

Soigner ou punir : lorsque les frontières disciplinaires s'estompent

Marie-Marthe Cousineau, Danielle Laberge et Shirley Roy

Volume 2, numéro 1, printemps 1989

Quinze mois après le Rapport Rochon

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/301029ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/301029ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Cousineau, M.-M., Laberge, D. & Roy, S. (1989). Soigner ou punir : lorsque les frontières disciplinaires s'estompent. *Nouvelles pratiques sociales*, 2(1), 73–86. <https://doi.org/10.7202/301029ar>



**QUINZE MOIS
APRÈS LE
RAPPORT ROCHON**

**Soigner ou punir:
lorsque les frontières
disciplinaires
s'estompent**

**Marie-Marthe Cousineau
Danielle Laberge
Shirley Roy
Groupe d'analyse des politiques et
des pratiques pénales
Département de sociologie
Université du Québec à Montréal**

Introduction

Désinstitutionnaliser a constitué un des mots d'ordre dans le champ de l'intervention sociale depuis plus d'une décennie. Un tel mouvement n'a

pas été sans effets imprévus, voire indésirables, comme nous sommes maintenant forcés de le constater. Ainsi, la sortie graduelle des patients des hôpitaux psychiatriques a amené hors de l'institution nombre d'individus qui ont eu à réapprendre à fonctionner en société, à se réintégrer et à reconstituer des réseaux.

Simultanément, les jeunes en difficulté n'ont pas toujours trouvé les services dont ils avaient besoin dans le cadre de ces importantes réorganisations. Le Rapport Rochon (1988 : 61) souligne la diminution du nombre de lits psychiatriques dans l'ensemble des institutions dispensant ce genre de services; par ailleurs, il relève aussi un déplacement du lieu de traitement des individus nécessitant des soins psychiatriques. Ainsi, de 1983 à 1984, les centres hospitaliers de courte durée ont vu augmenter de 5% le nombre d'hospitalisations pour un problème d'ordre mental, ce qui venait confirmer la tendance à l'augmentation d'une moyenne annuelle de l'ordre de 2,5% amorcée déjà depuis 1980.

La réalité sociale à laquelle nous sommes désormais collectivement confrontés, c'est de répondre adéquatement aux nouveaux besoins créés par ces clientèles: besoins de logement, de revenus, redéveloppement de réseaux d'intégration qui sont ou ont été coupés au moment de l'événement psychiatrique... Bien que de multiples services formels ou informels aient été mis sur pied, des difficultés de tous ordres subsistent.

La configuration générale du problème de la santé mentale s'est aussi transformée. Les lieux de circulation des personnes présentant des troubles comportementaux, de même que la visibilité que ces dernières ont acquise compte tenu de leur «intégration» dans la société, se reflètent dans plusieurs institutions et lieux sociaux qui, traditionnellement, n'accueillaient pas ou peu ce type de clientèle. C'est le cas du système pénal.

Dans le présent article, nous tenterons de présenter certains repères permettant de mieux comprendre la configuration, les contraintes et les enjeux qui marquent les rapports entre la maladie mentale et la criminalisation en insistant plus spécifiquement sur les modes particuliers de leur prise en charge. Dans un premier temps, nous présenterons la place qu'occupe la maladie mentale aux différentes étapes du processus pénal. Dans un second temps, nous examinerons très brièvement les approches qui ont traditionnelle-

ment étudié les rapports entre la maladie mentale et la criminalité¹. En troisième lieu, nous brosserons un premier portrait de la situation québécoise et nous tenterons d'identifier les problèmes particuliers liés à cette situation.

Maladie mentale et procédure pénale

Le système pénal et les différentes agences qui le composent ont pour mandat d'intervenir dans les affaires délictueuses. Les rapports existant entre maladie mentale et prise en charge pénale peuvent être conçus à deux niveaux différents. À un niveau formel, le droit prévoit des règles particulières pour traiter les cas de personnes pour lesquelles la maladie mentale devient un enjeu important dans le cadre du procès. À un second niveau, se pose la question du fonctionnement quotidien des instances qui font face à des individus vivant des problèmes nombreux et pour lesquels des décisions doivent être prises. Ces deux niveaux de question se retrouvent à trois moments différents de la procédure judiciaire.

Avant le procès: Le policier d'abord, et le procureur de la Couronne ensuite, doivent décider si on doit recourir au processus pénal ou si une procédure non pénale ne conviendrait pas mieux. Autrement dit, la question qui se pose est celle de savoir si oui ou non on doit judiciariser les cas dits «psychiatriques».

À ce propos, la Commission de réforme du droit du Canada préconisait, en 1976, qu'on ait recours au processus pénal à l'égard d'un déséquilibré mental [sic] uniquement lorsque cette mesure apparaît comme étant la seule possible. Par ailleurs, la Commission reconnaissait que la conception même de la maladie mentale au sein de la société risque d'influer sur l'exercice du principe de modération dans le recours au droit pénal. Ainsi, la Commission, tout en s'opposant à la situation, constate que l'état mental d'une personne peut se révéler un facteur important dans la décision de mettre en branle le processus pénal.

1. Dans le cadre de cet article, il nous est impossible de procéder à une mise en contexte historique du développement des stratégies de normalisation et de contrôle social développées par l'État depuis maintenant près de deux siècles et qui ont largement contribué à définir les pratiques contemporaines. À ce sujet, les lecteurs ou lectrices pourront consulter les ouvrages de Foucault sur la folie (1972) et sur le développement de la pénalité moderne (1976) en Europe occidentale, le récent livre de Garland (1985) sur les stratégies de contrôle social en Grande-Bretagne ainsi que le travail de Rothman (1971), malheureusement peu connu des francophones, sur l'émergence du monde asilaire aux États-Unis.

Au procès: Deux questions se posent ici, celle de savoir si l'accusé est apte ou non à subir son procès et, dans l'affirmative, s'il doit être considéré comme étant entièrement ou en partie responsable de ses actes. Ces questions sur lesquelles le juge est appelé à se prononcer dépassent bien souvent le champ des connaissances et de l'expérience de ce dernier qui doit alors faire appel à un «expert» pour le guider dans sa réflexion.

Une autre décision prise en cours de procès peut être influencée par l'état mental présumé de l'accusé. Il s'agit de la décision de garder ce dernier en détention provisoire ou de le laisser en liberté pour toute la durée des procédures. Bien des problèmes, affirmait la Commission, prennent leur source dans une crainte injustifiée à l'égard des délinquants qui souffrent de troubles mentaux. Cette attitude serait en partie responsable des périodes de détention inutilement longues que l'on impose souvent aux contrevenants «malades mentaux».

Après le procès: La question qui se pose finalement est celle de savoir dans quelle mesure on doit tenir compte de l'existence d'un trouble mental chez l'accusé au moment d'imposer la sentence. À cet égard, la Commission affirmait que même si la détention pouvait constituer la meilleure solution compte tenu des circonstances, elle ne devrait jamais être imposée pour une période indéterminée.

Le personnel du tribunal (juges, procureurs de la Couronne, avocats de la défense, criminologues, travailleurs sociaux rattachés au tribunal et même les policiers-agents de liaison) a donc à évaluer, sur une base quotidienne, un nombre important de causes et, par extension, de personnes. Le jugement doit avant tout porter sur les aspects légaux de chaque affaire; toutefois, ces derniers ne peuvent être lus indépendamment des personnes accusées. C'est ce même personnel qui pose occasionnellement des jugements sur la santé mentale de certains justiciables avec qui ils sont en contact. On peut supposer, à l'instar de Rhéaume et Sévigny (1988), que le personnel judiciaire possède un savoir non-dit et qu'il met en oeuvre des critères spécifiques dans l'identification de cas susceptibles de requérir de l'aide ou des soins de la part de spécialistes de la santé mentale. Par ailleurs, si ce savoir en action se fonde sur le sens commun et l'expérience acquise au cours des années, il n'est pas évident qu'il soit également partagé par tous; les évaluations peuvent varier d'un membre du personnel à l'autre.

Perspectives analytiques courantes

Traditionnellement, la question concernant le lien entre la maladie mentale et la criminalité a été traitée en utilisant la perspective de l'institution psychiatrique qui reçoit un certain nombre d'individus ayant commis des infractions à la loi et nécessitant des traitements pour troubles comportementaux². Ainsi, l'association criminalité-insanité n'est pas nouvelle. Les personnes criminelles ayant des antécédents psychiatriques et, inversement, les individus psychiatisés ayant des démêlés avec la justice ont fait et font encore l'objet de nombreux préjugés. On reste généralement convaincu, même si les études prouvent le contraire, que la maladie mentale est nécessairement une cause de comportements délictueux.

On ne connaît que peu de choses sur cette question. Les quelques recherches qui ont pris en compte la conjonction des deux aspects (criminalité-maladie mentale) nous apprennent qu'avant 1965, les taux d'arrestation des personnes ayant une histoire psychiatrique étaient inférieurs aux taux d'arrestation de la population en général (Grunberg *et al.*, 1978; Lagos *et al.*, 1977; Steadman *et al.*, 1978)³. Une étude effectuée par Coccozza *et al.* (1978) démontre que les personnes ayant des problèmes psychiatriques commettraient peu de crimes violents, mais seraient plus souvent arrêtées que la population en général. Lagos *et al.* (1977) affirment pour leur part que les crimes violents seraient commis dans des proportions semblables par la population en général et par les ex-psychiatisés; ou encore, dans une proportion supérieure par ce dernier groupe. Enfin, Quinsey (1980) prétend que, de toutes manières, les personnes ayant des problèmes psychiatriques et les personnes ayant des antécédents judiciaires commettraient des crimes violents dans les mêmes proportions (indépendamment de leurs antécédents).

2. Nous n'avons pas la prétention de présenter ici l'ensemble des travaux faits sur ce sujet mais plutôt de signaler les tendances en fonction de la perspective que nous tentons d'esquisser dans le cadre de cet article. Les personnes intéressées pourront consulter avec profit l'importante bibliographie présentée dans l'ouvrage de Lefebvre (1985).

3. Il semble par ailleurs que de nombreuses études aient été marquées par des faiblesses méthodologiques qui jettent un doute sur la validité des résultats. On a en effet noté d'importantes divergences dans les évaluations obtenues après modification des procédures méthodologiques.

Les études de Rabkin (1979) et Steadman (1980) démontrent cependant que, depuis trente ans, le pourcentage de sujets possédant des antécédents criminels admis dans les hôpitaux psychiatriques est passé de 15% à 40%. En elle-même, cette donnée nous interpelle: la croissance du phénomène semble réelle.

On peut le constater, l'unanimité est loin d'être faite. Bien que chacune de ces études soit conforme à des critères méthodologiques et scientifiques acceptables, elles ont été effectuées dans des contextes si différents qu'il devient risqué d'en tirer des conclusions généralisables.

Quoique fort instructives, les études concernant la population «psychiatisée-criminalisée» se sont toutes intéressées aux cas d'individus ayant séjourné en institution psychiatrique pour des périodes plus ou moins longues et ayant commis des crimes d'une certaine gravité. Ainsi, elles se rapportent à la partie de la clientèle «psychiatisée-criminalisée» la plus «dangereuse», c'est-à-dire les cas extrêmes qui nécessitent internement. Qu'en est-il des autres?

Profil de la situation québécoise

Les observations faites par nombre d'intervenants à la Cour municipale, les commentaires répétés des responsables des institutions carcérales, les remarques des juges, procureurs et avocats sur le nombre croissant de «cas psychiatisés» se présentant devant eux, l'augmentation des demandes de soins psychiatriques dans les institutions de détention sont autant d'indices qui doivent nous alerter sur la présence marquée d'individus ayant des antécédents psychiatriques ou actuellement sous traitement psychiatrique dans le système pénal.

La clientèle «déshospitalisée» ainsi que celle aux prises avec des problèmes de santé mentale et qui n'a jamais été hospitalisée sont donc de plus en plus visibles et certainement en croissance⁴. Ceci nous amène à nous interroger sur les transformations récentes de ce phénomène. Que font ces «non-criminels», bien qu'ayant commis des infractions mineures à la loi, dans un lieu aussi répressif et stigmatisant que le système pénal? Y sont-ils parce que nous serions

4. Nous ne reprendrons pas ici les évaluations sur la prévalence et l'incidence des problèmes de santé mentale au Québec ou au Canada. On trouvera des informations plus détaillées à ce sujet dans les rapports Rochon et Harnois ainsi que dans la publication de l'enquête *Santé Canada*.

collectivement inscrits dans un processus de plus en plus grand de contrôle social et de judiciarisation d'un ensemble de comportements? Sont-ils pris en charge par le système pénal parce qu'un ensemble d'autres agences sociales ne sont pas habilitées professionnellement, budgétairement et structurellement à s'en occuper? Cette situation est-elle le résultat de la simple désinstitutionnalisation psychiatrique ou ne correspond-elle pas aussi à des transformations conjoncturelles et structurelles créant ou accroissant la situation de vulnérabilité de certaines personnes ou de certains groupes?

Nous ne disposons présentement, au Québec, d'aucune étude qui ait abordé directement cette question. Néanmoins, par le biais d'un certain nombre de travaux récents, il est possible de montrer l'ampleur du phénomène. Depuis quelques années déjà, les personnes travaillant à la Cour municipale ont signalé la présence grandissante, devant ce tribunal, de personnes présentant des problèmes affectifs ou comportementaux importants. La Cour municipale de Montréal a entendu, au cours de l'année 1987, près de 40 000 causes dont 18 123 causes criminelles. De ce nombre, environ 14% à 15% étaient des causes de violence familiale ou de voies de fait.

Dans le cadre d'une étude portant sur les causes de violence familiale et de voies de fait entre «inconnus» entendues à cette même Cour durant la période allant de octobre 1986 à septembre 1987, Demers et Nunn (1988) ont examiné un nombre important de causes. Sur l'ensemble des 769 cas conciliables⁵ repérés par ces chercheuses, l'étude d'un échantillon de 193 cas a révélé que dans un cas sur dix l'accusé était gardé en détention pour évaluation psychiatrique. Par ailleurs, dans les 417 cas non conciliables⁶, le tiers des individus se trouvaient dans la même situation.

Pour compléter l'information disponible concernant les affaires traitées à la Cour municipale, soulignons à titre d'indicateurs de l'importance du phénomène: 1) annuellement, 500 expertises psychiatriques, demandées par les tribunaux, sont effectuées pour la clientèle prévenue; 2) en 1985, 282 personnes inculpées par cette Cour ont été référées dans les divers hôpitaux de Montréal. Par ailleurs, sous mandat de l'une ou l'autre instance judiciaire, une

5. C'est-à-dire des cas pour lesquels, selon le procureur de la poursuite, une entente entre victime et agresseur sur les mesures à prendre dans leur affaire est possible.

6. Cas où généralement la victime et l'agresseur ne se connaissent pas ou refusent de se prêter à la conciliation.

cinquante de places sont quotidiennement occupées par des personnes ayant besoin de soins psychiatriques à Bordeaux, à la Maison Tanguay et à Parthenais (Groupe de travail interministériel, 1986 : 4).

Dans certaines prisons du Québec, on constate la présence grandissante de prévenus et de détenus ayant des problèmes psychiatriques ou nécessitant des soins à cet égard. Lefebvre (1985: 50) démontre, à partir des données recueillies au Centre de prévention de Montréal (Parthenais), que pour la période 1978-1984, la proportion des «prévenus mentionnant leurs antécédents psychiatriques» se situe autour de 12,7% annuellement. Par ailleurs, les données analysées par Doyon (1989), pour la période allant d'avril à juillet 1986, démontrent que, dans le même centre de détention, sur 1 000 cas recensés, 219 individus ont des problèmes psychiatriques. Ce chiffre représente près de 22% du total des admissions⁷. Par ailleurs, un test ponctuel effectué par l'équipe de recherche de Parthenais le 19 septembre 1988 montre que, parmi les 400 prévenus présents à Parthenais ce jour-là, 95 étaient suivis en psychiatrie au sein de l'institution même. Ce nombre, qui regroupe près de 24% de la population, exclut les individus qui ne seraient pas sous traitement, mais qui pourraient avoir des antécédents psychiatriques non mentionnés à leur dossier. Ce qu'il faut retenir, c'est l'ampleur et la tendance à la hausse de ce phénomène, même si les informations demandent à être complétées.

Devant «l'urgence de la situation», pour reprendre les termes mêmes de ces initiateurs, une table de concertation entre les ministères des Affaires sociales et de la Justice a été créée, en 1985, dans le but de chercher des solutions à un problème qui touche les juridictions de ces deux ministères, sans vraiment appartenir de facto à l'un ou à l'autre. Pourtant, «l'urgence» décrétée en 1985 avait déjà été identifiée, en 1975, par la Commission de réforme du droit du Canada qui suggérait aux divers ministères concernés de collaborer dans le traitement des affaires concernant la population des malades mentaux-criminalisés. Le Rapport Landreville (1986) affirme qu'aucun terrain d'entente n'a encore été trouvé, que ce soit

7. L'écart observé entre les évaluations des deux études peut possiblement être expliqué par l'utilisation d'indicateurs différents. Lefebvre se base sur la déclaration volontaire du détenu (voir titre du tableau 2, Lefebvre (1985: 50)) alors que Doyon (1988) ajoute à ce premier indicateur la mention faite au dossier de l'existence d'antécédents ou de problèmes psychiatriques ou la demande effective de services psychiatriques enregistrée lors de l'admission à Parthenais. Enfin, il ne faut pas exclure l'hypothèse d'un accroissement réel de cette catégorie de prévenus dans l'institution.

à l'égard des budgets à débloquer pour traiter ces clientèles ou en ce qui a trait aux principes.

Le groupe de travail interministériel déposait son rapport en 1986; il a constaté que les données disponibles pour cerner le double problème de la maladie mentale et de la délinquance sont à toutes fins utiles inexistantes et que la définition même de la clientèle pose problème. Cela dit, les principaux éléments contenus dans ce rapport sont fort intéressants. Par exemple, le rapport identifie deux types de clientèle cible. Le premier groupe comprend des individus jeunes, entre 18 et 35 ans, peu scolarisés, souvent sans famille et aux prises avec des problèmes d'alcool et de drogues. Ce groupe, selon les directeurs d'établissements de détention, serait majoritaire; ces individus n'ont jamais séjourné dans des instituts psychiatriques de longue durée. Le deuxième groupe comprend les «chroniques», des individus présentant des caractéristiques psychopathologiques graves. En ce qui concerne les types de délits commis par les deux groupes, ils sont généralement mineurs et correspondent à des comportements tels vagabondage, tapage, grivèlerie, vandalisme, voies de fait simple...

Par ailleurs, on affirme que la conjonction des problèmes psychiatriques et les problèmes criminels entraîne, entre autres conséquences, le continuel ballottement de la clientèle d'une agence à l'autre, quand elle n'est pas tout bonnement abandonnée à elle-même après avoir épuisé l'ensemble des ressources. Si le Comité a souligné la gravité et l'injustice d'une telle situation, il n'a pas suffisamment insisté, selon nous, sur d'autres dimensions négatives de la judiciarisation des problèmes de santé mentale. Le fait, pour un individu, d'être en contact avec le système pénal comporte, comme on le sait, de multiples conséquences souvent fort graves: stigmatisation, accroissement de la précarisation, rupture des réseaux naturels et sociaux nécessaires à une bonne intégration... En outre, dans le cas d'individus présentant des problèmes comportementaux, il n'est pas du tout évident, et cela est un euphémisme, que la prison soit le lieu qui leur soit le plus utile.

Conclusion

Alors que le système pénal devrait être la ressource ultime, le dernier recours pour des individus ayant commis des infractions à la

loi, celui-ci se retrouve, pour une partie de plus en plus importante de la population, un lieu de prise en charge! Le système pénal ne peut sélectionner sa clientèle compte tenu de sa finalité et de son rôle; pourtant, il se voit forcé de prendre en charge de nombreux individus dont les comportements délictueux sont plus souvent un symptôme de leur «maladie» que des comportements délinquants dangereux ou graves.

La question est extrêmement complexe puisque l'identification des situations problématiques où des personnes nécessitent des soins psychologiques ou psychiatriques n'est pas facile à faire. Par ailleurs, ce qui nous semble inquiétant, c'est que la population touchée par la précarité et qui souffre – ou qui potentiellement peut souffrir – de problèmes psychiatriques ne diminue pas. «L'isolement et la solitude, l'impossibilité de recourir à un réseau social naturel ou à un réseau externe d'intégration sont autant d'éléments qui rendent vulnérable» (Rochon, 1988 : 127). L'absence ou l'insuffisance de réseaux d'intégration sociale (famille, quartier, école, marché du travail) constituent des facteurs de vulnérabilité.

Suite à une telle constatation, il y a lieu de s'inquiéter puisque le nombre d'individus dans la société vivant dans des conditions de grande précarité est croissant. Qu'on pense, entre autres, aux itinérants, (Mercier, 1988; Poirier, 1988; Roy, 1988), au nombre d'individus seuls vivant du bien-être social (Gouvernement du Québec, 1984; 1988), aux chômeurs qui, de plus en plus nombreux, vivent des problèmes de santé mentale s'aggravant au fur et à mesure que la période de non-travail s'étire (Martel-Roy, 1988; Lasry et Sommer, 1984)... et la liste pourrait s'allonger, sans compter qu'il «semblerait qu'on veuille réduire encore de moitié le nombre de patients en institution d'ici dix ans» (Rochon 1988 : 62).

Si on voulait résumer brutalement la situation, on pourrait dire que le nombre d'individus touchés par le double «handicap» de la criminalisation et de la maladie mentale augmente, que leurs problèmes se multiplient, que les réseaux sociaux pouvant leur venir en aide sont peu équipés, et que de cette situation découle un renvoi à sens unique vers le système pénal, avec l'ensemble des conséquences néfastes que cela peut entraîner pour les individus.

Il n'y a pas de solution simple et l'atténuation de cette situation va nécessiter de nombreuses transformations. En effet, une des causes aggravantes provient de l'ignorance ou du refus, de la part des personnes intervenant dans l'un ou l'autre domaine, d'examiner des questions qui sont hors de leur juridiction. L'idée selon laquelle

les problèmes sociaux — ou les personnes qui les vivent — doivent s'ajuster aux catégories bureaucratiques ou disciplinaires ne peut plus être maintenue. Elle a trouvé sa limite devant l'absurdité du vide qui se crée autour des personnes aux prises avec de multiples problèmes et qui ne trouvent que rarement l'aide dont elles ont besoin.

Bibliographie

COCOZZA, J.J., MELICK, M.E., STEADMAN, H.J., (1978). «Trends in Violent Crime Among Ex-mental Patients», *Criminology*, vol. 16, no 3, 317-334.

COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA, (1976). *Désordre mental dans le processus pénal*, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (ou COMMISSION ROCHON), (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services sociaux*, , Québec, Les publications du Québec.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, (1988). *Les femmes itinérantes: une réalité méconnue*, Québec, Gouvernement du Québec.

COULOMBE, D.J., (1985). *L'itinérance et le système judiciaire*, mémoire de maîtrise inédit, École de criminologie, Université de Montréal.

COUSINEAU, M.-M., LABERGE, D., THÉORET, B., (1986). *Prisons et prisonniers: une analyse de la détention provinciale québécoise durant la dernière décennie*, Québec, Ministère du solliciteur général.

DEMERS, C., NUNN, E., (1988). *Les cas de violence conjugale devant la Cour municipale de Montréal*, Montréal, École de criminologie, Université de Montréal, rapport de recherche, (à paraître).

DESLANDES, P. et al., (1986). *Circulation routière et incarcération au Québec de 1977 à 1984*, Montréal, CICC, Université de Montréal.

DORVIL, H., (1988). *De l'Annonciation à Montréal. Histoire de la folie dans la communauté, 1962-1987*, Montréal, Editions Emile-Nelligan.

DOYON, R., (1988). *Étude descriptive des personnes en détention provisoire au Centre de prévention de Montréal*, Montréal, École de criminologie, Université de Montréal, rapport de recherche.

FOUCAULT, M., (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.

FOUCAULT, M., (1976). *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard.

FOURNIER, L., (1984). *Santé mentale chez les itinérants et chambreurs du centre-ville*, Montréal (texte polycopié).

GARCEAU, M.-L., (1989). *Étude descriptive: La population psychiatisée admise au Centre de Prévention de Montréal*, Montréal, GRAPPP, UQAM.

GARLAND, D. (1985). *Punishment and Welfare: a History of Penal Strategies*, Aldershot, Gower.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, (1988). *Les sans-abris au Québec: étude exploratoire*, Québec, Ministère de la main-d'oeuvre et de la sécurité du revenu.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, (1987). *Pour un partenariat élargi. Projet de politique de la santé mentale pour le Québec*, Québec, Les publications du Québec (Rapport Harnois).

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, (1986). *Rapport du Comité d'étude sur les solutions de rechange à l'incarcération*, (Rapport Landreville), Québec, Ministère du solliciteur général.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, (1984). *Vivre seul ou en groupe*, Bureau de la statistique du Québec.

GROUPE DE TRAVAIL INTERMINISTÉRIEL, (1986). *Plan d'action relatif aux services requis par la clientèle présentant le double problème de la maladie mentale et de la délinquance*, Québec, Gouvernement du Québec.

GRUNBERG, F., BURTON, I.K., GRUMET, B.R., (1978). «Homicide and Community-Based Psychiatry», *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 166, no 12, 868-874.

HÉBERT, A., (1985). «La réinsertion sociale des ex-patients psychiatriques: un profil professionnel, social et psychiatrique», *Sociologie et Sociétés*, vol. 17, no 1, 61-72.

HÉBERT, J., HODGINS, S., (1983). «Les malades mentaux qui font des crimes: une recension des écrits», *Cahier de recherche*, no 5, Montréal, Institut Philippe Pinel de Montréal.

IMBLEAU, M., (1988). *Profession: détenues. Analyse de la population des femmes réincarcérées dans les prisons du Québec*, dépt. de sociologie, UQAM, rapport de recherche.

LABERGE, D., (1987). «Les différences illusoire: jeu et enjeux de la spécialisation de la gestion de la marginalité», *Sociétés* (Paris), no 12, 12-15.

LABERGE, D., (1988). «D'une forme instituée à une autre: considérations sur l'analyse de la désinstitutionnalisation», *Revue internationale d'action communautaire*, no 19/59, 33-41.

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*, vol. 134, no 10, 1134-1137.

LAMONTAGNE, Y., GARCEAU-DURAND, Y., BLAIS, S., ÉLIE, R., (1987). *La jeunesse québécoise et le phénomène des sans-abri*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec.

LANDREVILLE, P., BLANKEVOORT, V., PIRES, A., (1981). *Les coûts sociaux du système pénal*, Montréal, Université de Montréal, École de criminologie.

LANDREVILLE, P. *et al.*, (1986). *Les solutions de rechange à l'incarcération*, Gouvernement du Québec, Ministère du Solliciteur général.

LEFEBVRE, Y., (1985). *Psycauses*, Montréal, recherche subventionnée par la section nationale du Bien-Etre social de Santé et Bien-Etre social Canada.

MARTEL-ROY, P. *et al.*, (1987). «La relation chômage-santé: une étude prospective. Présentation sommaire et premiers résultats d'une recherche», *Santé mentale au Québec*, vol. 12, no 2, 92-99.

MERCIER, C., (1988). «L'itinérance chez la femme», *Revue québécoise de psychologie*, vol. 9, no 1, 79-93.

NÉRON, J., (1988). *La gestion pénale des cas de non-paiement d'amende: l'usage détourné de l'emprisonnement*, dépt. de sociologie, UQAM, rapport de recherche.

POIRIER, M., (1988). «La santé mentale des jeunes itinérants», *Revue québécoise de psychologie*, vol. 9, no 1, 94-110.

POIRIER, M., GAGNÉ, J., (1988). «Formes de l'appauvrissement et insertion sociale des jeunes adultes psychiatisés», *Santé mentale au Québec*, vol. 13, no 1, 132-143.

QUINSEY, V.L., (1979). «The Baserate Problem and the Prediction of Dangerousness: a Reappraisal», *The Journal of Psychiatry and Law*, vol. 8, 329-340.

RABKIN, J.G., (1979), «Criminal Behavior of Discharged Mental Patients. A Critical Appraisal of the Research», *Psychological Bulletin*, vol. 86, no 1, 1-27.

RAPPEPORT, J.R., LASSEN, G., (1965). «Dangerousness-Arrest Rate Comparaisons of Discharged Patients and the General Population», *American Journal of Psychiatry*, vol. 121, no 8, 776-783.

RÉHAUME, J., SÉVIGNY, R., (1988). «Pour une sociologie de l'intervention en santé mentale», *Santé mentale au Québec*, vol. 13, no 1, 95-104.

ROTHMAN, D.J., (1971). *The Discovery of the Asylum: Social Order and Disorder in the New Republic*, Boston, Little, Brown.

ROY, S., (1988). *Seuls dans la rue*, Montréal, Éditions St-Martin.

STEADMAN, H.J., (1980). «Insanity Acquittals in New-York State, 1965-1978», *American Journal of Psychiatry*, vol. 137, no 3, 321-326.

SUMMER, D., LASRY, J.C., (1984). «La personnalité et les réactions aux événements stressants», *Santé mentale au Canada*, vol. 32, no 3.

TOUSIGNANT, M., (1987). *L'étiologie sociale en santé mentale*, LAREHS, UQAM, rapport de recherche.