondent pas toujours aux raisons citées dans le dossier pour le transfert à l'IPPM.

LE TRAITEMENT

Dès son arrivée à l'IPPM, le détenu est de nouveau évalué par un psychiatre qui détermine les conditions des premiers jours d'hospitalisation (encadrement sécuritaire, mesures antisuicidaires, évaluation physique, composition de la médication psychotrope, etc.). Cette intégration à l'IPPM se fait au sein d'une unité spécialisée dans la prise en charge des détenus en situation de crise.

Pendant cette première période, le traitement consiste principalement en une pharmacothérapie appropriée et en l'organisation d'un milieu de vie stable et structuré susceptible de désamorcer l'état de crise.

Après quelque temps, le détenu peut parfois s'intégrer à des thérapies de groupe ou profiter d'une psychothérapie individuelle.

Quand la crise semble résorbée, le psychiatre en charge de l'unité d'admission doit décider du moment de retour au pénitencier pour les détenus qui ont encore une sentence de deux ans et plus à purger, pour ceux qui refusent de rester en traitement à l'IPPM et pour ceux qui ne souhaitent rester à l'IPPM que pour faire «du bon temps».

Pour les détenus qui ont deux ans et moins à purger et qui démontrent une motivation certaine à profiter des différents services thérapeutiques de l'IPPM, le psychiatre de l'unité d'admission, après

TABLEAU 2

Raisons d'admission en fonction du diagnostic

Raisons d'admission	Tentative de suicide	État dépressif	Décompensation psychotique	Patient en état de crise au pénitencier	Évaluation pour confirmer le diagnostic	Incapacité de fonctionner au pénitencier	En réinsertion sociale
Catégories de diagnostics :							
Déficiência mentale (N=3)				2	1		
Schizophrénie (N=7)	1	1	3	1	1		
Autres psychoses (N=26)*	3		13	5	5		
Désordres affectifs (N=5)	2		1		2		
Désordres de personnalité, troubles liés à l'utilisation de substances toxiques, troubles d'adaptation, troubles de conduite (N=56)*	15	10	6	9	9	1	6

*Il n'y avait aucune raison dans les dossiers expliquant le transfert d'un cas de psychose et d'un cas de désordre de personnalité.

consultation avec son équipe traitante, oriente le détenu vers une autre unité de l'IPPM mieux équipée pour fournir un traitement à plus long terme. Ce choix est déterminé par les besoins du détenu, par les caractéristiques de sa personnalité et, plus pratiquement, par la disponibilité des lits dans les unités.

Le patient qui arrive dans cette deuxième unité est d'abord confiné, pour des raisons sécuritaires, à cette unité pendant la première semaine. Suit alors une courte période d'observation où sont entreprises des évaluations plus complètes aux niveaux psychiatrique, psychologique et criminologique. Ces évaluations servent à fixer les objectifs et les modalités de traitement dans un plan de soins. Ce plan de soins peut comprendre selon le cas : une médication psychotrope; des activités rééducatives sportives, scolaires et des ateliers de travail; des périodes de psychothérapie de groupe; une psychothérapie individuelle.

De plus, si le patient en quittant l'IPPM peut retourner dans la communauté, un programme de réinsertion sociale est mis sur pied pendant les derniers mois du traitement. Il comprendra des sorties de groupe très encadrées, puis suivront des sorties individuelles avec escorte et enfin, des sorties individuelles sans escorte qui précéderont le congé définitif.

Si le patient doit retourner au pénitencier, les objectifs du traitement visent à redonner un équilibre psychologique suffisant à l'individu pour qu'il puisse réintégrer le pénitencier avec le moins de risques possibles de rechute.

Durée du séjour (n=99) – La durée moyenne des séjours est de 10,4 mois (é.t.=13,1). Le plus court séjour fut de 21 jours et le plus long de 65 mois.

Diagnostic au départ (n=99) – Tel qu'indiqué au Tableau 3, à leur départ de l'IPPM, 64 sujets (64,6 %) ont conservé le même diagnostic qu'à leur admission.

Raison du départ (n=99) – La majorité des sujets ont quitté l'IPPM soit parce qu'ils ont signé un refus de traitement (34,3 % des sujets ou 34 sujets) soit parce qu'ils devenaient éligibles à la libération conditionnelle ou surveillance obligatoire (30,3 % des sujets ou 30 sujets). Parmi les autres sujets, douze ont été retournés au pénitencier par l'équipe traitante, un sujet avait fini de purger sa peine, trois sujets se sont évadés, et 19 ont complété leur traitement.

TABLEAU 3

Diagnostic à l'admission et au départ du séjour cible à l'IPPM

Catégories Diagnostiques	À l'admission %	Au départ %
Schizophrénie	5 (5,1)	9 (9,1)
Psychose atypique	17 (17,2)	9 (9,1)
Troubles paranoïaques	4 (4,0)	3 (3,0)
Autre psychose	9 (9,1)	5 (5,1)
Désordres affectifs	4 (4,0)	9 (9,1)
Troubles de la personnalité	36 (36,4)	44 (44,4)
Troubles névrotiques/ troubles de l'adaptation	18 (18,2)	13 (13,1)
Organicité/troubles induits par des substances toxiques	3 (3,0)	5 (5,1)
Retard mental	3 (3,0)	4 (4,0)

Statut légal au départ (n=99) – Quatre-vingt-seize sujets avaient un statut légal de détenu fédéral au moment de quitter l'IPPM. Les trois autres sujets (3,0 %) étaient sans charge ni mandat.

Destination au départ (n=99) – Des 96 sujets ayant un statut de détenu fédéral, 64 (66,6 %) ont été transférés au pénitencier à leur départ de l'IPPM, deux sujets (2,1 %) ont été transférés en institution psychiatrique et 30 sujets (31,3 %), sous surveillance obligatoire ou en libération conditionnelle, sont retournés vivre au sein de la communauté.

Parmi les 30 sujets qui sont retournés dans la communauté, 16 sont allés vivre en foyer ou en famille d'accueil, huit chez un ami ou un membre de leur famille et cinq sont partis vivre seuls. Nous ignorons la destination d'un sujet.

Des trois sujets sans charge ni mandat, deux ont quitté l'IPPM pour aller vivre en foyer et un, chez un membre de la famille.

LA PÉRIODE DE SUIVI

La durée – La durée du suivi pour les 92 sujets toujours vivants à la fin de la période de relance s'étend sur une période de 4,1 années (é.t.=0,58). Durant cette période, les sujets ont séjourné en moyenne 1,9 années (é.t.=1,5) dans la communauté et ont été incarcérés pour une durée moyenne de 1,6 année (é.t.=1,4). Sept sujets sont décédés au cours du suivi; ils seront exclus des résultats qui suivent. Ces personnes

ont séjourné en moyenne 5,7 mois ($\text{é.t.}=6,9$) dans la communauté. De ces sept sujets, deux ont été réadmis à l'IPPM: le premier en raison d'une incapacité de fonctionner au pénitencier et ce, pour une durée de quatre mois; le second sujet à deux reprises pour des durées de deux mois et de sept jours, à cause de difficultés de réintégration dans la famille et pour une cure de désintoxication. Enfin, on note que deux sujets parmi les sept se sont suicidés.

Réadmission en psychiatrie – Plus de la moitié des sujets, soit 47 cas, ont rechuté lors du suivi. Ils ont été réhospitalisés en moyenne à deux reprises ($M=2,0$; $\text{é.t.}=1,5$) pour des durées moyennes de 204 jours ($\text{é.t.}=272,6$) par rechute. Vingt-neuf sujets ont été réhospitalisés à une reprise, 10 autres de deux à trois fois et huit sujets à quatre reprises ou plus.

Si nous excluons les évaluations comme raison d'admission en psychiatrie, nous dénombrons 41 sujets réadmis pour recevoir des traitements. Le nombre moyen de rechutes réelles (c'est-à-dire ayant nécessité des soins psychiatriques) est égal à 1,9 ($\text{é.t.}=1,4$). Les données suivantes concernent l'ensemble des réadmissions en psychiatrie soit pour le traitement, soit pour évaluation psychiatrique.

La plupart des sujets ont été réhospitalisés peu de temps après leur sortie de l'hôpital, tel qu'indiqué à la Figure 1. En effet, 39 % des sujets ont été réadmis dans les six premiers mois faisant suite à leur départ de l'IPPM.

FIGURE 1

*Temps écoulé entre le départ de l'IPPM et la première rechute
(N=49)*

Temps écoulé		
1 à 12 mois		57,1 %
13 à 24 mois		26,5 %
25 à 36 mois		12,2 %
37 mois et plus		7,9 %

Un peu moins de 80 % des sujets ont rapporté un événement qui, selon eux, a causé leur rechute. Toutefois, parmi les événements précis cités par les sujets on note : les difficultés à s'intégrer dans la famille (21,4 %), les hallucinations ou des pertes de contact avec la réalité (15,5 %), les crises d'angoisse et d'anxiété (16,6 %), une détérioration

due au refus de prendre ses médicaments (10,7 %), les problèmes avec d'autres détenus (10,7 %), et d'autres raisons non spécifiées (23,8 %). De plus, un certain nombre de sujets avaient consommé de l'alcool (14,9 %) ou de la drogue (23,4 %) avant d'être réhospitalisés en psychiatrie. Quinze pour cent des sujets ont fait une tentative de suicide liée à une de leur réadmission alors que deux sujets (4,3 %) ont commis un délit en rapport avec l'une de ces admissions.

Une comparaison entre les sujets réhospitalisés et ceux qui ne l'ont pas été pendant la période de suivi n'identifie pas de différences significatives entre les deux groupes de sujets en ce qui a trait aux antécédents (Hotellings=0,099, $p=0,38$).

De telles comparaisons statistiques entre les cas qui ont rechuté et ceux qui n'ont pas rechuté risquent de nous induire en erreur puisque les variables examinées varient trop considérablement à l'intérieur de chaque groupe pour permettre une véritable comparaison des moyennes. En fait, les tests univariés d'homogénéité de variances (Cochrans-Box) indiquent que deux variables employées pour comparer les cas qui ont rechuté avec ceux qui n'ont pas rechuté sont très hétérogènes. Ce sont la durée moyenne des séjours antérieurs ($F(1,26476)=15,79$, $p=0,004$) et le nombre d'évasions ($F(1,26476)=3,93$, $p=0,047$).

En examinant les principales variables du séjour cible à l'IPPM on remarque que nos deux groupes se distinguent au niveau des diagnostics posés. En effet, on note que les sujets qui ont rechuté lors du suivi ont reçu plus souvent des diagnostics de psychose et moins souvent celui de troubles de la personnalité à leur départ de l'IPPM, comparativement à ceux qui n'ont pas rechuté ($X^2(2, N=99)=12,6$, $p<0,001$). Les autres caractéristiques concernant le séjour de référence à l'IPPM ne montrent pas de différences importantes ou significatives entre les groupes.

Afin d'identifier les facteurs susceptibles de prédire la rechute psychiatrique lors du suivi, nous avons effectué deux analyses de régression (*step-wise*) en considérant le nombre de rechutes psychiatriques et la durée de ces rechutes comme variables dépendantes. Les prédicteurs retenus pour les deux analyses sont les suivants: nombre d'hospitalisations antérieures; âge à la première hospitalisation; au moins un diagnostic de psychose à l'admission ou au départ de l'IPPM; total des indices de sévérité des délits; commission d'un délit de meurtre avant l'admission cible; nombre d'arrestations antérieures.

Les résultats de la première analyse sont présentés au Tableau 4 et montrent que quatre variables contribuent de façon significative

($F(4,92)=5,34$, $p=0,0007$) à la variance du nombre d'hospitalisations lors de la rechute. Seules deux de ces variables sont dotées de coefficients de pondération bêta atteignant un seuil de signification ($p<0,05$), à savoir : 1) le nombre d'hospitalisations antérieures à l'admission cible et 2) l'âge à la première hospitalisation. Ces deux variables expliquent à elles seules 16 % de la variance, tandis que les quatre variables expliquent au total 18% de la variance de la variable dépendante.

TABLEAU 4

Résultats de l'analyse de régression sur le nombre de rechutes

Prédicteurs	Multiple R	R	Coefficient de pondération Beta	P
Nombre d'hospitalisations antérieures à l'admission cible	0,34	0,12	0,31	0,001
Âge à la première hospitalisation	0,40	0,16	-0,22	0,02
A reçu au moins un diagnostic de psychose à l'admission ou au départ	0,43	0,18	-0,15	0,10
Total des indices de sévérité des délits antérieurs	0,43	0,18	-0,02	0,80
$F(4,92)=5,34$; $p=0,0007$				

Les résultats de la deuxième analyse sont présentés au Tableau 5. Cinq variables contribuent de façon significative ($F(5,91)=3,20$, $p<0,01$) à la variance de la durée des hospitalisations lors de la rechute. Seule la variable de diagnostic de psychose à l'admission est dotée d'un coefficient de pondération bêta atteignant un seuil de signification de ($p<0,05$). Cette variable explique à elle seule 13 % de la variance alors que toutes les variables au total expliquent 15 % de la variance de la variable dépendante.

L'état mental et le fonctionnement psychosocial des sujets à la fin de la période de suivi – Lors de l'entrevue, nous avons demandé aux sujets de compléter des tests mesurant leur état mental ainsi que leur niveau de fonctionnement psychosocial. Les résultats nous indiquent qu'à la fin de la période de suivi les sujets ont présenté le même profil de troubles de la pensée que les patients psychiatriques suivis en externe. De plus, ils ne sont pas dépressifs et prennent peu de plaisir à entrer

en relation avec d'autres personnes, si on les compare à une population normale.

TABLEAU 5

Résultats de l'analyse de régression sur la durée des rechutes pendant le suivi

Prédicteurs	Multiple R	R	Coefficient de pondération Beta	P
A reçu au moins un diagnostic de psychose à l'admission ou au départ	0,37	0,13	-0,38	0,0002
Total des indices de sévérité des délits antérieurs	0,38	0,14	0,06	0,55
Nombre d'arrestations antérieures	0,38	0,14	0,06	0,51
A commis un délit de meurtre avant l'admission cible	0,38	0,14	-0,03	0,74
Âge à la première hospitalisation	0,35	0,15	-0,03	0,77
$F(5,91)=3,20; p=0,01$				

Nous avons aussi cherché à évaluer le fonctionnement psychosocial et vocationnel des sujets. Ceux qui n'ont pas eu de rechute psychiatrique lors du suivi ont obtenu dans l'ensemble des scores plus élevés à tous les niveaux du fonctionnement psychosocial si on les compare à ceux qui ont rechuté. Les sujets qui n'ont pas rechuté semblent jouir d'une meilleure adaptation psychosociale, plus particulièrement dans le domaine des loisirs et du support financier.

De plus les personnes qui n'ont pas rechuté ont reçu plus d'aide et d'encouragement de leur entourage que les personnes ayant vécu une rechute lors du suivi; toutefois, cette différence n'est pas statistiquement significative.

LE NIVEAU DE RÉADAPTATION SOCIALE

Situation légale. La situation légale des patients qui ont rechuté lors du suivi se répartit comme suit : 43,1 % sont incarcérés depuis plus de six mois; 29,4 % sont sous surveillance obligatoire ou en libération conditionnelle; 17,6 % sont sans charge ni mandat et 9,8 % des sujets sont incarcérés depuis les six derniers mois ou moins. Alors que les sujets qui n'ont pas rechuté sont soit incarcérés depuis plus de six mois

(55,0 %) ou soit sous surveillance obligatoire ou en libération conditionnelle (35,0 %), un seul sujet (5,0 %) est sans charge ni mandat et un autre (5,0 %) est incarcéré depuis moins de six mois.

Travail. La situation du travail semble meilleure pour les sujets qui n'ont pas rechuté. En effet, plus de sujets de ce groupe ont occupé un emploi lors du suivi ($X^2(1, N=41) 4,26, p < 0,04$) par rapport aux sujets qui ont rechuté. De plus, la durée moyenne des emplois est légèrement plus élevée pour les gens n'ayant pas rechuté que pour l'autre groupe, mais cette différence n'apparaît pas significative ($F(1,18) = 0,33, p < 0,57$). On peut observer une différence dans la provenance de l'emploi; alors que la moitié des sujets qui ont rechuté s'étaient adressés aux centres d'emploi pour obtenir un travail, les sujets de l'autre groupe ont plutôt fait appel à d'autres ressources. Généralement, les sujets des deux groupes quittent leurs emplois pour les mêmes raisons, à l'exception des gens qui n'ont pas rechuté qui quittent dans 20 % des cas pour une promotion (meilleure rémunération) alors que les sujets qui ont rechuté laissent leur travail pour raison de maladie et/ou d'hospitalisation (12,5 % des cas).

La moitié des sujets qui n'ont pas séjourné en institution, comparativement à un seul sujet de l'autre groupe, travaillaient au moment de l'entrevue. La moitié des sujets qui n'ont pas rechuté et qui ne travaillaient pas lors de l'entrevue étaient à la recherche d'un emploi. Ces sujets utilisaient les annonces dans les journaux et les services des centres d'emploi; ils avaient aussi recours à leurs parents, à leurs amis et à leurs anciens employeurs. Seul un tiers des sujets qui ont rechuté étaient à la recherche d'un emploi; ils recouraient généralement à l'aide des centres d'emploi. Les sujets qui ont rechuté rapportaient avoir des problèmes psychologiques pour expliquer qu'ils ne recherchaient pas un emploi, alors que ceux de l'autre groupe disaient avoir des problèmes de santé physique et psychologique. De plus, on note qu'aucun des sujets n'a mentionné dans ses formulaires de demande d'emploi qu'il avait déjà été hospitalisé en psychiatrie ou qu'il avait un casier judiciaire.

Études et stages. La majorité des gens qui étudient sont ceux qui étaient incarcérés au moment de l'entrevue. Ce résultat est compréhensible compte tenu que les services d'éducation y sont plus facilement accessibles. Par ailleurs, on compte deux fois plus de sujets poursuivant des études chez les sujets qui n'ont pas rechuté.

Activités des sujets. De façon générale on remarque que le nombre moyen d'heures travaillées chaque semaine est supérieur chez les per-

sonnes qui n'ont pas rechuté, quel que soit l'endroit où les sujets se trouvent au moment de l'entrevue. On observe aussi un nombre moins élevé d'heures d'écoute «attentive» de la radio et de la télévision pour les sujets qui n'ont pas rechuté et qui sont dans la communauté, en comparaison des individus qui ont rechuté.

Réseau social des sujets. Deux fois plus de sujets n'ayant pas séjourné en institution psychiatrique lors du suivi ont eu une relation amoureuse stable au cours des trois dernières années, si on les compare aux personnes qui ont rechuté. Les gens qui sont dans la communauté voient plus régulièrement des personnes que ceux qui sont incarcérés et les gens qui n'ont pas rechuté en voient plus que ceux ayant rechuté. Les personnes qui n'ont pas rechuté ont plutôt tendance à voir des amis (dans 88 % des cas), alors que les gens qui ont rechuté voient surtout des membres de leur famille (64 % des cas). Cette différence s'observe aussi concernant le genre de personnes en qui ils ont confiance. On remarque enfin que deux des sujets qui ont rechuté et qui vivent dans la communauté n'ont pas réussi à se faire des amis, alors que ce problème n'existe pas chez ceux qui n'ont pas rechuté.

Famille des sujets. De façon générale, les sujets des deux groupes voient leur famille et reçoivent du soutien de celle-ci; les sujets qui ont rechuté voient plus souvent leur famille et sont plus satisfaits de la relation qu'ils entretiennent avec elle. De plus, on note une présence plus forte de troubles psychiatriques familiaux chez les sujets qui ont rechuté que chez ceux qui n'ont pas eu de rechute lors du suivi.

Sorties individuelles et de groupe. La seule différence que l'on observe concernant les sorties dans la communauté est que les sujets qui ont rechuté font généralement des promenades en solitaire, alors que les gens qui n'ont pas eu de rechute rendent visite à des amis ou à des membres de la famille. Ces derniers sont par contre accompagnés de leur conjointe dans presque 40 % des cas. Il est à remarquer que les sujets qui sont incarcérés et qui font des sorties, le font dans le cadre des libérations de jour et de fin de semaine, de même que dans des visites de groupe organisées par les pénitenciers.

Services de santé et sociaux. De façon générale, on note que les personnes vivant dans la communauté rapportent un meilleur état de santé que les gens incarcérés. Les personnes ayant rechuté attribuent plus souvent leurs problèmes de santé physique à des facteurs psychologiques et ils fréquentent plus souvent les services sociaux que ceux n'ayant pas rechuté. De plus, les personnes qui ont rechuté assistent moins souvent aux réunions des Alcooliques anonymes, prennent beau-

coup plus de médicaments et tentent plus souvent de se suicider (chez les sujets incarcérés) que les sujets qui n'ont pas rechuté. Enfin, on remarque que, dans l'ensemble des sujets, une personne sur deux a songé à mettre fin à ses jours lors du suivi.

Trois quarts des sujets ont rencontré au moins à une reprise un psychiatre, un psychologue, un travailleur social ou un infirmier lors de la période de suivi. Alors que 93,5 % des sujets qui ont rechuté ont consulté au moins un de ces intervenants, seulement 45 % des sujets qui n'ont pas rechuté ont cherché de l'aide.

La fréquence de consultations des professionnels est légèrement différente pour nos deux groupes de sujets. Les sujets qui ont rechuté rencontrent plus souvent un psychiatre mais, par contre, un peu moins souvent un psychologue que le groupe n'ayant pas rechuté. De plus, il est à noter que des infirmières et un criminologue sont plus souvent rencontrés par les gens qui ont eu des rechutes psychiatriques.

Situation de vie des sujets vivant dans la communauté. Les sujets qui n'ont pas rechuté vivent plus souvent en logement privé, avec quelqu'un (conjointe), comparativement aux personnes qui ont été traitées en institution psychiatrique à un moment donné lors du suivi. Les sujets qui n'ont pas rechuté déménagent parce qu'ils sont insatisfaits du logement, alors que la moitié des sujets qui ont rechuté changent d'appartement à cause de disputes avec les locataires ou sans aucune raison précise. La situation financière des gens qui n'ont pas rechuté semble meilleure; alors que près de la moitié des gens de ce groupe tirent leur revenu d'un travail, la majorité des personnes qui ont rechuté reçoivent des prestations du bien-être social et gagnent moins de 150 \$ par semaine.

Situation de vie des sujets qui sont incarcérés. Il semble que les gens qui ont rechuté ont été plus souvent détenus en condition de sécurité maximum que les personnes n'ayant pas de rechute psychiatrique. Ces dernières personnes reçoivent plus souvent la visite et des téléphones des amis, des enfants et de la conjointe que ceux qui ont rechuté. Plus de gens qui n'ont pas rechuté font usage d'alcool et/ou de drogue au pénitencier que ceux qui ont rechuté, mais ces derniers ont tendance à consommer plus fréquemment que l'autre groupe.

RÉCIDIVES

Lors du suivi, 41,3 % des sujets ont récidivé. Ces sujets ont commis généralement des délits non violents (73,8 %) et seulement un sujet a commis un délit de meurtre. Un peu plus du tiers de ces sujets ont

commis leur délit au cours de la première année qui a suivi leur sortie de l'IPPM.

En examinant la récidive selon le critère de rechute des sujets, on note que le taux de récidive ainsi que le nombre moyen de récidives est légèrement supérieur pour les sujets qui ont rechuté. De plus, ces sujets rapportent qu'ils étaient plus souvent dans un état dépressif ou psychotique lorsqu'ils ont commis ces délits. La réaction du sujet suite au délit commis est différente selon les groupes; la majorité des personnes qui n'ont pas rechuté ont fui après le délit, les sujets ayant rechuté se sont dénoncés à la police, sont demeurés sur les lieux du crime ou sont retournés à leur domicile.

Nous avons inclus dans une comparaison, entre les cas qui ont rechuté et ceux qui n'ont pas rechuté, trois variables continues: le nombre moyen de récidives, la durée moyenne des sentences, la somme des indices de sévérité des récidives, en utilisant une analyse multivariée Hotellings. Une valeur de 0,15319 a été obtenue avec un seuil de signification égal à 0,21. Par contre, les tests univariés d'homogénéité des variances (Cochrans-Box) révèlent que deux variables sur trois ont des variances très hétérogènes. Il s'agit du nombre de récidives officielles ($F(1,3072)=5,23, p=0,022$) et de la somme des indices de sévérité ($F(1,3072)=8,32, p=0,004$). Le postulat de l'homogénéité des variances n'étant pas respecté, le test Hotellings n'est plus fiable pour détecter des différences dans les comparaisons.

Les sujets expliquent leur récidive de la façon suivante: 30,3 % rapportent avoir commis ces délits sous l'influence de l'alcool et/ou de la drogue; 30,3 % le font pour le gain, l'argent; 12,1 % pour une vengeance, dans le cadre d'un crime passionnel ou d'un règlement de compte; 12,1 % à cause d'un état d'anxiété ou d'angoisse; 10,1 % sont incapables de faire face au stress inhérent à une réinsertion sociale et 5 % suite à l'interruption volontaire de la médication psychotrope.

Récidives non officielles – Au total, six sujets (11,7 %) ont rapporté avoir commis des délits pour lesquels ils n'ont pas été condamnés. Selon les sujets, ces délits étaient tous de type non violent. Ces délits ont été commis: sous l'influence de la drogue et/ou d'alcool (25 %), pour de l'argent (25 %), dans un état dépressif (25 %) ou, finalement pour une promotion sociale dans le milieu criminel (25 %). Parmi ces six sujets, deux ont commis des délits avec des amis ou des connaissances qui avaient déjà commis des délits, les quatre autres sujets ont agi seuls. Généralement, la réaction des sujets après le délit fut la fuite (4 sujets), alors que les autres circulèrent aux environs du crime (1 sujet) ou retournèrent à leur domicile (1 sujet).

OPINION DES SUJETS PAR RAPPORT AU TRAITEMENT

Plus des trois quarts des sujets ont rapporté qu'ils avaient été hospitalisés à l'IPPM à cause d'un état de crise psychologique. À l'IPPM, plus de 60 % des sujets ont constaté qu'ils étaient mis en contact avec une modalité de traitement psychothérapeutique. De retour au pénitencier, près de 20 % des sujets ont rapporté qu'ils avaient continué à recevoir une médication psychotrope. Plus de 70 % des sujets accepteraient de revenir à l'IPPM si le besoin s'en faisait sentir et ce, parce que la grande majorité d'entre eux ont apprécié le cadre de vie, le dévouement du personnel et l'efficacité des programmes de traitement.

CONCLUSION

Cette cohorte composée de détenus transférés à l'IPPM à partir des pénitenciers au Québec présente un tableau clinique très sombre. En effet, même si ces détenus étaient âgés en moyenne de 30 ans lors de leur admission cible à l'IPPM, 64 % d'entre eux avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie à une reprise et 20 % d'entre eux à trois reprises ou plus. La durée moyenne de la somme des séjours en psychiatrie était de 18 mois. D'autre part, ces hommes avaient déjà été condamnés en moyenne à 13 années d'incarcération. Nous sommes donc forcés de conclure que ceux-ci risquent de n'avoir passé qu'une brève partie de leur vie adulte dans la communauté étant soit hospitalisés ou incarcérés. Ces sujets ont des antécédents criminels chargés avec en moyenne 10 condamnations au niveau adulte. Presque tous (89 %) ont été condamnés au moins une fois pour un délit de type violent, alors que 75 % de leurs condamnations sont relatives à des délits de type non violent. Il est intéressant de noter que dans 81 % des cas, les sujets ont d'abord été condamnés avant d'être hospitalisés en psychiatrie une première fois.

Tous les sujets de notre étude ont volontairement accepté leur transfert à l'IPPM et deux tiers d'entre eux ont alors reçu des diagnostics montrant qu'ils souffraient de troubles mentaux sévères; l'autre tiers des sujets a été diagnostiqué comme présentant des troubles de la personnalité. Même si le diagnostic de ce dernier tiers des sujets n'indique pas nécessairement qu'ils avaient besoin d'être transférés sur une unité de soins psychiatriques, les raisons de transfert démontrent que ces détenus avaient un besoin évident d'interventions quelconques. Cependant, nous avons observé, particulièrement chez des cas portant un diagnostic de désordre de la personnalité, un manque de correspondance entre le diagnostic et les raisons citées pour le transfert à l'IPPM.

Les sujets ont séjourné en moyenne 10,4 mois à l'IPPM; et un tiers d'entre eux sont retournés au pénitencier parce qu'ils avaient refusé de poursuivre leur traitement, 12 % ont été renvoyés de l'IPPM à la demande de l'équipe traitante et un autre tiers était libéré. Seulement 19 % des détenus ont quitté à la fin du traitement.

Pendant la période de suivi qui a duré de trois à cinq ans, 50 % des sujets ont été réadmis en psychiatrie. Dans la très grande majorité des cas ce fut à l'IPPM. Pendant cette période, 29 % des sujets ont fait une rechute psychiatrique, 18 % en ont fait deux ou plus. Pour 57 % des sujets, la première réadmission en psychiatrie eut lieu pendant les 12 mois suivant leur radiation de l'IPPM.

Alors que la distinction entre les sujets qui ont rechuté et ceux qui n'ont pas rechuté n'a pas été établie dans les chapitres précédents, nos données suggèrent que les sujets qui ont rechuté avaient des antécédents psychiatriques plus chargés et qu'ils souffraient plus fréquemment de problèmes de type psychotique. Les facteurs prédictifs de ces rechutes psychiatriques n'ont pu être identifiés. À noter que la même situation prévaut pour la population psychiatrique en général (Abramowitz, Tupin et Berger, 1984) et pour les personnes jugées inaptes à subir leur procès et/ou déclarées non coupables pour cause d'aliénation mentale (Hodgins, 1987b).

Au départ de l'IPPM, peu de sujets ont reçu un suivi postcure. Étant donné la gravité de leurs problèmes mentaux et le fait qu'il a été démontré qu'un suivi postcure est essentiel dans de pareils cas (Hodgins et Gaston, 1987a, b) cette situation est plutôt étonnante. À notre avis, le taux de rechute est dû en partie à ces lacunes au niveau des soins en postcure. De même, il est probable que ces patients soient restés plus longtemps hospitalisés à l'IPPM à cause de la quasi-impossibilité d'avoir un programme de soins postcure adéquat au pénitencier, même si celui-ci se limitait à un traitement pharmacologique.

La gravité et la chronicité des problèmes mentaux dont souffrent les sujets de cette étude sont clairement mises en évidence par les différents tests mesurant leur état mental et leur fonctionnement social. Lors de l'entrevue, 13 sujets (25,0 %) ont présenté une symptomatologie psychotique et quatre (8 %) une symptomatologie d'allure dépressive. De plus, les scores obtenus par les sujets sur l'échelle d'anhédonisme sociale reflètent le manque d'intérêt de ces sujets à entrer en relation avec les autres.

Les sujets de cette étude n'ont pas bénéficié à l'IPPM d'interventions portant spécifiquement sur leur fonctionnement psychosocial;

pourtant, la nécessité de ce type d'intervention a été clairement reconnue (voir par exemple Liberman, 1986). Les scores obtenus sur l'échelle mesurant l'adaptation psychosociale, les difficultés qu'ils rencontrent sur le marché du travail, leur tendance à s'isoler et l'absence de relations amoureuses stables, tous ces facteurs démontrent que ces personnes avaient nettement besoin d'intervention pour pallier leurs difficultés dans les relations sociales.

Il est difficile d'évaluer le cheminement de cette cohorte de sujets car nous ne savons pas très bien à qui les comparer. Leurs diagnostics ressemblent à ceux des patients admis dans les services psychiatriques des centres hospitaliers. Par contre, leurs raisons d'admission semblent particulières à une population de détenus et leurs antécédents psychiatriques ressemblent plus à ceux des patients des hôpitaux psychiatriques qu'aux antécédents des patients des hôpitaux généraux. La durée des séjours à l'IPPM de ces détenus est plus longue que celle des séjours des patients admis dans les hôpitaux psychiatriques et dans les ailes psychiatriques des centres hospitaliers (Rhéault, 1983). Le taux de rechute des sujets de notre étude est légèrement inférieur à celui des patients des hôpitaux psychiatriques (Toews et Barnes, 1986). Comme les sujets de cette étude ont accepté volontairement d'être hospitalisés pour recevoir des soins psychiatriques tant avant qu'après leur séjour cible à l'IPPM et que seul un petit nombre semble avoir présenté une menace pour eux-mêmes ou pour autrui, nous considérons que nous ne pouvons pas les comparer aux patients qui sont hospitalisés en cure fermée. Enfin, les sujets que nous avons étudiés dans cette étude ne peuvent être comparés aux hommes jugés inaptes à subir leur procès et/ou acquittés pour raison d'aliénation mentale (Hodgins, Cyr, Paquet et Lamy, 1987).

Les difficultés que nous éprouvons à comprendre ce type de personnes soulèvent une question de fond par rapport aux liens entre la criminalité et les différents troubles mentaux. Le fait que les sujets qui ont fait des rechutes psychiatriques aient été condamnés plus souvent que les autres correspond tout à fait aux données d'Adams (1983). En effet, vu les difficultés de ces sujets au niveau de leur fonctionnement social et leur tendance à rester sur les lieux mêmes où ils ont commis leurs délits, il est compréhensible que les criminels qui souffrent de troubles mentaux graves soient plus fréquemment arrêtés par les policiers et ainsi, plus souvent condamnés.

Les résultats de notre étude suggèrent que les problèmes qui ont traditionnellement marqué les soins de santé mentale dispensés aux

détenus sont bien présents. Considérons d'abord le problème d'identification des détenus souffrant de troubles mentaux.

Nos résultats suggèrent qu'un nombre important de détenus souffrant de troubles mentaux graves n'ont pas reçu de soins. Puisque le taux de prévalence des troubles psychotiques chez les détenus a été estimé à 5 %, il était raisonnable de penser qu'environ 175 des 3 500 détenus fédéraux auraient nécessité des soins psychiatriques pendant la période de deux ans couverte par notre étude. Or, les données que nous avons recueillies indiquent que 35 détenus portant un diagnostic de psychose ont été transférés des pénitenciers à l'IPPM entre 1981 et 1983.

Ce problème relatif à l'absence d'identification des détenus souffrant de troubles psychotiques semble être encore plus flagrant dans le cas des détenus présentant des troubles schizophréniques. La fréquence des troubles schizophréniques dans la population générale est estimée à 1 %; chez des personnes issues d'un milieu socio-économiquement défavorisé, le taux est de 2,58 %. Comme la majorité des 3 500 détenus fédéraux québécois viennent de ce milieu, nous aurions dû retrouver environ 90 détenus schizophrènes à l'IPPM entre 1981 et 1983. Or, pendant cette même période, seulement neuf détenus diagnostiqués schizophrènes ont été transférés à l'IPPM.

Ces résultats nous amènent à faire l'hypothèse que ces détenus schizophrènes endossent fort probablement les caractéristiques des «perturbés, non perturbants» c'est-à-dire de détenus tranquilles qui ne dérangent pas le fonctionnement du pénitencier. Par ailleurs, nos statistiques sur les raisons de transfert à l'IPPM indiquent qu'un bon nombre de détenus qui furent transférés ont dérangé ou étaient en voie de déranger le fonctionnement du pénitencier. Donc, les détenus s'apparentent aux groupes soit des «perturbés et perturbants» soit des «non perturbés et perturbants».

Un second problème identifié fréquemment dans la littérature portant sur les soins de santé mentale destinés aux détenus traite de la confusion entre le rôle du professionnel chargé de dispenser les soins de santé mentale et celui de l'intervenant chargé de la réhabilitation. Dans notre étude, nous n'avons pu trouver d'indications suggérant qu'un tel problème existe dans les nombreux dossiers consultés ou encore dans les entrevues menées auprès des détenus.

Le troisième problème relaté dans la littérature concerne l'indépendance des professionnels responsables des soins de santé mentale

des détenus. Habituellement, le traitement d'individus souffrant de troubles mentaux graves comprend des interventions médicamenteuses ainsi que celles visant les difficultés psychosociales. De plus, un suivi sur une base externe fait partie intégrante du traitement offert. L'ensemble de ces composantes de traitement dispensé lors et suite à l'hospitalisation est reconnu comme étant des ingrédients thérapeutiques minimaux et essentiels pour les individus souffrant de tels troubles. Nos données indiquent que lors de leur séjour à l'IPPM les interventions visant le fonctionnement psychosocial sont peu ou pas offertes. Suite à la radiation du sujet aucun soin postcure ne semble assuré. Il semble donc, qu'au moment de notre étude, le cadre administratif existant ait porté atteinte à l'autonomie des professionnels qui étaient appelés à soigner les détenus. Les facteurs responsables de cette situation mériteraient d'être investigués à l'aide d'autres études.

RÉFÉRENCES

- ABRAMOWITZ, S.I., J.P. TUPIN et A. BERGER, (1984), «Multivariate Prediction of Hospital Readmission», *Comprehensive Psychiatry*, 25, 71-76.
- ADAMS, K. (1983), «Former Mental Patients in a Prison and Parole System; A Study of Socially Disruptive Behavior», *Criminal Justice and Behavioral*, 10, 358-384.
- AKMAN, D.D. et A. NORMANDEAU (1966), *A Manual for Constructing a Crime and Delinquency Index in Canada*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- BÉLIVEAU, L. et R.S. LAFLAMME-CUSSON (1983), *les Services en psychiatrie légale au Québec*, document inédit, Institut Philippe Pinel de Montréal.
- BRODSKY, S.L. (1984), *Inmates in Protective Custody: First Data on Emotional Consequences*, Presidential address, Division 18, American Psychological Association Annual Convention. Toronto, Ontario.
- COLLINS, J.J. et W.E. SCHLENGER (novembre 1983), *The Prevalence of Psychiatric Disorder Among Admissions to Prison*, Paper presented at the American Society of Criminology, Denver, CO.
- CYR, M., S. HODGINS, P. LAMY, J. PAQUET et M. TREMBLAY (1987), *Description d'une cohorte de détenus fédéraux ayant participé au programme de traitements pour les délinquants structurés à l'IPPM* (Rapport soumis au ministère du Solliciteur général du Canada), Montréal, Québec, Institut Philippe Pinel de Montréal.
- FERGUSON, G. (1984), «Recent Developments in the Canadian Law of Insanity: Progression, Regression or Repression?», *Medicine and Law*, 3, 287-296.
- HARTSTONE, E., H.J. STEADMAN et J. MONAHAN (1982), «Vitek and Beyond: The Empirical Context of Prison-to-hospital Transfers», *Law and Contemporary Problems*, 45, 125-136.
- HARTSTONE, E., H.J. STEADMAN, P.C. ROBBINS et J. MONAHAN (1984), «Identifying and Treating the Mentally Disordered Prison Inmate», dans L.A. Teplin (édit.), *Mental Health and Criminal Justice*, London, ND, Sage Publications, pp. 279-296.

- HODGINS, S. (1985), «Quelques points de repère sur les malades mentaux ayant commis des délits», dans D. Szabo et M. Leblanc (édit.), *la Criminologie empirique au Québec*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- HODGINS, S. (1987a), «Men Found Unfit to Stand Trial and/or not Guilty by Reason of Insanity: Recidivism», *Canadian Journal of Criminology*, 25, 51-70.
- HODGINS, S. (1987b), «Étude des rechutes constatées dans une cohorte de personnes jugées inaptes à subir leur procès ou acquittées pour cause d'aliénation mentale», *Revue canadienne de sciences de comportement*, 19, 441-453.
- HODGINS, S. (1987c), «Biological Factors Implicated in the Development of Criminal Behaviours», dans R. Linden (édit.), *Criminology: A Canadian Perspective*, Toronto, Holt, Rinehart and Winston, pp. 121-137.
- HODGINS, S., M. CYR, P. LAMY, J. PAQUET et M. TREMBLAY (1987), *Description d'une cohorte de détenus fédéraux ayant participé au programme de traitement pour délinquants sexuels* (Rapport soumis au ministère du Solliciteur général du Canada), Montréal, Québec, Institut Philippe Pinel de Montréal.
- HODGINS, S. et L. GASTON (1987a), «Les programmes communautaires pour patients chroniques: L'élaboration d'un cadre conceptuel», *Santé mentale au Canada*, 35, 7-10.
- HODGINS, S. et L. GASTON (1987b), «Composantes d'efficacité des programmes de traitement communautaires destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux», *Santé mentale au Québec*, 12, 124-134.
- HYDE, P.S. et R.P. SEITER (1987), *The Prevalence of Mental Illness Among Inmates in the Ohio Prison System* (Report), The Department of Mental Health and The Ohio Department of Rehabilitation and Correction Interdepartmental Planning and Oversight Committee for Psychiatric Services to Corrections.
- JOLIFFE, K. (1984), *les Services médicaux en milieu pénitentiaire 1835 à 1983*, Programs Branch User Report, Ministry of the Solicitor General of Canada.
- LIBERMAN, M.A. (1986), «Psychiatric Rehabilitation of Schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 27, 217-250.
- NEIGHBORS, H.W., D.H. WILLIAMS, T.S. GUNNINGS, W.D. LIPSCOMB, C. BROMAN et J. LEPKOWSKI (1987), *The Prevalence of Mental Disorder in Michigan Prisons*, Final Report submitted to the Michigan Department of Corrections, MI.
- NEUGEBAUER, R., B.P. DOHRENWEND et B.S. DOHRENWEND (1980), «Formulation of Hypotheses about the True Prevalence of Functional Psychiatric Disorders among Adults in the United States», dans B.P. Dohrenwend, B.S. Dohrenwend, M.S. Gould, B. Link, R. Neugebauer et R. Wanschitzig (édit.), *Mental Illness in the United States: Epidemiological Estimates*. New York, Praeger.
- ORTMANN, J. (1981), «Psyisk afvigelse og kriminel adfærd en under søgelse af 11533 maend født i 1953 i det metropolitane område kbenhavn», *Forsknings Rapport*, 17.
- PHILLIPS, M.S. (1983), *Forensic Psychiatric Services in Canada*, Working papers in Forensic Psychiatry (W.P. # 42), METFORS, Toronto, Canada.
- PORPORINO, F.J. et E. ZAMBLE (1984), «Coping with Imprisonment», *Canadian Journal of Criminology*, 26, 403-422.
- RHÉAULT, J.Y. (mars 1983), *les Ressources résidentielles communautaires pour les patients et ex-patients psychiatriques adultes*, Rapport préliminaire, Conseil des services de la santé et sociaux de la région Montréal métropolitain.

- ROTH, L.H. (1980), «Correctional Psychiatry», dans W.J. Curran, A. McGally et C.S. Petty (édit), *Modern legal Medicine Psychiatry and Forensic Science* (pp. 677-719), Philadelphia, Davis.
- ROTH, L.H. (1986), «Correctional Psychiatry», dans W.J. Curran, A. L., McGarry et S.A. Shah (édit), *Forensic Psychiatry and Psychology* (pp. 429-468), Philadelphia, Davis Company.
- SECHREST, L., S.O. WHITE et E.D. BROWN (1979), *The Rehabilitation of Criminal Offenders: Problems and Prospects*, Washington, DC, National Academy of Sciences.
- SILVERTON, L. (1985), *Crime and the Schizophrenia Spectrum: A Study of two Danish Cohorts*, Unpublished doctoral dissertation, University of Southern California, United States.
- STEADMAN, H.J., J.J. COCOZZA et M.E. MELICK (1978), «Explaining the Increased Arrest Rate among Mental Patients: The Changing Clientele of State Hospitals», *American Journal of Psychiatry*, 135, 816-820.
- STEADMAN, H.J., J.P. MORRISSEY et P.C. ROBBINS (1985), «Reevaluating the Custody-Therapy Conflict Paradigm In correctional Mental Health Settings», *Criminology*, 23, 165-179.
- TELLIER, M.-C., J.S. WORMITH et P. GENDREAU (1984), *Isolement protecteur: Malaise dans le système carcéral* (n° 1984-86), Ontario, ministère du Solliciteur général du Canada.
- TEPLIN, L.A. (1984), «Criminalizing, Mental Disorder: The Comparative Arrest Rate of the Mentally Ill», *American Psychologist*, 39, 794-803.
- TOCH, H. (1982), «The Disturbed Disruptive Inmate where does the Bus Stop?», *Journal of Psychiatry and the Law*, 10, 327-349.
- TOEWS, J. et G. BARNES (1986), «Le malade mental chronique et la psychiatrie communautaire: Un secteur en difficulté», *Santé mentale au Canada*, 34(2), p. 28.
- UHLIG, H., (1976), «Hospitalization Experience of Mentally Disturbed and Disruptive, Incarcerated Offenders», *The Journal of Psychiatry and Law*, 4, 49-59.
- WADESON, H. et W.T. CARPENTER (1976), «Impact of the Seclusion Room Experience», *Journal of Nervous Mental Disease*, 163, 318-328.
- WALLACE, J.D. (1974), «A Convict May Lose his Freedom but he has Rights», *Canadian Medical Association Journal*, 110, 324.
- WEBSTER, C.D., M.S. PHILLIPS et L. STERMAC (1985), «Personnes détenues en vertu d'un mandat du Lieutenant-gouverneur au Canada», *Santé mentale au Canada*, 33, 31-36.
- WILSON, C. (1983), *Protective Custody in a Federal Penitentiary: A Study of a Protective Custody Population*, Unpublished M.A. Thesis, Ottawa, University of Ottawa.
- WORMITH, J.S. et M. BORZECKI (1985), *Mental Disorder in the Criminal Justice System*, Programs Branch User Report, Ministry of the Solicitor General of Canada.
- ZAMBLE, E., F. PORPORINO et J. KALOTAY (1984), *An Analysis of Coping Behavior in Prison Inmates*, Programs Branch User Report n°, 1984-1977, Ottawa, Ministry of the Solicitor General of Canada.
- ZITRIN, A. (1973), «Comments in NYU Colloquium: President Nixon's Proposal on the Insanity Defense», *The Journal of Psychiatry and Law*, 1, 297-334.