

Soignés, soignants en perte d'équilibre

Richard Gervais

Volume 21, numéro 2, 1988

Les soins de santé mentale en milieu carcéral

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/017267ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/017267ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0316-0041 (imprimé)

1492-1367 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Gervais, R. (1988). Soignés, soignants en perte d'équilibre. *Criminologie*, 21(2), 91-95. <https://doi.org/10.7202/017267ar>

Résumé de l'article

Working in the health service of the Montreal Prevention Centre, the author presents the observations he made while there. The constant increase in psychiatric cases since 1976, in both number and severity, according to the author, is the result of deinstitutionalization by the Department of Social Affairs. The clientele, suffering from a psychic pathology, expresses its suffering and hopelessness in delinquent activity. Given the limits on intervention in this type of milieu, the ambiguity of the laws and restricted facilities, prison is not appropriate for the psychiatric offender. Victim of the power struggle between the government departments and social organizations, he bears the stigma of the table imposed on wards of the court.

SOIGNÉS, SOIGNANTS EN
PERTE D'ÉQUILIBRE
Richard Gervais*

Working in the health service of the Montreal Prevention Centre, the author presents the observations he made while there. The constant increase in psychiatric cases since 1976, in both number and severity, according to the author, is the result of deinstitutionalization by the Department of Social Affairs. The clientele, suffering from a psychic pathology, expresses its suffering and hopelessness in delinquent activity. Given the limits on intervention in this type of milieu, the ambiguity of the laws and restricted facilities, prison is not appropriate for the psychiatric offender. Victim of the power struggle between the government departments and social organizations, he bears the stigma of the label imposed on wards of the court.

Situé dans le quadrilatère des rues Parthenais, Logan, Fullum et Ontario, le Centre de prévention de Montréal (plus connu sous le nom de la prison de Parthenais) possède une population d'environ quatre cents prévenus de sexe masculin.

Œuvrant dans cet établissement depuis bientôt douze ans à titre d'infirmier (préposé aux soins infirmiers), notre travail consiste à prodiguer des soins à des individus traités par les divers médecins du centre.

L'ADMISSION

Chacun des individus admis au Centre doit être vu et examiné par un membre du personnel infirmier, ceci afin d'assurer sa prise en charge immédiate, compte tenu des particularités de chaque cas. Selon que ces dernières soient d'ordre physique ou mental, les interventions pertinentes et adéquates commencent dès lors et le suivi est assuré.

LA CLIENTÈLE

Un grand nombre d'individus séjournant au Centre souffrent de problèmes reliés à l'alcool, à la drogue ou à une pharmacodépendance. Nous pouvons affirmer qu'au moins les trois quarts de la population présente possèdent un dossier médical actif. Pour assurer le suivi, les médecins généralistes ou les psychiatres voient, quotidiennement, une soixantaine de cas. La clientèle rencontrée pour diverses pathologies

* Richard Gervais, infirmier, Service de santé, Centre de prévention de Montréal, C.P. 1700, Succ. «C», Montréal (Québec) H2L 4L1

physiques est relativement minime. La plus grande partie des interventions concerne les pathologies dites psychologiques. Des troubles de comportement, d'anxiété, de nervosité, d'angoisse jusqu'aux dimensions psychotiques plus sévères, on rencontre tous les syndromes.

Les cas les plus sérieux qui nécessitent une attention et une observation spéciales, séjournent à l'infirmerie, là où se trouvent les bureaux du Service de santé. Les cas stabilisés ou recompensés sont «classés» dans un secteur exclusivement réservé aux psychiatisés. D'autres se retrouvent dans la population régulière. Parmi les admissions des douze dernières années, nous en avons vu de toutes sortes: des individus en sevrage d'alcool, de drogue; arrivant dans des conditions physiques et psychologiques lamentables; certains en crise de larmes, d'agressivité, de désarroi; d'autres manifestant des sentiments d'abandon, de rejet, de haine. Parfois, un parfum suicidaire plane.

LA PSYCHIATRIE AU C.P.M.

À mon entrée en 76, le Centre comptait environ 25 cas psychiatriques, aujourd'hui le chiffre se situe autour de 65. L'augmentation perçue représenterait-elle l'impact de la désinstitutionnalisation des malades mentaux par le ministère des Affaires sociales? Répondre à cette question exigerait une longue étude. Mais personnellement, nous croyons qu'un bon pourcentage de cette augmentation en est directement l'effet. La lourdeur des diagnostics et des pronostics vont dans le même sens. Des cas qui présentaient une problématique moyenne en 76, entraînent aujourd'hui des diagnostics plus importants et imposants. Les demandes d'expertises pour aptitude à comparaître ainsi que les enquêtes présentencielles abondent. Les appels téléphoniques de la famille et des avocats des clients se multiplient. Tout ceci met en lumière une augmentation de services à rendre, pour un personnel restreint (six au total sur une base quotidienne). L'infirmier qui répondait aux demandes de soins d'une clientèle interne, se voit aujourd'hui confronté au monde extérieur, les proches des prévenus demandant d'être rassurés face à l'incarcération et à l'état du membre de leur famille.

Nos psychiatisés sont des individus venant des quatre coins du Québec. Leurs conditions sociales et économiques sont très précaires et nullement enviables. Vivant en grande partie de prestations du Bien-Être social, ils adoptent un style de vie apparenté à l'itinérance. À leur admission, on constate souvent la dimension aiguë de leur pathologie. Certains manifestent des effets secondaires aux médicaments, d'autres sont sans médication depuis plusieurs jours. Un petit nombre présente des symptômes de toxémie.

La majorité des cas psychiatisés admis au Centre de prévention de Montréal possèdent des antécédents psychiatriques dans les divers centres hospitaliers de la métropole. Ces antécédents se mesurent en moyenne par 3 à 5 ans d'hospitalisation. En considérant l'âge moyen des individus qui se situe autour de 25 ans, ce nombre d'années d'hospitalisation nous apparaît assez élevé. En lisant les dossiers antérieurs de ces patients, nous remarquons que rien n'a changé, si ce n'est que nous constatons une détérioration de leur état psychique et même physique.

LES SOINS PSYCHIATRIQUES AU C.P.M.

Au C.P.M., les moyens thérapeutiques sont limités, que ce soit par les lois protégeant les malades mentaux (consentement à la médication), par le milieu carcéral (milieu fermé), la clientèle régulière, l'équipement restreint, le personnel limité, la situation légale du client et enfin par la science elle-même. Actuellement au C.P.M., le genre d'intervention privilégiée est de type humaniste et behaviorale. À l'aide d'une médication, nous tentons de travailler avec la réalité dans laquelle l'individu et nous-mêmes vivons au C.P.M. Et, croyez-nous, c'est loin d'être «rose». Il nous apparaît très difficile de travailler auprès d'une clientèle avec des moyens bordés de limites, surtout lorsque celles-ci font l'objet de guerres de pouvoir entre deux pôles : législateurs contre organismes, syndicat contre patron, limite budgétaire contre théorie d'intervention, famille contre malade psychiatrique, avocat contre milieu carcéral, etc.

REFUS DE MÉDICATION ET SITUATION D'URGENCE

Qu'advient-il lorsqu'un individu refuse de prendre sa médication? Pouvons-nous l'obliger à la prendre? Pouvons-nous la lui administrer par injection sans son autorisation? Toutes ces questions font partie de notre quotidien au C.P.M. Des lois existent. Celles-ci nous révèlent que nous ne devons intervenir uniquement qu'en cas d'urgence. Mais qui définit cette urgence? À quel moment précis pouvons-nous la décréter? Des pressions sont exercées constamment par la famille, les avocats, les surveillants, etc., sur les membres du personnel de santé afin qu'ils interviennent. Certains disent qu'il y a urgence et d'autres non. Les lois sont là. Mais terriblement ambiguës et peu claires. Chacun tire de son côté sa part du gâteau. Au P.C.M., c'est le psychiatre qui établit l'urgence, avec ou sans l'accord de l'ensemble des intervenants du milieu. L'intervenant de notre niveau doit rapporter ses observations

objectives afin qu'une décision soit rendue après une rencontre entre le client et son psychiatre. Il reste à établir par la suite, la durée (dans le temps) de cette notion d'«urgence» pour un individu. Ceci rencontre les mêmes obstacles que ceux précédemment énumérés.

LA PLACE DU MALADE PSYCHIATRIQUE EN MILIEU CARCÉRAL

À certains moments, les malades adoptent des comportements bizarres, marginaux, ou tout simplement leur marginalité n'est pas acceptée dans leur secteur de classement. À ce moment, on nous demande d'intervenir. Ainsi, on juge dans un secteur donné, un individu comme étant «capoté» (argot du milieu). Après rencontre avec le personnel infirmier en place, nous nous rendons compte que le client est dans son état habituel et qu'il n'est pas décompensé par rapport aux jours précédents. Des pressions sont dès lors exercées sur le personnel infirmier, venant des résidents réguliers et des employés. Le psychiatrisé est vraisemblablement perçu, ici, différemment que lorsqu'il est en institution psychiatrique. Il est vu comme une menace à l'ordre, il effraie par ses gestes et mimiques bizarres, son allure générale, son habillement, son hygiène, son discours, etc. Il dérange. Bref, on manifeste très peu de tolérance envers lui. Un phénomène de rejet est présent et souvent pèse lourd sur lui et sur nous, membre du personnel infirmier. Connaissant la «loi du milieu», il semble qu'il n'y ait pas de place pour lui parmi ses pairs. Avec le nombre sans cesse grandissant de cas psychiatriques au C.P.M., il est impossible de les garder tous à l'infirmerie. On n'en veut pas dans les secteurs réguliers, ni même dans les hôpitaux. Mais qui donc va les accueillir? Qui donc les tolère?

Ceci nous amène à la conclusion qu'un individu souffrant de maladie mentale à teneur moyenne ou lourde est carrément rejeté par le milieu carcéral. Mais a-t-il vraiment sa place dans ce milieu? À mes yeux, sûrement pas. Sa pseudo-délinquance ou son agir délinquant n'est qu'une manifestation extérieure de sa pathologie, de sa souffrance. Nous croyons fermement qu'il est victime d'un système qui veut se déculpabiliser sous prétexte qu'il est préférable de désinstitutionnaliser en disant qu'il est inhumain de garder un individu pendant des années dans un asile. Mais nous nous demandons si c'est être plus humain que de garder un individu dans un milieu aussi stigmatisant et fermé qu'une prison?

INTERVENANT PSYCHIATRIQUE EN PERTE D'ÉQUILIBRE

Travailler dans un établissement de détention et être intervenant en psychiatrie en même temps, nous amène à vivre des dualités. Être quotidiennement confronté à cette réalité nous apparaît difficile. Compte tenu des diverses limites d'intervention énumérées précédemment, les frustrations et une pauvre valorisation du travail sont évidentes. Le fait d'être confronté sans cesse à ces ambiguïtés jette une ombre sur notre initiative, notre leadership, et notre savoir-faire professionnel. L'ambiguïté est mesurée par la loi du milieu, les lois médicales, l'éthique de la profession, les lois sur la protection des malades mentaux, et le bon sens. Il devient difficile de trouver lumière pour diriger nos actions et décisions. Dans un climat de cet ordre, il apparaît difficile de maintenir en équilibre sa propre santé mentale.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET MINISTÈRE DE LA JUSTICE : QUI EST GAGNANT?

Après un séjour à notre institution, nos résidents psychiatisés peuvent être acheminés dans les prisons fédérales ou provinciales si sentence est rendue. D'autres sont déclarés inaptes à subir leur procès et un mandat du lieutenant-gouverneur est émis. À ce moment, ils sont acheminés dans les centres hospitaliers prévus au mandat. Par contre, d'autres sont libérés. Mais peut-on les laisser simplement partir, lorsqu'il y a évidence de fragilité et qu'un suivi rigoureux paraît nécessaire? Nous contactons dès lors les divers centres hospitaliers afin d'assurer un suivi. Mais les portes se ferment. On doit donc libérer les patients et, chose bizarre, quelques jours plus tard, ils reviennent chez nous sous une autre accusation. N'assistons-nous pas à ce moment à une véritable démission de l'État, à une lutte de pouvoir exercée par certains ministères? Pas besoin de savoir lire entre les lignes pour trouver une réponse, car entre ces deux parallèles, nous découvrons la noirceur dans laquelle évoluent des êtres humains démunis mentalement et socialement.

En conclusion, il nous apparaît difficile de travailler dans un univers où règnent l'ambiguïté et les limites à l'intervention, provoquées par des lois ambiguës, par les exigences du milieu ou par une clientèle qui n'est pas vraiment à sa place. Tout ceci met en sourdine une souffrance humaine dont la dimension m'apparaît fort grave.

Étant témoin d'un processus social visant la désinstitutionnalisation, nous croyons qu'une intervention du ministère des Affaires sociales est urgente afin de retirer l'étiquette que les malades mentaux se voient imposer en milieu carcéral.