

le partenaire

vol. 19, n° 2, été 2010

La seule revue de langue française spécialisée en réadaptation psychosociale et rétablissement en santé mentale



Psychiatrie et justice : portrait de pratiques actuelles dans ce champ d'intervention



ASSOCIATION
QUÉBÉCOISE POUR
LA RÉADAPTATION
PSYCHOSOCIALE

le partenaire

est la revue de

l'Association québécoise
pour la réadaptation psychosociale



Siège social :

AQRP, 184, rue Racine, bureau 307

Québec (Québec) G2B 1E3

Téléphone : 418 842-4004

Télécopieur : 418 842-4334

Courriel : aqrp@qc.aira.com

Internet : aqrp-sm.org

Éditrice : Esther Samson

Comité d'édition : Noémie Charles,
Marc Corbière, Rosanne Émard, Michel Gilbert,
Francis Guérette, Diane Harvey, Marie-Hélène
Morin, Esther Samson, Marie-Thérèse Toutant.

Conception et réalisation graphique :

www.fleurdelysee.ca

Impression : Copies du Pavois, Québec

Révision des textes : Judith Tremblay

ISSN : 1188-1607

sommaire

- 3 Carnet de l'éditrice
- 3 Chronique du franc-tireur
- 2 4 Diogène et PECH : deux modèles communautaires et alternatifs en psychiatrie et en justice
- 9 Le Programme santé mentale justice du CSSS de Saint-Jérôme
- 16 Le programme de soutien judiciaire et de déjudiciarisation d'Horizons Renaissance d'Ottawa
- 21 L'Institut Philippe-Pinel de Montréal, 40 ans d'expertise en psychiatrie légale
- 26 La psychiatrie légale, une expertise des plus spécialisées
- 31 Nous avons lu pour vous...Commentaire sur le roman *Mystique Blues*

vignette sur la une

Nous vous présentons à la une *Color coded circus*, une œuvre de Dominique Roberge, cette jeune artiste que nous vous avons fait découvrir au précédent numéro du *partenaire*. Cette toile fait ressortir l'abus comme thème principal. *Dans la société présente, on prend tout ce qui nous colle à la peau, on devient surchargé par l'abus... jusqu'à se coucher par peur, ou jusqu'à tomber dans de tristes psychoses*, explique l'artiste qui se sent de plus en plus interpellée par la notion de simplicité volontaire.

Carnet de l'éditrice

En complément du précédent numéro du *partenaire*, *Psychiatrie et justice : constats et état de la situation en 2010*, cette édition présente quelques ressources d'importance, communautaires et institutionnelles, qui œuvrent dans le champ d'intervention de la psychiatrie et de la justice. Si leurs pratiques diffèrent parfois, ces ressources ont tout de même comme mandat commun d'offrir les services et l'accompagnement requis à une clientèle vivant avec un trouble mental et de surcroît judiciairisée. Dans un tel contexte, les valeurs du rétablissement (autonomie, réappropriation du pouvoir...) que l'on souhaite mettre de l'avant se heurtent parfois aux contraintes légales auxquelles les clients doivent se soumettre. Un beau défi à relever.

M^{me} Noémie Charles, spécialiste en activités cliniques au Centre du Florès et membre du comité d'édition du *partenaire*, nous offre le fruit de deux entrevues : une première avec M^{me} Marie Desjardins et M. Bertrand Gagné, respectivement intervenante et directeur général pour Diogène à Montréal; une seconde avec M. Benoît Côté, directeur général de PECH à Québec. Au fil des années, ces deux organismes communautaires se sont démarqués par leur expertise dans le domaine de la judiciairisation/déjudiciairisation et des troubles mentaux. M. Mathieu Morel-Bouchard, agent de relations humaines au CSSS de Saint-Jérôme, et ses collaborateurs font ensuite état du modèle mis en place sur leur territoire, un bel exemple de partenariat et d'interdisciplinarité, où collaborent le CSSS, le Centre du Florès, expert en réadaptation secteur hébergement et socioprofessionnel, et le Centre André-Boudreau, expert en réadaptation en dépendances, pour

améliorer l'efficacité des services auprès d'une clientèle spécifique en psychiatrie légale.

Horizons Renaissance, un organisme d'Ottawa offrant des services aux personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères aux prises avec le système de justice pénale, nous est présenté dans le texte suivant par M^{me} Michelle Veillette, gestionnaire de programmes, et son équipe. Un texte dont plusieurs pourront sûrement s'inspirer.

Nous avons tous entendu parler de « Pinel », cet établissement reconnu pour accueillir des « fous dangereux ». L'article qui suit démystifie l'Institut Philippe-Pinel de Montréal grâce à la plume du Dr Louis Morissette, médecin-psychiatre à l'Institut, qui nous fait mieux connaître la clientèle, les services et les défis auxquels l'établissement fait face. Finalement, l'Unité de services de psychiatrie légale de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec nous est décrite par M^{me} Catherine Chagnon, qui y travaille à titre d'agente d'information.

Ce numéro se clôt par notre chronique *Nous avons lu pour vous...* M^{me} Ellie Saint-Amour y commente avec éloquence un roman paru récemment, *Mystique Blues*, de Sylvain d'Auteuil, où il est question de santé/maladie mentale, de quête spirituelle et d'expérience mystique. Nous retrouvons ci-dessous notre *Chronique du franc-tireur*, exceptionnellement écrite cette fois-ci par un proche d'une personne utilisatrice de services en santé mentale. Après tout, c'est en quelque sorte une question de justice que de laisser la parole aux proches sur le sujet!

Esther Samson
Éditrice

3

Chronique du franc-tireur

Ne trahissons-nous pas la justice en utilisant outrancièrement les recours ultimes que le législateur a mis en place pour venir en aide aux personnes vivant un problème de santé mentale grave et dont la sécurité est compromise?

Lorsqu'on utilise à tort un recours comme la requête au tribunal pour obtenir une ordonnance de garde provisoire, n'y a-t-il pas une injustice commise envers les personnes directement touchées et leur entourage? C'est ce que nous croyons à l'APAMM-Rive-Sud.

Le fait d'exercer des pressions indues pour faire un recours d'ordonnance de garde provisoire auprès de l'entourage inquiet ou dépassé par certaines situations vécues par leur proche est à notre avis un abus. Ne pas donner un service approprié en regard de la situation peut entraîner une détérioration des relations familiales, pourtant le lieu premier des solidarités favorisant un filet protecteur. Plus grave encore, l'usage non approprié de ce recours provoque l'effet contraire de celui visé par le principe de cette loi. On en vient à aggraver une situation déjà difficile, jusqu'à compromettre dans certains cas la sécurité des membres de l'entourage et à retarder une aide et des soins qui auraient pu être dispensés par d'autres moyens. Ne pas évaluer les conséquences d'une telle décision (surtout qu'aucune garantie de traitement n'est attachée à une ordonnance de garde provisoire) est une source de dommages collatéraux qui seront parfois lents à colmater.

Notre propos part du constat que nous faisons ces dernières années à l'APAMM-Rive-Sud. À titre indicatif, en 2009-2010, 73 % des demandes d'accompagnement qui nous ont été acheminées (dans le cadre de la Loi P-38) n'étaient pas pertinentes et auraient dû recevoir un traitement plus approprié et respectueux des personnes. Seulement 27 % des demandes reçues se sont avérées justifiées et ont fait l'objet d'un accompagnement réussi. Ce tableau laisse songeur. Allons-nous vers une nouvelle dérive du système de soins en santé mentale? Le recours à la justice serait-il devenu la réponse d'une première ligne de santé mentale qui se dérobe à ses obligations?

Au risque de faire cliché, la justice, c'est l'affaire de tous. Elle commence là où il y a une véritable écoute qui ne se cache pas derrière des règles d'exclusion et des critères de service peu sensibles aux appels à l'aide. La véritable justice, surtout dans le contexte de la santé mentale, n'est-elle pas le lieu d'une rencontre compréhensive des limites humaines? En ce sens, elle devient à la fois un refuge et l'occasion d'un nouveau départ vers le rétablissement. Dans le présent contexte, la justice passe par un ensemble de services de proximité prompts à réagir dans l'intérêt de tous. Cela demande d'investir du temps et de l'écoute pour accueillir les personnes puis évaluer la portée des actions préconisées.

Lionel Sansoucy
Conseiller en santé mentale à
l'Association des parents et amis de la personne
atteinte de maladie mentale Rive-Sud

Diogène et PECH : deux modèles communautaires et alternatifs en psychiatrie et en justice

Par Noémie Charles, M. Sc., t. s., spécialiste en activités cliniques, Centre du Florès, personne en rétablissement

MISE EN CONTEXTE

L'auteure de ce texte a travaillé plus de dix ans dans le domaine de la psychiatrie et de la justice. Sur sa route, deux organismes communautaires partageant une clientèle, une mission, des valeurs et des approches semblables se sont démarqués dans le domaine de la judiciarisation/déjudiciarisation et des troubles mentaux : l'organisme **Diogène**, à Montréal, et le Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (**PECH**), à Québec. L'article qui suit vise à présenter brièvement ces deux organismes et à les situer, entre autres, par rapport à l'utilisation des meilleures pratiques, à l'innovation en matière de psychiatrie/justice ainsi qu'à l'intervention dans des contextes de dangerosité. L'information utilisée est tirée de deux entrevues : une première avec Bertrand Gagné et Marie Desjardins, respectivement directeur général et intervenante pour **Diogène**; une seconde avec Benoît Côté, directeur général de **PECH**.

DES SERVICES ALTERNATIFS

4

Diogène¹ et **PECH** offrent des services de soutien d'intensité variable dans la communauté auprès de personnes présentant des troubles mentaux et des problématiques liées à la judiciarisation ou à l'itinérance. L'objectif général des interventions est l'accompagnement des personnes utilisatrices dans leur quête d'autonomie, de mieux-être et de citoyenneté.

Alors que **Diogène** est né, il y a un peu plus de 20 ans, d'une collaboration entre l'UQAM et la Fondation de l'Institut Philippe-Pinel pour un projet de recherche-action, **PECH** est une initiative inhérente au constat fait il y a de cela 18 ans selon lequel les personnes présentant des troubles concomitants ne trouvent pas leur compte dans les services offerts dans la ville de Québec. Les deux organismes offrent aujourd'hui des services de proaction et de stabilisation. La proaction consiste en des interventions directes dans les ressources de la communauté et autres lieux de rassemblement pour rejoindre les « non rejoints » par les services traditionnels. La stabilisation concerne toute démarche en lien avec l'obtention de pièces d'identité, les demandes d'assistance-emploi, les accompagnements divers (Cour, psychiatre, épicerie, comptoir vestimentaire, etc.).

L'histoire de **Diogène** est marquée par l'importance accordée au respect du rythme personnel des demandeurs de services et aux questions qui en découlent : jusqu'à quel moment doit-on attendre que la personne soit prête à passer à l'action, quand est-il nécessaire d'exiger davantage d'elle, jusqu'où

doit-on aller pour éviter de lui imposer des pressions, ...? Le fait de ne pas « travailler avec les diagnostics » est préconisé. En ce sens, les intervenants considèrent qu'un diagnostic de trouble mental donne certaines indications au sujet de la pathologie, mais cette dernière n'est qu'un aspect parmi tant d'autres qui, sans être plus ou moins important, ne peut décrire fidèlement et à lui seul l'essence d'une personne. M. Gagné mentionne, de plus, que son équipe a une obligation de moyens et non de résultats. Ainsi, les intervenants ont le devoir et la responsabilité de tout mettre en œuvre afin de favoriser la résolution de problèmes et de diminuer la détresse psychosociale des demandeurs de services. Toutefois, l'issue demeure la responsabilité et le choix de ces derniers. Puis, à l'instar de leur confrère de Québec, l'équipe montréalaise aspire à donner des services de la façon la moins coercitive et la moins intrusive possible.

La prestation de services par **Diogène** se fait selon deux modes : les services de soutien transitoire et les services de soutien continu. Le premier type consiste en l'accueil de toute demande de services et en quelques rencontres d'évaluation (présentation de l'organisme, arrimage selon les besoins de la personne, références). Ensuite, le demandeur de services (terme utilisé pour désigner les utilisateurs à **Diogène**) peut bénéficier d'un suivi à court terme ou d'interventions ponctuelles ou périodiques. Si la personne nécessite un soutien de plus longue durée, elle peut bénéficier des services de soutien continu, à plus long terme. Parmi les huit organismes communautaires montréalais offrant des services de soutien dans la communauté, **Diogène** est le seul, selon M. Gagné, ayant une clientèle spécifique (mandat régional de la clientèle dite particulière). Il est à noter que l'équipe de **Diogène** met également de l'avant son expertise afin d'assister et de conseiller les ressources qui en font la demande.

Quant à **PECH**, des services intégrés sont offerts, soit le travail de milieu, la maison d'hébergement transitoire (stabilisation et relocalisation), le service de crise/garde P. 38 (mandat régional), le service de suivi postcrise, le soutien d'intensité variable dans la communauté, le logement social et la formation. Par conséquent, une personne référée à l'organisme a la possibilité de transiter d'un service à un autre, selon ses besoins. Selon M. Côté, cette réalité facilite grandement leur mandat de prévenir et d'offrir des alternatives à l'hospitalisation et à la judiciarisation, ainsi que d'intervenir tant avant, que pendant et après la judiciarisation. Pour le mandat de l'application de la Loi P. 38 (voir encadré page suivante), l'équipe de Québec a à collaborer de près avec les services policiers afin de les soutenir dans l'évaluation

1 Selon Bertrand Gagné, le nom de l'organisme qu'il dirige provient du prénom du philosophe grec qui prônait le dépouillement, soit Diogène.

de l'état mental et de la dangerosité des personnes. Dans ce contexte, les policiers détiennent le pouvoir discrétionnaire de faire appel aux intervenants de **PECH**, ce qui est le plus souvent le cas, selon M. Côté.

Plus particulièrement pour **PECH**, ce sont la défense des droits, l'empowerment social et collectif, la lutte à la

ou hospitalisées. Toutefois, ils ne sauraient dire si les femmes utilisant actuellement leurs services se présentent différemment des hommes quant à la judiciarisation, aux types de délits et à leur gravité, aux manifestations d'agressivité et de violence ainsi qu'au potentiel de dangerosité. Les différences perçues seraient ténues, inconstantes ou peu généralisables.

La Loi P. 38 est la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. S'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, le tribunal peut, à la demande d'un médecin ou d'un intéressé, ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, gardée provisoirement dans un établissement de santé ou de services sociaux pour y subir une évaluation psychiatrique.

Le tableau ci-dessous présente les différents types de garde en établissement**.

Garde préventive	Garde provisoire	Garde autorisée
Danger grave ET immédiat, ET non-consentement aux soins	Nécessite une ordonnance de la Cour du Québec, à la suite d'une garde préventive	Nécessite une ordonnance de la Cour du Québec, à la suite d'une garde provisoire
Ce n'est NI un traitement NI une évaluation psychiatrique	Si un premier examen psychiatrique conclue à la nécessité d'une garde, un deuxième examen sera effectué	Tant que la personne ne consent pas aux soins ou qu'elle ne représente plus un potentiel de dangerosité
Maximum 72 heures	Maximum 96 heures INCLUANT la garde préventive	Durée déterminée par le juge, généralement de 21 à 30 jours

* L.R.Q., c. P-38.001; Code civil du Québec, mise à jour le 1^{er} avril 2010.

** Sources : www.justice.gouv.qc.ca, www.agidd.org, www.douglas.qc.ca, 2 mai 2010.

stigmatisation ainsi que la déconstruction du mythe de la dangerosité des personnes aux prises avec un trouble mental qui ont été les principaux *leitmotive* marquant leur histoire.

UNE CLIENTÈLE PARTICULIÈRE

Diogène et **PECH** desservent une population adulte présentant des besoins particuliers étant donné leur complexité. Ces personnes sont aux prises avec la présence simultanée de problématiques multiples occasionnant un dysfonctionnement dans une ou plusieurs sphères de leur vie ainsi qu'une grande détresse psychosociale. Tel qu'il a été mentionné plus haut, il s'agit d'abord de troubles mentaux, d'itinérance et de judiciarisation, mais également de toxicomanie et d'autres dépendances, de maladies ou de handicaps physiques, de pauvreté économique, de perte d'autonomie liée au vieillissement, etc. Étant donné la complexité de leur situation, ces personnes ne sont généralement pas desservies par les services traditionnels. Elles sont principalement référées aux organismes dont il est question par les centres hospitaliers et les établissements de détention, ceci tant à Montréal qu'à Québec.

Selon M. Gagné, Mme Desjardins et M. Côté, un peu plus d'hommes que de femmes se retrouvent dans leurs services. Les trois interviewés supposent que les femmes ont tendance à demander de l'aide avant d'en arriver à être judiciarisées

Pour être en mesure de répondre adéquatement aux besoins de cette clientèle particulière, **Diogène** comme **PECH** prônent la souplesse et la flexibilité tant en matière d'accès à leurs services qu'en matière de prestation des services. Le volontariat et l'accueil presque inconditionnel (aucune « liste noire » ni d'individus interdits de service à vie) sont également de mise.

Enfin, une légère différence entre les utilisateurs des services de **Diogène** et de **PECH** est à considérer : les premiers présentent une moyenne d'âge de 47 ans; les seconds démontrent des concentrations plus marquées d'adultes dans la vingtaine et d'adultes de 50 ans et plus.

DES APPROCHES CENTRÉES SUR LA PERSONNE

Tant chez **Diogène** que chez **PECH**, la réduction des méfaits est prônée et le rétablissement teinte leur évolution depuis les tout débuts. Plus qu'une mode, le rétablissement est perçu comme étant un réel changement de paradigme tant souhaitable qu'inévitable par les équipes des deux organismes communautaires dont il est question. Pour favoriser l'application concrète de la philosophie du rétablissement, les intervenants de **Diogène** ont bénéficié de l'expertise des formateurs de **PECH** afin de s'approprier les principes de l'approche centrée sur les forces. De façon très sommaire, l'approche

centrée sur les forces (de Charles Rapp) se caractérise par ce qui suit² :

- Une force est un talent, une ressource, une habileté, une capacité, une attitude, une ambition, un projet, un rêve, une volonté, un désir, etc.;
- Toutes les personnes et tous les environnements possèdent des forces;
- Tous les environnements comportent des éléments qui peuvent soutenir les personnes;
- Se centrer sur les forces constitue un catalyseur de changement.

Les tenants de ladite approche appliquent six principes de base interdépendants et se renforçant mutuellement :

1. Le soutien est centré sur les forces plutôt que sur le diagnostic de la personne;
2. Celle-ci possède la capacité d'apprendre, de grandir et de changer;
3. Elle est le maître d'œuvre de la relation d'aide et l'expert de sa situation;
4. La relation entre l'intervenant et elle devient un facteur essentiel du processus de soutien;
5. Le mode d'intervention privilégié est l'accompagnement des personnes dans un contexte naturel de vie en société;
6. La communauté est une oasis de collaborateurs potentiels au processus de soutien.

6

Particulièrement en ce qui a trait à **PECH**, la réadaptation psychosociale et la psychoéducation sont également mises de l'avant, ceci évidemment selon une perspective alternative plutôt que traditionnelle (par exemple, rejoindre la personne dans les différents lieux qu'elle fréquente plutôt que l'assister dans son apprentissage dans des milieux artificiels; utiliser les ressources générales de la communauté plutôt que celles destinées uniquement aux personnes aux prises avec des troubles mentaux; partir des rêves de la personne pour élaborer le plan d'intervention, etc.).

DES HISTOIRES À SUCCÈS : INNOVATION ET MEILLEURES PRATIQUES

Depuis quelques mois, l'équipe de **Diogène** participe à une recherche longitudinale pancanadienne au sujet du logement social. Les villes de Vancouver, de Moncton, de Winnipeg et de Toronto font également partie du projet. Il s'agit du projet Chez Soi, inspiré du programme étatsunien *Pathways to Housing*. De façon très sommaire, l'idée maîtresse de ce

programme est que la possibilité d'habiter un logement abordable, adéquat et confortable tout en bénéficiant d'un soutien personnalisé dans la communauté favorise le rétablissement et la participation citoyenne. Environ cent demandeurs de services de **Diogène** correspondant aux critères « itinérance-trouble mental » seront recrutés pour participer à cette recherche. Ils se verront attribuer, au hasard, un logement privé ou social, dont les mensualités seront assumées à 70 % par le projet de recherche. Une chef d'équipe et cinq intervenants se sont joints à l'équipe initiale.

Également inspiré par le programme *Pathways to Housing*, **PECH** développe depuis quelques années du logement social (plusieurs unités de logement à travers la ville de Québec) en plus d'être fiduciaire du programme de logement social subventionné Clé en main (75 % du loyer mensuel est défrayé par une subvention). M. Côté affirme que le nombre et la durée des hospitalisations ainsi que la consommation de substances psychoactives diminuent chez la plupart des personnes bénéficiant de l'une ou de l'autre des modalités de logement à coût abordable, ceci ayant également été appuyé dans la littérature. Puis, l'équipe de Québec est bonifiée depuis peu par la présence d'un pair aidant certifié (une personne en rétablissement d'un trouble mental formée à l'intervention par les pairs). Reconnaisant l'apport spécifique de ce nouveau type d'intervenant, le directeur général de **PECH** prévoit l'embauche éventuelle de plus d'un pair aidant au sein des divers services.

Enfin, il est à noter que les pratiques et les valeurs des deux organismes dont il est question sont promues et diffusées à travers le Québec par le biais d'activités de formation sur le

« [...] lorsqu'un policier considère qu'une personne doit subir un examen d'aptitude à comparaître après avoir commis un délit, l'équipe de Québec peut suggérer d'autres lieux d'hébergement plutôt qu'une incarcération temporaire. Donc, tout est fait pour éviter la prise en charge des personnes aux prises avec un trouble mental par les services correctionnels. »

soutien d'intensité variable dans la communauté offertes par le Conseil national d'excellence en santé mentale.

LA DANGÉROSITÉ : GESTION ET ÉVALUATION

Lorsqu'il est question de dangerosité (agressivité, violence), les trois interviewés confirment que très rarement, au cours de leur pratique, ils ont eu à faire face à des situations de compromission de l'intégrité physique ou psychologique des membres de leur équipe par des personnes utilisant

2 R. Émard et T. Aubry. (2004). Le suivi communautaire en santé mentale : une invitation à bâtir sa vie. Les Presses de l'Université d'Ottawa.
Regroupement des ressources non institutionnelles en santé mentale de Québec (Désormais l'AGIR), (2004). Le modèle de soutien communautaire axé sur les forces des individus : pour les personnes souffrant de troubles graves. Document de formation.

leurs services. En fait, aucun incident grave ne se serait produit depuis l'ouverture de chacun des organismes en question. Ils expliquent cela en partie par le fait qu'ils interviennent dans des contextes de volontariat, dans un milieu de vie naturel, présentant peu de contraintes administratives et peu de contrôle ou aucun, permettant ainsi des interventions probablement moins menaçantes. Les intervenants sont tout de même sensibilisés aux procédures de sécurité de base en relation d'aide.

Plus spécifiquement chez **Diogène**, lors des premières entrevues d'évaluation, la personne est rencontrée par deux intervenants dans un endroit public. Ce qui peut être fait également lorsqu'une personne déjà connue des services est soupçonnée de présenter momentanément un danger pour l'équipe lors d'une rencontre prévue. Ils utilisent également leur propre outil d'évaluation de la dangerosité.

Particulièrement en ce qui a trait aux alternatives à la judiciarisation, l'équipe de **PECH** s'engage à demeurer avec la personne risquant de subir l'application de la Loi P. 38 (hospitalisation d'une personne contre son gré dont l'état mental porte à croire qu'elle présente un danger

grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui) jusqu'à sa prise en charge par un centre hospitalier ou l'application de mesures alternatives (éviter le retrait du milieu naturel, offrir un suivi postcrise, référer à d'autres ressources, assurer un réseau de soutien et un filet de sécurité, etc.). Les intervenants veillent alors au respect des droits de la personne et même à lui redonner le plus de pouvoir possible malgré le contexte de non-volontariat. Autre alternative à la judiciarisation : lorsqu'un policier considère qu'une personne doit subir un examen d'aptitude à comparaître après avoir commis un délit, l'équipe de Québec peut suggérer d'autres lieux d'hébergement plutôt qu'une incarcération temporaire. Donc, tout est fait pour éviter la prise en charge des personnes aux prises avec un trouble mental par les services correctionnels. En ce sens, selon le directeur général, les services de travail de milieu offerts par **PECH** sont particulièrement utiles.

DES SERVICES EN PSYCHIATRIE/JUSTICE : VUE DE L'INTÉRIEUR

Les mots qui suivent sont ceux d'une personne utilisant les services de **PECH** et d'une intervenante travaillant pour **Diogène**. Ces mots témoignent de leurs difficultés, mais surtout de leur confiance et de leur espoir.

Une étape à la fois... je le peux!

Mon rétablissement à moi, c'est des deuils, une réappropriation de mes forces, de mes réussites, de ma valeur. C'est parfois aussi trouver un sens à ce qui m'est arrivé, les épreuves que je rencontre encore. Je suis passé par la colère, la résistance, j'ai eu à laisser tomber des amitiés, des mécanismes de défense. C'est apprendre à vivre des émotions nouvelles, un peu désagréables par moments, trouver des façons d'y faire face. La route est sinueuse, elle comporte des rechutes, des échecs, des erreurs et l'acceptation de tout ça.

Avec ma mère, j'ai eu une relation difficile; il y a eu son décès, ma culpabilité pour avoir été si dur. L'absence de mon père était lourde pour moi, son instabilité, sa violence. La violence d'un beau-père qui dit en même temps « je t'aime », son suicide. Le manque de confiance en moi, la difficulté à m'intégrer, avoir honte de moi, me haïr, vivre avec l'envie de mourir. Les familles d'accueil, le centre d'accueil, la prison, la psychiatrie, la drogue, pas de domicile fixe, le rejet. Je comprends aujourd'hui que la personne qui m'a rejeté le plus cruellement, a été la plus dure envers moi, m'a humilié au plus haut point, c'est moi. Ça a été long avant que je me reconnaisse comme une personne importante et ça a été grâce à beaucoup de soutien. Celui de ma famille, de mes amis, des intervenants, de toutes sortes de personnes.

Certaines formes de rétablissement parlent de « puissance supérieure ». Pour moi, c'est l'espoir qui est la foi. Le bon

Dieu, je l'ai maudit, lui ai crié tous les noms. J'ai voulu marchander, puis j'ai pleuré toutes les larmes de mon corps, je voulais comprendre. Qu'on me prenne pour un fou, j'ai donné un sens à ce qui était arrivé, j'avais besoin de ces épreuves pour apprendre. Apprendre le pardon, apprécier les petits bonheurs de la vie, la résilience, l'empathie, me reconnaître, m'aimer.

J'estime que je peux être fier de moi, parce que ce n'est pas tout le monde qui traverse ce que j'ai vécu qui a la force de croire. Croire à l'espoir, croire en l'amour, croire que la vie est belle. Maintenant, pour m'en sortir, je mise sur mes forces plutôt que mes faiblesses, mes réussites plutôt que mes échecs, le droit à l'erreur, le droit à une nouvelle chance.

J'en suis où j'en suis, malgré tellement d'erreurs, tant de rechutes. C'est la drogue que je cesse. J'en suis à cette étape. Pour moi, c'est énorme, je ne me sens pas encore prêt à vivre seul. La colère, je la vis encore parfois. Je voudrais tant être capable, j'ai confiance que ça viendra. Parce que c'est moi avec mes blessures, mon vécu, mes besoins, mes faiblesses. J'ai des rêves, des forces, des croyances. Je ne suis pas qu'une maladie, un toxicomane, je suis aussi un gars qui a du potentiel et des limites. Mes limites, plus je les accepte et plus je peux les repousser. Voilà, je veux m'en sortir, une étape à la fois, et je le peux.

Sébastien Dubé-Ouellet, avril 2010

Tant qu'il y a de la vie...

Je suis intervenante communautaire à **Diogène** depuis maintenant cinq ans. Je travaille au sein du service soutien transitoire. Notre équipe accompagne les demandeurs dans toutes sortes de démarches afin de les aider à stabiliser leur condition de vie quant à leurs besoins de base : recherche d'hébergement, de vêtements, de nourriture, de papiers d'identité, d'une source de revenu; accès à des services médicaux; accompagnement dans le processus judiciaire et j'en passe. En plus de vivre avec un problème de santé mentale sévère et persistant, plus de la moitié des personnes bénéficiant d'un suivi régulier ont actuellement ou ont eu dans le passé un statut judiciaire, sans compter toutes celles à risque de judiciarisation, étant donné un comportement dérangeant. Ceci peut sembler bien pessimiste comme portrait, mais je dois admettre que la grande majorité d'entre elles sont extrêmement démunies lorsqu'elles ont recours à nos services. J'ai en mémoire certains récits d'intervention reliés à la justice qui correspondent à des moments plus difficiles. Par exemple, une dame qui, depuis des années, se retrouve sans cesse en détention pour harcèlement psychologique. Elle se met toujours en situation compromettante puisqu'elle ne réalise pas la responsabilité de ses actes. Nous gardons tout

de même espoir. Nous continuons à l'accompagner sur le plan judiciaire en tentant de l'aider à cheminer afin qu'elle réalise un jour sa responsabilité et qu'elle puisse sortir de ce cycle qui la conduit à poser des gestes illicites. Heureusement, il y a aussi des histoires d'intervention qui font du bien. C'est le cas d'un accompagnement à la sortie de détention d'une jeune fille pour qui c'était très angoissant de se rendre dans une maison d'hébergement pour femmes. Elle se sentait en grande insécurité à l'idée de devoir se déplacer et de se rendre dans un endroit qui lui était inconnu. Tout au long du trajet, elle me parle de ses craintes face à l'avenir et je lui explique de quelle manière **Diogène** peut l'aider dans son cheminement. Une semaine plus tard, nous avons une autre rencontre afin de l'aider à se trouver un logement. De semaine en semaine, quelques petites choses se mettaient en place dans sa vie. J'ignore si elle sera de nouveau judiciarisée, mais j'ai senti qu'elle était réellement dans un tournant positif. Si, toutefois, elle se retrouve à nouveau en détention, elle se rappellera sans doute de **Diogène**, d'autant plus que nous faisons une proaction chaque semaine dans ce lieu afin de rencontrer les personnes susceptibles d'être intéressées à nos services...

Anonyme, avril 2010

8

LE XXI^e SIÈCLE : PERSPECTIVES ET DÉFIS

Actuellement, le plus grand défi de **Diogène** est de se faire davantage connaître. Bien qu'il y ait parfois de petites listes d'attente, M. Gagné est convaincu que bien plus de Montréalais aux prises avec des troubles mentaux et d'autres problématiques associées pourraient bénéficier des services de l'organisme avant ou après une hospitalisation ou une incarcération. L'équipe désire également travailler à l'appropriation de l'approche centrée sur les forces en plus de formaliser son adhésion au paradigme du rétablissement. La poursuite du projet de recherche pancanadien Chez Soi est également une priorité. Des possibilités « après projet » seront également envisagées pour les personnes qui ont bénéficié, le temps du projet, d'un appartement adéquat, abordable et confortable.

Dans la prochaine année, l'équipe de **PECH** s'affaira à instaurer un Centre de rétablissement où tous les moyens possibles seront déployés afin que les personnes aux prises avec des troubles mentaux et d'autres problématiques associées puissent vivre une vie en communauté, bien au-delà de la « survie habituelle », une vie comme tout autre citoyen. En ce sens, des ateliers sur la spiritualité, l'alimentation, le travail, les dépendances, les différents modes de vie, etc., seront offerts. L'inspiration de ces ateliers sera bien sûr les besoins et les demandes des personnes qui deviendront les réels experts de leur rétablissement.

Les intervenants les accompagneront dans leur quête d'espoir et dans la reconquête de leur envie de vivre, de leurs forces, de leurs rêves, de leurs projets. Les aspects sociaux et culturels du rétablissement seront également pris en compte. M. Côté souligne également, en tant que défi, la vigilance nécessaire par rapport à leurs pratiques et à la prestation des services afin d'assurer la cohérence et la fidélité de ceux-ci au paradigme du rétablissement. En ce sens, il prévoit des procédures d'évaluation des services. L'intégration croissante des personnes utilisatrices est également prévue grâce à la constitution prochaine d'un comité d'utilisateurs des services de **PECH** et à l'embauche de plus d'un pair aidant, tel que cela a été mentionné plus tôt.

Enfin, éliminer le « travail en silo » se trouve dans les aspirations tant de **Diogène** que de **PECH**. Effectivement, devant des situations de plus en plus complexes, la collaboration entre les divers établissements du réseau public, privé et communautaire ainsi que l'intersectorialité sont de mise afin de favoriser le rétablissement et la participation citoyenne du plus grand nombre possible de personnes aux prises avec un trouble mental et d'autres problématiques associées. Ceci, à partir de leurs rêves, de leurs besoins, de leurs projets, de leurs ambitions, de leurs capacités, de leur expertise...

Bonne continuation à tout ce beau monde!

Le Programme santé mentale justice du CSSS de Saint-Jérôme

Par Mathieu Morel-Bouchard, agent de relations humaines, CSSS de Saint-Jérôme, Steve Savard, agent de relations humaines, Centre du Florès, et Sophie Brisson, agente de relations humaines, Centre André-Boudreau

Nous ne pouvons parler de notre expérience sans remercier la Dre Mimi Israël qui, au Colloque de psychiatrie légale 2007 organisé par l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, avait présenté les principes d'une organisation de services s'avérant novatrice et avant-gardiste. Une présentation qui a su nous inspirer dans l'élaboration de nos développements. Alors, merci à Mimi Israël et à la Table de santé mentale justice de Montréal pour vos idées.

Introduction

La clientèle en psychiatrie légale a des besoins spécifiques en matière de rétablissement. En effet, les clients du secteur de la santé mentale justice comme ceux de la psychiatrie générale sont à la recherche d'un plus grand pouvoir sur leur vie, même s'ils sont en présence d'un cadre légal. Cette distinction peut paraître subtile, mais devient majeure quand nous travaillons auprès de ces personnes souvent réfractaires, surtout dans un environnement où il y a peu de services adaptés à leurs besoins. C'est d'ailleurs dans l'optique d'optimiser l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts à cette clientèle que le CSSS de Saint-Jérôme a proposé une nouvelle vision en novembre 2008. Ce projet proposait un travail de partenariat, d'interdisciplinarité, de spécialisation des services par la distinction de la psychiatrie légale et une meilleure intégration des différentes approches. Il est important de dire que la collaboration du Centre du Florès, expert en réadaptation secteur hébergement et socioprofessionnel, et du Centre André-Boudreau, expert en réadaptation en dépendances, a été essentielle pour s'assurer qu'une telle démarche puisse s'inscrire le plus près possible des besoins de la clientèle santé mentale justice. En ce sens, ce texte, présentant le travail réalisé sur le territoire local de Saint-Jérôme en matière de santé mentale justice, vise d'abord à décrire le modèle mis en place et à en démontrer les effets observés jusqu'à maintenant.

Le Tribunal administratif du Québec : contexte de Saint-Jérôme

La clientèle santé mentale justice spécifique à notre programme regroupe des personnes ayant commis un délit ou plusieurs et qui seront reconnues non-criminellement responsables en raison d'un état mental perturbé lors du délit (article 16). À la suite de ce verdict, ces dernières seront alors soumises à l'autorité du Tribunal administratif du Québec (TAQ) au volet Commission d'examen des troubles mentaux. Cette commission est un tribunal administratif créé en vertu du Code criminel. Par la suite, ce tribunal devra trouver à travers ses décisions ultérieures le juste milieu entre la liberté de l'individu et la sécurité du public : détention sans modalité de sortie, détention avec modalités de sortie, libération conditionnelle ou libération inconditionnelle.

Par ailleurs, pour accueillir cette clientèle, le CSSS de Saint-Jérôme dispose d'un bloc psychiatrique de 86 lits situé au Pavillon Jeanne-Mance. Cet établissement a été désigné par l'arrêté ministériel 2005-013 (25 août 2005) pour offrir un service d'hospitalisation médico-légale. Donc, 10 lits composent l'unité médico-légale dont le mandat est de faire les expertises psychiatriques demandées par la Cour, concernant l'aptitude à subir un procès ou la responsabilité criminelle. D'autre part, il est important de comprendre que généralement, le client sous ordonnance du TAQ ayant reçu son congé de l'hôpital (unité médico-légale) doit être réhospitalisé, s'il y a lieu, à l'intérieur des unités régulières de psychiatrie.

La clientèle santé mentale justice

Les clients de notre Programme santé mentale justice du CSSS de Saint-Jérôme présentent donc des caractéristiques qui les différencient de ceux de la psychiatrie générale. En psychiatrie légale, la clientèle est en effet reconnue pour ses multiples problématiques qui entretiennent parfois leur mode de vie dysfonctionnels et leur marginalité. En fait, les trois principales problématiques composant la vie de ces personnes sont la maladie mentale, la toxicomanie et la justice. Sur le plan de la psychiatrie, elles présentent souvent conjointement un diagnostic de trouble mental grave et un trouble de la personnalité en plus de la toxicomanie (abus ou dépendance) fréquemment conjugué à une misère sociale. Il est aussi juste d'affirmer que ces personnes sont généralement plus difficiles à traiter, moins motivées, plus à risque de non-adhérence au traitement et présentent un plus grand potentiel de dangerosité (Israël 2007).

Auparavant, la clientèle en psychiatrie légale était davantage maintenue sous garde dans des milieux institutionnels spécialisés. Depuis la désinstitutionnalisation et les changements au Code civil et au Code criminel, un effort est souhaité pour aider cette clientèle à s'intégrer et à se maintenir dans la communauté. Toutefois, cela représente des enjeux importants. Ceci est bien résumé dans le texte de Crocker, Côté et Moscato (2008) : *Les milieux de la psychiatrie générale, qu'ils soient institutionnels ou communautaires, sont maintenant appelés à composer avec une clientèle plus hétérogène et multi-problématique; ils ont aussi à interagir avec des instances juridiques dans leur pratique clinique. La question de l'évaluation et de la gestion du*

risque devaient donc de plus en plus une composante importante dans une approche des services de santé mentale de qualité (p. 149).

Par la nature même des critères d'admissibilité du Programme santé mentale justice ici décrit, ce plus grand potentiel de dangerosité est donc le fait de tous ses clients qui l'ont démontré par leurs antécédents judiciaires. Cette clientèle a donc besoin d'être accompagnée et encadrée afin de favoriser l'émergence d'un processus de maturation et de distanciation en regard de sa dangerosité. Ces interventions nécessitent une expertise particulière traditionnellement et encore trop aujourd'hui retrouvée uniquement dans les milieux restreints de la psychiatrie légale.

L'histoire

Tout d'abord, plusieurs constats s'accumulaient au fil des années concernant la clientèle santé mentale justice. Parmi les premiers écarts observés, nous retrouvions la difficulté d'accès et de maintien de ces clients à l'intérieur même des services de réadaptation (suivi dans la communauté, hébergement, toxicomanie). Ce phénomène favorisait l'augmentation de la durée moyenne de séjour à l'hôpital, l'augmentation des réhospitalisations et l'augmentation du risque que cette clientèle se désorganise ou s'institutionnalise davantage par un manque d'efficacité des services cliniques. De plus, le délai pour l'accès aux services de réadaptation en toxicomanie pour la clientèle santé mentale justice soulevait souvent des incohérences avec les attentes du TAQ (non-consommation), ce qui, du même coup, maintenait l'isolement du client, augmentait le risque de rechute et le potentiel de dangerosité. En complément, ce manque de continuité des actions cliniques et la faible qualité des services de réadaptation externe en matière de santé mentale justice étaient maintenus par

- le manque de coordination des dossiers cliniques et l'incompréhension des différents mandats organisationnels / rôles des professionnels;
- l'absence d'une distinction entre la psychiatrie légale et générale (manque d'expertise externe, absence de vision commune);
- la difficulté de communication / collaboration entre les différents paliers de services et les différents partenaires;
- le manque d'encadrement légal de la clientèle;
- le sentiment d'inconfort et d'impuissance de la part des professionnels de la réadaptation générale;
- le manque d'outils et d'expertise en matière de rétablissement dans un cadre légal;
- une gestion subjective des professionnels de la dangerosité du client sous ordonnance du TAQ.

En ce sens, ces constats ont mené à l'établissement d'un projet pilote accepté par l'Agence de la santé et des

services sociaux des Laurentides. Ce projet était composé de principes liés au développement durable d'un réseau de services intégrés et adaptés à la dynamique de la clientèle du TAQ, favorisant ainsi leur rétablissement dans un cadre légal. Par la suite, la récurrence des budgets a été annoncée pour chaque organisation et la structure de service confirmée.

L'interface des services santé mentale justice

Les budgets obtenus ont permis d'ajouter à la structure de réadaptation

- un intervenant-pivot santé mentale justice au CSSS de Saint-Jérôme dont les fonctions sont de faire la liaison clinique entre les différentes lignes de services et entre les différents services de réadaptation (partenaires), de soutenir les professionnels de la psychiatrie générale dans leur pratique auprès du client du TAQ afin que leurs interventions puissent tenir compte des nuances du cadre légal, d'encadrer la clientèle santé mentale justice locale afin de favoriser l'amorce d'un processus de maturation en matière de gestion du potentiel de dangerosité, de développer des ententes de partenariat pertinentes pouvant à court, à moyen et à long termes permettre le rétablissement de cette clientèle;

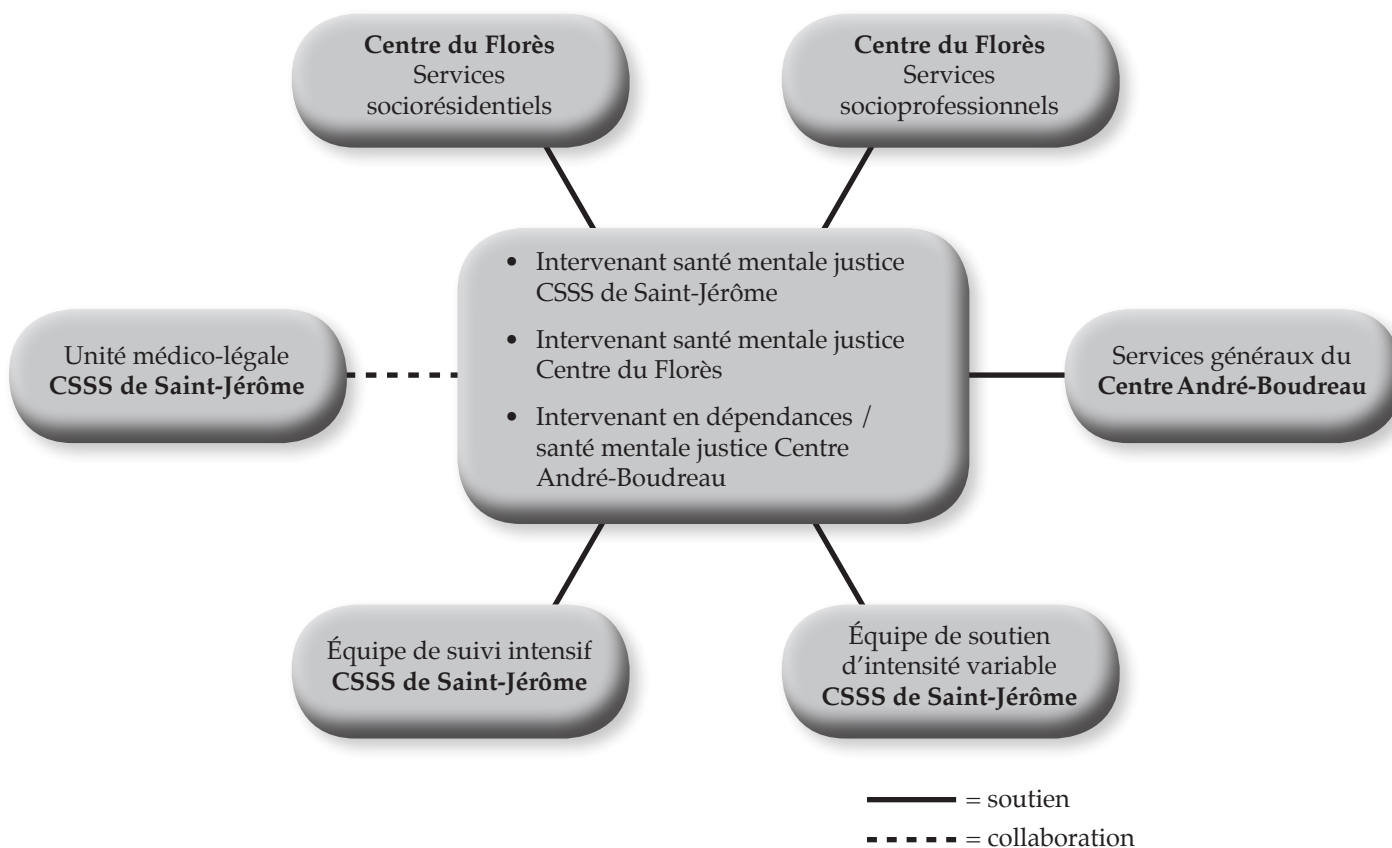
« Il est essentiel de mettre en évidence que ces ajouts de professionnels spécialisés à travers les différentes organisations (CSSS, Centre du Florès, Centre André-Boudreau) favorisent le développement d'une expertise commune et respectueuse des mandats de chacun [...] »

- un achat de service équivalent à deux jours par semaine d'un intervenant expert en dépendances du Centre André-Boudreau;
- un intervenant qui se consacre à la clientèle du TAQ à l'intérieur des services d'hébergement et socioprofessionnels du Centre du Florès (programme santé mentale).

Il est essentiel de mettre en évidence que ces ajouts de professionnels spécialisés à travers les différentes organisations (CSSS, Centre du Florès, Centre André-Boudreau) favorisent le développement d'une expertise commune et respectueuse des mandats de chacun (soutenu par un superviseur clinique / expert en santé mentale justice). Il est donc réaliste de croire que l'implantation de ce modèle favorise non seulement l'adaptation du travail des professionnels des services généraux aux nuances de la psychiatrie légale, mais permet aussi à l'inverse d'utiliser le cadre légal dans le contexte régional actuel sans avoir recours aux services urbains sur-spécialisés, ce qui constitue une force en soi.

Voici un diagramme et quelques mots décrivant la collaboration de l'équipe santé mentale justice (au centre) avec la structure de réadaptation.

MODÈLE DES SERVICES INTÉGRÉS / SANTÉ MENTALE JUSTICE



Le CSSS de Saint-Jérôme

Équipe de suivi intensif

L'équipe de suivi intensif offre ses services à la clientèle du TAQ à travers un travail d'interdisciplinarité avec l'équipe santé mentale justice. Ce service permet de répondre aux besoins particuliers d'une clientèle réfractaire aux autres formes de services et présentant une faible observance du traitement pharmacologique. Ces besoins nécessitent une fréquence de plus de 7 visites par mois et requièrent l'expertise de l'infirmier, du spécialiste en toxicomanie, du spécialiste en employabilité ainsi qu'une étroite collaboration avec le médecin psychiatre traitant. L'équipe élaborera un plan d'intervention interdisciplinaire basé sur une évaluation globale du client et sur ce qu'il souhaite atteindre comme objectif. Ses membres aideront le client à demeurer dans la communauté et à éviter la réhospitalisation. Le suivi intensif trouve sa raison d'être dans le rétablissement et n'est qu'une étape dans la vie du client.

Équipe de soutien d'intensité variable

L'équipe de soutien d'intensité variable dans la communauté accepte de suivre la clientèle en psychiatrie légale depuis l'apport de l'équipe santé mentale justice. Ce service de première ligne, offert par le CSSS de Saint-Jérôme, est directement dans le milieu de vie des personnes suivies.

Que ce soit à la maison, à l'école, au travail ou dans les loisirs, les interventions visent à aider les personnes à développer leurs aptitudes individuelles afin d'accroître leur autonomie. Ce type de soutien permet de s'assurer que l'état de la personne suivie reste stable et d'intervenir rapidement en cas de besoin.

Le Centre du Florès

Le mandat de l'intervenant se consacrant à la clientèle sous ordonnance du TAQ au Centre du Florès (programme santé mentale) est de faciliter l'offre de services spécialisés (deuxième ligne) de réadaptation sur les plans sociorésidentiel et socioprofessionnel pour cette clientèle. Les personnes sous ordonnance du TAQ peuvent ainsi bénéficier de ressources d'hébergement pour une réorganisation psychosociale. Du même coup, elles peuvent s'engager dans une démarche d'insertion ou de réinsertion aux études ou en emploi.

Services sociorésidentiels

Par l'hébergement temporaire, la Maison l'Écllosion de Saint-Jérôme, le Centre du Florès (programme santé mentale) offre des services de réorganisation psychosociale et d'évaluation globale de la personne hébergée afin de l'orienter vers d'autres services du Centre du Florès (une ressource d'hébergement pour clients présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie ou la résidence de réadaptation

Robert-Lafontaine par exemple) ou vers des services à l'externe fournis par divers établissements (privés, communautaires, publics).

Services socioprofessionnels

L'intervenant qui travaille pour la clientèle du TAQ au Centre du Florès (programme santé mentale) offre des services socioprofessionnels adaptés aux caractéristiques de ces individus. Ces services regroupent l'information, l'orientation, l'évaluation, le développement ou la consolidation du potentiel d'employabilité dans une perspective de réadaptation psychosociale, ainsi que l'accompagnement pour toutes autres activités d'insertion socioprofessionnelle. Plus spécifiquement, il s'agit des services suivants :

- Entreprises de formation;
- Stages de groupes en entreprise;
- Stages individuels en entreprise;
- Centres d'intégration socioprofessionnelle.

Le Centre André-Boudreau

Le Centre André-Boudreau est le centre public de réadaptation en dépendances pour la région des Laurentides. Les clients du service santé mentale justice ont évidemment accès aux mêmes services d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de suivi de réadaptation que le reste de la population. Toutefois, grâce à une entente avec le CSSS, un intervenant se joint à l'équipe spécialisée de suivi santé mentale justice deux jours par semaine afin d'assurer des interventions plus adaptées à cette clientèle. L'intervenant du Centre André-Boudreau peut alors effectuer des rencontres de sensibilisation-motivation avec les personnes ciblées, avant même qu'elles ne fassent une demande officielle de service. Le client pourra ensuite commencer le processus régulier d'évaluation et de suivi. Ces interventions, contrairement aux services externes réguliers du point de service de Saint-Jérôme, peuvent avoir lieu au CSSS de Saint-Jérôme (unité médico-légale ou autres départements de psychiatrie) ou dans des ressources d'hébergement [ressources intermédiaires (RI) ou ressources de type familial (RTF)] partenaires du Centre du Florès où résident des usagers référés.

L'accès aux services est ainsi grandement facilité pour les clients qui devaient auparavant attendre leur congé pour s'inscrire dans les services du Centre André-Boudreau et perdaient souvent leur motivation avant même une première rencontre. Les modalités du suivi seront adaptées à la réalité d'une clientèle plus réfractaire, par exemple en augmentant le nombre de relances ou le délai avant la fermeture d'un dossier. En plus de l'étroite collaboration de l'intervenant du Centre avec les autres intervenants dans ces dossiers particuliers, le Centre assure une expertise-conseil et un soutien à la formation des intervenants du CSSS de Saint-Jérôme et du Centre du Florès engagés dans le projet du TAQ.

Les meilleures pratiques

D'un point de vue sociologique et légal, les personnes de notre société ne peuvent représenter un risque pour leur entourage. Souvent par peur du pire, plusieurs préféreront enfermer ces gens dangereux en évitant d'aborder la possibilité de leur réadaptation. De plus, le seul fait de jumeler la maladie mentale à cette dangerosité favorise l'émergence des défis de la réadaptation pour l'ensemble des professionnels. Dans l'optique de rendre efficace le travail de réadaptation de la clientèle santé mentale justice en région, nous croyons qu'il est essentiel d'intégrer les interventions cliniques au contrôle légal. En ce sens, ce jumelage équilibré et adapté à la dynamique du client vise le déclenchement chez lui du processus de maturation en matière de gestion de dangerosité permettant une libération inconditionnelle ultérieure. Ces principes de base nous conduisent à croire que l'arrimage de nos interventions cliniques et légales favorisera le rétablissement dans un cadre légal de ces personnes sous ordonnance du TAQ. Pour y arriver, il est primordial d'avoir une structure permettant de distinguer l'intervenant qui accompagne l'individu dans la reprise du pouvoir sur sa vie de celui qui applique le contrôle lié au cadre légal. L'équilibre et la complémentarité de ces interventions cliniques et légales favoriseront généralement l'amorce de l'*empowerment* menant à la responsabilisation nécessaire au développement de mécanismes d'adaptation témoignant de plus de maturité chez les individus. Ainsi, l'intégration des services externes de chaque organisation (CSSS, Centre du Florès, Centre André-Boudreau) soutenue par l'intervenant-pivot santé mentale justice du CSSS de Saint-Jérôme permet à

« [...] nous croyons qu'il est essentiel d'intégrer les interventions cliniques au contrôle légal.

En ce sens, ce jumelage équilibré et adapté à la dynamique du client vise le déclenchement chez lui du processus de maturation en matière de gestion de dangerosité permettant une libération inconditionnelle ultérieure. »

chacun de déployer son expertise en matière de réadaptation tout en tenant compte des nuances de la psychiatrie légale (dangerosité, condition, etc).

L'une des principales forces de ce nouveau service réside donc principalement dans son travail de partenariat. Les retombées positives de la collaboration sont reconnues et ce type d'action est prôné par diverses instances depuis quelques années. Ceci est souligné entre autres dans le Plan d'action en santé mentale, justement intitulé *La force des liens*, où le ministre de la Santé et des Services sociaux en résume l'esprit par cette simple phrase : *Ce projet d'envergure que nous poursuivons trouve appui sur la détermination de notre gouvernement d'accroître, partout au Québec, l'accès à une variété de services offerts de façon continue. Le développement de liens nouveaux entre les établissements de santé et l'expérimentation de modes de collaboration novateurs entre les différents intervenants comptent pour beaucoup dans l'atteinte de nos objectifs.*

Depuis plusieurs années, il est reconnu dans les meilleures pratiques que les interventions ont avantage à être planifiées et mises en œuvre de façon simultanée et intégrée auprès des personnes présentant un trouble concomitant de santé mentale et d'alcoolisme ou de toxicomanie. Au Québec, la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes produisait en 2005 un guide basé sur ces meilleures pratiques, *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux, pour une intervention efficace des centres de réadaptation et de leurs partenaires*. Ses recommandations, basées sur des principes directeurs d'accessibilité, de complémentarité, de continuité, d'efficacité et d'efficience, sont très claires, qu'elles soient en matière d'organisation et de gestion des services ou d'intervention clinique. *La nature des problèmes concomitants et les risques de conséquences dramatiques dont ils sont porteurs exigent que l'accessibilité aux soins offerts par tous les dispensateurs de services soit adaptée et rapide. [...] L'intervention auprès de la clientèle connaissant des troubles concomitants doit être décloisonnée et intégrée* (p. 25).

Le partenariat favorise en effet l'accessibilité des services pour les personnes présentant des doubles et des triples problématiques, tel que le présente clairement le Dr Kim T. Mueser, spécialiste de l'approche intégrée en toxicomanie et en santé mentale. Ce dernier explique le concept de *no wrong door* qui consiste à donner à la personne accès à un traitement pour son problème de consommation en s'adressant à la psychiatrie ou, à l'inverse, accès à un suivi en santé mentale en demandant de l'aide pour sa dépendance. Dans le service ici présenté, la porte d'entrée à ce traitement intégré demeure le plus souvent celle de la justice qui servira, par le fait même, de levier à l'intervention clinique.

Les approches cliniques les plus probantes pour le traitement des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie sont bien identifiées (Santé Canada 2002) et sont des approches adoptées par le Centre André-Boudreau comme par les autres centres de réadaptation. Selon qu'une personne souffre d'un trouble mental grave, d'un trouble de la personnalité, d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux et selon le stade de motivation au changement, l'approche motivationnelle, l'approche cognitivo-comportementale ou d'autres approches particulières seront utilisées sur une toile de fond de réduction des méfaits. L'approche de réduction des méfaits vise la diminution des conséquences néfastes liées à l'usage d'alcool ou de drogues. Ces conséquences peuvent toucher non seulement le consommateur, mais aussi son entourage et la communauté. Sans donner le feu vert à la consommation de drogues, l'approche de réduction des méfaits ne cherche pas d'emblée à éliminer l'usage de drogues, elle prône plutôt une série d'objectifs hiérarchisés visant à régler les problèmes lorsqu'une personne envisage difficilement l'arrêt. Ceci permet de rejoindre les personnes les plus vulnérables ou réfractaires et d'établir un lien de confiance, ce qui favorise l'accès au changement et la rétention dans le traitement.

Les principales zones grises en matière de psychiatrie légale

Approche de réduction des méfaits par rapport aux conditions légales : Comme nous l'avons vu plus haut, l'approche de réduction des méfaits fait partie des meilleures pratiques vis-à-vis des personnes présentant un trouble concomitant de santé mentale et de dépendance à l'égard de substances ou d'abus de celles-ci. Là où le bât blesse, c'est que les clients judiciairisés comme ceux qui constituent la clientèle visée par le projet ont des conditions à respecter. Comment arrivons-nous à composer avec cette donnée incontournable?

- À partir d'interventions intégrées, explication claire du cadre légal par l'intervenant responsable (CSSS de Saint-Jérôme) de son suivi au TAQ afin de favoriser l'émergence d'une alliance thérapeutique saine avec le professionnel de la réadaptation délogé de ce contrôle externe;
- Explication du cadre d'intervention multidisciplinaire et interétablissements, et autorisation d'échange d'information dès le début de l'intervention, peu importe par quelle porte arrive le client;
- Explication claire au client de l'objectif du suivi conjoint : en arriver à le libérer de ses conditions et des autres contraintes liées à sa judiciarisation. Pour ce faire, il doit démontrer sa volonté à faire des prises de conscience et des changements nécessaires à la réduction du potentiel de dangerosité.

« Dans le service ici présenté, la porte d'entrée à ce traitement intégré [toxicomanie et santé mentale] demeure le plus souvent celle de la justice qui servira, par le fait même, de levier à l'intervention clinique. »

Dangerosité et ressource d'hébergement : Comme le parc d'hébergement dans les Laurentides n'a pas été développé en regard des spécificités de la psychiatrie légale et que nous ne possédons pas de ressources d'hébergement consacrées à la clientèle soumise à l'autorité du TAQ, il en résulte que ces personnes se retrouvent souvent dans les « endroits les moins pires » plutôt que d'être hébergées dans un endroit adapté à leurs besoins. Le personnel de ces ressources a parfois des connaissances limitées du système légal, peu d'expertise en toxicomanie, en criminologie ou en évaluation et gestion des risques. D'autres adaptent leur intervention en élargissant leurs mandats et agissent en sachant que notre équipe est présente pour les soutenir, mais n'empêche que la clientèle sous tutelle du TAQ ne bénéficie pas vraiment de services adaptés à ses caractéristiques.

Deux mondes différents : Comme le suggère la Dre Israël dans sa présentation au colloque de la psychiatrie légale en 2007, les volets Justice et Sécurité publique (loi, rigidité, clarté, contrôle, corriger, punir, contrôler, protection du public) et Santé et Services sociaux (meilleures pratiques, flexibilité,

ambiguïté, négociation, protection du client, guérir, motiver et rétablir) constituent deux mondes différents. Il manque une vision globale, de la coordination et un vrai mécanisme de concertation. Il en résulte souvent que tout le monde est frustré, car il y a une méconnaissance de chaque système qui fonctionne en silo.

Les différents points de vue

Service de suivi intensif en équipe, par Alexandre Beaudry, ps. ed., coordonnateur SI

... en ce qui nous concerne, le travail de liaison qu'effectue l'intervenant santé mentale justice permet des avancées majeures dans le travail de collaboration entre les services médico-légaux de l'interne et les services de réadaptation de l'externe dont le Suivi Intensif. Il cible rapidement le client pouvant bénéficier d'un SI et permet une meilleure préparation de congé, un meilleur arrimage avec l'interne, donne une information précise sur les principaux enjeux desquels l'équipe SI devra tenir compte et ainsi maximise les chances de prévenir une désorganisation du client dans la communauté. De plus, il permet à l'équipe d'exercer pleinement leur rôle d'accompagnateur et de soutien dans le rétablissement du client sans se soucier d'être associée à des simples surveillants du respect des conditions du TAQ. Finalement, l'experte en toxicomanie santé mentale justice ajoute aux facteurs de protection dans la réinsertion sociale et nous permet comme professionnels du SI d'adapter nos interventions en fonction d'une dynamique difficile, celle de la comorbidité santé mentale-toxicomanie...

14

... pour l'équipe de Suivi Intensif il serait impensable pour l'avenir de travailler sans le service de SMJ auprès d'une clientèle qui présente parfois des traits antisociaux, de la délinquance, de la toxicomanie et de l'impulsivité. Laisse à elle-même dans la communauté avec les limites qu'impose un tel manque de service (dangerosité, risque, etc.), cette clientèle ne pourrait retirer les avantages inimaginables dans leur quête vers un rétablissement et la reprise d'une vie qu'elle voudrait souvent normale...

Résidence de réadaptation Robert-Lafontaine (Centre du Florès) par l'équipe Robert Lafontaine

... la présence de l'équipe santé mentale justice permet à notre ressource de pouvoir desservir la clientèle T.A.Q. avec des conditions gagnantes. Cette collaboration permet donc de; dégager l'équipe de la ressource d'hébergement du rôle d'autorité, évite de briser le lien de confiance et nous permet davantage de travailler le développement des activités de la vie domestique et des activités de la vie quotidienne, élimine le rôle « délateur » lorsque le client ne respecte pas ses conditions de libération, favorise l'établissement d'objectif commun avec le client pour une libération ultérieure du T.A.Q., moins de confrontation, facilite la communication et la liaison avec le psychiatre traitant et autres acteurs pertinents...

Les effets et les aspects positifs...

- Travail d'interdisciplinarité et de partenariat (communication de qualité, vision clinique commune respectant les mandats de chaque organisation);
- Diminution de la durée moyenne de séjour sur les unités régulières par un meilleur continuum de service (95 jours en 2008-2009 à 43 jours en 2009-2010 pour 14 hospitalisations);

- Réponse adaptée aux besoins de cette clientèle dite particulière, réponse qui devient une alternative de choix à l'hospitalisation;
- Augmentation de l'utilisation des services visés par une meilleure accessibilité et maintien du client du TAQ dans les programmes de réadaptation
 - services de suivi dans la communauté première ligne du CSSS de Saint-Jérôme
 - services d'hébergement santé mentale du Centre du Florès
 - services de deuxième ligne spécialisés en dépendances par l'assouplissement des cadres d'intervention (déplacement dans le milieu, durée des suivis, critères d'admissibilité...);
- Diminution de la consommation inappropriée des services dans tout le réseau (efficacité des actions cliniques / diminution de la porte tournante);
- Continuité du traitement favorisant l'enclenchement du processus de maturation en matière de gestion de la dangerosité chez la personne sous l'autorité du TAQ;
- Expertise clinique de l'équipe interdisciplinaire santé mentale justice reconnue comme étant spécifique à la clientèle en psychiatrie légale;
- Développement d'une expertise permettant d'intégrer les concepts du rétablissement aux nuances de la psychiatrie légale et, à l'inverse, facilitation de la réadaptation par l'utilisation appropriée du cadre légal;
- Approches préconisées par le Centre André-Boudreau qui s'inscrivent dans les meilleures pratiques en matière de troubles concomitants santé mentale-toxicomanie (approche motivationnelle, cognitivo-comportementale, réduction des méfaits). Cela favorise l'accès aux services;
- Meilleure détection des clients présentant une problématique de dépendance (par la concertation et la formation aux intervenants);
- Augmentation de la croyance des professionnels de la réadaptation (sentiment de compétence) envers le rétablissement des clients santé mentale justice.

Le développement à venir

- À travers la distinction de la psychiatrie légale, développer l'identité du Programme santé mentale justice en définissant une vision commune de l'équipe interdisciplinaire;
- Développer une ressource d'hébergement résidentielle adaptée aux besoins des individus soumis à l'autorité du TAQ;
- Créer une Table santé mentale justice dans les Laurentides qui traitera des enjeux propres à la psychiatrie légale;
- Agrandir le territoire couvert par le Programme;
- Avoir un projet de recherche qui mesurera les conséquences des développements du Programme santé mentale justice;
- Inciter des étudiants universitaires à faire leur maîtrise sur des éléments entrecoupant le rétablissement et le cadre légal des personnes sous TAQ en région;
- Mesurer à long terme la qualité des services en se basant

sur les résultats des services (par exemple, moyenne de la durée des ordonnances, etc).

Conclusion

Ce texte décrivait le Programme santé mentale justice du CSSS de Saint-Jérôme dans la région québécoise des Laurentides. Bien que ce programme en soit encore à ses débuts, il présente déjà de nombreux résultats positifs qui vont dans le sens de l'accessibilité, de la continuité, de la complémentarité et de l'efficacité des services auprès d'une clientèle spécifique en psychiatrie légale. Nous avons vu dans quel contexte ce projet a démarré et de quelle manière les services n'étaient auparavant pas adaptés à cette clientèle. L'équipe interdisciplinaire santé mentale justice de ce programme a vu le jour grâce aux gens qui ont cru en la vision et en la démarche d'implantation de ce programme (gestionnaires, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides). Il est donc important de souligner leur apport essentiel à l'implantation et à la vie future de ce service. De plus, il est primordial de garder à l'esprit que la psychiatrie légale est une science jeune, parsemée de nombreuses zones grises nécessitant encore plusieurs développements. Dans cette optique, il est important que les professionnels œuvrant auprès de cette clientèle puissent partager leur expérience et leurs idées novatrices afin d'enrichir la pratique collective.

BIBLIOGRAPHIE

Crocker, A. G., G. Côté et M. Moscato. (2008). « L'évaluation et la gestion du risque de comportements violents : de la clinique spécialisée à la pratique clinique générale ». Numéro spécial : *À propos de la schizophrénie. Revue québécoise de psychologie*, 29(1), 137-155.

Comité permanent sur les troubles concomitants. (2005). *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires*, Montréal, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, 48 p.

Israël, M. (2007). *Le rôle des départements de psychiatrie*. Communication présentée au Colloque L'accès aux services pour la clientèle de psychiatrie-justice – L'hôpital, la prison ou la rue?, Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*. Québec, Gouvernement du Québec.

Mueser, K. T. (2010). *Approche intégrée en toxicomanie, Programme de traitement pour les personnes présentant des troubles mentaux graves et des abus de substances*. Communication présentée au Colloque de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Santé Canada. (2002) Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie. Ottawa : Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. Cat. H39-599/2001-2f.



Le partenaire rayonne...

Les deux dernières publications du partenaire, le numéro d'automne 2009 – **Mesures de soutien dans la communauté : cadre théorique**, qui présente principalement une synthèse des principaux courants de pensée influençant les pratiques du soutien dans la communauté, de même que son

complément, **Mesures de soutien dans la communauté : applications pratiques** (hiver 2010), ont été diffusées à grande échelle grâce à une collaboration du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) et de la Direction de la santé mentale du MSSS. Ainsi, tous les participants aux 8^{es} Journées bi-annuelles de santé mentale ont reçu un exemplaire de chacun des deux numéros; de plus, ces publications seront utilisées par le CNESM lors de ses activités de formation sur le développement des pratiques SI-SIV.

Le programme de soutien judiciaire et de déjudiciarisation d'Horizons Renaissance d'Ottawa

Par Jacynthe Barbeau, Johanne Lavoie, ps. éd., Geneviève Nault et Michelle Veillette, ps. éd.

INTRODUCTION

À la fin du XX^e siècle, il devient de plus en plus difficile d'accéder aux services de soins en santé mentale. Les services préalablement offerts par les institutions psychiatriques doivent maintenant être assurés par des organismes communautaires dont le financement est souvent précaire et les ressources limitées. Les individus aux prises avec des problèmes de santé mentale doivent donc attendre pour avoir accès aux services dont ils ont besoin. Entre-temps, ils augmentent leur risque d'être pris en charge par le système de justice pénale en raison de leurs comportements qui troublent l'ordre public que ce système est responsable de protéger. En raison de la difficulté d'accès aux services en santé mentale, le système de justice pénale devient *de facto* l'instance qui intervient et l'on assiste à une sorte de « criminalisation » de la maladie mentale (Schneider et coll. 2007).

Le système de justice pénale n'a pourtant pas été conçu pour adopter ce rôle et n'est donc pas outillé pour le faire. Horizons Renaissance inc. (HRI) offre des services communautaires aux individus ayant des problèmes de santé mentale sévères aux prises avec le système de justice pénale. Cette population est longtemps demeurée sans traitement nécessaire, stigmatisée et marginalisée. On remarque que ces personnes ont généralement plus de difficulté à se réinsérer à la suite de leur prise en charge judiciaire.

LA COUR DE LA SANTÉ MENTALE

Le besoin

Les cours de la santé mentale, là où elles existent, ont été créées afin de pallier la situation susmentionnée. Ces tribunaux cherchent à rediriger les individus aux prises avec des problèmes de santé mentale vers les ressources appropriées afin de leur fournir le soutien dont ils ont besoin. Bien que leur fonctionnement varie d'une juridiction à l'autre, les cours de la santé mentale adoptent toutes une vision commune qui s'inspire du constat suivant : l'intervention traditionnelle du système de justice pénale en matière de santé mentale s'avère à la fois inefficace et inappropriée (Schneider et coll. 2007). Elles font alors appel à une approche réhabilitative plutôt que répressive et visent certains objectifs principaux :

1. La déjudiciarisation des individus aux prises avec des problèmes de santé mentale accusés d'infractions non sévères et qui présentent un risque minime pour la société;
2. L'allègement du fardeau des tribunaux et l'accélération du processus judiciaire;

3. L'accès pour les accusés aux prises avec des problèmes de santé mentale aux traitements et au soutien dont ils ont besoin;
4. La réduction de la récidive et de l'effet de « porte tournante » qui caractérise souvent notre système de justice pénale (Schneider et coll. 2007).

L'étude de Perez et coll. (2003) présente la plus-value d'un travail de collaboration entre les différents acteurs des systèmes de justice pénale et de santé mentale communautaire. Le modèle d'intervention américain *The Eleventh Judicial Circuit Criminal Mental Health Project* est présenté dans leur étude comme étant la solution pour alléger le fardeau imposé aux prisons qui deviennent des centres de détention psychiatrique.

La recherche démontre aussi que les programmes de déjudiciarisation réduisent le taux de récidive en matière d'hospitalisation et d'arrestation (Lamb et coll. 1996, Project Link 1999, Steadman et coll. 1999, cités dans Perez et coll. 2003) et qu'il y a un consensus important au sein des communautés américaines : ces programmes sont essentiels (Draine et Solomon 1999, Mc Carthy et Sharp 2002, Sigurdson 2000, Walsh et Holt 1999, cités dans Perez et coll. 2003).

Le fonctionnement général de la Cour de la santé mentale

Bien que le fonctionnement quotidien puisse varier d'une juridiction à l'autre, toutes les cours de la santé mentale adoptent une approche multidisciplinaire. Les juges, les procureurs, les psychiatres et les pourvoyeurs de services communautaires travaillent ensemble afin de répondre aux besoins particuliers des accusés aux prises avec des problèmes de santé mentale. Après l'évaluation initiale d'aptitude à subir un procès, l'accusé qui choisit de demeurer au sein du processus de la Cour de la santé mentale sera généralement tenu d'adhérer à un programme de traitement élaboré par l'équipe multidisciplinaire de cette cour. Le programme de traitement est adapté à l'individu et ne se limite pas à la prise de médicaments. Il nécessite souvent l'engagement de diverses ressources en santé mentale et en gestion de cas ou l'apport d'autres ressources communautaires qui peuvent intervenir en matière de toxicomanie, de logement, d'emploi, etc. L'objectif premier de la Cour de la santé mentale est de mettre les accusés en contact avec les ressources nécessaires pour assurer leur réadaptation, leur permettant ainsi de développer et de maintenir un réseau de soutien professionnel qui favorise leur stabilité et leur rétablissement, et qui réduit ainsi leur risque de récidive (Schneider et coll. 2007).

La Cour de la santé mentale d'Ottawa

La Cour de la santé mentale d'Ottawa a commencé ses travaux en janvier 2007. Elle siège trois fois par semaine, soit les lundi, mercredi et vendredi. Un groupe régulier de juges préside afin d'assurer une continuité et une constance dans les décisions prises. Pour ces mêmes raisons, le Bureau de la Couronne a assigné une procureure responsable de la Cour de la santé mentale. Le service de psychiatrie légale de l'Hôpital Royal d'Ottawa travaille également en partenariat avec la Cour de la santé mentale en offrant une clinique aux deux semaines qui permet aux accusés assujettis à la Cour de consulter une infirmière ou un psychiatre avec une possibilité de référence pour un suivi psychiatrique.

De plus, un psychiatre est sur place lorsque la Cour siège afin d'effectuer des évaluations relatives à l'aptitude à subir un procès et à la responsabilité criminelle.

Des travailleurs de proximité de divers organismes communautaires, dont HRI, sont sur place lorsque la Cour de la santé mentale siège afin d'aiguiller les personnes qui lui sont assujetties vers les ressources communautaires appropriées. Une agente de soutien judiciaire/déjudiciarisation d'HRI est sur place à la Cour pour effectuer le repérage actif et assurer une disponibilité pour rencontrer des accusés à la demande de leur avocat, de la Couronne ou du psychiatre. Elle est également responsable d'effectuer les évaluations d'admission pour le service de soutien judiciaire/déjudiciarisation afin de s'assurer que la personne répond aux critères d'admission et que l'organisme est en mesure de lui offrir des services. L'évaluation permet de recueillir de l'information sur toutes les sphères de vie donnant un portrait d'ensemble de la personne et de ses besoins, ce qui permet d'effectuer un jumelage approprié entre client et intervenant.

Il est à noter que la cour de la santé mentale d'Ottawa n'est pas un tribunal traditionnel au sens où elle est un lieu privilégié pour la déjudiciarisation et les plaidoyers. Si l'accusé choisit d'aller en procès, la cause est transférée devant un autre tribunal. Par exemple, il arrive parfois, pour une infime minorité des personnes référées à notre programme, qu'elles ne reconnaissent pas ou n'admettent pas avoir un trouble de santé mentale. Dans ce cas, l'avocat de la défense et l'accusé choisiront de plaider non coupable et de demeurer dans le processus de cour régulier.

Pour sa part, le processus judiciaire à la Cour de la santé mentale comporte bien des négociations entre la Couronne et la défense. Pour cette raison, la procureure de la Couronne affectée à la Cour de la santé mentale se rend disponible le jeudi après-midi pour des rencontres de délibération avant procès. Des représentants de divers organismes communautaires, dont HRI, assistent à ces rencontres afin d'offrir leurs services, de suggérer des ressources et de faire des mises à jour concernant leurs clients.

L'ARRIMAGE ENTRE LA COUR ET LES SERVICES COMMUNAUTAIRES

En Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a élaboré un programme de soutien judiciaire/déjudiciarisation en matière de santé mentale offert par une variété d'organismes communautaires à travers la province.

Ces organisations cherchent à promouvoir la déjudiciarisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou à leur offrir des services. Les principes qui les guident sont la sécurité, la prise de décision éclairée, l'accent mis sur la réadaptation, l'accessibilité aux ressources appropriées, la collaboration, l'éducation et le soutien. Les divers services disponibles incluent l'intervention en situation de crise, l'aide au logement, la gestion de cas et l'entraide par les pairs. Le programme de soutien judiciaire/déjudiciarisation facilite l'accès à ces ressources et la collaboration avec les différents acteurs du système de justice pénale et ceux du système de santé mentale, appuie les familles et l'entourage de l'individu afin d'améliorer la qualité de vie de ce dernier (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée 2006).

HRI est un organisme à but non lucratif qui participe au rétablissement des personnes francophones aux prises avec un problème de santé mentale en revendiquant, en développant et en offrant un éventail de services requis par cette population, en collaboration avec ses partenaires.

Nous préconisons une approche basée sur le respect de la personne, sur la capacité qu'elle a à s'actualiser et sur sa participation active à l'élaboration de ses objectifs et à la satisfaction de ses besoins. Nos actions visent la responsabilisation et l'autodétermination de chaque individu.

HRI, un maître d'œuvre auprès de la communauté francophone

Notre programme vise à appuyer la Cour dans ses efforts pour rediriger les adultes francophones ayant reçu des accusations criminelles et qui démontrent une volonté de participer activement à leur plan de rétablissement. De concert avec la personne, nous identifions ses problèmes, déterminons la nature du soutien qu'elle requiert et facilitons l'accès aux services appropriés, dans l'optique d'améliorer sa qualité de vie.

Les défis et les solutions

Nos services de soutien judiciaire/déjudiciarisation sont offerts à la population francophone d'Ottawa qui représente 16,3 % de la population totale de 763 790 habitants (Statistique Canada 2001).

Lors de la mise sur pied de notre programme en 2005, nous observions que la clientèle francophone judiciarisée d'Ottawa acceptait de recevoir un service de soutien en santé mentale en anglais plutôt que de revendiquer l'obtention de services dans sa langue maternelle. Les témoignages de certaines personnes utilisatrices de services nous ont permis de comprendre que les services en français n'étaient pas connus. Il a fallu augmenter notre visibilité pour nous faire connaître du milieu judiciaire et de la clientèle. Nous avons placé un agent francophone au palais de justice à raison de trois demi-journées par semaine lorsque la Cour de la santé mentale siégeait, afin d'entamer le repérage actif de prévenus francophones. Depuis ce temps, un agent assure la liaison entre les services de santé mentale communautaires et les services légaux, ce qui permet à notre organisme d'être connu des avocats, du psychiatre affilié à cette Cour, des agents de probation et du procureur de la Couronne. La clé du succès

pour l'acheminement de la clientèle vers nos services est d'assurer une présence fidèle au palais de justice afin de promouvoir l'offre de service en français.

Une barrière à franchir dans le travail quotidien auprès de la clientèle judiciarisée est la différence entre la mentalité du milieu judiciaire et celle des services communautaires de santé mentale. Tel que cela est documenté par la littérature, on a constaté que notre milieu est perçu par le milieu correctionnel et par les policiers comme étant peu soucieux de la sécurité publique et comme ayant l'habitude de chercher des raisons pour les délits mineurs commis par la personne qui présente un trouble de santé mentale. Les travailleurs de la santé mentale sont aussi perçus comme ayant de la difficulté à comprendre les besoins psychologiques de cette clientèle (Roskes et Feldman 1999, cités dans Perez et coll. 2003). De plus, certains avocats qui n'ont jamais travaillé en partenariat avec des intervenants de notre domaine ne reconnaissent pas le bien-fondé de notre apport pour la personne. Nous éprouvons parfois des difficultés de communication importantes avec les avocats, ce qui a pour effet de maintenir la personne et sa famille dans l'obscurité par rapport aux procédures judiciaires entreprises.

De l'autre côté, notre milieu a tendance à percevoir le milieu judiciaire et principalement le milieu correctionnel comme ne comprenant pas les besoins de santé de la personne aux prises avec un trouble de santé mentale (Roskes et Feldman 1999, cités dans Perez et coll. 2003).

18

Afin de pallier cette dissension, un comité de la Cour de la santé mentale a été mis sur pied afin de regrouper tous les acteurs des deux milieux. Ce forum est essentiel pour sensibiliser et informer les divers acteurs des services offerts par la communauté et par le milieu judiciaire. C'est aussi à l'intérieur de ce forum que sont prises des décisions comme l'offre de formation aux policiers de la ville d'Ottawa, le développement de ressources additionnelles venant en aide à la Cour, l'annonce de conférences spécialisées, la révision des procédures d'admission, la publication de feuillets d'information, etc.

Comment nous répondons à la réalité de notre clientèle

Le portrait de la clientèle est basé sur une cohorte de 37 personnes inscrites au programme de soutien judiciaire/déjudiciarisation entre le 1^{er} avril et le 30 septembre 2009. En ce qui a trait au sexe des participants, nous observons une majorité d'hommes (65 %) comparativement aux femmes (35 %).

La figure 1 présente l'incidence des troubles de la santé mentale. Chez la clientèle de notre programme, la schizophrénie vient au premier rang (37 %) suivie par les troubles de l'humeur (34 %). De plus en plus, nous voyons des personnes n'ayant aucun suivi médical acheminées vers notre programme. Récemment, nous avons entamé une démarche pour élaborer une entente de service avec un psychiatre consultant afin de fournir aux agents une ressource

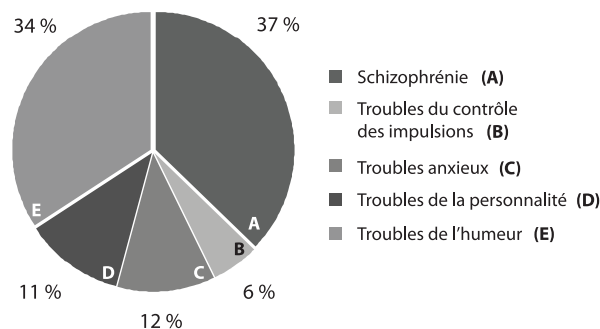


Fig. 1 – Incidence des troubles de santé mentale.

rapide pour de la consultation directe avec leur clientèle afin de fournir ou de revoir un diagnostic ou pour obtenir une consultation indirecte avec l'intervenant selon le besoin.

Une partie importante de notre clientèle (61 %) présente un trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie (voir figure 2). Chez ces individus, l'abus de substances est fréquemment la problématique sous-jacente à la prise en charge par le système judiciaire. Afin de prévenir la récurrence des comportements criminels chez une personne, nous évaluons sa motivation à changer et nous travaillons avec elle de manière à l'engager dans un programme de soutien. Nous travaillons avec une approche intégrée, en collaboration avec différents partenaires qui offrent des services en toxicomanie, en aiguillant la clientèle vers des groupes de soutien qui adoptent une approche psychoéducative ou une approche de réduction des méfaits.

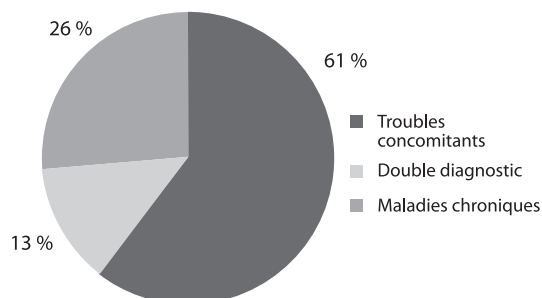


Fig. 2 – Incidence des troubles jumelés¹.

L'année dernière, nous avons offert aux familles un programme de sensibilisation et de soutien pour celles qui ont un membre atteint de trouble concomitant; un programme développé par Caroline P. O'Grady et W. J. Wayne Skinner du Centre de toxicomanie et de santé mentale. Une agente de soutien judiciaire/déjudiciarisation a participé à l'animation de ce groupe de soutien de douze sessions, en collaboration avec une travailleuse sociale de l'hôpital Montfort, un psychothérapeute en toxicomanie de Maison Fraternité et une agente de soutien résidentiel d'HRI.

La famille est souvent la principale source de soutien des personnes aux prises avec des problèmes liés à l'utilisation d'une substance et/ou des problèmes de santé mentale. Nous savons que ces aidants

1 Les troubles concomitants représentent les troubles de santé mentale associés à la toxicomanie et le double diagnostic réfère aux troubles de santé mentale combinés à un diagnostic de déficience intellectuelle.

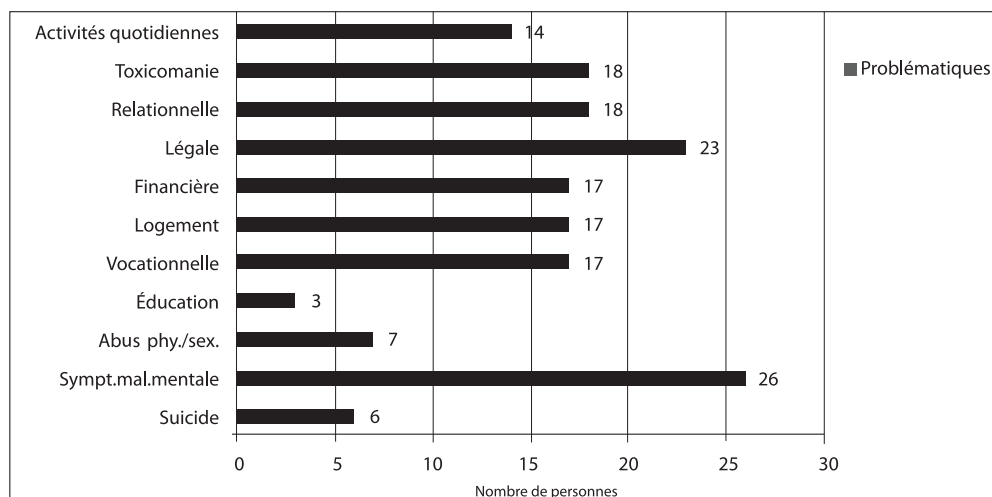


Fig. 3 – Nature des problématiques de la clientèle.

naturels sont susceptibles d'éprouver un stress physique, affectif, social et spirituel intense.

Le programme de sensibilisation et de soutien a pour but d'aider les familles à se renseigner sur les troubles concomitants, développer les compétences leur permettant de faire face à l'incidence des troubles concomitants sur leur vie, collaborer avec leur parent aux prises avec des troubles concomitants et avec les fournisseurs de traitements afin de trouver des moyens de composer avec les problèmes de santé mentale et liés à l'utilisation d'une substance (O'Grady et Skinner 2007).

Sur le plan des principaux types de délits commis par la clientèle de notre programme, 21 % présentent des accusations de voies de fait, 18 % une omission à comparaître, 14 % un méfait et 11 % une accusation de vol de moins de 5 000 \$. De fait, nous observons lors de l'admission que la consommation active de drogues ou d'alcool, l'absence d'aide professionnelle sur le plan de la maladie mentale, l'absence d'un réseau de soutien naturel ou la présence d'un réseau de soutien nuisible, l'instabilité financière et la précarité du logement sont des facteurs qui peuvent contribuer à de telles accusations.

La figure 3 illustre l'ensemble des problématiques que présentaient les clients à leur admission au programme.

La difficulté à composer avec la présence des symptômes actifs de la maladie est la problématique la plus courante lors de l'admission de la clientèle au programme (87 %). Afin d'aider chaque individu à gérer les différents symptômes qu'il présente, les agents travaillent en collaboration avec le médecin de famille ou le psychiatre. Un travail de collaboration interprofessionnelle est présent et essentiel dans la plupart des cas. Nous nous assurons que la personne comprend son traitement et que nos interventions sont complémentaires.

En plus de son programme de soutien judiciaire/déjudiciarisation, HRI offre à la personne une panoplie de services, dont de l'entraide par les pairs, des activités d'expression artistique par les arts, du soutien à l'éducation et à l'emploi, de l'insertion et du soutien au logement, de la gestion de cas intensive et de longue durée.

Le travail de partenariat

Au sein du milieu judiciaire, nous travaillons en collaboration avec la police d'Ottawa, les agents de probation, les avocats, le procureur de la Couronne et les centres de détention en les sensibilisant aux réalités des personnes atteintes d'un problème de santé mentale grave en les informant des services de santé mentale et des ressources communautaires existantes afin d'assurer le pont entre les deux systèmes.

Il nous est arrivé de faire des interventions conjointes avec la police d'Ottawa afin d'assurer la sécurité de deux agentes, dans le cas où nous cherchions une personne qui sollicitait notre aide et qui s'était mise en danger en prêtant son logement à une gang de rue pour exercer des activités illicites.

Certains risques environnementaux ou comportementaux sont présents dans le quotidien des agents. Comme mesure préventive, nous demandons aux agents de rapidement identifier les facteurs de risques liés à l'environnement, au mode de vie et aux comportements de la personne. Les agents doivent rapporter ces risques à leur superviseur immédiat afin de pouvoir établir des mesures de sécurité telles que refuser de rencontrer une personne intoxiquée, rencontrer la personne dans un endroit public, rencontrer la personne au siège social en ayant sur soi un bouton panique, effectuer des rencontres à deux intervenants ou encore établir une entente de fonctionnement par écrit avec la personne. Cette entente fait généralement mention de l'endroit, de l'heure, de la fréquence des rencontres attendues, des comportements verbaux et non verbaux exigés et de la conséquence du non-respect de cette entente, soit une fin de service.

Lorsqu'un utilisateur de services est incarcéré, nous tentons de le visiter régulièrement afin de préparer son plan de transition du milieu carcéral à la vie en communauté. L'agent de soutien judiciaire/déjudiciarisation accompagne la personne dans ses démarches pour répondre à ses besoins, notamment sur le plan du logement.

À cet effet, le Conseil municipal de la ville d'Ottawa, en réponse aux pressions exercées par le Forum du leadership sur le sans-abrisme, approuvait l'octroi d'un million de

dollars par année pour le financement d'organismes offrant des services de soutien afin de donner à 100 personnes ayant une maladie mentale ou un problème de toxicomanie le soutien dont elles ont besoin pour obtenir un logement et le garder. Le Programme de logements sociaux avec soutien (LSS) a été lancé en 2009, avec la publication d'une demande de propositions en vue de solliciter les fournisseurs de services de soutien et de logements intéressés (Messages clés pour le Programme de LSS 2010).

Compte tenu de l'ampleur du besoin d'un logement social chez notre clientèle, HRI s'est joint à la Ville d'Ottawa et à la Société de logement d'Ottawa pour participer à cette initiative afin d'héberger 20 adultes sans-abri chroniques francophones ayant des besoins complexes.

L'initiative LSS comporte deux objectifs clés : améliorer la vie des personnes en leur offrant un éventail de services de soutien pour accroître leur stabilité de logement et leur qualité de vie; (2) aider les fournisseurs de logements à maintenir un milieu de vie sain et sûr tout en offrant des logements à cette clientèle.

Enfin, comme partenaire essentiel au rétablissement de chaque individu, nous faisons participer les membres de la famille et ceux du réseau de soutien naturel à la planification et à l'évaluation des services. Il est entendu que la personne doit consentir à leur présence et accepter de recevoir leur appui. Une mère de famille est mieux placée qu'un médecin ou un avocat pour nous donner l'information sur les forces et les habiletés que possède la personne que nous soutenons, deux composantes de l'individu indispensables pour son rétablissement.

Le rétablissement de Luc

Le rapprochement avec une personne significative ou un membre de la famille est un besoin souvent exprimé par les personnes.

Luc, par exemple, a fait un cheminement impressionnant depuis deux ans et nous avons été témoins de scènes très émouvantes à travers ses nombreux accomplissements. En 2007, il est référé à HRI par son avocat. Il vit depuis plusieurs années avec un trouble concomitant : un trouble bipolaire et une dépendance sévère à la cocaïne et au crack. Cette consommation l'a entraîné à avoir plusieurs autres problématiques. Notamment, sa famille a coupé les contacts avec lui, il a perdu son logement et il présente des comportements agressifs qui l'ont conduit à vivre d'un refuge à un autre jusqu'au moment de son incarcération. Ses accusations criminelles sont évidemment reliées à sa consommation et à ses comportements agressifs.

En dépit de ce scénario sombre, Luc se présente avec un bon sens de l'humour, il est franc parleur et extraverti, il a un esprit ouvert par rapport à nos services et manifeste de bonnes habiletés pour aller chercher l'aide dont il a besoin. Il manifeste, dès son entrée dans le programme, un engagement inébranlable. Il est motivé à travailler sur son plan de rétablissement et il souhaite renouer les liens avec sa famille, réduire sa consommation, développer un

réseau social plus soutenant et s'engager dans des activités d'expression artistique.

En deux ans, Luc a beaucoup appris au sujet de ses symptômes de trouble bipolaire et il a accepté de suivre un traitement qui l'aide à stabiliser son humeur. Il a participé à un programme de sevrage de plusieurs semaines, fréquente régulièrement le programme des Alcooliques Anonymes, a joint une troupe de théâtre, a repris contact avec sa mère, sa sœur et son frère, avec qui il a fait un voyage outremer cette année. Il a également emménagé dans un logement social qu'il habite depuis deux ans et sur le plan légal, il a obtenu un acquittement complet de ses fautes.

CONCLUSION

Les programmes de déjudiciarisation et de soutien judiciaire présentent de réels avantages pour la personne aux prises avec un trouble de santé mentale sévère. Jusqu'à présent, nous savons que le programme a permis à notre clientèle de réduire les occurrences d'hospitalisation en lui permettant de développer des stratégies pour gérer les symptômes de la maladie. Nous constatons aussi des retombées positives sur l'autonomie résidentielle, en ce sens que les personnes habitent leur logement plus longtemps et présentent un développement positif quant aux habiletés de vie résidentielle autonome. Un faible taux de participants présente une récurrence des comportements criminels, ce qui peut s'expliquer en partie par l'élargissement de leur réseau de soutien social, par la présence d'un traitement médical adéquat et l'intervention en regard des problématiques sous-jacentes aux comportements criminels.

Afin de mieux comprendre la portée des services sur la qualité de vie de la clientèle, HRI a entamé l'évaluation d'une nouvelle cohorte de clients.

Spécifiquement, nous regarderons systématiquement, de l'admission à la fin de service, la présence de nouveaux comportements criminels, la stabilité de l'occupation du logement, l'évolution de l'état de la santé physique, la consommation d'alcool ou de drogues et l'évolution de l'état de la santé mentale.

BIBLIOGRAPHIE

Messages clés pour le Programme de LSS – Rédaction : Politiques sociales, Évaluation et Partenariats communautaires, Ottawa, 28 janvier 2010.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2006). *A program framework for: Mental health diversion/court support services*. Gouvernement de l'Ontario.

O'Grady, C. P. et W. J. W. Skinner. (2007). *Guide à l'intention des familles sur les troubles concomitants*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Perez, A. et coll. (2003). « Reversing the criminalization of mental illness ». *Crime & Delinquency*, 49(1), 62-78.

Schneider, R., H. Bloom et M. Heerema. (2007). *Mental health courts. Decriminalizing the mentally ill*, Toronto, Irwin Law.

Statistique Canada, recensement de 2001.

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal, 40 ans d'expertise en psychiatrie légale

Par Louis Morissette, M.D., F.R.C.P., médecin-psychiatre, Institut Philippe-Pinel de Montréal, professeur-adjoint de clinique, Université de Montréal

L'auteur tient à remercier la docteure Jocelyne Brault, madame Marie-Lou Robillard et madame Danielle Marois pour leurs commentaires et leur soutien technique dans la rédaction de cet article.

Introduction

Les individus présentant à la fois des problèmes de comportement et des problèmes de santé mentale ont longtemps été mal servis autant par le système carcéral que par le système de santé. Trop différents pour le premier, trop perturbateurs pour le second.

Au Québec, l'Institut Philippe-Pinel a accueilli ses premiers patients¹ en 1970, la clientèle visée étant les personnes à la fois malades et perturbatrices.

Mission

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal est un hôpital psychiatrique, suprarégional, universitaire, spécialisé en psychiatrie légale et dans l'évaluation, le traitement et la prise en charge des patients ayant présenté des comportements violents. Les soins et les services sont de niveau tertiaire et de courte durée (pour la plupart des patients). L'Institut est affilié à l'Université de Montréal et collabore avec des institutions d'enseignement et d'autres universités canadiennes et internationales.

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal remplit sa mission de la façon suivante :

- Évaluation et prise en charge individuelle des patients ayant présenté des comportements violents;
- Enseignement aux résidents en psychiatrie et aux étudiants dans divers domaines de la santé et de la criminologie;
- Recherche sur les aspects biologiques, sociologiques et psychologiques reliés aux domaines de la violence et de la gestion des risques de même que sur l'efficacité des programmes de traitement;
- Prévention de la violence, en collaboration avec la Fondation Docteur Philippe-Pinel, par l'application de programmes spécifiques et par le partage de son expertise avec les partenaires.

Docteur Philippe Pinel (1745-1826)

Philippe Pinel est un médecin français dont l'œuvre a grandement influencé l'évolution de la psychiatrie. Touché par la façon dont on traite les aliénés à l'époque (négligence et confinement), le docteur Pinel consacre sa vie à structurer le champ de la psychiatrie, particulièrement auprès des patients agités et agressifs qu'il traitait à la Salpêtrière. Il est le premier à proposer une nosographie des maladies mentales².

Parallèlement, il mène des réformes importantes au sein des hôpitaux français qui le conduisent à libérer les aliénés de leurs chaînes et à proposer des méthodes de traitement humaines et, selon la science de l'époque, adéquates.

Les fondateurs de l'Institut ont choisi le nom de cet illustre médecin pour démontrer clairement les valeurs sous-jacentes de la mission organisationnelle.

L'humanisme et le respect du malade, un milieu adapté à ses besoins, une démarche active, dynamique et efficace de traitement sont les principes fondamentaux sur lesquels repose l'organisation des soins à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Clientèle

La clientèle de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal présente des problèmes de santé mentale associés à des comportements dangereux pour elle-même ou pour autrui. L'Institut accueille des femmes, des hommes et des adolescents (masculins). Les patients proviennent de toutes les régions du Québec, parfois du Canada et à l'occasion de l'étranger. Ils sont principalement référés par les autres établissements de santé de la province, le ministère de la Sécurité publique (tribunaux) et le Service correctionnel du Canada (pénitencier).

Le statut juridique de la clientèle est varié. Certains patients sont sous la responsabilité du Tribunal administratif (Commission d'examen des troubles mentaux), d'autres sont détenus en vertu d'un mandat d'incarcération dans une prison provinciale ou une prison fédérale, tandis que certains font l'objet de mesures prises en fonction de lois civiles (garde en établissement, loi de la protection de la jeunesse). Quelques patients sont hospitalisés sur une base volontaire (sans charge ni mandat).

1 Note de l'éditrice : le comité d'édition du *partenaire* privilégie plutôt le terme « personne utilisatrice de services en santé mentale » ou « usager ». L'utilisation du mot « patient » dans ce texte relève d'un choix de l'auteur (basé sur une directive générale de l'Institut).

2 Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie* (1801).

L'Institut, hôpital sécuritaire

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal est un hôpital sécuritaire, considéré par le Service correctionnel du Canada comme un établissement à sécurité maximale. Un cadre sécuritaire exige des lieux physiques appropriés et du personnel formé de façon spécifique.

Dès la construction de l'hôpital (1965), il a été décidé qu'il n'y aurait pas de barreaux dans les fenêtres ni de clôtures avec fil barbelé qui entoureraient l'institution.

Plusieurs unités possèdent des chambres doubles. Aucune unité ne regroupe plus de 21 patients.

Une équipe de sécurité est placée de façon stratégique au centre de l'institution et peut intervenir au besoin auprès de patients agités, soit dans les unités, soit dans les aires de rééducation à l'extérieur des unités.

Programmes de soins

A) Internes

Programme d'expertise

Le programme d'expertise accueille des hommes référés par les tribunaux pour une demande d'expertise médico-légale afin de déterminer, selon le cas, l'aptitude à comparaître, la responsabilité criminelle ou toute autre question jugée pertinente par la Cour. La durée du séjour varie de quelques jours à quelques semaines. À la suite de cette évaluation, ces patients reçoivent leur congé pour se présenter au tribunal. Quelques-uns demeureront dans le système de détention (provincial ou fédéral), d'autres seront transférés dans un hôpital psychiatrique général s'ils sont reconnus non criminellement responsables et d'autres reviendront à l'Institut Pinel. Par ce programme, l'accent est mis sur la liaison avec les tribunaux, les avocats, les agences de probation et les hôpitaux du Québec.

Programme d'admission – réadmission – expertise

Le programme d'admission – réadmission – expertise offre un traitement de courte durée à une clientèle mixte en phase aiguë et présentant une dangerosité. On y offre aussi un service d'expertise pour les femmes (qui ne peuvent pas être admises dans le programme ci-dessus mentionné). Les patients admis dans ce programme présentent une maladie mentale en phase aiguë, souvent avec comorbidité, nécessitant une hospitalisation en milieu sécuritaire. Certains d'entre eux sont référés par un autre hôpital. L'hospitalisation a pour objectif d'évaluer et de gérer la dangerosité, de produire les expertises requises par la Cour et de formuler des recommandations lorsque le patient retournera dans son hôpital de proximité.

Programme de traitement

Le programme de traitement s'adresse à des femmes et à des hommes qui présentent une dangerosité pour autrui en raison de leur pathologie psychiatrique. Les objectifs de ce programme sont l'évaluation du patient, le traitement de la

Historique

- **1927** Création de l'asile des détenus aliénés de Bordeaux (Prison de Montréal) qui reçoit en provenance des hôpitaux québécois, des malades psychiatriques violents ou criminalisés.
- **1935** À l'époque, la prison de Bordeaux agissait à titre d'urgence psychiatrique pour les patients difficiles. Pour bon nombre de familles, le seul recours consistait à faire arrêter le malade sous une accusation « technique » afin qu'il soit hospitalisé à Bordeaux. De même, les « hôpitaux asilaires » de l'époque réfèrent à la prison de Bordeaux les patients trop agressifs pour être maintenus dans un milieu asilaire.
- **1961** Jean-Charles Pagé, un jeune homme de 28 ans qui a séjourné quelques années à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu publie : *Les fous crient au secours*³. Dans ce volume, il décrit comment sont traités les patients psychiatriques à l'époque et surtout, comment les patients agités et agressifs sont contraints et isolés.
Dans la foulée des rédactions suscitées, une commission d'étude nommée par le gouvernement provincial (Bédard, Lazure, Roberts) recommande la construction d'un hôpital psychiatrique sécuritaire.
- **1964** Création de la corporation de l'Institut Philippe-Pinel.
- **1970** Ouverture de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. L'hôpital compte 295 lits et il faudra environ une année avant que tous les lits soient occupés (patients en provenance de la prison de Bordeaux et d'autres centres asilaires).
- **1972** Ouverture des premières unités d'expertise psycho-légale et d'une unité spécialisée pour les adolescents.
- **1979** Création de l'unité de traitement spécialisée pour les hommes présentant des problèmes de déviance sexuelle.
- **1983** Ouverture du centre de consultation externe en psychiatrie légale qui deviendra en 1988 le Centre de psychiatrie légale de Montréal.
- **1985** Ouverture d'une unité pour femmes.
- **1996** Ouverture d'une première unité mixte (hommes et femmes).
- **1997** Mise en place de l'urgence psychosociale afin d'améliorer l'organisation et la prestation des services psycho-juridiques destinés à la clientèle psychiatrie-justice dans le Centre-Sud de Montréal.
- **1998** Ouverture de l'unité de transition qui permet aux patients hospitalisés d'actualiser de façon plus spécifique leurs habiletés de vie en communauté.
- **2004** Ouverture d'une unité d'évaluation et de traitement pour les femmes souffrant de troubles mentaux et incarcérées dans les pénitenciers canadiens.
- **2005** Hôpital sans fumée : interdiction complète de fumer pour tous, y compris dans les cours intérieures.

3 Jean-Charles Pagé, *Les fous crient au secours* (1961).

pathologie psychiatrique et de la dangerosité, le lien avec les services qui prendront en charge le patient et l'élaboration d'un plan de réinsertion.

Les patients de ce programme sont majoritairement sous ordonnance de la Commission d'examen des troubles mentaux à la suite d'un délit. Certains proviennent d'autres hôpitaux du Québec et sont admis à l'Institut en raison d'une dangerosité ou d'une agitation difficile à encadrer dans un hôpital de deuxième ligne.

Programme de transition

Le programme de transition s'adresse aux patients de l'Institut qui sont sur le point de quitter après un séjour de plusieurs mois ou parfois de quelques années. Ce programme permet de vérifier le degré réel d'autonomie de ces patients. Les activités thérapeutiques sont centrées sur la réinsertion sociale et la plupart d'entre elles se tiennent dans des centres de jour, à l'extérieur de l'Institut. Les patients sortent pratiquement tous les jours.

Programme de réadaptation

Le programme de réadaptation vise l'évaluation et la prise en charge de patients (homme ou femme) présentant une pathologie psychiatrique sévère, handicapante et persistante. Il s'agit souvent de patients « institutionnalisés » et dangereux. Le programme est axé sur le rétablissement, une notion qui fait appel non seulement au concept de réadaptation, mais également à celui de la compétence du patient. L'accroissement des compétences (autonomie, responsabilité) se fait selon un apprentissage respectant le rythme de chaque individu. La durée de séjour dans ce programme est généralement de deux à cinq ans.

Programme pour les agresseurs sexuels adultes

Le programme pour les agresseurs sexuels adultes accueille des hommes reconnus coupables d'agression sexuelle (pédophilie et viol) et référés par le Service correctionnel du Canada. Il maintient des liens étroits avec le programme pour délinquants sexuels que l'on retrouve dans les pénitenciers. L'équipe multidisciplinaire travaille particulièrement sur le plan des habiletés sociales, de la prévention de la récidive et du développement d'une sexualité saine. La thérapie de milieu favorise l'intégration de ces types d'apprentissage.

Programme de soins psychiatriques pour femmes ayant une sentence fédérale

L'unité dévolue au programme de soins psychiatriques pour femmes ayant une sentence fédérale dispose de 15 lits pour répondre aux besoins des détenues en provenance des pénitenciers pour femmes du Canada.

Cette unité a trois principaux mandats : l'évaluation des détenues à la demande des établissements; le traitement de crise pour les femmes en difficulté psychiatrique dépassant l'encadrement thérapeutique qui peut être offert dans

les pénitenciers; le traitement sur une base volontaire de détenues atteintes d'un trouble grave de la personnalité, selon la technique de Linehan.

Programme d'évaluation et de traitement pour les adolescents

Le programme d'évaluation et de traitement pour les adolescents accueille 15 jeunes de sexe masculin âgés de 14 à 21 ans qui ont manifesté des comportements violents liés à des troubles psychologiques graves ou à une problématique psychiatrique. Tous sont dirigés à l'Institut par la Chambre de la jeunesse (Loi sur la protection de la jeunesse ou Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents) ou par une ordonnance de la Commission d'examen des troubles mentaux. Cette unité de soins a une mission d'évaluation, de traitement et de réinsertion sociale. Le séjour peut varier de soixante jours à trois ans.

B) Externes

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal offre des services externes dans deux points de service : la Postcure située dans les locaux mêmes de l'Institut et le Centre de psychiatrie légale de Montréal à Saint-Léonard.

Cinq programmes principaux sont offerts en externe : 1) un programme pour une clientèle psychiatrique adulte mixte (suivi conjoint avec des hôpitaux ou le programme de probation, évaluation de l'aptitude et de la responsabilité pour les tribunaux et rapport présentiel pour le service de probation); 2) un programme pour agresseurs sexuels adultes (évaluation et prise en charge dans la communauté en lien avec la probation); 3) un programme pour agresseurs sexuels adolescents

« Le programme est axé sur le rétablissement, une notion qui fait appel non seulement au concept de réadaptation, mais également à celui de la compétence du patient. »

(évaluation et prise en charge dans la communauté ou en centre de réadaptation); 4) une clinique d'évaluation de la dangerosité qui offre des évaluations dans les hôpitaux de la région ou par visioconférence (évaluation exhaustive du patient avec rapport détaillé aux intervenants); 5) une clinique pour adolescents présentant des troubles sévères du comportement mise en place récemment, qui évalue des adolescents en provenance de l'ensemble de la province (référés par les centres jeunesse, les psychiatres, les pédopsychiatres, les tribunaux et les intervenants de première ligne en santé mentale). Cette clinique offre des services d'évaluation de la dangerosité, de l'aptitude à subir un procès et de la responsabilité criminelle ainsi que des services pour des rapports prédécisionnels. Cette clinique n'a pas uniquement un mandat d'évaluation, mais souhaite créer un volet de prise en charge en partenariat avec les intervenants du milieu.

Liens avec le milieu de la justice

Plusieurs des patients de l'Institut Philippe-Pinel maintiennent un lien avec le milieu de la justice, soit le Tribunal administratif (Commission d'examen des troubles mentaux), la Cour criminelle (aptitude, responsabilité et rapport présentiel) et la Chambre de la jeunesse (Loi sur la protection de la jeunesse et Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents).

Le milieu de la justice étant le demandeur de services, les criminologues de l'Institut sont les professionnels qui assurent la liaison entre les services judiciaires et les services cliniques.

Il faut aussi souligner que l'Institut Philippe-Pinel de Montréal a collaboré dès les années 1980 à la mise en place de l'urgence psychosociale qui permet d'offrir des services aux personnes judiciarisées et psychiatriées que l'on retrouve au centre-ville de Montréal. D'abord, par le projet Diogène et, depuis 1997, par la création de l'urgence psychosociale. Plus récemment (2008), pour les délits mineurs, un tribunal spécialisé pour les accusés souffrant de maladie mentale a été inauguré à la cour municipale de Montréal.

Les criminologues affectés à ce module peuvent évaluer et suggérer des orientations pour les accusés au palais de justice de Montréal ou à la cour municipale et peuvent même collaborer avec les policiers lorsque ceux-ci doivent faire face à un individu malade ou agité.

Défis

24

Le premier défi, pour les cliniciens – défi toujours actuel –, a été d'établir que malgré la violence passée et appréhendée des patients, les soins devaient avoir priorité sur la sécurité. Une approche thérapeutique est d'abord privilégiée par rapport à une approche de contrôle.

Le premier directeur général et directeur des Services professionnels a pu, pendant les 30 années où il a occupé ce poste, établir clairement autant pour le personnel clinique, le personnel sécuritaire que pour les organismes externes (ministère de la Justice, ministère de la Sécurité publique, Service correctionnel du Canada) que le premier objectif était d'assurer des soins de qualité, de façon humaine. L'aspect sécuritaire, bien que nécessaire, n'était qu'un moyen pour arriver à cette fin.

« Le premier défi, pour les cliniciens – défi toujours actuel –, a été d'établir que malgré la violence passée et appréhendée des patients, les soins devaient avoir priorité sur la sécurité. »

Il a été établi clairement que l'Institut serait une institution sécuritaire, mais non totalitaire. Puisque la clientèle est captive, isolée, ce danger est toujours présent.

Les cliniciens, les patients et les administrateurs (principalement ceux responsables de la sécurité) ont dû faire de nombreux ajustements au cours des années afin de trouver un équilibre qui respectait à la fois la mission de l'Institut et offrait au personnel et aux patients un milieu

sécuritaire. Parfois, les ajustements ont été faits sur le plan de l'aménagement physique (fenêtres et mobilier) et, généralement, ceux-ci ont été les plus faciles à réaliser.

Les ajustements plus ardues se sont faits par rapport au rôle de chacun. Par exemple, au départ, la communauté thérapeutique, selon Maxell Jones, a été mise en place : en groupe, les patients, les intervenants, le médecin de chaque unité discutaient des doses de médicaments, de la diète, des activités, tous ayant une part légale dans le processus de décision. Après quelques mois, les limites de cette approche ont été observées, le balancier s'est déplacé vers le besoin de contrôle et de sécurité des thérapeutes et des intervenants. Après quelques années, le balancier s'est retrouvé davantage vers le centre, les patients retrouvant une voix au chapitre de la prise de certaines décisions (aidés en cela par les lois qui ont exigé l'instauration d'un comité des bénéficiaires, ont fourni des ressources à ce comité, ont défini clairement les droits et la protection du malade, etc.).

En gardant à l'esprit la nécessité de trouver des solutions, il a fallu que la Direction générale et la Direction des Services professionnels favorisent la créativité et l'initiative et permettent que de nouveaux programmes cliniques sortant des sentiers battus soient introduits auprès de la clientèle particulière.

Ainsi, plusieurs modèles d'intervention ont été mis en place au cours des années : psychothérapie analytique, psychothérapie dynamique, thérapie de milieu, thérapie de prévention de la récidive, thérapie aversive, zoothérapie, thérapie de groupe pour les toxicomanes, thérapie cognitivo-comportementale, thérapie par les activités physiques et artistiques d'ébénisterie, de forge et d'horticulture, scolarité adaptée, présence d'un aumônier. Et, bien sûr, pharmacothérapie et occasionnellement salle d'isolement et contention (pour la période la plus brève possible). À l'occasion, quelques modalités ont été instituées mais, après évaluation des résultats, elles ont été reléguées aux oubliettes : hydrothérapie, thérapie aversive pour les agresseurs sexuels, thérapie de milieu pour les personnalités antisociales.

Un défi permanent est donc de rester à l'affût des avancées de la recherche, d'évaluer l'efficacité des programmes actuels et de faire les ajustements nécessaires.

La formation continue devient donc une nécessité pour tous les professionnels de l'Institut et cette formation doit être adaptée à chaque profession : éducation spécialisée, psychoéducation, soins infirmiers, criminologie, psychiatrie, etc. Pour répondre aux différents besoins de formation, l'Institut organise cinq à six colloques ou activités de formation annuellement. Les sujets traités sont en lien direct avec la pratique des cliniciens de l'Institut, particulièrement avec la dangerosité psychiatrique et les aspects médico-légaux. Ces activités de formation sont aussi offertes aux intervenants des réseaux de la santé et de la justice. L'Institut invite pour ces occasions des conférenciers d'envergure nationale et

internationale. De plus, un encadrement, une supervision clinique de qualité et de soutien, doit être fourni au personnel qui œuvre tous les jours auprès de la clientèle, vulnérable et portée à agir les émotions et les conflits. Cette supervision est la responsabilité du personnel cadre de chaque unité.

Les défis les plus récents se situent sur trois plans :

1. La clientèle :

Les patients présentent une problématique de plus en plus complexe et multiple (maladie mentale, toxicomanie, maladie physique et neuro-développementale, déficience intellectuelle, etc.). Il y a de moins en moins d'institutions dans la communauté qui hébergent cette clientèle et plusieurs patients doivent être « judiciarisés » pour être « institutionnalisés » et ainsi recevoir les services auxquels ils ont droit.

2. Les intervenants :

Une majorité d'intervenants d'expérience partent à la retraite. Les nouveaux arrivants doivent être formés de façon spécifique tout en tenant compte de leurs objectifs professionnels parfois différents de ceux de leurs aînés. Aussi, la féminisation de la profession d'éducateur spécialisé a des incidences sur la manière dont les soins et les services sont offerts.

3. Les contraintes administratives et légales :

Le budget de fonctionnement de l'Institut ne s'est pas accru de façon significative, alors que les services offerts et le nombre de patients desservis ont beaucoup augmenté. Les lois concernant la garde en établissement, le traitement contre le gré, la contention et l'isolement ont été modifiées par le législateur au cours des dernières années pour refléter davantage les valeurs de notre société (respect de l'intégrité et de l'autonomie de la personne). Par contre, certains changements législatifs récents conduisent à des situations frustrantes pour les familles et les intervenants (à l'occasion, des patients activement malades ne reçoivent pas tous les services dont ils pourraient bénéficier). Le défi est donc de mettre en place des soins individualisés tout en ne pénalisant pas l'ensemble du groupe des patients.

Vécu des intervenants

Tous les employés de l'Institut, autant les intervenants cliniques que le personnel de soutien technique ou administratif, font face à des patients ayant posé des gestes violents ou même horribles, souvent très malades ou encore qui apparaissent en contrôle, froids et calculateurs.

La secrétaire médicale qui transcrit un rapport d'expertise décrivant l'homicide de jeunes enfants ou de personnes âgées, l'archiviste médicale qui doit prendre connaissance de rapports de police décrivant des gestes pédophiles (photos incluses) sont des exemples d'employés n'ayant pas de contact direct avec les patients, mais tout de même exposés à des situations potentiellement traumatiques. Ces employés doivent donc être informés de cette situation dès leur arrivée. Par la suite, il doit y avoir un suivi régulier (formation, discussion) pour éviter des séquelles anxieuses en lien avec l'accumulation de traumatismes, et aussi pour permettre à tous

de percevoir la souffrance derrière cette violence. Sinon, les intervenants n'auront pas la disponibilité, l'ouverture et l'écoute nécessaires pour être aidants et non juges.

Les éducateurs, les infirmières, les agents d'intervention (sécurité dynamique et statique), les professeurs, les moniteurs d'atelier, les éducateurs physiques, les commis d'unité peuvent être victimes de paroles menaçantes ou d'actes violents, et certains doivent aussi intervenir pour contenir et maintenir physiquement un patient.

« Par la suite, il doit y avoir un suivi régulier [...] pour permettre à tous de percevoir la souffrance derrière cette violence. Sinon, les intervenants n'auront pas la disponibilité, l'ouverture et l'écoute nécessaires pour être aidants et non juges. »

La Direction des ressources humaines, la Direction des programmes et le Service de santé ont mis en place des mécanismes qui permettent d'intervenir rapidement auprès des employés à la suite d'une agression et d'assurer une prise en charge auprès de spécialistes compétents. Sur le plan de la santé physique, s'il y a eu traumatismes, morsures, éraflures, la personne est accompagnée immédiatement au service d'urgence. Lorsqu'il existe un risque d'infection, il y a immédiatement consultation en service de microbiologie avec suivi intensif (prise de sang, médication si cela est nécessaire, etc.). Sur le plan psychologique, la responsable du Service de santé appelle l'employé dans les heures suivant l'agression, suggère un suivi en clinique spécialisée et communique aussi avec cette clinique pour la prévenir d'un possible appel de l'employé. La même responsable garde un lien régulier avec ce dernier pour s'enquérir de l'évolution de la situation.

De façon générale, les employés apprécient tous les soins donnés sur le plan physique et le suivi spécialisé, si besoin est, en clinique de microbiologie. Sur le côté psychologique, certains employés vivent les appels du service de santé comme intrusifs et préfèrent ne pas parler ouvertement avec l'employeur de leur vécu. Il faut alors respecter ce désir et ne pas insister pour ne pas traumatiser à nouveau.

Par ailleurs, un ingrédient nécessaire au rétablissement des employés touchés par cette violence est le soutien qu'ils recevront de leurs collègues de travail (lors de leur absence et au moment du retour au travail).

Conclusion

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal est d'abord un hôpital qui offre des soins dans un cadre sécuritaire. Il maintient des liens autant avec l'ensemble des institutions psychiatriques de la province qu'avec les milieux de la justice et de la sécurité publique.

L'Institut se situe à l'interface de la psychiatrie et de la justice et a comme mission d'éviter que les patients malades, agités et violents se retrouvent en milieu de détention sans recevoir les soins requis par leur pathologie.

La psychiatrie légale, une expertise des plus spécialisées

Par Catherine Chagnon, agente d'information, Service des communications, en collaboration avec l'équipe de l'unité de services de psychiatrie légale, Institut universitaire en santé mentale de Québec

De nos jours, non seulement les personnes référées en psychiatrie légale présentent des problématiques de santé mentale variées et souvent de plus en plus complexes, mais le système judiciaire québécois connaît également, depuis une quinzaine d'années, un accroissement du nombre d'accusations au criminel de personnes présentant des troubles de santé mentale. De ce fait, les besoins grandissants de ces personnes, dans un contexte socioéconomique en mouvance, ont amené la psychiatrie légale, une spécialité de la psychiatrie, à se développer en termes d'expertise, et ce, tant sur le plan des connaissances que sur celui de l'intervention.

La judiciarisation des personnes ayant une problématique de santé mentale interpelle nombre d'instances et de ressources selon des enjeux qui leur sont propres : justice, sécurité publique, réseau communautaire ou santé et services sociaux, etc. Pour la région de la Capitale-Nationale, l'**Institut universitaire en santé mentale de Québec** (Institut) est l'établissement désigné pour **offrir des soins et des services de garde, de traitement et d'évaluation** aux personnes de 18 ans et plus, référées par le tribunal et présentant des troubles de santé mentale. Des **services d'évaluation et de traitement des troubles du comportement sexuel** sont également offerts aux personnes adultes, qu'elles soient judiciarisées ou non.

UNE OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES SPÉCIALISÉS ET SURSPÉCIALISÉS...

La psychiatrie légale, des services de pointe

À l'Institut, l'équipe de psychiatrie légale déploie énergie et efforts pour offrir une expertise clinique de pointe, dans un environnement physique adapté aux besoins des personnes ayant un problème psychiatrique et un statut légal. Organisée en unité de services, la psychiatrie légale s'insère à l'intérieur de l'ensemble des services régionaux offerts à la clientèle judiciarisée présentant des troubles mentaux. Dans la perspective du continuum des soins et des services spécifiés par le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux, et conformément à la Loi sur les services de santé et des services sociaux, l'Institut dispense des services de psychiatrie légale spécialisés et surspécialisés, dits de troisième ligne.

Globalement, les services de psychiatrie légale de l'Institut visent à prévenir les actes criminels, violents ou paraphiliques¹

envers la personne elle-même ou envers autrui, en améliorant la santé mentale des personnes utilisant ces services. Plus particulièrement, l'offre de services spécialisés de psychiatrie légale à l'Institut se décline en quatre grands volets :

- **Le service d'évaluation aux fins d'administration de la justice** : Les personnes sont admises sous ordonnance du tribunal pour une évaluation, un suivi ou un traitement. L'objectif est d'évaluer leur aptitude à comparaître ou de déterminer leur responsabilité criminelle en lien avec la production d'un rapport d'expertise soumis à la Cour. Pour la région de la Capitale-Nationale, il importe de préciser qu'une proportion importante des premières évaluations est réalisée par les experts médico-légaux à l'Établissement de détention de Québec (EDQ). Par ailleurs, lorsque le niveau de soins requis par la personne devient plus important que la détention, l'expertise de l'unité de services en psychiatrie légale de l'Institut agit dans une perspective multidisciplinaire pour observer, traiter et stabiliser l'état mental de la personne.
- **Le service de garde et de traitement pour une clientèle admise sous mandat du Tribunal administratif du Québec (TAQ)** : Le TAQ peut référer à l'unité de services de psychiatrie légale de l'Institut des personnes pour des séjours de moyenne ou de longue durée, afin qu'elles soient évaluées, traitées et gardées dans un environnement sécuritaire respectant les restrictions légales qu'il détermine.
- **Le service d'évaluation et de traitement des troubles du comportement sexuel** : L'objectif de ce service, qui s'adresse aux personnes judiciarisées ou non, est d'évaluer leurs troubles du comportement sexuel, de recommander et d'offrir un traitement adapté à leur problématique. Dans le cas des personnes judiciarisées, le service produit, pour la Chambre criminelle et pénale, un rapport présentiel qui définit la nature de la problématique sexuelle. Le rapport peut inclure les résultats d'évaluation psychiatrique, sexologique, psychométrique et pléthysmographique².

À l'Institut, dans l'unité de services de psychiatrie légale, le traitement des troubles du comportement sexuel vise à prévenir la récidive. Par exemple, pour les personnes présentant des conduites paraphiliques, les interventions portent sur la connaissance de leur propre dynamique

1 Les caractéristiques essentielles d'une paraphilie sont des fantasmes imaginatives, sexuellement excitantes, des impulsions sexuelles ou des comportements survenant de façon répétée et intense, impliquant 1) des objets inanimés; 2) la souffrance ou l'humiliation de soi-même ou de son partenaire; 3) des enfants ou d'autres personnes non consentantes, et qui s'étendent sur une période d'au moins 6 mois. Aussi, le comportement, les impulsions sexuelles ou les fantasmes imaginatives sont à l'origine d'un désarroi significatif ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. DSM-4-TR

2 Évaluation pléthysmographique : Relatif à l'évaluation des préférences sexuelles. Cette évaluation consiste à mesurer les réponses pénienues du client lors de présentations de stimuli sexuels déviants et non déviants.

psychosexuelle, de leurs forces et de leur vulnérabilité en vue d'identifier et d'apprendre des comportements sexuels alternatifs socialement acceptables.

- **Le service d'évaluation psychiatrique en milieu de détention** : De façon à diminuer le nombre d'admissions à l'Institut, les psychiatres de l'unité de services de psychiatrie légale offrent des services d'évaluation psychiatrique aux prévenus et aux détenus³ sous la responsabilité du médecin généraliste de l'EDQ.

Les valeurs, point de repère de l'intervention

Fortement inspirées des principes directeurs du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, les valeurs établies en psychiatrie légale à l'Institut orientent les pratiques en plaçant la personne au cœur de l'intervention. Ainsi, la notion de rétablissement et celle de la réappropriation du pouvoir d'agir de la personne chapeautent l'organisation des soins et des services tout en considérant les besoins et les caractéristiques des personnes judiciairisées présentant des problèmes de santé mentale de même que les exigences légales imposées.

À l'Institut, en psychiatrie légale, les principes du rétablissement s'appuient sur l'approche proposée par Marianne Farkas (2007) et misent sur les aspects suivants :

- Considérer la personne dans son ensemble en utilisant ses forces et en privilégiant l'accès éventuel aux ressources de la communauté dans un contexte sécuritaire pour elle et pour son environnement;
- Intégrer la personne dans la planification et la prestation des services tout en considérant les exigences légales;
- Viser l'autodétermination de la personne dans les limites permises par la loi;
- Croire au potentiel de la personne de se rétablir par l'expression d'attitudes positives, chaleureuses et soutenantes.

Considérant que les personnes référées en psychiatrie légale le sont dans un contexte de liberté restreinte, la réappropriation de leur pouvoir d'agir se fait de manière progressive. Davantage soutenues et encadrées au départ, les personnes amorcent cette réappropriation, dès que cela est possible, en augmentant graduellement leur pouvoir décisionnel en regard des libertés et des droits individuels et collectifs et en assumant leurs responsabilités.

Les approches privilégiées

Ainsi, fortement et profondément inspirées des principes du rétablissement et de la réappropriation du pouvoir d'agir de la personne, les approches privilégiées par l'équipe

multidisciplinaire de psychiatrie légale visent à tout mettre en œuvre pour aider la personne à réaliser son projet de vie. Les demandes spécifiques d'évaluation du tribunal, ainsi que les besoins variés et nombreux des personnes prises en charge à l'unité de services, exigent que les actions soient coordonnées par une équipe de professionnels partageant leur expertise dès le début de l'offre de service, et ce, jusqu'à l'orientation vers des ressources dans la communauté.

Plus spécifiquement, chacun des services offerts en psychiatrie légale (tel que précisé précédemment) adopte des approches favorisant l'atteinte des objectifs définis.

- **L'approche spécifique au volet d'évaluation aux fins d'administration de la justice** : Préventive et comportementale avant tout, l'approche de ce volet devient par la suite légale et thérapeutique. Il s'agit donc de prévenir l'apparition de comportements dangereux pour lesquels la personne a été admise, en instaurant des règles d'encadrement sécuritaire. Pour répondre aux exigences légales, il peut être demandé de fournir une

« [...] les personnes amorcent cette réappropriation [du pouvoir], dès que cela est possible, en augmentant graduellement leur pouvoir décisionnel en regard des libertés et des droits individuels et collectifs et en assumant leurs responsabilités. »

27

expertise pour évaluer l'aptitude de la personne à subir son procès, d'évaluer sa responsabilité criminelle ou encore toute autre question d'ordre judiciaire. Considérant la composante active de la maladie qui peut être présente à l'arrivée de la personne à l'unité, l'approche thérapeutique permet, par un traitement pharmacologique, d'aider la personne à retrouver un équilibre mental et de diminuer les symptômes actifs de la maladie. Lors de son séjour à l'unité, la personne est accompagnée avec humanisme dans sa détresse. Des interventions psychoéducatives sont privilégiées autant lors des entrevues psychiatriques que lors des activités quotidiennes.

- **L'approche spécifique au volet d'évaluation et de traitement sous mandat du TAQ** : Lorsque le TAQ doit rendre une décision sur les modalités de détention ou de libération d'une personne ayant des troubles de santé mentale et un statut légal, une évaluation peut être demandée à l'équipe d'expertise de la psychiatrie légale sur la dynamique psychiatrique et sur les composantes psychosociales de la personne. Ainsi, la personne admise se voit offrir un traitement biopsychosocial, dont les interventions portent sur la globalité de la problématique, à savoir les composantes biologiques et psychologiques, la réadaptation psychiatrique ou l'intégration sociale.

3 Prévenu : Se dit d'une personne traduite devant un tribunal correctionnel pour répondre d'un délit. Détenu : Se dit d'une personne maintenue en prison.

- **L'approche spécifique au volet d'évaluation et de traitement des troubles du comportement sexuel** : La personne présentant des paraphilies transforme certaines émotions ressenties en pulsions sexuelles ou tend à répéter des modèles de comportements sexuels découlant de mauvais apprentissages, de perturbations liées à son identité ou à son orientation sexuelle. Ces émotions apparaissant comme des pulsions sexuelles très fortes, elles peuvent devenir incontrôlables et se traduire par un agir sexuel délictuel ou inadéquat. L'approche retenue auprès des personnes présentant des conduites paraphiliques est éclectique avec une prépondérance de type cognitivo-comportemental dans laquelle la prévention de la rechute est privilégiée (Hanson et coll. 2002; Marshall et coll. 1990; McGrath et Cumming 2003). Les interventions thérapeutiques qui en découlent sont multiples et variées en vue de répondre adéquatement aux caractéristiques de la personne : psychothérapie individuelle, thérapie de groupe ou conjugale, soutien aux conjointes ou pharmacothérapie. De cette façon, la personne présentant des comportements sexuels paraphiliques peut apprendre à communiquer davantage et à exprimer sa sexualité plus adéquatement, diminuant ainsi la probabilité de récurrence.

Le portrait de la clientèle

À l'Institut, la clientèle référée aux services de psychiatrie légale présente des caractéristiques variées. Cette clientèle est admise selon un statut judiciaire ou en lien avec une expérience judiciaire et non selon un diagnostic ou une catégorie de diagnostics particuliers.

Bien que chaque personne traitée soit distincte, il est possible de tracer des tendances sur le plan des particularités de la clientèle référée à l'un ou à l'autre des volets des services de psychiatrie légale. Par exemple, la clientèle cible du volet « évaluation aux fins d'administration de la justice » présente pour la majorité un diagnostic lié à la psychose, qu'il s'agisse d'une première expérience ou non. Aussi, sur le plan comportemental, une instabilité et une impulsivité sont apparentes dans l'agir, se manifestant par des comportements agressifs ou des agressions verbales, psychologiques et physiques.

Sur le plan diagnostique, le volet « évaluation et traitement sous mandat du TAQ » reçoit une clientèle qui présente presque toujours des éléments psychotiques en plus d'être associée à une problématique de troubles de la personnalité ou de retard mental (Axe II, DSM-IV)⁴ et à une comorbidité aux abus de substances. Les personnes admises pour inaptitude ont

souvent des symptômes liés à une phase aiguë de la maladie, alors que celles admises comme étant non criminellement responsables sont dans un état mental précaire et ont des éléments de désorganisation. Les comportements agressifs sont généralement observables sous une forme latente plutôt qu'active.

Considérant que le volet « évaluation et traitement des troubles du comportement sexuel » traite des personnes, judiciairisées ou non, il demeure que 60 % d'entre elles le sont. Globalement, la majorité des personnes judiciairisées sont des hommes ayant pour 80 % d'entre eux un diagnostic de pédophilie et présentant fréquemment des troubles de la personnalité. Ces personnes sont souvent caractérisées par des déficits sur le plan social, un manque d'affirmation et d'estime de soi, de l'immaturité, de l'anxiété, des carences affectives, des distorsions cognitives, de l'ignorance sexuelle, des traumatismes et des troubles de dysfonction et d'orientation sexuelle.

L'admissibilité

En psychiatrie légale, l'admissibilité de la clientèle ne se fait pas uniquement en fonction de la problématique psychiatrique de la personne, mais surtout en fonction des considérations judiciaires. Il importe de préciser par ailleurs que pour les personnes admises au volet « évaluation et traitement des troubles du comportement sexuel », le critère principal est la présence d'une conduite paraphilique. Ainsi, pour être admise aux volets de psychiatrie légale, la personne doit être dans un processus de judiciarisation présentiel, actif, postsentenciel ou encore être à risque d'être judiciarisée considérant son degré de dangerosité. Le second critère d'admissibilité est médical. La personne doit présenter un trouble mental grave avec une composante complexe⁵.

La psychiatrie légale, une expertise de soutien

L'unité de psychiatrie légale de l'Institut offre du soutien à plusieurs acteurs provenant du système de santé et du système judiciaire. Concrètement, l'équipe de psychiatrie légale joue un rôle-conseil de premier plan auprès de partenaires, comme les CSSS, le Programme d'encadrement clinique et hébergement (PECH) et les organismes communautaires.

Cette collaboration se traduit par des échanges téléphoniques ou encore par des rencontres cliniques. Les besoins sont variés et dépendent des fonctions des acteurs et de leurs responsabilités vis-à-vis de la clientèle :

- Avoir une meilleure compréhension de la problématique psychiatrique (les éléments précipitants, déclencheurs et de maintien);

L'équipe de psychiatrie légale, une expertise multidisciplinaire

- Psychiatre et omnipraticien
- Infirmière
- Neuropsychologue
- Psychologue
- Sexologue
- Ergothérapeute
- Travailleur social
- Agent de programmation
- Éducateur spécialisé
- Psychoéducateur
- Agent d'intervention
- Gestionnaire et agente administrative

4 Diagnostic and Statistical Manual – Revision 4 (DSM-IV). (1994). Outil de classification des troubles mentaux publié par l'Association américaine de psychiatrie. Le DSM-IV comporte cinq axes.

5 La notion de complexité fait souvent appel à une comorbidité des problématiques diagnostiquées, à une sévérité quant à l'intensité des symptômes ou des effets négligeables à la suite des traitements habituellement prescrits et indiqués (meilleures pratiques).

- Identifier les enjeux cliniques, éthiques et légaux;
- Connaître les interventions à privilégier à la lumière des constats sur la dynamique de la personne.

Les échanges avec le système judiciaire sont nombreux et fréquents pour les personnes référées pour une ordonnance d'évaluation. Que ce soit pour la Couronne, la défense, le personnel de l'établissement de détention ou même le juge, l'équipe d'évaluation aux fins d'administration de la justice donne son opinion sur différents sujets (conséquences possibles de la prise de telle ou telle décision, facteurs de risque présents chez la personne à considérer pour son orientation, procédures à éviter et celles à envisager). De plus, pour le suivi en communauté, l'équipe de psychiatrie légale de l'Institut transfère son expertise clinique, médicale et pharmacologique aux partenaires du système de santé (CSSS et organismes communautaires), en fournissant des renseignements utiles sur les aspects à considérer chez la personne. Elle peut proposer des interventions adaptées en fonction de la personne.

La contribution au transfert de l'expertise

L'Institut, par sa mission, contribue activement à l'enseignement, au développement et au transfert de l'expertise. En ce sens, l'unité de services de psychiatrie légale accueille des étudiants de divers champs d'études : résidents en psychiatrie, stagiaires de niveau doctoral en psychologie, stagiaires universitaires en service social, en ergothérapie et en sexologie, étudiants de niveau collégial en éducation spécialisée.

L'équipe de l'unité de services travaille également en étroite collaboration avec l'Université Laval. D'ailleurs, un des psychiatres de l'unité est le coordonnateur de la Division de psychiatrie légale du Département universitaire de psychiatrie de la faculté de médecine, tandis que les cours théoriques de psychiatrie légale sont présentés par un autre psychiatre de l'unité. Des cours sur les conduites paraphiliques sont également offerts aux résidents en médecine.

Les défis, les réussites et les perspectives d'avenir

Propos recueillis auprès du Dr Sylvain Faucher, psychiatre, unité de services de psychiatrie légale, Institut universitaire en santé mentale de Québec

En psychiatrie légale, une proportion importante des personnes référées présente des problèmes complexes et des diagnostics variés. En soi, cela multiplie les défis au quotidien, chaque personne représentant un cas unique à traiter. Plus globalement, l'équipe de psychiatrie légale doit affronter d'autres défis venant teinter la pratique et l'intervention.

D'entrée de jeu, le Dr Sylvain Faucher, psychiatre à l'unité de services, souligne que le volume d'évaluations réalisées annuellement à l'Institut est devenu un défi de taille. Aujourd'hui, entre 350 et 400 expertises par année sont fournies par l'unité de services. Ce nombre n'a cessé d'augmenter au cours des dernières années, causé principalement par deux

phénomènes : d'une part, l'offre globale de service en psychiatrie diminue et, d'autre part, les personnes sont plus facilement et plus rapidement judiciairisées avec les années. L'accroissement de la judiciarisation des personnes ayant des troubles mentaux s'explique, entre autres, par le fait que les instances ont davantage le réflexe d'y avoir recours.

La baisse globale de l'offre de service en santé mentale a eu un impact direct sur l'augmentation de la judiciarisation. *Étant donné que les personnes présentant une problématique de santé mentale n'ont pas les ressources nécessaires pour être soutenues et encadrées, pensons à l'hébergement par exemple, elles se trouvent en situation précaire, parfois associée à d'autres problèmes (la toxicomanie est de plus en plus présente). Dans ce contexte, on note une augmentation du nombre d'arrestations dans ce groupe d'individus. Dans le passé, les vagues de désinstitutionnalisation n'ont pas été accompagnées de ressources suffisantes dans la communauté, explique le Dr Faucher.*

En plus du volume considérable de demandes d'évaluation, l'équipe de psychiatrie légale de l'Institut évolue dans un contexte où les délais sont très courts. *Bien que la situation se soit beaucoup améliorée, dans les causes criminelles, nous avons toujours des contraintes de délai. Pour certaines évaluations, nous n'avons que cinq jours. Donc, les délais très courts, combinés au volume de demandes, ajoutent une pression. La psychiatrie légale n'est pas un service d'urgence, mais presque, ajoute le Dr Faucher.*

« En psychiatrie légale, une proportion importante des personnes référées présente des problèmes complexes et des diagnostics variés. »

29

De plus, la judiciarisation des personnes ayant des troubles mentaux exige un arrimage particulier des valeurs et des façons de faire entre les systèmes judiciaire et médico-légal. *C'est un défi de collaboration. Malgré que nous ne fonctionnons pas de la même façon, nous devons travailler dans un contexte de proximité. Il faut donc tenter de s'arrimer. Cela exige nécessairement une communication efficace entre les deux systèmes, affirme le Dr Faucher. C'est beaucoup moins fréquent maintenant, mais auparavant, la Cour ordonnait de faire des évaluations de personnes dont les problématiques n'exigeaient pas nécessairement des soins surspécialisés à l'hôpital. De plus en plus, ces évaluations sont menées dans les établissements de détention. C'est à l'équipe de psychiatrie légale de déterminer, par son expertise, s'il y a un requis de soins spécialisés supplémentaires. À l'inverse, quand l'épisode de soins est terminé, il faut retourner la personne dans le système légal et, là, il y a des délais aussi. Il faut donc travailler à arrimer le tout et, généralement, nous y arrivons.*

Par ailleurs, sur le plan des problématiques en santé mentale, l'intervention du système judiciaire sous-tend souvent un épisode de dangerosité significative chez la personne. L'équipe de psychiatrie légale gère régulièrement des personnes considérées comme activement dangereuses. Selon le Dr Faucher, *la première et deuxième semaine, quand les personnes arrivent à l'unité, alors qu'elles sont en épisode de crise, l'intervention est souvent réalisée dans un contexte plus difficile que dans les autres unités de soins en raison du degré de dangerosité. Souvent, la crise est plus significative ou agressive et c'est pour*

cela qu'il y a eu arrestation. En psychiatrie légale, l'ampleur de la crise est plus significative sur le plan de la dangerosité la plupart du temps.

Certes, la gestion de la dangerosité représente un défi de taille pour la pratique en psychiatrie légale. Cependant, la présence d'un défi peut nourrir le développement de l'expertise. C'est ce qui s'est produit sur le plan de la

En ce qui concerne le volet « évaluation et traitement des troubles du comportement sexuel », il appert que la poursuite des discussions avec les instances de première et de deuxième lignes en vue d'assurer un meilleur transfert de l'expertise est incontournable. Le Dr Faucher affirme qu'il est nécessaire que les établissements soient mieux outillés pour répondre aux besoins de leur clientèle en cette matière. Actuellement, les personnes sont rapidement référées vers les services spécialisés, alors que ce ne sont pas toujours des cas de troisième ligne. Éventuellement, ce transfert d'expertise et de connaissances pourrait avoir une influence directe sur le volume d'évaluations, et ce serait les personnes présentant ce type de problématique et la société en général qui en bénéficieraient, conclut le Dr Faucher.

« De plus, la judiciarisation des personnes ayant des troubles mentaux exige un arrimage particulier des valeurs et des façons de faire entre les systèmes judiciaire et médico-légal. »

dangerosité à l'unité de services de psychiatrie légale. Comme le précise le Dr Faucher : *Malgré les difficultés et le manque de moyens pour gérer la dangerosité, nous réussissons assez bien à le faire. En détectant les prémices, en travaillant en prévention, nous avons développé une expertise dans la compréhension de cette problématique et un doigté particulier pour l'intervention efficace visant à désamorcer l'escalade de la désorganisation chez la personne. L'équipe de l'unité a travaillé à comprendre les motivations de la personne à l'« agir » avant que l'« agir » ne survienne.* Le psychiatre admet toutefois qu'il reste des progrès à faire pour ce volet de l'intervention.

30

L'offre de services spécialisés en psychiatrie légale de l'Institut est reconnue et établie. Certes, dans un contexte d'amélioration continue de la qualité des soins et des services, la poursuite de la recherche en santé mentale contribue à influencer continuellement les pratiques. Sur le plan régional, les perspectives de développement se situent plutôt dans la continuité des services. Le Dr Faucher est d'avis qu'il serait possible d'envisager une meilleure réadaptation pour les personnes ayant une problématique de santé mentale, si elles avaient davantage accès à des ressources d'hébergement consacrées à la réinsertion sociale. *Il faudrait songer à mettre en place des ressources où l'encadrement pourrait permettre une réhabilitation dans la communauté.*

BIBLIOGRAPHIE

Farkas, M. (2007). « The vision of recovery today: What it is and what it means for services ». *World Psychiatry*, the official journal of World Psychiatry Association, 6(2), 68-74.

Hall, G. C. N. (1995). « Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 802-809.

Hanson, R. K. et coll. (2002). « First report on the collaborative outcome data project on the effectiveness of the psychosocial treatment for sex offenders ». *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14(2), 169-194.

Johnson, K. et coll. (2008). *Programme de l'unité de psychiatrie légale*, Québec, Institut universitaire en santé mentale de Québec, 89 p.

Marshall, W. L., D. R. Laws et H. E. Barbaree (édit.). (1990). *Handbook of sexual assault: Issues, theories and treatment of the offenders*, New York, Plenum Press.

McGrath, R. J. et G. F. Cumming. (2003). *Sex offender treatment needs and progress scale*, Research Edition 2003, Center for Sex Offender Management.

Ce numéro vous a plu?

En complément, nous vous suggérons de lire le numéro d'automne 2009 de la **Revue Santé mentale au Québec** qui présente un dossier « Santé mentale et justice » (volume XXXIV, numéro 2).

On y trouve entre autres un texte de Mme Hélène Fradet, directrice générale de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM), qui examine les conséquences sur les proches de la judiciarisation des personnes atteintes de maladie mentale.

Le comité d'édition du partenaire est à la recherche de candidatures

Être membre* du comité d'édition c'est...

- partager votre intérêt pour la réadaptation psychosociale;
- définir avec nous les grandes orientations et les thèmes du partenaire;
- participer au choix et à l'analyse des textes;
- échanger, lors des rencontres téléphoniques du comité, avec les autres membres provenant de partout au Québec et de différents horizons (intervenants, personnes utilisatrices de services en santé mentale, gestionnaires, chercheurs...);
- contribuer à la réalisation de la seule publication de langue française spécialisée en réadaptation psychosociale et en rétablissement en santé mentale.

* les membres du comité d'édition le sont sur une base volontaire.

Pour information :
Esther Samson
Éditrice du partenaire
418 842-4004
esamson.aqrp@qc.aira.com



Nous avons lu pour vous...

Commentaire sur le roman

Mystique Blues

Par Ellie Saint-Amour, t. s., M. A.,
thérapeute psycho-socio-spirituelle

Introduction

Il y avait bien longtemps que je n'avais pris le temps de lire un roman; j'ai été littéralement séduite par le livre de Sylvain d'Auteuil que je considère très actuel quant aux thèmes explorés.

Il y est question de santé/maladie mentale, de quête spirituelle et d'expérience mystique, de relations filiales, amicales, amoureuses et sociales, ainsi que de blessures, de souffrances et de guérison. Finalement, ça parle de la vie!

Je vous présente donc *Mystique Blues* de Sylvain d'Auteuil.

Résumé du livre

Présenter tel un journal personnel au fil des journées qui s'écoulent ce roman nous propulse d'abord dans le quotidien d'un département psychiatrique. L'adaptation à ce milieu implique la rencontre avec les autres patients, la rencontre avec les médecins, les contacts avec les proches. La rencontre avec le personnage principal, qui est l'auteur lui-même, et son monde intérieur.

Puis, on passe à un rituel initiatique vécu quelque temps avant l'entrée en psychiatrie. Ce rituel mystique nous parle de la quête du personnage principal, de son besoin d'être aimé et reconnu. De s'aimer lui-même et de se reconnaître.

Tous les enjeux sont considérés. Autant le rapport de la personne avec elle-même qu'avec sa santé mentale, le rapport de la personne avec les autres personnes internées et le personnel, le rapport de la personne avec ses proches et son histoire.

Une double question de fond habite continuellement la description du vécu du personnage principal : « Est-ce que je vais me retrouver au bout de tout ça? »; « Est-ce que j'en vaudrais la peine? ». Les revers de l'expérience mystique sur notre équilibre affectif et relationnel sont décrits.

L'auteur nous entraîne dans les dépassements qui lui permettront d'aller jusqu'au bout de lui-même.

Commentaires

J'ai surtout apprécié le langage simple et bien québécois. Cela me permettait de me sentir très proche de l'auteur et des personnages qu'il rencontre.

Les allers-retours entre le vécu présent et celui de l'enfance et de l'adolescence permettent de mieux comprendre comment la vie, quoique non linéaire, porte un fil conducteur unique à chacun.

Auteur : Sylvain d'Auteuil

Éditeur : Québec Amérique

La description des émotions et des sentiments au fur et à mesure des situations m'a permis de mieux cerner les enjeux vécus par le personnage principal et les autres personnages du roman.

Présenter une quête spirituelle, voire une expérience mystique, en même temps qu'une démarche psychiatrique me paraissait audacieux au début puis judicieux au fur et à mesure que l'auteur évoluait dans son personnage principal. Dès le début, je me suis interrogée sur le côté un peu magique de cette quête spirituelle. Cette expérience initiatique est relatée de telle manière qu'un lecteur pourrait se lancer dans une aventure qui mettrait en danger le peu d'équilibre qu'il lui reste. Il y manque les références à ce qui ancre dans la réalité du quotidien bien terrestre. Puis, l'auteur évolue et je pouvais faire des liens plus solides et avoir une compréhension plus nuancée de ce qu'est une expérience mystique et des conséquences qu'elle peut avoir sur le quotidien.

Lien avec ma pratique

La description que font les personnages des intervenants m'a permis de valider le type d'intervenante que j'ai tendance à être moi-même et cela m'a fait sourire puisque je rencontre des profils d'intervenants comme ceux décrits dans le livre.

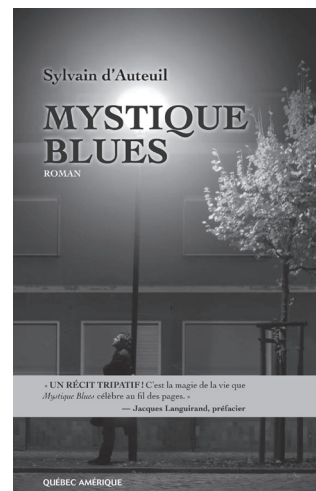
En tant que clinicienne, j'ai beaucoup apprécié d'entendre le monde intérieur de personnages très proches des clients que je peux recevoir.

Je sais que plusieurs cas de psychose sont apparentés à des délires religieux et spirituels, mais je n'avais jamais été si loin dans l'un d'eux. En fait, ce livre m'a ouvert l'esprit sur les confusions que nous pouvons avoir face à la maladie mentale quand le plan mystique est impliqué. Je me sens mieux armée pour recevoir les propos religieux d'une personne sans sauter à la conclusion que celle-ci décompense et délire.

J'ai pu aussi constater la différence que l'écoute sans jugement peut apporter dans la vie d'une personne qui se cherche en dehors de la perception que les autres ont eue d'elle jusqu'à ce moment. Je comprends mieux la fragilité ainsi que le processus de la perte de références jusqu'à la rencontre de soi.

Conclusion

Je retiens que l'auteur nous parle de l'amour, de l'écoute et de la souffrance comme enjeux centraux dans les relations avec tous ceux et celles que nous côtoyons à tous les jours et dans tous les contextes de vie, que ce soit familial, social ou autres.





XV^e COLLOQUE

Ne manquez pas le 20^e anniversaire de l'AQR :
une expérience unique pour se projeter vers l'avenir!

Vaincre la stigmatisation : un enjeu collectif!

DU 8 AU 10 NOVEMBRE 2010

À l'hôtel Fairmont Le Reine Élisabeth de Montréal

**Vous êtes attendu au grand débat de
clôture!**

Les 5 questions qui tuent... sur la stigmatisation

Deux équipes de leaders reconnus dans différents champs d'action en santé mentale s'opposent dans un débat haut en couleur et en émotion! Deux équipes de quatre experts auront pour mission de défendre deux points de vue divergents – **le pour ou le contre, le possible ou l'impossible** – en réaction aux cinq questions choc qui leur seront posées. C'est l'occasion pour tous de confronter perceptions, opinions et préjugés!

De plus, tout au long des débats, **les résultats du sondage** mené lors de l'arrivée des participants au Colloque **seront dévoilés!**

Panélistes invités :

- Camillo Zacchia, psychologue, Institut Douglas
- Charles Rice, directeur, AGIR en santé mentale
- Marie Gagné, paire aidante, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale
- Denise Fortin, directrice générale adjointe et codirectrice des services cliniques, Hôpital Louis-H. Lafontaine
- Jean-Luc Parenteau, directeur du programme adultes avec troubles d'adaptation, CSSS de Beauce
- Doris Provencher, directrice, AGIDD-SMQ
- Marie-Thérèse Toutant, proche, Regroupement des Aidantes et Aidants Naturel(le)s de Montréal
- Jean-Nicolas Ouellet, personne utilisatrice de services en santé mentale et coordonnateur, Centre d'activités pour le maintien de l'équilibre émotionnel de Montréal-Nord (CAMÉÉ)

Sondage sur la stigmatisation

Lors du XV^e Colloque de l'AQR, tous les participants seront invités à répondre à un sondage en ligne qui permettra de dresser un portrait des perceptions des participants du Colloque en lien avec les préjugés les plus couramment véhiculés en santé mentale. Les réponses aideront à mieux comprendre la stigmatisation à laquelle font face les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble mental. Une prise de conscience qui se veut incontournable pour l'avancée de nos réflexions et de nos actions!

En primeur au XV^e Colloque de l'AQR! Le café-spectacle *Art-Contexte*

Mardi 9 novembre, dès 17 h, entrée libre

Y a-t-il un artiste dans la salle?

Après une journée bien remplie, voici l'occasion de s'évader en assistant au café-spectacle *Art-Contexte* dans une activité de type « *boîte à chansons* ».

C'est le moment de prendre la route de la musique, de la poésie et de la chanson en compagnie de ces artistes qui se cachent derrière nos collègues ou nos pairs, et de profiter d'un agréable moment de détente.

Joignez-vous au spectacle, mais côté scène!

Vous prévoyez participer au Colloque, vous avez un ou des talents cachés et désirez présenter une courte performance (environ 5 minutes)? N'hésitez pas et soumettez votre numéro avant le 24 septembre 2010 par courriel à Rosalie Bérubé-Lalancette : rberube.aqr@qc.aira.com.



ASSOCIATION
QUÉBÉCOISE POUR
LA RÉADAPTATION
PSYCHOSOCIALE

Programme disponible sur le site de Web de l'AQR dès la fin juin 2010 : [www.aqr-sm.org]