

Le traitement des délinquants atteints de troubles mentaux: de quel traitement s'agit-il, au juste?

À peu près tout le monde pense comprendre le mot «traitement», mais le sens de ce mot varie selon le contexte dans lequel on l'emploie. Par exemple, le traitement psychiatrique peut se définir comme une intervention visant à soigner un trouble mental par la médication ou en apprenant au patient à fonctionner de façon autonome. En revanche, le traitement correctionnel vise à modifier les attitudes, la personnalité et les comportements antisociaux.

Si on ne sait pas à quelle définition renvoie le mot, il est évident que cela risque de poser des problèmes. Quand il est question du «traitement» des délinquants, par exemple, on suppose souvent qu'il s'agit d'une intervention visant à réduire la récidive - ce qui présume l'existence d'un rapport entre les troubles mentaux d'un délinquant et les infractions qu'il a commises - alors que, dans l'esprit de la personne qui parle, il s'agit souvent d'un traitement psychiatrique.

Cette équivoque soulève une question fondamentale. Le traitement des délinquants atteints de problèmes mentaux a-t-il pour but de réduire la récidive ou d'atténuer le trouble mental? Du reste, le traitement des troubles mentaux est-il susceptible de corriger le comportement criminel? Le lecteur trouvera dans cet article la réponse à ces deux questions, des questions qu'il importe de comprendre et auxquelles il faut répondre pour situer dans le contexte nécessaire toute analyse du traitement des problèmes mentaux chez des délinquants. Les troubles mentaux sont-ils à l'origine de comportements violents ou criminels? L'idée selon laquelle les troubles mentaux seraient à l'origine de la violence ou de la criminalité remonte à la nuit des temps. Des études ont révélé que, même s'il existe un rapport entre les deux phénomènes, ce rapport est très faible⁽²⁾.

Environ 90 % des personnes (incarcérées ou non) souffrant d'un trouble mental majeur n'ont aucune propension à la violence. De plus, des variables liées à la détresse personnelle -l'anxiété, le manque d'estime de soi, la dépression et la présence d'un trouble mental -sont de faibles prédicteurs du passage à l'acte criminel, et le traitement clinique de ces facteurs ne réduit pas la récidive⁽³⁾.

En fait, certains chercheurs ont découvert une corrélation négative significative (quoique faible) entre la schizophrénie et la récidive violente⁽⁴⁾. Par conséquent, s'il est vrai qu'une petite proportion des délinquants atteints de troubles mentaux risquent d'être violents, la plupart d'entre eux ne le sont pas⁽⁵⁾.

Le rapport, s'il existe, entre les problèmes mentaux et les actes de violence est très complexe⁽⁶⁾. Ainsi, la présence de symptômes positifs de schizophrénie peut être associée à une tendance accrue à commettre des actes violents ou criminels, alors que la présence de symptômes négatifs de la même maladie semble associée à une diminution de cette tendance⁽⁷⁾.

Cependant, il arrive que même ces constatations générales ne correspondent pas à la réalité, comme dans le cas d'un patient atteint d'un délire paranoïde (symptôme positif) qui se replie simplement sur lui lorsqu'il pense que l'on parle de lui. Enfin, la typologie des problèmes mentaux n'a tout simplement pas été conçue pour évaluer ou prédire le comportement criminel ou violent⁽⁸⁾.

En un mot, le rapport entre la présence d'un trouble mental et le passage à l'acte violent ou criminel n'est

pas aussi fort qu'on le croit généralement. Il est extrêmement improbable qu'un malade souffrant d'un trouble mental soit dangereux uniquement en raison de ce trouble. Ce sont des facteurs criminogènes comme des attitudes, une personnalité ou des comportements antisociaux qui sont les meilleurs prédicteurs du risque, même chez les délinquants atteints de troubles mentaux. Le traitement des troubles mentaux ne réduit pas nécessairement la récidive. Le traitement psychiatrique ou psychologique vise à soigner un trouble mental, alors que le traitement correctionnel, lui, a pour but de réduire le risque de récidive. Ces deux buts ne s'excluent pas mutuellement, mais ils ne vont pas toujours de pair.

Le traitement correctionnel prend pour cible les facteurs criminogènes, par exemple la fréquentation de délinquants, les attitudes antisociales et le comportement criminel⁽⁹⁾. Le traitement psychologique ou psychiatrique, quant à lui, ne vise pas seulement à faire disparaître les symptômes mais aussi à rendre l'individu capable de fonctionner quotidiennement, d'interagir avec autrui, de trouver et garder un emploi, d'avoir des activités de loisir, une vie sociale et une vie sexuelle gratifiantes et d'éprouver un sentiment général de bien-être.

Le traitement psychiatrique ou psychologique a toutefois sa place en milieu correctionnel. Car, après tout, serait-il moralement acceptable de refuser de traiter un malade simplement parce qu'il retombe dans la criminalité quand ses symptômes s'estompent? De plus, la prestation de soins essentiels de santé mentale fait partie du mandat du Service correctionnel du Canada⁽¹⁰⁾. L'évaluation du traitement des problèmes mentaux. La plupart des programmes correctionnels sont évalués en fonction de leur effet sur la récidive, ce qui est normal lorsqu'il s'agit d'interventions axées sur les facteurs criminogènes. Ce critère n'est cependant pas d'une grande utilité lorsqu'il s'agit d'évaluer les résultats du traitement de problèmes mentaux : l'évaluation pourrait révéler que les soins dispensés ont eu peu d'effets, ou même aucun. Il faut employer d'autres instruments pour mesurer l'efficacité de ce genre de traitement: grilles d'évaluation psychiatrique, évaluation du fonctionnement autonome et analyse du recours aux services de santé mentale.

Mais il importe peut-être plus encore de s'arrêter au sens que l'on donne au mot traitement. Il est très facile de confondre les deux sens de ce terme au moment de décider de poursuivre ou d'interrompre le traitement psychiatrique ou psychologique d'un délinquant.

Qu'arrive-t-il, par exemple, lorsqu'un délinquant sexuel schizophrène reçoit des soins psychiatriques? Le principal but du traitement est d'améliorer la santé mentale et donc le fonctionnement du délinquant. Un autre aspect du traitement vise, évidemment, la composante sexuelle du comportement criminel. Mais, à supposer que le délinquant ne veuille pas parler de l'infraction qu'il a commise, doit-on l'exclure du programme de traitement? Après tout, si le but ultime de l'intervention est de réduire la récidive, pourquoi traiter des délinquants qui refusent de renoncer à leurs activités criminelles?

Le hic, dans ce raisonnement, tient à l'emploi du mot «traitement» pour désigner à la fois l'intervention axée sur les facteurs criminogènes et le traitement des problèmes mentaux. Lorsqu'on soigne un malade atteint d'un trouble mental, la priorité absolue doit rester le traitement de ce trouble et c'est en fonction de ce critère qu'il faut évaluer l'efficacité du traitement.

Cependant, dans la pratique, il arrive que l'intervention psychiatrique aide le délinquant à corriger

certaines facteurs qui sont à l'origine de son comportement criminel. Par exemple, si le sujet apprend à mieux utiliser ses loisirs, à mieux communiquer et à s'affirmer davantage, cela l'aidera peut-être à éviter la compagnie de criminels. On voit donc que le traitement des troubles mentaux peut réduire quelque peu la récidive, mais ce n'est pas son but principal.

En résumé, il est possible qu'il y ait un lien entre les symptômes d'un petit nombre de délinquants atteints de problèmes mentaux et leurs activités criminelles. Il faut donc déterminer, au départ, si le comportement criminel de l'intéressé est lié au trouble mental qu'il présente. On pourra ainsi définir les buts du traitement en se fondant sur une évaluation objective et non sur la simple hypothèse qu'il existe un rapport étroit entre le trouble mental et le risque d'un passage à l'acte criminel ou violent.

S'il n'y a aucun rapport évident entre le trouble mental du sujet et son comportement criminel, on pourra alors déterminer, de façon indépendante, s'il y a lieu de lui offrir un traitement additionnel axé sur les facteurs qui sont à l'origine de ses activités criminelles. Pour reprendre l'exemple du délinquant sexuel, une fois terminé le traitement psychologique ou psychiatrique, cette personne pourrait suivre un programme de traitement de la délinquance sexuelle.

On pourrait aussi offrir ce traitement au délinquant tout en le soignant pour des troubles mentaux - pourvu qu'il soit capable de faire les deux démarches en même temps. C'est actuellement l'approche privilégiée au Centre psychiatrique régional de la région des Prairies. On y offre un programme conçu expressément pour aider les délinquants à comprendre leur cycle criminel tout en suivant un traitement psychiatrique à plein temps. Savoir de quoi on parle Il faut dissiper toute équivoque et toujours préciser, lorsqu'un «traitement» est prescrit, à quelle définition renvoie ce terme (traitement psychiatrique ou traitement correctionnel). Cela nous permettra de traiter les délinquants en connaissance de cause, en sachant clairement ce que l'intervention peut et ne peut pas réaliser. Ce n'est qu'à cette condition que nous pourrons réellement évaluer l'efficacité des différents programmes de traitement des troubles mentaux.

(1)Centre psychiatrique régional 2520, avenue Central nord, C. P. 9243, Saskatoon (Saskatchewan) S7N 3X5.

(2)MONAHAN, J., «Mental Disorder and violent Behaviour», *American Psychologist*, vol. 47, n° 4, 1992, p. 511-521.

(3)BONTA, J., ANDREWS, D. A., et MOTIUK, L. L., *Dynamic Risk Assessment and Effective Treatment*, communication présentée à la réunion annuelle de l'American Society of Criminology à Phoenix, le 28 octobre 1993.

(4)HARRIS, G. T., RICE, M. E., et QUINSEY, V. L., «Violent Recidivism of Mentally Disordered Offenders: The Development of a Statistical Prediction Instrument», *Criminal Justice and Behaviour*, vol. 20, n° 4, 1993, p. 315-335.

(5)TEPLIN, L. A., McCLELLAND, G. D. et ABRAN, K. A., «The Role of Mental Disorder and Substance Abuse in Predicting Violent Crime Among Released Offenders», *Mental Disorder and Crime*, sous la direction de S. Hodgins, Newbury Park, Sage Publications, 1993, p. 86-103.

(6)SHAH, S. A., «Recent Research on Crime and Mental Disorder: Some Implications for Programs and Research», *Mental Disorder and Crime*, sous la direction de S. Hodgins, Newbury Park, Sage

Publications, 1993, p. 303-316.

(7) Parmi les symptômes positifs figurent les hallucinations, les idées délirantes et les affects inappropriés. Les symptômes négatifs englobent notamment le repli sur soi et le manque d'énergie ou d'initiative.

(8) SHAH, «Recent Research on Crime and Mental Disorder: Some Implications for Programs and Research».

(9) BONTA, ANDREWS et MOTIUK, *Dynamic Risk Assessment and Effective Treatment*. Voir aussi BONTA, J., *Manuel de formation sur l'évaluation du risque - Module 1: Les fondements théoriques*, Ottawa, Service correctionnel du Canada, 1994.

(10) OGLOFF, J. P., ROESCH, R. et HART, S. D., «Mental Health Services in Jails and Prisons : Legal, Clinical and Policy Issues», *Law and Psychology Review* (sous presse).