

Soins de santé mentale dans les établissements correctionnels de santé mentale en France, en Suisse et dans les pays scandinaves

LA FRANCE

Psychiatre chevronné du domaine judiciaire, Pierre Lamothe explique dans son article que les services psychiatriques offerts dans les établissements pénaux français ont connu une réorganisation au cours des dernières décennies. La diminution du nombre d'internements psychiatriques et l'augmentation du nombre de délits commis par des personnes souffrant de troubles mentaux ont forcé l'État à modifier ses services de santé.

Avant 1977, la plupart des patients requérant des soins psychiatriques devaient cohabiter dans les « maisons d'arrêt » avec les détenus n'ayant pas besoin de ce genre de soins. Les « maisons d'arrêt » accueillait principalement des prévenus, des délinquants « immatures », des toxicomanes et des condamnés purgeant de courtes peines alors que les détenus condamnés à des peines plus longues étaient incarcérés dans des maisons centrales à sécurité élevée ou dans des centres de détention à sécurité moyenne.

C'est en 1977 que le premier des dix-sept centres médico-psychologiques régionaux (CMPR) fut construit sous forme d'annexe à l'une des principales « maisons d'arrêt ». En 1986, les CMPR sont devenus officiellement les Services médicopsychologiques régionaux (SMPR), mais nous continuerons à utiliser le sigle CMPR pour ne pas confondre le lecteur.

Aujourd'hui, lorsqu'un détenu est admis au CMPR, le psychiatre cherche à l'initier à des techniques thérapeutiques éprouvées qui l'amèneront à se prendre en main, telles que l'imagerie mentale, la psychothérapie interprétative, la thérapie de soutien, et la relaxation pratiquée individuellement ou en groupe.

À cette panoplie de thérapies est venue s'ajouter, au cours des dernières années, une nouvelle technique d'expression corporelle. Cette technique, animée par un psychomotricien, consiste à enseigner au patient comment utiliser son corps de manière non agressive et respectueuse lorsqu'il interagit avec d'autres.

Selon l'auteur, la création des centres médico-psychologiques a permis au système pénitentiaire français de mieux répondre aux besoins particuliers des détenus souffrant de troubles mentaux.

Lamothe, P., (1988). Problèmes quotidiens de psychiatrie pénitentiaire à travers les changements du paysage psychiatrique et pénitentiaire de la France. *Criminologie*, vol. XXI (2), 63-81.

LA SUISSE

L'accord sur l'exécution des peines, conclu en 1969 entre les vingt-six cantons suisses, prévoyait la mise en place d'établissements spécialisés pour les détenus souffrant de troubles mentaux. C'est à la suite de cet accord que le Centre de sociothérapie pénitentiaire La Pâquerette et le Quartier carcéral psychiatrique (QCP) furent construits pour héberger cette clientèle aux besoins particuliers.

Marie-Jeanne de Montmollin, de l'Institut de médecine légale de Genève, s'est intéressée à chacun de ces établissements. Comme le QPC n'a ouvert ses portes qu'en 1988 et qu'il ne peut héberger que sept personnes pour un court séjour, nous avons plutôt choisi de discuter du fonctionnement du Centre La Pâquerette.

Au début de son existence en 1979, le Centre La Pâquerette servait d'atelier sociothérapeutique de jour pour quelques détenus qui avaient de la difficulté à fonctionner adéquatement au sein de la population carcérale régulière de la prison de Genève. En 1986, le Centre La Pâquerette décidait d'ouvrir son programme sociothérapeutique à un plus grand nombre de détenus. Les détenus peuvent maintenant y séjourner, alors qu'auparavant ils devaient se contenter d'une participation au programme de jour.

Pour être admis au programme, le détenu doit en faire la demande auprès des Directions du Centre et de la prison où il est incarcéré. Le Centre La Pâquerette n'accepte que des détenus souffrant de troubles graves de la personnalité avec traits sociopathiques, d'après le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DMS III)*.

La clientèle du Centre est composée majoritairement de détenus impulsifs, qui ont commis des actes de violence à plusieurs reprises, qui souffrent de perversion sexuelle, d'angoisse et de dépression et qui ont le sentiment de n'avoir rien accompli dans la vie. Les participants ayant séjourné plus de quatre mois au Centre depuis son ouverture ont, à leur actif, les principaux délits suivants homicides, tentatives d'homicides, lésions corporelles graves, infractions contre les moeurs, incendies, brigandage, infractions contre le patrimoine et infractions à la loi sur les stupéfiants.

Le but premier du programme est d'amener le détenu à se prendre en charge. On lui confie, dans un premier temps, la responsabilité de solliciter lui-même son adhésion au programme. Il devra signer un contrat de quatre mois, renouvelable, par lequel il s'engage à prendre une part active et positive aux activités du Centre et au maintien du bon ordre. En cas d'infraction grave, le détenu peut être exclu du Centre. Si l'infraction commise est jugée moins sérieuse, certaines activités journalières pourront lui être interdites.

On encourage également le détenu à dialoguer, à écouter les autres, à parler de lui-même afin d'apprendre à exprimer ses sentiments et ses émotions, et à choisir une autre approche que la violence dans ses relations avec autrui.

Des assemblées générales ont lieu trois fois par semaine pour discuter et régler des problèmes entourant la vie collective; thérapeutes, détenus et autres membres du personnel assistent aux rencontres. Les décisions qui concernent le fonctionnement interne du Centre sont prises à la majorité des voix. Des rencontres plus intimes réunissent patients et thérapeutes deux fois par semaine; les détenus ont alors l'occasion de discuter de leurs problèmes personnels. La pratique d'activités générales (artisanat, sports, services religieux, etc.) permet, pour sa part, d'atteindre d'autres objectifs.

On accorde énormément d'importance à la réinsertion sociale du détenu. Certaines activités visent à aider le détenu à se familiariser avec les réalités de la vie quotidienne au sein de la collectivité, une fois le programme complété avec succès. Bref, sa réinsertion sociale est préparée graduellement. On l'autorise à

des sorties avec escorte, véritables séances d'initiation à la vie extérieure. Ce processus de réintégration s'apparente de près aux programmes psychosociaux offerts au Canada.

Cent vingt-trois détenus ont participé au programme entre le 1er août 1979 et le 30 avril 1988; vingt-trois n'ont pas terminé le programme, dix ont décidé d'abandonner en cours de route et treize en ont été exclus. Des cinquante-cinq détenus ayant terminé le programme d'une durée de plus de quatre mois, vingt ont écopé d'une nouvelle condamnation moins de deux ans après leur mise en liberté, dix-neuf ont disparu et seize n'avaient enregistré aucune récidive au moment de la collecte des données.

De Montmollin, M.-J. (1989). La prise en charge des délinquants mentalement anormaux dans le cadre du concordat sur l'exécution des peines et mesures entre les cantons romands (Suisse). *Revue internationale de criminologie et de police technique*, mars, 308-329.

LES PAYS SCANDINAVES

Il est bien connu que le taux d'incarcération dans les pays scandinaves est très faible comparativement à celui des pays occidentaux, surtout pour des infractions aussi graves que le vol qualifié et les voies de fait. Dans ces pays, la gestion des délinquants souffrant de maladie mentale revêt un caractère assez particulier.

Chaque monarchie possède son propre code pénal et sa propre voie judiciaire, mais utilise des méthodes semblables pour traiter les délinquants souffrant de troubles mentaux.

Les codes pénaux scandinaves ont un principe commun : les personnes jugées non responsables de leur comportement ne peuvent être punies pour ce comportement. Il n'existe cependant aucun consensus quant aux critères définissant la responsabilité criminelle et, par le fait même, quant à la classification dans la catégorie de l'aliénation mentale ou de la déficience mentale grave. Au Danemark et en Suède par exemple, la responsabilité criminelle se fonde sur la capacité des délinquants à comprendre les conséquences de leur comportement tandis qu'en Norvège, cette capacité n'est pas reconnue comme critère. Ces délinquants peuvent effectivement échapper aux peines prévues mais, dans la plupart des cas, des sanctions spéciales sont appliquées.

Les délinquants souffrant de maladie mentale et jugés inaptes à purger leur peine peuvent être gardés dans des établissements de détention préventive qui font partie du système carcéral et qui sont administrés par le ministère de la Justice. En 1980, le système carcéral de Norvège comprenait 133 lits de détention préventive dont certains étaient parfois occupés par des détenus de la population carcérale générale. Par contre, la Suède et le Danemark n'offraient aucun lit de ce genre.

Au cours de cette même année, les unités psychiatriques du Danemark, de la Norvège et de la Suède ont accueilli respectivement 139, 22 et 65 délinquants souffrant de maladie mentale. Les délinquants souffrant de maladie mentale et jugés inaptes à purger leur peine pouvaient aussi être assignés à des établissements psychiatriques dirigés par les responsables de la santé et s'inscrivant dans le cadre des services psychiatriques habituellement dispensés au sein du système. Le système de soins psychiatriques prévoyait des unités psychiatriques spéciales à sécurité maximale d'une capacité respective de 25, 15 et 373 lits dans chacun de ces pays.

Comme le souligne le professeur Georg Hoyer, les délinquants souffrant de maladie mentale et jugés inaptes à purger leur peine sont habituellement maintenus en détention pour une période maximale préalablement fixée. Si les autorités le jugent nécessaire, cette ordonnance de détention peut être renouvelée indéfiniment. M. Hoyer fait cependant remarquer un inconvénient possible à cette méthode : les délinquants peuvent passer plus de temps en détention que s'ils étaient condamnés à une peine ordinaire d'incarcération.

Un second groupe de délinquants souffrant de maladie mentale est composé de délinquants jugés aptes à purger leur peine. Ils sont pris en charge par les services de santé du pénitencier et placés sous la responsabilité des autorités de la prison. Selon Hoyer, ces délinquants doivent souvent cohabiter avec d'autres détenus qui s'objectent à leur présence et entrer en contact avec des employés qui ne sont pas qualifiés pour s'occuper de leurs problèmes les plus graves.

Dans les cas où ils ne sont pas placés avec les autres détenus, les délinquants souffrant de maladie mentale et déclarés aptes à purger leur peine peuvent être forcés par les tribunaux de suivre des programmes de traitement. Au Danemark et en Suède, les délinquants souffrant de maladie mentale suivront leur traitement au sein des services psychiatriques tandis qu'en Norvège ces traitements leur seront offerts en milieu carcéral.

Les délinquants qu'on oblige à suivre ces traitements souffrent souvent de troubles du comportement tels que des troubles psychopathiques et autres troubles semblables, de toxicomanie et de troubles mentaux légers. En Suède et au Danemark, le traitement obligatoire peut remplacer la peine ou lui être ajouté, comme c'est le cas en Norvège.

Dans les pays scandinaves, on se demande présentement si les délinquants souffrant de maladie mentale et jugés aptes à purger leur peine ne pourraient pas être acheminés vers les services de soins de santé mentale ordinaires étant donné qu'ils sont peu nombreux et que leur cas relève de la médecine. L'administration des tribunaux et des prisons répond que cela est impossible étant donné que les établissements psychiatriques publics ne peuvent garantir le degré de sécurité requis pour la garde et le traitement des délinquants souffrant de maladie mentale. Les codes pénaux de Scandinavie font présentement l'objet d'une révision au cours de laquelle le transfert de la gestion des délinquants souffrant de maladie mentale retiendra l'attention.

D'après le professeur Hoyer, les pays scandinaves et occidentaux font face à des problèmes semblables en ce qui a trait à la gestion des délinquants atteints de maladie mentale.

Hoyer, G. (1988). Management of Mentally Ill Offenders in Scandinavia. *International Journal of Law and Psychiatry* 11, 317-327.

Si l'on en juge d'après ces articles, les soins de santé mentale offerts aux détenus souffrant de troubles mentaux revêtent autant d'importance dans les pays européens qu'au Canada. Il est intéressant de constater que la gestion des détenus atteints de troubles mentaux offre plusieurs similitudes. Comme plusieurs autres pays dont le Canada, la France a vécu la désinstitutionnalisation des hôpitaux

psychiatriques au cours des années 1970. En 1977, l'État français a modifié ses services de santé partout au pays et au sein du système pénitentiaire et a choisi d'augmenter les ressources consacrées aux personnes atteintes de troubles mentaux, dont le nombre ne cessait de s'accroître et qui étaient récupérées par le système de justice pénale. En Suisse, les soins de santé mentale prodigués aux détenus souffrant de troubles mentaux ressemblent énormément à certains des programmes et approches thérapeutiques utilisés dans les centres psychiatriques régionaux du Service correctionnel du Canada.

Et finalement, la façon de répartir les détenus souffrant de troubles mentaux en deux catégories, ceux qui sont jugés responsables de leurs actes et ceux qui ne le sont pas, comme cela se fait en Scandinavie, ressemble, du moins à première vue, au processus canadien. Il est intéressant de constater que les Scandinaves révisent leur processus de gestion de cette clientèle avec l'intention d'en retirer la responsabilité au système pénitentiaire pour la confier plutôt aux services de santé réguliers.