



# La judiciarisation des patients psychiatriques : éléments de réflexion et applications pratiques

N. Bureau, R. Roy, P. Gendron and F. Millaud

Special Issue, 2001

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1074842ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1074842ar>

[See table of contents](#)

## Publisher(s)

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

## ISSN

1702-501X (digital)

[Explore this journal](#)

## Cite this article

Bureau, N., Roy, R., Gendron, P. & Millaud, F. (2001). La judiciarisation des patients psychiatriques : éléments de réflexion et applications pratiques. *Psychiatrie et violence*. <https://doi.org/10.7202/1074842ar>

## Article abstract

Among solutions in regard of threatening or violent behaviors perpetrated by psychiatric patients, prosecution is an option often disregarded, but potentially beneficial.

Can we define guidelines for the selection of the prosecution option? What steps should be followed in its application?

To answer these questions, we felt essential to reflect in the first place on the role of reprobation in psychiatry. Advantages and drawbacks of the prosecution process will then be dealt with ultimately, we will illustrate the application of prosecution as conceptualized by the Clinique de dangerosité de l'Institut Philippe Pinel de Montréal.

(Article préalablement publié dans Santé Mentale au Québec. Reproduit avec autorisation). Psychiatrie et violence . Nov. 2001 .  
[www.pinel.qc.ca/psychiatrie\\_violence](http://www.pinel.qc.ca/psychiatrie_violence)

**La judiciarisation des patients psychiatriques :  
Éléments de réflexion et applications pratiques**

## **La judiciarisation des patients psychiatriques : Éléments de réflexion et applications pratiques**

N. Bureau<sup>1</sup>, R. Roy<sup>2</sup>, P. Gendron<sup>3</sup>, F. Millaud<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Médecin-psychiatre, Centre hospitalier régional de Sept-Îles.

<sup>2</sup> Médecin-psychiatre, Institut Philippe Pinel de Montréal. Directrice du programme d'études spécialisées en psychiatrie à l'Université de Montréal.

<sup>3</sup> Criminologue, coordonnateur des services externes, par intérim. Centre de psychiatrie légale de Montréal.

<sup>4</sup> Médecin-psychiatre, chef du département de psychiatrie, Institut Philippe Pinel de Montréal. Professeur agrégé de clinique, Université de Montréal.

Résumé

Parmi les solutions possibles en réponse aux gestes violents commis par des patients psychiatriques, la judiciarisation demeure une alternative souvent méconnue mais qui peut pourtant s'avérer bénéfique et efficace.

Comment choisir, de façon éclairée, la judiciarisation face à la violence de certains patients ? Lorsque cette voie est choisie, comment s'applique-t-elle et quelles sont les démarches à suivre ?

Pour répondre à ces questions, il nous est apparu essentiel d'engager d'abord une réflexion plus globale sur l'utilisation de la sanction en psychiatrie.

Nous évoquerons ensuite les avantages et inconvénients du processus de judiciarisation et, finalement nous illustrerons les modalités d'application de la judiciarisation et telles qu'elles ont été conçues et réfléchies à la clinique de dangerosité de l'Institut Philippe Pinel de Montréal.

Mots clés : judiciarisation, sanction, violence.

Abstract

Among solutions in regard of threatening or violent behaviors perpetrated by psychiatric patients, prosecution is an option often disregarded, but potentially beneficial.

Can we define guidelines for the selection of the prosecution option ? What steps should be followed in its application ?

To answer these questions, we felt essential to reflect in the first place on the role of reprobation in psychiatry. Advantages and drawbacks of the prosecution process will then be dealt with ultimately, we will illustrate the application of prosecution as conceptualized by the Clinique de dangerosité de l'Institut Philippe Pinel de Montréal.

Keywords : Judiciarisation, sanction, violence

La judiciarisation des patients psychiatriques:

Éléments de réflexion et applications pratiques

Les gestes violents commis par des patients psychiatriques ne constituent pas un phénomène rare et isolé. Leur grande variété en termes d'intensité, de gravité, d'atteinte à la personne ou non rend difficile l'évaluation de leur fréquence au fil des années. La littérature nous indique que la majorité des patients psychiatriques porteurs de maladie mentale majeure ne sont pas plus violents que la population générale (Monahan & Arnold, 1996; Swanson & Holzer, 1991). Il existe par contre des facteurs de risque qui augmentent cette propension à la violence: l'appartenance à certains sous-groupes de patients psychotiques (Link & Stueve, 1994), l'abus de substances, des éléments de comorbidité (Swanson, 1994), certains facteurs liés aux réseaux sociaux (Estroff & Zimmer, 1994).

La violence des patients contre les soignants est un phénomène sous-rapporté, tel qu'en faisaient mention Lion, Snyder et Merrill en 1981; selon eux, dans les milieux psychiatriques, 20 % des gestes de violence étaient rapportés. En 1999, Larose et Bigaouette publiaient les résultats d'une étude effectuée auprès de 747 membres du personnel, oeuvrant dans les unités de soins psychiatriques ou dans les urgences psychiatriques ou générales. Cette étude recensait la fréquence des gestes de violence dont les membres du personnel avaient été victimes au cours de l'année précédant l'étude. Plusieurs résultats intéressants se dégagent de cette étude québécoise; notons en particulier le fait que seulement 33 % des victimes d'agression les ont toutes déclarées à leur employeur.

Dans une étude récente aux États-Unis (Tardiff et coll., 1997), les auteurs mentionnent que les actes violents précédant une admission en psychiatrie auraient augmenté considérablement au cours de la dernière décennie: de 150% plus élevé chez les femmes et de 50% chez les hommes. Cette augmentation des gestes violents s'observerait également au sein de la population générale. Le centre canadien de la statistique juridique mentionne que le taux de crimes violents a sérieusement augmenté au cours des deux dernières décennies et que les voies de fait mineures sont responsables en grande partie de cette augmentation (Johnson, 1996).

Ces observations provenant de divers milieux nous permettent de soulever quelques hypothèses pour tenter d'expliquer l'augmentation de la violence chez les patients psychiatriques :

- Certains comportements déviants ont été redéfinis comme étant des indicateurs de maladie mentale pouvant nécessiter une hospitalisation et un traitement psychiatrique (abus de drogues, d'alcool) (Melick et al., 1979). Des auteurs suggèrent que cette nouvelle classification a eu pour effet de retrouver, parmi les gens admis en psychiatrie, un plus grand nombre de patients avec des antécédents judiciaires. Bien que le lien causal entre antécédents judiciaires et violence ne soit pas établi clairement, cette hypothèse mérite d'être étudiée.
- Les doubles diagnostics (toxicomanie et pathologie psychiatrique) sont de plus en plus fréquents au sein de la population psychiatrique. Ces éléments de comorbidité peuvent jouer un rôle dans l'incidence de comportements violents (Swanson, 1994).

- La désinstitutionnalisation associée à un manque de ressources a pu conduire à une moins bonne contention de la violence par les réseaux familiaux et sociaux. D'autre part, certains auteurs ont suggéré que les difficultés d'articulation entre les réseaux de soutien et les institutions, qui ont pu découler de la désinstitutionnalisation, puissent être la cause première de l'itinérance (Bassuk, 1984). Nous avons assisté au cours des dernières décennies au phénomène grandissant des itinérants dont 30% à 40% sont porteurs d'une condition psychiatrique et dont certains ont recours à des comportements déviants nécessitant des incarcérations provisoires. Les malades mentaux sans abri ont des taux de criminalité plus élevés que les autres sans abri ou que les autres malades mentaux (Fournier et coll. 1996).

Face à cette augmentation de la violence, la question de son évaluation et de sa gestion se pose de plus en plus souvent pour les équipes de soins psychiatriques. Cette question a d'ailleurs été l'objet d'un énoncé de principe, de l'Association des psychiatres du Canada, dans lequel on propose des lignes de conduite pour les cliniciens confrontés à des situations de violence (Beck et Roy, 1997).

Dans l'évaluation de la dangerosité, divers types de facteurs interviennent. Ils sont d'ordre statique, dynamique, biologique, situationnel et peuvent être aussi liés à l'état mental (Millaud et coll. 1992). Pour prévenir des gestes de violence, cette évaluation doit être faite d'une façon précise et doit établir le profil spécifique du patient à l'étude. Ce travail a une portée meilleure s'il se fait avec la collaboration du patient.



La question de judiciarisation des actes violents commis par les patients psychiatriques nous semble de plus en plus soulevée dans une perspective de prévention de gestes ultérieurs de violence. Nous entendons par judiciarisation toute inscription d'un patient dans le processus judiciaire. Un cas de judiciarisation a été publié pour la première fois en 1978 par Schwartz et Greenfield (Schwartz & Greenfield, 1978). Ces auteurs rapportent qu'ils ont fait appel aux policiers afin d'émettre une plainte contre une patiente qui avait frappé une infirmière. Un procès a eu lieu, la patiente a été reconnue coupable et a reçu une sentence d'une année de probation. Schwartz et Greenfield ont avancé que le processus de judiciarisation semblait avoir eu un effet thérapeutique puisque le comportement de la patiente s'est amélioré. Depuis cette publication, une quinzaine d'autres cas analogues ont été rapportés dans la littérature (entre autres: Miller et Maier, 1988; Hartel, 1993).

Pourtant cette solution ne fait pas l'unanimité. Hoge et Gutheil (Hoge & Gutheil, 1987) affirment en 1987 que sur 9 cas de judiciarisation qu'ils ont révisés, 2 seulement se sont avérés bénéfiques. Pour 7 des 9 cas, la judiciarisation s'est avérée une solution peu constructive : certains ont interrompu leur suivi, d'autres ont eu une évolution clinique inchangée malgré cette mesure. Par ailleurs, les auteurs soulignent que la plupart des plaignants ont été confrontés à la collaboration réticente du système judiciaire. Devant ces opinions divergentes et ces informations contradictoires, comment choisir de façon éclairée la judiciarisation comme réponse à la violence de certains de nos patients? Quelles sont les autres

stratégies à tenter avant d'y avoir recours? Lorsque cette voie est choisie, quelles sont les démarches à suivre ? (Monceau, 1999).

Nous tenterons de répondre à ces questions en proposant d'abord une réflexion globale sur le rôle de la sanction en psychiatrie et sur les justifications cliniques de la judiciarisation comme réponse aux gestes de violence survenant à l'intérieur de l'institution. Nous proposerons ensuite les principes d'application de la judiciarisation telles qu'elles ont été élaborées à la clinique de dangerosité de l'Institut Philippe Pinel de Montréal.

## **1. LA JUDICIARISATION: ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION**

### **Éléments légaux**

Pour aborder ce chapitre, il convient d'abord de définir le terme "poursuivre". Selon le dictionnaire de droit (Reid, 1994), "poursuivre" est le fait de déférer un individu accusé d'une infraction devant une juridiction pénale en vue d'obtenir une sanction. Or, pour qu'il y ait infraction, deux éléments doivent généralement coexister et être prouvés. Ce sont l'Actus Reus (acte coupable) et le Mens Rea (intention coupable). L'intention coupable désigne la conscience qu'a un individu de commettre un acte prohibé par la loi ou son insouciance à l'égard des conséquences d'un acte qu'il pose. Une symptomatologie psychotique aiguë, l'intoxication aux substances illicites peuvent atténuer cette intention et, règle générale, "plus le lien entre la psychose et le comportement violent sera étroit, moins il y aura matière à poursuivre" (Appelbaum & Appelbaum, 1995). Néanmoins, il n'y a pas de lien

automatique entre un diagnostic de maladie mentale et la non responsabilité criminelle d'un acte délictueux au sens de la loi.

### **Éléments sociaux**

D'un point de vue historique, la psychiatrie, à ses débuts, s'est construite autour du problème du "fou criminel"; la dangerosité du malade mental a été un des mythes fondateurs de la psychiatrie (Senninger, 1990). Encore aujourd'hui, certains préjugés sociaux sont teintés par ce mythe. Mais les actes dangereux ne sont pas que des éléments induits par la maladie mentale et les patients psychiatriques ne sont pas tous exempts d'intention coupable.

Pour les milieux juridiques et policiers, les comportements violents sont souvent considérés comme un phénomène normal, inhérent à la pratique psychiatrique. Pour certains soignants oeuvrant dans les milieux psychiatriques généraux, la violence est souvent minimisée, niée et considérée comme faisant partie du lot de travail avec ces patients. Certains auteurs ont affirmé qu'il y aurait cinq fois plus d'agirs violents que ceux dénombrés dans les rapports officiels rédigés par les soignants (Lion et coll., 1981). Cette banalisation et cette mise à distance de la violence fait qu'il peut apparaître saugrenu et inutile de traduire un patient psychiatrique en justice.

Pourtant, comme l'ont déjà dit Norko et ses collaborateurs (Norko et coll., 1992), la loi ne s'arrête pas aux portes de l'hôpital; un acte répréhensible à l'extérieur de l'hôpital demeure tout aussi répréhensible à l'intérieur de l'hôpital. Et même si certains auteurs ont remis en question

les bénéfices thérapeutiques d'une démarche de judiciarisation, il peut y avoir des justifications sociales en faveur d'une telle démarche.

### **Éléments cliniques**

Après avoir revu la littérature, Norko et ses collaborateurs rapportent plusieurs motifs en faveur de la judiciarisation de certains patients psychiatriques. Le fait de porter plainte suite à un comportement violent encourage la responsabilisation du patient à l'égard de ses actes, permet de tracer des limites claires et d'appuyer le cadre thérapeutique. La judiciarisation peut permettre également de soutenir l'équipe traitante dans ses interventions auprès d'une clientèle difficile. De plus, d'autres auteurs avancent que la judiciarisation s'avère une conséquence juste à un comportement répréhensible (Stein & Diamond, 1985). Toutefois, la littérature soulève des opinions adverses à travers lesquelles des auteurs (Engel & Marsh, 1986; Gutheil, 1985; Rachlin, 1994) soulignent que la judiciarisation peut être le déguisement du passage à l'acte d'un contre-transfert négatif, subvertir l'alliance thérapeutique, violer la confidentialité et soulever une incompatibilité notoire entre les rôles de soignant et de dénonciateur.

Ce dernier point mérite une réflexion plus poussée. Est-ce que le fait de prodiguer des soins en psychiatrie s'oppose au recours à la réprimande, à la punition, à la sanction? Sommes-nous des soignants ingrats et malhabiles si nous avons recours à la judiciarisation? N'y a-t-il pas là un paradoxe clinique ?

Le rôle duel de soigner et de dénoncer peut en effet paraître litigieux et incompatible. L'objectif thérapeutique qui est d'aider et de comprendre

nous fait mettre à l'écart la possibilité de dénoncer et de sanctionner. Pourtant la sanction comme instrument thérapeutique et normalisant fait partie de notre système de soins psychiatriques, en particulier dans les milieux hospitaliers internes. Ainsi l'utilisation de la chambre d'isolement en réponse à un comportement répréhensible peut s'inscrire dans des mesures thérapeutiques en tant que renforçateur négatif et en tant que balise des comportements inacceptables dans une perspective de « limit-setting ».

L'obtention ou la perte de certains privilèges est aussi fréquemment utilisée dans les milieux institutionnels en réponse à des comportements qui facilitent ou entravent la vie de groupe. Ces sanctions peuvent, dans une perspective thérapeutique, favoriser l'adaptation sociale de certains patients psychiatriques. Elles peuvent aussi contribuer à augmenter la sécurité des autres patients et des membres du personnel, améliorant ainsi la qualité de vie à l'unité de soins.

Quelle que soit la mission première d'une institution (soins, éducation, travail), il existe toujours en parallèle des moyens utilisés pour remplir cette mission et des moyens de régulation des relations entre les individus qui s'inscrivent alors dans des systèmes disciplinaires. Ces systèmes disciplinaires visent à préserver l'intégrité du groupe et de l'institution vis-à-vis des individus. À la différence du système judiciaire, ils sont organisés en fonction des milieux: ils donnent lieu à des règlements internes qui sont validés par des autorités institutionnelles, des organismes corporatifs professionnels, etc.

La vision du traitement psychiatrique est axée sur un objectif

d'autonomie. Ceci va de pair avec des responsabilités accrues pour le patient afin de faciliter la réintégration dans la société. Dans ce contexte, soigner et sanctionner ne sont pas nécessairement des antagonistes. D'ailleurs, dans la perspective du virage ambulatoire, on voit mal comment cet objectif pourrait être écarté, les patients étant appelés à réintégrer plus rapidement la société que par le passé. Le processus de réinsertion sociale place les patients devant ses droits mais aussi devant ses devoirs. L'équipe traitante tente d'aider le patient à assumer progressivement des responsabilités, à la mesure de ses capacités et de ses limites. Bien que ce mot n'ait pas d'existence officielle, les intervenants nomment souvent cet objectif la « responsabilisation » du patient.

La notion de responsabilisation peut évoquer l'apprentissage d'une hygiène quotidienne de vie pour un patient souffrant de retard mental ou encore l'acceptation, la compréhension et la reconnaissance de signes précurseurs de décompensation chez le patient psychotique ou déprimé mais aussi la confrontation à la loi sociale chez le patient porteur d'un trouble de la personnalité limite ou le patient psychotique utilisant des défenses caractérielles. La confrontation à la loi sociale utilisée comme sanction devient alors un élément de responsabilisation faisant partie intégrante d'un processus de traitement. Sur un continuum de mesures sanctionnelles et thérapeutiques, fonction de l'intensité et de la fréquence du comportement répréhensible, la judiciarisation peut s'y inscrire comme mesure ultime et de dernier recours.

### **Éléments éthiques**

Face à un patient violent, le devoir du clinicien est d'agir dans les meilleurs intérêts du patient, d'assurer sa sécurité et sa dignité. Ce devoir ne se limite pas à ce seul patient mais s'étend aussi aux autres patients hospitalisés, à l'équipe traitante et à la société. C'est en soupesant, en équilibrant le devoir envers l'un et le devoir envers les autres que la judiciarisation pourra parfois apparaître comme une mesure juste, équitable et appropriée. Trois principes éthiques guident les cliniciens : la bienfaisance, la bienveillance et l'autonomie. Lorsqu'on considère de faire appel au système légal criminel suite à un geste de violence posé par un patient à l'hôpital, ces trois principes doivent être respectés. Le fait de déclencher le processus judiciaire implique que le patient est traité comme un individu autonome, responsable de ses actes. S'il ne semble pas l'être, ceci sera examiné par les intervenants légaux au cours des procédures. Le fait de ne pas mettre de limites au comportement violent d'un patient n'est pas une attitude bienveillante et bienfaisante, ni pour lui, ni pour ceux qui l'entourent. Le cadre peut en effet contenir l'escalade, contribuer à la sécurité du milieu et préserver le lien thérapeutique.

## **2- JUDICIARISATION: PRINCIPES D'APPLICATION**

Avant qu'elle ne soit envisagée, la judiciarisation comme réponse possible à un agir violent devrait être connue, transmise et véhiculée à travers le milieu hospitalier. Au mieux, la judiciarisation devrait être discutée avant que ne surviennent les incidents violents, via l'établissement d'une politique hospitalière à ce sujet. Tous les points de repère élaborés

ici peuvent s'adapter au contexte de l'unité interne de soins mais aussi à la clinique externe.

Après qu'un incident de violence de la part d'un patient psychiatrique soit survenu, l'équipe traitante doit examiner la situation en cause et prévoir les interventions à privilégier. Quand la victime est un autre patient ou un membre de l'entourage, cette personne peut avoir recours à la plainte formelle aux policiers. Selon le cas, l'équipe traitante sera ou non impliquée dans le soutien à la victime du geste imputé au patient. Lorsque la victime est un membre de l'équipe traitante, elle peut décider par elle-même de porter plainte aux policiers sans en aviser les autres membres de l'équipe. Elle peut aussi examiner cette possibilité avec l'équipe, cette démarche pouvant être alors utilisée comme une stratégie à visée thérapeutique dont les indications et contre-indications seront soupesées. Comme la judiciarisation est un processus lent et exigeant pour tous les protagonistes, particulièrement pour la victime présumée et pour le patient accusé, il est essentiel de s'assurer qu'il s'agit là d'une stratégie ultime, tentée lorsque tous les autres recours ont été pris et se sont avérés vains. Lorsque la judiciarisation est envisagée par l'équipe et le médecin traitant, il importe d'adopter une stratégie claire, précise et cohérente afin d'éviter le clivage et la confusion chez la victime, l'accusé, l'équipe et l'administration de l'hôpital.

En effet, même s'il existe des justifications cliniques à la judiciarisation, certaines interrogations demeurent: comment éviter de se prendre aux pièges contre-transférentiels?, Comment préserver l'alliance



thérapeutique? Comment garder une cohésion au sein de l'équipe? Le fait d'avoir une conduite claire telle une politique administrative et hospitalière en regard des incidents violents peut nous prémunir contre les pièges et les doutes. Nous avons choisi d'aborder des principes généraux qui s'appliquent à diverses situations cliniques plutôt que de décrire un cas clinique spécifique avec tous ses aspects particuliers qui seraient plus difficiles à généraliser. Lorsqu' est survenu un geste violent, la politique hospitalière à cet égard pourrait indiquer une conduite à suivre divisée en 4 étapes :

#### **1- Avant les procédures légales**

L'implication des administrateurs de l'établissement doit être manifeste dès le départ. Le premier objectif consiste en l'obtention d'un consensus entre l'administration et l'équipe sur le choix de la judiciarisation comme mesure thérapeutique. Il faut s'assurer également que la victime est prête à s'engager dans ce processus et à témoigner le cas échéant.

Ces accords étant obtenus, une évaluation rigoureuse comprenant la description de l'incident (sévérité, déroulement, etc.), l'opinion sur la responsabilité criminelle si celle-ci est questionnée, les stratégies thérapeutiques antérieures ainsi qu'un regard sur les risques et les bénéfices de la judiciarisation sur la victime et l'accusé doivent être effectués. Par souci d'objectivité, cette demande d'évaluation devrait être soumise à un clinicien qui n'a pas été impliqué dans l'incident et qui n'est pas membre de l'équipe traitante. Les stratégies alternatives à la judiciarisation doivent être étudiées. Celles-ci peuvent impliquer le resserrement du cadre thérapeutique, un changement du plan de traitement, une relocalisation

temporaire dans un autre établissement de soins ou dans une autre unité du même hôpital...

Dans certains milieux, une réunion d'équipe élargie, une réunion du département de psychiatrie ou du comité d'éthique hospitalier peut être utilisée pour discuter de la situation et de la pertinence ou non de la judiciarisation.

### **2- Au moment de l'appel aux policiers**

Lorsque la victime, l'équipe traitante et les autorités administratives se sont concertées et ont décidé d'engager des procédures judiciaires, toutes les personnes concernées par ces procédures doivent être avisées. Le patient qui a commis les gestes violents doit être avisé en même temps soit par un membre de l'administration par exemple le directeur des services professionnels ou le chef de département, soit par le médecin traitant ou le coordonnateur de l'équipe. Dans les deux cas, les porte-parole doivent parler au nom de l'équipe et de l'hôpital afin d'éviter que le patient clive ou encore attribue la responsabilité de la judiciarisation à une seule personne.

Ceci permet, par le fait même, de transmettre de façon non équivoque au patient que la victime est supportée et encouragée dans cette démarche.

### **3- En attendant les procédures légales**

La première question qui doit être soulevée concerne la possibilité d'une relocalisation temporaire dans une autre unité interne de soins afin d'atténuer les tensions qui peuvent émaner des procédures judiciaires en cours et de poursuivre le traitement psychiatrique auprès de gens qui n'étaient pas impliqués, comme témoins ou comme victimes, dans l'incident. Advenant

l'impossibilité d'un transfert, une gestion différente des contacts entre la victime et l'accusé devra être établie. Pour ce faire, il y aura lieu de voir si l'intervenant qui a été la victime du patient continue à tenir son rôle spécifique dans l'équipe auprès du patient, par exemple, comme personne de référence, ou s'il est remplacé temporairement. Une autre possibilité serait de rencontrer le patient en compagnie d'un autre membre de l'équipe qui aura comme fonction de soutenir l'intervenant, de le relayer dans des entrevues difficiles et de rendre le contexte de l'entrevue plus sécuritaire pour l'intervenant en cause. L'intervenant victime de violence a besoin de soutien. Selon le cas, la personne la mieux indiquée pour assurer ce soutien sera un co-équipier, un supérieur hiérarchique ou un intervenant du service d'aide aux employés.

Par ailleurs, en attente de la comparution, une révision du plan de traitement de l'accusé s'impose. Cette révision portera sur les aspects sécuritaires (diminution du nombre de contacts avec les pairs, retrait occasionnel à la chambre etc.), les aspects psychothérapeutiques (poursuite ou non d'une psychothérapie en cours et si oui, redéfinition le cadre), et les aspects pharmacologiques. D'autre part, les personnes impliquées de près ou de loin dans le processus légal devraient être informées de son déroulement à chacune des étapes qui le composent. Des rencontres cathartiques devraient également être prévues afin de permettre à l'équipe et à la victime de discuter de l'impact de l'incident violent et des procédures qui en découlent. L'impact de l'épisode de violence et du processus légal sur les patients doit aussi être examiné et nécessite parfois des interventions de soutien.

#### **4- Après les procédures légales**

La comparution ayant eu lieu, la culpabilité étant avérée ou la non-responsabilité prononcée, la sentence étant connue, l'équipe traitante, la victime, l'accusé ainsi que les administrateurs doivent être avisés des dispositions légales et de leurs conséquences cliniques. Si son implication est requise, l'équipe devra collaborer à la mise en place et à l'application de ces conséquences légales. Si, par exemple, une période de probation a été ordonnée, le nom de l'agent de probation et les conditions de cette probation doivent être connus et facilement accessibles. L'agent devra être contacté si les conditions de probation ne sont pas respectées. Le cadre de la probation et les conséquences éventuelles d'un bris de condition devront être précisés avec le patient. L'agent de probation pourra également jouer un rôle de soutien et d'appui auprès de l'équipe traitante en insistant sur l'importance du traitement psychiatrique lors de ses rencontres avec le patient.

Si une sentence d'emprisonnement a été prononcée, une réévaluation et une stabilisation de la condition psychiatrique devront être assurées avant de transférer le patient vers le centre de détention. Si le patient a été reconnu non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux et qu'un mandat de détention en centre hospitalier a été émis, les membres de la Commission d'examen (Tribunal administratif du Québec) auront à revoir le patient et statuer, de concert avec le médecin traitant, sur les modalités d'administration de ce mandat.

De façon plus globale, le traitement psychiatrique, après le procès, se centrera davantage sur la reconnaissance de la dangerosité par le patient.

Éventuellement, dans le meilleur des cas, le patient devrait être à même de reconnaître et d'apprécier son potentiel de violence, de détecter les signes précurseurs d'agirs violents et de développer des stratégies alternatives à la violence.

### **Conclusion**

Les gestes violents commis par des patients psychiatriques sont plus fréquents qu'on ne le croit et seraient de plus en plus nombreux depuis les dernières années. L'intervention auprès de ces patients génère des difficultés, des obstacles autant pour le système judiciaire que pour notre système de soins.

Si la judiciarisation est l'une des stratégies thérapeutiques possibles, elle doit être mûrie, posée et appliquée de façon réfléchie et cohérente. Elle peut en effet avoir des effets très négatifs si le patient est rejeté par le milieu de soins et que son état se détériore sans intervention thérapeutique, laissé à lui-même. Le système judiciaire doit être sensibilisé au fait que certains patients psychiatriques sont responsables de leurs gestes violents et être incité de plus en plus à collaborer avec le système de soins psychiatriques dans l'application de mesures clinico-légales. Si l'aboutissement des longues étapes qui précèdent le verdict est l'absence de répercussion pour le patient en cause, le recours à la judiciarisation devient inutile, démobilisant tous les intervenants pour le cas particulier du patient et pour d'autres cas similaires. Par exemple, il peut arriver que les procédures légales s'interrompent en cours de route, faute de preuves, ou encore parce que le système judiciaire ne trouve pas d'indication de continuer

le processus. Dans d'autres cas où le procès a lieu, les intervenants légaux peuvent reprocher à l'intervenant (victime présumée du patient) d'avoir contribué au geste de violence par la provocation ou même parfois d'avoir déclenché les procédures alors qu'il s'agit d'un patient souffrant d'une maladie mentale.

Ainsi, l'instauration d'une approche combinée, cohésive et structurée vise à agir de façon plus efficace auprès de ces patients et de nous appuyer dans notre travail auprès d'une clientèle difficile. Nous espérons qu'elle permette aussi de continuer à donner au patient les services que son état de santé nécessite tout en maintenant des conditions de pratique adéquates pour la poursuite de ses soins. Nous avons en effet pu observer chez de nombreux patients les effets favorables de l'impact du cadre légal criminel sur l'alliance thérapeutique, sur l'observance au traitement et sur le pronostic de la maladie psychiatrique de même que sur celui de la dangerosité. Il s'agissait de patients psychiatriques dont les limites de l'autocritique rendaient le traitement très ardu. Les interventions cliniques survenaient surtout dans des situations d'urgence, sans réelle implication dans un suivi en clinique externe axé sur la prévention des rechutes de la maladie.

Le recours aux procédures légales permet d'amorcer une longue réflexion avec le patient sur les conséquences de ses actes, sur son rôle dans la prévention de gestes ultérieurs de violence, sur la participation de sa maladie psychiatrique dans cette violence. Ceci permet au patient de devenir peu à peu un membre à part entière de son équipe traitante et de contribuer à une meilleure qualité de vie pour lui comme pour ceux qui l'entourent.



Références

APPELBAUM, K.L., APPELBAUM, P.S. (1995). Prosecution as a response to violence by psychiatric patients. Patient violence and the clinician. *Clinical Practice*, 30, 155-175.

BASSUK, E. (1984). The homelessness problem. *Scientific American*, 251, 40-45.

BECK, P.R., ROY, R. (1997). Comportement violent et destructeur en milieu thérapeutique : lignes directrices à l'intention des psychiatres. *Revue canadienne de psychiatrie*, 42, N°7, encart.

ENGEL F., MARSH S. (1986). Helping the employee victim of violence in hospitals. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 159-162.

ESTROFF, S.E., ZIMMER, C. (1994). The influence of social networks and social support on violence by persons with serious mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, N° 7, 669-679.

HARTEL, J. A. (1993). The prosecution of assaultive clients : Treatment considerations. *Perspective in psychiatric care*, 29, N°3, 7-14.

FOURNIER, L., MERCIER, C., et coll. (1996). Sans domicile fixe. Au-delà du stéréotype. *Méridien*, p. 207.

GUTHEIL, T.G. (1985). Prosecuting patients (letter). *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 1320-1321.

HOGUE, S.K., GUTHEIL, T.G. (1987). The prosecution of psychiatric patients for assaults on staff: a preliminary empirical study. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 44-49.

JOHNSON, H. (1996). Les crimes de violence au Canada. *Juristat* (Centre



canadien de la statistique juridique), 16, N° 6, 1-23.

LAROSE, D, BIGAOUETTE, M. (1999). Les agressions dans les urgences générales et psychiatriques. *Objectif prévention*, 21, N°1, 19-21.

LINK, B.G., STUEVE, A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. *Violence and Mental Disorder*. The University of Chicago Press, 137-59.

LION, J.R., SNYDER, W., MERRILL, G.L. (1981). Underreporting of assaults on staff in state hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, N°7, 497-99.

MELICK, M.E., STEADMAN, H.J., COCOZZA, J.J. (1979, 20 sept.). The medicalization of criminal behavior among mental patients. *Journal of Health Social Behavior*, 228-37.

MILLAUD, F, ROY, R., GENDRON, P., AUBUT, J. (1992). Un inventaire pour l'évaluation de la dangerosité chez les patients psychiatriques. *Revue canadienne de psychiatrie*, 37, N° 9, 608-615.

MILLER, R.D., MAIER, G. (1988). Factors affecting the decision to prosecute mental patients for criminal behavior. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, N°1, 50-55.

MONAHAN, J. ARNOLD, J. (1996). Violence by people with mental illness : A consensus statement by advocates and researchers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, N°4, 67-70.

MONCEAU, M. (1999). *Soigner en psychiatrie : entre violence et vulnérabilité*. Gaétan Morin, éditeur.

NORKO, M.A., ZONANA, H.V., PHILLIPS, R.T.M. (1992). Prosecuting

assaultive psychiatric patients. *Journal of Forensic Sciences*, 37, N° 3, 923-931.

RACHLIN, S. (1994). The prosecution of violent psychiatric inpatients: One respectable intervention. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 2, N° 2, 239-247.

REID, H. (1994). *Dictionnaire de droit québécois et canadien*. 433-434.

SCHWARTZ, C.J., GREENFIELD, G.P. (1978). Charging a patient with assault of a nurse on a psychiatric unit. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 197-200.

SENNINGER, J-L.(1990). Dangersité: Étude historique. *L'information psychiatrique*, 66, N° 7, 689-696.

STEIN, L.I., DIAMOND, R.J. (1985). The chronic mentally ill and the criminal justice system : When to call the police. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 271-274.

SWANSON, J. (1994). *Mental disorder, substance abuse and community violence: An epidemiological approach. Violence and Mental Disorder*. The University of Chicago Press, 101-136.

SWANSON, J., HOLZER, C. (1991). Violence and ECA data (letter to the editor). *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 954-55.

TARDIFF K., MARZUK, P.M., LEON, A.C., POTERA, L., WEINER, C. (1997). Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital. *American Journal of Psychiatry*, 154, N°1, 88-93.