



LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Assemblée nationale  
Québec

**RAPPORT DU PROTECTEUR DU CITOYEN  
POUR DES SERVICES MIEUX ADAPTÉS  
AUX PERSONNES INCARCÉRÉES  
QUI ÉPROUVENT UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE**

**Rapport sous la direction de**

Marc-André Dowd, vice-protecteur Prévention et innovation

**Collecte de données**

François Ross, agent de recherche et développement socioéconomique, Direction des études et mandats d'initiative

**Analyse des plaintes**

Andrée Boutin, technicienne en administration, Direction des études et mandats d'initiative  
Lori-Lynn Guy, technicienne en administration, Direction des études et mandats d'initiative

**Collaborateurs**

L'équipe des services correctionnels, Direction administration publique - Montréal

**Édition**

Direction des communications

**Remerciements**

Centre International de Criminologie Comparée (CICC) de l'Université de Montréal  
Le Protecteur du citoyen remercie toutes les personnes qui, par leur participation aux groupes de discussion, ont contribué à sa réflexion.

Le présent document a été édité en quantité limitée. Il est disponible en version électronique à l'adresse : [www.protecteurducitoyen.qc.ca](http://www.protecteurducitoyen.qc.ca) section **Dossiers et documentation**, rubrique **Rapports spéciaux**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

**Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011  
Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-61787-7 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-61788-4 (version PDF)

© Protecteur du citoyen

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable du Protecteur du citoyen.

Québec, le 10 mai 2011

Monsieur Jacques Chagnon  
Président  
Assemblée nationale du Québec  
Hôtel du Parlement, 1<sup>er</sup> étage  
1045, rue des Parlementaires, bureau 1.30  
Québec (Québec) G1A 1A4

Monsieur le Président,

Je vous transmets, en vertu de l'article 27.3 de la *Loi sur le Protecteur du citoyen* (L.R.Q., c. P-32), le rapport spécial du Protecteur du citoyen intitulé *Pour des services mieux adaptés aux personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale*. Je vous demande respectueusement d'en faire le dépôt à l'Assemblée nationale lors de sa séance du mercredi 11 mai 2011.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma très haute considération.

La protectrice du citoyen,

  
Raymonde Saint-Germain

p. j.



# Table des matières

---

SOMMAIRE.....	1
<b>1 Introduction .....</b>	<b>9</b>
1.1 La mission du Protecteur du citoyen .....	9
1.2 Objectifs du présent mandat d’initiative.....	9
<b>2 Les sources d’information à la base de ce rapport.....</b>	<b>11</b>
2.1 La prise en compte des plaintes reçues.....	11
2.2 Le résultat des visites dans les centres de détention .....	11
2.3 Un portrait de la clientèle en centre de détention documenté par une étude scientifique et des groupes de discussion .....	12
2.4 Une analyse critique des données probantes publiées sur la déjudiciarisation, l’organisation des services de santé mentale et sur la réinsertion sociale .....	13
<b>3 Un bref portrait de la clientèle des centres de détention.....</b>	<b>15</b>
<b>4 Le continuum de services .....</b>	<b>19</b>
4.1 Avant l’incarcération : l’intervention policière et les initiatives de déjudiciarisation .....	19
4.1.1 L’intervention policière .....	19
4.1.2 La liaison et la coordination des équipes des services de police avec des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux .....	21
4.1.3 La formation des policiers en vue d’une intervention spécialisée .....	23
4.2 Les initiatives visant la déjudiciarisation.....	24
4.2.1 Les difficultés d’accès aux ressources appropriées dans les services sociaux.....	25
4.2.2 L’adaptation du processus judiciaire.....	27
4.3 Pendant l’incarcération : l’accès aux services sociosanitaires requis .....	33
4.3.1 Des procédures de dépistage non systématisées .....	33
4.3.2 Des transferts trop fréquents.....	34

4.3.3	Un problème récurrent d'accès aux médicaments, de gestion des médicaments et de soutien à l'observance du traitement pharmacologique .....	34
4.3.4	Des problèmes quant au respect de la confidentialité et au partage d'information.....	35
4.3.5	Une gestion de crise souvent limitée à l'application de mesures physiques administrées par du personnel non supporté.....	36
4.3.6	Des services fragmentés, qui ne tiennent pas compte des besoins d'ensemble de la personne .....	37
4.4	Vers des services mieux adaptés aux réalités des personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale pendant la détention.....	38
4.4.1	Clarifier les responsabilités des divers intervenants .....	39
4.4.2	Miser sur des collaborations efficaces .....	41
4.4.3	Prendre en compte les besoins de la population carcérale .....	42
4.4.4	Développer une vision clinique cohérente.....	45
4.4.5	Instaurer un dépistage systématique des problèmes de santé mentale.....	47
4.4.6	Permettre un partage efficace de l'information pertinente qui respecte les règles relatives à la confidentialité.....	49
4.4.7	Assurer une prise en charge adéquate et continue de la condition clinique durant l'incarcération .....	49
4.4.8	Assurer, sans délai, l'accès à la médication pertinente et favoriser l'observance.....	50
4.4.9	Gérer plus efficacement les transferts.....	51
4.4.10	Offrir un meilleur soutien au personnel dans les situations de crise.....	52
4.4.11	Offrir une formation adaptée aux agents des services correctionnels.....	52
4.4.12	Développer des moyens novateurs pour favoriser l'accès aux services.....	53
4.5	La réinsertion et le retour en société.....	55
4.5.1	Les lacunes constatées.....	55
4.5.2	Des personnes laissées à elles-mêmes à la sortie du centre de détention ...	55
4.6	Pour une vision intégrée de l'intervention en réinsertion sociale .....	56
4.6.1	Renforcer la concertation entre les ministères et les mesures de suivi.....	56
4.6.2	Développer les programmes de suivi intensifs dans la communauté.....	57

4.6.3	Assister les plus vulnérables afin d’assurer la satisfaction de leurs besoins de base .....	59
4.6.4	Évaluer les coûts et les bénéfices d’une telle approche .....	60
<b>5</b>	<b>Conclusion</b> .....	<b>63</b>
<b>6</b>	<b>Bibliographie</b> .....	<b>65</b>

---

	RECOMMANDATIONS VISANT À SOUTENIR L’INTERVENTION POLICIÈRE AUPRÈS DES PERSONNES ÉPROUVANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE.....	22
	RECOMMANDATIONS VISANT À ENRICHIR LA FORMATION DES POLICIERS.....	23
	RECOMMANDATIONS FAVORISANT L’ACCÈS AUX RESSOURCES APPROPRIÉES EN MATIÈRE DE SERVICES SOCIAUX .....	26
	RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES INITIATIVES DE DÉJUDICIARISATION .....	30
	RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA SENSIBILISATION DES INTERVENANTS JUDICIAIRES .....	32
	RECOMMANDATIONS VISANT L’ORGANISATION DES SERVICES ET LA RESPONSABILITÉ DE LEUR DISPENSATION.....	44
	RECOMMANDATIONS VISANT À ASSURER UNE PRISE EN CHARGE ADÉQUATE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE PENDANT LA DÉTENTION .....	53
	RECOMMANDATIONS VISANT LA RÉINSERTION SOCIALE.....	60
	RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES COÛTS ET LES BÉNÉFICES .....	61
	RECOMMANDATIONS VISANT LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS DU PROTECTEUR DU CITOYEN .....	62

---

	<b>Annexe : Liste des recommandations</b> .....	<b>77</b>
--	---	-----------



# SOMMAIRE

Le Protecteur du citoyen est l'ombudsman correctionnel du Québec. Il est en communication régulière avec les autorités et le personnel des centres de détention sous compétence québécoise, aux fins d'obtenir le règlement de problématiques variées dont il prend connaissance, soit par ses échanges directs avec les personnes incarcérées ou leurs représentants, soit avec les divers intervenants du réseau correctionnel, soit lors de ses visites des différents centres.

Pour le présent rapport, le Protecteur du citoyen a examiné la situation particulière des personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale. Il constate leurs besoins de soins et de services adaptés à leur condition, en vue de favoriser une réinsertion sociale réussie au terme de la sentence d'incarcération. L'intérêt individuel des personnes détenues, celui de leurs proches et l'intérêt collectif sont ici en cause.

De l'intervention policière à la période d'incarcération, puis à la réinsertion sociale, ce rapport fait état des constats et des pistes de solutions que le Protecteur du citoyen recommande aux différents ministères concernés afin de mettre en œuvre des interventions efficaces qui favorisent l'intégration sociale réussie, ce qui a un effet positif démontré sur la diminution de la récidive.

## UN BREF PORTRAIT DES PERSONNES INCARCÉRÉES ÉPROUVANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

- En comparaison avec la population générale, il y a, en milieu carcéral, davantage de personnes ayant éprouvé un problème de santé mentale et la prévalence des troubles graves et persistants y est nettement plus élevée que dans le reste de la population.
- Quant au profil de criminalité, les données ne permettent pas d'établir de différences significatives entre les grandes catégories d'infractions commises par des personnes incarcérées dont on a dépisté ou diagnostiqué un problème de santé mentale et les autres personnes incarcérées.
- Par ailleurs, les données révèlent **davantage de probations multiples** et d'**incarcérations antérieures** chez les personnes éprouvant des problèmes de santé mentale. Ainsi, 28,6 % des personnes éprouvant un problème de santé mentale avaient à leur dossier des mesures de probation multiples (9,9 % dans la population carcérale en général) et 81 % de ces personnes avaient connu des mesures de détention antérieures (58,2 % de la population carcérale en général). Il convient de mentionner que les études ont démontré que ce n'est pas la présence d'un problème de santé mentale qui est associée à la criminalité, mais d'autres facteurs tels l'âge, le sexe, le statut socioéconomique, la scolarité, le lieu de résidence<sup>4-6</sup>.

## LES CONSTATS CONCERNANT L'INTERVENTION POLICIÈRE

Les policiers doivent intervenir régulièrement en première ligne auprès de personnes éprouvant des problèmes de santé mentale. Divers organismes communautaires spécialisés et des centres de crise du réseau de la santé et des services sociaux peuvent soutenir le travail des policiers lors de crises psychosociales ou psychiatriques. Or, **l'utilisation de ces ressources varie grandement** d'une région à l'autre et d'un policier à l'autre. Également, des **besoins de formation des policiers, initiale et continue**, ont été identifiés. Ces besoins visent l'intervention auprès des personnes éprouvant un problème de santé mentale et auprès de celles avec de multiples problématiques, dont la toxicomanie et l'itinérance.

## LES PISTES DE SOLUTION CONCERNANT L'INTERVENTION POLICIÈRE

- Il faut **déterminer les besoins de chaque région** en matière d'assistance aux policiers pour la gestion des crises psychosociales ou psychiatriques et **développer les services manquants**, selon un ordre de priorité, de manière à rendre disponibles les services appropriés d'assistance aux policiers, dans toutes les régions.
- En ce qui concerne la formation des policiers, le programme de techniques policières que dispensent les institutions collégiales doit compter **un nombre d'heures suffisant de formation** portant sur l'intervention auprès de personnes éprouvant des problèmes de santé mentale.
- Pour la formation initiale et continue des policiers, que dispense notamment l'École nationale de police, on doit évaluer les besoins de formation concernant les diverses problématiques (santé mentale, itinérance, toxicomanie) en vue de **produire et mettre en œuvre un plan intégré de formation** visant à enrichir l'expertise des policiers pour intervenir plus efficacement auprès de ces personnes.

## LES CONSTATS CONCERNANT LES INITIATIVES VISANT LA DÉJUDICIARISATION

Pour plusieurs personnes aux prises avec un problème de santé mentale et ayant commis un délit mineur, la **référence aux services sociaux** s'avérerait la solution la plus appropriée à la fois en réponse à leurs besoins et dans le respect des impératifs de sécurité publique. Or, **les ressources actuelles ne suffisent pas**, notamment les refuges d'urgence pour les personnes en crise ou qui présentent des problèmes multiples.

En ce qui concerne le processus judiciaire, il existe divers moyens pour soutenir la personne qui éprouve un problème de santé mentale. D'une part, un projet pilote de programme spécialisé en santé mentale se déroule à la cour municipale de Montréal. D'autre part,

certaines mesures visent l'adaptation des tribunaux réguliers pour tenir compte des caractéristiques des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale, avec le soutien d'une équipe psychosociale. À ce sujet, la qualité des **programmes de suivi dans la communauté** est garante de l'efficacité. Or, ces programmes répondant aux critères de qualité ne couvrent pas l'ensemble des besoins dans toutes les régions.

#### LES PISTES DE SOLUTION CONCERNANT LES INITIATIVES DE DÉJUDICIARISATION

- Il faut bien **évaluer les besoins** en matière de services sociaux et assurer aux clientèles visées un **accès équitable et suffisant** aux places dans les refuges, dans les ressources certifiées en toxicomanie ou encore dans les appartements supervisés. Pour chaque région, il faut estimer le nombre de places requises dans ce type de ressources et **établir un échéancier réaliste pour le développement** des places manquantes.
- Le Protecteur du citoyen recommande la prudence dans le développement de tribunaux spécialisés en santé mentale. L'efficacité de ces modèles n'est pas établie et les risques de stigmatisation des justiciables concernés sont réels. Il y a lieu de **privilégier l'adaptation des tribunaux réguliers** pour tenir compte des besoins particuliers des personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale.
- À cette fin, l'inventaire des **programmes de suivi dans la communauté** qui rencontrent les conditions de succès et un plan d'implantation pour les régions moins bien desservies sont requis.
- Également, il faut **faire connaître aux intervenants judiciaires ces programmes**, ainsi que les conditions d'accès et la clientèle visée, afin d'accroître le recours à cette forme de mesure alternative à l'incarcération. Différentes initiatives d'information et de formation doivent donc être développées pour rejoindre notamment les avocats et les juges.

#### LES CONSTATS CONCERNANT LA PÉRIODE D'INCARCÉRATION

Différentes lacunes ont été constatées pendant la période d'incarcération de personnes éprouvant des problèmes de santé mentale.

- À l'admission, il n'y a **pas de dépistage systématique** des problèmes de santé mentale (sauf pour l'évaluation du risque suicidaire). N'étant pas dépistées, ces personnes ont peu de chances de recevoir les services requis.
- Le **grand nombre de transferts entre établissements** et les lacunes dans l'échange d'information qui peuvent en découler sont susceptibles d'affecter de façon particulière les personnes éprouvant un problème de santé mentale.

- À titre d'exemple, des **difficultés d'accès aux médicaments prescrits** peuvent survenir lors d'un transfert d'établissement. Cette interruption peut créer chez certains une déstabilisation de leur état et même entraîner un sevrage avec des effets indésirables.
- Le **respect de la confidentialité** est un enjeu complexe dans le partage de l'information de nature médicale entre l'équipe soignante et l'équipe correctionnelle. Des situations conflictuelles surviennent à ce sujet et on observe des **différences importantes de pratiques** d'un centre de détention à l'autre. Les règles sont floues.
- De plus, les **représentants légaux**, incluant le **Curateur public**, ne sont **pas toujours avisés en temps opportun** de situations qui requièrent leur intervention.
- **Le personnel correctionnel est peu supporté dans l'intervention auprès des personnes lors des situations de crise.** Le recours à l'isolement et à la contention peut s'avérer la seule alternative dans ces situations. Le personnel correctionnel ne dispose pas toujours d'un accès à du personnel soignant pour l'assister et le conseiller.
- Les personnes incarcérées ont généralement accès aux services médicaux et infirmiers de base ainsi qu'à la pharmacothérapie. Toutefois, **l'accès à certains services, notamment en matière de réadaptation et de suivi psychosocial, est déficient. L'accès à la consultation médicale en psychiatrie est aussi problématique.** On retrouve donc une offre de services fragmentée, qui ne répond pas aux besoins d'ensemble de la personne.

*L'effet combiné de ces facteurs empêche les personnes incarcérées qui éprouvent des problèmes de santé mentale de bénéficier des services sociosanitaires que requiert leur condition. Cette situation complique leur prise en charge adéquate par le système carcéral et l'atteinte des objectifs correctionnels. Elle nuit par ailleurs aux efforts de réinsertion sociale à la suite de l'incarcération.*

## LES PISTES DE SOLUTION CONCERNANT LA PÉRIODE D'INCARCÉRATION

### Un partage clair des responsabilités et des collaborations efficaces

Le ministère de la Sécurité publique est responsable de la dispensation de tous les services dans les centres de détention. Depuis plusieurs années, un protocole d'entente existe entre ce ministère et celui de la Santé et des Services sociaux concernant le partage de responsabilités à l'égard des services sociosanitaires en milieu carcéral. Cependant, l'arrimage des différents partenaires impliqués dans l'offre de services est loin d'être pleinement réalisé.

*Le ministère de la Santé et des Services sociaux et son réseau possèdent les leviers pour assurer la dispensation des services préventifs, curatifs et d'intégration sociale à la sortie du centre de détention. Dans cette optique, le Protecteur du citoyen recommande qu'à compter du 1<sup>er</sup> avril 2012, ce ministère assume la responsabilité de la dispensation des services sociosanitaires aux personnes éprouvant des problèmes de santé mentale en milieu carcéral.*

Ce **transfert de responsabilités** doit distinguer clairement les rôles et responsabilités et préciser le niveau de ressources que doivent fournir respectivement le réseau de la santé et des services sociaux et celui des services correctionnels. Cela implique également que **le ministère de la Santé et des Services sociaux et les Agences de la santé et des services sociaux précisent leur offre de services à l'intention de la population carcérale**, en tenant compte des besoins de cette clientèle, et qu'ils intègrent cette offre à leurs orientations et à leurs plans d'action.

### **Développer une vision clinique cohérente**

En matière de santé et de services sociaux, **les besoins des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale sont complexes et variables**. Tous ne nécessitent pas le même niveau d'intensité ou de durée de soins et de services. Il est nécessaire d'agir selon une vision clinique cohérente pour supporter une prestation adéquate et efficiente des services de santé et sociaux durant la période de détention. Pour assurer cette cohérence, le réseau de la santé et des services sociaux s'est doté d'outils permettant d'élaborer un projet clinique visant à répondre adéquatement aux besoins de l'ensemble de la population d'un territoire. Il est possible d'inclure les besoins de la population carcérale dans l'élaboration du projet clinique et de lui **assurer l'accès, en temps opportun, aux services requis**. On devrait viser les huit objectifs suivants :

1. instaurer un **dépistage systématique des problèmes de santé mentale**, dès l'admission en centre de détention;
2. permettre un **partage efficace de l'information pertinente** entre les intervenants des services de santé et les intervenants correctionnels, partage qui respecte les règles relatives à la confidentialité;
3. assurer une **prise en charge adéquate et continue** durant l'incarcération;
4. assurer, sans délai, **l'accès à la médication requise et aux soins pharmaceutiques** favorisant l'observance du traitement pharmacologique;
5. **gérer plus efficacement les transferts**, en considérant les besoins particuliers des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale;
6. offrir un meilleur **soutien au personnel dans les situations de crise**;

7. offrir une **formation adaptée** aux agents des services correctionnels concernant l'intervention auprès de personnes éprouvant des problèmes de santé mentale;
8. développer des **moyens novateurs pour favoriser l'accès aux services**, comme le recours à la télépsychiatrie.

*Un élément fondamental consiste à s'assurer que les objectifs que poursuivent les équipes soignantes et le personnel correctionnel fassent l'objet d'un meilleur arrimage, notamment par la réalisation en équipes multidisciplinaires de plans intégrés d'intervention visant à la fois l'atteinte des objectifs sociosanitaires et correctionnels.*

## LES CONSTATS CONCERNANT LA RÉINSERTION SOCIALE

De façon générale, le Protecteur du citoyen constate une **préparation inadéquate au retour en société**, en particulier pour les personnes prévenues<sup>1</sup>. On observe également que les personnes sont souvent **laissées à elles-mêmes** lors du retour dans la communauté, sans liens établis avec des ressources susceptibles de leur venir en aide. Pour les personnes éprouvant un problème de santé mentale, **les gains obtenus advenant l'accès aux services en santé mentale pendant la détention peuvent s'estomper rapidement lorsque la personne doit reprendre elle-même de zéro toutes les démarches pour l'accès à un suivi dans la communauté.**

Dans ses rapports annuels depuis 2006-2007, le Protecteur du citoyen a soumis au gouvernement certaines préoccupations et a recommandé, pour l'ensemble des personnes détenues, **un plan d'action en réinsertion sociale**. Le ministère de la Sécurité publique a rendu public ce plan, en décembre 2010, lequel aborde toutes les dimensions pertinentes et est porteur de résultats probants, pourvu que des actions cohérentes viennent soutenir la réalisation des mesures annoncées.

## LES PISTES DE SOLUTION CONCERNANT LA RÉINSERTION SOCIALE

Au cours des dernières années, plusieurs initiatives interministérielles, en plus du récent plan d'action en réinsertion sociale, ont été annoncées. De nombreuses mesures sont susceptibles de viser la réinsertion sociale des personnes incarcérées éprouvant des problèmes de santé mentale. Cette situation exige cependant de **renforcer la concertation entre les divers ministères** et d'**assurer un suivi rigoureux**, incluant des cibles permettant de

---

<sup>1</sup> **Prévenu** : « Personne incarcérée dans un centre de détention du Québec soit pour attendre l'issue de la poursuite judiciaire intentée contre elle [...], soit en attente d'un transfert vers un pénitencier ou pour toute autre raison qui fait qu'une personne ne peut être considérée comme une personne condamnée ».

mesurer l'effet des mesures sur l'amélioration de l'état de santé des personnes et sur la réduction de la récidive.

Il faut assurer des services continus et personnalisés, dans un environnement relativement stable et dans un contexte où les besoins vitaux sont assurés. L'objectif est que la personne qui éprouve un problème de santé mentale puisse bénéficier d'un plan intégré, coordonné par un intervenant au fait de ses besoins et qui fait appel au niveau d'intensité de services et de ressources requis pour l'atteinte des objectifs de manière efficiente.

Il faut développer les **programmes de suivis intensifs dans la communauté** qui sont efficaces et les rendre disponibles **partout au Québec**. Il faut également **assurer une continuité dans l'intervention entre le centre de détention et la communauté**: un intervenant doit agir auprès de la personne qui y consent sans rupture de services à sa sortie du centre de détention, jusqu'à ce qu'un autre intervenant vienne prendre la relève.

## CONCLUSION

Il importe d'examiner sérieusement, en appliquant les principes de l'évaluation économique, les coûts et les bénéfices de l'approche proposée. En outre, il faut considérer **l'effet très positif d'une réinsertion sociale réussie sur la réduction de la récidive**, cette dernière engendrant en soi des coûts financiers, humains et sociaux considérables.

Le Protecteur du citoyen est convaincu qu'il est primordial, dans l'intérêt individuel des personnes visées et dans l'intérêt collectif, d'assurer l'accès adéquat aux services requis par leur condition. Agir ainsi, en plus de favoriser le mieux-être de ces citoyens, contribuerait à renforcer durablement le sentiment de sécurité de leurs proches ainsi que de l'ensemble de la population.



# 1 Introduction

---

## **1.1 La mission du Protecteur du citoyen**

Le Protecteur du citoyen veille au respect des droits des personnes en intervenant auprès des ministères et des organismes du gouvernement du Québec ainsi qu'auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour recommander des correctifs à des situations qui causent un préjudice. Désigné par les membres de l'Assemblée nationale et faisant rapport à celle-ci, le Protecteur du citoyen agit en toute indépendance et impartialité, que ses interventions résultent du traitement d'une ou de plusieurs plaintes ou de sa propre initiative.

Le Protecteur du citoyen est l'ombudsman correctionnel du Québec. Ce mandat de surveillance de l'activité des services correctionnels, et plus particulièrement des établissements de détention, exige le traitement rigoureux et diligent des plaintes déposées par les personnes incarcérées ou leurs proches. Il nécessite aussi des visites régulières des lieux de détention, des interventions tant préventives que correctrices et une veille active de ce secteur.

Dès 2006-2007, dans son rapport annuel, le Protecteur du citoyen témoignait de ses préoccupations concernant la prise en charge des personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale. En 2008-2009, il notait des lacunes dans l'accès aux services de santé en général, dans les centres de détention.

*Dès 2006-2007, dans son rapport annuel, le Protecteur du citoyen témoignait de ses préoccupations concernant la prise en charge des personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale.*

Sur la base de son expérience, le Protecteur du citoyen constate que la criminalisation des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale, et par conséquent leur incarcération en centre de détention, est un phénomène réel et répandu. Ses constats lui permettent également d'affirmer que la prise en charge de leur condition clinique en milieu carcéral pose de nombreux défis, d'où la décision de mener le présent mandat d'initiative, en sus de ses interventions régulières pour régler des situations individuelles.

## **1.2 Objectifs du présent mandat d'initiative**

Le Protecteur du citoyen entreprend ce mandat d'initiative en poursuivant les objectifs suivants :

- connaître l'envergure de la problématique de l'incarcération de personnes éprouvant des problèmes de santé mentale en dressant un portrait de la situation dans les centres de détention sous administration québécoise;

- vérifier si les conditions en milieu de détention permettent l'accès aux services de santé et aux services sociaux que requièrent ces personnes en raison de leur état de santé mentale;
- identifier et recommander des solutions permettant de concilier l'intérêt individuel en matière de santé et l'intérêt collectif en matière de réhabilitation et de sécurité publique.

*La prise en compte de l'objectif d'une sanction juste en fonction de l'acte criminel commis est compatible avec celle d'un rétablissement durable de la personne afin d'obtenir les meilleures garanties d'une absence de menace à la sécurité publique à la fin de la peine imposée.*

À l'égard de ce dernier objectif, le Protecteur du citoyen est d'avis que **l'incarcération et le besoin de soins ne doivent pas être opposés. Au contraire, la prise en compte de l'objectif d'une sanction juste en fonction de l'acte criminel commis est compatible avec celle d'un rétablissement durable de la personne afin d'obtenir les meilleures garanties d'une absence de menace à la sécurité publique à la fin de la peine imposée.** C'est dans cette optique qu'il a procédé à l'analyse de la problématique, tout en s'assurant, en sa qualité d'ombudsman correctionnel, du respect des droits des personnes incarcérées éprouvant un problème de santé mentale.

## 2 Les sources d'information à la base de ce rapport<sup>ii</sup>

---

### **2.1 La prise en compte des plaintes reçues**

Le Protecteur du citoyen a mis à profit son expérience en intégrant les éléments pertinents de ses propres enquêtes en milieu carcéral et il a procédé à une analyse approfondie des plaintes reçues.

On note ainsi que, au cours des trois dernières années, parmi les motifs de plaintes reçues provenant de personnes incarcérées éprouvant un problème de santé mentale<sup>iii</sup> :

- un pourcentage de 70,5 % des motifs de plaintes concerne l'accès à la médication;
- un pourcentage de 27,5 % des motifs de plaintes concerne les transferts de centres de détention et leurs conséquences négatives;
- un pourcentage de 6 % des motifs de plaintes concerne l'accès aux soins (personnel soignant ou besoin d'hospitalisation);
- un pourcentage de 2,5 % des motifs de plaintes concerne le recours à l'isolement pour un problème de santé mentale<sup>iv</sup>.

### **2.2 Le résultat des visites dans les centres de détention**

Le Protecteur du citoyen effectue des visites régulières dans les centres de détention. À l'aide d'indicateurs, il recueille des données sur les infrastructures, les conditions de détention et les services de base dans tous les secteurs, incluant l'infirmerie et les cellules d'isolement. Il reçoit également les témoignages de détenus, d'agents de services correctionnels et d'autres intervenants. Les indicateurs en matière de soins de santé concernent notamment la gestion de l'information médicale, le suivi médical à l'admission, le respect de la confidentialité, la coordination entre le service de santé et le service de transport interétablissements.

---

<sup>ii</sup> Dans le présent texte, les notes explicatives sont indiquées en chiffres romains en bas de page. Les références bibliographiques sont indiquées en chiffres arabes et renvoient à la bibliographie présentée à la fin du rapport.

<sup>iii</sup> Le total peut excéder 100 %, car une même plainte peut comprendre des éléments relatifs à divers motifs d'insatisfaction.

<sup>iv</sup> Il importe de préciser les motifs du recours à l'isolement, car en centre de détention, il peut être aussi la conséquence d'une mesure visant à sanctionner un geste prohibé.

### ***2.3 Un portrait de la clientèle en centre de détention documenté par une étude scientifique et des groupes de discussion***

En plus de son expertise propre, le Protecteur du citoyen s'est adressé au Centre International de Criminologie Comparée (CICC) de l'Université de Montréal pour la réalisation d'un projet de recherche visant à répondre notamment aux questions suivantes :

- Quelle est la prévalence des problèmes de santé mentale dans les centres de détention?
- Quel est le profil de criminalité des personnes visées?
- De quelles ressources disposent les centres de détention pour leur prise en charge?
- Quelle expertise est disponible et quelles sont les approches cliniques et de réinsertion sociale d'un milieu dont la mission première diffère de celle d'un établissement de santé et de services sociaux?

En 2006-2007, un échantillon de 671 dossiers de personnes enregistrées dans le système DACOR (Dossier Administratif Correctionnel) du ministère de la Sécurité publique a été sélectionné, puis fusionné avec les dossiers concordants de la Régie de l'assurance maladie du Québec. L'étude a permis de réaliser un portrait des catégories de problèmes de santé mentale qu'éprouvent les personnes en centre de détention de même que des types de délits qu'elles ont commis.

Le CICC a réalisé un inventaire des services de santé offerts dans les centres de détention avec la collaboration des services correctionnels du Québec. Cette étude comprenait une cueillette de données réalisée à l'aide d'entrevues avec des intervenants. Ceux-ci provenaient du milieu carcéral (surtout des agents correctionnels, des cadres, des infirmiers) ou de l'extérieur (principalement des professionnels de la santé et des services sociaux). Ils ont fait part de leurs perceptions de la problématique et des moyens d'action dont ils disposent. Auparavant, malgré l'existence de certains travaux québécois, nous ne disposions pas au Québec d'une telle étude descriptive des conditions carcérales de ces personnes. Plusieurs éléments de l'étude ont permis de compléter les constats et observations du Protecteur du citoyen présentés dans ce rapport. En outre, la section suivante, qui dresse un portrait de la population carcérale éprouvant un problème de santé mentale, se fonde sur cette étude.

Par ailleurs, le Protecteur du citoyen a aussi tenu des groupes de discussion avec des acteurs reconnus pour leur expertise et leur connaissance du terrain. Ces acteurs provenaient des secteurs de la justice, des services correctionnels, de la santé et des services sociaux, de même que des organismes ou associations communautaires. Ces participants ont été appelés à faire état des pistes de solution qui leur paraissaient prioritaires, efficaces et réalistes.

## ***2.4 Une analyse critique des données probantes publiées sur la déjudiciarisation, l'organisation des services de santé mentale et sur la réinsertion sociale***

Le Protecteur du citoyen a procédé à l'analyse critique de la littérature scientifique pertinente<sup>V</sup> pour toutes les questions liées :

- aux alternatives à l'incarcération par des initiatives de déjudiciarisation;
- à l'organisation des services de santé mentale en milieu carcéral;
- aux programmes de réinsertion sociale.

Cette analyse critique a été structurée pour apprécier les forces et faiblesses des interventions à chacune des étapes suivantes :

- avant l'incarcération : l'intervention policière et les initiatives de déjudiciarisation;
- pendant la période d'incarcération : l'accès aux soins et services requis;
- après l'incarcération : le retour en société et la réinsertion sociale, afin d'éviter la récidive.

---

<sup>V</sup> Dans la littérature scientifique, la problématique est abordée selon deux perspectives : l'une de sécurité publique et l'autre de nature thérapeutique. Ainsi, dans un premier temps, la littérature scientifique issue du domaine de la justice et de la sécurité publique a été considérée puis, dans un deuxième temps, celle du domaine de la santé et des services sociaux.



### 3 Un bref portrait de la clientèle des centres de détention

---

Le Québec compte dix-neuf centres de détention sous administration québécoise. Au moment de l'étude, en 2006-2007, 4 192 personnes s'y trouvaient incarcérées en moyenne chaque jour, dont 96,6 % d'hommes. Parmi les personnes incarcérées, 47 % étaient prévenues et 53 % détenues<sup>VI</sup>. En 2009-2010, le ministère de la Sécurité publique rapporte maintenant une capacité de 4 814 places réelles et de 4 681 places disponibles en établissement de détention, dont 48 % pour des prévenus et 52 % pour des détenus. À cela, s'ajoutent 46 places nouvellement ouvertes à Percé pour les crimes sexuels.

#### Quelle est la prévalence des problèmes de santé mentale dans les centres de détention?

À partir des codes diagnostics<sup>1</sup> obtenus de la base de données de la Régie de l'assurance maladie, l'étude a révélé que 61 % des personnes incarcérées dans les centres de détention du Québec avaient à leur dossier, au cours des cinq années précédentes, au moins un diagnostic évoquant un problème de santé mentale et/ou une consommation problématique d'alcool ou de drogues. Il faut souligner que la proportion de personnes éprouvant des problèmes de santé mentale pendant leur incarcération est un peu moindre puisque certains problèmes sont transitoires et leur durée limitée dans le temps.

Pour donner un aperçu des problèmes chroniques, on peut considérer le nombre de personnes ayant bénéficié, dans les cinq années précédant l'étude, d'actes médicaux répétés pour des problèmes de santé mentale. Les résultats ont montré que 25 % des personnes incarcérées ont fait l'objet de tels actes médicaux répétés.

Au total, 1 545 diagnostics ont été posés<sup>VII</sup> auprès des personnes incarcérées pour une moyenne de 2,3 diagnostics par personne. Ces diagnostics peuvent être regroupés en quatre grandes catégories :

---

<sup>VI</sup> **Prévenu** : « Personne incarcérée dans un centre de détention du Québec soit pour attendre l'issue de la poursuite judiciaire intentée contre elle [...], soit en attente d'un transfert vers un pénitencier ou pour toute autre raison qui fait qu'une personne ne peut être considérée comme une personne condamnée ». **Détenu** : « Personne condamnée à une peine de moins de deux ans de détention ou à plusieurs peines d'emprisonnement dont la durée totale est inférieure à deux ans au moment de leur imposition ». (<http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/index.php?id=450>)

Pour éviter toute confusion, le terme « personne incarcérée » est utilisé dans le présent rapport pour tous les aspects communs aux prévenus et aux personnes condamnées, alors que le terme « contrevenant » sera utilisé pour les aspects visant toutes les personnes qui transgressent une loi, qu'elles soient ou non incarcérées.

<sup>VII</sup> Il convient de signaler qu'une personne peut se voir attribuer plus d'un diagnostic, par exemple, un trouble névrotique avec un problème concomitant (comorbidité) de pharmacodépendance.

- les problèmes moins graves qui incluent, entre autres, les troubles de personnalité, les troubles d'adaptation et les états anxieux, qui dominent dans cette catégorie;
- les troubles mentaux graves et persistants qui incluent, entre autres, la schizophrénie, la maladie bipolaire, les états délirants et les états dépressifs, qui dominent dans cette catégorie;
- les dépendances qui incluent, entre autres, les abus d'alcool et/ou de drogues, les psychoses alcooliques et les intoxications;
- les autres diagnostics qui réfèrent à des maladies psychosomatiques ou à des problèmes d'origine neurologique.

Pour illustrer le portrait des problèmes de santé mentale, un diagnostic principal reflétant celui le plus fréquemment attribué a été calculé. Une comparaison des actes médicaux posés avant et depuis l'incarcération a aussi été réalisée. La part relative des diagnostics et la répartition des actes posés sont rapportées dans le tableau suivant.

<b>Catégorie diagnostique</b>	<b>Diagnostic principal (%)</b>	<b>Actes médicaux avant l'incarcération (%)</b>	<b>Actes médicaux depuis l'incarcération (%)</b>
Troubles mentaux moins graves	48,2 %	48,3 %	43,7 %
Troubles mentaux graves et persistants	17,4 %	22,5 %	29,2 %
Dépendances	32,5 %	27,2 %	22,0 %
Autres diagnostics	1,9 %	2,0 %	5,1 %
<b>Total</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>

*Il y a, en milieu carcéral, davantage de personnes ayant éprouvé un problème de santé mentale et la prévalence des troubles graves et persistants y est nettement plus élevée que dans le reste de la population.*

En comparaison, 20 % de la population dans son ensemble développera un problème de santé mentale au cours de sa vie. Les troubles graves et persistants affectent quant à eux de 1 % à 3 % de la population. Il y a donc, en milieu carcéral, davantage de personnes ayant éprouvé un problème de santé mentale et la prévalence des troubles graves et persistants y est nettement plus élevée que dans le reste de la population<sup>2</sup>.

### **Profil de criminalité**

Lors de la réalisation de l'étude du Centre International de Criminologie Comparée, des données ont été recueillies sur le profil de criminalité<sup>VIII</sup>. Cependant, l'étude fournit

<sup>VIII</sup> Il existe des catégories d'infractions ainsi que divers degrés de gravité qui leur sont rattachés. De manière générale, ce sont les infractions contre la personne qui sont considérées les plus graves. Selon la classification qu'utilise le ministère de la Sécurité publique<sup>3</sup> pour établir ses statistiques, les infractions contre la personne

uniquement les données sur le délit actuel le plus grave et sur la catégorie de ce délit. La distribution des crimes selon ces résultats peut être présentée avec une certaine assurance en ce qui concerne les personnes condamnées parce qu'il y a moins de données manquantes pour les détenus que pour les prévenus.

Ainsi, en regroupant les données selon les grandes catégories utilisées par le ministère de la Sécurité publique, on apprend que les accusations portées contre les personnes incarcérées éprouvant un problème de santé mentale se répartissent de la manière suivante :

- 29 % pour des infractions contre la personne;
- 20,7 % pour des infractions contre la propriété;
- 9,7 % pour des infractions en matière de stupéfiants;
- 10,6 % pour d'autres infractions;
- 30 % de données manquantes en raison de dossiers incomplets.

***Ces données révèlent davantage de probations multiples et d'incarcérations antérieures chez les personnes éprouvant des problèmes de santé mentale.***

Malgré les limites concernant leur exhaustivité, ces données révèlent davantage de probations multiples et d'incarcérations antérieures chez les personnes éprouvant des problèmes de santé mentale. Ainsi, 28,6 % des personnes éprouvant un problème de santé mentale avaient à leur dossier des mesures de probation multiples (trois ou plus) et 81 % de ces personnes avaient connu des mesures de détention antérieures<sup>IX</sup>. Ces taux sont de 9,9 % et de 58,2 %, respectivement, pour les autres personnes incarcérées. Cet écart souligne l'importance de mettre en œuvre de meilleurs modèles de prise en charge afin de réduire le fort taux de récidive chez les personnes incarcérées éprouvant un problème de santé mentale.

Il convient de mentionner que les études ont démontré que ce n'est pas la présence d'un problème de santé mentale qui est associée à la criminalité, mais d'autres facteurs tels l'âge, le sexe, le statut socioéconomique, la scolarité, le lieu de résidence<sup>4-6</sup>.

---

inscrites au dossier des personnes échantillonnées dans l'étude sont, par ordre décroissant de fréquence : voie de fait (14,5 %), vol qualifié (7 %), agression sexuelle ou contacts sexuels ou incitation ou corruption d'enfants (2,7 %), complot, complicité ou tentative, séquestration et surtout profération de menaces (2,2 %), homicide ou homicide involontaire ou tentative de meurtre (0,4 %), autres (2,2 %). Pour la catégorie des infractions contre la propriété, elles sont, par ordre décroissant : introduction par effraction (7,9 %), vol simple, recel ou méfait ou extorsion ou possession d'outils de cambriolage (9,3 %), autres (3,5 %). Les autres catégories d'infractions sont, par ordre décroissant : possession de stupéfiants ou trafic ou production (9,7 %), infractions liées à la conduite automobile (4 % : conduite avec facultés affaiblies, conduite dangereuse, infractions municipales), à un manquement à une ordonnance de probation ou de sursis ou omission de se conformer à un engagement (3,5 %), à la falsification de documents ou de papier-monnaie, à la supposition de la personne, fraude, corruption et escroquerie, possession d'une arme à feu avec munitions (2,2 %), infractions liées aux policiers, entrave à la justice, autres infractions aux lois québécoises ou règlements municipaux (0,9 %).

<sup>IX</sup> Le total excède 100 % puisqu'une personne peut à la fois combiner la présence de mesures de probation multiples et de détention antérieure.



## 4 Le continuum de services

---

### 4.1 *Avant l'incarcération : l'intervention policière et les initiatives de déjudiciarisation*

Deux dimensions ont retenu l'attention du Protecteur du citoyen en colligeant l'ensemble de l'information pertinente qui concerne la période précédant l'incarcération :

- l'intervention policière auprès des personnes éprouvant un problème de santé mentale;
- les initiatives de déjudiciarisation applicables dans de tels cas.

#### 4.1.1 *L'intervention policière*

Les policiers doivent intervenir régulièrement en première ligne auprès de personnes éprouvant des problèmes de santé mentale<sup>4-12</sup>. Lors d'une situation de crise<sup>X</sup> ou lorsque le comportement d'une personne dévie de façon marquée des normes sociales attendues et dérange l'ordre public, les policiers sont généralement les premiers appelés. Ils peuvent alors agir en vertu de lois de nature pénale, comme le *Code criminel*, ou encore en se fondant sur une loi d'exception, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*<sup>13</sup> (Loi P-38.001). Cette loi prévoit les conditions selon lesquelles un policier peut conduire contre son gré une personne dans un milieu de soins à la demande d'un intervenant d'un service de crise ou, à défaut, par la décision du policier lui-même. Dans la pratique, c'est souvent à l'urgence d'un centre hospitalier que la personne est alors conduite.

***Les policiers doivent intervenir régulièrement en première ligne auprès de personnes éprouvant des problèmes de santé mentale.***

La plupart des situations pour lesquelles les policiers interviennent auprès d'une personne éprouvant des problèmes de santé mentale sont les suivantes :

- une personne menace de se suicider;
- une personne s'automutile ou met son intégrité physique en danger et doit être protégée contre elle-même;
- les proches d'une personne en crise demandent de l'aide ou l'intervention des policiers et peuvent craindre pour leur sécurité;

---

<sup>X</sup> En psychiatrie, on utilise le terme « désorganisation » qui réfère à une réaction psychologique à un « traumatisme » qui fait se déclencher des troubles psychologiques plus ou moins durables et plus ou moins graves en fonction de la situation et des personnes. Le terme « décompensation » est aussi utilisé pour désigner une crise.

- un policier découvre une personne isolée et dans l'incapacité de recourir elle-même aux services dont elle a besoin;
- un tiers signale aux policiers le comportement inquiétant d'une personne;
- la victime d'une infraction alléguée semble éprouver des problèmes de santé mentale;
- une personne présentant un comportement anormal a commis un délit;
- une personne en crise provoque les forces policières.

À chacune de ces situations correspondra une réponse policière qui variera en fonction de la cause du comportement et du contexte de l'intervention. Dans l'exercice de ses fonctions, le policier dispose d'un pouvoir discrétionnaire. L'exercice de ce pouvoir, qui ne se limite pas aux délits mineurs<sup>XI</sup>, doit cependant être justifié en regard de la gravité des actes reprochés et exercé au nom de l'intérêt public. Dans certains cas, il n'y aura pas d'accusation, ce sera davantage une intervention de référence à des ressources de santé ou de services sociaux.

*Le type de services de crise offerts, leur disponibilité en temps opportun et la volonté des policiers d'y faire appel ont une influence sur la nature de la prise en charge.*

Certaines études, principalement hors Québec, concluent que la décision du policier de confier la personne au système judiciaire ou au réseau de la santé et des services sociaux aura des conséquences importantes sur la prise en charge appropriée et la récidive. Toutefois, dans le feu de l'action, le choix d'une réponse adéquate, par le policier, présente souvent des défis importants<sup>4-5, 7-10, 15-24</sup>. Ainsi, le type de services de crise offerts, leur disponibilité en temps opportun et la volonté des policiers d'y faire appel ont une influence sur la nature de la prise en charge.

Ces difficultés ne sont pas propres à la situation vécue au Québec. Il est intéressant d'examiner les réponses apportées ailleurs dans des situations similaires. Trois modèles d'organisation des interventions policières en santé mentale en Amérique du Nord permettent à certains services de police de supporter l'action de leurs membres<sup>7, 24-29</sup> :

- la liaison et la coordination des équipes des services de police avec des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux;
- la formation particulière de policiers en vue d'une intervention spécialisée;
- l'embauche, au sein du service de police, de personnel professionnel dans l'intervention auprès des clientèles éprouvant des problèmes de santé mentale.

<sup>XI</sup> Il n'existe pas de définition officielle d'un délit ou d'une infraction mineure. Toutefois, au Québec, depuis plus de 12 ans, un programme permet de traiter de façon non judiciaire certaines infractions criminelles commises par des adultes. En 2009-2010, 8 194 dossiers ont fait l'objet d'un tel traitement par les procureurs aux poursuites criminelles et pénales. L'existence de ce programme met en lumière l'importance de la décision du procureur de l'appliquer ou non. Pour guider sa décision de faire bénéficier une personne du programme, le procureur réfère aux critères de la directive NOJ-1 émanant du Directeur des poursuites criminelles et pénales. Ces critères tiennent compte des circonstances de l'infraction. Cette directive, jumelée à la liste des 118 infractions qui l'accompagne, serait donc la meilleure source de référence au Québec pour qualifier une infraction de mineure<sup>14</sup>.

Tenant compte du contexte québécois, le Protecteur du citoyen a examiné les aspects liés aux deux premiers modèles.

#### ***4.1.2 La liaison et la coordination des équipes des services de police avec des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux***

À l'heure actuelle, le policier peut compter sur les ressources d'organismes spécialisés ou de centres de crise du réseau de la santé et des services sociaux pour lui apporter un soutien. Les organismes Urgence psychosociale-justice (UPS-Justice) et Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH) sont souvent cités comme modèles pour illustrer le support offert aux policiers<sup>30-34</sup>.

UPS-Justice œuvre à Montréal. Il s'agit d'une équipe créée il y a 14 ans afin d'éviter la judiciarisation ou, à tout le moins, de réduire la période de détention préventive des personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale. Les policiers peuvent faire appel à cette équipe 24 heures par jour, sept jours par semaine. Celle-ci peut évaluer si la personne a besoin d'être conduite à l'hôpital. L'organisme travaille aussi en collaboration avec l'ensemble du réseau montréalais de la santé et des services sociaux pour la prise en charge des personnes.

À Québec, les policiers peuvent appeler PECH lorsqu'ils interviennent auprès d'une personne présentant des signes d'une problématique de santé mentale. Dans la demi-heure qui suit, un intervenant se rendra sur place. Cet intervenant vérifie la dangerosité ou évalue la personne à des fins de gestion du risque pour déterminer s'il est préférable que le policier quitte les lieux, ou qu'il conduise la personne à l'hôpital ou à la maison d'hébergement de l'organisme. Le service est aussi offert 24 heures sur 24, sept jours par semaine.

Il demeure que le recours aux services de crise est très variable selon les policiers et les régions<sup>35</sup> et le plus souvent limité aux situations concernant l'application de la Loi P-38.001. Dans son ensemble, l'utilisation des services de crise est assez faible. Si plusieurs modèles de collaboration<sup>XII</sup> entre les services de police et les intervenants des services d'aide en situation de crise ont été développés, le succès apparaît tributaire de la prise en compte de besoins régionaux et des dynamiques de collaboration déjà instaurées dans les régions<sup>7,24,26-29</sup>. À cet égard, les Agences de la santé et des services sociaux ont un rôle clé à exercer pour proposer une offre de services qui table sur les forces de la dynamique particulière de leur région et les services de police doivent aussi s'engager dans la promotion du recours au support offert. Il ne s'agit pas de reproduire intégralement le modèle de Montréal ou de Québec, mais de mettre en œuvre, en concertation, les services les mieux adaptés aux besoins particuliers de chaque région.

*Le recours aux services de crise est très variable selon les policiers et les régions.*

<sup>XII</sup> Pour les problématiques liées à la toxicomanie, en matière d'assistance aux policiers, il existe une table et un comité interministériels pour favoriser la concertation. Localement, les services de police peuvent participer à des tables régionales. Les retombées en ce qui a trait à une meilleure utilisation par les policiers des ressources disponibles pour les personnes avec de multiples problématiques nous sont inconnues.

## **RECOMMANDATIONS VISANT À SOUTENIR L'INTERVENTION POLICIÈRE AUPRÈS DES PERSONNES ÉPROUVANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE**

**Considérant que** les policiers doivent intervenir régulièrement en première ligne auprès de personnes éprouvant des problèmes de santé mentale;

**Considérant** l'apport important pouvant être offert par divers organismes spécialisés et centres de crise du réseau de la santé et des services sociaux en soutien au travail des policiers lors de crises psychosociales ou psychiatriques;

**Considérant que** la disponibilité et l'utilisation de ces ressources par les policiers varient grandement d'une région à l'autre;

Le Protecteur du citoyen recommande :

- 1. Que le ministère de la Sécurité publique, avec la collaboration du ministère de la Santé et Services sociaux, détermine les besoins de chacune des régions en matière d'assistance aux policiers pour la gestion des crises psychosociales ou psychiatriques;**
- 2. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux, par les ententes de gestion avec les Agences de la santé et des services sociaux, fixe des balises aux Agences qui auront à rendre disponibles, selon un ordre de priorité, des services appropriés en matière de gestion de crises psychosociales et psychiatriques, en assistance aux policiers.**

Que le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Santé et des Services sociaux présentent au Protecteur du citoyen un plan d'action et un échéancier d'implantation des mesures d'assistance retenues d'ici le 31 mars 2012.

### **4.1.3 La formation des policiers en vue d'une intervention spécialisée**

L'intervention auprès de personnes éprouvant des problèmes de santé mentale s'inscrit au rang des priorités de l'École nationale de police, avec le profilage racial et la violence conjugale. Toutefois, l'École estime qu'elle n'est pas en mesure d'exiger qu'un certain nombre d'heures de formation collégiale préalable soit consacré à ce sujet, et ce, en raison de l'autonomie des institutions collégiales<sup>XIII</sup>. Cette situation pose un problème certain<sup>12</sup>.

Quant aux policiers en exercice, la Direction du perfectionnement professionnel de l'École nationale de police leur offre des formations, en association avec tous les services de police québécois. La formation en exercice peut aussi être dispensée par des organismes mandatés pour le soutien aux policiers. Par contre, une formation spécifique portant sur l'intervention auprès de personnes éprouvant un problème de santé mentale n'est pas toujours offerte systématiquement à l'ensemble des policiers québécois.

De plus, les personnes contrevenantes peuvent présenter de multiples problématiques telles la toxicomanie, l'itinérance, la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement, pour lesquelles une formation complémentaire est aussi pertinente pour les policiers<sup>2, 36-38</sup>. Cependant, comme tout programme de formation a un nombre d'heures limitées, on peut s'interroger sur la possibilité réelle d'y intégrer tous les besoins identifiés, d'où la nécessité de concertation pour réaliser des programmes de formation intégrés<sup>39</sup>.

#### **RECOMMANDATIONS VISANT À ENRICHIR LA FORMATION DES POLICIERS**

**Considérant que** des besoins ont été identifiés, tant en ce qui concerne la formation initiale des policiers que leur formation continue, pour leur permettre de mieux intervenir auprès de personnes éprouvant des problèmes de santé mentale;

**Considérant que** des besoins de formation ont également été identifiés à l'égard d'autres problématiques, mettant en évidence les avantages d'un plan de formation intégré;

**Considérant que** le ministère de la Santé et des Services sociaux et son réseau possèdent les expertises nécessaires pour contribuer à l'élaboration de contenus pertinents de formation dispensés par les partenaires en sécurité publique afin de répondre aux besoins identifiés pour diverses problématiques en santé mentale, toxicomanie et itinérance;

---

<sup>XIII</sup> Les aspirants policiers acceptés à l'École nationale de police, située à Nicolet, ont en règle générale reçu une formation de trois ans dans un Collège d'enseignement général et professionnel (CÉGEP) du Québec. Des personnes avec d'autres types de formation peuvent aussi, exceptionnellement, être admises à l'École nationale de police.

Le Protecteur du citoyen recommande :

**3. Que le ministère de la Sécurité publique convienne, avec l'École nationale de police et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, d'un nombre d'heures de formation collégiale minimal en matière d'intervention auprès de personnes éprouvant des problèmes de santé mentale, incluant notamment, pour tout aspirant policier, les aspects juridiques pertinents (dont les modalités d'application de la Loi P-38.001) et qu'il établisse un protocole d'entente à cet effet avec les milieux d'enseignement collégial;**

**4. Que le ministère de la Sécurité publique identifie, avec l'École nationale de police et les services de police du Québec, les besoins de formation continue en matière d'intervention auprès des personnes éprouvant un problème de santé mentale, incluant les aspects juridiques liés à cette intervention, et qu'il rende cette formation disponible aux policiers en exercice;**

**5. Que le ministère de la Sécurité publique s'assure, avec la collaboration de l'École nationale de police et du ministère de la Santé et des Services sociaux, de l'élaboration d'un plan cohérent et intégré de formation et de perfectionnement des policiers, visant à enrichir l'expertise de ces derniers pour une intervention efficace auprès des personnes avec de multiples problématiques, telles la toxicomanie et l'itinérance.**

Que le ministère de la Sécurité publique dépose au Protecteur du citoyen un état d'avancement de ces travaux et l'échéancier d'implantation des mesures retenues, et ce, d'ici le 31 mars 2012.

#### ***4.2 Les initiatives visant la déjudiciarisation***

Deux angles majeurs doivent être considérés lorsqu'on examine la déjudiciarisation. Le premier angle concerne les problèmes rencontrés dans l'accès aux services sociaux qui permettraient, dans certains cas, d'éviter la judiciarisation. Le deuxième angle s'intéresse aux possibilités d'adapter le processus judiciaire pénal afin de tenir compte des réalités particulières des personnes qui éprouvent un problème de santé mentale<sup>9, 11, 18-20, 23, 27-34, 40-74</sup>.

#### **4.2.1 Les difficultés d'accès aux ressources appropriées dans les services sociaux**

Comme mentionné précédemment, les policiers, lorsqu'ils interviennent, reconduisent fréquemment les personnes en crise aux urgences des centres hospitaliers<sup>24, 26-29, 60, 75</sup>. Toutefois, dans plusieurs cas, l'évaluation montre qu'une hospitalisation n'est pas requise<sup>XIV</sup>.

Dans les cas où une référence aux services sociaux s'avère la solution la plus appropriée (notamment pour l'hébergement de personnes en situation d'urgence psychosociale), les ressources actuelles ne suffisent pas. Les refuges d'urgence et les logements adaptés aux personnes en crise ou qui présentent des problèmes multiples sont en nombre insuffisant<sup>60, 75, 77-79</sup>. Cette pénurie est bien documentée, notamment dans le cas des personnes itinérantes<sup>XV</sup>.

***Dans les cas où une référence aux services sociaux s'avère la solution la plus appropriée, les ressources actuelles ne suffisent pas.***

Le Protecteur du citoyen<sup>89</sup> a d'ailleurs recommandé le développement de places d'accueil d'urgence pour ces personnes. Parallèlement, le Québec vient de se doter d'un Plan d'action interministériel en itinérance<sup>37</sup> qui prône le développement de places dans des refuges pour les clientèles vulnérables. De manière générale, les diverses mesures du Plan d'action interministériel en itinérance<sup>37</sup>, tout comme l'offre de services en dépendance, s'implantent graduellement dans l'ensemble des régions du Québec. Plus spécifiquement, le Plan d'action interministériel en toxicomanie<sup>36</sup> prévoit des services de dépannage et d'hébergement temporaire pour réduire le recours à l'incarcération de personnes dont la problématique est davantage sociale que médicale ou correctionnelle<sup>XVI</sup>. Aussi, des services de soutien aux policiers avec des équipes mobiles de référence et d'intervention ou des équipes de liaison peuvent être disponibles dans certaines régions du Québec.

Dans les cas de délits mineurs, ce manque de ressources limite les possibilités de déjudiciarisation pour des personnes qui ne présentent pas de risques pour la sécurité

---

<sup>XIV</sup> Il convient de rappeler que dans le Plan d'action en santé mentale<sup>76</sup>, les services de crise de première ligne occupent une grande place. Dans la communauté, selon les statistiques de PECH, pour 75 % des personnes qui sont en situation d'infraction lors d'une intervention policière, une solution est trouvée en première ligne. Dans les autres cas, les personnes sont conduites à l'hôpital.

<sup>XV</sup> Plusieurs études et états de situation au Québec décrivent la problématique où les personnes itinérantes — un groupe particulièrement visé en psychiatrie-justice — sont interpellées, de temps à autre, par les policiers pour des délits mineurs ou des méfaits<sup>8-10,23,32,36-37,55,79-88</sup>. Idéalement, des services devraient être disponibles en amont pour éviter la rupture sociale avec une gamme de services de soutien dans le milieu de vie (soutien au logement, au travail, aux études, principalement), car devoir intervenir de manière ponctuelle en situation d'urgence n'offre pas une solution durable pour la personne. Également, la prévention de la récidive et la réinsertion sociale sont des problématiques complexes qui nécessitent un ensemble de mesures adaptées aux besoins des personnes.

<sup>XVI</sup> Les organismes certifiés en toxicomanie de même que les centres d'hébergement ne peuvent répondre aux besoins d'hébergement d'urgence dans une situation de crise. Par ailleurs, en 2010-2011, un budget de 1,18 M\$ est venu soutenir l'engagement du ministère de la Santé et des Services sociaux afin de consolider les places d'hébergement d'urgence pour les personnes en situation d'itinérance et les Agences de la santé et des services sociaux doivent assurer un suivi de l'offre de services en matière d'hébergement sur leur territoire.

publique. Ne pouvant refuser une personne que lors de situations exceptionnelles, le centre de détention devient souvent le seul endroit disponible. Or, la surpopulation constatée en milieu carcéral<sup>XVII</sup> est de nature à y compliquer la prise en charge des personnes éprouvant un problème de santé mentale.

## **RECOMMANDATIONS FAVORISANT L'ACCÈS AUX RESSOURCES APPROPRIÉES EN MATIÈRE DE SERVICES SOCIAUX**

**Considérant qu'**une référence aux services sociaux s'avère la solution la plus appropriée dans le cas de plusieurs personnes en situation d'urgence psychosociale;

**Considérant que** les ressources actuelles, notamment les refuges d'urgence et les logements adaptés aux personnes en crise ou qui présentent des problèmes multiples, ne suffisent pas;

Le Protecteur du citoyen recommande :

**6. Que le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Santé et des Services sociaux, avec la collaboration des autres partenaires gouvernementaux du plan en itinérance, s'assurent que les clientèles visées aient un accès équitable et suffisant aux places dans les refuges ou, lorsque requis, dans les ressources en toxicomanie, permettant ainsi aux policiers d'orienter certaines personnes vers l'endroit le plus approprié à leurs besoins;**

**7. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux évalue, dans chaque région, le nombre de places requises pour ces types de ressources afin d'établir un échéancier réaliste pour leur développement.**

Que le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Santé et des Services sociaux déposent au Protecteur du citoyen un plan d'action et un échéancier d'implantation des mesures retenues, et ce, d'ici le 31 mars 2012.

---

<sup>XVII</sup> Dans ses rapports annuels de 2006-2007, 2007-2008, le Protecteur du citoyen manifestait ses inquiétudes quant à cette situation et exposait les conséquences sur les services, la salubrité, la dignité humaine et la sécurité des personnes incarcérées. Le rapport annuel 2008-2009 du ministère de la Sécurité publique faisait état d'un ratio de surpopulation de 1,19<sup>90</sup>. Ce ratio est de 1,17 en 2009-2010.

## 4.2.2 L'adaptation du processus judiciaire

### Les ordonnances d'évaluation

---

En février 2011, le Comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale relevant du *Code criminel* publiait un rapport qui dresse l'état de situation de la psychiatrie légale. Ce rapport relève les principaux problèmes et propose des solutions sous la forme de 12 recommandations<sup>91</sup>. Parmi les problèmes relevés, il y a toute la question du lieu de garde des personnes soumises à une ordonnance d'évaluation. Les plaintes qu'a reçues le Protecteur du citoyen en cette matière sont généralement le fait de personnes incarcérées qui considèrent que l'ordonnance n'est pas respectée puisque le centre hospitalier désigné à l'ordonnance a refusé de les recevoir.

Rappelons que toute personne accusée peut être soumise à une ordonnance d'évaluation. Ces ordonnances sont de deux types :

- l'évaluation de la responsabilité criminelle pour laquelle la durée des ordonnances est de 30 ou 60 jours;
- l'évaluation de l'aptitude à subir le procès pour laquelle la durée des ordonnances est de 5 jours.

Ces ordonnances d'évaluations s'accompagnent parfois de détention en garde à vue. Il importe de replacer dans leur contexte respectif ces types d'évaluation. Et pour cela, trois constats doivent être faits :

- les juges rendent les ordonnances d'évaluation en fonction des critères propres aux besoins de la justice criminelle;
- rares sont les cas où l'évaluation exige plus de quelques heures. La durée des ordonnances représente donc un délai dans lequel l'évaluation doit être produite et non pas la durée de l'observation requise;
- la notion de capacité à subir un procès ou à former une intention criminelle et celle de problèmes de santé mentale ne se recoupent pas nécessairement. Les critères juridiques de capacité et les critères diagnostics en santé mentale ne sont pas du même registre<sup>xviii</sup>. Une personne faisant l'objet d'une ordonnance d'évaluation n'est donc pas nécessairement une personne qui a besoin de soins dans un centre hospitalier. Le *Code criminel* permet d'ailleurs que des ordonnances d'évaluation soient rendues sans qu'aucune ordonnance de garde ou d'incarcération ne soit en vigueur.

---

<sup>xviii</sup> Une personne peut être incapable de subir un procès en raison d'une altération de son état mental sans que sa condition reflète un problème chronique de santé mentale nécessitant un suivi médical. Une autre peut être en parfaite santé ou souffrir d'un problème de santé physique ou de santé mentale bien contrôlé, mais avoir été, au moment des gestes qui lui sont reprochés, incapable de former une intention criminelle.

**Toutes les personnes soumises à une ordonnance d'évaluation ne requièrent pas d'être gardées dans un centre hospitalier.**

De ces trois constats, on doit conclure que toutes les personnes soumises à une ordonnance d'évaluation ne requièrent pas d'être gardées dans un centre hospitalier. Il convient de mentionner qu'une personne qui occupe un lit et qui n'a pas besoin de soins risque de contribuer à ce que les personnes en attente d'admission dans une unité de soins pour des besoins urgents séjournent plus longtemps à l'urgence. Il ne faudrait pas que le statut d'accusé crée un système à deux vitesses pour l'admission en centre hospitalier où cette admission doit rester en fonction du besoin de soins. On peut cependant considérer que pour une certaine proportion des personnes soumises à une ordonnance d'évaluation, la garde en centre hospitalier est requise en raison de leurs besoins de soins.

Tout comme le Protecteur du citoyen, le comité interministériel précise qu'il faut appliquer le « principe de la bonne personne au bon endroit » et planifier une offre de services qui va permettre une allocation des ressources cohérente avec l'obligation de fournir des soins à ceux qui le requièrent et l'obligation légale de choisir le lieu le moins privatif de liberté. Ceci signifie que les évaluations peuvent être réalisées à l'externe. Le comité interministériel recommande, pour résoudre les problèmes concernant le lieu de garde, une hiérarchisation des services en psychiatrie légale accompagnée d'ententes de services entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Aussi, des recommandations visent à optimiser le recours aux témoignages des professionnels de la santé devant la Cour, à faciliter la transmission de l'information pertinente tant pour les évaluations que pour éclairer la Cour sur la disponibilité des ressources. Le Protecteur du citoyen est d'avis que les recommandations du comité couvrent adéquatement un volet crucial de la problématique de la psychiatrie légale et sera très attentif aux suites données à ces recommandations par les divers ministères concernés.

### ***Les tribunaux spécialisés, l'adaptation du système de justice et l'accompagnement des clientèles dans la communauté.***

---

**Il y a peu de données probantes pour définir un modèle idéal de tribunal de santé mentale.**

Des tribunaux spécialisés en santé mentale ont été créés afin d'apporter une réponse adaptée aux caractéristiques des personnes prévenues qui éprouvent des problèmes de santé mentale<sup>27, 30, 48-59, 63-67</sup>. On compte près de 200 tribunaux de ce type en Amérique du Nord. L'analyse critique de la littérature scientifique à ce sujet révèle qu'il y a peu de données probantes pour définir un modèle idéal de tribunal de santé mentale<sup>27, 48-57, 63</sup>.

Il n'y a qu'une seule expérience pilote au Québec, à la Cour municipale de Montréal. Elle a débuté le 20 mai 2008 pour une durée de trois ans. Elle porte le nom de Programme d'accompagnement Justice-Santé mentale (PAJ-SM)<sup>30, 63-66</sup>. À l'origine, le vocable retenu était Tribunal de la santé mentale. Ce changement traduit un éloignement du concept original de tribunal spécialisé lors de son adaptation au milieu québécois. Ceci a pour effet de rendre ce projet peu comparable aux tribunaux implantés aux États-Unis. Cet éloignement démontre la volonté de réduire les problèmes de stigmatisation découlant d'un passage à la Cour pour des personnes qui déjà, en raison de leur problème de santé mentale,

en sont victimes. Le Protecteur du citoyen est aussi sensible aux enjeux de la stigmatisation liés à la mise en place de tribunaux spécialisés.

La description du programme peut se résumer ainsi : un « contrat moral » entre la personne et la Cour. Une démarche continue, répartie sur une période plus ou moins longue au cours de laquelle la personne est soumise à diverses conditions plus ou moins restrictives, selon son état. Il s'agit d'offrir à l'accusé la possibilité de recevoir des services dans la communauté dans le but d'améliorer ou de stabiliser son état de santé psychique et psychosocial. La participation est volontaire. Le refus de participer, au début ou en cours de route, ramène la personne en cheminement régulier à la cour municipale<sup>64</sup>. Le programme s'adresse à des adultes montréalais qui font face à des accusations qualifiées de « mineures ». C'est l'organisme UPS-Justice qui assure le lien avec la Cour pour la composante psychosociale du programme.

Les données scientifiques sont plus probantes sur la nécessité, pour les tribunaux, de pouvoir référer à un programme de déjudiciarisation efficace qui implique un suivi dans la communauté. À cet égard, les données de la littérature scientifique et les témoignages recueillis convergent : la prise en charge par une équipe psychosociale dans la communauté est garante du succès<sup>23, 27, 41-48, 53, 55, 58, 59, 66-71</sup>.

***La prise en charge  
par une équipe  
psychosociale dans  
la communauté est  
garante du succès.***

Un rapport d'évaluation du projet pilote montréalais est en rédaction<sup>XIX</sup>. Nous avons suivi de près cette expérience et sommes au fait des difficultés d'implantation qu'elle a connues<sup>30, 63-66</sup>. Bien que des données préliminaires montrent que le programme d'accompagnement a obtenu certains résultats en matière de réduction de la récidive, la prudence demeure de mise avant de prôner la généralisation de ce modèle, étant donné que l'efficacité n'est pas encore démontrée<sup>65</sup>. Les témoignages recueillis sur le terrain auprès de personnes ayant acquis une expérience du modèle vont également dans ce sens.

Selon le ministère de Justice, les autres juridictions pénales de première instance au Québec pourront développer des initiatives analogues, mais il sera important qu'elles tiennent compte des particularités locales en ce qui concerne le volume, les besoins et les ressources pour que toute approche d'accompagnement et d'adaptation du système de justice soit à géométrie variable et repose sur une adhésion régionale. Le Protecteur du citoyen est d'avis que les initiatives de déjudiciarisation impliquant des alternatives à l'incarcération doivent être accessibles à tous les citoyens du Québec, même si les équipes spécialisées des organismes tels PECH ou UPS-Justice ne sont pas disponibles partout.

---

<sup>XIX</sup> La première année, 566 personnes, dont 43 % éprouvant un trouble mental grave et persistant et 60 % sans antécédents criminels, ont été référées au projet. Le Protecteur du citoyen a procédé à l'analyse critique des écrits scientifiques publiés sur ce projet. Les résultats d'étude ne portent cependant pas sur l'efficacité de ce modèle<sup>65</sup>.

Par ailleurs, le Plan d'action en santé mentale<sup>76</sup> prévoit une offre de suivis dans la communauté qui repose sur un modèle d'intervention qui répond aux critères de succès identifiés dans les données probantes<sup>72-74</sup>. Ainsi, le réseau de la santé et des services sociaux offre aux personnes éprouvant des problèmes de santé mentale des programmes de suivis intensifs ou de suivis d'intensité variable<sup>xx</sup>. Les modèles d'intervention de ces programmes sont similaires à ceux des programmes de suivi lors de la déjudiciarisation. Une liaison avec ces programmes pourrait être une avenue à explorer hors des grands centres urbains qui n'ont pas d'organismes spécialisés tels PECH ou UPS-Justice.

*Le succès des initiatives de déjudiciarisation impliquant les tribunaux est largement tributaire de la disponibilité de programmes rigoureux, efficaces et sécuritaires pour effectuer le suivi dans la communauté.*

Toutefois, il n'a pas été vérifié que l'implantation de ces suivis est conforme au modèle retenu et, qu'ainsi, les résultats positifs seraient systématiquement garantis. De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux affirme que le niveau d'implantation de ces suivis n'atteint pas les cibles qu'il a fixées dans plusieurs régions. Le renforcement de l'accès à ces suivis s'impose, et ce, tant pour la population en général que pour les personnes devant faire face à la justice.

En définitive, le succès des initiatives de déjudiciarisation impliquant les tribunaux est largement tributaire de la disponibilité de programmes rigoureux, efficaces et sécuritaires pour effectuer le suivi dans la communauté.

## RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES INITIATIVES DE DÉJUDICIARISATION

**Considérant** qu'il existe peu de données probantes pour définir un modèle idéal de tribunal de santé mentale;

**Considérant** les données probantes sur l'efficacité de programmes de déjudiciarisation qui impliquent un suivi dans la communauté;

---

<sup>xx</sup> Le suivi intensif dans la communauté s'adresse aux personnes ayant un trouble mental grave dont la condition est instable et fragile. L'intervention soutenue en équipe interdisciplinaire est nécessaire pour le traitement de ces troubles et doit intégrer la participation d'un médecin. Le soutien d'intensité variable de type de gestion de cas (*Case management*) s'adresse aux personnes dont les difficultés de fonctionnement sont moindres. L'intervention vise surtout le développement des aptitudes individuelles et l'accompagnement. L'intervenant pivot (gestionnaire de cas) est la personne avec laquelle les liens les plus étroits sont créés au cours du traitement. Étant donné le nombre important d'intervenants associés au traitement, l'intervenant pivot travaille en interdisciplinarité. Il effectue lui-même certaines activités de soutien, dont le choix a été déterminé avec la personne, et coordonne plusieurs autres activités<sup>76, 92</sup>. En 1997, le ministère de la Santé et des Services sociaux a procédé à une analyse de la littérature qui englobait les études sur les modèles de suivi dans la communauté qui avaient identifié des retombées sur la réduction du recours au système de justice<sup>68</sup>. Avant l'adoption de ces modèles, le Conseil d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé avait analysé leur valeur pour éclairer la décision quant à leur adoption alors que d'autres chercheurs ont discuté des enjeux d'implantation<sup>72-74</sup>.

**Considérant que** le Plan d'action en santé mentale prévoit une offre de suivi dans la communauté qui répond aux critères de succès identifiés dans les données probantes;

Le Protecteur du citoyen recommande :

**8. Que le ministère de la Justice, avec la collaboration du ministère de la Santé et des Services sociaux, fasse l'inventaire des meilleurs programmes de suivis dans la communauté et établisse un plan d'implantation de tels programmes dans les régions moins bien desservies;**

**9. Que le ministère de la Justice communique aux tribunaux la liste des programmes disponibles dans chaque région et définisse les conditions d'accès ainsi que la clientèle cible pour laquelle le recours à ces programmes constituerait une forme valable de déjudiciarisation, en conformité avec les dispositions déjà prévues au Code criminel à cet effet;**

Que le ministère de la Justice dépose au Protecteur du citoyen un état de situation sur les initiatives de déjudiciarisation et leur accessibilité pour les personnes éprouvant des problèmes de santé mentale avec ou sans autres problématiques, de même que la liste des programmes de suivi conformes aux critères de succès.

Que le ministère de la Justice fasse rapport annuellement au Protecteur du citoyen en indiquant le recours à ces programmes et leur plan de développement pour les régions non desservies, au 31 mars des trois prochaines années.

### ***Les besoins exprimés par les intervenants judiciaires pour la mise en œuvre des programmes de déjudiciarisation***

---

Le développement de programmes de déjudiciarisation devrait aller de pair avec la disponibilité de l'information sur les ressources disponibles dans la communauté, d'activités de formation et de sensibilisation des différents intervenants judiciaires. Il y a nécessité de mieux supporter l'action des avocats et le rôle décisionnel des juges à l'égard des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale<sup>XXI</sup>. En bref, les avocats doivent développer le réflexe de proposer une telle orientation,

*Il y a nécessité de mieux supporter l'action des avocats et le rôle décisionnel des juges à l'égard des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale.*

---

<sup>XXI</sup> L'analyse critique de la littérature scientifique sur le projet pilote montréalais renforce également ce constat, car dans l'étude sur l'implantation, les juges et les avocats ont fait part de leur besoin de support, notamment en ce qui concerne la formation<sup>65</sup>.

lorsque pertinent, et les juges doivent disposer de toute l'information requise pour évaluer, au cas par cas, le bien-fondé de telles demandes<sup>2, 65-66</sup>.

## **RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA SENSIBILISATION DES INTERVENANTS JUDICIAIRES**

**Considérant que** le développement de programmes de déjudiciarisation efficaces doit aller de pair avec l'information sur les ressources disponibles dans la communauté, la formation et la sensibilisation des différents intervenants judiciaires sur les meilleurs modes d'intervention auprès des personnes avec un problème de santé mentale, incluant les aspects juridiques pertinents;

Le Protecteur du citoyen recommande :

**10. Que le Conseil de la magistrature assure une formation adéquate à ses membres concernant les initiatives de déjudiciarisation et leurs nécessaires conditions de succès;**

**11. Que le ministère de la Justice communique aux tribunaux la liste des programmes disponibles dans chaque région, définisse la clientèle cible pour laquelle le recours à ces programmes constituerait une forme valable de déjudiciarisation et les conditions d'accès;**

**12. Que le ministère de la Justice s'associe aux instances qui élaborent des formations à l'intention des divers intervenants judiciaires, pour diffuser les initiatives de déjudiciarisation et favoriser les liens avec les organismes habilités à former et à sensibiliser à cette problématique;**

Que le ministère de la Justice dépose au Protecteur du citoyen un état d'avancement de ces travaux, incluant les actions réalisées et prévues, et ce, au plus tard le 31 mars 2012.

### ***4.3 Pendant l’incarcération : l’accès aux services sociosanitaires requis***

Nous abordons maintenant le passage en milieu carcéral des personnes éprouvant un problème de santé mentale, de leur admission jusqu’à leur sortie. Notre objectif est de répondre à la question suivante : **Les conditions actuelles en milieu de détention permettent-elles l’accès aux services de santé et services sociaux requis par les personnes qui éprouvent un problème de santé mentale?**

Les données recueillies dans l’étude, dans les groupes de discussion, lors des visites des centres de détention et au cours de l’analyse des plaintes permettent de cibler certaines lacunes de la prestation de services<sup>xxii</sup> :

#### ***4.3.1 Des procédures de dépistage non systématisées***

À l’exclusion du dépistage du risque suicidaire, les procédures et la portée du dépistage des autres problèmes de santé mentale varient selon les centres. Le dépistage systématique du risque suicidaire est une pratique généralisée au Québec<sup>96, 97</sup> et le résultat de ce dépistage est la seule information en santé mentale systématiquement inscrite dans le système DACOR. L’inscription de l’information obtenue sur les autres problèmes de santé mentale par des outils de dépistage « maison » dans le système DACOR est donc variable. Étant donné que les données inscrites dans ce système servent à l’élaboration des plans de service, les centres de détention n’ont pas tous un portrait fidèle de leur clientèle. De ce fait, les personnes qui éprouvent un problème de santé mentale et qui ne sont pas dépistées sont moins suivies par le personnel soignant<sup>xxiii</sup>.

*Les centres de détention n’ont pas tous un portrait fidèle de leur clientèle.*

---

<sup>xxii</sup> Dans son récent rapport portant sur la stratégie en matière de santé mentale, le Bureau de l’Enquêteur correctionnel du Canada a identifié des problèmes concernant le dépistage, les initiatives en santé mentale dans la communauté, l’isolement, le personnel désigné pour assurer la continuité des soins, la formation et la sélection du personnel<sup>93</sup>. Les conséquences de ces problèmes sont aussi décrites dans son enquête sur les décès dans les pénitenciers<sup>94</sup>. Parallèlement, un comité de la Chambre des communes vient de produire un rapport qui formule une série de recommandations pour pallier ces problèmes<sup>95</sup>. Ces catégories de problèmes sont aussi présentes dans les centres de détention sous compétence québécoise.

<sup>xxiii</sup> Ce constat, également rapporté dans les groupes de discussion, s’explique en partie par le fait qu’une personne non dépistée a peu de chance d’obtenir un classement à l’infirmierie où il y a présence du personnel médical et infirmier.

### 4.3.2 Des transferts trop fréquents<sup>XXIV</sup>

Les centres de détention sous administration québécoise ont procédé en 2009-2010 à 40 827 admissions et 24 400 personnes ont été transférées. Les difficultés de mise en œuvre du dépistage dans un tel contexte sont bien réelles. De plus, on amorce souvent un suivi qui sera interrompu en raison de transferts<sup>XXV</sup>.

*Les enjeux liés aux transferts affectent de façon particulière les personnes qui éprouvent un problème de santé mentale.*

Les enjeux liés aux transferts affectent de façon particulière les personnes qui éprouvent un problème de santé mentale. La répétition d'interruptions brusques de la prise de médicaments, en raison de transferts fréquents, peut compromettre la stabilité de l'état mental<sup>XXVI</sup>.

### 4.3.3 Un problème récurrent d'accès aux médicaments, de gestion des médicaments et de soutien à l'observance du traitement pharmacologique<sup>XXVII</sup>

*Pendant les 48 heures suivant l'admission dans un centre de détention, la poursuite de la prise de la médication prescrite est souvent compromise.*

La prise d'une médication telle que prescrite est cruciale pour les personnes qui éprouvent un problème de santé mentale afin d'éviter une détérioration de leur condition. Le Protecteur du citoyen a pu constater que, pendant les 48 heures suivant l'admission dans un centre de détention, la poursuite de la prise de la médication prescrite est souvent compromise. Cette brève interruption est suffisante, dans certains cas, pour créer une déstabilisation qui, liée au changement radical de milieu qu'implique l'incarcération, peut

avoir des conséquences importantes<sup>98</sup>. Elle **peut provoquer un sevrage<sup>XXVIII</sup> avec des effets indésirables déstabilisants.**

<sup>XXIV</sup> Au cours des trois dernières années, 27,5 % des motifs de plaintes déposées au Protecteur du citoyen par des personnes qui éprouvent un problème de santé mentale avaient trait aux transferts et à leurs conséquences. Dans son rapport annuel 2006-2007, le Protecteur du citoyen faisait état de l'incidence négative des transferts sur les interruptions de la prise de médicaments.

<sup>XXV</sup> L'analyse des résultats de la collecte de données dans les groupes de discussion a montré qu'actuellement, le personnel clinique tente, avec l'administration des services correctionnels de certains centres, de conclure une entente pour les personnes en suivi psychiatrique, afin de réduire les transferts.

<sup>XXVI</sup> Sans entrer dans la complexité du cadre légal qui régit le renouvellement des ordonnances de médicaments, il convient de signaler que pour certains médicaments requis pour le traitement des problèmes de santé mentale (par exemple, les benzodiazépines), le nombre de transferts des ordonnances d'un établissement à un autre est limité. En pareil cas, il est nécessaire qu'un médecin revoie en consultation la personne pour rédiger une nouvelle ordonnance, ce qui impose un délai pour l'obtention de la médication requise.

<sup>XXVII</sup> L'observance est la correspondance entre le comportement d'une personne et les recommandations de professionnels concernant un traitement préventif ou curatif. Les plaintes concernant l'accès à la médication représentent 70,5 % des motifs de plainte formulés par les personnes éprouvant un problème de santé mentale, ce qui en fait le motif de plainte le plus fréquent pour les trois dernières années. Pour 35,5 % de ces motifs, le problème est lié aux transferts.

<sup>XXVIII</sup> On parle de sevrage lorsque l'arrêt ou la diminution de la consommation d'une substance (alcool, amphétamine, cocaïne, nicotine, opiacés, sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques) amène une modification

L'une des difficultés d'accès à la médication est liée au fait que plusieurs médicaments utilisés dans le traitement de certains problèmes de santé mentale sont recherchés aux fins de trafic. Il est ainsi fréquent que certains médecins des centres de détention réduisent considérablement les posologies prescrites à l'extérieur par leurs collègues, et ce, dès l'admission, par crainte que la personne ne soit impliquée dans ces usages illicites. Également, que les personnes aient ou non une prescription valide **lors de l'admission au centre de détention**, la prise de cette médication n'est pas toujours permise. Le plus souvent, il faut attendre que le médecin du centre de détention rédige une nouvelle prescription, ce qui peut prendre plusieurs jours.

#### **4.3.4 Des problèmes quant au respect de la confidentialité et au partage d'information**<sup>XXIX</sup>

La confidentialité de l'information médicale est souvent une règle difficile à faire respecter dans un contexte carcéral. L'échange d'information est l'une des pierres d'assise de la sécurité tandis que la confidentialité des échanges entre un patient et le personnel soignant est l'un des fondements de la relation thérapeutique. Les employés des centres de détention et le personnel soignant ne sont pas moins respectueux du droit à la confidentialité. Le contexte de garde rend toutefois les conditions de respect de ce droit plus difficiles et occasionne certains écueils<sup>99</sup>.

*La confidentialité de l'information médicale est souvent une règle difficile à faire respecter dans un contexte carcéral.*

Le premier écueil concerne le fait que l'échange d'information suscite des situations conflictuelles, dans lesquelles la personne incarcérée perçoit qu'il y a alliance contre elle. C'est le cas, par exemple, lors d'une dénonciation d'accumulation de médicaments incitant le médecin à cesser une prescription.

Le deuxième écueil est tributaire du fait qu'il existe très peu de balises précises quant à l'information qui peut légitimement être échangée entre le personnel correctionnel et le personnel soignant. Malgré la bonne volonté de tous, les règles applicables demeurent

---

comportementale inadaptée avec des répercussions physiologiques (ex. : augmentation de la pression artérielle, de la fréquence respiratoire, du pouls et de la température corporelle) et cognitives. On appelle syndrome de sevrage un ensemble de symptômes provoqués par l'arrêt brusque de consommation d'une substance psychotrope. Il varie en forme et en intensité non seulement selon les substances et les doses consommées, mais aussi selon la personne et le contexte socioculturel où elle se trouve (centre de détention, hôpital, domicile). Il va de soi que si la personne consommait plusieurs substances, les interactions compliqueront le sevrage. Il peut être très dangereux, voire mortel, d'arrêter brusquement la consommation de certains psychotropes consommés régulièrement ou de façon soutenue. Ainsi, le sevrage d'anxiolytiques ou de somnifères doit se faire sur l'avis et sous la supervision d'une personne qualifiée. (Source : [www.etape.qc.ca](http://www.etape.qc.ca))

<sup>XXIX</sup> En 2008-2009, le Protecteur du citoyen faisait état, dans son rapport annuel, du non-respect de la confidentialité des échanges d'information entre le personnel soignant et les personnes incarcérées en raison de la présence d'agents de services correctionnels pendant la consultation.

floues et le Protecteur du citoyen constate régulièrement que, d'un centre à l'autre, d'un intervenant à l'autre, les limites de ce qui peut être ou ne pas être divulgué varient sensiblement.

Pour les personnes sous régime de protection, la problématique est double : un problème de santé mentale jumelé à une inaptitude à s'occuper d'elles-mêmes, à exercer leurs droits civils et à administrer leurs biens. Ce sont des personnes très vulnérables et souvent isolées socialement<sup>xxx</sup>. Les tuteurs et curateurs ne sont pas toujours informés en temps utile de l'incarcération des personnes représentées. Ainsi, ils ne peuvent pas toujours leur assurer une représentation devant un comité de discipline, ni intervenir dans le cadre du plan de soins ou du plan de sortie<sup>xxxI</sup>.

#### ***4.3.5 Une gestion de crise souvent limitée à l'application de mesures physiques administrées par du personnel non supporté***<sup>xxxII</sup>

La prise en charge d'une situation de crise à l'intérieur même du centre de détention n'est pas rare<sup>xxxIII</sup>. Le recours à la contention chimique nécessite une prescription médicale et, de ce fait, les règles applicables en milieu hospitalier sont relativement similaires à celles ayant cours en milieu correctionnel, notamment en matière de consentement aux soins. Le peu de disponibilité ou de recours à l'expertise médicale limite l'accès à la médication d'urgence pour résoudre les crises.

Les mesures les plus intenses sont l'utilisation de contraintes ou de contentions physiques<sup>xxxIV</sup>. Les centres de détention peuvent disposer de cellules spéciales permettant

---

<sup>xxx</sup> La personne désignée par le tribunal à titre de tuteur ou de curateur a une responsabilité de veiller à exercer les droits civils de la personne représentée, défendre ses intérêts, administrer son patrimoine, et ce, toujours dans le meilleur intérêt de la personne et dans le respect de son autonomie.

<sup>xxxI</sup> En suivi d'une recommandation du Protecteur du citoyen, le Curateur public a conclu un protocole d'échange d'information en juillet 2009, avec le ministère de la Sécurité publique et les centres de détention. Les services correctionnels ont désigné des personnes-ressources dans chaque centre. Ces personnes ont reçu une formation. Des alliances ont été créées qui ont facilité le partage d'information. Pendant la première année, on a relevé des problèmes d'application, notamment en ce qui concerne le système informatique. Des améliorations viennent d'être apportées, mais il est encore trop tôt pour affirmer que le problème de partage d'information est réglé.

<sup>xxxII</sup> Les plaintes concernant l'isolement représentent 2,5 % des motifs formulés par les personnes qui éprouvent un problème de santé mentale, ce qui en fait le quatrième motif de plainte le plus fréquent pour les trois dernières années. Ces motifs concernent la pertinence du recours à l'isolement ou sa durée et, marginalement, l'imposition de la jaquette antisuicide pendant l'isolement. Aucune plainte n'a porté spécifiquement sur l'application de contraintes ou de contentions.

<sup>xxxIII</sup> Les difficultés liées à la gestion des crises, le recours à l'isolement et aux contentions ne sont pas propres aux centres de détention sous administration québécoise. Des difficultés sont signalées dans les pénitenciers fédéraux tout comme dans les prisons aux États-Unis<sup>93-95, 100</sup>.

<sup>xxxIV</sup> Dans les centres de détention, on utilise le terme « contraintes » pour décrire les instruments d'entrave à la liberté telles les menottes, les chaînes aux pieds, de relais ou de taille. Le terme « contention » est utilisé pour définir les équipements d'immobilisation, comme les courroies de cuir pour les poignets ou les chevilles, les camisoles de force.

l'imposition d'une contention physique, c'est-à-dire d'une cellule sans autre mobilier qu'un lit fixé au sol et permettant d'attacher, à l'aide de sangles spécifiquement conçues à cet effet, une personne en crise.

Les règles des établissements de santé et de services sociaux pour encadrer le recours à l'isolement et sa durée ne s'appliquent pas en centre de détention. La mise sous contention est régie par la procédure administrative 3N1, qui en confie la responsabilité aux agents de services correctionnels. Elle prévoit, lorsque des contentions physiques sont requises, que les agents de services correctionnels doivent faire appel au personnel soignant pour les assister et les conseiller. Encore faut-il que ces personnes soient disponibles au moment de la crise. En effet, l'étude du CICC a révélé que seulement 25 % des centres faisant partie de l'étude avaient une présence de personnel soignant (généralement du personnel infirmier) 24 heures par jour.

*Seulement 25 % des centres faisant partie de l'étude avaient une présence de personnel soignant (généralement du personnel infirmier) 24 heures par jour.*

Dans son rapport annuel 2007-2008, le Protecteur du citoyen signalait des besoins de formation lors d'interventions physiques. En 2008-2009, il recommandait un registre d'utilisation des cellules d'isolement et de réclusion dans le but de permettre un suivi et une évaluation des pratiques. Cette recommandation a été acceptée et mise en œuvre. En 2009-2010, il soulignait le non-respect de l'instruction provinciale qui prévoit une visite quotidienne du personnel de santé pour les personnes en réclusion.

#### **4.3.6 Des services fragmentés<sup>xxxv</sup>, qui ne tiennent pas compte des besoins d'ensemble de la personne**

Les personnes incarcérées ont généralement accès aux services médicaux, à certains soins infirmiers de base et à la pharmacothérapie. Par contre, il est rare qu'une personne incarcérée puisse avoir accès à certains services, notamment en matière de réadaptation et de suivi psychosocial. La courte durée moyenne de séjour des personnes incarcérées dans les centres de détention du Québec ainsi que les nombreux transferts constituent des barrières à l'organisation de ces services, de plus long terme, à l'intérieur même des centres de détention.

*La courte durée moyenne de séjour des personnes incarcérées dans les centres de détention du Québec ainsi que les nombreux transferts constituent des barrières à l'organisation de ces services.*

De plus, dans les centres où les psychiatres sont appelés à faire des expertises pour la cour, la priorité est mise sur l'évaluation des prévenus. Dans les faits, les détenus n'auront ainsi pratiquement jamais accès à la consultation psychiatrique. Les possibilités de transfert vers les centres hospitaliers pour des raisons médicales sont limitées aux cas jugés urgents par le personnel des soins de santé.

<sup>xxxv</sup> Les plaintes concernant l'accès aux soins (personnel soignant ou besoin d'hospitalisation) représentent 6 % des motifs formulés par les personnes qui éprouvent un problème de santé mentale.

Il est prévu, pour les personnes incarcérées, une prestation de services qui s'articule autour de divers plans (plan de séjour pour les prévenus, plan d'intervention correctionnel pour les personnes incarcérées plus de six mois ou celles qui présentent un risque documenté, projet pour les autres personnes, basé sur une évaluation sommaire). Pour l'élaboration du plan d'intervention correctionnel, une évaluation plus approfondie du risque est menée, généralement par un agent de probation. Cette évaluation tient compte, entre autres, de la toxicomanie, des attitudes antisociales ou des traits de personnalité antisociale. Les aspects concernant les problèmes de santé mentale ne sont pas intégrés à l'évaluation, mais seraient considérés. Toutefois, ces plans ne visent qu'accessoirement des objectifs concernant l'état de santé.

Certaines activités de groupe à caractère thérapeutique peuvent cependant être organisées dans des centres de détention, que ce soit grâce aux initiatives des gestionnaires, du milieu communautaire ou du centre de santé et de services sociaux. Ces activités ne font toutefois jamais partie d'un plan de service individualisé<sup>xxxvi</sup>.

Malgré les difficultés d'accès au personnel soignant dans les centres de détention, le ministère de la Sécurité publique ne suscite pas d'initiatives d'optimisation du recours à ces ressources rares, tant en matière d'organisation du travail que par le développement de partenariats<sup>xxxvii</sup>.

#### ***4.4 Vers des services mieux adaptés aux réalités des personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale pendant la détention***

Après avoir constaté les lacunes dans la prestation de services, le Protecteur du citoyen estime que des améliorations durables de la situation doivent s'articuler autour de quatre objectifs :

- clarifier les responsabilités respectives des divers intervenants engagés dans la prestation de services sociosanitaires en centre de détention;
- miser sur des collaborations efficaces;

---

<sup>xxxvi</sup> Ces plans, décrits dans la *Loi sur les services de santé et services sociaux*<sup>101</sup>, sont complétés lorsque la personne doit recevoir des services dispensés par plus d'un intervenant œuvrant dans plus d'un établissement, comme en centre de détention. Ils sont sous la responsabilité d'un coordonnateur imputable de leur mise en œuvre. Leur contenu comprend généralement l'identification des besoins, les objectifs, les moyens à utiliser, la durée prévisible des services ainsi qu'une mention de révision périodique, ce qui est similaire au contenu des plans d'intervention (PI) décrits dans cette loi. Un obstacle à l'élaboration de ces plans est lié au fait que le personnel infirmier dans les services correctionnels est surtout composé d'infirmiers ou d'infirmières auxiliaires. **Actuellement, ce personnel, légalement, n'a pas la possibilité d'élaborer ces plans.**

<sup>xxxvii</sup> Cette situation n'est pas nouvelle. Le rapport Corbo proposait les solutions suivantes : un protocole facilitant l'accès aux ressources du réseau de la santé et des services sociaux; proposer aux autres ministères de soutenir les régions moins nanties en s'efforçant de développer leurs ressources communautaires; étudier la spécialisation des centres de détention<sup>102</sup>.

- prendre en compte les besoins de la population carcérale;
- développer une vision clinique cohérente de la dispensation des services à l'intérieur des centres de détention.

#### 4.4.1 Clarifier les responsabilités des divers intervenants

Dans le contexte actuel, il appartient aux centres de détention d'assumer la prestation des services de santé aux personnes incarcérées, ce qui englobe les services en santé mentale. À cet égard, les centres de détention ont également à prévoir une réponse appropriée aux situations de crise<sup>xxxviii</sup>.

*Dans le contexte actuel, il appartient aux centres de détention d'assumer la prestation des services de santé aux personnes incarcérées.*

Pour faciliter l'exercice de ces responsabilités, le ministère de la Sécurité publique a conclu, en 1989, un protocole d'entente<sup>107</sup> avec le ministère de la Santé et des Services sociaux en conformité avec ce que prévoyait la *Loi sur les services correctionnels* de l'époque. Ce protocole porte sur le partage des responsabilités entre eux. Il régit l'accès aux services dans une perspective de continuité.

L'objectif est de permettre à la personne incarcérée de bénéficier des services sociosanitaires requis par son état de santé. Les dispositions de la *Loi sur le système correctionnel*<sup>108</sup> du Québec et le règlement d'application<sup>109</sup> prévoient, entre autres, la possibilité de permissions de sortir à des fins médicales, permissions que peut octroyer le directeur du centre<sup>xxxix</sup>.

Au Québec, l'arrimage des divers partenaires impliqués dans l'offre de services en santé mentale est loin d'être pleinement réalisé. Cependant, la collaboration intersectorielle a déjà permis, notamment dans les régions de Québec et des Laurentides, d'avoir une offre de services plus complète. Ces initiatives de collaboration ayant connu du succès doivent être diffusées dans les réseaux concernés et une aide devrait être apportée pour l'adaptation et l'implantation des modes d'organisation des services les plus satisfaisants. Bien que la création de tables de concertation soit utile, il apparaît cependant que ce n'est pas une condition suffisante pour assurer une telle collaboration.

<sup>xxxviii</sup> Dans les centres de détention, l'état des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale peut se détériorer pendant l'incarcération<sup>93-95,103-106</sup>. Dans certains cas, un ajustement du traitement suffit, mais dans d'autres, cette détérioration annonce une désorganisation susceptible de provoquer une crise. Enfin, dans d'autres cas, une crise peut survenir brusquement.

<sup>xxxix</sup> L'expérience du Protecteur du citoyen démontre que lorsqu'un avis du personnel soignant indique qu'un examen ou un traitement est requis en raison de l'état de santé d'une personne incarcérée, les gestionnaires du réseau correctionnel autorisent le plus souvent les demandes. Par ailleurs, il arrive que les demandes autorisées ne puissent être réalisées en raison de la non-disponibilité d'agents pour escorter la personne. Cela se traduit, dans certains cas, par l'annulation de rendez-vous. Cette situation est cependant davantage préjudiciable lors de suivi en clinique externe pour des problèmes de santé physique puisqu'un tel suivi n'est généralement pas considéré pour des problèmes de santé mentale.

*Si le ministère de la Sécurité publique est le principal responsable et coordonnateur de la mise en œuvre du plan gouvernemental en réinsertion sociale, la réussite de ce plan dépend largement de partenariats efficaces, notamment avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.*

Cette nécessité de développer des collaborations est renforcée par le dévoilement récent de différents plans d'action gouvernementaux ou intersectoriels qui contiennent des mesures visant les personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale, ou qui s'adressent à toute la population carcérale ou encore aux personnes avec de multiples problématiques. La frontière des champs de responsabilités entre le ministère de la Sécurité publique et celui de la Santé et des Services sociaux est, sous certains aspects, relativement poreuse. En effet, si le ministère de la Sécurité publique est le principal responsable et coordonnateur de la mise en œuvre du plan gouvernemental en réinsertion sociale<sup>10</sup>, la réussite de ce plan dépend largement de partenariats efficaces, notamment avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.

**À cet égard, nous avons répertorié dans le Plan interministériel en toxicomanie<sup>36</sup>, le Plan interministériel en itinérance<sup>37</sup> et le Plan gouvernemental en réinsertion sociale<sup>109</sup>, 88 mesures susceptibles de trouver application tout au long de la trajectoire d'une personne éprouvant un problème de santé mentale qui fait face à la justice ou qui est incarcérée.** Ces mesures concernent la prévention, le dépistage, les interventions précoces, la sensibilisation et la formation. Elles visent l'amélioration de la prise en charge, notamment par l'accès facilité aux ressources possédant le niveau d'expertise requis. Elles visent enfin la réinsertion sociale par des mesures d'accès aux traitements dans la communauté, d'accès au logement, à la scolarisation et à l'emploi. À cela, viennent de s'ajouter les 12 recommandations du comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale relevant du *Code criminel*. **Ces nombreuses mesures mettent en lumière la nécessité de bien clarifier les responsabilités respectives des divers intervenants et d'assurer un solide arrimage entre eux.**

*Récemment, le ministère de la Sécurité publique a confirmé son intérêt à ce que la responsabilité soit transférée au ministère de la Santé et des Services sociaux.*

Depuis plusieurs années, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Sécurité publique font des tentatives pour procéder à un transfert de la responsabilité de la dispensation des services de santé et des services sociaux dans les centres de détention vers le réseau de la santé et des services sociaux. En effet, les ententes de services et l'identification du ministère de la Santé et des Services sociaux comme collaborateur dans divers plans d'action n'ont pas permis, à ce jour, d'améliorer l'accès<sup>60</sup>. Récemment, le ministère de la Sécurité publique a confirmé son intérêt à ce que la responsabilité soit transférée au ministère de la Santé et des Services sociaux. Le comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale en a d'ailleurs fait une recommandation formelle.

**De l'avis du Protecteur du citoyen, ce transfert de responsabilité pour l'ensemble des services de santé et services sociaux est souhaitable.** Au-delà des enjeux d'implantation, ce transfert de responsabilité est la condition nécessaire pour la mise en œuvre la plus efficace

et efficiente des recommandations qui suivent aux prochaines sections concernant la réponse aux besoins cliniques et de réinsertion sociale.

Le potentiel de réduction de récidives lors d'une prise en charge adéquate des personnes éprouvant un problème de santé mentale a été clairement démontré<sup>27, 41-43, 48, 53, 55-59, 70, 86, 111-123</sup>. Ceci représente notamment un investissement pour la sécurité de l'ensemble des citoyens.

***Le potentiel de réduction de récidives lors d'une prise en charge adéquate des personnes éprouvant un problème de santé mentale a été clairement démontré.***

Or, l'efficacité repose au départ sur une responsabilité claire confiée aux acteurs qui ont les moyens d'agir. Actuellement, le ministère de la Santé et des Services sociaux et son réseau possèdent ces leviers pour assurer la dispensation des services préventifs, curatifs et d'intégration sociale à la sortie du centre de détention.

Par la même occasion, il faut confirmer au ministère de la Sécurité publique la responsabilité de la garde, non seulement en ce qui concerne les lieux physiques, mais aussi dans l'implantation des essentielles collaborations entre son personnel et les équipes de santé et de services sociaux. Par exemple, une telle collaboration est requise pour assurer l'élaboration et la mise en œuvre de plans intégrés d'intervention correctionnels et de services individualisés par des équipes multidisciplinaires.

#### ***4.4.2 Miser sur des collaborations efficaces***

Dans l'éventualité de ce transfert de responsabilités, les expériences étrangères démontrent que la coordination entre les milieux de la santé et correctionnels exige du temps et de nombreux ajustements<sup>103, 111, 124-133</sup>. Plus que jamais, la concertation efficace entre les réseaux sera donc nécessaire. En cette matière, notre analyse identifie les conditions de succès suivantes :

- un *leadership* démontré de la part de l'Agence de la santé et des services sociaux;
- une bonne connaissance des forces, mais aussi des contraintes et limites des réseaux des partenaires;
- une stabilité des personnes désignées pour le travail de concertation;
- une structure décisionnelle qui inclut des décideurs qui ont le pouvoir d'allouer les ressources;
- une ouverture des gestionnaires à supporter les initiatives qui émergent du travail conjoint des intervenants des différents réseaux impliqués sur le terrain;
- des décideurs en mesure de percevoir les bénéfices obtenus en fonction des investissements qu'ils consentent;
- une approche graduelle qui implique de bonifier les services au fur et à mesure que la démonstration des bénéfices qui en découlent incitera les réseaux partenaires à accroître leur participation;

- une mise à profit du Fonds de soutien à la réinsertion sociale<sup>XL</sup>, notamment pour le développement de services par les ressources communautaires avec lesquelles il y a déjà des liens.

#### 4.4.3 Prendre en compte les besoins de la population carcérale

Le réseau de la santé et des services sociaux a adopté une approche populationnelle selon laquelle l'organisation des services doit tenir compte des besoins de toutes les personnes du territoire desservi par chaque instance<sup>101</sup>. Cette approche couvre également les services pharmaceutiques en institution et dans la communauté. Des comités régionaux sur les services pharmaceutiques ont été créés pour, entre autres, faire des recommandations sur l'organisation de ces services et donner des avis sur leur accessibilité et les approches novatrices<sup>XLI</sup>.

Toutefois, les services sociosanitaires offerts en centres de détention sont très largement financés par le ministère de la Sécurité publique. C'est ce ministère qui a la responsabilité de déterminer le niveau de services, et non l'Agence de la santé et des services sociaux<sup>XLII</sup> du territoire où se trouve le centre de détention. L'Agence le fait pourtant pour le reste de la population.

*L'organisation clinique en santé mentale au Québec s'est faite sans véritablement tenir compte des spécificités du milieu carcéral.*

**Ainsi, il faut admettre que l'organisation clinique en santé mentale au Québec s'est faite sans véritablement tenir compte des spécificités du milieu carcéral.** Il est symptomatique de noter que le *Plan d'action en santé mentale*<sup>76</sup> 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux ne fait pratiquement aucun état des services à offrir dans les centres de détention.

Seules deux sections de ce plan portent sur la liste des établissements avec une mission de psychiatrie légale et sur la nécessité de collaboration, notamment avec le système judiciaire, dans la mise en place de services d'intégration sociale. Au sujet de la psychiatrie légale, le Plan d'action se limite à indiquer que le ministère de la Santé et des Services sociaux *a entrepris des travaux pour orienter la hiérarchisation des services en psychiatrie légale et fera connaître une proposition d'organisation provinciale ultérieurement*. Nous étions alors en

<sup>XL</sup> La *Loi sur le système correctionnel du Québec*<sup>108</sup> précise que la fonction de ces Fonds est d'établir annuellement un programme d'activités (travail, formation, loisirs) pour les personnes contrevenantes et de voir à son application. L'argent provient des personnes incarcérées qui travaillent, en contrepartie d'un salaire adapté, puisqu'elles cotisent aux Fonds. C'est donc grâce au travail rémunéré que les Fonds peuvent financer d'autres activités de réinsertion sociale.

<sup>XLI</sup> De plus, il s'agit de favoriser la continuité des soins ainsi que l'implantation de nouvelles dispositions de la *Loi sur la pharmacie*<sup>134</sup> visant à contribuer à une meilleure utilisation des compétences professionnelles des pharmaciens.

<sup>XLII</sup> Dès 1989, le protocole d'entente reconnaissait le rôle des instances régionales pour l'organisation des services et le contrôle de leur qualité, et ce, particulièrement en santé mentale. Cependant, le *leadership* des Agences s'exerce actuellement de manière variable selon les régions. Certaines ont développé des mécanismes de concertation et de collaboration avec les services correctionnels pouvant aller jusqu'à la conclusion d'ententes formelles pour la dispensation des services<sup>107</sup>.

2005. Le plan s'est terminé en 2010 et la proposition d'organisation n'est toujours pas connue. Quant à la collaboration intersectorielle pour l'intégration sociale, ce plan ne fait qu'en souligner la nécessité. Récemment, le comité interministériel sur la prestation de services de psychiatrie légale relevant du *Code criminel* a produit un rapport avec des recommandations concernant la hiérarchisation des services sans toutefois s'être attardé à l'accès à des services en santé mentale adéquats et suffisants à l'intérieur des centres de détention ou à la sortie de la détention<sup>91</sup>. Ce rapport a toutefois le mérite de bien cerner le rôle que devraient jouer les centres hospitaliers, notamment l'Institut Philippe-Pinel<sup>XLIII</sup>.

Il demeure que la psychiatrie légale ne bénéficie pas encore d'un mécanisme complet de hiérarchisation des services. Pour les autres volets du plan d'action en santé mentale, des objectifs précis ont été fixés pour les services de première ligne (cabinets privés de médecins ou de psychologues, organismes communautaires et centres de santé et de services sociaux), de deuxième ligne (départements hospitaliers de psychiatrie des CSSS) et de troisième ligne ou ultra-spécialisés (centres hospitaliers universitaires, établissements à vocation psychiatrique<sup>XLIV</sup> et Institut Philippe-Pinel). Pour le secteur de la psychiatrie légale, le partage des rôles n'est pas établi. Il en résulte des tensions entre ces acteurs qui privent certaines personnes de l'accès au niveau d'expertise requis.

*La psychiatrie légale ne bénéficie pas encore d'un mécanisme complet de hiérarchisation des services.*

Par ailleurs, le réseau de la santé et des services sociaux n'est pas complètement absent des centres de détention. Soixante-quinze pourcent (75 %) de ceux-ci ont recours, pour remplir leurs obligations, à du personnel de ce réseau. Plusieurs centres de détention ont établi des réseaux informels de collaboration avec des instances du réseau ou d'autres partenaires de leur région afin de faire connaître les besoins particuliers de leur clientèle.

Dans la perspective du Protecteur du citoyen, **le ministère de la Santé et des Services sociaux doit donc tenir compte des besoins des personnes incarcérées dans son offre de services, selon l'approche populationnelle actuellement en vigueur.**

---

<sup>XLIII</sup> L'Institut Philippe-Pinel de Montréal possède un statut particulier dans l'organisation des services de santé mentale au Québec et une vocation suprarégionale. Ses services répondent à des besoins particuliers, dont celui de déterminer l'aptitude à comparaître, la responsabilité criminelle ou toute autre question jugée pertinente par la Cour; évaluer la dangerosité et offrir un traitement de courte durée pour une clientèle présentant une maladie mentale aiguë, souvent avec comorbidité, nécessitant une hospitalisation en milieu sécuritaire; offrir un traitement et élaborer un plan de réinsertion sociale pour une clientèle qui présente une dangerosité pour autrui, en raison de certaines pathologies psychiatriques; offrir un programme spécifique aux hommes ayant commis des homicides ou des tentatives d'homicides intrafamiliaux.

<sup>XLIV</sup> Il s'agit des centres hospitaliers Robert-Giffard, Douglas, Louis-H.-Lafontaine, Rivière-des-Prairies et Pierre-Janet.

## **RECOMMANDATIONS VISANT L'ORGANISATION DES SERVICES ET LA RESPONSABILITÉ DE LEUR DISPENSATION**

**Considérant** les différentes lacunes observées dans la prestation de services de santé et de services sociaux en centres de détention;

**Considérant** la nécessité de clarifier les responsabilités des différents intervenants et d'assurer la mise en œuvre de collaborations plus efficaces entre le réseau de la santé et des services sociaux et celui de la sécurité publique;

**Considérant que** le réseau de la santé et des services sociaux possède les principales ressources et les moyens d'action pour assurer, en centre de détention, la dispensation de services préventifs, curatifs et de réinsertion sociale;

Le Protecteur du citoyen recommande :

**13. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux assume, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2012, la responsabilité de la dispensation des services sociosanitaires aux personnes en milieu carcéral, avec la collaboration du ministère de la Sécurité publique;**

**14. Que ce transfert de responsabilités s'accompagne d'un plan d'implantation qui distingue clairement les rôles et responsabilités, tout comme le niveau de ressources que doivent fournir respectivement le réseau de la santé et de services sociaux et le réseau des services correctionnels;**

**15. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux précise et intègre son offre de services sociosanitaires à l'intention de la population carcérale à ses orientations et plans d'action, tout comme à ses mécanismes de reddition de comptes.**

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Sécurité publique informent le Protecteur du citoyen des suites données à ces recommandations, et ce, d'ici le 31 mars 2012.

#### 4.4.4 Développer une vision clinique cohérente

En matière de santé et de services sociaux, les besoins des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale sont complexes. Tous ne nécessitent pas le même niveau d'intensité et de durée de services. Les services requis sont médicaux, infirmiers, pharmaceutiques, sociaux, de réadaptation et de réinsertion sociale. Ils font appel à une multitude d'intervenants, ce qui pose des enjeux en matière d'accessibilité, de continuité et de qualité.

Pour assurer l'intégration des aspects cliniques et organisationnels, le réseau de la santé et des services sociaux s'est doté d'outils en vue d'élaborer un projet clinique<sup>135</sup> dans chaque Centre de santé et de services sociaux (CSSS). Le projet clinique vise l'amélioration de l'accessibilité, notamment par une offre équilibrée de services généraux et spécialisés adaptés aux besoins des clientèles. Il favorise l'amélioration de la continuité, notamment par un passage sans rupture de services entre les organisations. Il a aussi pour objectif l'amélioration de la qualité, incluant l'expertise des intervenants, la pertinence des interventions, le respect des normes professionnelles et l'utilisation des meilleures connaissances.

La mise en œuvre du projet clinique implique le recours à six modèles cliniques probants, dont chacun trouve une pertinence en fonction des besoins d'un segment de la population<sup>XLV</sup>. Si on considère les besoins de la population carcérale, pour certains, ils ne sont que ponctuels, pour d'autres ils sont liés à la stabilisation d'une condition chronique (notamment les cas de troubles graves et persistants), tandis que pour d'autres encore, la réponse nécessite une offre de services en collaboration avec des partenaires intersectoriels (emploi et solidarité sociale ou éducation pour des cas avec des troubles de personnalité<sup>XLVI</sup>). La mise en œuvre de ces modèles cliniques permet entre autres :

**Les services requis sont médicaux, infirmiers, pharmaceutiques, sociaux, de réadaptation et de réinsertion sociale. Ils font appel à une multitude d'intervenants, ce qui pose des enjeux en matière d'accessibilité, de continuité et de qualité.**

---

<sup>XLV</sup> Ces modèles sont : 1) centrés sur la personne avec une réponse individualisée aux besoins en services généraux ou spécialisés ponctuels; 2) de soins et services coordonnés, fondés sur un fonctionnement d'équipe pour répondre aux besoins de services spécialisés ponctuels et de services généraux impliquant un suivi plus systématique des clientèles vulnérables; 3) communautaires, avec des liens étroits avec les partenaires intersectoriels et la santé publique pour répondre aux besoins de services ponctuels offerts dans divers programmes; 4) de gestion de la maladie qui standardise les services le long d'un continuum pour répondre aux besoins des clientèles ayant une pathologie chronique instable; 5) de soins et services intégrés qui, avec la gestion de cas, couvrent les besoins de services spécifiques et spécialisés ponctuels des clientèles ayant des problématiques complexes; 6) de collaboration, fondés sur les partenariats pour répondre aux besoins de prise en charge des multiples problématiques.

<sup>XLVI</sup> Plus spécifiquement, les personnes qui éprouvent des troubles de personnalité ont de grands besoins en réadaptation et en services d'intégration sociale. Dans l'étude du CICC, la prévalence des troubles de personnalité était assez élevée : 18 % des personnes incarcérées ayant reçu ce diagnostic. Les lignes directrices sont claires : un suivi médical n'est pas la composante principale de la prise en charge de ces troubles<sup>136-137</sup>.

- une réponse individualisée;
- une meilleure accessibilité accompagnée d'une responsabilisation de la personne face à sa santé;
- une hiérarchisation en fonction des besoins d'accès aux services généraux et spécialisés;
- une intégration de pratiques cliniques préventives et d'approches biopsychosociales;
- une continuité et une standardisation selon les meilleures pratiques pour les conditions chroniques;
- une coopération des divers organismes partenaires pour les cas complexes.

Par ailleurs, la mise en œuvre de ces modèles cliniques implique<sup>XLVII</sup> :

- une standardisation des trajectoires de soins et de services;
- la coordination, par la création de mécanismes de référence entre les niveaux de services, de mécanismes de communication et de partage de l'information clinique;
- le recours à la gestion de cas (agent de liaison ou intervenant pivot) pour coordonner la réalisation des plans (plans d'intervention, plans de services individualisés).

***Le Protecteur du citoyen constate l'absence d'une vision clinique susceptible de supporter une prestation adéquate et efficiente de services pendant la période de détention.***

Or, le Protecteur du citoyen constate l'absence d'une vision clinique susceptible de supporter une prestation adéquate et efficiente de services pendant la période de détention. Pourtant, les objectifs cliniques et correctionnels se rejoignent dans les aspects suivants :

- stabiliser la condition ou éviter la détérioration de la condition clinique afin de réduire la nécessité de transferts en centre hospitalier et les incidents en centre de détention;
- mettre en œuvre les interventions efficaces qui favorisent l'intégration sociale et la réduction de la récidive.

Ainsi, une vision clinique appropriée au contexte des centres de détention devrait viser les huit objectifs suivants<sup>2, 4, 18, 62, 84, 93-95, 98, 103-104, 106, 118, 122, 130-131, 133, 135, 137-144</sup> :

1. Instaurer un dépistage systématique des problèmes de santé mentale.
2. Permettre un partage efficace de l'information pertinente qui respecte les règles relatives à la confidentialité.
3. Assurer une prise en charge adéquate et continue de la condition clinique durant l'incarcération.

<sup>XLVII</sup> Ces exigences sont cohérentes avec les lignes directrices d'implantation des réseaux locaux de services intégrés en santé mentale émises en 2002<sup>73,138</sup>.

4. Assurer, sans délai, l'accès à la médication pertinente et favoriser l'observance du traitement pharmacologique.
5. Gérer plus efficacement les transferts.
6. Offrir un meilleur soutien au personnel dans les situations de crise.
7. Offrir une formation adaptée aux agents des services correctionnels.
8. Développer des moyens novateurs pour favoriser l'accès aux services.

#### **4.4.5 Instaurer un dépistage systématique des problèmes de santé mentale**

Un dépistage adéquat dépend de la prise de conscience des besoins, ceux-ci devant être évalués dès l'arrivée en centre de détention<sup>144</sup>. Si cette prise de conscience semble acquise pour le risque suicidaire, il en est autrement pour les autres problèmes de santé mentale qui demeurent souvent non dépistés. S'il est indéniable que le nombre d'admissions, de transferts et de comparutions peut entraîner des difficultés pratiques importantes dans l'administration d'un outil de dépistage systématique, il faut signaler que certains centres de détention au Québec, au Canada ou dans d'autres pays<sup>104, 130, 141, 144</sup> y parviennent<sup>XLVIII</sup>.

Rappelons qu'il ne s'agit pas d'outils de diagnostic, mais de dépistage, dont l'administration ne nécessite pas obligatoirement de mobiliser des professionnels de la santé (à l'heure actuelle, le dépistage du risque suicidaire est souvent effectué par les agents des services correctionnels), ne contrevient pas aux règles de confidentialité sur l'information médicale et ne nécessite pas de ressources importantes. De plus, le dépistage de la toxicomanie — qui est actuellement envisagé dans les centres de détention<sup>XLIX</sup> — pourrait s'intégrer dans une stratégie de dépistage systématique.

***Il ne s'agit pas d'outils de diagnostic, mais de dépistage, dont l'administration ne nécessite pas obligatoirement de mobiliser des professionnels de la santé.***

Certaines personnes ne veulent pas être identifiées comme éprouvant un problème de santé mentale. Cette réalité questionne la fiabilité des données auto-révélées lors du dépistage. Deux moyens concrets peuvent, en partie, combler cette lacune. D'une part, le dépistage systématique de la prise d'une médication permettrait, en partie, de s'assurer que ceux qui ne veulent pas révéler leur problème

<sup>XLVIII</sup> Par exemple, un centre a créé un court document nommé *Repérage clientèle psychiatisée en détention*, un outil simple d'autorévélation. La personne peut ainsi indiquer si elle a déjà été suivie en psychiatrie, qui a été son dernier psychiatre, la date de son dernier séjour en hôpital psychiatrique et les coordonnées de sa pharmacie. Aussi, on lui demande si elle estime avoir besoin d'une ressource d'hébergement en santé mentale de même que son lieu de résidence avant son entrée en détention, parce que tous ces renseignements ont un effet sur le retour en société. Par exemple, il est important de savoir si la personne vient d'une autre ville, si elle n'a plus de suivi avec son psychiatre ou si elle est itinérante, car il faudra rapidement tenter de trouver les ressources externes pour la sortie.

<sup>XLIX</sup> Ce dépistage est envisagé dans le plan intersectoriel en toxicomanie<sup>36</sup> et le plan gouvernemental en réinsertion sociale<sup>110</sup>. Actuellement, concernant la détection et l'intervention précoce en lien avec le plan en toxicomanie, une formation a été donnée à de nombreux intervenants des CSSS. Des services sont offerts au Centre de détention de Québec et au Palais de justice de Montréal.

spécifique aient tout de même l'opportunité d'avoir accès à leur médication. D'autre part, une sensibilisation à un repérage continu des personnes qui présentent des comportements inquiétants, comme le repli sur soi, faciliterait l'offre d'une aide susceptible de prévenir les situations de crise. Le dépistage doit, en plus, permettre de savoir si la personne bénéficie d'un suivi dans la communauté et si elle consent à une prise de contact avec l'intervenant responsable de ce suivi, alors que pour les personnes sans suivi, cela indique la nécessité de commencer rapidement les démarches qui permettront de garantir à la personne qui en a besoin un suivi adéquat à la sortie de détention.

Les agents de services correctionnels pourraient-ils être mis à contribution dans le dépistage systématique des problèmes de santé mentale? Ce dépistage devrait-il toujours être effectué par du personnel soignant? Cette question soulève plusieurs considérations qui concernent

***Il importe que pour les cas dépistés, une entrevue avec du personnel soignant soit effectuée dans les 24 heures.***

le volume d'admission, la disponibilité des effectifs et le portrait de la clientèle. Il importe cependant que le dépistage systématique soit implanté, qu'une formation appropriée, incluant la sensibilisation entourant les enjeux de stigmatisation, soit donnée à ceux qui doivent l'administrer (professionnels de la santé ou agents de services correctionnels) et que pour les cas dépistés, une entrevue avec du personnel soignant soit effectuée dans les 24 heures, afin d'établir les besoins et de permettre un classement

adéquat, tout comme la référence aux intervenants les plus appropriés pour la réponse aux besoins<sup>L</sup>.

Les bénéfices du dépistage dès l'arrivée au centre de détention semblent sous-estimés. Un dépistage adéquat permet un classement adapté, une évaluation plus rapide et plus juste des besoins et un recours aux services de santé pertinents. Ces pratiques peuvent se traduire par une plus grande efficacité pour les services correctionnels, dans le meilleur intérêt de la personne incarcérée. Ainsi, dans un centre, l'implantation d'un modèle intégré impliquant un repérage des cas en continu avec une référence au suivi médical par un psychiatre pour les cas nécessitant une stabilisation a éliminé le recours à l'hospitalisation en santé mentale. Avant l'implantation de ce modèle clinique, l'hospitalisation des personnes en crise était coûteuse. Elle mobilisait deux agents, 24 heures sur 24, en milieu hospitalier.

---

<sup>L</sup> La responsabilité de la formation doit être confiée au ministère de qui relève le personnel chargé de réaliser le dépistage. De plus, il est essentiel que le dépistage permette de donner accès aux services lorsqu'ils sont requis, à défaut de quoi l'exercice est futile.

#### **4.4.6 Permettre un partage efficace de l'information pertinente qui respecte les règles relatives à la confidentialité**

La mise en œuvre de mécanismes permettant de favoriser la continuité, tout comme l'accès à l'ensemble des expertises requises, soulève la question d'un partage efficace de l'information entre les divers intervenants, dans le respect des règles en matière de confidentialité. Pour une prise en charge efficace, il faut, d'une part, que le centre de détention ait accès, avec le consentement de la personne, à l'information pertinente recueillie avant la détention et, d'autre part, que le centre puisse transmettre les données, comme les ajustements de la médication ou les plans de soins infirmiers, aux intervenants qui assureront le relais à la sortie.

On a vu les lacunes constatées à ce sujet, alors que les mécanismes permettant une intervention concertée dans le respect des règles en matière de confidentialité sont bien connus<sup>99, 145</sup> et adéquatement implantés pour de nombreuses clientèles nécessitant des interventions multidisciplinaires et intersectorielles. Une partie de la solution réside donc dans l'implantation des outils utilisés dans le réseau de la santé et des services sociaux que sont les plans d'intervention ou les plans de services individualisés<sup>101</sup>.

*Une partie de la solution réside donc dans l'implantation des outils utilisés dans le réseau de la santé et des services sociaux que sont les plans d'intervention ou les plans de services*

Le contexte particulier de la détention exige cependant que ces plans (dont les objectifs sont strictement cliniques) soient articulés avec les plans correctionnels. Il importe donc que des balises plus précises soient fixées pour aider les intervenants à définir la ou les zones d'échange d'information leur permettant de réaliser leurs mandats respectifs, tout en respectant la confidentialité de l'information médicale et en assurant le maintien du lien de confiance essentiel entre le personnel soignant et les personnes incarcérées.

À cet égard, il importe que le ministère de la Sécurité publique, avec la collaboration du ministère de la Santé et des Services sociaux, élabore pour tous les centres de détention une politique en matière de confidentialité et d'accès au dossier médical qui soit conforme aux codes de déontologie professionnelle.

#### **4.4.7 Assurer une prise en charge adéquate et continue de la condition clinique durant l'incarcération**

Le Protecteur du citoyen constate les difficultés de dispenser en centre de détention les services de base normalement offerts aux personnes éprouvant des problèmes de santé mentale. Donner accès au suivi médical lorsque requis est un défi que les centres de détention doivent relever. Il en est de même pour les autres services de base en première ligne, qui comprennent les soins infirmiers, pharmaceutiques, les services de réadaptation et sociaux. Les personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale peuvent nécessiter de tels services, avec une intensité et une durée variables.

Il n'y a pas de modèle prédéfini qui stipule que les services doivent être fournis par du personnel des centres de détention, du personnel des CSSS ou du réseau communautaire, ou encore par des partenaires d'autres secteurs comme celui de l'éducation. Les particularités de chaque centre de détention, notamment les collaborations déjà entreprises, doivent être considérées.

Il importe cependant de définir les modalités d'accès, de continuité et d'évaluation de la qualité des services en tenant compte du portrait de la clientèle carcérale et des effectifs disponibles dans la région. Des objectifs clairs doivent être formulés pour contrer les ruptures de services ou les bris de continuité.

*Lorsque la personne incarcérée bénéficiait d'un suivi avec un intervenant avant la détention, la poursuite de ce suivi avec la même personne pendant la détention est non seulement pertinente, mais essentielle à la continuité et à la qualité des services.*

Pour chaque personne visée, il est très important d'élaborer et de mettre en œuvre, avec des équipes multidisciplinaires, des plans intégrés d'intervention correctionnels et de services individualisés afin de déterminer le niveau de services requis pendant l'incarcération et à la sortie.

Ainsi, lorsque la personne incarcérée bénéficiait d'un suivi avec un intervenant avant la détention, la poursuite de ce suivi avec la même personne pendant la détention est non seulement pertinente, mais essentielle à la continuité et à la qualité des services.

Si la personne ne bénéficiait pas d'un suivi dans la communauté, un mécanisme d'accès<sup>LI</sup> à une prise en charge pendant la détention, tout comme aux services lors de la sortie de détention, doit être instauré rapidement, car les listes d'attente peuvent être longues. On connaît l'impact sur la récidive de l'absence de suivi de la condition clinique à la sortie du centre de détention<sup>4, 70, 97, 123, 146-148</sup>.

#### **4.4.8 Assurer, sans délai, l'accès à la médication pertinente et favoriser l'observance**

Un dépistage efficace doit permettre de repérer les personnes qui prennent des médicaments afin d'obtenir leur consentement pour procéder rapidement au renouvellement des ordonnances valides auprès du pharmacien qui leur dispense les services dans la communauté. La personne doit être en mesure de fournir, lors de son admission, l'information requise à cet effet. L'expérience acquise avec le traitement des plaintes montre que plusieurs personnes sont en mesure de fournir cette information

---

<sup>LI</sup> Sauf exception, dans chaque région il existe déjà des mécanismes facilitant l'accès aux services de santé mentale pour les citoyens non incarcérés, par exemple la désignation d'un guichet unique dans un CSSS. Le mécanisme le plus utile devrait être défini au niveau régional en fonction des réalités locales concernant l'accès aux services de santé mentale. Toutefois, le Ministère doit donner des balises claires pour que les personnes incarcérées ou celles qui retournent en société à la suite d'une détention aient les mêmes droits d'accès aux services et selon le même niveau de priorité que l'ensemble de la population.

puisque lors de la prise de renseignements par le Protecteur du citoyen, elles ont donné des indications claires quant aux médicaments requis par leur état de santé.

Il faut insister sur le rôle central de la médication, dans un contexte de courte durée de séjour<sup>120, 147</sup>. Or, la problématique de l'inobservance ou du refus de prendre la médication prescrite dans un lieu où l'on craint le trafic de médicaments est complexe. Les centres de détention n'ont pas nécessairement accès aux soins pharmaceutiques<sup>LII</sup> offerts par les pharmaciens qui travaillent dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ou dans la communauté. Cette expertise serait utile, tant pour améliorer l'observance par une intervention ponctuelle auprès de certaines personnes que pour conseiller plus largement sur les questions de gestion des médicaments en institution ou de l'application de certains protocoles de sevrage. L'accès à de tels services nécessite un engagement des comités pharmaceutiques régionaux pour définir une offre de services adaptée au profil de la clientèle du centre de détention.

#### 4.4.9 Gérer plus efficacement les transferts

Le ministère de la Sécurité publique doit tout mettre en œuvre pour réduire les effets néfastes liés aux transferts<sup>LIII</sup>. Une meilleure planification est requise et des niveaux de priorité doivent être établis. L'état de santé, la prise d'une médication chronique, la nécessité d'élaborer un plan d'intervention ou de services individualisés sont des critères incontournables à considérer, en sus des critères correctionnels, dans la décision de procéder à un transfert. De plus, si le transfert est inévitable, le Ministère doit s'assurer que les outils de transmission des données permettent le partage de l'information contenue dans les plans de services. Cet enjeu est majeur : il n'est pas acceptable que des ruptures d'accès à la médication soient fréquemment attribuables aux procédures déficientes lors de transferts<sup>LIV</sup>. L'objectif à atteindre est d'assurer une continuité des services dans un contexte où le transfert est inévitable.

*Il n'est pas acceptable que des ruptures d'accès à la médication soient fréquemment attribuables aux procédures déficientes lors de transferts.*

---

<sup>LII</sup> La définition des soins pharmaceutiques retenue par l'Ordre des pharmaciens du Québec est : « [...] l'ensemble des actes et services que le pharmacien doit procurer à un patient, afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques de nature préventive, curative ou palliative » (Source : <http://guide.opq.org>). Ainsi, le rôle du pharmacien ne se limite pas à préparer et à livrer le médicament. Il est essentiel d'avoir une approche globale pour tous les médicaments requis par les personnes incarcérées pour que l'accès soit en fonction du besoin de santé et non du type de pathologie ou de médicament. Par exemple, on étudie la faisabilité de mettre en œuvre des projets pilotes pour le traitement de substitution à la méthadone afin de poursuivre sans rupture ce traitement. Il est louable de faire des efforts pour les problèmes de dépendance, mais une solution durable doit être mise en œuvre pour l'ensemble des problématiques.

<sup>LIII</sup> Les centres de détention ayant chacun leurs attributions concernant la prise en charge des personnes incarcérées éprouvant des problèmes de santé mentale, le système suppose un certain nombre de transferts. D'autres déplacements peuvent être nécessaires lorsque, dans un centre, des services médicaux ne sont pas disponibles. La surpopulation est un autre motif fréquent de déplacements.

<sup>LIV</sup> Cette situation est documentée dans 25 % des motifs de plaintes des personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale.

#### **4.4.10 Offrir un meilleur soutien au personnel dans les situations de crise**

Les modalités d'admission et de prise en charge subséquente ont une incidence réelle sur la réduction des situations de crise, mais il demeure que ces situations ne sont pas toutes évitables<sup>104-106</sup>. Le Plan d'action en santé mentale<sup>76</sup> prévoit l'accès, à l'ensemble de la population desservie par le réseau de la santé et des services sociaux, à un service de crise, adapté à la situation, 24 heures par jour et 7 jours sur 7. Cependant, les intervenants en milieu carcéral n'ont pas accès aux services requis pour soutenir une gestion de crise efficace puisque, comme mentionné, les services en centre de détention ne sont pas partie intégrante de ce Plan. À cet égard, les mécanismes actuels de liaison entre les centres de détention et les centres hospitaliers n'ont pas conduit à une gestion optimale de la prise en charge. Des ententes<sup>LV</sup> plus formelles sont requises.

*Les intervenants en milieu carcéral n'ont pas accès aux services requis pour soutenir une gestion de crise efficace.*

De plus, en raison des pénuries de personnel soignant pour assurer une couverture 24 heures sur 24, les agents des services correctionnels ne bénéficient que rarement du soutien clinique d'un intervenant de crise. Dans ce contexte, des formules novatrices de support doivent être considérées pour pallier les difficultés rencontrées. Un accès à l'expertise des centres de crise doit être assuré pour guider l'action et la décision<sup>LVI</sup>.

#### **4.4.11 Offrir une formation adaptée aux agents des services correctionnels**

Des besoins de formation des agents des services correctionnels ont été identifiés<sup>2, 84, 93-95, 144-145</sup>. S'ils ont acquis une expertise dans l'évaluation des risques en fonction des objectifs correctionnels pour l'imposition de mesures disciplinaires (par exemple, le recours à l'isolement), ils se disent moins habilités à détecter et à interpréter les comportements nécessitant d'alerter rapidement les services de santé. En milieu carcéral, certains termes comme « réclusion », « confinement », « isolement préventif », « ségrégation », « mesure administrative » ont des sens particuliers suivant le contexte d'utilisation d'une mesure d'isolement. Au-delà de ces termes particuliers, les intervenants ne différencient pas toujours les procédures qui peuvent entraîner une mesure d'isolement. C'est donc dire qu'un même comportement peut être interprété comme nécessitant une sanction disciplinaire de réclusion ou comme un isolement administratif visant à assurer la sécurité de la personne et/ou des tiers.

---

<sup>LV</sup> Dans le réseau de la santé et des services sociaux, on parle d'établir des corridors de services pour qualifier les ententes visant à faciliter le passage d'une institution à une autre. L'inclusion des services en centre de détention dans le projet clinique donnerait accès aux mécanismes qui permettent d'établir des corridors efficaces qui régleraient les problèmes évoqués précédemment concernant l'absence de hiérarchisation des services en psychiatrie légale pendant la détention. Ce même mécanisme est l'objet d'une recommandation du comité interministériel sur la prestation de services de psychiatrie légale pour les questions touchant le lieu de garde lors d'une ordonnance d'évaluation<sup>91</sup>.

<sup>LVI</sup> Un support par une consultation téléphonique, par exemple, semble préférable à une prise de décision en l'absence complète d'un intervenant de crise ou d'un professionnel de la santé lors de l'application de mesures de contrôle physique par les agents des services correctionnels.

#### ***4.4.12 Développer des moyens novateurs pour favoriser l'accès aux services***

Pour résoudre les problèmes d'accès à du personnel soignant, toutes les avenues n'ont pas été explorées. Par exemple, l'efficacité du recours à la télépsychiatrie est bien documentée et le niveau de satisfaction des patients est élevé<sup>148-154</sup>. Il s'agit d'une avenue qui mérite d'être davantage explorée, d'autant plus que la vidéo comparution est déjà intégrée dans les pratiques des centres de détention.

#### **RECOMMANDATIONS VISANT À ASSURER UNE PRISE EN CHARGE ADÉQUATE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE PENDANT LA DÉTENTION**

**Considérant** que les besoins des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale, en matière de santé et de services sociaux, sont complexes et variables, notamment en ce qui a trait au niveau d'intensité et de durée de services;

**Considérant** la nécessité de se doter d'une vision clinique cohérente pour supporter une prestation adéquate et efficiente de services médicaux et de services sociaux durant la période de détention;

**Considérant** que des modèles cliniques probants existent et permettent d'identifier les objectifs à poursuivre dans le développement de cette vision clinique;

Le Protecteur du citoyen recommande :

**16. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux et son réseau, avec la collaboration du ministère de la Sécurité publique, élabore et mette en œuvre une organisation clinique visant à garantir une offre de services adéquats aux personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale, incluant notamment :**

- **une procédure de dépistage systématique des problèmes de santé mentale à l'admission, accompagnée d'une formation aux intervenants chargés de l'administrer pour en assurer la fiabilité et éviter la stigmatisation;**
- **une procédure de dépistage systématique des personnes nécessitant une médication, accompagnée d'une prise de contact rapide avec le pharmacien pour le renouvellement des ordonnances valides;**
- **une procédure de prise de contact systématique avec l'intervenant pivot responsable du plan de service de la**

personne déjà suivie dans la communauté, si elle y consent;

- une procédure de prise de contact systématique avec le Curateur public ou le représentant légal, dans le cas où la personne bénéficie d'un régime de protection, conforme à l'entente intervenue entre le Curateur public et le ministère de la Sécurité publique;
- l'inscription à un mécanisme régional d'accès à un intervenant en mesure d'élaborer, en concertation avec les membres de l'équipe multidisciplinaire, un plan intégré d'intervention correctionnel et de services individualisés afin de déterminer le niveau de services requis pendant l'incarcération et à la sortie, pour la personne qui y consent et qui n'est pas déjà suivie;
- un programme de formation initiale et continue du personnel des services correctionnels, incluant l'acquisition de compétences pour le travail multidisciplinaire et la mise en œuvre de plans intégrés.

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux, avec la collaboration du ministère de la Sécurité publique, dépose au Protecteur du citoyen un état de situation sur la mise en œuvre des mécanismes retenus pour chaque région afin d'actualiser une organisation clinique adaptée, et ce, d'ici le 31 mars 2012.

Que le ministère de la Sécurité publique, avec la collaboration du Curateur public, dépose au Protecteur du citoyen un état de situation sur le respect de l'entente intervenue, et ce, d'ici le 31 mars 2012.

## 4.5 *La réinsertion et le retour en société*

Tant pour la personne elle-même que pour l'ensemble de la société, les bénéfices d'une réinsertion sociale efficace sont reconnus<sup>23, 27, 41-48, 53-59, 62, 67-72, 74, 80, 86, 98, 111-123, 137, 143, 156-161</sup>. Le Protecteur du citoyen s'est questionné sur la manière dont on prépare la sortie du centre de détention des personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale et sur ce qui les attend dans la communauté.

*Tant pour la personne elle-même que pour l'ensemble de la société, les bénéfices d'une réinsertion sociale efficace sont reconnus.*

Dans un premier temps, les lacunes constatées sont exposées. Par la suite, des pistes de solutions qui permettent de concilier l'intérêt individuel (le mieux-être de la personne) avec l'intérêt collectif (les impératifs de sécurité publique) sont présentées.

### 4.5.1 *Les lacunes constatées*

#### ***Une préparation inadéquate à la fin de la détention***

---

Il faut rappeler que la courte durée moyenne d'incarcération, jumelée à la pénurie de ressources humaines dédiées à la préparation à la sortie, rend difficile une approche individualisée en ce domaine. Ceci est particulièrement vrai pour les prévenus, en raison de leur très courte durée d'incarcération à ce titre. Pour faciliter le passage vers la communauté, il est crucial de disposer d'une bonne information. Toutefois, plusieurs personnes prévenues ont des dossiers non complétés dans le système informatique des services correctionnels, en plus d'un accès limité aux activités offertes aux autres personnes incarcérées<sup>LVI</sup>.

Il serait important que le ministère de la Sécurité publique s'assure que l'information concernant les prévenus soit colligée avec la même rigueur que celle concernant les autres personnes incarcérées et qu'elle serve à faciliter l'accès aux activités de réinsertion sociale pertinentes. Sans cette information, il sera difficile d'établir un lien de continuité avec les ressources de la communauté.

### 4.5.2 *Des personnes laissées à elles-mêmes à la sortie du centre de détention*

On pourra multiplier les ressources spécialisées à l'intérieur du centre de détention et améliorer les processus de prise en charge et de préparation à la sortie, cela ne donnera pas de résultats probants si les personnes sont ensuite laissées à elles-mêmes dans la communauté<sup>18, 20, 22, 26-27, 61, 70, 86, 113, 117, 119, 146-148, 162-163</sup>.

---

<sup>LVI</sup> Dans l'étude du CICC, le taux de dossiers avec données manquantes était de 32,2 %, soit de 1,6 % pour les détenus et de 30,6 % pour les prévenus.

*Les gains obtenus, notamment en ce qui concerne la stabilisation de l'état mental, s'estompent rapidement lorsque la personne doit reprendre de zéro toutes les démarches pour l'accès à un suivi dans la communauté.*

Or souvent, pendant la détention, les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ferment le dossier d'une personne qui était suivie dans la communauté. Parallèlement, le personnel clinique qui offre des services sociosanitaires en milieu correctionnel, sauf exception, n'assure aucun suivi à la sortie du centre de détention en matière de services socio-sanitaires. On comprendra que les gains obtenus, notamment en ce qui concerne la stabilisation de l'état mental, s'estompent rapidement lorsque la personne doit reprendre de zéro toutes les démarches pour l'accès à un suivi dans la communauté. Aussi, en raison de la stigmatisation qu'entraîne un passage en détention en plus des réticences habituelles auxquelles sont confrontées ces personnes pour obtenir une prise en charge, devoir chercher à nouveau de l'aide représente un lourd fardeau.

#### ***4.6 Pour une vision intégrée de l'intervention en réinsertion sociale***

La prévention d'une infraction, tout comme de la récidive, est un impératif de sécurité publique au même titre qu'elle est une priorité de santé publique pour les personnes vulnérables. À ce jour, des exercices de planification ont été menés, des données scientifiques sont disponibles pour identifier les modes d'intervention, des initiatives québécoises novatrices sont implantées, les facteurs de succès de la collaboration intersectorielle sont connus. La mise en œuvre de la planification et l'articulation d'une offre intégrée de services de réinsertion sociale à la grandeur du Québec demeure cependant à consolider.

*Si les mesures prônées dans les différents plans gouvernementaux sont bénéfiques en elles-mêmes, leur intégration dans la pratique quotidienne reste peu articulée.*

Tout comme pour la prise en charge clinique pendant la détention, le principal constat est l'absence de vision intégrée de l'intervention en réinsertion sociale. **Si les mesures prônées dans les différents plans gouvernementaux sont bénéfiques en elles-mêmes, leur intégration dans la pratique quotidienne des intervenants, dans le respect des caractéristiques propres à chaque client, reste peu articulée.**

##### ***4.6.1 Renforcer la concertation entre les ministères et les mesures de suivi***

Au cours des cinq dernières années, plusieurs initiatives gouvernementales ont été annoncées. On pense notamment au Plan d'action en santé mentale<sup>76</sup>, au Plan d'action interministériel en itinérance<sup>37</sup>, au Plan d'action interministériel en toxicomanie<sup>36</sup> et au tout récent Plan d'action en réinsertion sociale<sup>110</sup>. Le Protecteur du citoyen a analysé avec attention le Plan d'action en réinsertion sociale puisqu'il en avait recommandé la réalisation. Il a pu constater avec satisfaction que ses recommandations ont été effectivement prises en compte. Il reste à s'assurer que des ressources adéquates viendront soutenir la réalisation des mesures annoncées.

Différentes mesures abordent dans ces plans, sous différents angles, des enjeux liés à la réinsertion des personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale. À cet égard, selon le Protecteur du citoyen, cinq actions sont prioritaires pour assurer des résultats concrets aux mesures annoncées :

1. les ministères concernés par les mesures des divers plans doivent compléter l'exercice de planification en définissant clairement un panier de services et le niveau de ressources à y consacrer;
2. les ministères concernés doivent définir des cibles permettant la mesure de l'atteinte des résultats sur la récidive tout comme sur l'état de santé;
3. les ministères concernés doivent rédiger des lignes directrices qui identifient les meilleures pratiques pour la mise en œuvre des mesures;
4. les ministères concernés doivent instaurer une obligation de suivi lors de transitions entre les secteurs, et ce, jusqu'à ce qu'un autre intervenant puisse prendre le relais;
5. les ministères concernés doivent instaurer des incitatifs au développement de meilleures pratiques et à l'adaptation de ces meilleures pratiques aux réalités propres à chaque territoire, notamment par la mise en place de mécanismes efficaces de partage d'information sur les initiatives ayant connu du succès.

#### **4.6.2 Développer les programmes de suivi intensifs dans la communauté**

Les meilleurs résultats d'intégration sociale et de réduction de la récidive pour les ex-détenus éprouvant des problèmes chroniques de santé mentale seraient obtenus par un continuum de services à la fois médicaux, sociaux et de contrôle<sup>71, 86, 117-121, 123</sup>. Ce continuum doit être associé à l'individualisation du plan de service (ces plans incluent le traitement), dans un environnement relativement stable et dans un contexte où les besoins vitaux sont assurés. L'accès à l'aide de dernier recours pour les plus démunis est crucial à cet égard.

L'objectif est que la personne qui éprouve un problème de santé mentale puisse bénéficier d'un plan intégré de manière cohérente, coordonné par un intervenant au fait de ses besoins et qui fait appel au niveau d'intensité de services et de ressources requis pour l'atteinte efficiente des objectifs.

***L'objectif est que la personne qui éprouve un problème de santé mentale puisse bénéficier d'un plan intégré de manière cohérente.***

Au Québec, il existe certains programmes de « suivis intensifs dans la communauté » favorisant le recours à des professionnels spécialisés dans le suivi post-libératoire de personnes éprouvant des problèmes de santé mentale. Ainsi, différentes équipes ont été mises sur pied depuis quelques années. Toutefois, ces programmes de suivi ne sont offerts qu'aux personnes incarcérées dans les établissements sous administration fédérale.

Ces équipes travaillent avec le *Program of Assertive Community Treatment*, aussi appelé PACT, qui est habituellement traduit en français par « suivi intensif dans la communauté ». Ce

programme présente une offre de services intégrée des volets médicaux, sociaux et de réadaptation, ce qui pallie le problème des silos cliniques. Il est adapté à la clientèle qui sort des centres de détention, notamment dans sa capacité de détecter la dangerosité, d'élaborer des plans qui tiennent compte du potentiel de violence ou d'agression, de gérer les crises, de lutter contre l'exclusion ou la stigmatisation. Lorsque requis, il permet un recours pertinent aux services de police. De plus, il offre un filet de sécurité aux familles qui ont souvent un vécu chargé sur le plan émotionnel<sup>4</sup>. Ce programme tend maintenant à être remplacé par des programmes de type *Forensic Assertive Community Treatment (FACT)*, pouvant être traduits par « Suivi légal et intensif en communauté ». Les programmes FACT se distinguent en ciblant davantage les centres de détention et en intégrant à l'équipe au moins un agent de probation<sup>86, 117, 157</sup>.

Les éléments essentiels au succès de ces modèles d'intervention reposent, d'une part, sur la rédaction d'un plan individualisé et, d'autre part, sur la présence d'un intervenant pivot ou agent de liaison imputable de la mise en œuvre de ce plan. Cet intervenant doit être en mesure **de faire l'arrimage avec une ressource d'hébergement ainsi qu'avec l'aide sociale, et de faire le lien avec l'agent de probation afin d'intégrer de manière cohérente la prestation de services requise selon le plan d'intervention.**

Il faut aussi comprendre que, tant pour la portion du suivi correctionnel que pour celle du suivi en santé et en services sociaux, le niveau d'intensité des services à fournir est individualisé. **Les habiletés sociales, l'observance de la médication, la consommation d'alcool ou de drogues sont parmi les éléments qui influencent le niveau d'intensité requis.** Par exemple, dans la littérature<sup>72, 73, 157</sup>, les ratios sont<sup>LVIII</sup> :

Niveau d'intensité	Ratios d'un intervenant pour	Nécessaire pour
<i>Suivi intensif</i>	8 à 15 personnes	1 à 2 personnes par 1 000 de population
<i>Suivi d'intensité variable</i>	12 à 25 personnes	2,5 à 3 personnes par 1 000 de population
<i>Suivi de base</i>	25 à 45 personnes	5 à 6 personnes par 1 000 de population

<sup>LVIII</sup> Si on applique ces standards aux données fournies dans le portrait révélé par l'étude du CICC, pour une population carcérale de 4 000 personnes dont la prévalence des troubles graves est de 10 fois supérieure et celle des autres troubles de 3 fois supérieure, un maximum de 16 intervenants serait requis pour assurer la coordination du suivi. Des ratios similaires sont aussi établis dans le Plan d'action en santé mentale<sup>76</sup> soit : un intervenant pour 8 à 12 personnes — 70 places par 100 000 habitants — pour le suivi intensif; un intervenant pour 12 à 25 personnes — 250 places par 100 000 habitants — pour le suivi d'intensité variable.

Par ailleurs, les bénéfices d'une telle approche sont réels. Ainsi, à partir du moment où il y a un suivi des personnes qui éprouvent un problème de santé mentale, on observe une réduction importante des rechutes, tant pour ce qui est de la judiciarisation que de l'hospitalisation<sup>70, 86, 117</sup>. Un tel suivi apporte, également, un mieux-être aux personnes.

*À partir du moment où il y a un suivi des personnes qui éprouvent un problème de santé mentale, on observe une réduction importante des rechutes, tant pour ce qui est de la judiciarisation que de l'hospitalisation.*

Certains modèles développés pour les clientèles des centres de détention sous compétence provinciale méritent attention et sont fondés sur la notion de continuum de services<sup>86, 116, 121, 164</sup>. Le modèle implanté dans la région de Québec et le récent modèle développé dans la région des Laurentides offrent des pistes intéressantes pour répondre aux besoins prioritaires de leur clientèle.

#### **4.6.3 Assister les plus vulnérables afin d'assurer la satisfaction de leurs besoins de base**

La responsabilisation des personnes est un objectif louable qui mérite d'être pris en compte dans la gestion de tous les services. En revanche, certaines personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale ne seront jamais aptes au travail et elles sont susceptibles d'avoir des difficultés à remplir, sans soutien, les formalités leur permettant l'accès à l'aide de dernier recours ou l'obtention du soutien d'organismes communautaires<sup>165-166</sup>. Ces personnes doivent donc recevoir un appui de la part des agents des services correctionnels ou de ceux du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale afin d'assurer la satisfaction de leurs besoins de base à leur sortie du centre de détention<sup>LIX</sup>.

À cet égard, le ministère de la Sécurité publique, de concert avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, doit intégrer cette pratique dans le panier de services de base en réinsertion sociale à définir dans le Plan<sup>110</sup> d'action en réinsertion sociale<sup>LX</sup>. Une mise en garde s'impose. Ici aussi, il faut éviter une approche « en silo » par la juxtaposition d'un ensemble de mesures non intégrées qui empêche les intervenants de bâtir un véritable plan d'intervention individualisé ou plan de service individualisé, cohérent avec le plan d'intervention carcérale<sup>73, 147, 162, 167-168</sup>.

---

<sup>LIX</sup> Lors de ses visites, le Protecteur du citoyen a noté que certains centres de détention ont développé des liens avec des répondants du réseau des centres locaux d'emploi. Ceux-ci viennent sur place pour soutenir les personnes incarcérées qui demandent une aide pour préparer la documentation nécessaire à une demande de prestation d'aide de dernier recours. Dans certains cas, ce n'est que le Centre local d'emploi sur le territoire immédiat du centre de détention qui fournira un service. Parfois, il n'y a aucun service disponible sauf, sur demande, la prise d'un rendez-vous téléphonique.

<sup>LX</sup> Plusieurs des mesures décrites au plan gouvernemental en réinsertion sociale<sup>110</sup> s'inscrivent en continuité avec celles décrites dans le plan d'action en santé mentale<sup>76</sup> et dans les plans interministériels en toxicomanie<sup>36</sup> et en itinérance<sup>37</sup>. Il est bien sûr trop tôt pour estimer l'effet d'un tel plan, mais on peut souligner qu'une attention devra être portée à assurer une articulation cohérente entre les divers objectifs et les mesures de l'ensemble de plans gouvernementaux ou ministériels ciblant les personnes contrevenantes pour assurer une planification cohérente.

#### 4.6.4 Évaluer les coûts et les bénéfices d'une telle approche

*Dans un contexte difficile au plan des finances publiques, la démonstration de l'efficacité des interventions est un facteur important.*

Dans un contexte difficile au plan des finances publiques, la démonstration de l'efficacité des interventions est un facteur important qui facilite l'obtention de ressources de transition pour la mise en œuvre des changements souhaités. L'exemple des écueils lors de la désinstitutionnalisation en santé mentale est éloquent à cet égard. Pourtant, le recours à l'évaluation économique qui permet de mettre en relation les coûts d'une intervention et ses bénéfices est peu fréquent en santé mentale comparativement à d'autres secteurs, particulièrement en santé physique.

Avec des données fiables sur le portrait de la clientèle, des standards connus quant au niveau de ressources à consacrer pour des suivis efficaces en fonction du profil, des données d'efficacité provenant des études scientifiques sur la récidive, la réduction des hospitalisations et l'amélioration de la qualité de vie par la réinsertion sociale, on peut mettre en lumière les bénéfices obtenus en fonction des ressources à investir.

En bref, les principes en évaluation économique demandent d'estimer minimalement les coûts directs, soit de comparer le coût par jour d'incarcération consacré à des récidivistes au coût des programmes de suivi dans la communauté. Cet exercice est essentiel, car l'ajout ou la réallocation de ressources doit être transparent pour rassurer la population et les victimes d'actes criminels que les choix effectués pour assurer la sécurité publique sont les plus efficaces et les plus efficaces.

De plus, il faut discuter des bénéfices non quantifiables tels le mieux-être des personnes qui reprennent le contrôle de leur vie et sur leur maladie ainsi que le sentiment de sécurité des proches qui, rappelons-le, sont à la fois inquiets et les plus à risque d'être les victimes si une crise conduit à des comportements d'agression. À cet égard, il convient de rappeler qu'une reddition de comptes adéquate, pour témoigner de la qualité des services, ne repose pas uniquement sur une logique de nombre et que les méthodes qualitatives ont fait leurs preuves pour témoigner des retombées d'un programme ou des interventions.

#### **RECOMMANDATIONS VISANT LA RÉINSERTION SOCIALE**

**Considérant** les lacunes constatées dans les interventions actuelles en matière de réinsertion sociale;

**Considérant** la nécessité de développer et mettre en œuvre une vision intégrée de l'intervention en réinsertion sociale;

**Considérant** le Plan d'action en réinsertion sociale, rendu public récemment;

Le Protecteur du citoyen recommande :

**17. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux, avec la collaboration du ministère de la Sécurité publique, établisse le niveau de ressources requis pour assurer à chaque personne susceptible d'en bénéficier l'accès à un suivi dans la communauté du niveau d'intensité approprié;**

**18. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans son offre de services en centre de détention, s'assure qu'un intervenant clinique qui œuvre principalement à l'intérieur d'un centre de détention ne puisse mettre fin au suivi d'une personne avant qu'un autre intervenant œuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux n'assume la continuité de la prise en charge des besoins sociosanitaires de la personne qui y consent;**

**19. Que le ministère de la Sécurité publique, en tant que responsable de la définition du niveau de base des services de soutien, inclue les services visant à faciliter les démarches de demande de prestation de dernier recours pour assurer la satisfaction des besoins de base de la personne au sortir de la détention et instaure une procédure efficace de liaison avec les ressources communautaires et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale pour étendre à tout le réseau correctionnel ces services dans un plan intégré de réinsertion sociale;**

Que le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Santé et des Services sociaux déposent au Protecteur du citoyen un état de situation sur les suites données à ces recommandations, et ce, d'ici le 31 mars 2012.

## **RECOMMANDATION CONCERNANT LES COÛTS ET LES BÉNÉFICES**

**Considérant** la nécessité de démontrer l'efficacité des interventions financées par des fonds publics;

**Considérant** l'absence d'évaluation économique des coûts et des conséquences des interventions menées au Québec dans le domaine de la santé mentale pour les personnes judiciairisées;

**Considérant** que la mise en œuvre des recommandations du présent rapport viendra modifier la répartition des budgets dans les centres de détention, dans les hôpitaux et dans la communauté;

Le Protecteur du citoyen recommande :

**20. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux mandate l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux afin de mener une évaluation économique pour estimer les impacts des recommandations du présent rapport, et ce, avec la collaboration du ministère de la Sécurité publique;**

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux dépose au Protecteur du citoyen les résultats de l'évaluation économique, et ce, d'ici le 31 janvier 2012.

#### **RECOMMANDATION VISANT LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS DU PROTECTEUR DU CITOYEN**

Le Protecteur du citoyen recommande :

**21. Que le ministère de la Sécurité publique, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Justice désignent une personne responsable du suivi des recommandations auprès du Protecteur du citoyen d'ici le 30 juin 2011.**

## 5 Conclusion

---

En introduisant le présent rapport, nous avons exprimé l'avis que l'incarcération et le besoin de soins ne doivent pas être opposés, dans la perspective de favoriser, lorsque possible, le rétablissement durable de la personne et son retour le plus réussi dans la société. Loin d'être utopique, la poursuite simultanée d'objectifs sociosanitaires et de réinsertion sociale nous paraît incontournable tant dans l'intérêt de la personne incarcérée, qui aura purgé sa peine, que de celui de ses proches et de la société. En ce sens, il est nécessaire de stabiliser la condition des personnes incarcérées éprouvant des problèmes de santé mentale, afin de réduire la nécessité de transferts en centre hospitalier et les incidents en centre de détention. Il faut également mettre en œuvre des interventions efficaces qui favorisent l'intégration sociale, ce qui a un impact positif démontré sur la réduction de la récidive.

Pour atteindre ces buts cependant, il importe de développer une vision clinique cohérente qui permette de supporter une prestation adéquate et efficace de services pendant la période de détention. Or, les modes actuels d'organisation des services dans les centres de détention ne favorisent pas ce développement. Au contraire, l'organisation des services en santé mentale au Québec s'est faite sans véritablement tenir compte des spécificités du milieu carcéral. Si on désire vraiment améliorer la condition des personnes incarcérées et réduire la récidive, il faut considérer l'ensemble de leurs besoins sociosanitaires, qu'ils soient médicaux, infirmiers, pharmaceutiques, psychosociaux, de réadaptation ou de réinsertion sociale.

Le réseau de la santé et des services sociaux possède tous les leviers afin d'assurer la dispensation des services préventifs, curatifs et d'intégration sociale à la sortie du centre de détention. Dans cette logique, la responsabilité de dispenser les services sociosanitaires requis aux personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale doit revenir à ce réseau. Le transfert de responsabilités du ministère de la Sécurité publique vers le ministère de la Santé et des Services sociaux doit donc se réaliser et s'accompagner des moyens d'action conséquents.

***Le transfert de responsabilités du ministère de la Sécurité publique vers le ministère de la Santé et des Services sociaux doit se réaliser et s'accompagner des moyens d'action conséquents.***

Le Protecteur du citoyen est conscient du contexte budgétaire difficile. Cependant, on aurait tort de ne pas considérer l'impact très positif d'une réinsertion sociale réussie sur la diminution de la récidive qui engendre en soi des coûts financiers, humains et sociaux considérables et des risques de sécurité publique. Assurer aux personnes incarcérées qui éprouvent des problèmes de santé mentale des services requis par leur condition, c'est favoriser le mieux-être de ces personnes et contribuer à bâtir durablement le sentiment collectif de sécurité de leurs proches et de la société en général.



## 6 Bibliographie

---

1. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, 4<sup>e</sup> éd. Paris, Masson, 2003, 1056 p.
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Rapport du comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale. Services aux adultes (2004) <http://publications.msss.gouv.qc.ca>.
3. Ministère de la Sécurité publique <http://www.securitepublique.gouv.qc.ca>
4. Torrey EF, Stanley J, Monahan J, Steadman HJ; MacArthur Study Group (2008) *The MacArthur Violence Risk Assessment Study revisited: two views ten years after its initial publication*, *Psychiatr Serv*, vol. 59, n° 2, pp. 147-152.
5. Monahan J, Redlich AD, Swanson J, Clark Robbins P, Appelbaum PS, Pettila J, Henry JD, Steadman J, Swartz M, M.D., Angell B, McNiel DE, (2005) *Use of Leverage to Improve Adherence to Psychiatric Treatment in the Community*, *Psychiatr Serv*, vol. 56, pp. 37-44.
6. Choe JY, Teplin LA, Abram KM. (2008) *Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns*. *Psychiatr Serv*, vol. 59, n° 2, pp. 153-64.
7. Lamb HR, Shaner R, Elliott DM, DeCuir WJ Jr, Foltz JT. (1995) *Outcome for psychiatric emergency patients seen by an outreach police-mental health team*. *Psychiatr Serv*, vol. 46, n° 12, pp. 1267-1271.
8. Bellot C, Cousineau MM. (1996) *Représentations et pratiques des agents de sécurité à l'égard des itinérants*. Les cahiers de recherche du CRI, 102 p. <http://www.er.uqam.ca>
9. Bellot C, Raffestin I, Royer MN, Noël V. (2005) *Judiciarisation et criminalisation des personnes itinérantes à Montréal*. Rapport de recherche pour le Secrétariat National des Sans-abri, 150 p. <http://www.er.uqam.ca>
10. Campbell C, Eid P. (2009) *La judiciarisation des personnes itinérantes à Montréal: un profilage social*. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 202 p. <http://intraspect.ca>
11. Humphreys, M. (2000) *Aspects of basic management of offenders with mental disorders*. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 6, n° 1, pp. 22-30.
12. Cotton D, Coleman T. (2008) *Étude des programmes de formation et d'éducation offerts par les écoles de police aux nouveaux agents de police pour faciliter leur interaction avec des personnes atteintes de maladies mentales*. Rapport préparé pour le compte du sous-comité de la police et la santé mentale de l'Association canadienne des chefs de police et du Comité consultatif sur la santé mentale et la loi de la Commission de la santé mentale du Canada, 28 p. <http://www.pmhl.ca>
13. L.R.Q. c. P-38.001 *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*.
14. Directives NOJ-1 <http://www.justice.gouv.qc.ca/français/publications/générale/non-juridic.htm>.

15. Laberge, D., Landreville, P., Morin, D., Robert, M. & Soullière, N. (1995) *Maladie mentale et délinquance: deux figures de la déviance devant la justice pénale*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 153 p.
16. Laberge D, Robert M. (1992) *La judiciarisation de la santé mentale: profil des personnes accusées devant la cour municipale de Montréal*. *Santé mentale* Vol. 5, n° 1, pp. 31-46.
17. Dessureault, D., Côté, G. & Lesage, A. (2000) *Impact of first contacts with the criminal justice or mental health systems on the subsequent orientation of mentally disordered persons toward either system*. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(1), 79-90.
18. Steadman HJ, Cocozza JJ, Veysey BM. (1999) *Comparing outcomes for diverted and nondiverted jail detainees with mental illness*. *Law and Human Behavior*, vol. 23, pp. 615-627.
19. Johnsrud M. (2004) *The Bexar County Jail Diversion Program: Measuring the Potential Economic and Societal Benefits*. Policy report sponsored by The Center for Health Care, 19 p. <http://www.chcsbc.org>
20. Fisher WH, Silver E, Wolff N. (2006) *Beyond "criminalization": Developing a criminologically-informed framework for mental health policy and services research*. *Administration and Policy in Mental/Mental Health Services Research*, vol. 33, pp. 544-557.
21. Cardinal, C, Laberge, D. (1999) *Le système policier et les services de santé mentale*. *Santé mentale au Québec*, vol. 24, n° 1, pp. 199-220.
22. Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, Williams BA, Murray OJ (2009) *Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door*. *Am J Psychiatry*. Vol. 166, n° 1, pp. 103-109.
23. Broner N, Lattimore PK, Cowell AJ et Schlenger WE. (2004) *Effects of diversion on adults with co-occurring mental illness and substance use: outcomes from a national multi-site study*. *Behav. Sci. Law*, vol. 22, pp. 519-541.
24. Borum R, Williams Deane M, Steadman HJ, Morrissey J. (1998) *Police perspectives on responding to mentally ill people in crisis: perceptions of program effectiveness*. *Behavioral Sciences & the Law*, vol. 16, n° 4, pp. 393-405.
25. Association canadienne pour la santé mentale (2008) *Crisis Intervention Policy for Police Working with People with Mental illness/Concurrent Disorders*, <http://www.cmha.bc.ca>
26. Compton MT, Badora M, Watson AC, Oliva JR. (2008) *A Comprehensive Review of Extant Research on Crisis Intervention Team (CIT) Programs*, *J Am Acad Psychiatry Law*, vol. 36, n° 47-SS, pp. 47-55.
27. Cowell AJ, Broner N et Dupont R. (2004) *The cost-effectiveness of criminal justice diversion programs for people with serious mental illness co-occurring with substance abuse*. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, vol. 20, n° 3, pp. 292-315.
28. Watson A, Morabito MS, Draine J et Ottati V. (2008) *Improving Police Response to Persons with Mental Illness: A Multi-Level Conceptualization of CIT*. *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 31, pp. 359-368.
29. Watson AC, Ottati VC, Morabito M, Draine J, Kerr AN, Angell B. (2010) *Outcomes of police contacts with persons with mental illness: the impact of CIT*. *Adm Policy Health*, vol. 37, n° 4, pp.302-317.

30. Bibeau N. (2008) *Projet-pilote à la cour municipale de la Ville de Montréal d'intervention multidisciplinaire pour les contrevenants souffrant de troubles mentaux « Tribunal de la santé mentale »*. Document synthèse, Agence de la santé et services sociaux de Montréal.
31. 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*, vol. 3, n° 2, 21 p.
32. Laberge D, Landreville P, Morin D, Casavant L. (1997) *L'urgence psychosociale. Évaluation de la période de rodage*. Montréal: Les Cahiers de recherche du CRI, 91 p. <http://www.er.uqam.ca>
33. Morin D, Landreville P, Laberge D. (2000) *Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale : le modèle de l'Urgence psychosociale-justice*. *Criminologie*, vol. 33, n° 2, pp. 81-107.
34. Racine P, Grégoire L. (2005) *Évaluation de l'implantation d'un modèle d'organisation de services sur le territoire du Québec métropolitain*. Direction régionale de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale Nationale, 77 p.
35. Cardinal C, Mercier C (2004) *Les systèmes judiciaires et de santé : obstacles et points d'appui pour des actions intersectorielles*. *Canadian Journal of Community Mental Health (Revue canadienne de santé mentale communautaire)*, vol. 23, n° 1, pp. 19-35.
36. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006) *Unis dans l'action : Plan d'action intersectoriel en toxicomanie 2006-2011*. Bibliothèque nationale du Québec, 80 p.
37. Ministère de la Santé et des services sociaux (2009) *Pour leur redonner... la dignité, la confiance, un toit, la santé, l'espoir, un avenir : Plan d'action intersectoriel en itinérance 2010-2013*. Bibliothèque et Archives nationale du Québec, 50 p.
38. Ministère de la Santé et des services sociaux (2010) *Comité interministériel MSP-MSSS sur les interventions policières en situation d'urgence auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle*. Bibliothèque et Archives nationale du Québec, 20 p.
39. Barreau du Québec (2010) *Rapport du groupe de travail sur la santé mentale et la justice du Barreau du Québec*, 26 p. <http://www.barreau.qc.ca>
40. Noreau P. (2000) *Judiciarisation et déjudiciarisation : la part de la poursuite et de la défense : contribution à la sociologie du droit*. *Criminologie*, vol. 33, n° 2, pp. 55-79.
41. Boccaccini MT, Christy A, Poythress N, Kershaw D. (2005) *Rediversion in two postbooking jail diversion programs in Florida*. *Psychiatric Services*, vol. 56, pp. 835-839.
42. Ferguson A, Hornby H, Zeller D. (2008a) *Outcomes from the last frontier: An evaluation of the Anchorage Mental Health Court*. Hornby Zeller Associates, Inc. Mai 2008, 65 p.
43. Ferguson A, McAuley K, Hornby H, Zeller D. (2008b) *Outcomes from the last frontier: An evaluation of the Palmer Coordinated Resources Project*. Hornby Zeller Associates, Inc. Juillet 2008, 55 p.
44. Laplante JM, Muskie ES. (2006) *Corrections at a Crossroads. A Report to Cumberland County, Maine*. 146 p.
45. Lattimore PK, Broner N, Sherman R, Frisman L, Shafer MS. (2003) *A comparaison of prebooking and postbooking diversion programs for mentally ill substance-using*

- individuals with justice involvement*. Journal of Contemporary Criminal Justice, vol. 19, n° 1, pp. 30-64.
46. Steadman, HJ, Naples, M. (2005c) *Assessing the effectiveness of jail diversion programs for persons with serious mental illness and co-occurring substance use disorders*. Behavioral Sciences & the Law, 23(2), 163-170.
  47. National GAINS Center for People with Co-Occurring Disorders in the Justice System (2002) *The National Project: An alternative to incarceration program for people with serious mental illness who have committed felony offenses*. Program Brief Series. Delmar, NY: Author.
  48. Cosden, M, Ellens J, Schnell J, Yamini-Diouf Y. (2005) *Efficacy of a mental health treatment court with assertive community treatment*. Behavioral Sciences & the Law, 23(2), pp. 199-214.
  49. Broner N, Nguyen H, Swern A, Goldfinger S. (2003) *Adapting a substance abuse court diversion model for felony offenders with co-occurring disorders: initial implementation*. Psychiatric Quarterly vol. 74, n° 4, pp. 361-385.
  50. Steadman HJ, Redlich AD (2005a) *An evaluation of the Bureau of Justice Assistance*. National Institute of Justice. 61 p.
  51. Steadman HJ, Redlich AD, Griffin P, Petrila J, Monahan J. (2005b) *From referral to disposition: case processing in seven mental health courts*. Behavioral Sciences and the Law, vol. 23, pp. 215-226.
  52. Redlich AD, Steadman HJ, Monahan J, Petrila J, Griffin PA. (2005) *The second generation of mental health courts*. Psychology, Public Policy, and the Law, vol. 11, n° 4, pp. 527-538.
  53. Steadman HJ, Redlich A, Callahan L, Clark Robbins P, Vesselinov R. (2010) *Effect of Mental Health Courts on Arrests and Jail Days*. Arch Gen Psychiatry, pp. 1341-1346.
  54. Case B, Steadman HJ, Dupuis SA, Morris LS. (2009) *Who succeeds in jail diversion programs for persons with mental illness? A multi-site study*. Behav Sci Law, vol. 27, n° 5, pp. 61-674.
  55. Rivas-Vazquez RA, Sarria M, Rey G, Rivas-Vazquez AA, Rodriguez J, Jardon ME. (2009) *A relationship-based care model for jail diversion*. Psychiatr Serv, vol.60, n° 6, pp. 766-771.
  56. McNiel DE, Binder RL. (2007) *Effectiveness of a Mental Health Court in Reducing Criminal Recidivism and Violence*. Am J Psychiatry, vol. 164, pp. 1395-1403.
  57. Ridgely, S., Engberg J, Greenberg MD, Turner S, DeMartini C, Dembosky JW. (2007) *Justice, Treatment, and Cost: An Evaluation of the Fiscal Impact of the Allegheny County Mental Health Court*. Santa Monica, CA: Rand, 48 p. <http://www.rand.org>.
  58. Herinckx HA, Swart SC, Ama SM, Dolezal CD, King S. (2005) *Rearrest and linkage to mental health services among clients of the Clark County mental health court program*. Psychiatr Serv, vol. 56, n° 7, pp 853-857.
  59. Moore ME, Aldigé Hiday V. (2006) *Mental Health Court Outcomes: A Comparison of Re-Arrest and Re-Arrest Severity Between Mental Health Court and Traditional Court Participants* Law and Human Behavior, vol. 30, n° 6, pp. 659-674.
  60. Roy, S., Morin, D., Lemétayer, F. ,& Grimard G. (2006) *Itinérance et accès aux services : problèmes et enjeux*. Rapport du CRI. Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 179 p.

61. Borum, R. & Rand, M. (2000) *Mental health diagnostic and treatment services in Florida's jails*. Journal of Correctional Health Care, vol. 7, n° 2, pp. 189-207.
62. Loveland, D. Boyle, M. (2007) *Intensive Case Management as a Jail Diversion Program for People With a Serious Mental Illness*. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, vol. 51, n° 2, pp. 130-150.
63. Beaudoin M. (2008) *Tribunal de la santé mentale – Projet-pilote à la Cour municipale de Montréal*. Le Journal – Barreau du Québec, Février 2008, p. 5 et 31.
64. Provost J. (2008) *Projet-pilote à la cour municipale de la Ville de Montréal d'intervention multidisciplinaire pour les contrevenants souffrant de troubles mentaux « Tribunal de la santé mentale »*, Cadre de référence, préparé par Me Julie Provost de la cour municipale de la Ville de Montréal.
65. Crooker AG, Jaimes A, Braithwaite É, Salem L. (2010) *Étude de la mise en œuvre du Programme d'accompagnement Justice et Santé mentale (PAJ-SM) Rapport déposé au comité de suivi du projet pilote à la Cour municipale de la Ville de Montréal d'intervention multidisciplinaire pour les contrevenants souffrant de troubles mentaux*, 101 p.
66. Provost J. (2010) *Programme d'accompagnement Justice et Santé mentale «PAJ-SM»*. Bilan et perspectives. Ministère de la justice, 65 p. (à paraître).
67. Griffiths, C.T., Y. Dandurand, et D. Murdoch (2007) *La réintégration sociale des délinquants et la prévention du crime*. Ottawa : Centre national de prévention du crime. Centre international pour la réforme du droit criminel et la politique en matière de justice pénale, 61 p. <http://www.publicsafety.qc.ca>
68. Dorvil H., Guttman H.A., Ricard N., Villeuneuve A. (1997) *Défi de la reconfiguration des services de santé mentale*. Bibliothèque nationale du Québec, 264 p.
69. Council of State Governments Justice Center (2002) *Criminal Justice / Mental Health Consensus Project*. New York: Council of State Governments, <http://consensusproject.org>.
70. Lurigio AJ, Fallon JR, Dincin J. (2000a) *Helping the mentally ill in jails adjust to community life: A description of a post-release ACT program and its clients*. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, vol. 44, pp. 532-548.
71. Wilson D, Tien G, Eaves D. (1995) *Increasing the community tenure of mentally disordered offenders: an assertive case management program*. International Journal of Law and Psychiatry, vol. 18, pp. 61-69.
72. Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CETS), (1999) *Le suivi intensif en équipe dans la communauté pour les personnes atteintes de troubles mentaux persistants et particulièrement sévères*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec. 88 p. <http://www.aetmis.gouv.qc.ca>
73. Tomson D.A., Gélinas D., Ricard N., (2002), *Le modèle PACT : suivi dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves*. L'infirmière du Québec vol. 10, n° 1, pp. 26-36.
74. Vallée C, Courtemanche N, Boyer T. (1998) *Au-delà des assises conceptuelles : Illustration d'une pratique de suivi communautaire en équipe*, Santé mentale au Québec, vol. 23, n° 2, pp. 48-69.
75. Thibaudeau M. F, Fortier J, Campeau P. (1997) *Les personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants : profils, services d'urgence psychiatrique et nouvelles*

- interventions. Rapport de recherche remis à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre <http://www.erudit.org>
76. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005) *Plan d'action en santé mentale. La force des liens*. Bibliothèque nationale du Québec, 96 p.
  77. Mercier C, Racine G. (1995) *Case Management with Homeless Women: A Descriptive Study*. *Community Mental Health Journal*, vol. 31, n° 1, pp. 25-37.
  78. Gélinas D, (1997) *Travail social et suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants*. *Intervention*, vol. 105, pp. 8-15.
  79. Fortier J, Thibaudeau MF, Campeau P. (1998) *Les personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants à Montréal: profil, services d'urgence psychiatriques et nouvelles interventions*. *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 11, n° 1, 1998, pp. 43-68.
  80. Stahler GJ, Shipley TF Jr, Bartelt D, DuCette JP, Shandler IW. (1995) *Evaluating alternative treatments for homeless substance-abusing men: outcomes and predictors of success*. *J Addict Dis*, vol.14, n° 4, pp. 151-167.
  81. Borzeki M, Wormith, JS (1985) *The criminalization of psychiatrically ill people: a review with a canadian perspective*. *The Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, vol. 10, n° 4, pp. 241-247.
  82. Green T.M. (1997) *Police as frontline mental health workers*. *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 20, n° 4, pp. 469-486.
  83. James DJ, Glaze LE. (2006) *Mental health problems of prison and jail inmates*. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics, <http://www.ncjrs.gov>.
  84. Lurigio, A.J. (2000b) *Persons with serious mental illness in the criminal justice system: background, prevalence, and principles of care*. *Criminal Justice Policy Review*, vol. 11, n° 4, pp. 312-328.
  85. Wolff N, Maschi T, Bjerklie JR. (2004) *Profiling mentally disordered offenders: a case study of New Jersey prison inmates*. *Journal of Correctional Health Care*, vol. 10, pp. 1-16.
  86. Lamberti JS, Weisman RL, Schwarzkopf SB, Price N, Ashton R.M, Trompeter J. (2001) *The mentally ill in jails and prisons: towards an integrated model of prevention*. *Psychiatric Quarterly*, vol. 72, pp. 63-77.
  87. Robitaille, C., J.-P. Guay et C. Savard (2002) *Portrait de la clientèle correctionnelle du Québec 2001*. Montréal : Société de criminologie du Québec pour la DGSC du ministère de la Sécurité publique du Québec, 128 p.
  88. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008) *L'itinérance au Québec, Cadre de référence*. 52 p. <http://publications.msss.gouv.qc.ca>
  89. Protecteur du citoyen (2008) *Phénomène de l'itinérance au Québec*. Mémoire sur l'itinérance <http://www.protecteurducitoyen.qc.ca>
  90. Ministère de la Sécurité publique, Rapport annuel de gestion 2009-2010 <http://www.securitepublique.gouv.qc.ca>
  91. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011) *Rapport du Comité de travail interministériel SUR LA PRESTATION DE SERVICES DE PSYCHIATRIE LÉGALE RELEVANT DU CODE CRIMINEL*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 294 p.
  92. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009) *Guide pratique sur les droits en santé mentale*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 131 p.

93. Sevice J (2010) *Un examen de la mise en œuvre de la stratégie en matière de santé mentale du service correctionnel du Canada*. Rapport présenté au Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada, <http://www.oci-bec.qc.ca>
94. Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada (2010) *Évaluation finale de la réponse du SCC sur les décès en établissements*, <http://www.oci-bec.qc.ca>
95. Sorenson K. (2010) *Santé mentale et toxicomanie et l'alcoolisme dans le système correctionnel fédéral*. Rapport du comité permanent de la sécurité publique et nationale de la Chambre des communes, <http://www.parl.qc.ca>
96. Ministère de la Sécurité publique, (2008) Direction générale des Services correctionnels, *Instruction provinciale sur la prévention du suicide*, (2 1 06).
97. Lalande P., Giguère G., (2009) *La problématique du suicide en milieu carcéral et portrait de la situation dans les établissements de détention du Québec*. Service des programmes, Direction du développement et du conseil en services correctionnels. Direction générale des services correctionnels, ministère de la Sécurité publique. Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 39 p.
98. Peters RH, Beckman M. (2007) *Treatment and Reentry Approaches for Offenders with Co-Occuring Disorders*. Jail Suicide / Mental Health Update, vol. 16 n° 2, pp. 1-12.
99. Organisation mondiale de la santé (OMS) *Mental Health Primary Care in Prison* [www.prisonmentalhealth.org](http://www.prisonmentalhealth.org)
100. Krelstein MS. (2002) *The role of mental health in the inmate disciplinary process: a national survey*. J Am Acad Psychiatry Law, vol. 30, n° 4, pp. 488-96.
101. L.R.Q c.S-4.2 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.
102. Corbo C. (2001) *Pour rendre plus sécuritaire un risque nécessaire*. Rapport pour le ministère de la Sécurité publique, Montréal 330 p. <http://www.cqlc.gouv.qc.ca>
103. Earthrohl M, O'Grady J, Birmingham L. (2003) *Providing treatment to prisoners with mental disorders: development of a policy*. The British Journal of Psychiatry, vol. 82, pp. 299-302.
104. DiCataldo F, Greer A, Profit WE. (1995) *Screening prison inmates for mental disorder: an examination of the relationship between mental disorder and prison adjustment*. Bull Am Acad Psychiatry Law, vol. 23, n° 4, pp 573-585.
105. DiCataldo F. (1999) *A typology of patients admitted to a forensic psychiatric hospital from correctional settings*. J Am Acad Psychiatry Law, vol. 27, n° 2, pp 259-271.
106. Dietz EF, O'Connell DJ, Scarpitti FR. (2003) *Therapeutic communities and prison management: an examination of the effects of operating an in-prison therapeutic community on levels of institutional disorder*. Int J Offender Ther Comp Criminol, vol.47, n° 2, pp 210-223.
107. Ministère de la Santé et des Services sociaux et Ministère de la Sécurité publique, *Protocole de partage des responsabilités entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Sécurité publique concernant l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes contrevenantes adultes* (1989).
108. L.R.Q c.S-40.1 *Loi sur le système correctionnel du Québec*.
109. L.R.Q c.S-40.1, r-1 *Règlement d'application de la loi sur le système correctionnel du Québec*.

110. Ministère de la Sécurité publique, (2010) *Plan d'action gouvernemental 2010-2013. La réinsertion sociale des personnes contrevenantes : une sécurité durable*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 44 p.
111. Harrington, R. Bailey S. (2005) *Mental Health Needs and Effectiveness of Provision for Young Offenders in Custody and in the Community*. London, UK: Youth Justice Board for England and Wales, 114 p. <http://www.yib.gov.uk>.
112. The Center on Juvenile and Criminal Justice. (2003) *Mentally Ill Offenders Aided Strongly by Post-Release Community Treatment, Study Shows*. <http://ncjrs.org>
113. Bond G, Whiteridge T, Dincin J, Wasmer D, Webb J, Degraaf-Kaser R. (1990) *Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a large city: a controlled study*. *American Journal of Community Psychology*, vol. 18, n° 6, pp. 865-891.
114. De Cangas JPC (1994) *L'approche intégrée de réinsertion sociale (AIRS) : au-delà du case management et de la réhabilitation psychosociale*, *Santé Mentale au Québec*, vol. 19, n° 1, pp. 59-74.
115. Wright R, Heiman J, Shupe J, Olvera G. (1989) *Defining and measuring stabilization of patients during four years of intensive community support*, *American Journal of Psychiatry*, vol. 146, n° 10, pp. 1293-1298.
116. Rothbard AB, Wald H, Zubritsky C, Jaquette N, Chhatre S. (2009) *Effectiveness of a jail-based treatment program for individuals with co-occurring disorders*. *Behav Sci Law*, vol. 27, n° 4, pp 643-654.
117. McCoy ML, Roberts DL, Hanrahan P, Clay R, Luchins DJ. (2004) *Jail linkage assertive community treatment services for individuals with mental illnesses*. *Psychiatr Rehabil J*, vol. 27, n° 3, pp. 243-250.
118. Godley SH, Finch M, Dougan L, McDonnell M, McDermeit M, Carey A. (2000) *Case management for dually diagnosed individuals involved in the criminal justice system*. *J Subst Abuse Treat*, vol. 18, n° 2, pp. 137-148.
119. Ventura LA, Cassel CA, Jacoby JE, Huang B. (1998) *Case Management and Recidivism of Mentally Ill Persons Released From Jail*. *Psychiatr Serv*, vol. 49, pp.1330-1337.
120. Van Stelle KR, Moberg DP. (2004) *Outcome Data for MICA Clients after Participation in an Institutional Therapeutic Community*. *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 39, n° 1, pp. 37-62.
121. Sacks S, Sacks JY, McKendrick K, Banks S, Stommel J. (2004) *Modified TC for MICA offenders: crime outcomes*. *Behav Sci Law* 2004, vol. 22, n° 4, pp. 477-501.
122. Hartwell SW, Orr K. (1999) *The Massachusetts Forensic Transition Program for Mentally Ill Offenders Re-Entering the Community*. *Psychiatr Serv*, vol. 50, pp. 1220-1222.
123. Frisman LK, Mueser KT, Covell NH, Lin HJ, Crocker A, Drake RE, Essock SM. (2009) *Use of integrated dual disorder treatment via assertive community treatment versus clinical case management for persons with co-occurring disorders and antisocial personality disorder*. *J Nerv Dis*, vol. 197, n° 11, pp. 822-828.
124. *Déclaration de Moscou sur la santé en prison et la santé publique*, adoptée par les délégués de l'Organisation mondiale de la santé, section Europe, 24 octobre 2003, [http://www.euro.who.int/document/hipp/moscow\\_declaration\\_fre04.pdf](http://www.euro.who.int/document/hipp/moscow_declaration_fre04.pdf).

125. U.S. Department of Justice, National Institute of Corrections (2003), *Corrections Agency Collaborations with Public Health*, 20 p. <http://www.nicic.org/Downloads/pdf/2003/019101.pdf>.
126. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. <http://www.droit.org>.
127. Décret no. 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire. <http://www.droit.org>.
128. Fatome T, Vernerey M, Lalande F, Valdes Boulouque M, Froment B. (2001) *L'organisation des soins aux détenus : Rapport d'évaluation*, Inspection générale des affaires sociales, Paris, La Documentation française. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>.
129. Vlach DL, Anasseril DE. (2007) *Commentary: Evolving Toward Equivalency in Correctional Mental Health Care A View From the Maximum Security Trenches*. *J Am Acad Psychiatry Law*, vol. 35, n° 4, pp. 436-438.
130. Reed JL. (2002) *Delivering psychiatric care to prisoners: problems and solutions*. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 8, n° 2, pp. 117-125.
131. Reed JL, Lyne M (2000) *Inpatient care of mentally ill people in prison: results of a year's programme of semistructured inspections*. *BMJ*, vol. 320, pp.1031-1034.
132. Steel J, Thornicroft G, Birmingham L, Brooker C, Mills A, Harty M, Shaw J. (2007) *Prison mental health inreach services*. *Br J Psychiatry* (2007), vol. 190, pp. 373-374.
133. Shaw J, Humber N. (2007) *Prison Mental Health Services*, *Psychiatry*, vol. 6, n° 11, pp. 465-469.
134. L.R.Q c P-10 *Loi sur la pharmacie*.
135. Auclair M, Clapperton I, Rousseau L. (2004) *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Bibliothèque nationale du Québec, 75 p.
136. Renaud S, Lecompte Y, (2003) *Guide de lignes directrices pour le traitement des patients atteints de trouble de personnalité limite*. *Santé mentale au Québec*, vol. 28, n° 1, pp. 73-94.
137. The National Institute for Health and Excellence (NICE) (2010) *Antisocial personality disorder: treatment, management and prevention. National clinical practice guideline*. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrist, 360 p.
138. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Lignes directrices pour l'implantation des réseaux locaux de services intégrés en santé mentale* (2002), Bibliothèque nationale du Québec, 42 p.
139. Osher F, Steadman HJ, Barr H. (2003) *A best practice approach to community re-entry from jails for inmates with co-occurring disorders: the APIC model*. *Crime & Delinquency*, vol. 49, n° 1, pp.79-96.
140. National Commission on Correctional Health Care. (2000) *Psychiatric Services in Jails and Prisons*. American Psychiatric Association, 77 p.
141. Ford JD, Trestman RL, Wiesbrock VH, Zhang W. (2009) *Validation of a Brief Screening Instrument for Identifying Psychiatric Disorders Among Newly Incarcerated Adults*. *Psychiatric Services* vol. 60, pp. 842-846.

142. National Commission on Correctional Health Care. (2002a) *The Health Status of Soon-to-Be-Released Inmates, Volume 1*. Chicago, IL: National Commission on Correctional Health Care, <http://www.ncchc.org>.
143. National Commission on Correctional Health Care. (2002b) *Correctional Mental Health Handbook*. Sage publications, 376 p.
144. Gagnon N (2009) *Mental Health Screening in Jails*, Thèse de l'université Fraser.
145. Appelbaum KL, Hickey JL, Packer I. (2001) *The Role of Correctional Officers in Multidisciplinary Mental Health Care in Prisons*. *Psychiatric Services*, vol. 52, n° 10, pp. 1343-1347.
146. Slate RN, Roskes E, Feldman R, Baerga M. (2003) *Doing justice for mental illness and society: federal probation and pretrial services officers as mental health specialists*. *Federal Probation*, vol. 67, n° 3, pp. 13-19.
147. Wilper AP, Woolhandler S, Boyd JW, Lasser KE, McCormick D, Bor DH, Himmelstein DU. (2009) *The health and health care of US prisoners: results of a nationwide survey*. *American Journal of Public Health*, vol. 99, n° 4, pp.666-672.
148. Draine J, Solomon P, Meyerson A. (1994) *Predictors of reincarceration among patients who received psychiatric services in jail*. *Hosp Community Psychiatry*, vol. 45, n° 2, pp. 163-167.
149. Antonacci DJ, Bloch RM, Saeed SA, Yildirim Y, Talley J. (2008) *Empirical Evidence on the Use and Effectiveness of Telepsychiatry via Videoconferencing: Implications for Forensic and Correctional Psychiatry*. *Behav Sci and Law*, vol. 26, pp. 253-269.
150. Leonard S. (2004) *The successes and challenges of developing a prison telepsychiatry service*. *J Telemed Telecare*, vol. 10, pp. 69-71.
151. Zaylor C, Whitten P, Kingsley C. Zaylor C, Whitten P, Kingsley C. (2004) *Telemedicine services to a county jail*. *J Telemed Telecare* 2004, vol. 6, Suppl. pp. S93-95. *J Telemed Telecare*, vol. 6, Suppl. pp.S93-95.
152. Dongier M, Tempier R, Lalinéc-Michaud M, Meunier D. (1986) *Telepsychiatry: psychiatric consultation through two-way television. A controlled study*. *Can J Psychiatry*, vol. 31, n° 1, pp. 32-34.
153. O'Reilly R, Bishop J, Maddox K, Hutchinson L, Fisman M, Takhar J. (2007) *Is telepsychiatry equivalent to face-to-face psychiatry? Results from a randomized controlled equivalence trial*. *Psychiatr Serv*, vol. 58, n° 6, pp. 836-842.
154. Urness D, Wass M, Gordon A, Tian E, Bulger T. (2004) *Client acceptability and quality of life--telepsychiatry compared to in-person consultation*. *J Telemed Telecare*, vol. 2, n° 5, pp. 251-254.
155. Hyler SE, Gangure DP, Batchelder ST. (2005) *Can telepsychiatry replace in-person psychiatric assessments? A review and meta-analysis of comparison studies*. *CNS Spectr*, vol. 10, n° 5, pp. 403-413.
156. Draine J, Solomon P. (1999) *Describing and evaluating jail diversion services for persons with serious mental illness*. *Psychiatric Services*, vol. 50, n° 1, pp. 56-61.
157. Cuddeback GS., Morrissey JP, Cusack, KJ. (2008) *How Many Forensic Assertive Community Treatment Teams Do We Need?* *Psychiatric Services*, vol. 59, n° 2, pp. 205-208.
158. Roskes E, Feldman R. *Psychiatr Serv* (1999a) *A collaborative community-based treatment program for offenders with mental illness*. Vol. 50, n° 12, pp. 1614-1619.

159. Solomon P, Draine J, Marcus SC. (2002) *Predicting Incarceration of Clients of a Psychiatric Probation and Parole Service*. *Psychiatric Services*, vol. 53, n° 1, pp. 50-56.
160. Bambonyé M. (1996) *Prévalence des troubles de santé mentale, motivation au traitement et pertinence des suivis thérapeutiques chez les délinquants sous surveillance dans le district Montréal métropolitain*. *Criminologie*, vol. 29, n° 1, pp. 25-44.
161. Lamb HR, Weinberger LE. (1998) *Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review*. *Psychiatric Services*, vol. 49, n° 4, pp. 483-492.
162. Wilson AB, Draine J. (2006) *Collaborations between criminal justice and mental health systems for prisoner reentry*. *Psychiatric Services*, vol. 57, n° 6, pp. 875-878.
163. Côté G, Hodgins, S. (2003) *Les troubles mentaux et le comportement criminel*. In M. Le Blanc, M. Ouimet & D. Szabo (eds), *Traité de criminologie empirique*, pp. 503-548. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
164. Couturier L, Maue F, McVey C. (2005) *Releasing Inmates with Mental Illness and Co-Occurring Disorders Into the Community*. *Corrections Today*. Vol. 67, n° 2, pp. 82-85.
165. Cooke CL. (2004) *Joblessness and Homelessness as Precursors of Health Problems in Formerly Incarcerated African American Men*. *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 36, n° 2, pp. 155-160.
166. Roskes E, Feldman R, Arrington S, Leisher, M. (1999b) *A model program for the treatment of mentally ill offenders in the community*. *Community Mental Health Journal* vol. 35, n° 5, pp. 461-472.
167. Wolff N. (2002) *Courts as therapeutic agents: thinking past the novelty of mental health courts*. *J Am Acad Psychiatry Law*, vol. 30, n° 3, pp. 431-437.
168. Thompson MD, Reuland M, Souweine D, (2003) *Criminal justice/mental health consensus: improving responses to people with mental illness*. *Crime & Delinquency*, vol. 49, n° 1, pp. 30-51.



# ANNEXE

---

## LISTE DES RECOMMANDATIONS



## **RECOMMANDATIONS VISANT À SOUTENIR L'INTERVENTION POLICIÈRE AUPRÈS DES PERSONNES ÉPROUVANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE**

**Considérant que** les policiers doivent intervenir régulièrement en première ligne auprès de personnes éprouvant des problèmes de santé mentale;

**Considérant** l'apport important pouvant être offert par divers organismes spécialisés et centres de crise du réseau de la santé et des services sociaux en soutien au travail des policiers lors de crises psychosociales ou psychiatriques;

**Considérant que** la disponibilité et l'utilisation de ces ressources par les policiers varient grandement d'une région à l'autre;

Le Protecteur du citoyen recommande :

**1. Que le ministère de la Sécurité publique, avec la collaboration du ministère de la Santé et Services sociaux, détermine les besoins de chacune des régions en matière d'assistance aux policiers pour la gestion des crises psychosociales ou psychiatriques;**

**2. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux, par les ententes de gestion avec les Agences de la santé et des services sociaux, fixe des balises aux Agences qui auront à rendre disponibles, selon un ordre de priorité, des services appropriés en matière de gestion de crises psychosociales et psychiatriques, en assistance aux policiers.**

Que le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Santé et des Services sociaux présentent au Protecteur du citoyen un plan d'action et un échéancier d'implantation des mesures d'assistance retenues d'ici le 31 mars 2012.

## **RECOMMANDATIONS VISANT À ENRICHIR LA FORMATION DES POLICIERS**

**Considérant que** des besoins ont été identifiés, tant en ce qui concerne la formation initiale des policiers que leur formation continue, pour leur permettre de mieux intervenir auprès de personnes éprouvant des problèmes de santé mentale;

**Considérant que** des besoins de formation ont également été identifiés à l'égard d'autres problématiques, mettant en évidence les avantages d'un plan de formation intégré;

**Considérant que** le ministère de la Santé et des Services sociaux et son réseau possèdent les expertises nécessaires pour contribuer à l'élaboration de contenus

pertinents de formation dispensés par les partenaires en sécurité publique afin de répondre aux besoins identifiés pour diverses problématiques en santé mentale, toxicomanie et itinérance;

Le Protecteur du citoyen recommande :

**3. Que le ministère de la Sécurité publique convienne, avec l'École nationale de police et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, d'un nombre d'heures de formation collégiale minimal en matière d'intervention auprès de personnes éprouvant des problèmes de santé mentale, incluant notamment, pour tout aspirant policier, les aspects juridiques pertinents (dont les modalités d'application de la Loi P-38.001) et qu'il établisse un protocole d'entente à cet effet avec les milieux d'enseignement collégial;**

**4. Que le ministère de la Sécurité publique identifie, avec l'École nationale de police et les services de police du Québec, les besoins de formation continue en matière d'intervention auprès des personnes éprouvant un problème de santé mentale, incluant les aspects juridiques liés à cette intervention, et qu'il rende cette formation disponible aux policiers en exercice;**

**5. Que le ministère de la Sécurité publique s'assure, avec la collaboration de l'École nationale de police et du ministère de la Santé et des Services sociaux, de l'élaboration d'un plan cohérent et intégré de formation et de perfectionnement des policiers, visant à enrichir l'expertise de ces derniers pour une intervention efficace auprès des personnes avec de multiples problématiques, telles la toxicomanie et l'itinérance.**

Que le ministère de la Sécurité publique dépose au Protecteur du citoyen un état d'avancement de ces travaux et l'échéancier d'implantation des mesures retenues, et ce, d'ici le 31 mars 2012.

#### **RECOMMANDATIONS FAVORISANT L'ACCÈS AUX RESSOURCES APPROPRIÉES EN MATIÈRE DE SERVICES SOCIAUX**

**Considérant qu'**une référence aux services sociaux s'avère la solution la plus appropriée dans le cas de plusieurs personnes en situation d'urgence psychosociale;

**Considérant que** les ressources actuelles, notamment les refuges d'urgence et les logements adaptés aux personnes en crise ou qui présentent des problèmes multiples, ne suffisent pas;

Le Protecteur du citoyen recommande :

6. Que le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Santé et des Services sociaux, avec la collaboration des autres partenaires gouvernementaux du plan en itinérance, s'assurent que les clientèles visées aient un accès équitable et suffisant aux places dans les refuges ou, lorsque requis, dans les ressources en toxicomanie, permettant ainsi aux policiers d'orienter certaines personnes vers l'endroit le plus approprié à leurs besoins;

7. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux évalue, dans chaque région, le nombre de places requises pour ces types de ressources afin d'établir un échéancier réaliste pour leur développement.

Que le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Santé et des Services sociaux déposent au Protecteur du citoyen un plan d'action et un échéancier d'implantation des mesures retenues, et ce, d'ici le 31 mars 2012.

#### **RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES INITIATIVES DE DÉJUDICIARISATION**

**Considérant** qu'il existe peu de données probantes pour définir un modèle idéal de tribunal de santé mentale;

**Considérant** les données probantes sur l'efficacité de programmes de déjudiciarisation qui impliquent un suivi dans la communauté;

**Considérant que** le Plan d'action en santé mentale prévoit une offre de suivi dans la communauté qui répond aux critères de succès identifiés dans les données probantes;

Le Protecteur du citoyen recommande :

8. Que le ministère de la Justice, avec la collaboration du ministère de la Santé et des Services sociaux, fasse l'inventaire des meilleurs programmes de suivis dans la communauté et établisse un plan d'implantation de tels programmes dans les régions moins bien desservies;

9. Que le ministère de la Justice communique aux tribunaux la liste des programmes disponibles dans chaque région et définisse les conditions d'accès ainsi que la clientèle cible pour laquelle le recours à ces programmes constituerait une forme valable de déjudiciarisation, en conformité avec les dispositions déjà prévues au *Code criminel* à cet effet;

Que le ministère de la Justice dépose au Protecteur du citoyen un état de situation sur les initiatives de déjudiciarisation et leur accessibilité pour les personnes éprouvant des problèmes de santé mentale avec ou sans autres problématiques, de même que la liste des programmes de suivi conformes aux critères de succès.

Que le ministère de la Justice fasse rapport annuellement au Protecteur du citoyen en indiquant le recours à ces programmes et leur plan de développement pour les régions non desservies, au 31 mars des trois prochaines années.

## **RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA SENSIBILISATION DES INTERVENANTS JUDICIAIRES**

**Considérant que** le développement de programmes de déjudiciarisation efficaces doit aller de pair avec l'information sur les ressources disponibles dans la communauté, la formation et la sensibilisation des différents intervenants judiciaires sur les meilleurs modes d'intervention auprès des personnes avec un problème de santé mentale, incluant les aspects juridiques pertinents;

Le Protecteur du citoyen recommande :

**10. Que le Conseil de la magistrature assure une formation adéquate à ses membres concernant les initiatives de déjudiciarisation et leurs nécessaires conditions de succès;**

**11. Que le ministère de la Justice communique aux tribunaux la liste des programmes disponibles dans chaque région, définisse la clientèle cible pour laquelle le recours à ces programmes constituerait une forme valable de déjudiciarisation et les conditions d'accès;**

**12. Que le ministère de la Justice s'associe aux instances qui élaborent des formations à l'intention des divers intervenants judiciaires, pour diffuser les initiatives de déjudiciarisation et favoriser les liens avec les organismes habilités à former et à sensibiliser à cette problématique;**

Que le ministère de la Justice dépose au Protecteur du citoyen un état d'avancement de ces travaux, incluant les actions réalisées et prévues, et ce, au plus tard le 31 mars 2012.

## RECOMMANDATIONS VISANT L'ORGANISATION DES SERVICES ET LA RESPONSABILITÉ DE LEUR DISPENSATION

**Considérant** les différentes lacunes observées dans la prestation de services de santé et de services sociaux en centres de détention;

**Considérant** la nécessité de clarifier les responsabilités des différents intervenants et d'assurer la mise en œuvre de collaborations plus efficaces entre le réseau de la santé et des services sociaux et celui de la sécurité publique;

**Considérant que** le réseau de la santé et des services sociaux possède les principales ressources et les moyens d'action pour assurer, en centre de détention, la dispensation de services préventifs, curatifs et de réinsertion sociale;

Le Protecteur du citoyen recommande :

**13. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux assume, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2012, la responsabilité de la dispensation des services sociosanitaires aux personnes en milieu carcéral, avec la collaboration du ministère de la Sécurité publique;**

**14. Que ce transfert de responsabilités s'accompagne d'un plan d'implantation qui distingue clairement les rôles et responsabilités, tout comme le niveau de ressources que doivent fournir respectivement le réseau de la santé et de services sociaux et le réseau des services correctionnels;**

**15. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux précise et intègre son offre de services sociosanitaires à l'intention de la population carcérale à ses orientations et plans d'action, tout comme à ses mécanismes de reddition de comptes.**

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Sécurité publique informent le Protecteur du citoyen des suites données à ces recommandations, et ce, d'ici le 31 mars 2012.

## RECOMMANDATIONS VISANT À ASSURER UNE PRISE EN CHARGE ADÉQUATE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE PENDANT LA DÉTENTION

**Considérant** que les besoins des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale, en matière de santé et de services sociaux, sont complexes et variables, notamment en ce qui a trait au niveau d'intensité et de durée de services;

**Considérant** la nécessité de se doter d'une vision clinique cohérente pour supporter une prestation adéquate et efficiente de services médicaux et de services sociaux durant la période de détention;

**Considérant** que des modèles cliniques probants existent et permettent d'identifier les objectifs à poursuivre dans le développement de cette vision clinique;

Le Protecteur du citoyen recommande :

**16. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux et son réseau, avec la collaboration du ministère de la Sécurité publique, élabore et mette en œuvre une organisation clinique visant à garantir une offre de services adéquats aux personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale, incluant notamment :**

- une procédure de dépistage systématique des problèmes de santé mentale à l'admission, accompagnée d'une formation aux intervenants chargés de l'administrer pour en assurer la fiabilité et éviter la stigmatisation;
- une procédure de dépistage systématique des personnes nécessitant une médication, accompagnée d'une prise de contact rapide avec le pharmacien pour le renouvellement des ordonnances valides;
- une procédure de prise de contact systématique avec l'intervenant pivot responsable du plan de service de la personne déjà suivie dans la communauté, si elle y consent;
- une procédure de prise de contact systématique avec le Curateur public ou le représentant légal, dans le cas où la personne bénéficie d'un régime de protection, conforme à l'entente intervenue entre le Curateur public et le ministère de la Sécurité publique;
- l'inscription à un mécanisme régional d'accès à un intervenant en mesure d'élaborer, en concertation avec les membres de l'équipe multidisciplinaire, un plan intégré d'intervention correctionnel et de services individualisés afin de déterminer le niveau de services requis pendant l'incarcération et à la sortie, pour la personne qui y consent et qui n'est pas déjà suivie;
- un programme de formation initiale et continue du personnel des services correctionnels, incluant l'acquisition de compétences pour le travail multidisciplinaire et la mise en œuvre de plans intégrés.

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux, avec la collaboration du ministère de la Sécurité publique, dépose au Protecteur du citoyen un état de situation sur la mise en œuvre des mécanismes retenus pour chaque région afin d'actualiser une organisation clinique adaptée, et ce, d'ici le 31 mars 2012.

Que le ministère de la Sécurité publique, avec la collaboration du Curateur public, dépose au Protecteur du citoyen un état de situation sur le respect de l'entente intervenue, et ce, d'ici le 31 mars 2012.

#### **RECOMMANDATIONS VISANT LA RÉINSERTION SOCIALE**

**Considérant** les lacunes constatées dans les interventions actuelles en matière de réinsertion sociale;

**Considérant** la nécessité de développer et mettre en œuvre une vision intégrée de l'intervention en réinsertion sociale;

**Considérant** le Plan d'action en réinsertion sociale, rendu public récemment;

Le Protecteur du citoyen recommande :

**17. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux, avec la collaboration du ministère de la Sécurité publique, établisse le niveau de ressources requis pour assurer à chaque personne susceptible d'en bénéficier l'accès à un suivi dans la communauté du niveau d'intensité approprié;**

**18. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans son offre de services en centre de détention, s'assure qu'un intervenant clinique qui œuvre principalement à l'intérieur d'un centre de détention ne puisse mettre fin au suivi d'une personne avant qu'un autre intervenant œuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux n'assume la continuité de la prise en charge des besoins sociosanitaires de la personne qui y consent;**

**19. Que le ministère de la Sécurité publique, en tant que responsable de la définition du niveau de base des services de soutien, inclue les services visant à faciliter les démarches de demande de prestation de dernier recours pour assurer la satisfaction des besoins de base de la personne au sortir de la détention et instaure une procédure efficace de liaison avec les ressources communautaires et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale pour étendre à tout le réseau correctionnel ces services dans un plan intégré de réinsertion sociale;**

Que le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Santé et des Services sociaux déposent au Protecteur du citoyen un état de situation sur les suites données à ces recommandations, et ce, d'ici le 31 mars 2012.

#### RECOMMANDATION CONCERNANT LES COÛTS ET LES BÉNÉFICES

**Considérant** la nécessité de démontrer l'efficacité des interventions financées par des fonds publics;

**Considérant** l'absence d'évaluation économique des coûts et des conséquences des interventions menées au Québec dans le domaine de la santé mentale pour les personnes judiciairisées;

Le Protecteur du citoyen recommande :

**20. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux mandate l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux afin de mener une évaluation économique pour estimer les impacts des recommandations du présent rapport, et ce, avec la collaboration du ministère de la Sécurité publique;**

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux dépose au Protecteur du citoyen les résultats de l'évaluation économique, et ce, d'ici le 31 janvier 2012.

#### RECOMMANDATION VISANT LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS DU PROTECTEUR DU CITOYEN

Le Protecteur du citoyen recommande :

**21. Que le ministère de la Sécurité publique, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Justice désignent une personne responsable du suivi des recommandations auprès du Protecteur du citoyen d'ici le 30 juin 2011.**