

Psychiatrie et violence



Psychiatrie et violence

Regard sur l'intervention de l'Urgence psychosociale – Justice (UPS-J) auprès des accusés qui présentent des troubles mentaux

Thierry Webanck

Volume 3, 2003

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1074698ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1074698ar>

[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. (2003). Regard sur l'intervention de l'Urgence psychosociale – Justice (UPS-J) auprès des accusés qui présentent des troubles mentaux. *Psychiatrie et violence*, 3. <https://doi.org/10.7202/1074698ar>

Tous droits réservés © Institut Philippe-Pinel de Montréal, 2002

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

Regard sur l'intervention de l'Urgence psychosociale – Justice (UPS-J) auprès des accusés qui présentent des troubles mentaux

par Thierry Webanck
Criminologue. M.Sc.
Institut Philippe Pinel de Montréal, Urgence psychosociale - justice

L'Urgence psychosociale – Justice (UPS-J) a été mise en place en 1996. Ce service 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. Son mandat est d'éviter la judiciarisation et l'incarcération de ces personnes, lorsque cela ne s'avère pas indispensable, et de leur donner 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 Ville de Montréal, de la Cour du Québec; chambre criminelle et pénale (CQCCP), 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.

Les données exposées dans ce texte proviennent de l'intervention de l'UPS-J à la Cour municipale et provinciale (CQCCP) de Montréal, uniquement. Ce volet spécifique de l'UPS-J constitue environ le tiers des demandes adressées

au service. L'intervention à la Cour est destinée aux accusés qui comparaissent sous arrêt ou qui sont détenus de façon préventive suite à la décision de la Cour, lors de la comparution initiale. Le moment de l'intervention se situe généralement au tout début des procédures, soit dès la première comparution ou lors de l'enquête sur la remise en liberté. Le service est assuré par des criminologues de l'Institut Philippe Pinel de Montréal.

Méthodologie

Les données qui vous sont présentées dans ce texte ont été recueillies lors des interventions cliniques effectuées de 1999 à 2001. Durant cette période de trois ans, nous avons obtenu des données sur 1011 accusés.

Ces données proviennent principalement de l'entrevue avec l'accusé. Nous avons aussi généralement accès aux dossiers des Substituts au procureur général, qui incluent les rapports policiers, la déclaration des plaignants, des victimes et des témoins ainsi que les antécédents criminels en provenance du Centre de Renseignement Policier du Québec (CRPQ) . Il arrive que soient jointes au dossier légal, des notes et des évaluations médicales et psychiatriques. A cela s'ajoutent des entretiens cliniques avec le médecin de la Cour qui effectue les évaluations sur l'aptitude à comparaître, lorsqu'il demande notre intervention.

Notre intervention s'effectue dans un contexte d'urgence. Il s'écoule généralement moins de trois heures entre la demande, l'accès aux dossiers, l'entrevue, l'entretien avec les intervenants légaux impliqués et la décision d'orientation. A l'intérieur de ces quelques heures nous traitons souvent plus d'une demande à la fois. Dans un tel contexte, nos évaluations demeurent partielles et ne constituent pas un examen exhaustif du client. Nous limitons l'intervention à ce que nous considérons essentiel pour atteindre nos objectifs.

Plusieurs études récentes (Holley et Arboleda-Florez, 1988; Laberge, Morin et Robert, 1996; RRSSMC, 1994 a et b) ont tenté de cerner le traitement judiciaire et pénal réservé aux accusés qui présentent des problèmes de santé mentale. D'autres (Laberge, Landreville et Morin, 2000; Morin 2002) se sont penchées sur le profil de la population auprès de laquelle intervient l'ensemble de l'UPS-J. La spécificité de la clientèle rejointe par l'UPS-J à la Cour n'a pas encore fait l'objet de recherches. L'objectif de l'actuel exercice est de tracer un profil descriptif sommaire des individus auprès desquels nous sommes intervenus et les principales orientations légales et cliniques retenues. Cela, dans la perspective d'ajuster l'intervention en fonction du profil de ces personnes et de leurs besoins spécifiques et d'établir les bases d'une recherche plus exhaustive sur le service.

Les demandeurs de service

L'intervention de l'UPS-J à la Cour fait suite à une demande formelle de la part d'un professionnel. Le principal demandeur est le médecin de la Cour du Québec (CQCCP) qui effectue la première évaluation sur l'aptitude à comparaître. Celui-ci nous réfère 50 % de nos clients. Les substituts du procureur général suivent avec 26 % des demandes, et les avocats de la défense avec 18 % . Le service de Police de la Ville de Montréal, et le service d'UPS-J (l'équipe d'intervention dans la communauté) nous ont référé la dernière portion qui compte pour environ 6 % de la clientèle.

Profil et situation sociale des accusés :

Les accusés ont un âge moyen de 36 ans et sont des hommes dans une proportion de 82%. Bien que nous n'ayons pas de chiffres précis, la grande majorité des accusations est constituée de menaces et des voies de fait. Les victimes sont principalement la famille ou l'entourage immédiat des accusés.

Au moment de l'évaluation, 15 % des accusés sont sans domicile fixe. Leur statut civil fait ressortir le réseau social généralement très restreint de cette population. Seulement 11 % des sujets rencontrés seraient mariés ou en union de fait. 59 % sont célibataires et 9 % sont séparés ou divorcés d'une union légale. On ne connaît pas la situation civile de 21 % d'entre eux.

Leur situation financière semble particulièrement précaire et il n'est pas présomptueux de qualifier ces gens de financièrement défavorisés puisque 48 % d'entre eux bénéficient de la sécurité du revenu (allocation minimale octroyée par l'État). A cela s'ajoute 9 % de sujets prestataires de l'assurance emploi et de rentes diverses (accident, invalidité et retraite). Seulement 14 % occupent activement un emploi (6 %, chez les femmes) et 9 % n'ont aucune source de revenus officiels. Pour 20 % d'entre eux, la source de leurs revenus nous est inconnue.

Profil des antécédents :

Notre service à été mis en place pour intervenir auprès des personnes qui présentent un trouble de santé mentale sévère et persistant. Cette population est celle que l'on devrait rejoindre en priorité puisque la précarité de leur état mental peut certes complexifier leur passage dans le système judiciaire; incompréhension, confusion, anxiété, difficulté à se conformer au protocole ou à participer à l'élaboration de sa défense, etc.... Ils nécessitent généralement du soutien et des soins appropriés à leur condition.

L'analyse des antécédents psychiatriques est un bon indice pour évaluer la présence ou non d'un problème psychiatrique récurrent. En ce sens, il est

intéressant de noter que 68 % (7 % de données non disponibles dans les relevés) de l'ensemble des demandes concernaient des personnes ayant déjà bénéficiées d'évaluations, de consultations, de suivis ou d'hospitalisations de nature psychiatrique. Si l'on cible uniquement la population féminine, c'est 78% de notre clientèle qui présente des antécédents de ce genre.

Les données relatives aux antécédents criminels sont plus fiables parce que nous avons généralement (dans 94 % des cas) accès au relevé du Centre de Renseignement Policier de Québec (CRPQ) qui est joint à la dénonciation officielle de la Cour. Le CRPQ contient tous les antécédents de condamnations criminelles du sujet au Canada. Selon ces relevés, presque la moitié (48 %) des accusés que nous avons évalués (6 % de données non disponibles) possèdent des antécédents criminels. Ce pourcentage est de 37 % pour les femmes.

Les antécédents d'abus de substances sont plus difficiles à obtenir et à mesurer. Il faut en partie se fier au niveau de consommation décrit par le sujet. Le concept d'abus de substances n'est pas toujours bien défini ou compris par les accusés, qui sont parfois réticents à révéler un problème de cette nature pour ne pas nuire à leurs chances d'être remis en liberté rapidement. En l'absence d'indications précises (histoire d'abus avouée ou bien documentée, histoire de thérapies spécialisées, témoignages fiables, etc...), on doit souvent faire une évaluation à partir des propos du sujet. C'est pourquoi nous n'avons des

données que pour 80 % d'entre eux et celles-ci ne constituent qu'une estimation de la présence ou non d'une histoire de toxicomanie. La moitié de ces 800 accusés semble avoir des antécédents de cette nature. Cette proportion est similaire pour les hommes et les femmes.

Bien que nous n'ayons pu obtenir de chiffres précis, la consommation d'alcool ou de diverses substances toxiques (psychotropes) semble un élément précipitant le passage à l'acte dans la grande majorité des cas qui nous sont adressés. L'effet des substances semble avoir favorisé l'émergence du comportement criminel pour lequel ils sont accusés. Cela ne s'applique pas uniquement aux accusés qui ont eu, ou qui ont actuellement un problème d'abus de substance. Cela touche aussi des gens dont la consommation semble occasionnelle, habituellement modérée et non problématique.

En combinant les antécédents psychiatriques, criminels et d'abus de substances, nous obtenons des informations sur 77% de notre population. Parmi eux, 41 % ont à la fois des antécédents psychiatriques et criminels; 51 % ont des antécédents psychiatriques et d'abus de substances; 42% ont une histoire criminelle et d'abus de substances. Finalement, 35 % ont à la fois des antécédents psychiatriques, criminels et d'abus de substances.

Profil clinique au moment de l'intervention :

Le profil clinique que nous retenons ne s'appuie pas sur des diagnostics cliniques rigoureux mais plutôt sur des impressions cliniques à partir d'une entrevue d'évaluation en contexte carcéral ainsi que des notes légales ou psychiatriques et des déclarations de témoins, jointes aux dossiers légaux. Dans certains cas, des amis ou des membres de la famille sont présent à la Cour et peuvent être rencontrés.

Deux profils cliniques se distinguent plus particulièrement chez notre population. Le premier est composé d'individus qui présentent une problématique lourde et complexe qui s'articule simultanément sur différents axes tels; la schizophrénie, la consommation chronique et abusive de substances, les syndromes cérébraux, les troubles de personnalité, etc. Ces personnes présentent un fonctionnement social très perturbé. Ils sont marginaux, isolés et présentent peu d'aptitudes relationnelles. Ils sont sans domicile fixe ou très instables dans leur lieu de résidence. Selon le cas, ils refusent ou sont peu en mesure de reconnaître leur maladie. Ils sont plutôt réfractaires à une aide sociale ou médicale.

Ces personnes atteignent parfois une certaine stabilité mais celle-ci demeure généralement très fragile. Lorsqu'ils cessent leur pharmacothérapie,

qu'ils rechutent dans l'abus de drogues ou d'alcool, qu'ils abandonnent un encadrement clinique ou communautaire ou qu'un changement brusque apparaît dans leur environnement, il en résulte une détérioration rapide de leur état mental. Leurs déficits psychiques et sociaux s'accroissent, favorisant l'aliénation envers autrui et les troubles de comportements.

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.

Quelques autres profils cliniques sont aussi représentés mais ils sont quelque peu hors du cadre d'intervention de notre service. En effet, certains individus qui nous sont référés semblent présenter des profils cliniques de nature

psychiatrique à la lecture des évènements rapportés par les policiers, les témoins ou les demandeurs. Toutefois, après évaluation, ces individus présentent davantage un problème lié, soit à la toxicomanie, à un problème de violence (souvent conjugale), à une déficience intellectuelle, ou à des syndromes mentaux organiques (souvent consécutifs à un traumatisme crânien) ou à des troubles neurologiques de nature dégénérative (démence, alzheimer). Le type de service et de ressource dont ont besoin ces personnes, ne relève pas prioritairement du réseau psychiatrique.

L'orientation :

L'orientation des sujets s'effectue généralement dans le cadre d'une entente entre l'UPS-J, le procureur et l'avocat. Il est arrivé que cette orientation ne soit pas entérinée par le juge mais elle l'est dans la presque totalité des cas.

L'orientation de l'accusé vers les services est habituellement incluse dans des conditions libellées sous forme d'engagement et de promesse faite à la Cour. Le sujet s'engage à faire les démarches décrites sur l'ordonnance de remise en liberté. S'il ne les respecte pas, cela constitue un bris d'engagement et donc une infraction criminelle (c.c., art. 145 (3))

Les recommandations soumises à la Cour tiennent compte des besoins de l'accusé mais aussi de sa motivation, de sa sécurité et de celle du public, des paramètres légaux ainsi que des ressources disponibles pour aider et encadrer l'accusé.

L'UPS-J doit faire appel aux ressources d'aide et d'hébergement déjà existantes dans le réseau. Ces ressources ont généralement été conçues pour répondre aux besoins de l'ensemble de la population. Elles ne sont donc pas adaptées spécifiquement à une clientèle criminalisée et dans certains cas, potentiellement violente. Très peu de ces ressources offrent une structure sécuritaire ou capable d'encadrer formellement et légalement un accusé. Elles ne possèdent pas un pouvoir de contrainte sur le sujet.

Les possibilités d'orientation sont donc limitées si on veut à la fois répondre aux besoins de l'accusé et aux exigences de la Cour.

Le tableau de ces orientations peut se résumer comme suit :

- 14 % des accusés sont orientés vers une évaluation sur l'aptitude à comparaître et / ou une évaluation sur la responsabilité criminelle. Ceux-ci demeurent donc généralement en détention préventive à l'infirmierie des

centres de détention ou à l'institut Philippe Pinel de Montréal, pour une période variant de deux à six semaines.

Dans quelques cas où le sujet ne semble pas nécessiter un encadrement sécuritaire, l'évaluation sur l'aptitude à comparaître peut se faire dans un centre hospitalier.

- 11,5 % des accusés s'engagent (condition de remise en liberté) à se présenter à l'urgence psychiatrique de leur centre hospitalier pour y rencontrer un médecin psychiatre et suivre les traitements qui leur seront proposés. Ils peuvent alors rester en liberté pendant la suite des procédures judiciaires.
- 15,5 % d'entre eux s'engagent auprès de la Cour à continuer le suivi psychiatrique, médical ou psychosocial dont ils sont déjà l'objet.
- 24 % des accusés sont référés vers des centres d'aide pour toxicomanes, des CLSC, des ressources d'hébergement, des centres de crise, des refuges et autres services et organismes d'aide pouvant en tout ou en partie, correspondre à leur besoin.

- 17 % des interventions ne donnent lieu à aucune recommandation spécifique puisque les sujets ne nécessitent pas de services particuliers ou ne présentent pas, à la lumière de notre évaluation, une problématique liée à la santé mentale.

- 11,5 % des accusés refusent toutes formes d'aide qui nous paraîtrait appropriée.

- Finalement, 5% d'entre eux demeurent en détention préventive parce que la Cour juge que cette mesure est nécessaire : pour assurer leur présence au tribunal ou pour assurer la protection et la sécurité du public ou pour ne pas miner la confiance du public envers l'administration de la justice, conformément à l'article 515 (10 a), b) et c) du code criminel canadien. Dans les cas où une perturbation de l'état mental semble à la source d'un risque de passage à l'acte hétéro-agressif ou suicidaire en détention, nous communiquons avec l'infirmerie du centre de détention afin de les aviser du risque.

Discussion

L'analyse de ces données nous permet de tracer un profil sommaire de notre clientèle. Il s'agit de jeunes personnes, principalement des hommes

(82%), qui fonctionnent dans un réseau social restreint. Ils ne semblent pas engagés dans des relations conjugales stables.

Ils sont très peu actifs sur le marché de l'emploi et sont principalement bénéficiaires de l'aide sociale, d'assurance emploi ou de divers types de rentes ou d'indemnisations. En conséquence, ils ont de très faibles revenus (9% en ont aucun).

Leur situation économique ne leur permet pas d'avoir accès à des suivis psychologiques et à des psychothérapies. Au Québec, ce genre de suivi clinique est très peu accessible par l'entremise du réseau de santé publique. Les services de psychothérapie à moyen et long terme sont presque exclusivement dispensés en bureau de pratique privée. Les coûts sont relativement élevés et ne peuvent être assumés par la majorité de la clientèle que rejoint l'UPS-J.

La forte présence d'antécédents psychiatriques, criminels et d'abus de substances, souvent combinés, confirme une problématique récurrente et complexe qui atteint plusieurs sphères de leur vie. Les attitudes de retrait, d'antagonisme et d'agressivité (Webanck, 2001) et les comportements délinquants qu'ils expriment, s'inscrivent en continuum avec une situation sociale et économique difficile, des problèmes de santé mentale et divers troubles d'adaptation; mésadaptation sociale et marginalité.

Pour ce qui est des orientations privilégiées, elles sont le résultat des décisions rendues le jour même de l'intervention. Elles sont adoptées en tenant compte des paramètres imposés par la Cour mais aussi en fonction de la présence et la disponibilité des services d'aide, parfois au détriment des besoins plus spécifiques de l'accusé et d'une intervention optimale. Cette notion de disponibilité des ressources appropriées est très importante. Comme le démontre certaines études (Lovell, 1996; Laberge, Landreville et Morin, 2000), Les caractéristiques de la population « santé mentale – justice » les rend vulnérables aux pratiques informelles de sélection de la clientèle des organismes de santé et de services sociaux.

A titre d'exemple, les programmes de traitements intégrés qui s'adressent aux personnes présentant des troubles jumelés (santé mentale et toxicomanie) sont presque inexistantes au Québec. Pourtant, près de 50% des personnes qui ont un trouble grave de santé mentale, présentent également un problème de toxicomanie (Mueser, Drake, & Noordsy, 1998). Le profil de notre clientèle tend à confirmer ces résultats. Les hôpitaux ont pourtant tendance à diriger ces gens vers des centres thérapeutiques pour toxicomanes où ils sont généralement refusés ou incapables de fonctionner compte tenu de l'instabilité de leur état mental.

Nos résultats démontrent tout de même que les deux tiers (66%) de nos interventions ont eu comme finalité une orientation clinique ou aidante plutôt que judiciaire ; évaluation psychiatrique, centre hospitalier, continuer le suivi existant, référence spécifique, CLSC, ressource d'hébergement, etc...

En favorisant un suivi de nature aidante ou clinique, nous souhaitons favoriser l'intégration (ou la réintégration) du sujet vers ce type milieu plus approprié à ses besoins. Une fois en contact avec ce milieu, la probabilité qu'il puisse recevoir une aide spécifique et optimale devrait s'accroître.

Le nombre restreint d'accusés (11,5%) qui refusent toutes formes d'aide et pour lesquels nous n'avons aucun motif pour demander une évaluation psychiatrique, est constitué des personnes les plus réfractaires et pour lesquels notre service demeure sans autre solution que d'intervenir de façon récurrente, jusqu'à ce qu'ils démontrent plus d'ouverture ou que des faits nouveaux favorisent certaines avenues légales ou cliniques.

Le recours à une orientation pénale ne constitue pas nécessairement un échec clinique. Pour certains accusés, l'avenue pénale s'avère non seulement nécessaire pour assurer la sécurité d'autrui mais aussi pour dissuader la récidive et favoriser une responsabilisation et peut-être, ultérieurement, un certain changement.

Conclusion

À la Cour, l'UPS-J a une fonction d'interface entre le réseau judiciaire et le réseau de la santé et des services sociaux. Notre service d'urgence se positionne comme l'un des rares services cliniques à évoluer dans un contexte où le Droit criminel a préséance sur tout autre point de vue. Cette position implique certains enjeux qui teintent notre intervention en fonction des paramètres du Droit criminel, dont ceux-ci : Les besoins cliniques et les paramètres légaux ne sont pas toujours conciliables ; les considérations cliniques ne sont pas au premier plan pour décider des orientations légales; la Cour criminelle fonctionne sur une polarisation des partis impliqués (défense et poursuite) dans lequel l'intervenant doit tenter de demeurer neutre et objectif; Les orientations cliniques (évaluations et traitements) privilégiées doivent s'inscrire dans les paramètres légaux du Code Criminel du Canada.

Notre intervention se situe donc dans un contexte et un environnement bien particulier. Certains résultats, telles les orientations, peuvent difficilement être transposés dans un autre contexte.

Une étude portant sur une évaluation plus détaillée de ces accusés serait souhaitable pour mieux cerner leurs caractéristiques criminologiques, psychologiques et sociales au moment où nous les rencontrons.

La description des orientations privilégiées demeure statique et ne tient pas compte des interventions subséquentes par les services et ressources sollicités pour poursuivre le travail. Il est difficile d'évaluer de façon systématique l'impact à moyen et long terme de nos interventions puisque notre service ne fait pas de suivi au sens clinique du terme. Une étude longitudinale portant sur l'évolution légale et clinique d'un certain nombre de sujets suite à notre intervention apporterait certaines réponses sur l'impact de notre service.

RÉFÉRENCES

CLSC DES FAUBOURGS (1996). *Une alternative à l'exclusion, la judiciarisation et à l'incarcération. Les services d'urgence psychosociale*, Montréal : CLSC des Faubourgs.

CANADA (2002). Code criminel et lois connexes. Wilson et Lafleur limitée.

HOLLEY, H.L. & ARBOLEDA-FLOREZ, J. (1988). Criminalization of the mentally ill : Part. 1. Police perception. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33 : 81-86.

LABERGE, D., LANDREVILLE, P. & MORIN, D. (2000). Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale : le modèle de l'Urgence psychosociale – justice. *Criminologie*, 33 : 81-107.

LABERGE, D., MORIN, D. & ROBERT, M. (1996). *Criminalisation et maladie mentale présumée : les réponses du système judiciaire*, Montréal : Les cahiers du GRAPP.

LANDREVILLE, P., MORIN, D. & LABERGE, D. (2002). *La prise en charge de femmes à l'Urgence psychosociale – justice de Montréal : réflexion sur les politiques de tolérance zéro*. Article soumis pour publication.

LOVELL, A. M. (1996). Coercion and social control : A framework for research on aggressive community mental health, pp. 148-166. In *Coercion and aggressive community treatment. A new frontier in mental health law*. Sous la direction de D. L. Dennis et J. Monahan. New York : Plenum Press.

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*, no. 4, 1998, 129-139.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL –
CENTRE (1994) a. Groupe de travail clientèles santé mentale – justice dirigé par D. Martineau. *Scénario de développement du service d'urgence psychosociale*, Montréal : RRSSS.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL –
CENTRE (1994) a. Groupe de travail multisectoriel sous la coordination du secteur de santé mentale de la RRSSS M-C dirigé par D. Martineau. *Services d'urgence psychosociale. Clientèle santé mentale – justice. Concept de services*, Montréal : RRSSS.

WEBANCK, T. (2001). L'intervention clinique auprès des prévenus atteints de troubles de santé mentale. *Éthique publique; revue internationale d'éthique sociale et gouvernementale*, 3 : 110116