



L'intervention clinique auprès des prévenus atteints de troubles de santé mentale

Thierry Webanck

Volume 2, 2002

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1074745ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1074745ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Institut Philippe-Pinel de Montréal
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Département de psychiatrie du CHUV (Suisse)

ISSN

1702-501X (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Webanck, T. (2002). L'intervention clinique auprès des prévenus atteints de troubles de santé mentale. *Psychiatrie et violence*, 2.
<https://doi.org/10.7202/1074745ar>

Résumé de l'article

Plusieurs de ceux qui présentent des problèmes de santé mentale se retrouvent dans le système judiciaire. Leur profil clinique se caractérise par une problématique complexe où se juxtaposent divers troubles ou déficits. Il n'est pas toujours facile de dépister ces personnes et d'intervenir auprès d'elles dans le cadre du processus judiciaire et pénal, qui n'est pas conçu pour répondre à leurs besoins cliniques. De son côté, le réseau de la santé et des services sociaux semble lui aussi peu adapté pour intervenir auprès de cette clientèle marginale, souvent réfractaire à l'aide et parfois intimidante. Ces deux réseaux fonctionnent en parallèle en étant très peu familiers l'un de l'autre. Ils ont tendance à se renvoyer cette clientèle problématique. L'État doit s'assurer de soutenir et de coordonner des services qui peuvent rejoindre et aider ces personnes.

L'INTERVENTION CLINIQUE AUPRÈS DES PRÉVENUS ATTEINTS DE TROUBLES DE SANTÉ MENTALE

RÉSUMÉ :

Plusieurs de ceux qui présentent des problèmes de santé mentale se retrouvent dans le système judiciaire. Leur profil clinique se caractérise par une problématique complexe où se juxtaposent divers troubles ou déficits. Il n'est pas toujours facile de dépister ces personnes et d'intervenir auprès d'elles dans le cadre du processus judiciaire et pénal, qui n'est pas conçu pour répondre à leurs besoins cliniques. De son côté, le réseau de la santé et des services sociaux semble lui aussi peu adapté pour intervenir auprès de cette clientèle marginale, souvent réfractaire à l'aide et parfois intimidante. Ces deux réseaux fonctionnent en parallèle en étant très peu familiers l'un de l'autre. Ils ont tendance à se renvoyer cette clientèle problématique. L'État doit s'assurer de soutenir et de coordonner des services qui peuvent rejoindre et aider ces personnes.

Publication :

Éthique publique ; revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale. INRS. Éditions Liber. Printemps 2001 , vol. 3, no.1. pp.110-116.

L'INTERVENTION CLINIQUE AUPRÈS DES PRÉVENUS ATTEINTS DE TROUBLES DE SANTÉ MENTALE

par Thierry Webanck

À tous les jours, plusieurs personnes présentant des problèmes de santé mentale se font interpellé ou arrêté par la police relativement à des infractions ou délits criminels de nature diverse. Ils font alors face au système judiciaire et pénal, dont les objectifs et le fonctionnement ne sont pas toujours congruents avec les besoins cliniques de ceux dont l'état mental est perturbé. Depuis plus de dix ans, j'interviens auprès des gens criminalisés qui ont un problème de santé mentale, dans le domaine que l'on appelle communément « santé mentale – justice ». A titre de criminologue pour l'Institut Philippe Pinel de Montréal, je suis responsable des interventions au Palais de justice de Montréal (cour du Québec, chambre criminelle et pénale) et à la cour municipale de Montréal pour l'Urgence Psychosociale-Justice (UPS-J).

L'UPS-J, qui a été mis en place en 1996, intervient auprès de personnes adultes qui agissent de façon délictueuse et dont les attitudes ou les comportements peuvent être associés à un problème de santé mentale. Sa mission est d'éviter la judiciarisation et l'incarcération de ces personnes, lorsque cela ne s'avère pas indispensable, et de leur donner plutôt accès aux services psychosociaux et sanitaires dont ils ont besoin. L'UPS-J intervient à la demande et en collaboration avec les policiers du Service de police de la communauté urbaine de Montréal, de la Cour du Québec (chambre criminelle et pénale), de la Cour municipale de Montréal, des organismes et des ressources communautaires (centres de jour, refuges...), des Services correctionnels du Québec, des CLSC, etc... L'UPS-J ne fait que du suivi transitoire (très court

terme) et doit confier aux services et organismes déjà existants la poursuite de l'intervention ou du suivi.

Profil clinique des prévenus

L'une des principales difficultés dans l'intervention psychosociale auprès des prévenus qui présentent un problème de santé mentale est celle de l'identification même de ces personnes lors de leur passage dans le système judiciaire. Ceux qui sont en contact avec eux tout au long du processus judiciaire (plaignants, entourage, policiers, avocats, juges...) et qui pourraient les signaler, ne sont pas tous intéressés à investir temps et énergie à la question. La conception populaire de ce qui est, ou n'est pas, un problème de santé mentale est souvent imprécise. A cela s'ajoute la complexité de l'état mental d'un individu qui fluctue significativement en fonction du lieu et du moment où le sujet est observé. En conséquence, la nature des problèmes que présentent les personnes qui me sont adressées par la police et la Cour est très diverse; psychose, dépression, toxicomanie, problèmes neurologiques, troubles relationnels, idées suicidaires plus ou moins sérieuses, problèmes conjugaux, familiaux ou de voisinage, itinérance... Les faits tels qu'ils sont décrits par les témoins et les plaignants peuvent amener des interprétations très variées sur l'état mental du prévenu. Le caractère de l'acte ne reflète pas nécessairement l'état mental de celui qui l'a commis. C'est plutôt dans l'attitude et le comportement général de l'accusé avant, pendant et après le passage à l'acte que l'on peut déceler certains indices de troubles mentaux.

Il est dans certains cas bien difficile de distinguer ceux qui souffrent de troubles mentaux dans la centaine de comparutions quotidiennes. Heureusement, on peut compter sur la participation de plusieurs intervenants légaux. Le médecin de la Cour du Québec chargé des évaluations sommaires sur l'aptitude à comparaître est le principal informateur de l'UPS-J à la Cour. Les accusés qu'il évalue lui sont adressés par les substituts du procureur général, d'où l'importance

de la collaboration de ces derniers. Les autres sources d'information sont ceux qui sont appelés à rencontrer l'accusé (policiers et avocats de la défense) ou à scruter les rapports de police pour déceler certains indices, comme le font les substituts du procureur général pour établir les actes d'accusation.

Il est difficile d'évaluer le nombre précis d'individus qui présentent des problèmes de santé mentale et qui sont en contact avec le système judiciaire. Dans le cadre de sa pratique, le personnel juridique de la cour dit qu'il y en a un grand nombre, mais les cas qu'il évoque ne sont pas toujours appropriés. Le nombre de ces accusés semble parfois surévalué par la charge de travail qu'ils imposent à la cour. Ce sont des inculpés qui dérangent parce qu'il comprennent mal les différentes étapes du processus. Ils sont perçus comme imprévisibles et ne s'intègrent pas dans le déroulement judiciaire habituel. Ils ont souvent de la difficulté à respecter les conditions qui leur sont imposées parce que leur capacité de jugement est altérée ou que leur fragilité émotionnelle les rend impulsifs. Les gestes commis sont souvent peu compréhensibles et le caractère particulier de leurs propos n'aide pas toujours à l'organisation de leur défense. Si le personnel juridique constate qu'ils ont besoin d'aide, eux en font rarement la demande explicite. Ils hésitent à verbaliser les véritables sources du passage à l'acte ou en sont eux-mêmes incertains.

Par ailleurs, je suis à même de constater qu'une quantité non négligeable de sujets ne me sont pas adressés faute d'avoir été repérés, ou parce que les actes délictueux qu'ils ont commis sont perçus comme trop graves ou trop récurrents par les intervenants légaux pour qu'ils puissent bénéficier d'une mesure alternative à la détention préventive.

Les véritables problèmes de santé mentale dont souffrent certains prévenus dépassent la simple dépression ou la schizophrénie typique. Il s'agit habituellement d'une clientèle dont le problème de santé mentale est complexe. Il peut s'agir d'un trouble persistant de l'humeur, d'un trouble psychotique ou d'un trouble délirant, auxquels s'ajoutent, selon le cas, un trouble de la

personnalité, un abus chronique de substances toxiques (alcool, drogue) et même dans certains cas un syndrome cérébral organique. On se trouve alors avec une multi-problématique comportant divers troubles et déficits qui accentuent le dysfonctionnement social et les risques de passage à l'acte. Cette complexité confond non seulement le personnel du système judiciaire qui se questionnent sur la nature réelle du problème mais aussi les professionnels de la santé qui cherchent à établir l'orientation thérapeutique.

On peut diviser cette population en deux groupes définis par certains traits cliniques. Le plus complexe, mais pas forcément le plus représenté, est constitué d'individus qui présentent une multi-problématique lourde et chronique, tels la schizophrénie, la consommation chronique et abusive de produits toxiques, les syndromes cérébraux, les troubles caractériels, etc... Leur fonctionnement social est très perturbé. Ils sont habituellement isolés, marginaux et appartenants à un milieu socioéconomique défavorisé. Ce sont parfois des gens sans domicile fixe, ou qui changent souvent de résidence. Selon le cas, ils refusent ou sont incapables de reconnaître leur maladie et, par conséquent de suivre un traitement médical. Ils sont réfractaires aux interventions typiques et il faut constamment négocier leur motivation. Ils ont tendance à rejeter les normes sociales ou simplement à les contourner. C'est souvent aussi leur mode de fonctionnement relationnel. Il ne faut pas croire qu'ils sont constamment en crise pour autant. Certains trouvent une certaine stabilité selon l'environnement dans lequel ils évoluent. Toutefois, lorsqu'ils cessent leur médication, qu'ils rechutent dans la consommation de drogue, qu'ils abandonnent un certain encadrement ou qu'un changement brusque apparaît dans leur environnement, le résultat est souvent une détérioration rapide de l'état mental qui accentue leur isolement et leur déchéance et leur aliène encore davantage la société. Le passage à l'acte s'inscrit dans ce continuum.

Chez le second groupe, la problématique est davantage centrée sur un trouble de la personnalité. Le niveau de fonctionnement social est plus élevé et plus stable que chez le premier groupe. Le jugement est préservé en temps normal. Ils occupent parfois un emploi. Ils

peuvent gérer leurs affaires personnelles et entretenir des relations avec autrui, bien qu'on remarque aussi un certain isolement dû à de nombreux conflits avec parents et amis. Les rechutes sont beaucoup plus espacées et davantage liées à des conflits et ruptures relationnelles, des conflits avec l'employeur, une recrudescence de la consommation de drogues, etc. Apparaissent alors des problèmes d'adaptation ainsi qu'une détérioration de l'état mental qui se caractérise par des troubles anxieux ou de l'humeur et des difficultés de fonctionnement. S'ensuivent des gestes d'agressivité et de violence envers l'entourage personnel ou professionnel.

Chez les deux groupes, la consommation de substances toxiques (alcool ou drogues) est dans une grande majorité des cas un élément déclencheur du passage à l'acte.

Le réseau d'intervention :

Chez la population psychiatisée, la présence de troubles du comportement, d'hostilité ou d'évitement face à autrui, entraîne des refus répétitifs de se conformer aux traitements. Les multiples échecs d'interventions cliniques les écartent progressivement du réseau de la santé et des services sociaux pour les diriger vers le système judiciaire. Plus ils accumulent des actes criminels, plus on les considère comme faisant partie de cette population. La stigmatisation est bien présente et soutenue par les antécédents criminels.

Pour plusieurs d'entre eux, les séjours dans les hôpitaux se limitent souvent à des consultations à l'urgence psychiatrique. On note de nombreux refus de traitements, même lorsque la pathologie est quelque peu stabilisée. Ils ne semblent pas toujours les bienvenus sur les unités

de soins. Le nombre limité de places et l'absence d'encadrement sécuritaire rend bien difficile l'hospitalisation de ces patients récalcitrants au comportement dérangeant. Le personnel hospitalier n'est pas toujours formé pour soigner ce genre de patients et ne possède habituellement pas l'infrastructure pour le faire (chambre d'isolement, unité fermée et sécuritaire, structure ou équipement facilitant la surveillance).

L'ampleur de leur déstabilisation et de leur dysfonctionnement s'est orchestrée à long terme et le travail clinique nécessaire pour qu'ils atteignent un fonctionnement social minimal demande un encadrement de longue durée. Les sujets qui présentent une pathologie lourde et chronique nécessiteraient probablement des unités de soins prolongés, un suivi clinique personnalisé, un hébergement et une alimentation appropriée et surtout un environnement clinique contrôlé et encadrant. Un établissement pourrait leur être dédié, qui superviserait leur évolution et leur réinsertion sociale à très long terme de façon à prévenir les rechutes et à intervenir rapidement. Une telle équipe pourrait se pourvoir d'intervenants dans la communauté afin d'accompagner le patient dans son fonctionnement quotidien. Ce genre de prise en charge dans la cadre d'une intervention clinique cohérente et complémentaire semble toutefois une pratique très peu commune.

Manque de financement, de places à l'interne ou absence d'intérêt à investir dans ce domaine, les murs institutionnels se sont effondrés avant qu'une solide structure d'encadrement clinique externe ne soit établit. On ne peut plus compter sur le réseau d'entraide familial qui s'effrite depuis longtemps. Il reste les réseaux d'entraide communautaire, qui ne sont pas toujours familiers avec la maladie mentale et qui ont peine à absorber le nombre croissant d'individus qui font appel à eux. Cela n'empêche pas certains refuges pour itinérants de ressembler à une aile psychiatrique surpeuplée. Puisqu'ils acceptent sans réserve la clientèle dans le besoin, ils deviennent le point de chute de tous ces laissés pour compte qui ne répondent pas aux critères de suivi et d'admission des établissements de santé publique. Malgré les pauvres moyens dont

ils disposent, ils doivent composer quotidiennement avec une population que les professionnels de la santé et des services sociaux considèrent très instable, impulsive, réfractaires et agressive.

Auprès de cette population, les offres de suivi externe semblent peu fréquentes de la part du réseau hospitalier. Les professionnels démissionnent pour consacrer leur énergie sur des patients plus coopératifs. Pour expliquer leur décision, ils soulignent, dans certains cas, des troubles qui ne relèvent pas précisément du traitement psychiatrique, tels les troubles de la personnalité, les abus de substances toxiques ou les désordres neurologiques. La pratique, toujours courante, du suivi clinique impliquant une prescription de médicaments et un rendez-vous aux trois mois se révèle pourtant peu concluante pour cette population instable. Sans encadrement, son état se détériore très rapidement.

Très peu de centres hospitaliers offrent des programmes de traitements intégrés qui s'adressent aux patients présentant des troubles jumelés (par exemple, maladie mentale et toxicomanie) malgré leur présence qui semble grandissante. Une récente recherche révèle que près de 50% des personnes qui ont un trouble grave de santé mentale, présentent également un problème de toxicomanie (Mueser, Drake & Noordsy, 1998). La tendance est de les renvoyer vers des centres de thérapie pour toxicomanes ou de leur demander la sobriété comme condition à la poursuite des traitements psychiatriques. Ils sont rarement acceptés dans les thérapies conventionnelles pour toxicomanes et, quand ils le sont, ils n'arrivent pas à fonctionner longtemps dans ces groupes étant donné la précarité de leur état mental. Pour ce qui est de l'exigence de sobriété, cela se révèle habituellement utopique.

L'intervention est également compliquée par l'éclatement du réseau d'aide pour ces personnes. Les différents services semblent souffrir d'un manque de cohérence et de complémentarité, laissant beaucoup de clientèle sans aide. La communication entre les différents partenaires semble s'établir de façon artisanale, plutôt que de s'inscrire dans un système d'intervention intégré. Cette absence de communication et de concertation systématique est tout

particulièrement observable entre les services qu'offrent les organismes « communautaires » qui interviennent dans le quotidien et le milieu de vie des usagers et les établissements publiques (CLSC, hôpitaux, Curateur public, etc...). Les informations précises qui aideraient à la mise en place d'un service d'aide intégré sont souvent absentes ou inaccessible. Il en résulte une perte de temps monumentale pour les différents intervenants qui doivent faire des pieds et des mains pour rassembler de l'information et joindre les personnes concernées en se buttant souvent à des réponses laconiques. Cette façon de faire favorise la répétition d'interventions non adaptées et l'accumulation d'échecs qui découragent le patient et démobilisent celui qui voudrait lui venir en aide. Cela augmente également le risque pour la sécurité d'autrui quand on ne peut établir, faute des informations essentielles, le niveau de dangerosité que présente une personne.

Les ressources d'hébergement et les organismes communautaires qui ont des ententes de collaboration clinique avec les centres hospitaliers, sont beaucoup plus enclins à s'occuper de cette population difficile. La présence d'un soutien clinique par un centre hospitalier rassure les intervenants qui savent alors à qui s'adresser en cas de rechute du patient. Elle permet à certains organismes de suivre ou d'admettre des sujets dont ils ne pourraient s'occuper autrement. En conséquence, ces personnes se retrouvent moins souvent dans un état de désorganisation avancé et donc moins souvent à l'urgence psychiatrique ou dans le réseau judiciaire.

Le réseau judiciaire et la santé mentale

Faute de soins médicaux, c'est devant les instances judiciaires que se retrouvent ces personnes et c'est parfois dans ce cadre qu'elles seront finalement « stabilisées ». Fréquemment, l'entourage immédiat, personnel ou professionnel et même les hôpitaux utilisent les accusations criminelles comme argument pour le traitement forcé. Les actes de menaces, de violence contre les biens ou envers autrui sont alors portés devant la justice, dans le but de favoriser une

responsabilisation à l'égard des actes posés mais aussi, et surtout, pour neutraliser l'individu et imposer le traitement par le pouvoir des tribunaux. Le tribunal et les centres de détention deviennent alors des hôpitaux psychiatriques de derniers recours.

Le tribunal judiciaire n'est pourtant pas conçu pour répondre à de telles attentes, particulièrement en ce qui a trait aux accusations dont les conséquences pénales sont limitées, comme les méfaits, les voies de fait, les menaces et autres gestes de cet acabit, qui sont pourtant le genre de gestes dont cette population est le plus souvent accusée. Règle générale, deux possibilités s'offrent à la cour criminelle, l'évaluation sur l'aptitude à subir son procès (C.C. art. 672.11 a)) et l'évaluation sur la responsabilité criminelle (C.C. art.672.11 b)).

La premier type d'évaluation s'adresse aux gens dont l'état mental actuel fait en sorte qu'ils semblent incapables de suivre le processus judiciaire, de comprendre le rôle des intervenants légaux, de participer à leur défense et de collaborer avec leur avocat, de comprendre et d'apprécier les conséquences légales des accusations, etc... L'incapacité à subir son procès est donc habituellement destinée à des accusés dont l'état mental est très perturbé au moment de la comparution. L'évaluation sommaire s'effectue à la cour, par un médecin. Selon la recommandation de ce médecin, l'accusé est envoyé ou non en détention (par la cour du Québec) ou dans un hôpital (par la cour municipale) pour une expertise psychiatrique approfondie. La durée de cette évaluation varie généralement de une à quatre semaines. Bien qu'il en résulte généralement une certaine stabilisation de l'état mental obtenue grâce aux soins administrés durant l'évaluation, cela n'aura pas de suite une fois que l'accusé est reconnu apte à comparaître. C'est une intervention très ponctuelle qui se limite généralement à la durée de l'ordonnance légale.

Le second type d'évaluation sert à déterminer si l'accusé était atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle au moment où il a perpétré l'infraction reprochée. Cette question est habituellement soulevée par la défense. Elle implique donc

généralement la participation de l'accusé et de son avocat. Les délais de production sont souvent long (2 à 6 semaines) et le séjour à souvent lieu en détention. Le résultat, quand il s'avère que l'accusé est effectivement non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux, est une ordonnance de la commission d'examen impliquant un suivi psychiatrique en milieu hospitalier ou en externe, selon les recommandations du psychiatre et la décision de la cour. Cette ordonnance est habituellement en vigueur plusieurs mois et même quelques années. Elle permet un suivi clinique plus adéquat. Cette mesure se révèle très souvent beaucoup plus coercitive pour l'accusé qu'un plaidoyer de culpabilité qui lui aurait permis un retour en liberté après quelques mois, quelques jours et même quelques heures dans certains cas. Ce calcul de « sentence » est bien considéré par l'accusé et son avocat. Un accusé déjà réfractaire au suivi clinique, s'il a l'expérience des tribunaux et connaît la sentence que lui vaudra l'acte posé, refusera très souvent la défense de non-responsabilité criminelle qui le contraint à un encadrement beaucoup plus long et à l'obligation d'un suivi psychiatrique, impliquant souvent une pharmacothérapie. Il optera plutôt pour une courte sentence de détention ou une probation.

Souvent, bien qu'il présente d'importants troubles de comportements liés à un problème de santé mentale, le prévenu est tout à fait apte à comparaître et s'oppose avec vigueur à une défense de non-responsabilité criminelle ou à toute orientation clinique. Pour la cour, il n'y a alors plus d'orientation clinique possible. L'inculpé reçoit une sentence au mérite et ne bénéficie d'aucun traitement psychiatrique.

Ces considérations peu connues du réseau de la santé et des services sociaux engendrent de la frustration chez l'entourage personnel et professionnel (clinique) de l'accusé. La cour criminelle ne peut répondre à des attentes thérapeutiques. Lorsqu'un accusé est libéré pendant la poursuite des procédures judiciaires, ce dernier s'engage parfois à poursuivre certaines démarches thérapeutiques. La libération est parfois octroyée sans vérifier la véracité du suivi, l'implication des ressources cliniques et leur opinion sur le sujet, ainsi que le niveau de motivation et de participation de l'accusé à son traitement. Dans d'autres cas, les exigences de la cour pour

libérer un accusé sont si strictes que les services de soins et de suivis accessibles ne sont pas en mesure d'offrir de telles garanties. La détention s'impose alors comme la seule solution.

Ces renvois constants et peu éclairés entre le milieu psychiatrique et le milieu judiciaire illustrent bien l'absence de concertation entre eux et leur incompréhension mutuelle en ce qui a trait à leur capacité et à leur limite d'action. Lorsque aucune communication n'est entreprise grâce à l'initiative personnelle de l'un ou l'autre des intervenants légaux ou cliniques, des décisions sont prises sans connaître la réelle implication de chacune des parties. Ainsi, chacun se renvoie la balle sans jamais communiquer, sauf pour débattre occasionnellement à propos d'un crime très grave et spectaculaire où l'état mental de l'accusé est au cœur du passage à l'acte. Cela favorise sans contredit la répétition du phénomène des « portes tournantes » qu'ont décrit plusieurs études portant sur la population « santé mentale – justice »; la rue, les petits délits, la détention, le retour à la rue, quelques contacts avec l'hôpital, récidive et ainsi de suite... C'est dans le mandat de l'UPS-J de contribuer à réduire ce phénomène, et l'une de ses principales fonctions est de favoriser cette communication entre les réseaux et les organismes. Un travail parfois laborieux pour sensibiliser les différents partis aux pratiques et considérations professionnelles de chacun. Un temps considérable est consacré à établir ces canaux de communication et à trouver des terrains d'entente pour favoriser des interventions adéquates.

Les orientation futures

L'une des sources du problème demeure toutefois intrinsèque au réseau de la santé et au réseau judiciaire. Les lourdes structures, autant formelles qu'informelles, inhérentes au fonctionnement des deux réseaux, ont consolidé des pratiques rigides qui ne répondent pas nécessairement aux besoins et qui ne favorisent pas la réalisation de leur mission en ce qui a trait à cette population particulière.

Bien qu'il me soit bien difficile de mesurer l'impact réel de la désinstitutionnalisation en ce qui à trait à la population « santé mentale – justice », je peux constater l'état de la situation actuelle. Les ressources de soins et de suivis externes du réseau de la santé et des services sociaux semblent être très peu adaptées au caractère propre de cette population et à ses besoins . Le développement de services externes et de soins de courte durée pour soutenir les ressources dans la communauté, qui devaient pallier la fermeture des milliers de lits dans les hôpitaux psychiatriques, semble prendre beaucoup de temps à se concrétiser. Pour certaines ressources et services spécialisés, les subventions et le financement de l'État sont si parcimonieux qu'ils doivent constamment lutter pour assurer leur survie financière. La réduction de services qui découle de cette nouvelle réalité, semble davantage pénaliser la population marginale, réfractaire et asociale, plus difficile à joindre et à traiter. Dans ce contexte, la désinstitutionnalisation a des répercussions négatives sur l'accès à des services de soins et de soutien dont elle a besoin. Actuellement, l'intervention et le suivi clinique ne sont pas déterminés prioritairement par les besoins de la personne mais plutôt par la présence et la disponibilité des services. Les choix sont habituellement très restreint, parfois inexistant.

Toutefois, nonobstant les lacunes du système judiciaire et du réseau de la santé et des services sociaux, il demeure très difficile d'intervenir auprès de la population en question. Les systèmes de « contrôle social » ne font souvent qu'accentuer sa marginalisation. La lourdeur de la pathologie et la nature de la personnalité de ceux qui en font partie remontent à un passé très difficile souvent marqué dès l'enfance par de l'abandon, de la violence et des abus de diverse nature. Cela semble avoir nourri chez eux une importante méfiance et parfois une attitude d'opposition ou d'évitement à l'égard de l'entourage, de la société et des règles qui la régissent. Il s'avère très difficile de pallier ces importants déficits une fois qu'ils sont adultes. Le refus explicite de recevoir de l'aide ou l'incapacité à s'engager dans un tel processus sont omniprésents chez ces personnes. En ce sens, prioriser la protection des enfants et par le fait même la prévention du développement des problèmes de santé mentale sera toujours plus profitable qu'une intervention thérapeutique tardive, quelle qu'en soit la valeur clinique.

Thierry Webanck

Criminologue (M. Sc.)

Institut Philippe Pinel de Montréal

Urgence Psycho-sociale - Justice

RÉFÉRENCES :

Mueser, K. T., Drake, R. E. & Noordsy, D. L. (1998). Integrated mental health and substance abuse treatment for severe psychiatric disorders. Journal of practical psychiatry and behavioral health, 4 : 129-139 .