

## Comment causer délibérément des troubles mentaux

*Le Service correctionnel du Canada a récemment obtenu des données sûres sur la fréquence des différents types de troubles mentaux au sein du système fédéral. Ces données ont d'ailleurs été brièvement présentées dans un numéro précédent de cette revue<sup>1</sup>. Les lecteurs y ont appris que les membres de la population carcérale canadienne avaient une chance sur dix de connaître au moins un épisode psychotique au cours de leur vie et une chance sur quatre d'être atteints de troubles psychosexuels. L'article soulignait qu'un détenu sur cinq répondait au double diagnostic : personnalité antisociale et alcoolisme. Certains indices permettent également de penser que les personnes ayant un profil criminel souffrent souvent de troubles mentaux.*

*Ces données de base en main, il devient maintenant possible de se demander comment on pourrait réduire la fréquence des troubles mentaux. Tout comme nous pouvons également nous demander comment cette fréquence pourrait être accrue. Pourquoi, se demande le lecteur, le Service correctionnel du Canada voudrait-il augmenter l'incidence de troubles mentaux déjà très élevée? La réponse est évidente : aucun organisme sensé ne peut souhaiter un tel résultat. Le fait d'« inverser » un problème présente cependant certains avantages comme je vais le démontrer dans cet article.*

D'autres l'ont d'ailleurs déjà fait avant moi. Dans son roman *Erewhon*(2), Samuel Butler nous aide à comprendre la psychopathie et la responsabilité personnelle. Dans cet univers fictif, les gens qui avouent des affections physiques sont châtiés et punis tandis que ceux qui confessent des troubles moraux (comme l'alcoolisme, la fraude et autres) reçoivent aide et bienveillance. Ceux qui sont incapables de résister aux tentations de la chair bénéficient de l'aide attentive de « conseillers »; ceux qui souffrent physiquement sont battus ou emprisonnés. Butler utilise cette méthode pour nous amener à envisager des questions morales et politiques sous un angle entièrement nouveau.

Peut-être un peu plus près de nous, il y a cet article de Jay Haley publié dans le *American Journal of Orthopsychiatry*(2) qui enseigne aux psychothérapeutes l'art d'échouer dans leurs interventions. Haley affirme, en plaisantant, que les gens sont tout à fait capables de se remettre rapidement de troubles mentaux et qu'il faut donc être habile et astucieux pour garder inutilement un patient en thérapie. Il faut convaincre le convalescent que la disparition d'un symptôme annonce la venue d'un symptôme encore plus grave et qu'une amélioration n'est pas vraiment une amélioration mais une simple rémission, et ainsi de suite. Il décrit les étapes auxquelles a recours le thérapeute expérimenté pour maintenir un client en traitement pendant des années. L'article est à la fois amusant et instructif. Haley souhaitait que les aspirants thérapeutes renversent ses arguments, ce qui aurait pu leur être utile. Mon but est semblable. Essayons d'imaginer ensemble comment le Service correctionnel du Canada pourrait accroître l'incidence de troubles mentaux de 1 % d'ici l'an 2000. Voici quelques suggestions.

### **1. Définition**

La maladie mentale peut être provoquée de toutes sortes de manières. Il existe des moyens extrêmement efficaces de troubler les individus. Comme il est dit dans la section 2 ci-dessous, le simple fait d'être isolé et totalement abandonné fonctionne à merveille. Mais il s'agit là de méthodes douces qui exigent

beaucoup de temps. Si les cadres supérieurs veulent être efficaces et augmenter rapidement l'incidence générale de troubles mentaux, ils doivent d'abord s'attaquer aux grands systèmes. Une idée intéressante exercer des pressions pour que les lois provinciales sur la santé mentale deviennent très sévères et extrêmement restrictives dans leur définition des troubles mentaux. De cette façon, les médecins ne pourront ou ne voudront pas délivrer de certificats aux patients. La police finira par se fatiguer de conduire les personnes souffrant de troubles mentaux dans les salles d'urgence des hôpitaux et portera plutôt des accusations. La criminalisation de la maladie mentale est l'un des meilleurs et plus sûrs moyens d'augmenter l'incidence générale des troubles mentaux dans les secteurs correctionnels provinciaux et fédéral. Voilà une perspective fort réjouissante. En réduisant les services psychiatriques généraux ou en les rendant inaccessibles, on assiste inévitablement à l'augmentation de l'incidence de troubles psychiatriques en milieu carcéral(4).

## **2. L'isolement**

Une fois les personnes admises dans le système, il faut les y garder. Cela exige quelques efforts, autrement de nombreux patients vont se remettre et des juges mal conseillés vont les libérer. Dans les centres de détention, les sections réservées à ceux qui souffrent de troubles mentaux doivent être gardées en mauvais état, et il faut accorder une attention minimale à l'hygiène et aux loisirs. Dans toute la mesure du possible, les médecins doivent être tenus à l'écart de ces lieux. S'il leur arrive de visiter les détenus et de prescrire des médicaments, il est extrêmement important que les détenus ne les reçoivent pas. Sans médicament et plongés dans l'ennui le plus total, tout risque de retour à la normalité est écarté. Le principe général est simple : isoler le détenu souffrant de troubles mentaux du reste de l'humanité(5). On a tout intérêt à faire en sorte que la personne soit considérée comme « folle ou « cinglée». Les autres détenus et certains membres du personnel peuvent faire beaucoup pour s'assurer qu'une personne commence sa carrière de trouble affectif du bon pied. Une fois lancée, cette carrière progresse d'elle-même.

## **3. L'invention**

Les chercheurs qui s'intéressent à la déviance psychologique et sociale(6) ont récemment rappelé que, souvent, certains intervenants en santé mentale amplifient les troubles mentaux et les dangers qu'ils représentent ou en inventent de toutes pièces. Les dossiers sont à cet égard très éloquentes évaluation avant procès, rapports présentenciels, rapports de l'établissement et rapports de libération conditionnelle; on dirait des balles de neige dévalant une colline. Des renseignements de tous genres, la plupart non conformes aux normes habituelles de preuve, s'agglutinent les uns aux autres. Certains intervenants en santé mentale, pas tous heureusement, ont un fort penchant littéraire et ne se gênent pas pour inventer des romans à partir des dossiers(7). Quoique fantaisistes et non vérifiables, ces récits avancent des hypothèses plausibles sur les origines des troubles mentaux, sur la tendance à la violence, et autres éléments semblables. Le processus en est un de « blanchissage »(8) Les écrits de ces chercheurs sur la déviance, semblables à ceux déjà mentionnés, doivent être critiqués vigoureusement et discrédités. S'ils osent soulever une discussion autour du rôle réel que jouent les intervenants en santé mentale dans la création de troubles mentaux, il faut les persécuter(9) et les accuser de stupidité ou même de manquement à l'éthique(10).

#### **4. Des connaissances mal employées**

Les psychiatres sont très habiles à exagérer l'importance des troubles mentaux qu'ils ont détectés. Au cours des ans, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSMIII-R) publié en 1987 par la American Psychiatric Association s'est enrichi progressivement de nombreuses autres catégories de maladies. Voilà qui sert bien la cause défendue en ces pages. Mais les psychologues disposent de leurs propres ressources : les tests. Certains de ces tests mesurent effectivement et convenablement ce qu'ils sont censés mesurer lorsqu'ils sont standardisés et bien administrés. Nous ne voulons pas de ce genre de tests. Ce qu'il nous faut ici, ce sont des tests mal employés qui exagèrent souvent l'importance des troubles ou des handicaps mentaux. Il faut plutôt inciter les psychologues à faire passer des tests en groupes dans des circonstances désagréables et dans un climat tendu, à l'aide d'instruments conçus pour une application individuelle. Il faut les inviter à interpréter de manière très large les tests projectifs et non projectifs. Il est préférable que ceux-ci ne subissent aucun étalonnage en fonction de la clientèle du secteur correctionnel. Il faut encourager quelques-uns des plus brillants psychologues à inventer de nouveaux tests et leur permettre d'en utiliser les résultats éventuels pour décider de l'avenir de leurs clients. Inutile de dire que ces tests doivent être subtils et sophistiqués. Une personne ordinaire ne doit pas être capable de détecter l'utilité de ces tests ou des échelles utilisées.

#### **5. L'absence de programmes**

Ce point se rattache directement à ce que nous venons de dire. Si les psychiatres et psychologues sont très occupés à « faire des évaluations » et autres choses semblables, peu d'entre eux auront le temps ou l'énergie d'élaborer des programmes curatifs. Ce genre de programme doit être soigneusement évité. Des gens comme Andrews, Bonta, Gendreau, Ross, Wormith et Wong peuvent encore faire des ravages en critiquant Martinson, dont la cause est bien fondée. Les programmes innovateurs doivent être considérés comme des obstacles. Il y a tout lieu de croire que l'incidence de troubles mentaux augmente en l'absence de programmes bien administrés de formation professionnelle, d'éducation, de loisir et de rééducation. Heureusement que ce genre de programme est très difficile à mettre en place dans les établissements et au sein des collectivités. Et si par malheur ils réussissent à s'implanter, il existe de nombreux moyens de les saboter. Bien entendu, il demeure toujours possible de contester les résultats positifs d'un traitement(12).

#### **6. L'uniformité**

Mise à part l'absence de programmes, ce qui peut accroître l'incidence de maladies mentales chez les détenus, c'est une attitude intransigeante et préférablement naïve à l'égard de la réadaptation(13). Convenablement appliquée, cette méthode a des effets préventifs. C'est une méthode infaillible pour le professionnel de la santé mentale qui fait son entrée dans le domaine correctionnel.

Indolente ou indifférente, l'administration accepte le plan et le projet se met en branle. Économies symboliques pour avoir l'air original, médicaments réduisant l'appétit sexuel, modification des modèles

de pensée criminelle; peu importe l'idée. Le programme ne doit pas tenir compte de ce que pensent les détenus de la toxicomanie, de la psychopathie, des troubles sexuels ou de la maladie mentale grave(14). En écartant toute considération sur les besoins thérapeutiques des individus, l'échec est pratiquement assuré. Les détenus atteints de maladie mentale doivent faire l'expérience de l'échec si l'on veut que leur état s'aggrave.

## **7. L'interruption des traitements**

Il est inévitable que, de temps à autre, un administrateur, un planificateur ou un chercheur quelque peu bizarre ait l'idée de bâtir des programmes adaptés aux besoins des individus et dont les éléments sont reliés entre eux de manière cohérente. Mais heureusement, ce genre de lien est difficile à établir et plutôt facile à briser. On est à peu près assuré qu'un détenu schizophrène aura une rechute s'il est brusquement retiré d'un programme de thérapie bien contrôlé et si on lui enlève toute médication. Il y a de très bonnes chances qu'un délinquant sexuel traité dans un centre psychiatrique régional(15) récidive si on le remet en liberté sans aucun support professionnel. Non seulement le problème du patient refait-il surface, mais il est également possible que les personnes directement touchées par cette maladie ou ces actes impulsifs deviennent elles-mêmes perturbées mentalement. Voilà qui assure du travail aux futures générations de professionnels de la santé mentale.

## **8. L'expulsion**

Certains cas de troubles mentaux sont si graves qu'il faut songer à l'hospitalisation. Pas très intéressant car, temporairement du moins, ces cas échappent au secteur correctionnel. Schizophrènes à leur départ, ils reviennent avec la mention « trouble de la personnalité »(16) Seul aspect positif, sans médicament et sans support personnel, la rechute au retour est inévitable. Ces cas difficiles sont un bon champ d'expérimentation pour le personnel. En faisant fréquemment la navette entre l'hôpital et la prison, il est pratiquement garanti que les détenus verront leurs symptômes de troubles mentaux augmenter considérablement. La désorientation est un outil très efficace. Nous devenons presque tous malades si nous ne savons pas où nous sommes. De temps à autre, un intervenant brillant propose qu'il y ait coopération et coordination entre les gouvernements et ministères (exemples : Justice, Solliciteur général, Santé, Logement, Bien-être social). Heureusement, les administrateurs de niveau supérieur ne peuvent avancer dans leur carrière qu'au sein de leur propre ministère; il y a donc fort peu à craindre de ce côté et encore moins de ceux qui s'amuse à essayer d'améliorer les rapports entre organismes fédéraux et provinciaux.

## **9. L'absence de responsabilité**

C'est une grave erreur que d'essayer d'évaluer tous les projets de rééducation. Les aspirants chercheurs doivent être éconduits le plus poliment possible car ces gens pourraient fort bien démontrer l'efficacité d'un programme, augmentant ainsi considérablement la charge de travail. À long terme, cela ne serait pas mauvais car il se peut fort bien que le projet s'écroule sous le poids des trop nombreuses demandes, mais il s'agit d'un processus plutôt lent. Bien entendu, les évaluateurs peuvent démontrer que le programme est

inefficace. Cette conclusion est intéressante dans la mesure où les programmes inefficaces sont sources de troubles mentaux, mais il y a risque de perte d'emploi. D'une façon ou d'une autre, l'évaluation des programmes est une activité vouée à l'échec. La meilleure approche, déjà mentionnée à la section 6, consiste à s'en tenir à quelques techniques simples (murs roses, mégavitamines, zoothérapie) et à éviter scrupuleusement toute tentative d'évaluation (c'est-à-dire, ne pas demander leur opinion aux détenus, éviter de consigner les cas de récidive, etc.).

## **10. Rendre le travail peu attrayant**

Nous avons déjà laissé entendre que les professionnels de la santé mentale pouvaient jouer un rôle positif en augmentant involontairement le degré général de perturbation mentale. C'est ainsi qu'ils peuvent détecter des troubles qui n'existent pas (section 3) ou proposer des programmes plutôt insignifiants (section 6). Mais nous avons également dit que ces gens devaient être surveillés. Certains prétendent que Martinson était dans l'erreur (section 5) et nous nous méfions du recours illimité aux médecins et aux médicaments (section 2). Les services correctionnels ne doivent pas employer trop de travailleurs sociaux, de psychologues et de psychiatres (même si bon nombre d'entre eux sont bizarres et que nous serions donc privés de leurs excentricités et de leurs excès. Il ne faut surtout pas les mettre trop à leur aise. Par décret, les médecins pourraient être tenus de se limiter à certaines interventions. Ces directives devraient être modifiées fréquemment et leur origine demeurer plutôt vague. Chaque fois qu'un libéré conditionnel commet une nouvelle infraction violente, une douzaine de psychologues affectés à l'élaboration et à l'évaluation des programmes devraient être immédiatement envoyés sur les lieux afin d'évaluer le caractère dangereux de cet individu ou, si vous préférez, évaluer les risques qu'il représente. Cela signifie qu'ils resteront confinés à leurs bureaux, de plus en plus à l'écart de la vie de l'établissement ou des projets réalisés au sein de la collectivité. Ils risquent aussi de s'ennuyer, surtout si ces évaluations ne s'inscrivent pas dans le cadre de quelque plan de recherche auquel ils participent déjà. On peut leur faire subir toutes sortes d'autres affronts. Par exemple, les laisser entreprendre un projet et peut-être même accepter d'y consacrer des locaux et des ressources puis, une fois le programme en marche, l'interrompre soudainement. Si les raisons données sont plutôt minces, tant mieux. Une autre bonne idée consiste à les empêcher de présenter des communications lors de conférences en prétendant qu'il s'agit là de documents contestables ou contraires aux orientations. Il faut mettre fin à leur créativité et recourir, s'il le faut, à des moyens peu orthodoxes. Quelques lecteurs astucieux auront déjà compris que les intervenants en santé mentale ne sont pas eux-mêmes immunisés contre les troubles psychiatriques et que bon nombre des principes énoncés ici peuvent jouer contre ceux qui souhaitent aider. Avec un peu de planification, il devrait être possible d'accroître l'incidence des troubles mentaux non seulement au sein de la population carcérale mais également chez les préposés aux soins psychiatriques.

## **L'élaboration d'un modèle efficace de traitement et de soins pour les détenus atteints d'une maladie mentale**

En ce qui concerne les détenus souffrant de troubles mentaux, nous disposons des renseignements et des ressources professionnelles dont nous avons besoin, mais le Canada commence tout juste à avoir une vue d'ensemble de la situation au sein du secteur correctionnel fédéral. L'énoncé de mission sera utile car il aborde certains des problèmes soulevés dans cet article. Il faut maintenant élaborer les principes

s'appliquant aux détenus atteints de troubles mentaux. Le groupe de travail sera également d'un certain secours tout comme, peut-être, les réflexions qui précèdent. L'incidence de troubles mentaux au sein du Service correctionnel du Canada pourrait être sensiblement réduite par les moyens suivants : 1) se baser sur des normes raisonnables et orienter vers les services de santé tous les cas qui exigent des soins; 2) veiller à ce que les détenus souffrant de troubles mentaux continuent d'avoir accès à une vaste gamme de services pendant et après leur séjour en établissement; 3) prendre davantage conscience des effets iatrogènes que peuvent avoir les évaluations psychiatriques et psychologiques; 4) s'assurer que les tests psychologiques de routine sont administrés et notés comme il se doit, et que les nouveaux instruments sont conformes aux normes scientifiques en vigueur; 5) sélectionner et former les employés en tenant compte de leurs aptitudes à diriger et contrôler des programmes de rééducation; 6) reconnaître que les détenus eux-mêmes ont des opinions sur les programmes qu'ils désirent et que les projets doivent être réalisés en collaboration avec eux; 7) planifier à long terme, de sorte que les divers éléments des programmes soient harmonisés et réalistes; 8) doter le système correctionnel de ressources qui lui permettront de prendre entièrement charge des patients souffrant de graves maladies mentales; 9) mettre en place des moyens efficaces pour déterminer quels programmes sont les mieux adaptés aux détenus souffrant de telle ou telle autre maladie mentale; 10) s'assurer que les intervenants en santé mentale ont la possibilité de jouer un rôle à part entière dans le fonctionnement et la planification de l'établissement.

---

**Christopher D. Webster est chercheur et chef du département de psychologie au Clarke Institute of Psychiatry. Il est professeur de psychiatrie, de psychologie et de criminologie à l'Université de Toronto. Ses recherches portent sur la psychiatrie et la psychologie judiciaires. Il s'intéresse principalement aux questions suivantes : l'aptitude à subir un procès, les décisions cliniques, la « traitabilité », l'évaluation et la prédiction du comportement violent, et la prestation de services psychiatriques au sein du secteur correctionnel.**

(1) « *L'état de santé mentale des détenus fédéraux.* » *Forum - Recherche sur l'actualité correctionnelle* (1990) 2, n° 1, 7-8.

(2) Butler, S. (1967). *Erewhon*. New York : Airmont. (D'abord publié anonymement en 1872).

(3) Haley, J. (1969). *The Art of Being a Failure as a Psychotherapist*, *American Journal of Orthopsychiatry* 39, 691-695.

(4) Penrose, L. (1939). « *Mental Disease and Crime: Outline of a Comparative Study of European Statistics* », *British Journal of Medical Psychology* 18, 1-15.

(5) Mohelsky, H. (1982). « *The Mental Hospital and Its Environment* », *Canadian Journal of Psychiatry* 27, 478-481.

(6) Menzies, R. (1989). *Survival of the Sanest: Order and Disorder in a Pre-Trial Psychiatric Clinic*. Toronto: University of Toronto Press.

Pfohl, S. (1979). *Predicting Dangerousness: The Social Construction of Psychiatric Reality*. Lexington, Mass.: D.C. Heath.

Konecni, V., Mulcahy, E., & Ebbeson, E. (1980). *Prison or Mental Hospital: Factors Affecting the Processing of Persons Suspected of Being Mentally Disordered*, *New Directions in Psycholegal Research* New York: Van Nostrand Reinhold.

(7) Pollock, N., McBain, I. & Webster, C. (1989). « *Clinical Decision Making and the Assessment of Dangerousness* », in *Clinical Approaches to Violence* Chichester: Wiley.

- (8) Monahan, J. (1981). *Predicting Violent Behavior: An Assessment of Clinical Techniques*. Beverly Hills, Calif: Sage.
- (9) Webster, C. (1980). « *The Old Torments: How to Defeat the Colloquium Speaker* », *Psychologie canadienne* 21, 90-92
- (10) Rogers, R. & Bagby, R. (1990). *Critique du livre « Survival of the Sanest: Order and Disorder in a Pre-Trial Psychiatric Clinic »*, *Health Law in Canada*, 251-254.
- (11) Derkowski, G. & Derkowski, K. (1985). « *Mentally Retarded Offenders in the State Prison System: identification, Prevalence, Adjustment, and Rehabilitation* », *Criminal Justice and Behavior* 12, 55-70.
- (12) Andrews, D. (1989). « *il est possible de prévoir et d'influencer la récidive; utiliser des outils de prédiction du risque afin de réduire la récidive.* » *Forum -Recherche sur l'actualité correctionnelle* 1, n° 2, 14-21.
- (13) Megargee, E. (1982). « *Reflections on Psychology in the Criminal Justice System.* » « *Abnormal Offenders, Delinquency and the Criminal Justice System.* London: Wiley.
- (14) Erickson, R., Crow, W., Zurcher, L. & Connett, A. (1973). *Paroled but Not Free: Ex-Offenders Look at What They Need to Make It Outside*. New York: Behavioral Publications.
- (15) « *L'état de la recherche sur les traitements dans les centres psychiatriques régionaux et à l'institut Philippe-Pinel* » *Forum - Recherche sur l'actualité correctionnelle*, (1989), 1, n° 1, 22-23.
- (16) Toch, H. (1982). « *The Disturbed Disruptive inmate: Where Does the Bus Stop?* » *The Journal of Psychiatry and Law* 10, 327-349.