



National Library
of Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Canadian Theses Service

Service des thèses canadiennes

Ottawa, Canada
K1A 0N4

NOTICE

The quality of this microform is heavily dependent upon the quality of the original thesis submitted for microfilming. Every effort has been made to ensure the highest quality of reproduction possible.

If pages are missing, contact the university which granted the degree.

Some pages may have indistinct print especially if the original pages were typed with a poor typewriter ribbon or if the university sent us an inferior photocopy.

Reproduction in full or in part of this microform is governed by the Canadian Copyright Act, R.S.C. 1970, c. C-30, and subsequent amendments.

AVIS

La qualité de cette microforme dépend grandement de la qualité de la thèse soumise au microfilmage. Nous avons tout fait pour assurer une qualité supérieure de reproduction.

S'il manque des pages, veuillez communiquer avec l'université qui a conféré le grade.

La qualité d'impression de certaines pages peut laisser à désirer, surtout si les pages originales ont été dactylographiées à l'aide d'un ruban usé ou si l'université nous a fait parvenir une photocopie de qualité inférieure.

La reproduction, même partielle, de cette microforme est soumise à la Loi canadienne sur le droit d'auteur, SRC 1970, c. C-30, et ses amendements subséquents.

UNIVERSITÉ D'OTTAWA

LE DISCOURS DES INTERVENANTS SUR LE TRAITEMENT DES CRIMINELS
PSYCHIATRISÉS EN CLINIQUE PSYCHIATRIQUE EXTERNE

PAR
GUYLAINE PILON

DÉPARTEMENT DE CRIMINOLOGIE
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES

THÈSE PRÉSENTÉE À LA FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES
EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE
MAÎTRE ES ARTS (M.A.)

© Guylaine Pilon, Hawkesbury, Canada, 1990



National Library
of Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Canadian Theses Service Service des thèses canadiennes

Ottawa, Canada
K1A 0N4

The author has granted an irrevocable non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of his/her thesis by any means and in any form or format, making this thesis available to interested persons.

The author retains ownership of the copyright in his/her thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without his/her permission.

L'auteur a accordé une licence irrévocable et non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de sa thèse de quelque manière et sous quelque forme que ce soit pour mettre des exemplaires de cette thèse à la disposition des personnes intéressées.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège sa thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

ISBN 0-315-60061-6



UNIVERSITÉ D'OTTAWA
UNIVERSITY OF OTTAWA

RESUME

Parce que nous croyons que l'émergence de la psychiatrie dans les procédures judiciaires a fait surgir des débats concernant la clientèle d'une part et les méthodes d'interventions d'autre part; nous avons cru pertinent d'aller vérifier, auprès des professionnels en santé mentale communautaire, la dynamique actuelle entourant le partage d'une clientèle entre deux systèmes sociaux.

Nous avons donc laissé la parole aux intervenants en psychiatrie dans le but de jeter un peu de lumière sur le discours véhiculé à l'intérieur d'une clinique psychiatrique externe.

Alors que le débat est déjà engagé en ce qui concerne le traitement des justiciables, notre recherche suscite une réflexion tant au niveau des difficultés dans le traitement psychiatrique de la clientèle judiciairisée, que dans les procédures pénales en matière de sentences.

Problème de motivation et traitement coercitif, sont en quelque sorte le pivot qui nourrit le discours des intervenants en psychiatrie. A la recherche d'une cause interne de la maladie, les thérapeutes semblent passer à côté du problème. Si on ne peut déterminer la source de la maladie, la psychiatrie se trouve alors devant une impasse.

Ayant interrogé quelques thérapeutes en santé mentale, nous avons découvert, qu'effectivement, les traitants se retrouvent devant le dilemme de satisfaire les exigences de deux systèmes sociaux différents. Quoique le chevauchement du système médical et du système pénal soulève quelques points litigieux, il semble que les intervenants se sont toutefois adaptés aux procédures actuelles. Cette recherche a permis une remise en

question des procédures d'interventions auprès des criminels
psychiatisés.

MOTS-CLES: Système pénal, santé mentale communautaire,
psychiatrie, justiciable, traitement, sentence,
relation d'aide en contexte d'autorité.

REMERCIEMENTS

J'adresse ici ma plus profonde gratitude envers ceux et celles qui, au cours de mes entretiens avec eux, m'ont encouragée à mener à terme ce projet.

Merci aux intervenants en psychiatrie qui ont gentiment accepté de participer à la recherche. En plus de m'accorder leur temps, ils m'ont permis de profiter grandement de leurs expériences.

Je remercie surtout Ronald Melchers, directeur de la recherche, pour sa disponibilité et ses précieux conseils. Je suis également très reconnaissante envers Lucie Cadieux et Yves Larocque pour l'aide technique et leurs suggestions concernant la rédaction finale.

Enfin, je tiens sincèrement à remercier mon époux Alain, pour son support moral, sa patience et sa gentillesse qu'il ne cessa de me prodiguer tout au long de ma démarche.

TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION</u>	1
 <u>CHAPITRE I: LE CRIMINEL MALADE MENTAL</u>	6
Bref historique sur l'émergence de la psychiatrie dans la justice pénale.....	7
Le criminel malade mental dans la justice pénale.....	11
Le statut du malade mental dans la justice pénale.....	17
 <u>CHAPITRE II: LA PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE</u>	28
Le développement de la santé mentale communautaire.....	29
Revue des principaux types de centres en santé mentale..	33
Le rôle des thérapeutes en santé communautaire.....	37
La relation d'aide en contexte d'autorité.....	43
 <u>CHAPITRE III: METHODOLOGIE</u>	48
L'objet d'étude.....	50
La méthode de recherche.....	52
Méthodologie quantitative versus qualitative.....	58
Le terrain à l'étude.....	61
L'analyse de contenu.....	62
 <u>CHAPITRE IV: DESCRIPTION DU MATERIEL</u>	66
Introduction.....	67
Les unités thématiques.....	67
Regroupement sous cinq thèmes.....	95
Conclusion.....	99
 <u>CHAPITRE V: SYNTHESE ET REFLEXION</u>	100
Un nouveau discours; une nouvelle réalité.....	101
Vers une sensibilisation du problème.....	127
 <u>CONCLUSION</u>	129

<u>REFERENCES</u>	134
-------------------------	-----

<u>ANNEXES</u>	140
----------------------	-----

Entretien A

Entretien B

Entretien C

Entretien D

Entretien E

Entretien F

INTRODUCTION

Actuellement, le traitement des criminels fait l'objet de nombreux débats remettant en question l'immersion de la psychiatrie dans les procédures pénales. Il ne s'agit pas ici d'évaluer les pratiques courantes concernant le traitement des justiciables ni de relancer le débat sur la fonction des professionnels en santé mentale.

Nous nous proposons l'étude d'un discours concernant l'inter-relation de deux systèmes sociaux ayant pour fonction la prise en charge d'un même individu. Ce discours est celui des intervenants en santé mentale, psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux, qui en plus de fournir leur expertise, doivent élaborer un plan de traitement adéquat.

Alors que nous en sommes à suggérer une réforme des procédures pénales en matière de sentences, les médecins traitants en sont eux-mêmes à s'interroger sur leurs interventions auprès de la clientèle judiciarisée. Nous croyons que l'expert en santé mentale se trouve à l'intérieur d'une dynamique qui le contraint à observer les politiques de deux systèmes différents. Conséquemment, nous avons tendance à soupçonner que ces politiques soulèvent un dilemme dans le traitement qui ne peut être résolu que par la dénonciation d'un problème réel.

Nous avons cru nécessaire de laisser la parole à ceux qui ont pour mandat de voir à ce que la sentence des justiciables soit respectée. L'opinion des intervenants en santé mentale est à notre avis la source qui nous permettra de mettre en lumière les attitudes et les agirs de ceux qui prennent en charge et, dans un sens, de ceux qui prennent la relève auprès des criminels. Notre intérêt porte sur ce qui se passe en coulisse non pas au niveau

du traitement ou des pratiques thérapeutiques mais en donnant préférence au discours véhiculé par les professionnels en santé mentale.

Permettons-nous de soulever quelques-unes des hypothèses que nous prévoyons discuter à l'intérieur de notre recherche. Tout d'abord, nous soupçonnons que la référence obligatoire d'une clientèle judiciarisée ajoute une pression sur les épaules des intervenants en santé mentale. Parce que les criminels malades mentaux ainsi que les thérapeutes subissent une exigence de notre système judiciaire, nous croyons que cette façon de procéder met en marche plusieurs dynamiques en ce qui concerne le traitement des justiciables.

De plus, nous soulevons l'hypothèse que les intervenants en santé mentale remettent en question non seulement ces procédures mais également leurs propres interventions auprès des criminels. Enfin, si on continue actuellement d'accepter et de prévoir un traitement psychiatrique aux justiciables, c'est peut-être qu'il existe des raisons sous-jacentes qui permettent aux intervenants de justifier leur contribution dans le traitement des criminels malades mentaux.

Pour mener à terme notre recherche, nous avons cru nécessaire de diviser notre travail en cinq grandes catégories ou chapitres qui nous ont permis d'une part, de situer notre objet d'étude et d'autre part, de favoriser une réflexion sur l'ensemble du problème ou de la dynamique actuelle dans le domaine des sentences de notre système de justice. Les cinq chapitres que nous proposons font l'objet d'une revue des concepts déjà existants en matière de sentences, de lois, de pratiques et d'attitudes tant au niveau du système pénal que du système médical. De plus, nous avons ajouté une autre dimension à ce

discours en introduisant les opinions des intervenants en psychiatrie en rapport avec le partage d'une clientèle judiciarisée.

En somme notre objet d'étude concernait l'attitude des thérapeutes face au traitement des criminels psychiatisés. Nous étions à la recherche d'un discours sur les facilités ou difficultés de traiter une clientèle appartenant à un système autre que le système médical. Notre but était non seulement d'aller vérifier si effectivement les intervenants en santé mentale sont confrontés à un dilemme dans le traitement mais aussi de soulever une réflexion sur les modes de sentences en matière pénale.

A titre d'introduction à notre recherche, nous avons cru indispensable de décrire brièvement l'immersion de la psychiatrie dans notre système de justice pénale pour enchaîner avec les particularités qui distinguent chacun de ces deux systèmes. Nous avons voulu expliquer la raison qui a favorisée la jonction de deux systèmes dans le déroulement des procédures à l'égard des criminels malades mentaux. Ceci nous a amené à exposer les droits de ces malades à qui on suggère un traitement médical. Nous terminons ce chapitre en énonçant le statut du malade mental dans la justice pénale en expliquant la défense d'aliénation mentale et des modes de référence à une autre institution en l'occurrence; la psychiatrie.

Parce que la psychiatrie communautaire détient une place très importante à l'intérieur de notre recherche, nous avons consacré le deuxième chapitre à la description des différents centres de santé mentale et aux rôles des thérapeutes oeuvrants dans ce domaine.

Le but de ce chapitre est d'abord de refléter l'ampleur de la psychiatrie communautaire tout en jetant un regard sur les buts d'une telle institution. De plus, nous avons tenté, dans la mesure où il en était possible, de faire un lien entre la psychiatrie communautaire et la justice pénale. Nous terminons ce chapitre par une discussion sur la relation d'aide en contexte d'autorité. Cette partie introduit la dynamique que l'on retrouve chez le criminel psychiatisé.

Le troisième chapitre sera l'élaboration de notre méthodologie. Nous expliciterons dans un premier temps les modalités de notre objet d'étude. En deuxième lieu, nous discuterons le débat entourant le choix de notre méthode de recherche en discutant les raisons qui nous ont poussé à choisir une méthode qualitative avec entretiens non directifs. Ce chapitre a également pour but de décrire le terrain où nous puiserons la documentation nécessaire pour répondre à nos questions de base concernant le discours des intervenants en santé mentale. Finalement, nous avons cru pertinent d'inclure dans ce chapitre les différentes étapes de notre analyse de contenu.

Au chapitre suivant nous débuterons la description synchronique du matériel que nous avons recueilli lors de nos entretiens. Chacune des unités thématiques sera exposée, décrite et appuyée par des extraits de propos mentionnés par les thérapeutes. En dernier lieu, ces unités seront regroupées sous cinq grands thèmes formant l'ensemble du discours sur le partage d'une clientèle judiciarisée.

Finalement, le dernier chapitre sera une discussion mettant en relief certains aspects du dialogue. Parce que nous croyons que le langage professionnel cache un second discours, nous nous sommes engagé dans une réflexion concernant les attitudes et les

propos véhiculés par les experts en psychiatrie. Le premier but de ce chapitre est de lever le voile sur les sentiments des intervenants en rapport avec l'implication du système médical dans les procédures du système judiciaire. Le but ultérieur de cette discussion est de susciter une remise en question des procédures actuelles concernant les sentences des criminels malades mentaux.

CHAPITRE 1

LE CRIMINEL MALADE MENTAL

CHAPITRE 1: LE CRIMINEL MALADE MENTAL

BREF HISTORIQUE SUR L'EMERGENCE DE LA PSYCHIATRIE DANS LA JUSTICE PENALE

On sait que la psychiatrie intervient dans les procédures judiciaires au début du XIX^{ème} siècle. D'après Foucault (1981) elle intervient suite à une série d'affaires qui se sont déroulées entre 1800 et 1835.

Foucault cite le cas d'une paysanne qui, en 1817, tue sa petite fille et, menacée par la famine, lui coupe la jambe pour la faire cuire. En 1827, Henriette Cormier tue l'enfant de sa voisine. Catherine Ziegler, à Vienne, tue son enfant bâtard. Au tribunal, celle-ci explique qu'elle a été poussée par une force irrésistible et on l'acquitte pour folie. Selon Foucault (1981),

La machine pénale ne peut plus fonctionner seulement avec une loi, une infraction, et un auteur responsable des faits. Il lui faut autre chose, un matériau (sic.) supplémentaire; les magistrats et les jurés, les avocats aussi et le ministère public ne peuvent réellement jouer leur rôle que si on leur fournit un autre type de discours: celui que l'accusé tient sur lui-même, ou celui qu'il permet, par ses confessions, souvenirs, confidences, etc., qu'on tienne sur lui. (p. 404)

Jusqu'à la fin du XVIII^{ème} siècle, le droit pénal ne se posait la question de la folie que lorsque celle-ci se présentait sous la forme de l'imbécillité, de la démence ou de la fureur. Il pouvait s'agir d'une explosion passagère ou d'un état définitif, mais on reconnaissait la folie par certains symptômes

tels le délire, l'agitation, le désordre, les troubles antérieurs de la pensée et de la conduite.

Les crimes que nous avons mentionnés plus haut, suscitent un enjeu entre les médecins et les juristes. Aucun symptôme traditionnel de la folie ne pouvait être discerné, aucun indice de délire ou de fureur. Ce qui différencie également ces crimes est l'aspect violent et grave de l'acte criminel.

Dans un premier temps, la psychiatrie a pu pénétrer la justice pénale en s'attaquant à une nouvelle forme de folie, soit celle qu'on ne peut reconnaître facilement. Dans un deuxième temps, elle ne s'attaque qu'au "grand événement criminel, extrêmement violent et extrêmement rare." (Foucault, (1981), p. 406). On remarque qu'il s'agit de crimes souvent accompagnés de cruautés. En troisième lieu, ces crimes ont un point en commun soit celui de se dérouler sur la scène domestique. On parle du crime à l'intérieur de la famille opposant des partenaires de générations différentes. Foucault enchaîne en disant:

Ce sont des crimes contre la nature, contre ces lois qu'on pense immédiatement inscrites dans le coeur humain et qui lient les familles et les générations. La forme de crimes qui au début du XIXième siècle apparaît comme pertinente pour qu'on pose à son sujet la question de la folie, est donc le crime contre nature. (p. 407)

Le crime pathologique se présente donc par l'irruption de la contre-nature. Les psychiatres ont justifié leur interventions par le fait "qu'il n'y avait entre les partenaires du drame aucune relation permettant de rendre intelligible le crime." (Foucault, (1981), p. 407). Aucune passion, aucun préalable et aucun motif

ne pouvait fournir une explication. Le seul symptôme serait le crime lui-même. La psychiatrie du XIX^{ème} siècle a inventé le crime-folie qu'on a appelé la monomanie homicide pendant plus d'un demi siècle.

On peut se demander en toute légitimité pourquoi l'institution pénale, qui avait pu se passer de l'intervention médicale pendant tant de siècles, a-t-elle maintenant recours à ce savoir médical à partir des années 1820? La réponse à cette question concerne la punition. Dans tout crime, il était un devoir de déterminer les motifs, ce qui permettait de définir ce qu'on devait punir chez le coupable. Cependant, comment punir si on ne connaît pas les motifs et si on est incapable de faire un lien entre l'acte et l'auteur du crime? L'appareil judiciaire se trouvait dans une impasse.

Un peu avant 1870, on abandonne la notion de monomanie. On se rend à l'évidence que la maladie mentale peut aussi bien attaquer l'affectivité, l'instinct et les comportements automatiques. De plus, comment peut-on fonder une science positive sans causalité? La question psychiatrique se pose maintenant à travers le domaine entier des infractions. On introduit également l'idée de dégénérescence qui signifie que la maladie mentale peut présenter différents symptômes à l'échelle des générations.

Foucault (1981) nous dit que contrairement à la notion de monomanie où la pathologie existait précisément là où il n'y avait pas de raison au crime, l'analyse de l'instinct et de l'affectivité implique une analyse causale.

De là le labyrinthe infini dans
lequel s'est trouvé engagé le

problème juridique et
psychiatrique du crime: si un
acte est déterminé par un nexus
causal, peut-on le considérer
comme libre; n'implique-t-il pas
la responsabilité? (p. 415).

Vers les années 1890, l'école d'Anthropologie criminelle décide d'abandonner la notion juridique de responsabilité et de poser comme question principale le niveau de danger que l'individu constitue pour la société. De même que la monomanie recouvrait de folie un crime dont la raison n'était pas évidente, la notion de dégénérescence a permis de lier toute l'espèce humaine au moindre criminel. En somme, toutes les infractions signifiaient un danger et il devenait nécessaire d'assurer la protection de la société.

Depuis les grands crimes sans raison du XIX^{ème} siècle, le débat se situe maintenant autour de l'individu dangereux. Il a fallu près de cent ans pour que cette notion soit acceptée par la pensée juridique. Cette transformation s'est effectuée grâce à un mécanisme d'interaction entre le savoir médical ou psychologique et l'institution judiciaire.

Ce bref historique, il faut l'admettre, nous a toutefois permis de voir comment l'aspect médical ou psychiatrique est parvenu à s'infiltrer à l'intérieur du système judiciaire. Ceci nous introduit également à notre deuxième partie du chapitre où nous traiterons la situation du criminel malade mental dans la justice pénale.

LE CRIMINEL MALADE MENTAL DANS LA JUSTICE PENALE

Selon David N. Weisstub (1980), "Law is more basically concerned with the protection of society and the rehabilitation of the adjudged offender." (p.51). Selon le rapport du comité d'études sur la loi et la maladie mentale du Comité scientifique national de Planification de l'Association Canadienne pour la Santé Mentale,

Les comportements agressifs, destructifs, dangereux et socialement inacceptables de l'individu font à la fois l'objet de la psychiatrie et de la procédure judiciaire. Ces deux disciplines se préoccupent de déterminer la capacité qu'ont les membres de la société de se contrôler et cherchent à aider l'individu à modifier ses comportements, tout en protégeant la société et la propriété." (p. 135).

Les lois qui régissent les méthodes, les droits et les pratiques concernant les personnes qui sont atteintes de maladie mentale, appartiennent à la fois au plan judiciaire aussi bien qu'au plan médical. Par conséquent, ces lois se rejoignent, se chevauchent et se contredisent. Notre but ici n'est pas de faire un résumé des critiques en ce qui concerne le rôle actuel de la psychiatrie dans le procès pénal, mais plutôt de déterminer la place de chacun dans le déroulement de la procédure.

Les deux disciplines traitent des comportements destructifs, agressifs, socialement inacceptables et dangereux. B.B. Swandron et D.R. Sullivan (1973), sont d'avis que:

Both are concerned with the determination of the capacity to exercise self-control, with the means of fostering individual change in behavior, and with the protection of other members of society and property."

The procedures, obligations, rights and practices of both the criminal process and the medical process in the care of those mentally disordered are governed by law." (p. 116).

Le médical qui a pour base la science, le déterminisme et l'individualisme repose sur la connaissance des causes du comportement anormal. En fait, la médecine est une discipline centrée sur la connaissance de la maladie, c'est-à-dire la santé par opposition à la maladie soit physique ou psychique. Cette science s'abstient de tout jugement moral et de toute appréciation concernant le bien et le mal de certains comportements.

D'autre part, la justice pénale s'appuie sur une éthique et une sociologie. La justice est délimitée par les valeurs et la morale. Elle détermine le juste et l'injuste, le bien et le mal. Schneider (1977) soutient que le droit pénal:

...est une discipline normative qui tente justement de définir les comportements humains selon des normes conformes aux conceptions éthiques de la société à laquelle elle s'adresse. (p. 427).

Le droit criminel fait de plus en plus appel à des spécialistes en santé mentale dans l'application de ses procédures. Comme le mentionne la Commission de Réforme du Droit du Canada dans son document de travail numéro 43:

L'un des objectifs du droit criminel est de pénaliser celui qui commet un acte jugé répréhensible, en espérant que la peine suffira soit à dissuader de commettre l'acte (exemplarité), soit à convaincre d'éviter de le refaire (récidive). Dans ce sens, la peine cherche, elle aussi, à changer les comportements. (p.3)

La justice pénale demande aux spécialistes de la santé mentale de prendre la relève lorsqu'il s'agit de traiter un malade mental ayant commis un acte criminel. A l'aide de traitements psychiatriques et médicaux, la science médicale tend à modifier le comportement de l'individu en l'aidant à retrouver un équilibre psychique et un comportement normal. Le traitement prend alors toutes les formes possibles.

Les justiciables ont droit au traitement tout comme ils ont le droit de refuser ce dit traitement. D'autre part, le "patient" a également des droits que le système médical ne peut transgresser. La question des droits des malades mentaux est l'objet d'un sérieux débat soulevant différents points légaux et médicaux que nous ne discuterons pas dans ce présent travail.

Cependant, il nous apparaît essentiel de décrire brièvement quels sont ces droits regroupés habituellement sous quatre grands secteurs. Mentionnons qu'il est souvent difficile de déterminer s'il y a eu effectivement violation de ces droits prévus par la loi.

Dans un premier temps, tous les patients ont droit au respect, à la dignité et à la non-discrimination. Stéréotyper les clients ou les patients est une exemple d'un manque de respect car la plupart des stéréotypes ont tendance à dévaloriser la

clientèle. Malheureusement, la terminologie psychiatrique a souvent une connotation péjorative. "Schizo", "paranoïaque", "psychopathe", "hystérique", "attardé", ne sont que quelques termes souvent utilisés à tort.

Les malades mentaux ont également droit à un traitement de haute qualité par des professionnels de la santé. Ils ont également le droit de donner ou de refuser leur consentement au traitement. Dans le document de travail #43, la Commission de Réforme du Droit du Canada s'est prononcée sur l'utilisation des techniques psychiatriques. En fait, celle-ci redoute qu'un tel système juridique puisse forcer un individu au traitement au nom de la prévention de la délinquance. A son avis, une telle pratique brime les principes fondamentaux de la liberté individuelle.

Regardons maintenant de plus près dans quelles circonstances un patient a le droit de refuser un traitement psychiatrique. Selon Schiffer (1982),

As a general rule, all patients are entitled to accept or refuse treatment as they wish. The patient who is intentionally touched without his or her consent has suffered a trespass to his or her person and may sue the torts of assault and battery. (p. 178).

Cependant, il existe deux exceptions à la règle. La première est l'exception réglementaire qui soutend qu'il est permis d'administrer un traitement (incluant la force mécanique ou chimique) sur une personne violente si celle-ci met en danger la vie des autres et la sienne. L'administration de drogues à l'individu est alors autorisée. En somme, "...any treatment that

in the opinion of the physician may be essential for the well-being of the person named in the certificate..." (Schiffer, p. 180). La deuxième exception est "l'exception d'urgence". Lorsqu'un patient est incapable de donner son consentement au traitement en raison de son inconscience, un traitement nécessaire peut être administré dans le but de préserver la santé ou la vie du patient. Dans de tels cas le médecin qui exerce un soin ou une habileté raisonnable au patient, ne peut être tenu responsable d'un acte criminel.

Quatre situations peuvent rendre le consentement du malade mental invalide. La première concerne la nature de la relation entre le patient-docteur. Selon Schiffer (1982), si tout indique que le contrat du patient-docteur a été fait sous une influence quelconque, le consentement au traitement devient invalide.

The case when the transaction is inspired by the physician's research ambitions, since what may be acceptable persuasion of a sick person to agree to medically indicated treatment may be undue influence when applied to gain an individual's consent to experimentation. (p. 186)

Ce premier point rejoint le deuxième qui traite de l'incompétence du patient malade mental à consentir à un traitement. Lorsqu'un médecin en charge d'un patient se rend à l'évidence que celui-ci est incompétent à consentir au traitement en dépit du fait qu'il n'a pas été reconnu comme tel lors du processus légal, il est dans son devoir de demander l'autorisation à un substitut selon l'article 32(2) du "Mental Health Act".

La troisième situation touche le caractère volontaire du consentement. Un patient consentant à ce qu'un médecin ou une

autre autorité lui administre un traitement, doit le faire en toute liberté et de façon volontaire. De plus, le patient doit être dans une position où il lui est possible de choisir entre le consentement et le refus d'un traitement sans aucune contrainte. Par conséquent, un consentement obtenu de façon coercitive, contraignante ou par représentation frauduleuse est alors invalide. De plus, le patient doit être physiquement et mentalement capable de consentir volontairement.

Le quatrième et dernier point est aussi une règle de base essentielle pour que le traitement soit légitime. Selon Schiffer (1982):

The consent given by a patient to a physician or surgeon, to be effective, must be an "informed" consent freely given, and that, therefore, it is the duty of the physician to give a fair and reasonable explanation of the proposed treatment including the probable effect and any special or unusual risks. (p. 198)

L'idéal est que le consentement ou le refus soit parfaitement éclairé. Malheureusement, les techniques psychiatriques sont souvent compliquées et difficiles à expliquer. En somme, la responsabilité de refuser ou de consentir au traitement ainsi que d'assumer le poids des conséquences incombent aux malades mentaux. Cependant, il relève de la responsabilité des professionnels d'aider les patients à faire des choix éclairés.

Le malade mental a également droit à l'intervention la moins contraignante et la moins importune. Les patients ne devraient pas être bafoués et les professionnels doivent

s'efforcer à reconstituer un milieu de vie normal tout en demeurant une source de support continu. En général, les psychiatres s'entendent pour dire que le meilleur traitement pour plusieurs maladies mentales est la combinaison de la chimiothérapie avec une approche psychosociale.

Enfin, tous les patients ont droit à la confidentialité, le droit d'accès à leur dossier et le droit d'autoriser ou de refuser la divulgation des renseignements personnels. Les dossiers appartiennent à l'organisme qui dispense les services et, c'est celui-ci qui définit la politique et les pratiques relatives au matériel confidentiel. La divulgation sans consentement des renseignements personnels peut se faire seulement lorsque le bien-être du client ou la protection de la société est mis en doute.

Nous savons maintenant que les malades mentaux ont des droits qui les protègent contre les abus et les mauvais traitements. Toutefois, la loi se permet de rectifier les décisions prises suite à un mauvais jugement ou suite à une capacité mentale insuffisante.

LE STATUT DU MALADE MENTAL DANS LA JUSTICE PENALE

Nous avons cru nécessaire de discuter le statut du malade mental dans la justice pénale pour bien comprendre le déroulement actuel des processus de référence. De plus, cette partie aura également permis d'établir la relation existante entre le statut et certaines pratiques du système judiciaire.

L'article 16 du Code Criminel se prononce sur la défense d'aliénation:

16.(1) (Aliénation mentale) Nul ne peut être déclaré coupable d'une infraction à l'égard d'un acte ou d'une omission de sa part alors qu'il était aliéné.

(2) (Quand une personne est aliénée) Aux fins du présent article, une personne est aliénée lorsqu'elle est dans un état d'imbécillité naturelle ou atteinte de maladie mentale à un point qui la rend incapable de juger la nature et la qualité d'un acte ou d'une omission, ou de savoir qu'un acte ou une omission est mauvais.

(3) (Idées délirantes) Une personne qui a des idées délirantes sur un point particulier, mais qui est saine d'esprit à d'autres égards, ne doit pas être acquittée pour le motif d'aliénation mentale, à moins que ses idées délirantes ne lui aient fait croire à l'existence d'un état de choses qui, s'il eut existé, aurait justifié ou excusé son acte ou omission.

(4) (Chacun est présumé sain d'esprit) Jusqu'à preuve du contraire, chacun est présumé être et avoir été sain d'esprit.

Dans la plupart des sociétés modernes, l'administration de la justice s'appuie de plus en plus sur la psychiatrie pour établir la responsabilité criminelle des prévenus affectés par la maladie mentale. La justice s'appuie également sur la psychiatrie pour prédire et évaluer le degré de "l'état dangereux" du criminel. Cette notion d'irresponsabilité criminelle pour cause d'aliénation mentale trouve son origine dans le procès de McNaughten en Angleterre en 1843.

Il est toutefois difficile de définir le terme "maladie mentale" avec précision, mais nous pouvons nous permettre de faire certaines observations. Le terme contient une composante légale soit celle disant que le prévenu peut être exempté d'être reconnu criminellement responsable de son acte dans le cas où il souffre d'un dérangement ou d'un désordre mental. De plus, la justice pénale assure la protection de la société par le contrôle et le traitement qu'elle inflige aux malades mentaux.

La société porte un intérêt très légitime envers les personnes qui ont commis un dommage social sérieux et qui ne sont pas reconnues criminellement responsables de leurs actes. Il semble qu'il est justifié de soumettre ces personnes à un traitement médical acceptable. Le terme "maladie mentale" a donc en plus une composante médicale qui est évidemment l'opinion des professionnels en ce qui concerne la condition mentale en général de l'accusé. La fonction de l'expert en psychiatrie est d'informer la cour sur la sévérité, les symptômes et les causes du désordre mental. Par conséquent, la notion de "maladie mentale" est la fusion de deux éléments soit le légal et le médical.

On se doit de souligner que la définition de la "maladie mentale" est sujet de plusieurs débats. Il semble que la justice pénale donne un sens beaucoup plus large au terme que ne le fait la psychiatrie. Schiffer (1978) nous donne son opinion sur le sujet.

Although there exists no one definition of mental disease which is generally accepted by the medical profession...the term "disease of the mind" is usually...assumed to mean one of the major functional or organic

psychoses. Psychosis is a psychiatric term encompassing a variety of disorders characterized by varying degrees of personality disintegration and the failure to external reality.

Patients are described as psychotic when their mental functioning is sufficiently impaired to interfere grossly with their capacity to meet the ordinary demands of life. (p. 128).

Though most psychiatrists would probably interpret the phrase "disease of mind" as being roughly equivalent to the psychiatric term psychosis (thus excluding neurosis and psychopathy), the courts have insisted upon giving the phrase a scope which far exceeds the boundaries of current medical opinion...Having acknowledged that "the major mental diseases, which the doctors call psychoses...are clearly diseases of the mind, the learned justice went on to assert that "any mental disorder which has manifested itself in violence and is prone to recur is a disease of the mind. (p. 129-130)

Toutefois, le corps médical tend de plus en plus à reconnaître que certains désordres de la personnalité sont assez sévères pour être reconnus comme étant une maladie mentale. Par contre, il semble que la question de savoir si le prévenu souffre de maladie mentale n'est pas une question cruciale lorsqu'on soulève la défense d'aliénation mentale. Comme le fait mention le Code Criminel à l'article (16), la question est plutôt: Est-ce que l'accusé est capable d'apprécier la nature et la qualité de son acte ou de savoir qu'un acte est mauvais?

Rappelons que même si l'accusé souffrait de maladie mentale au moment où l'acte criminel a été commis ceci ne l'exempte pas

de la responsabilité criminelle à moins que sa maladie le rendait incapable d'apprécier la nature et la qualité de l'acte ou, qu'il ne savait pas que l'acte était mauvais. Il est fréquent qu'une personne ayant un désordre mental sérieux peut verbaliser au sujet de sa conduite et raconter plusieurs faits sans toutefois comprendre la nature et la qualité de son acte.

Les termes utilisés dans l'article 16.(2) du Code Criminel soit: "de la nature et de la qualité de son acte" se réfèrent uniquement à l'aspect physique de l'acte en question par opposition aux caractères légaux et moraux. Cette phrase se rapporte à l'actus reus du crime. Ceci n'inclut pas seulement l'acte physique et les mouvements musculaires mais aussi les conséquences de l'acte.

En dépit du fait qu'un individu est capable d'apprécier la nature et la qualité de son acte, un accusé peut être déclaré aliéné si la maladie mentale l'empêche de savoir que l'acte criminel qu'il a commis était "mauvais". Pendant longtemps on s'est posé la question à savoir si le mot "mauvais" voulait dire "moralement mauvais" ou "légalement mauvais". Suite à une décision de la Cour Suprême, on se réfère maintenant au terme "mauvais" comme étant "légalement mauvais" et rien de plus.

Les troubles émotionnels provoqués par la maladie mentale peuvent empêcher l'accusé de comprendre la portée de ses actes et déterminer ce qui est mauvais. Dans un cas semblable, l'accusé n'est pas criminellement responsable de son acte. Il en est de même pour l'individu qui a commis un acte criminel sous une impulsion irrésistible. Si celui-ci était capable d'apprécier la nature et la qualité de son acte, il ne peut faire appel à la défense d'aliénation même si il est reconnu comme étant malade mental.

La conduite volontaire est un élément essentiel de la responsabilité criminelle. Si le prévenu n'avait pas le contrôle de ses mouvements lors de l'acte criminelle, il a donc agi de façon involontaire. L'automatisme est le terme utilisé lorsqu'on se réfère à un comportement involontaire de l'inconscient. Hucker (1981) nous fait part de la définition de l'automatisme par Mr. Justice Lacourcière de la Cour d'appel qui résume ainsi:

Automatism is a term used to describe unconscious, involuntary behaviour, the state of a person who, though capable of action is not conscious of what he is doing. It means an unconscious involuntary act where the mind does not go with what is being done.

Automatism due to disease of the mind is subsumed under the defence of insanity leading to the special verdict of not guilty on account of insanity and is described as insane automatism. (p. 23)

Dans l'article 16.(2) du Code Criminel, on mentionne qu'une "personne est aliénée lorsqu'elle est dans un état d'imbécillité naturelle..." , Parce que la déficience mentale ne fait pas nécessairement partie de la nomenclature des maladies mentales, l'inclusion de cette catégorie n'est pas superflue. A toutes fins utiles, la notion d'arriération mentale ou d'imbécillité naturelle signifie une maladie congénitale ou acquise durant l'enfance. Cette notion ne rend pas l'individu incapable d'apprécier la nature ou la qualité d'un acte ou de faire un jugement lui permettant de distinguer le bien du mal. En fait, l'individu est plus souvent trouvé inapte à subir son procès et ne plaide pas la défense d'aliénation mentale.

L'article 16.(3) apporte la plus grande confusion pour les professionnels de la santé. Lalonde et Grunberg (1981) nous disent que: "Un individu ne peut pas être délirant et halluciné sans être psychotique..." (p. 896-897). La loi suggère qu'un accusé souffrant d'idées délirantes peut être sain d'esprit à d'autres égards. Le problème que cet article pose au psychiatre est qu'il propose une défense pour un individu qui n'existe pas. Selon les psychiatres, personne ne peut avoir des idées délirantes spécifiques et être considéré comme étant sain d'esprit.

On peut donc en déduire que la défense d'alliénation est composée d'éléments complexes qui relèvent à la fois de la justice pénale et de la science médicale. Au meilleur de leur connaissance, les deux disciplines tentent d'établir la responsabilité criminelle d'un individu ayant commis une infraction.

On ne fera pas ici le détail des procédures judiciaires entourant le procès pénal du malade mental. Toutefois, il semble pertinent à ce stade-ci de parler du traitement de l'aliéné-criminel. Le but n'est pas de décrire les types de traitements thérapeutiques mais plutôt de voir à quel moment le traitement psychiatrique peut être suggéré.

A partir du fait que la science permet de modifier un comportement d'une façon autre que la peine classique, c'est-à-dire l'emprisonnement, deux choses peuvent survenir. D'une part, la société peut ne pas donner ce choix et exiger le traitement comme substitut de la peine. En fait, le traitement psychiatrique peut être effectué dans quatre situations différentes.

1) L'utilisation de ces techniques peut précéder le procès pénal. Schiffer (1982) nous décrit la situation.

Diversion has been defined as including absorption of crime by the community, police screening of cases out of the criminal justice system, settling of incidents at the pre-trial level, or using sanctions other than imprisonment. In the context of mentally disordered accused persons and suspected offenders, the term usually means immediate psychiatric hospitalization in lieu of criminal trial. (p. 9)

Pour faire suite au pouvoir discrétionnaire du policier, on déjudiciarise le délinquant et celui-ci évite le système pénal. Dans les cas où la police a déjà porté plainte contre l'infracteur, la Couronne détient également le pouvoir discrétionnaire de soumettre l'individu à un examen psychiatrique. On peut ensuite décider d'interrompre ou de continuer la poursuite. La Couronne peut également suspendre ou retirer la plainte à condition que l'individu se soumette à un traitement psychiatrique.

2) La deuxième méthode est celle du procès. Celle-ci peut se diviser en deux temps. Soit que l'accusé est déclaré inapte à subir son procès pour cause d'aliénation mentale ou qu'il est trouvé non coupable pour cette même raison. Lalonde et Grunberg (1981) nous disent que la maladie mentale peut rendre un accusé "absent en esprit" de son procès si celui-ci est:

Incapable de comprendre les accusations qui sont portées contre lui...incapable de saisir et de suivre la procédure judiciaire dans laquelle il est impliqué, et troisièmement s'il est incapable de communiquer d'une manière intelligible avec son avocat. (p. 896-897)

Selon l'article 543(6) du Code criminel,

Si le verdict porte que l'accusé est, pour cause d'aliénation mentale, incapable de subir son procès, la cour, le juge ou le magistrat doit ordonner que l'accusé soit tenu sous garde jusqu'à ce que le bon plaisir du lieutenant-gouverneur de la province soit connu, et tout plaidoyer qui a été invoqué doit être écarté et le jury libéré.

De plus, l'article 542(2) du Code criminel soutient que:

Si, lors du procès d'un accusé inculpé d'un acte criminel, il est déposé que l'accusé était aliéné au moment où l'infraction a été commise et s'il est acquitté, A) le jury, ou B) le juge ou magistrat, quand il n'y a pas de jury, doit constater si l'accusé était aliéné lors de la perpétration de l'infraction et déclarer s'il est acquitté pour cause d'aliénation mentale.

Généralement, l'individu est confié à une institution psychiatrique et ne sera libéré que si le traitement a été réussi. Il est entendu qu'une révision de son dossier est effectuée périodiquement et que les techniques psychiatriques utilisées ne le sont que dans le but précis de guérir et de permettre la réinsertion sociale de l'individu.

3) La troisième méthode prend place après le procès et se situe au niveau de la sentence. Comme le précise l'article 663(2)h) du Code criminel, le juge peut rendre une ordonnance de probation dans le but de "s'assurer la bonne conduite de l'accusé et l'empêcher de commettre de nouveau la même infraction ou de

commettre d'autres infractions". Selon Schiffer (1982) les procédures suivantes peuvent également être appliquées.

Recent Canadian sentencing decisions compelling offenders to submit to psychiatric treatment on an outpatient basis. Where probationary psychiatric treatment is not considered to be appropriate or is made legally impossible by the nature of the offence, the court may recommend that the accused either receive psychiatric treatment within prison or be transferred to a facility outside the prison for that purpose. (p. 12)

Selon les textes inscrits dans le Code criminel, il semble qu'on ne demande aucunement le consentement de l'accusé à subir un traitement. D'autre part, en pratique, un choix lui est donné entre l'ordonnance de probation ou une sentence d'emprisonnement dans le cas où l'accusé ne consentirait point à ce qui lui est suggéré.

4) Finalement, la quatrième méthode qui peut entraîner un infracteur à se soumettre à des soins psychiatriques est le transfert d'une prison à un autre établissement. Selon l'article 546(1) du Code criminel,

Le lieutenant-gouverneur d'une province peut, s'il estime avoir la preuve suffisante qu'une personne aliénée, mentalement malade, déficiente ou faible d'esprit, purge une sentence dans une prison de ladite province, ordonner son transfert en un lieu sûr que l'ordonnance doit désigner.

Il est incontestable que le droit actuel en ce qui a trait au criminel malade mental soulève plusieurs questions litigieuses qui mettent en cause le traitement et le bien-être de l'individu. Plusieurs points de loi et termes utilisés dans le droit actuel restent à délimiter et sont sujets à plusieurs controverses.

Dans le procès du malade mental, la justice et la psychiatrie s'affrontent. Chacune des deux disciplines s'appuie sur des éléments de base différents quoique les deux gardent en tête le bien-être de sa clientèle. Comme nous avons discuté, la justice pénale a des lois qui traitent différemment le malade mental. Si les professionnels de la santé prouvent que l'individu était aliéné lors de l'acte criminel, la défense d'aliénation mentale est soulevée et la justice pénale rend l'inculpé irresponsable de ses actes. De plus, le criminel malade mental est souvent déclaré inapte à subir son procès. A ce moment, il doit se soumettre à un traitement psychiatrique jusqu'à ce que sa santé mentale lui permette de suivre les procédures habituelles d'un procès. En somme, le statut du criminel malade mental est différent de celui du criminel de par la nature de l'acte, de la santé mentale de l'infracteur et de la sentence.

Quoique les différences soient clairement établies entre la clientèle du système pénal et celle des intervenants en psychiatrie, nous verrons aux chapitre IV et V, que les droits des criminels malades mentaux soulèvent tout un discours par rapport au traitement des justiciables.

CHAPITRE II

LA PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE

CHAPITRE II: LA PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE

LE DEVELOPPEMENT DE LA SANTE MENTALE COMMUNAUTAIRE

Nous avons donné, dans un premier chapitre, un bref aperçu de l'émergence de la psychiatrie dans le système judiciaire ainsi que les lois qui régissent les méthodes, les droits et les pratiques concernant les personnes atteintes de maladie mentale.

Ce deuxième chapitre a pour but d'informer le lecteur sur la psychiatrie communautaire en passant en revue les différents centres de santé mentale disponibles pour répondre aux besoins de la communauté. Nous verrons que le mandat de chacun des centres en santé mentale est relativement le même pour la raison qu'ils ont tous la même population cible. La différence se situe au niveau des techniques de prise en charge et des services offerts.

Dans un deuxième temps, nous discuterons du rôle des thérapeutes vis-à-vis de la clientèle et du tribunal. Finalement, nous glisserons quelques mots sur la relation d'aide en contexte d'autorité et nous verrons qu'il existe un débat et qu'il est très difficile de trancher la question.

Notre but ici n'est pas de faire un historique de la psychiatrie communautaire quoique l'émergence de celle-ci au cours des dernières décennies est l'un des faits les plus marquants de l'histoire de la psychiatrie. Nous ne nous en tiendrons qu'à brosser un tableau assez rudimentaire des principaux éléments dans le développement de la santé mentale communautaire. Bindman et Spiegel (1969) ont reconstitué l'évolution marquante de la santé mentale communautaire.

Community mental health philosophy and activities had been developing gradually since at least the beginning of this century and possibly earlier. What accounted for the phenomenal growth of community mental health activities after World War II was not the appearance of a new philosophy of treatment...but rather, and more simply, it was the increase in the number of available mental health personnel and the willingness and ability of local, state and federal governments to finance this method of dealing with the mental health problem. (p. 9-10).

La logique derrière ces premières innovations était qu'on ne voulait plus que les patients soient isolés de leur famille, de leur amis et de leur communauté. On voulait également que la famille soit disponible à divulguer de l'information sur le patient dans le but de fournir un traitement plus adéquat. L'approche interdisciplinaire relatif à la santé mentale, qui est aujourd'hui le pilier de la psychiatrie communautaire, fut développée à l'intérieur des premiers hôpitaux.

Les premières cliniques de santé mentale ont très peu en commun avec les cliniques dont nous disposons aujourd'hui. La plupart d'entre elles étaient affiliées à une institution psychiatrique et leurs services étaient restreints à un segment de la communauté. Quoique l'approche interdisciplinaire ne fut pas concrétisée à l'instant même, chacune des cliniques ont relevé l'importance de la relation entre l'environnement social et le comportement. Bindman et Spiegel (1969) se sont prononcés sur l'émergence des centres de santé mentale communautaire:

In its ideal form the community mental health center would provide psychiatric services, both

diagnostic and treatment, for all age groups and for both inpatients and outpatients in a particular community. In addition, the center would have attached closely to it day and night hospitals, convalescent homes, rehabilitative programs or, for that matter, any service that helps toward the maximizing of treatment potential with respect to the characteristics of the population that it is designed to serve. (p. 54-55).

This reorganization of psychiatric facilities as a community mental health program also implies an increased and workable coordination of the diverse social agencies in the community toward the end of detecting and referring those persons who need psychiatric help. (p. 55).

Un des plus marquants accomplissements dans le domaine de la santé mentale durant la dernière décade est la croissance des cliniques de santé mentale. Se multipliant sous diverses formes, le but premier est d'améliorer non seulement le traitement des malades mentaux mais la possibilité d'une douce réinsertion sociale. Gérald Caplan (1969) s'est prononcé, il y a presque vingt ans, sur le sujet:

Our concepts of patient care are changing. We are attempting to maintain patients in the local community, preferably in or near their own homes. We are adapting to the shortened hospital stay. We are considering how the discharged patient may comfortably and safely remain discharged. (p. 231).

Comme on avait souhaité, l'intérêt que l'on porte à la santé mentale retient de plus en plus l'attention des spécialistes de la santé. Le passage de la pratique psychiatrique traditionnelle au centres de santé mentale communautaire signale une modification de tout le modèle médical. Les experts en psychiatrie font preuve d'une plus grande sensibilité aux effets de la pauvreté et du stress social sur la création de la maladie mentale. On devient de plus en plus conscient de la possibilité d'aider les gens à changer leur situation sociale en travaillant avec eux, leur famille et leur communauté. Aird et Amyot (1981) mentionnent:

En effet, la psychiatrie communautaire met l'accent sur l'aspect pratique de la distribution des soins à l'échelle de la communauté, ainsi que sur l'évaluation des programmes en vue d'en arriver à mieux définir les services à offrir. (p. 858).

Le but principal des centres de santé mentale communautaire est d'empêcher ou de réduire l'institutionnalisation. En plus, on tend à dire que les coûts sont moins élevés et que le service répond mieux aux besoins de la communauté. Rueveni, Speck et Speck (1982) se sont prononcés sur le mandat de ces centres:

Their legislative mandate depends on their responsiveness to community needs, on their capacity for helping people not to become chronic mental patients, and, ultimately, on their ability to change those conditions which make people "mentally ill". (p. 21).

Il existe plusieurs programmes de santé mentale communautaire. Le but de ce chapitre n'est pas de faire une

description exhaustive des différents programmes mais nous croyons qu'il sera intéressant de prendre conscience de l'ampleur de la psychiatrie communautaire.

L'intérêt principal d'un centre de santé mentale communautaire est de fournir un service ouvert à toute la communauté en portant une attention particulière sur la prévention primaire des troubles mentaux. Le personnel doit agir en situation de crise et fournir une intervention préventive aux bénéficiaires. Tous les centres de santé mentale communautaire ont rarement une unité indépendante. Dans le but de faire connaître au lecteur l'étendue des services offerts à la communauté, nous allons énumérer les principaux types de centres de santé mentale existents.

REVUE DES PRINCIPAUX TYPES DE CENTRES EN SANTE MENTALE

Le service de psychiatrie domiciliaire peut être une unité indépendante. Il est toutefois possible que ce service soit rattaché à un hôpital local pour malades mentaux, à une clinique psychiatrique externe, ou à un centre de santé mentale local. Le personnel est composé d'un psychiatre, d'un travailleur social psychiatrique, d'une infirmière psychiatrique et, possiblement d'un psychologue. L'idéal est que le personnel opère sur une base de vingt-quatre heures et soit disponible à se rendre au domicile des patients. De plus, il doit répondre aux appels d'urgence de la police ou des agences communautaires mentionnées plus haut. Ce type d'agence a pour but de filtrer les personnes atteintes de maladie mentale et de faire les arrangements nécessaires pour référer la personne à une autre agence. Il est également possible que le patient soit référé à nouveau à l'agence domiciliaire une fois qu'il est retourné dans son foyer.

Le centre de santé mentale local est un petit centre de santé interne offrant un traitement à court terme à des patients nevrosés et psychotiques. L'investigation pour le diagnostic est relativement courte et le séjour dépasse rarement quatre semaines. Le centre de santé mentale local n'est pas seulement une unité interne. Une clinique de santé externe pour le traitement des enfants et des adultes est aussi disponible. A certains endroits, un hôpital de jour et ou de nuit fait également partie de ce service. Ce type de centre peut être associé à un service de psychiatrie domiciliaire et à un service de prévention.

Les services psychiatriques internes de l'hôpital général font également partie de la psychiatrie communautaire. Le pavillon psychiatrique de l'hôpital général ressemble beaucoup au centre de santé mentale local puisque les deux concentrent sur un diagnostic névrotique ou psychotique et sur un traitement relativement court. L'avantage du pavillon psychiatrique de l'hôpital est son association aux services médicaux et chirurgicaux de l'hôpital même, ainsi que la possibilité de consulter d'autres professionnels de la santé dans le cas où un élément somatique viendrait troubler le diagnostic psychiatrique. En plus du service interne, la plupart des hôpitaux généraux ont également une clinique psychiatrique externe pour les patients qui ont besoin de soins spéciaux et qui veulent retourner dans leur foyer.

Contrairement aux services internes offerts à l'hôpital général, l'hôpital pour malades mentaux offre un examen psychiatrique beaucoup plus intensif. Une période d'observation dans un environnement contrôlé permet une plus grande exactitude du problème et, par conséquent, un diagnostic plus précis. De plus, le traitement est beaucoup plus sophistiqué et diversifié pour répondre aux besoins de chaque patient. Un tel traitement

peut s'étendre sur une période allant de un jusqu'à quatre mois et, dans des circonstances exceptionnelles, un patient peut rester à l'hôpital pour un séjour plus prolongé. Les patients peuvent être référés par une autre agence et, une fois le traitement terminé, les thérapeutes de l'hôpital décident quelle sera la prochaine agence qui sera impliquée.

L'hôpital de jour et l'hôpital de nuit peuvent être étroitement associés l'un à l'autre ou peut fonctionner individuellement. Ces deux unités peuvent également être reliées à un hôpital pour malades mentaux. Le service de jour offre une variété de traitements pour les patients avec troubles mentaux qui peuvent fonctionner à l'intérieur de leur foyer ou de leur famille. L'hôpital de nuit assure une surveillance aux patients qui travaillent dans un environnement protégé ou, qui passent leur journée à la maison ou dans un foyer d'accueil.

Les foyers d'accueil sont conçus spécialement pour les patients qui ont complété leur traitement et qui sont engagés dans un programme de réhabilitation. Les patients qui n'ont pas de familles ou qu'il serait imprudent de les retourner dans leur milieu naturel peuvent bénéficier d'un séjour à court ou à long terme dans un foyer d'accueil.

Il existe également des institutions de transition pour ceux qui ont séjourné dans un hôpital psychiatrique et qui sont maintenant prêts à affronter un nouvel environnement tout en demeurant dans un milieu protégé. Ces institutions fournissent une supervision minime et leur but est de fournir un support social et d'explorer les différentes possibilités d'un retour dans la communauté.

Les ateliers protégés et les industries supervisées sont deux services qui peuvent être utilisés soit comme une étape transitoire ou comme un arrangement à long terme pour les patients sortant d'un hôpital psychiatrique et ayant quelques symptômes résiduels. Ces ateliers sont généralement implantés avec la collaboration de l'office de l'adaptation professionnelle.

Ceux-ci sont les principaux services relevant de la psychiatrie communautaire. De plus en plus, chaque région a une ou plusieurs agences qui a pour but de prévenir, diagnostiquer, traiter et réhabiliter la population souffrant de troubles mentaux. Ce bref résumé a pour but de faire connaître au lecteur l'ampleur que prend la psychiatrie communautaire ainsi que les différents centres disponibles aux autres systèmes.

On se souvient que le but de cette deuxième partie de ce chapitre est de jeter un peu de lumière sur les cliniques psychiatriques externes. Nous avons mentionné brièvement que celle-ci peut être associée à un hôpital général ou peut être une unité indépendante. Dans un ou l'autre des cas, leur rôle est le même soit d'investiguer et de traiter des enfants ou des adultes sur une base externe. Ce type de cliniques utilise une approche multidisciplinaire. Les psychiatres, les psychologues et les travailleurs sociaux travaillent ensemble dans le but d'offrir une plus grande variété de traitements. Par exemple, un patient peut consulter en raison de son problème marital, son anxiété, ses sentiments de dépression, son excès d'alcool ou des problèmes concernant son enfant. En somme, dû à la diversité des thérapeutes, le patient peut facilement trouver l'aide dont il a besoin.

LE ROLE DES THERAPEUTES EN SANTE COMMUNAUTAIRE

Quels sont les rôles de ces thérapeutes qui oeuvrent directement dans la communauté? Tout d'abord, mentionnons que lorsqu'on parle de communauté psychiatrique, nous avons tendance à croire que les psychiatres sont les seuls à suggérer et à mettre en exécution un traitement. Il faut préciser que chacun des membres de l'équipe multidisciplinaire a un rôle très important et qu'on ne peut passer sous silence l'importante tâche de chacun. Nous avons trop souvent tendance à croire que le psychiatre prend toute la charge du traitement et la responsabilité de l'échec ou du succès de la thérapie.

Il y a toutefois un point en commun qui relie les thérapeutes et ce point est la connaissance de la communauté. Il est même un devoir pour ceux-ci de constamment se référer à un milieu dans lequel le patient s'identifie. Il est donc important pour les thérapeutes de connaître la communauté et d'apprendre à travailler avec les différentes catégories et groupes sociaux qui la compose. Une connaissance parfaite du milieu permet d'établir un plan de traitement adapté pour chaque patient.

En prenant en considération toutes les relations interpersonnelles malsaines, les attitudes et croyances pathologiques, les conflits culturels et les tensions ainsi que l'enfance perturbée, en somme tout ce qui perturbe le développement mental et émotionnel d'une personne; les thérapeutes des centres de santé communautaire ne seraient plus des experts dans le traitement s'ils ne connaissaient pas la communauté dans laquelle vit leur clientèle.

Rueveni, Speck et Speck (1982) dans leur ouvrage Therapeutic Intervention, ont reproché aux thérapeutes certains aspects de leurs traitements.

Instead of providing the services, economic and educational, vocational, and counseling that are necessary to help seriously disturbed people live successfully at home and in their community, they tend to obliterate anxiety about these problems with maintenance doses of antidepressants and phenothiazines. (p. 21).

Rarely do they provide services to people who, though needy, are unwilling to define and stigmatize themselves as mentally ill. Still more rarely do staff members spend substantial amounts of time in the community they are supposed to serve. (p. 22).

Serait-il illusoire de croire que la maladie mentale peut être traitée seulement à l'intérieur même de la communauté? Il serait tout aussi utopique de croire que la médication est le seul traitement possible.

A ce stade, nous discuterons du patient en général tout en faisant quelques références au patient criminel que les thérapeutes doivent traiter en milieu psychiatrique. L'expert en psychiatrie est avant tout un médecin. "C'est-à-dire quelqu'un qui agit par définition pour le bien du malade" (Perron, 1977), p. 452). Il est donc, selon Perron, bien placé pour décider, dans l'intérêt du patient, des mesures thérapeutiques.

Le psychiatre est l'expert lorsqu'il s'agit d'observer, d'examiner et d'investiguer le corps et la personnalité de

l'homme. Le système médical décrit cette opération comme la phase diagnostique. Il est possible que le psychiatre soit dans l'obligation de voir le patient à plusieurs reprises avant de pouvoir fournir un diagnostic. Dans certaines circonstances il lui sera même nécessaire de demander l'assistance d'un psychologue.

Le psychiatre a aussi la fonction de prévention. Celle-ci joue un rôle de plus en plus important dans la psychiatrie quoique les mesures préventives dans ce secteur sont difficiles à établir. Au fait, le psychiatre est plus susceptible d'avoir à remplir sa troisième fonction, en l'occurrence, le traitement de son patient. L'étendue des diverses formes de traitements nous place dans l'obligation de ne pouvoir tous les décrire. Nous allons nous restreindre à dire que le traitement qu'il soit biologique, psychothérapeutique, sociologique ou chimique a pour but de faire disparaître des symptômes, des troubles et de modifier dans la mesure du possible la personnalité.

La quatrième fonction du psychiatre est celle qui fait couler le plus d'encre depuis l'émergence de la psychiatrie dans le domaine de la justice pénale. L'implication du psychiatre dans le domaine judiciaire soulève quelques débats sur la compétence de celui-ci dans un domaine qui lui est étranger. Schneider (1977) explique clairement que le psychiatre ne peut se prononcer sur la question de la responsabilité pénale et sur le danger que le sujet représente pour la société.

...la responsabilité implique l'existence du libre arbitre et la possibilité pour l'homme de choisir entre le bien et le mal, entre le juste et l'injuste. Ces questions...ne sont pas d'essence médicale ni psychiatrique. En revanche, elles touchent très

directement le droit, puisqu'il s'agit de principes du comportement éthique. (p. 430).

Prononcer au cours d'un jugement que tel personnage représente pour la société un danger est véritablement un jugement et il appartient que ceux dont la mission est de juger en prennent la responsabilité. (p. 431).

Le rôle du psychiatre dans la justice pénale est donc très controversé. Un débat existe actuellement sur la psychiatrie et son implication dans le procès pénal. Dans le cadre du présent chapitre, nous nous en tiendrons à dire que l'expert en psychiatrie doit renseigner le tribunal sur l'aspect médical et psychiatrique de son client. Il relève de son rôle de fournir, à la demande du tribunal, les informations pertinentes sur l'état mental du criminel. Le tribunal bénéficie souvent de l'expertise d'un professionnel en psychiatrie qui est beaucoup plus en mesure de témoigner sur l'aspect médical-psychiatrique du prévenu.

Nous avons mentionné que le psychiatre requiert souvent l'assistance du psychologue dans l'évaluation du patient. Les tests psychologiques sont souvent utilisés pour clarifier ou tout simplement mettre un peu plus de poids à l'évaluation psychiatrique. Landry (1976) appuie cette affirmation.

L'emploi des tests psychométriques et projectifs offrirait en effet, pour certains, l'avantage de pallier le manque de rigueur scientifique du jugement clinique individuel, considéré souvent comme trop subjectif et même préscientifique. Mais ces investigations ne sont pas ici destinées seulement à dessiner le profil psychologique de l'inculpé, elles ont aussi et surtout pour

but d'aider le praticien à porter son "diagnostic psychiatrique". (p. 34).

Il ne relève pas de notre but de trancher la question à savoir la pertinence des tests psychologiques. Il est toutefois important de savoir qu'ils sont utilisés et habituellement pris en considération lors du procès et dans le choix du traitement.

Les travailleurs sociaux occupent une place tout aussi importante au sein d'une clinique psychiatrique externe. Ce sont eux qui connaissent le mieux le milieu dans lequel vit leur clientèle et les agences disponibles à leur venir en aide. Le rôle des travailleurs sociaux est d'accueillir la clientèle et de leur fournir un support moral. Le plan de traitement est habituellement mis à exécution par le travailleur social. Il est très fréquent qu'un patient requiert un traitement à la fois médical et psychologique. La psychothérapie est un élément essentiel chez quiconque souffrant d'une dysfonction de l'appareil mental. Selon Gagnon (1981), la psychothérapie a de multiples fonctions.

...la psychothérapie consiste soit à combattre, à modifier ou à retarder les manifestations de symptômes psychologiques ou psychophysiologiques, soit à modifier des comportements pathologiques ou à promouvoir une croissance saine de la personnalité. (p. 778).

Il relève du rôle du travailleur social d'évaluer les besoins du malade, sa souffrance et sa motivation de changer. L'objectif thérapeutique doit être accessible et le type d'intervention doit être approprié selon la condition

psychologique du patient. Parmi les types de traitement les plus souvent utilisés, mentionnons l'ergothérapie, les thérapie familiales et conjugales, la thérapie de groupe et la thérapie de support. La durée, la fréquence et les conditions dans laquelle la thérapie sera utilisée est souvent le résultat d'une évaluation psychiatrique. Il est également important que le travailleur social évalue le résultat de l'intervention en analysant la nature des symptômes et de la maladie ainsi que la personnalité et la motivation du malade, le thérapeute est alors en mesure de fixer l'objectif de la psychothérapie. Le travailleur social a également la tâche de motiver la clientèle, de travailler sur le ou les problèmes reliés soit à l'acte criminel ou à la personnalité de l'individu et de respecter les délais suggérés par le tribunal.

Dans un dernier temps, mentionnons la participation des infirmières psychiatriques qui, en plus de faire de la psychothérapie, donne les injections (L.A.M.B.I., Long Acting Medication by Injections). Leur rôle est souvent de rassurer les patients et de leur fournir les détails des effets secondaires du médicament et de les supporter dans leur maladie.

Ceci termine notre bref exposé sur l'ensemble des centres de santé mentale communautaire et des rôles de chacun des thérapeutes au services de la communauté. Nous avons vu que la psychiatrie communautaire est le fruit d'une évolution et on la reconnaît sous sa forme la plus courante soit celle des centres de santé mentale communautaire. Différents services se sont développés à partir de ce concept et on peut maintenant compter plusieurs agences ayant comme objectif d'évaluer, traiter et prévenir la santé mentale.

LA RELATION D'AIDE EN CONTEXTE D'AUTORITE

La partie qui suit nous donnera un aperçu de la situation du criminel psychiatrisé en clinique externe suite à une ordonnance du tribunal. De plus, nous discuterons des principaux éléments entourant la relation d'aide dans un contexte d'autorité. Finalement, nous dirons quelques mots sur le contrôle social dans la relation d'aide.

Cherys Gropper et Janice Zolman Bogner (1982) ont discuté du dilemme du traitement involontaire.

One generally accepted precondition of therapy is that the client be sufficiently motivated for the task-that is, enough anxiety and pain have accumulated to cause a conscious wish for help. Without this motivation, the client is viewed as unready for psychotherapy. When clients enter a treatment relationship, they generally are able to verbalize that a problem is causing them pain and that they have a desire to solve problems through psychotherapy. Involuntary clients often lack this motivation, but this lack should not be used as an excuse not to treat them;... (p. 109).

Le patient criminel référé par le tribunal ne consulte pas suite à sa propre initiative mais plutôt suite à une ordonnance venant d'un système représentant l'autorité. Pour la justice pénale, le traitement psychiatrique involontaire est une option importante dans le choix de la sentence parce que celui-ci représente une tentative de donner à l'accusé l'opportunité d'apprendre à mieux maîtriser son comportement et de faire face à ses problèmes. Kaplan et al. (1969), ont mentionné que le

traitement imposé en milieu externe peut aider le prévenu à atteindre un plus grand contrôle de son égo qu'en étant incarcéré.

Etant donné que le traitement est initié par le tribunal, la clientèle associe souvent le traitement au système judiciaire. Conséquemment, établir une alliance thérapeutique entre le thérapeute et le client implique quelques problèmes. Premièrement, le tribunal ayant l'autorité de stipuler le traitement en dépit du refus du client fait naître, chez le prévenu, une hostilité et une résistance envers l'autorité en général, conséquemment, les thérapeutes. Deuxièmement, les facteurs sociaux, culturels et psychologiques peuvent contribuer aux difficultés du traitement dans le sens où la famille peut ne pas être intéressée à contribuer au traitement psychothérapeutique et que l'environnement peut être lacunaire au niveau des valeurs. Toutefois, il s'agit d'un point contestable que soulève plusieurs débats. Il n'est pas évident que les familles défavorisées aux plans sociaux, culturels et psychologiques soient moins intéressées à contribuer au traitement psychothérapeutiques. Finalement, les thérapeutes doivent s'allier avec leur client ainsi qu'avec la cour ou le service de probation ce qui crée un triangle qui met chacune des parties dépendantes l'une de l'autre.

Gropper et Bogner (1982), souligne que malgré que plusieurs criminels débutent un traitement de façon involontaire, leurs comportements révèlent souvent une tentative inconsciente de recevoir de l'aide.

The therapist may recognize that clinical symptoms such as depression, injuries to self-esteem, and the like led to an offense, but the client may lack the motivation to understand these dynamics. It is possible, however, to engage these clients

in treatment despite conscious
reluctance. (p. 112).

Ceci nous amène à discuter la relation d'aide en contexte d'autorité. Que le traitement soit volontaire ou involontaire, le thérapeute représentant une agence devient automatiquement une figure d'autorité. Gosselin (1979) mentionne que le contexte d'autorité devient plus formel pour le bénéficiaire non volontaire puisqu'il se retrouve dans un constat d'impuissance. Les directives légales l'obligent à se présenter à ses rendez-vous et à profiter des services qui lui sont offerts. Conséquemment, le bénéficiaire perçoit le praticien comme étant celui qui détient tout le pouvoir, qui contrôle et dirige tout le processus thérapeutique. Il est possible que le bénéficiaire refuse ce statut d'infériorité et manifeste sa désapprobation par une résistance, un désaccord ou un refus du traitement prévu.

Il ne faudrait pas croire que seul les bénéficiaires involontaires ont des réticences face au traitement. Certains patients volontaires, conscients qu'ils ont besoin d'aide, profitent des services offerts tout en étant peu enthousiastes et peu disposés à suivre sérieusement le plan de traitement.

Dans toute relation d'aide, le patient a le droit de changer de praticien ou se retirer si le thérapeute ne l'aide pas à clarifier le problème et à inventorier les voies de solution possibles. Cependant, dans une relation d'aide en contexte d'autorité formel comme, par exemple, un ordre de probation de la cour, le bénéficiaire doit accepter qu'il y aura des conséquences à ses actes s'il refuse le traitement. Gosselin nous donne son opinion sur l'aspect coercitif d'une telle situation.

Ce caractère pénalisant qui
s'ajoute en contexte de non
volontaria nous amène tout de

suite à réaliser qu'il a le choix
mais qu'il ne l'a pas. (p. 7).

Gosselin croit que les rôles d'autorité sont nécessaires et même souvent un avantage dans le cas où l'autonomie d'une personne est détériorée ou sa sécurité ou celle des autres est mise en doute. Le terme "contrôle" peut signifier autre chose que contrainte inutile. Apporter une influence positive directe ou indirecte sur le bénéficiaire est une première forme de contrôle sans toutefois être une répression.

René Barbier (1973) décrit en détail le type-idéal de la relation d'aide sociale. Pour lui, "l'aide doit s'arrêter au moment où elle commencerait à nuire". (p. 60).

Yelaja (1971) s'est également prononcé sur le sujet:

Social work treatment, whether casework or group work, is one of society's alternative ways of exercising social control of persons who manifest deviant behavior, although such services are not usually regarded in this way. (p. 196).

Le but du traitement est d'aider les bénéficiaires à faire des modifications dans leur façon de vivre surtout dans le domaine où se situe le problème. Selon Yelaja, le traitement implique toujours des concepts normatifs et, conséquemment, quelques éléments de contrôle social. L'utilisation du contrôle comme méthode de traitement a souvent été niée par les thérapeutes. Ceux-ci ont tendance à dire que toute relation thérapeutique doit être basée sur le système de valeurs du patient et non celui du thérapeute. Sans de telles dispositions, le traitement a peu de chances d'être effectif. Cependant, Greenwook (1955) affirme que:

"...social workers, by virtue of their technical knowledge and community-sanctioned status, possess a form of power which they exercise to reach certain ends". (p. 24-25).

Finalement, on ne peut passer sous silence tout les débats entourant l'anti-psychiatrie. Entre autres celle-ci déplore que le refus à un traitement est trop souvent interprété, par la médecine mentale, comme étant une incapacité de donner un consentement valable.

Il nous est impossible, dans ce bref exposé, de trancher la question ou même d'exposer les opinions diverses sur le contrôle social et les agences de services communautaires. Notre but était de faire voir au lecteur qu'il existe tout un débat sur la question et qu'une lecture plus approfondie sur le sujet serait nécessaire pour comprendre l'amplitude du contrôle social sur les bénéficiaires des centres de santé mentale communautaire.

Nous avons tenté, de façon brève, d'éclairer le lecteur sur différents points concernant le criminel psychiatisé. Notre description sur l'étendue des services qui lui sont offerts, sur le rôle des thérapeutes disponibles à effectuer un traitement ainsi que de la relation d'aide en contexte d'autorité, aura permis une meilleure compréhension au sujet du traitement du criminel référé dans une clinique psychiatrique externe.

Ce chapitre pourrait également être une introduction au discours des intervenants en santé mentale. Puisque nous nous intéressons à ce qu'ils pensent du partage d'une même clientèle avec le système judiciaire, nous avons cru nécessaire d'expliquer certains éléments de base qui pourront nous aider à comprendre le vécu des thérapeutes en psychiatrie.

CHAPITRE III

METHODOLOGIE

CHAPITRE III: METHODOLOGIE

Dans le premier chapitre, nous avons passé en revue les principaux éléments entourant l'émergence de la psychiatrie dans le processus judiciaire. Nous avons également donné un bref aperçu de la situation du criminel malade mental dans la justice pénale ainsi qu'une description des droits des patients qui se retrouvent dans l'un ou l'autre des systèmes judiciaire ou médical. Finalement nous avons tenté d'établir le statut du malade mental dans la justice pénale.

Nous retrouvons, au deuxième chapitre, une discussion de l'évolution de la santé mentale communautaire, du mandat des centres existants ainsi que du rôle des thérapeutes. Nous avons également discuté brièvement la relation d'aide en contexte d'autorité. Cette démarche avait pour but de jeter un peu de lumière sur quelques sujets connexes à notre objet d'étude.

Ce troisième chapitre a pour objectif de rendre explicite l'ensemble des procédures qui ont permis de mener à terme notre recherche. Cette section est divisée en cinq sous-parties qui forment l'ensemble de notre description méthodologique.

Dans la première partie, nous jetterons un peu de lumière sur notre objet d'étude en soulevant plusieurs interrogations. Le but est de bien discerner notre problématique qui relève des deux chapitres précédants. Dans la deuxième partie nous discuterons d'abord de la méthode de recherche que nous avons utilisée afin de bien comprendre la provenance de nos résultats. Ensuite nous aborderons le débat que soulève l'utilisation d'une méthode de recherche qualitative. Cette troisième partie a le but précis de justifier notre choix d'avoir préféré une approche que nous croyons scientifique et objective. Dans la quatrième partie

nous décrirons le terrain où nous avons puisé nos informations sur le dilemme dans le traitement des criminels psychiatisés. Finalement, dans la dernière partie de ce chapitre nous présenterons les étapes de l'analyse de contenu. Nous tenterons également de soulever les grandes lignes du débat remettant en question l'aspect scientifique de cet instrument de mesure.

L'OBJET D'ETUDE

Nous croyons que la situation du criminel psychiatisé soulève quelques difficultés pour les intervenants en santé mentale. Notre intérêt porte sur le fait que deux systèmes interagissent pour le bien-être d'une même clientèle, quoique chacun d'entre eux repose sur des principes différents. Nous soupçonnons qu'il n'est pas facile de traiter ce type de clientèle et que le traitement lui-même soulève plusieurs difficultés. En somme, ce qui nous intéresse particulièrement est le point de vue des intervenants en psychiatrie externe, sur le partage d'une même clientèle.

Notre problématique, - le dilemme dans le traitement des criminels psychiatisés - relève autant du système judiciaire que du système médical. De là l'importance d'avoir décrit l'émergence de la psychiatrie dans le système pénal. De là naît également la situation du criminel-patient que traite le système médical, en l'occurrence la psychiatrie.

Rappelons que le tribunal peut demander à ce que le patient ait de l'aide psychiatrique et exiger que le traitement soit effectué auprès du client. La relation d'aide en contexte d'autorité soulève souvent le problème de la non motivation à participer activement à la thérapie suggérée. Par conséquent, les professionnels de la santé se retrouvent avec un ordre venant

du tribunal exigeant un traitement d'une part et, d'autre part, un patient pris à l'intérieur du système et qui ne fait que remplir les exigences de sa sentence.

On se retrouve avec deux systèmes pour une même clientèle. Deux systèmes qui ont leurs propres lois, pratiques et buts et qui se partagent le même individu. Un s'appuie sur une morale ou une valeur délimitée par le juste et l'injuste, le bien et le mal. L'autre se concentre sur la connaissance de la maladie mettant en opposition l'anomalie et la santé qu'elle soit physique ou psychique.

Mentionnons que le système médical n'oblige pas les professionnels de la santé mentale à traiter involontairement un patient. Toute forme de thérapie n'est pas obligatoire et demeure un service offert aux individus qui veulent en bénéficier. Le patient non motivé qui ne se présente pas de façon régulière pour sa thérapie individuelle ou de groupe est rapidement classé parmi les dossiers fermés. En clinique psychiatrique externe, le patient peut choisir la fréquence de ses rendez-vous ainsi que le moment où il désire mettre un terme à la thérapie. En somme, le thérapeute répond à la demande du patient, tente de le diriger dans la bonne direction, mais n'a aucun contrôle sur sa participation.

Nous croyons que les thérapeutes font face à un dilemme. Deux systèmes différents qui se rencontrent; deux systèmes qui se croisent mais qui divergent dans leurs attentes. Il nous semble que le dilemme prend naissance dans le fait que le système médical n'oblige pas les thérapeutes à traiter involontairement un patient. D'autre part, l'ordonnance venant du système pénal rend obligatoire le traitement à un individu qui manque de motivation. Deux directives contradictoires vis-à-vis une même clientèle.

Ce qui nous intéresse à l'intérieur de cette dynamique est l'opinion des thérapeutes concernant l'interaction des deux systèmes en cause. Quelles sont les difficultés d'effectuer un traitement involontaire aux criminels psychiatisés en clinique psychiatrique externe? Est-il bénéfique d'effectuer ce traitement?

Afin d'y répondre, nous tenterons de jeter un peu de lumière sur le vécu des professionnels de la santé mentale. Nous sommes à la recherche d'un discours portant d'abord sur l'interaction du système judiciaire et du système médical et par la suite, sur l'orientation du traitement des criminels psychiatisés. De quelle façon les thérapeutes voient le pronostique et quelles seraient les solutions possibles pour remédier à de telles situations? Mentionnons que nous sommes beaucoup plus en quête d'idées plutôt que d'une estimation des valeurs d'une population.

LA METHODE DE RECHERCHE

Dans le but de familiariser le lecteur avec la méthode de recherche que nous avons utilisée pour mener à terme notre étude, nous tenterons de décrire dans un premier temps la technique que nous croyons la plus utile et, dans un deuxième temps, ce qui la distingue des autres. Suite à cette description, il nous sera possible de comprendre la raison pour laquelle notre choix s'est plutôt dirigé vers une méthodologie qualitative avec entretien non-directif.

L'entretien est une technique d'observation combinée avec l'utilisation de questions plus ou moins directes. Le but de l'entretien est de recueillir des données essentielles sur une

question de notre choix et de faire par la suite une analyse d'un milieu, d'un discours, d'une personnalité, d'une mentalité ou d'une conduite. En somme, l'entretien est une communication qui se déroule dans un contexte social et qui nous fournit des données objectives et subjectives. Les échanges verbaux entre le chercheur et l'interrogé sont fait en fonction des objectifs de recherche formulés au préalable. D'une part, nous recevons des informations objectives relatant des faits qui se sont véritablement déroulés ainsi que des informations subjectives sur les attitudes de l'interrogé vis-à-vis des faits qu'il décrit. Tremblay (1968) nous donne son avis.

L'entrevue fournit des renseignements sur les perceptions, attitudes, aspirations et conceptions de l'informateur: ce sont là des données subjectives qui acquièrent une très grande valeur parce qu'elles constituent les éléments fondamentaux de son univers phénoménologique...

Cela signifie que la définition subjective d'une situation est tout aussi importante, sinon plus, que la situation objective elle-même... (p. 317).

En somme, l'entretien vise à reconstituer l'événement sous ses aspects tant objectifs que subjectifs. Celle-ci est une technique très riche car elle permet d'atteindre les aspects visibles des événements ainsi que leurs significations sous-jacentes. De plus, l'entretien est une technique pluraliste car il en existe plusieurs types selon le genre de recherche que nous voulons effectuer.

Selltiz (1977) résume en quelques mots l'origine des entretiens non-directifs ainsi que l'utilisation qu'on en fait actuellement.

L'expression non-directive tire son origine d'un type de psychothérapie au cours de laquelle on encourage les sujets à exprimer leurs sentiments sans suggestions ou questions de la part du thérapeute pour les guider. Dans un sens plus restreint, l'absence de direction est implicite dans la plupart des interviews...on lui demande de ne pas orienter systématiquement ou guider le sujet vers une réponse ou une autre. (p. 316).

Nos entretiens sont non-directifs dans le sens que nous laissons une grande marge de manoeuvre autant pour le chercheur que pour l'interrogé. Ce type d'entretien a été conçu en fonction de l'examen en profondeur d'un sujet restreint soit le dilemme du traitement du criminel en milieu psychiatrique. L'opérationnalisation se résume à une seule consigne qui focalise sur un sujet large et non structuré. C'est à partir de cette seule consigne que le sujet développe une réponse. En somme, le chercheur ne fait que soulever le problème sans fournir ou suggérer une structure à la réponse du sujet.

La consigne que nous avons utilisée pour poursuivre notre étude est la suivante: Vous travaillez dans une clinique psychiatrique externe et votre emploi consiste à traiter des patients selon le Mental Health Act (Loi sur la santé mentale). Ces patients sont habituellement référés par leur médecin de famille ou par eux-mêmes. Il est également possible qu'un patient soit référé par le tribunal. Dans ce cas, ce type de clientèle

a-t-il des particularités qui impliquent une adaptation ou un ajustement de votre part?

La première partie de notre consigne a pour but de résumer de façon très superficielle et peu exhaustive le mandat de l'interviewé. Nous avons mentionné la Loi sur la santé mentale dans le but de situer nos sujets et de démontrer que nous savons sur quoi repose le traitement en psychiatrie.

On remarque que notre consigne va du général au spécifique. L'aspect général de l'énoncé sert de toile de fond et l'aspect spécifique indique clairement à nos sujets la base de nos entretiens. Nous avons introduit la possibilité d'avoir une référence provenant d'une source autre que le système médical ou par soi-même, soit le tribunal. Nous avons voulu que nos sujets concentrent sur ce type de référence et discutent avec nous des implications d'une telle procédure. Rappelons que notre but n'est pas d'étudier les particularités dans le traitement. Ce qui nous intéresse particulièrement est le discours des intervenants face à l'ensemble de leur travail lorsque le système judiciaire est impliqué.

Nous avons utilisé la même consigne pour tous les entretiens. Cependant, il nous a été possible de répéter si la réponse n'était pas satisfaisante ou d'inciter le sujet à en dire plus en ajoutant, de façon non-directive, des commentaires tels: "pourriez-vous m'en dire un peu plus" ou "pourquoi dites-vous cela?". Il nous a également été possible de demander au sujet ce qu'il voulait dire lorsqu'il utilisait un terme subjectif et qui pouvait porter à confusion.

Le chercheur doit encourager le sujet à parler librement sans mentionner ses propres opinions. C'est en démontrant une

grande sensibilité face aux propos du sujet que le chercheur aura obtenu l'information utile pour sa recherche.

En laissant les gens s'exprimer librement sur la nature des faits, il nous a été plus facile d'avoir des indications sur leurs sentiments. Une réaction émotive peut parfois dévoiler certaines opinions que le sujet est incapable de formuler. Il s'agit plutôt de donner l'impression que l'on cherche à connaître son opinion et que celle-ci équivaut à celle des autres.

Nous avons cru que ce type d'entretien était le plus approprié en rapport à l'étude que nous menons dans le sens qu'il nous a permis de découvrir le point de vue des thérapeutes vis-à-vis le traitement des criminels psychiatisés. Michelat (1975) nous dit:

On considère que l'entretien non directif permet, mieux que d'autres méthodes, l'émergence de ce contenu socio-affectif profond, en facilitant pour l'enquêté l'accession à ces informations que l'on ne peut atteindre directement. (p. 231).

La non-structuration que nous proposons à l'enquêté libère celui-ci de toute contrainte et favorise des réponses moins superficielles, moins stéréotypées et moins rationalisées. Selon Michelat, il semble que:

La liberté laissée à l'enquêté (la non directivité étant toutefois relative) facilite la production d'informations symptomatiques qui risqueraient d'être censurées dans un autre type d'entretien. (p. 231).

Le déroulement de l'entretien dépend en grande partie de l'état des connaissances de l'interrogé dans chacun des champs d'interrogation ainsi que de l'intérêt porté au sujet.

Un autre point est que l'entretien non-directif permet de discerner l'appartenance culturelle de chaque individu. La personnalité, les besoins, les influences de chaque enquêté ont été façonnés par un ensemble de facteurs culturels. Chaque élément appartenant à un vécu peut nous être utile pour la compréhension des attitudes des thérapeutes envers la clientèle criminelle. Le discours tenu par les professionnels de la santé mentale nous intéresse particulièrement parce qu'il nous a permis de découvrir les limites, les craintes, les frustrations et les satisfactions des thérapeutes.

Nous nous intéressons non pas seulement au fait que les systèmes judiciaire et médical s'entre-croisent mais surtout sur ce que pensent et ressentent les thérapeutes vis-à-vis le partage d'une même clientèle.

En combinaison avec les entretiens non-directifs, nous avons prévu utiliser certaines stratégies pour inciter les sujets à parler le plus ouvertement et abondamment que possible. Tout d'abord, on s'est assuré que les thérapeutes participants à notre recherche ont déjà traité un cas criminel. De plus, nous avons choisi un temps et un endroit appropriés pour faire les entretiens. Nous avons tenté de choisir une journée où le thérapeute n'était pas surchargé de travail ni à l'emprise avec des cas psychiatriques très difficiles. Ces stratégies de base nous apparaissaient essentielles pour obtenir le plus d'informations et le moins de réticences possible de la part du thérapeute.

Quoique ceci était peu probable dans notre cas, une des limites d'une telle méthode est que certaines personnes soient incapables de déclarer ouvertement leurs sentiments ou motivations ou, que l'idée d'en faire ainsi les répugnent. Une autre limite est le fait que le matériel doit toujours être évalué en terme de crédibilité et que souvent les faits rapportés sont empreints d'un certain degré d'erreur. Souvent les gens sont portés à impressionner. Il faut donc toujours vérifier comment le sujet a pris connaissance de ces faits: par observation directe ou par ouï-dire? De plus, cette méthode se prête mal à la généralisation puisque le nombre d'entretiens est très limité et concerne les intervenants d'une seule agence. Malgré ces limites, nous croyons que cette méthode de recherche est la plus appropriée considérant notre objet d'étude.

METHODOLOGIE QUANTITATIVE VERSUS QUALITATIVE

Dans le but d'éclairer un peu plus le lecteur sur la méthode de recherche que nous avons utilisée pour répondre à nos questions, nous croyons nécessaire de discuter brièvement les méthodologies quantitatives et qualitatives. Mentionnons d'abord que cette dernière est source de plusieurs débats en criminologie. Poupart (1980) fait un bref rappel des propos tenus sur le statut scientifique de la méthodologie qualitative. En premier lieu il discute le discours qui traite de l'incapacité de la méthodologie qualitative à répondre aux exigences de la "vraie science".

Les études qui emploient cette approche ne sont pas représentatives et sujettes à la trop grande subjectivité de la part du chercheur; la démarche utilisée manque de rigueur et s'avère trop aléatoire pour que l'on puisse la reproduire, rendant ainsi problématique la possibilité d'en vérifier la validité; plus

important encore, la méthodologie qualitative se prête mal à la généralisation et à la prédiction, ce qui constitue pourtant l'objectif ultime du travail scientifique; les données qui proviennent de ce genre d'étude sont plutôt descriptives et ont une faible valeur explicative. (p. 168).

On tend à dire que la méthode qualitative est surtout utile lors de la phase exploratoire de la recherche et, dans ce sens, elle ne contribue qu'à la formulation d'hypothèses. Il existe, comme dans tout débat, une contre-argumentation quant à la valeur de la méthodologie qualitative.

Voyons d'abord les arguments des défenseurs de celle-ci. Il semble que la méthodologie qualitative est adéquate pour étudier les institutions et les communautés et qu'elle s'avère la plus appropriée pour bien saisir les réalités sociales. De plus, l'utilisation qu'elle fait de l'entretien à tendance non-directive permet l'exploration en profondeur du vécu de la personne. Finalement, les défenseurs de la méthodologie qualitative considèrent que celle-ci est très riche au plan théorique. Suite à la formulation des hypothèses survient une élaboration des théories ou des concepts qui favoriseront une meilleure compréhension du domaine d'étude.

Le débat entre la méthodologie qualitative et la méthodologie quantitative dépasse largement l'aspect technique de l'enquête et s'étend jusqu'à leurs fondements épistémologiques respectifs. Poupert (1980) nous explique ce second argument.

...un bon nombre de ceux qui ont adopté les méthodes qualitatives l'ont fait parce qu'ils rejetaient

un modèle scientifique trop axé sur le déterminisme social et qui ne tenait pas suffisamment compte de l'initiative de l'individu dans l'explication de son comportement. (p. 170).

Le but de ce travail n'est pas de faire le procès de la science et du comportement humain, et nous n'entrerons pas dans les détails du positivisme scientifique ainsi que de l'interactionnisme symbolique. Mentionnons simplement que le positivisme sous-tend une conception déterministe du comportement humain et que les adeptes de la méthodologie qualitative s'opposent à cette conception. Selon eux, les individus ne sont pas des objets et on se doit de tenir compte de la signification qu'ils donnent à leur action. Poupart ajoute:

...tant pour la phénoménologie que pour l'interactionnisme symbolique, il est impératif de comprendre le comportement des individus à partir de leur vécu quotidien et à travers les perceptions que ces derniers peuvent s'en faire. (p. 171).

Un autre débat existe actuellement sur les rapports "quantitatif-qualitatif" et de leur fausse opposition. Pirès (1985) nous dit "Qu'il n'y a rien de particulier, sur le plan méthodologique, qui distingue le qualitatif du quantitatif". (p. 27). Sans entrer dans ce débat, mentionnons seulement que l'auteur soulève des points litigieux en ce qui concerne l'utilisation actuelle de la terminologie dans les recherches en science sociale.

Malgré ces débats, nous croyons que, pour le type de recherche que nous voulons effectuer, la méthode qualitative demeure la plus appropriée.

LE TERRAIN A L'ETUDE

Pour mener à terme une telle recherche, il nous apparaît essentiel de puiser nos données à l'intérieur d'un centre communautaire pour faire en sorte que ceux-ci reflètent bien le problème mis à l'étude. Dans la quatrième partie de ce chapitre, nous décrirons le terrain où sera recueilli notre information.

Nos interrogés travaillent tous dans une clinique psychiatrique externe affiliée à un Hôpital Général. On remarque une très grande expansion depuis les dernières années en terme d'installation et de personnel. Cette clinique compte actuellement à son service quatre psychiatres, deux travailleurs sociaux, deux psychologues, quatre C.T.R. (Clinical Therapeutic Recreologist), deux infirmières en psychiatrie, un médecin de médecine générale et psychothérapeute ainsi que six personnes de soutien. Ce Centre est au service de la population et accueille plusieurs centaines de patients par année.

Notre source de données est limitée au discours des intervenants de cette clinique psychiatrique. Les personnes interrogées représentent un ensemble d'individu d'une même profession. Ces interrogés constituaient notre échantillon. Tous les thérapeutes qui font de la thérapie individuelle et ou de groupe et qui traitent des cas criminels ont pu faire partie de notre recherche. Nous avons interviewé 6 thérapeutes avant de débiter notre analyse de contenu. Nos sujets n'ont pas été sollicités dans le but d'en arriver à une moyenne d'opinion qui serait conforme à toute l'opinion des thérapeutes. Nous pouvons

dire qu'ils ont été choisis à cause de leurs expertises et de leurs expériences.

L'ANALYSE DE CONTENU

Selon L'Ecuyer, les spécialistes de l'analyse de contenu sont unanimes pour dire que l'analyse de contenu est:

Une méthode de classification ou de codification dans diverses catégories des éléments du document analysé pour en faire ressortir les différentes caractéristiques en vue d'en mieux comprendre le sens exact et précis. (p. 50).

Il semble que le débat relatif à l'analyse de contenu repose sur la mise en doute de l'aspect scientifique et objectif de cette technique de recherche. A notre avis, notre façon de procéder s'avère tout aussi scientifique qu'une méthode de recherche quantitative puisque nous avons dépassé l'étape de l'analyse de "contenu manifeste" pour aller chercher le sens non seulement de ce qui est dit mais plutôt de ce qui n'est pas dit. L'opinion de L'Ecuyer se résume à ceci:

Le contenu manifeste désigne le matériel brut faisant l'objet de l'analyse, laquelle porte alors directement et exclusivement sur ce qui a été ouvertement dit ou écrit, tel quel, par le répondant. Dans l'analyse des contenus manifestes, le chercheur postule que tout le sens, la totalité de la signification, existe déjà dans le matériel tel qu'obtenu.

...les contenus latents renvoient pour leur part aux éléments symboliques du matériel analysé.

Dans cette perspective, le chercheur postule que la signification réelle et profonde du matériel analysé réside au delà de ce qui est ouvertement exprimé. Il s'agit de découvrir le sens voilé, le sens caché des mots, des phrases et des images qui constituent le matériel analysé. (p. 51).

Nous croyons que l'analyse du contenu manifeste (le contenu de ce qui est dit), est l'étape la plus importante car elle se situe à la base de l'analyse du contenu latent (ce qui n'est pas ouvertement exprimé). Quoique nous n'avons pas recours à des chiffres lors de notre analyse de contenu, nous sommes d'avis que notre démarche atteint un haut degré d'objectivité car elle suit un trajet méthodique et précis.

La première étape de notre analyse de contenu consiste en une lecture intensive et répétitive de notre matériel. Cette étape est essentielle pour se familiariser avec la documentation recueillie ainsi que pour dégager le sens général du texte. Les lectures sont en quelque sorte une pré-analyse utile pour passer aux étapes subséquentes. C'est à ce stade que débute les premiers jalons de notre réflexion. On tend à prévoir, très superficiellement, la façon dont sera découpé notre matériel ainsi que de l'orientation que prendra notre démarche dans le but ultime d'atteindre nos objectifs.

A l'étape suivante, il s'agissait de découper le matériel recueilli en unités de sens. Nous sommes du même avis que L'Ecuyer lorsqu'il mentionne que:

Il s'agit ensuite de découper le matériel en énoncés plus restreints possédant normalement

un sens complet en eux-mêmes et qui serviront à toute la classification ou codification ultérieure. (p. 55).

Chaque unité de sens pouvait être un mot, une phrase, une expression ou une idée particulière située dans un contexte global. Chaque unité de sens avait pour nous une signification spécifique. Il ne relève pas de notre méthode d'analyser la fréquence d'apparition d'une même unité de sens. Nous n'avons également porté aucune attention particulière à la structure linguistique du discours. Pour faciliter notre tâche de repérer certains extraits de nos entretiens, nous avons codé chaque entretien et chaque unité de sens dans le texte. Exemple: entretien A, unité de sens 1, (A,1). Nous avons également donné un nom pour chaque unité. De cette façon, il nous a été possible de regrouper toutes les unités portant le même nom (unité thématique). Ce regroupement nous a été utile non pas dans le but de savoir le nombre de fois qu'une même idée a été discutée mais plutôt pour faciliter la tâche de retrouver rapidement une unité spécifique.

Une sous-étape s'est avérée nécessaire afin d'éliminer les catégories redondantes. Les unités de sens dont le contenu se ressemblait ont été regroupées pour ne former qu'une seule catégorie. A ce niveau, plusieurs lectures et réflexions sont nécessaires pour enrayer toute possibilité d'erreur de classification. Nous avons terminé cette sous-étape en ayant réduit notre matériel sans pour autant perdre de l'information pertinente sur le discours des thérapeutes en médecine mentale.

La troisième étape est celle où nous avons réorganisé notre matériel en regroupant chaque unité sous des catégories ou thèmes plus larges. Il existe différentes façons de procéder à la

catégorisation des unités thématiques. Une des façons est d'établir au préalable les catégories que nous voulons utiliser. Le chercheur doit par la suite vérifier si les énoncés dans le texte correspondent à ses catégories. La deuxième façon de procéder est de former les catégories en fonction du matériel recueilli. Cette procédure suit l'étape de classification des unités de sens. Finalement, la troisième façon de procéder est en quelque sorte un mélange des deux premières méthodes. Au départ, certaines catégories sont pré-déterminées et il est possible pour le chercheur d'en ajouter ou d'en remplacer en cours d'analyse.

Nous avons opté pour la deuxième façon que nous venons de décrire. Nous avons formé nos catégories en rapport avec le matériel recueilli lors de nos entretiens. Suite à plusieurs lectures nous avons regroupé toutes les unités thématiques sous cinq grands thèmes. En somme il s'agissait d'établir des dénominateurs communs. Il va sans dire que cette étape comprend plusieurs sous-étapes car il a fallu quelques tentatives de regroupement avant d'en arriver aux cinq dernières que nous décrirons en détail dans le prochain chapitre.

Finalement, l'étape suivante est l'interprétation des résultats. Cette synthèse est tirée exclusivement du matériel recueilli lors de nos entretiens. C'est durant cette phase qu'il nous est permis de discuter les propos des interviewés ainsi que de nous engager dans une réflexion tant au niveau du contenu manifeste que du contenu latent.

CHAPITRE IV

DESCRIPTION DU MATERIEL

CHAPITRE IV: DESCRIPTION DU MATERIEL

INTRODUCTION

Ce chapitre est en quelque sorte, le coeur de notre recherche soit le début de la décortication de nos entretiens avec quelques thérapeutes travaillant en clinique psychiatrique externe. Nous avons mentionné, dans le chapitre précédant, les différentes étapes de notre méthodologie. Ce présent chapitre est un peu le résultat de la mise en application des procédures déjà mentionnées.

Ce premier chapitre précède en quelque sorte la synthèse proprement dite de nos résultats. Nous décrirons synchroniquement le matériel que nous avons recueillis lors de nos entretiens avec quelques professionnels de la santé mentale. Cette partie se veut très descriptive et nous nous abstiendrons de faire toute interprétation des résultats. Dans un premier temps, nous énumérerons et décrirons les unités thématiques qui ont fait surface lors de nos entretiens. Notons que l'ordre dans lequel nous ferons notre description n'est que pur hasard, et que nous ne tiendrons compte du contenu final que lors du dernier regroupement sous cinq thèmes précis. Mentionnons également que les citations retenues dans ce chapitre ont été choisies à cause de leurs caractères exemplaires.

LES UNITES THEMATIQUES

Débutons par cette première unité thématique soit la référence obligatoire. Nous avons déjà discuté dans les chapitres précédents qu'une des politiques du système médical consiste à offrir un service volontaire à une clientèle intéressée à recevoir

de l'aide et motivée à changer certains éléments de leur comportement et\ou personnalité. La référence obligatoire, venant dans ce cas-ci du système judiciaire, ne donne ni à la clientèle, ni au thérapeute le choix d'établir un premier contact.

Le thème "obligation" peut être décrit de deux façons différentes tout dépendant si on se place du côté de la clientèle ou du thérapeute. Obligation pour la clientèle de suivre une thérapie et obligation du thérapeute d'allouer un temps défini pour les rencontres thérapeutiques. Suite à une référence obligatoire, le thérapeute ne peut pas refuser de traiter le client même si, pour une raison ou pour une autre il met en doute la motivation de son client ou croit que l'effort ne donnera pas les résultats anticipés. Contrairement aux cas habituellement référés par le système médical ou d'autres agences communautaires, les professionnels de la santé n'ont pas le choix de refuser un patient serait-ce même à cause d'une caractéristique telle le type de problème personnel dont il souffre.

Sous cette unité thématique, nous avons regroupé tous les passages où l'interviewé mentionne explicitement le fait qu'il n'a pas le choix, qu'il subit la décision du tribunal et qu'il ne peut refuser cette clientèle venant du système judiciaire.

La seule chose que je sais au départ c'est que venant du système judiciaire, j'ai pas le choix. (Entretien E, page 8).

...la référence c'est quelque chose qu'on ne peut pas, qu'on ne peut pas refuser. (Entretien A, page 1).

Le choix du thérapeute d'accepter ou de refuser un patient
est une unité en elle-même qui se distingue de la précédente parce

qu'on y décrit ses sentiments personnels face aux références venant du tribunal. Un thérapeute nous dit: "...le thérapeute devrait...je ne sais pas si, jusqu'à quel point ça peut être possible ça, mais devrait avoir la chance de plus ou moins choisir." (Entretien A, page 5).

Enchaînons avec notre prochaine unité soit celle où on fait mention du problème de motivation de la part du client. Le problème est que la clientèle venant du système pénal est souvent, selon les thérapeutes, peu ou nullement motivée à suivre une thérapie. "Mais c'est pas facile à aller chercher cette motivation là quand il y en a pas là." (Entretien B, page 7). L'absence de motivation peut se situer à plusieurs niveaux tels l'assiduité au rendez-vous, l'ambition de travailler sur certains comportements indésirables cités par le tribunal ou l'insistance à ne pas créer d'alliance thérapeutique avec aucun professionnel de la santé mentale. Rappelons que pour les thérapeutes travaillant en clinique psychiatrique externe, la motivation de la clientèle est le critère sur lequel est basé toute la thérapie et que le système médical appuie cette procédure.

Pour certain, la motivation n'est pas un problème: "J'ai pas de problèmes de motivation!" nous dit un thérapeute (Entretien D, page 3).

Nous pouvons décortiquer le sens de la motivation en y incluant deux autres unités thématiques soit celles de la motivation intérieure du patient ainsi que la motivation extérieure.

...le traitement, euh,
ça...nécessairement ça implique
une motivation...intrinsèque du
patient plutôt qu'extrinsèque

parce que quand c'est une motivation extrinsèque, c'est-à-dire que le patient vient parce que, parce que le tribunal le force à consulter, ben, ça fait, ça fait... ça fait des résultats euh...à court terme... (Entretien B, page 1).

L'orientation du traitement prend sa forme suite à l'évaluation des motivations internes du patient. Ceci est l'une des premières choses que les thérapeutes déterminent. Cette procédure semble donner une vue d'ensemble sur le déroulement de la thérapie ainsi que les chances de succès.

En admettant que le patient est motivé extérieurement donc, qu'il suit sa thérapie parce qu'il n'a pas le choix, il revient alors au thérapeute la tâche de développer une forme de motivation plus intérieure. "...évidemment là c'est à moi à... à essayer de développer, euh, une forme de motivation plus intérieure". (Entretien B, page 2). La question essentielle est de savoir ce que le patient vient chercher pour lui-même. Les thérapeutes insistent parfois sur le fait que si leur raison de suivre une thérapie n'est aucunement basée sur leurs propres besoins, donc, motivation interne, que malheureusement ils ont peu à offrir.

Tout le déroulement de la thérapie en psychiatrie est basé sur le changement. Notre prochaine unité traite des possibilités de changement chez le patient-criminel référé par le système judiciaire. On semble dire que le changement dans l'attitude du client est plutôt minime. Une des plus grosses difficultés lors des sessions thérapeutiques est de justement développer cet effort de changement chez le patient pour qu'éventuellement naisse ce désir intérieur de changer. Un thérapeute nous dit:

Puis, en terme de changement ben, c'est assez minime. (Entretien B, page 2).

...c'est presque inévitable dans ces cas là, c'est, c'est justement développer cet, cet effort de changement là qui vient du patient lui-même. (Entretien B, page 2).

Les professionnels de la santé mentale s'entendent pour dire qu'au niveau psychologique, le client fera ce qu'il veut bien faire et "que le pouvoir du changement est autant chez le patient que chez le thérapeute".

Selon l'opinion des thérapeutes, le problème de motivation a fait surgir un deuxième problème conséquemment celui de la résistance au niveau de la thérapie. Cette unité est constante à travers nos entretiens et est souvent reliée et dépendante du manque de motivation. La clientèle freine le déroulement des séances thérapeutiques par son opposition à une thérapie qui lui est imposée. La résistance se situe non seulement au niveau de l'assiduité aux rendez-vous mais également au niveau de la participation active à la thérapie. La résistance peut également être le refus catégorique de tout changement au niveau du comportement ou de l'attitude du client. Voici les propos d'un thérapeute:

Motivation au niveau...le patient peut se rendre à son rendez-vous, euh, peut, disons, se plier aux exigences de la demande de l'ordre de probation, mais au niveau de la thérapie comme telle, ça peut poser un problème de résistance. (Entretien A, page 1).

Les thérapeutes ont décrit et discuté l'implication personnelle du patient au traitement. Cette unité thématique traite essentiellement du degré de participation active du client dans le seul but d'améliorer le ou les comportements indésirables. L'implication personnelle signifie beaucoup plus que le simple fait d'être présent au rendez-vous et de se soumettre, en apparence, aux exigences du système judiciaire. Les thérapeutes ont discuté l'effort et la bonne volonté de leur clientèle face aux exigences de la thérapie. Un thérapeute discute de l'implication personnelle de sa clientèle.

...le patient, euh, se soumet de façon superficielle à une exigence de la cour. C'est-à-dire qu'il va se rendre au rendez-vous, qu'il va faire les contacts, euh, qu'il va être présent, mais il s'impliquera moins de façon, euh, personnelle. (Entretien A, page 1).

Notre prochaine unité traite aussi de la participation du patient à la thérapie mais, cette fois-ci on introduit une nouvelle idée soit celle de la coercition. La participation coercitive du patient signifie que la relation client-thérapeute n'a pas lieu par choix mais plutôt par obligation. Selon les thérapeutes, cette obligation naît lors des procédures du système pénal.

Donc le fait qu'il soit ici de façon obligatoire et que... finalement, sa participation à la thérapie est très limitée et très coercitive. C'est souvent ce qui arrive lorsque la référence est obligatoire. (Entretien F, page 3).

Pour enchaîner de façon logique notre description des unités, mentionnons que certains thérapeutes se sont penchés sur

leur façon d'approcher ou d'aborder le client psychiatrisé, à savoir si leur approche était différente du reste de leur clientèle venant du système médical. L'approche se situe autant au niveau émotif que physique et on a refait constamment une comparaison nette entre les deux types de clientèle dans le but de déterminer si, effectivement, il y avait des différences ou similitudes dans l'approche ou la prise de contact avec le client.

A la limite, plusieurs problèmes restent les mêmes que le patient vienne d'un système ou d'un autre. Certains disent que leur façon d'intervenir ne change pas tandis que d'autres tiennent compte de toutes les implications.

...la thérapie est la même...y-a pas tellement de changement là...de particularité au niveau de la...de la thérapie. (entretien E, page 2).

Mais moi j'y vais plus avec euh...sans penser au système comme tel. Je veux dire le patient est là, il a un problème et c'est ça qui m'importe là, euh...peut importe où il vient puis...qui me demande de faire quoi. (Entretien E, page 8).

...pour moi c'est important de savoir si le patient est là devant toi de façon volontaire ou de façon plus ou moins coercitive, parce que ça peut jouer. Euh, y-a aussi la façon de l'approcher qui est différente...pour moi en tout cas. (Entretien A, page 2).

Pour certains thérapeutes, il semble que la clientèle venant du système judiciaire est une clientèle totalement "séparée" de celle référée par le système médical. "...c'est une clientèle à part...séparée. Oui, c'est ça je crois que c'est une

clientèle séparée". (Entretien F, page 2). Cette unité thématique revient fréquemment à l'intérieur de nos entretiens et est vue à différents niveaux. On utilise le mot "séparée" parce que les antécédents de la clientèle sont différents et que le déroulement de la thérapie s'effectue différemment. Les exigences du système pénal sont différents donc la clientèle est traitée différemment. On prévoit à l'avance une difficulté dans le traitement et, conséquemment, que le résultat sera différent.

Certains thérapeutes ont mentionné le mot "défi" dans le sens que l'ensemble de la thérapie incluant le client et le mode thérapeutique utilisé, est souvent freiné par une multitude d'obstacles. Ces obstacles deviennent des barrières qui font que la thérapie est compromise et devient un défi personnel pour les thérapeutes. Les professionnels en santé mentale nous disent que le défi en est un de réussite autant envers soi-même qu'envers le système judiciaire. Un thérapeute nous parle de ce défi:

Alors pour nous autres là, pour moi en tout cas c'est un défi parce que ça veut dire...tentez...de faire quelque chose avec cette personne là qui ne sera peut-être pas vraiment...euh, qui aura. qui aura peut-être pas de succès. Puis ça pour moi c'est un défi parce que...y a certain type de criminel qui sont beaucoup plus difficile à traiter que d'autre. (Entretien A, page 3).

Notre prochaine unité traite de la dangerosité que l'on craint lorsqu'on fait face à une clientèle venant du système pénal.

La seule chose que je pourrais ajouter là...est que le criminel

est peut-être plus dangereux. Ca ne veut pas dire qu'il l'est automatiquement mais, j'ai tendance à croire qu'il est peut-être...euh...plus violent que les autres. A ce moment là, ça rend la thérapie impossible. Ca c'est évident. (Entretien F, page 4).

Les thérapeutes cherchent à évaluer, lors du premier contact, le danger possible d'effectuer une thérapie auprès de cette clientèle. Selon les propos tenus lors de nos entretiens, il semble que les craintes naissent du fait qu'un délit a été commis et on cherche à déterminer le degré de violence possible chez ces individus.

Selon les thérapeutes, l'évaluation de la dangerosité et la détermination des causes de la violence déterminent l'orientation du traitement soit en externe ou en transférant le client en interne pour une période indéterminée.

Pour certains thérapeutes, la clientèle du tribunal n'est pas plus agressive et ne représente nullement une menace pour le médecin traitant. Tout semble dépendre de la relation entre le thérapeute et son client.

Encore là dépendant du type de contact que t'as, euh...que les patients viennent de prison ou pas, si ils ont une bonne relation de confiance avec le thérapeute, c'est pas vers ces personnes là qui vont, qui vont, qui vont souvent se défouler, tsé, au contraire ils vont plutôt essayer de se raccrocher parce qu'ils ont, qu'ils ont pu grand chose là tsé. (Entretien E, page 5).

La sécurité semble être un critère de départ d'une très grande importance. Cette unité thématique met accent sur l'importance de se protéger lors des rencontres. La violence ou menace de violence est quelque chose que les thérapeutes craignent et qui ajoute un poids à la pression déjà présente.

Je crois que le patient et le psychiatre doivent se sentir en sécurité. Euh...la menace de violence détruit immédiatement l'entrevue. Au départ je dois m'assurer que l'environnement est sûr pour moi et pour le patient. Et si je ne suis pas certain, je dois terminer l'entrevue. Ca c'est une priorité. (Entretien C, page 5).

On semble cependant vouloir dire que tout dépend du délit qui a été commis ainsi que du type de problème psychiatrique avec lequel le client se présente. Les combinaisons possibles sont nombreuses et chacune d'entre-elles a un effet différent chez le thérapeute. Il en est de même pour le patient-criminel qui se présente en entrevue d'accueil avec une étiquette psychiatrique déterminée au préalable par une autre agence. Quoique les thérapeutes n'aiment pas parler d'étiquette, ils admettent toutefois qu'ils prennent souvent celle-ci en considération lorsque vient le moment d'évaluer les chances de succès de la thérapie. Voici les propos d'un des intervenants en santé mentale:

...j'aime pas parler d'étiquettes psychiatriques que, les criminels... si le patient, disons c'est un psychopathe ou un sociopathe...et puis si on regarde les statistiques on sait très bien que le taux du succès est très, très bas. (Entretien A, page 2-3).

Ces deux unités que nous venons de décrire ne sont que survoltées par les thérapeutes en rapport aux autres unités présentés dans nos entretiens.

"Le taux de succès" de la thérapie est une unité qui revient sans cesse et à quoi on rattache une très grande importance. Regardons l'opinion d'un thérapeute sur le sujet. "Tout dépend du diagnostique!" (Entretien C, page 6). "Pour le petit nombre qui accepte la thérapie, les résultats sont très euh...ambivalents et euh...ceux-ci sont les patients les plus difficiles à traiter." (Entretien C, page 2).

Rappelons que le taux de succès est souvent mis en étroite relation avec le diagnostique ou l'étiquette psychiatrique. Les thérapeutes sont unanimes à dire que tout dépend du diagnostique et que certains types de criminels sont plus difficiles à traiter que d'autres. Une fois que le type de problème psychiatrique est déterminé, il reste encore que la participation du patient-criminel aux sessions thérapeutiques peut influencer largement le taux de succès. Dans l'éventuelle possibilité que le client refuse l'aide du thérapeute, le pronostique est pauvre et demeure ainsi jusqu'à nouvelle attitude de la part du bénéficiaire.

Selon les thérapeutes, le système judiciaire leur remet la tâche de réhabiliter ou traiter le criminel et ce durant un laps de temps déterminé au préalable. Selon les propos tenus lors de nos entretiens, il semble que cette tâche repose lourdement sur les épaules des thérapeutes et a souvent comme résultat d'engendrer une pression. La pression est double car non seulement doivent-ils répondre aux exigences du système judiciaire mais souvent on prévoit une peine d'emprisonnement pour le client

dans le cas où la thérapie s'avère un échec. Un thérapeute nous fait part de ses sentiments:

...et puis évidemment on a l'impression aussi...euh, que peut-être que le système judiciaire compte...compte sur nous pour aider ce criminel là à se réhabiliter ou à être traité...alors...on peut ressentir ce...cette, cette exigence là comme une pression...pour nous autre de réussir...peut-être un peu plus qu'avec d'autres, d'autres patients même si on veut réussir avec d'autres patients y reste que...on...on doit répondre du traitement qu'on a essayé de faire avec ce patient là, et, et ça, ça représente une pression pour le thérapeute. (Entretien A, page 3).

On tente souvent de travailler avec tout le réseau social du patient-criminel. Le milieu et l'environnement de la clientèle devient l'outil principal sinon le seul qui mène vers la réinsertion sociale et la réadaptation du client. Un thérapeute mentionne que: "...Si il y a des choses qu'on ne peut pas travailler au plan individuelle, euh, à ce moment là je suis portée à me tourner vers le milieu du patient ou la famille..." (Entretien A, page 3).

Selon l'opinion des thérapeutes, le milieu est souvent carencé au niveau des relations affectives et très pauvre en ressources de tout genre. Malgré ceci il est quelquefois bénéfique de travailler avec la famille puisque celle-ci est en mesure de fournir de l'information pertinente sur le passé, présent et futur du client. De plus, l'environnement immédiat est souvent le seul que le client connaisse et accepte de transiger durant la thérapie.

Réussir la thérapie veut souvent dire qu'on a réussi à réadapter le patient-criminel en favorisant une réinsertion sociale. Pour ce faire, les thérapeutes doivent utiliser toutes les ressources disponibles du réseau social à leur disposition. La tâche est souvent difficile dû à la méfiance et aux préjugés de la société.

Et que dire des préjugés des thérapeutes face à la clientèle et au système judiciaire en général? Lors des entretiens, les professionnels de la santé mentale ont abordé ce sujet avec une très grande réserve. Cette unité thématique se résume à dire qu'il est important de déterminer au départ si le thérapeute a des préjugés face à son client et ou face au délit qui a été commis et cela dans le seul but de ne pas pénaliser le patient-criminel. Dans cette même ligne de pensée, il devient logique de donner le choix au thérapeute d'accepter ou de refuser de traiter la clientèle venant du tribunal. Le préjugé est perçu comme étant une barrière à surmonter et est quelquefois intimement lié à l'aspect dangereusité. Un intervenant en santé mentale nous dit:

...n'importe quel thérapeute devrait avoir le choix, plus ou moins, de dire "oui" j'accepte de voir tel patient. Parce qu'à ce moment là au moins, il n'a pas à surmonter ses propres préjugés ou sa propre...ou sa propre peur.
(Entretien A, page 5-6).

Ce qui constitue habituellement la première démarche de l'entretien thérapeutique est la tentative de contrôler les pulsions agressives du patient-criminel. Le travail sur le contrôle de l'agressivité en est un de longue haleine et forme la

base de plusieurs formes de thérapie. "...il y a certains criminels qui vont faire des gestes impulsifs, à ce moment là, la thérapie individuelle...on va...faut qu'elle vise sur la façon de contrôler ses pulsions agressives...". (Entretien A, page 6). Les thérapeutes qui s'engagent à aider leur client à maîtriser leur agressivité utilisent habituellement les théories behaviorales.

Les thérapeutes ont également discuté une forme de thérapie soit celle où l'on fournit au client un support moral. "Ils vont vouloir de l'appui. Ils vont vouloir du support". (Entretien D, page 2). Un autre nous dit: "Ce que je fais souvent c'est d'offrir du support...d'essayer de le supporter du mieux que je peux...". (Entretien F, page 6). Selon les thérapeutes, il semble important pour cette clientèle de se sentir encouragé dans leur effort et supporté à travers la démarche thérapeutique. Il semble qu'il est également de mise d'informer la famille et de leur fournir quelques directives concernant leur façon d'agir et de réagir face à certains gestes ou certaines attitudes du patient.

Une autre forme de thérapie souvent utilisée est de concentrer sur les forces personnelles du patient-criminel. Un thérapeute nous dit: "Je travaille au niveau personnel, individuel". (Entretien D, page 2). En accentuant ou en mettant en valeur tout ce qu'il y a de positif chez l'individu, on réussit à lui redonner confiance et à lui permettre de bâtir un futur à partir de cette base qui lui est propre.

Pour d'autres, l'approche idéale est de regarder le patient-criminel de façon globale et de le replacer dans son contexte. "...regarder la personne d'une façon globale. Pas la limiter à son délit. J pense que c'est ça que je veux dire".

(Entretien A, page 7). C'est seulement à ce moment là que la thérapie s'élargie et que le thérapeute choisit de traiter un autre aspect de sa personnalité. En somme, on revient à dire que le patient-criminel doit être traité comme les autres patients venant du système médical, non pas comme une personne ayant un problème mais une personne qui a des problèmes. Dans ce sens les thérapeutes ne font pas de différence entre la clientèle des deux systèmes.

Le type de thérapie utilisé ainsi que l'orientation qu'on lui donne est à la fois une unité thématique très large et discutée très superficiellement. Pour certains thérapeutes il s'agit au départ d'aller chercher une motivation. Pour d'autres, le patient-criminel est traité sans tenir compte du délit mais plutôt de ce qu'il vit présentement au niveau de ses émotions. Un thérapeute nous dit:

Mon rôle est d'aider le patient à se découvrir euh...à voir ses choix. Je travaille beaucoup au niveau des émotions, mais il faut au départ que le patient accepte de discuter ses émotions ou ce qui ne tourne pas rond dans sa vie.
(Entretien F, page 2).

Certains tentent d'aider leur patient à bénéficier le plus du système légal et médical. D'autres estiment que la meilleure façon est de permettre à leur clientèle de ventiler le plus possible sur ce qu'elle vit et ressent face à tout ce qui l'entoure et spécialement sur l'obligation de suivre une thérapie.

La prochaine unité thématique discutée lors des entretiens est l'avantage de partager une même clientèle. L'avantage pour le thérapeute n'a pas été explicité. On se limite à dire que

suite à la thérapie, on permet au criminel d'éviter une peine d'incarcération. "...l'avantage que je vois c'est que, on évite une peine d'incarcération...". (Entretien A, page 9). De plus, on donne la chance au patient-criminel de travailler les éléments de sa personnalité qui l'ont incité à commettre un délit.

Les désavantages de partager une même clientèle ne sont guère plus explicites. Il semble que le plus gros désavantage soit que le criminel ne participe pas à la thérapie de son plein gré. Etant un peu forcé à venir chercher un traitement, les thérapeutes remettent en doute l'efficacité de leur thérapie. Voici les propos d'un intervenant: "Si on veut parler des désavantages c'est que souvent la thérapie ne mène nulle part...". (Entretien F, page 7).

Les professionnels de la santé mentale mettent également en doute le type de traitement effectué en interne. Ceci nous amène à une autre unité thématique soit la prison. On doute énormément de la qualité ainsi que de la quantité des soins psychiatriques en milieu correctionnel. D'autre part, on tend à sympathiser avec les professionnels de la santé mentale qui pratiquent leur profession à l'intérieur des institutions correctionnelles. Un thérapeute mentionne:

Personnellement, je n'aime pas cet environnement là mais, j'apprécie et respecte ceux qui font le choix de travailler dans ces endroits. C'est une tâche très délicate. (Entretien C, page 3).

Arrêtons-nous un instant sur une prochaine unité soit celle où l'on a discuté la longueur de la probation habituellement mise à la disponibilité des thérapeutes. Les opinions sont diversifiées. Pour certains, le nombre d'heures allouées à la

thérapie est bien défini au départ et, à la fin de la période, on évalue le progrès. Le système judiciaire prend ensuite une décision en prenant en considération le rapport d'évolution du patient-criminel. Il semble que la période est souvent déterminée à un an ou deux de thérapie quelquefois simultanée aux travaux communautaires.

Certains thérapeutes admettent qu'ils ne connaissent pas la longueur de la probation de leur clientèle et qu'ils sont peu intéressés à connaître toutes les modalités. "...je ne connais pas la longueur de la probation de ma clientèle". (Entretien C, page 4). D'autres affirment que le patient-criminel accorde une plus grande importance à la longueur de la probation que les thérapeutes.

C'est certain que ceux qui sont plus ou moins motivés vont "toffer" leur deux ans puis après ça tu ne les reverra plus. C'est dans ce sens là que je parle là, que eux-autres vont se fier sur la limite de temps. (Entretien E, page 4).

De quelles façons les thérapeutes voient-ils leur responsabilité? Selon les intervenants en santé mentale, c'est souvent une responsabilité légale qui est beaucoup plus grande que la responsabilité qu'un thérapeute a envers un patient référé par son médecin de famille. Un thérapeute nous dit: "...je vais peut-être mettre plus d'effort dans les cas où ils sont référés par les tribunaux parce que à ce moment j'ai comme plus une responsabilité légale...". (Entretien B, page 7). D'autre part, le thérapeute attend que le patient soit prêt à participer activement à la thérapie. Comme il s'agit toujours d'une

imposition de la part du tribunal, le thérapeute tend à persévérer davantage à revoir son patient.

Dans les situations qui semblent être sans issue, certains thérapeutes parlent de leur choix de référer leur patient en milieu interne. Ceci semble être la meilleure alternative dans le cas où le patient-criminel nie tout ses problèmes et fait preuve d'une très grande résistance face à toute forme de thérapie. Selon les professionnels de la santé mentale, les unités internes de psychiatrie offrent des traitements et évaluent la clientèle de façon beaucoup plus complète. De plus, il semble que le personnel de ces unités détient les outils nécessaires pour travailler avec les gens qui résistent fortement au traitement. Voici les propos d'un thérapeute:

...j'ai plus tendance à le référer à des ressources plus euh, spécifiques, par exemple à l'unité de psychiatrie légale à la Royal à Ottawa où là vraiment c'est un traitement en interne où le patient euh...est vraiment évalué de façon beaucoup plus complète puis où, on a les outils pour travailler avec ce genre de résistance là. (Entretien B, page 3).

Notre prochaine unité thématique tente de jeter un peu de lumière sur le but du traitement de cette clientèle. Les thérapeutes admettent que dans de telles conditions, le but du traitement doit essentiellement être le même que celui du système judiciaire. Conséquemment, l'élimination de la récidive devient le but principal de la thérapie.

...le seul fait qu'il nous est référé du système, d'un autre système, à ce moment là on a...on,

on adopte, si tu veux, un but de ce système là, c'est-à-dire prévenir la récidive. (Entretien A, page 10).

De façon plus générale, les thérapeutes veulent aider le patient-client à devenir plus fonctionnel dans la société et faciliter sa réinsertion sociale. Dans ce sens, le but est sensiblement le même que pour les patients référés par une agence du système médical.

Une autre facette dont les thérapeutes tiennent compte dans le traitement des criminels psychiatisés est le degré de souffrance du patient. Il semble, selon les professionnels de la santé mentale, que plus le niveau de souffrance est élevé, plus la clientèle participera activement à la thérapie. Voici un extrait du discours d'un intervenant:

Quelquefois il y a de la dépression aussi, c'est peut-être à ce moment là, euh...les cas où le pronostique est meilleur. C'est une détresse, une souffrance qui est plus...plus avouée... (Entretien B, page 7).

Habituellement, la clientèle référée par le tribunal est très en colère contre le système et le degré de détresse est très bas ou peu apparent. Dans un cas semblable, le thérapeute doit chercher une souffrance quelconque qui se cache sous la carapace de son patient. Certains thérapeutes avouent qu'il est plus facile de travailler avec un type de clientèle en particulier. La raison semble être reliée au "background" du traitant en psychiatrie.

Comme nous avons mentionné plus haut, plusieurs patients-criminels sont en colère contre le système judiciaire. Tout semble être la faute des autres. Toutes les figures représentant une certaine autorité deviennent les ennemis. Le criminel psychiatrisé devient en quelque sorte la victime du système judiciaire et médical. Selon les thérapeutes, la clientèle doit en premier lieu outrepasser cette colère pour être en mesure d'établir une relation de confiance avec son thérapeute.

...c'est pas facile parce que évidemment c'est une carapace là, souvent qui, qui date de plusieurs années alors c'est pas facile de percer ça surtout quand ils arrivent déjà très en colère...
(Entretien B, page 3)

Les patients-criminels ont tendance à être méfiants. Ayant déjà été jugés par le système judiciaire, c'est un peu comme s'ils s'attendaient à être également jugés par le système médical. En l'occurrence, leur méfiance s'étend à toute figure d'autorité. Un des thérapeutes a glissé quelques mots à ce sujet:

C'est des gens qui se méfient peut-être plus. O.K. Comme ils ont déjà été jugé pour quelque chose qui souvent eux-mêmes croient pas aussi grave là, que l'action qu'ils ont porté, ils ont toujours peur qu'on ne soit pas de leur bord, qu'on prenne plus pour eux...bon soit le tribunal euh...les agents de probation, qu'on soit là pour leur dire "t'es pas correct", "t'es pas fin".
(Entretien E, page 3).

En clinique psychiatrique externe, un problème très courant et typique de la clientèle du système judiciaire est la négligence de se présenter au rendez-vous. Il est fréquent de ne plus revoir

le client après la première rencontre soit l'entrevue d'accueil. "Depuis que je travaille ici, la clientèle que j'ai eue, venant du tribunal, euh...plusieurs ne sont venues en thérapie qu'une ou deux fois et ensuite disparaissaient. Je croirais que ceci est typique". (Entretien C, page 4). Selon les thérapeutes, la procédure à suivre dans de tel cas est de communiquer avec l'agent de probation pour tenter d'établir un plan thérapeutique différent.

Nous pouvons décrire les deux prochaines unités thématiques comme étant intimement reliées. La protection du thérapeute contre les déceptions est complémentaire aux attentes que celui-ci a auprès de sa clientèle et de sa thérapie. Dans le cas où la référence provient du système judiciaire, le thérapeute a tendance à diminuer ses attentes parce que, par expérience, il craint que le changement dans le comportement de son client soit très minime. En diminuant ou ré-orientant ses attentes au niveau de l'intensité de la relation patient-thérapeute ainsi qu'en terme de résultat, les professionnels de la santé mentale se protègent contre les déceptions et les échecs. Examinons les propos d'un thérapeute:

...quelqu'un qui vient du tribunal...forcément j'ai tendance, presque spontanément là à diminuer mes attentes. c'est-à-dire, bon O.K. euh...ça va être probablement du court terme, et puis euh...jusqu'à quel point il va vraiment y avoir des changements, ben à ce moment là j'ai comme tendance à me dire, bon, ça va être sûrement plus limité comme changement. (Entretien B, page 4-5).

Les thérapeutes parlent d'impasse. Le sens donné à ce mot relève du fait que le client décide la fréquence de ses rendez-

vous et, souvent, il est impossible, sinon très difficile pour le thérapeute d'offrir une thérapie appropriée si la fréquence des rencontres est trop espacée. On mentionne lors des entretiens qu'on ne peut pas exiger une ou deux rencontres par mois si le client ne le veut pas. Les thérapeutes ont l'impression de perdre leur temps et de faire perdre le temps à leur clientèle. D'autre part, la rareté des rendez-vous donne de pauvres résultats, et, on a l'impression de "perdre son temps" également. Les propos d'un de nos intervenants illustrent bien cette ligne de pensée:

Puis dans les cas de probation, ben, un an ça passe vite quand, quand le patient y veut pas venir plus souvent qu'au deux mois là...Puis je ne peux pas non plus euh...je ne peux pas le forcer, lui dire je veux que tu viennes plus souvent...en quelque part on va perdre notre temps aussi parce que lui il va m'en vouloir de l'obliger à ça pis, c'est comme une impasse à ce moment là... Alors il faut quand même que je suive un peu...la direction du patient...J'ai comme pas le choix à ce niveau là, là sinon ça va être...ça va être une perte de temps pour tout le monde là... (Entretien B, page 6).

Notre prochaine unité traite du ressentiment que la clientèle développe vis-à-vis du thérapeute. Dans le cas où le thérapeute fait preuve d'une plus grande fermeté concernant la fréquence des rendez-vous, il semble faux de croire que ceci facilite la prise de conscience chez le client et le désir de s'impliquer sérieusement à la thérapie. L'insistance et la persévérance a souvent un effet contraire auprès de la clientèle criminelle.

...c'est pas juste le fait que lui y vienne à chaque semaine qu'un moment donné y va développer euh...une prise de conscience. Ce qui va, au contraire, développer du ressentiment contre moi...je perd mon temps. (Entretien B, page 6).

Malgré ceci, la persévérance semble faire partie de la thérapie. C'est un peu comme si elle était une étape obligatoire que les thérapeutes doivent franchir pour ensuite amorcer une étape intermédiaire. Si on en tient au propos des thérapeutes, il semble que ceux-ci parlent de persévérance un peu comme si cette tâche leur était assignée par le système judiciaire.

Chez le genre de patient qui vient par rapport au tribunal je vais peut-être à ce moment là, persévérer un peu plus dans le sens: je veux te revoir dans, dans un mois...Quelquefois je vais confronter aussi le patient. Je vais dire ben, c'est ça que...c'est ça qui s'est passé, t'as beau le nier euh, les faits sont là. Mais encore là sans grand espoir qui, qui ait quoi que ce soit qui se passe. (Entretien B, page 7).

...le patient qui m'arrive puis qui dit ben, c'est tout les autres qui sont malades, ben, je vais quand même m'essayer un peu plus que le gars qui dit: "C'est mon médecin de famille qui m'a référé puis je ne sais pas ce que je viens faire ici". (Entretien B, page 7).

Dans ce sens, la confrontation prend un peu le même sens que la persévérance. Le thérapeute choisi de confronter son patient dans le but d'amorcer le processus de prise de conscience.

La confrontation se fait sous forme de discussion en accentuant sur des faits concrets qui relèvent du délit et de la personnalité du client. Cette procédure a souvent pour effet de développer chez le client un sentiment de colère et de haine envers le thérapeute.

Tenter de rendre le patient responsable de ses propres actes est un genre de confrontation que les thérapeutes utilisent fréquemment. Ceci est souvent fait dans le but d'aider le patient à accepter sa situation pour ensuite tenter de l'améliorer. Les propos suivants sont un extrait du discours tenu par les thérapeutes.

...j'oriente mes questions dans le sens plus, plus précis à savoir, c'est quoi que tu viens chercher ici. Penses-tu que, avec tout ce qui t'es arrivé, euh...en quelque part ça concerne toi. Que c'est pas juste les autres...Puis développer un "awareness" là...une responsabilité de ses propres actes. (Entretien B, page 8).

La prochaine unité thématique traite de la relation intervenant-patient. Par le fait que la clientèle soit référée involontairement, il semble que les thérapeutes perçoivent un changement à l'ambiance et aux caractéristiques de la relation intervenant-patient.

Euh...Ce qui arrive souvent c'est que la clientèle référée par le tribunal est souvent en colère contre tous les systèmes y compris le système médical. Et moi je me retrouve comme étant une personne représentant l'autorité. Ceci influence beaucoup le type de relation entre le thérapeute et le client. (Entretien F, page 4).

On croit qu'une des raisons qui pourraient expliquer ce changement est l'absence d'un consentement mutuel. Autant pour le patient que pour le professionnel de la santé mentale, il semble difficile d'amorcer une thérapie dans de telles conditions. Comme le mentionne un thérapeute:

Il est très difficile pour eux...
 euh... d'entrer en relation avec
 un psychiatre, d'autres ne veulent
 rien savoir et, même s'ils le
 veulent, le fait est que certains
 éléments coercitifs viennent
 détruire toutes possibilités
 d'alliance thérapeutique.
 (Entretien C, page 2).

L'alliance thérapeutique qui pourrait se développer entre le patient et médecin est souvent perçue comme étant nulle. Pour certains thérapeutes, le défi est souvent de former cette alliance. Cette unité thématique est souvent décrite comme étant le pivot qui détermine l'échec ou la réussite de la thérapie. Lors des entretiens, les thérapeutes ont également discuté la mise au point qui est faite avec le patient-criminel en ce qui concerne les raisons et les implications de la référence en clinique psychiatrique externe. On tend à définir les rôles de chacune des parties et surtout à spécifier les attentes et les exigences de chacune. Un thérapeute nous dit:

...on doit s'assurer que la
 référence provient soit du juge ou
 de l'officier de probation et, si
 c'est le cas, la rencontre avec le
 patient n'a peut-être pas lieu
 pour le bénéfice du patient mais
 plutôt pour le bénéfice d'une
 troisième partie. Il est
 important d'établir clairement, au
 début de l'entrevue avec le

patient, les motifs de consultation et...ce qui est anticipé entre le patient et le docteur, dans ce cas le psychiatre, n'est peut-être pas fait dans le but de satisfaire les meilleurs intérêts du patient. (Entretien C, page 1-2).

L'unité qui revient fréquemment lors des entretiens avec les professionnels de la santé mentale est l'aspect contradictoire qui existe entre le système judiciaire et médical. Certains thérapeutes partagent l'idée que les deux systèmes fonctionnent sur des principes fondamentaux et des valeurs différents. On soutient qu'à l'intérieur du système pénal, le principe en est un de compétition des intérêts et que chaque partie se défie l'une et l'autre avec l'idée que la vérité viendra en prouvant que l'adversaire est en faute.

Selon les thérapeutes, le principe est différent à l'intérieur du système médical. On met accent sur la coopération mutuelle et l'aide volontaire. Le patient est toujours libre d'accepter ou de refuser un traitement en autant qu'il ne met pas sa vie ou celle des autres en danger. Le problème qui semble faire surface est qu'un système ne comprend pas l'autre et vice versa. Voici un extrait du discours qui traite cet aspect.

...étant donné que ces individus n'ont pas le désir d'être ici, c'est une vraie contradiction et c'est souvent ce que la justice criminelle ne comprend pas. Il peut référer "naivement" des gens à un professionnel de la santé mentale, à un psychiatre, pensant qu'ils peuvent être "guéris". Il est rarement utile de référer quelqu'un pour une thérapie en santé mentale si la personne ne veut pas de traitement. (Entretien C, page 4).

Un autre point discuté lors de nos entretiens est le travail supplémentaire imposé par le système judiciaire suite à une référence en psychiatrie externe. Les thérapeutes doivent fournir périodiquement des rapports d'évaluation sur le patient-criminel. Les lettres pour l'avocat ou l'agent de probation doivent être précises et les contacts fréquents. Au niveau du dossier médical, les notes d'évaluation doivent être brèves, précises et toujours en fonction d'un éventuel témoignage au tribunal. Il semble important de rapporter exactement ce que le patient-criminel dit plutôt que de faire des interprétations. Par expérience, les thérapeutes savent que toute interprétation est inacceptable au tribunal. Quelques intervenants en médecine mentale nous donnent leurs avis sur le sujet:

Ma réaction est un peu différente dans le sens que souvent tu vas avoir affaire à, à avoir des contacts avec soit l'avocat, soit, euh, tu vas savoir qu'il y a un procès, tu vas avoir des lettres, des évaluations à faire. (Entretien D, page 1).

...ça nous oblige à l'occasion de communiquer avec les agents de probation, donner des rapports,... (Entretien E, page 1).

...au niveau du dossier de, de consigner plus nos notes, d'être peut-être plus bref, plus précis dans les notes qu'on marquent parce que tu peux facilement être appelé à aller en cour pour témoigner. (Entretien E, page 2).

Les thérapeutes font mention à un autre type de demande cette fois-ci venant de la part des patients eux-mêmes. Cette unité thématique décrit les demandes et les attentes de la

clientèle référée en psychiatrie externe. Certains sont à la recherche d'un appui ou d'un support dans le système médical. D'autres demandent aux thérapeutes de les aider à faire taire le système judiciaire par des lettres ou évaluations de bonne conduite. Certains "jouent" le jeu du bon patient. D'autres sont vraiment en détresse et ne savent plus vers qui se retourner. Les thérapeutes disent que la ressource est disponible et qu'on l'utilise à tous les niveaux.

...tu le suis en thérapie pis en même temps tu te rend compte qu'il a des besoins,... (Entretien D, page 2).

Ils vont vouloir de l'appui. Ils vont vouloir du support. Ils vont vouloir euh...des évaluations de bonne conduite. Ils vont vouloir euh...qu'on écrive une lettre pour qu'on calme le système pour eux-autres parce qu'ils sont menacés par ça... (Entretien D, page 2).

Finalement, la dernière unité mentionnée par les professionnels de la santé mentale est le stress auquel ils doivent faire face lors des rencontres avec la clientèle référée par le système judiciaire. Pour certains, le danger de violence ou d'agression est suffisant pour augmenter le niveau de stress. "Il y a toujours une menace de violence en "dealant" avec cette clientèle et...ceci entraîne du stress". (Entretien C, page 5). De plus, les attentes et demandes du système judiciaire semblent ajouter beaucoup de pression.

Ceci termine la description de chaque unité thématique mentionnée et discutée par les thérapeutes lors de nos entretiens. Ces unités forment l'ensemble du matériel que nous avons recueilli et que nous prévoyons utiliser pour faire notre synthèse. Avant

de débiter cette dernière étape, nous avons regroupé toutes les unités thématiques sous cinq grands thèmes que nous allons maintenant décrire.

REGROUPEMENT SOUS CINQ THEMES

Nous avons regroupé sous un premier thème toutes les politiques du système pénal et du système médical en incluant les unités thématiques qui traitent de L'OPINION DES THERAPEUTES SUR LE MANDAT ET LES EXIGENCES DE CHACUN DE SES SYSTEMES. Mentionnons brièvement que les professionnels de la santé mentale ont discuté l'exigence de probation en terme de limite de temps pour effectuer la thérapie ainsi que de la façon dont ce temps limite est perçu. Nous avons également relevé certains propos reliés à la compréhension du système pénal vis-à-vis les politiques du système médical concernant l'étendue et la profondeur de la relation thérapeutique. En terme d'exigence, ajoutons à notre liste les remarques concernant le travail supplémentaire que le thérapeute doit effectuer lorsque la référence vient du système pénal, en incluant l'éventuelle possibilité d'un témoignage au tribunal.

A l'intérieur de ce thème, nous incluons également tous les enjeux découlant de la référence obligatoire ainsi que le débat sur le choix du thérapeute d'accepter ou de refuser un patient-criminel. Tous le matériel qui traite de l'interaction entre les deux systèmes lorsqu'une même clientèle y est en cause sera l'objet de notre premier thème.

Il relève également de ce même groupe toutes les opinions sur les avantages et désavantages de partager une même clientèle. Ajoutons à cette liste la responsabilité légale du thérapeute face à son client et surtout face au tribunal. En somme, l'interaction, les comparaisons, les contradictions et les

confrontations entre le système pénal et le système médical constituent l'objet de notre premier thème.

Le deuxième thème que nous avons retenu est un peu L'ETUDE DU THERAPEUTE A L'INTERIEUR DE SON MILIEU DE TRAVAIL. Toutes les unités traitant du vécu des professionnels de la santé mentale en tant qu'intervenant auprès d'une clientèle criminelle psychiatisée seront regroupées sous ce même thème.

Nous avons décrit antérieurement l'importance accordée par les thérapeutes à l'aspect dangerosité du patient-criminel. Le souci face aux possibilités d'agressions physiques ou verbales ainsi que toutes les préoccupations concernant la sécurité à l'intérieur du milieu de travail forment le noeud de notre deuxième thème. Ajoutons à ceci les unités sur les préjugés que les thérapeutes ont vis-à-vis la clientèle criminelle d'une part et, face au système judiciaire d'autre part.

Certains thérapeutes ont discuté l'importance accordée au type de délit commis en rapport aux choses qu'ils vivent intérieurement lors des entretiens avec leur client. Ce qui nous intéresse ici est la façon dont le thérapeute réagit face à un patient-criminel qui a commis un délit. Nous incluons sous ce deuxième thème toutes les unités thématiques qui traitent de la relation thérapeute-patient ainsi que de l'alliance thérapeutique qui s'y rattache. Mentionnons que le contact avec le patient-criminel, l'acceptation de ce type de clientèle, la relation de confiance qui est en jeu et finalement la figure d'autorité que représente le thérapeute sont un ensemble de facteurs qui influence la façon dont sera vécue la relation thérapeute-client.

Nous incluons également sous ce thème la façon dont les thérapeutes vivent la relation coercitive avec leurs patients lors

des entretiens thérapeutiques. Ajoutons à ceci les unités traitant du vécu des thérapeutes suite aux pressions venant des deux systèmes en cause. Le stress, résultant d'un ensemble de facteurs, y est également inclus. En résumé, le deuxième thème cède la place au vécu du thérapeute toujours en rapport avec la clientèle du système judiciaire.

Le troisième thème traite uniquement DU PATIENT-CRIMINEL ET DE SON IDENTITE TEL QUE PERCUE PAR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE MENTALE. Nous sommes à la recherche des unités thématiques qui nous donnent une vue d'ensemble sur les motifs de consultation, coercitifs ou non, les attentes et les besoins de la clientèle. Les thérapeutes ont tendance à croire que la raison première de consultation est surtout basée sur une obligation venant du système judiciaire. La participation est donc souvent coercitive et non volontaire. Selon les thérapeutes, les patients-criminels sont souvent en colère contre le système pénal et ne sont nullement motivés à s'impliquer dans un autre système. Il semble que la clientèle est méfiante et s'engage dans une thérapie pour le temps suggéré seulement.

Cependant, les professionnels de la santé mentale ont conscience que le patient-criminel porte deux étiquettes soit celles de "criminel" et "individu avec problème psychiatrique". Le patient-criminel tel que perçu par les thérapeutes est aussi un individu en détresse et qui souffre énormément sous sa carapace de dur et d'insensible à la douleur. Le patient-criminel est aussi un individu en quête d'appui et de support. Les thérapeutes ont tendance à croire que la psychiatrie est une ressource disponible que toute personne a le droit d'utiliser.

Le quatrième regroupe toutes les unités thématiques qui traitent de L'ORIENTATION DU TRAITEMENT DES CRIMINELS

PSYCHIATRISES EN CLINIQUE EXTERNE. Ce thème englobe plusieurs niveaux et son étendue est très vaste. Nous avons inclus sous ce thème les différences et similitudes dans le traitement ainsi que les obstacles dans le déroulement de la thérapie. Toutes les méthodes d'intervention utilisées lors des rencontres thérapeutiques sont également regroupées sous ce quatrième thème.

Le problème de motivation et de résistance face au traitement constitue le premier obstacle au bon déroulement d'une thérapie. Les thérapeutes doivent persister et modifier leur façon d'aborder le patient criminel. Il semble que l'implication personnelle de cette clientèle est moindre que les patients référés par le système médical. Conséquemment, les thérapeutes font face à un problème d'assiduité aux rendez-vous.

D'autre part, les professionnels de la santé mentale remarquent que leur thérapie est basée sur les forces personnelles de leur client. On tend à regarder l'ensemble de l'individu et à chercher une motivation intérieure. Certains thérapeutes tentent de responsabiliser le patient-criminel et de le confronter à la réalité. D'autres travaillent à la réinsertion et à la réadaptation sociale de leur client. L'évaluation du patient, le contrôle des pulsions agressives et la thérapie de support sont quelques démarches fréquemment utilisées par les thérapeutes. Les méthodes d'intervention sont multiples et les buts anticipés diffèrent d'un thérapeute à l'autre.

L'attitude des professionnels de la santé mentale vis-à-vis de leur travail avec la clientèle venant du système judiciaire est plutôt négative. On parle de défi et d'impasse.

Le cinquième et dernier thème regroupe les unités concernant LE PRONOSTIQUE ET LES SOLUTIONS DE RECHANGE. On fait

en quelque sorte une évaluation de la thérapie et on discute le taux de succès en rapport avec le diagnostique établi au préalable. Certains thérapeutes suggèrent une référence en milieu psychiatrique interne. D'autres parlent d'institutionnalisation dans le cas où la résistance à la thérapie est trop élevée et que les exigences du système judiciaire ne peuvent être remplies. Ce thème est un peu la conclusion que les thérapeutes font sur les entretiens thérapeutiques avec une clientèle criminelle.

CONCLUSION

Cette description nous a donné un aperçu des différentes opinions et attitudes concernant l'implication des thérapeutes en psychiatrie dans les procédures du système pénal. Nous croyons que cette description est représentative de l'ensemble des propos tenus lors de nos entretiens et reflète la dynamique actuelle entre le système judiciaire, le système médical et la clientèle. Dans le prochain chapitre, nous reprendrons ce discours en lui donnant un sens plus large et différent. Nous serons alors en mesure de mieux comprendre la rationalité dans le traitement des criminels psychiatisés.

CHAPITRE V

SYNTHESE ET REFLEXION

CHAPITRE V: SYNTHÈSE ET RÉFLEXION

UN NOUVEAU DISCOURS; UNE NOUVELLE RÉALITÉ

Jusqu'ici nous avons rapporté les propos tenus par quelques intervenants en santé mentale et nous avons, en quelque sorte, procédé à une décomposition de chacun des entretiens. Ceci nous a permis deux choses. D'une part, cette description synchronique de chacune des unités thématiques nous a permis de reconstituer la logique de chacun des entretiens. D'autre part, en plus d'avoir permis cette reconstitution, la catégorisation de tous les éléments discutés par les intervenants en santé mentale a fait naître un deuxième discours, celui-ci étant différent et très implicite.

Ce nouveau discours, masqué par le langage professionnel, se distingue de l'autre par son mutisme et sa propriété de refléter des sentiments inexprimés. C'est la description de notre matériel qui a suscité, progressivement, l'éclosion de quelques interprétations concernant l'opinion et l'attitude de quelques intervenants en santé mentale qui, dans notre étude représente l'ensemble des professionnels au service d'une clientèle criminelle psychiatisée. Nous croyons que ce nouveau discours pourrait être un raisonnement inconscient de la part des intervenants et, nous nous proposons dans cette partie, de formuler quelques interprétations basées seulement sur notre matériel recueilli lors de nos entretiens.

Nous avons noté que notre étude a permis une certaine ventilation d'attitudes et d'opinions concernant la prise en charge d'une clientèle criminalisée en milieu psychiatrique externe. De plus, nous croyons avoir permis une conscientisation de l'ampleur des difficultés résultant d'un plan thérapeutique

coercitif. Nous ne prétendons pas que les intervenants en santé mentale n'ont jamais manifesté auparavant leur désaccord avec les procédures du système pénal ou leurs difficultés à transiger avec leur clientèle. Toutefois, nous estimons que le discours professionnel des intervenants camouffle certaines peurs, préjugés et obstacles concernant l'interaction du système judiciaire et médical. Autrement dit, certaines opinions à l'égard du chevauchement des deux systèmes sont laissées dans l'ombre et ne constituent pas l'objet du discours que nous avons recueilli lors de nos entretiens.

Dans la partie descriptive de l'analyse, nous avons regroupé sous cinq thèmes toutes les unités thématiques mentionnées lors des entretiens. Le premier thème que nous avons décrit traitait de l'opinion des thérapeutes sur les politiques du système judiciaire et du système médical ainsi que les exigences de chacun de ses systèmes. Nous avons remarqué que les professionnels de la santé mentale ont tendance à comparer, implicitement, les deux systèmes; non seulement au plan des procédures mais surtout au plan des relations avec leurs clientèles respectives.

D'après le discours tenu par les thérapeutes, il nous semble qu'une des différences entre les deux systèmes est située au niveau des procédures de renvoi. Les références venant du système judiciaire sont obligatoires pour la clientèle en contraste avec le système médical qui fait appel aux intervenants en psychiatrie seulement si le client en manifeste le désir. En tenant compte de certains propos tenus par les thérapeutes, nous avons cru comprendre que la problématique concernant les difficultés dans le traitement des criminels psychiatisés prenait racine suite à cette référence obligatoire. Voici quelques extraits qui nous permettent d'affirmer ces propos.

...on sait tout de suite que ce n'est pas une chose volontaire de la part du patient. Donc, ce qui veut dire, ça peut poser un problème de motivation. (Entretien A, page 1).

...premièrement ces patients sont des gens qui sont référés contre leur bon vouloir. Ceci, par définition change complètement l'ambiance et les caractéristiques de la relation docteur-patient... (Entretien c, page 1).

Quoique notre matériel ne nous permet pas de déterminer en quoi consisterait un bon traitement et que le but de notre recherche n'est pas d'évaluer les pratiques des intervenants, nous croyons qu'il est probable que le mode de référence, obligatoire dans ce cas, constitue un obstacle à la mise en application des procédures de base d'une intervention psychiatrique.

Effectivement, les thérapeutes mettent beaucoup de poids sur l'aspect "obligatoire" pour expliquer les difficultés dans le traitement. D'autre part, il semble possible qu'un patient soit référé par le système judiciaire et qu'il reconnaisse avoir besoin d'aide. Dans un tel cas, l'aspect "obligation" n'a plus cet effet de causer un problème au niveau du traitement. Un thérapeute affirme: "Par contre, si le patient veut être traité, là c'est pareil". (Entretien F, page 5). Ce discours nous amène à croire que l'obligation de se soumettre à une thérapie a un effet néfaste si elle est jumelée à un manque de désir de la part de la clientèle. De cette façon, la référence obligatoire n'est plus la seule raison qui détruit toute possibilité de traiter.

Un thérapeute nous dit: "La seule chose que je sais au départ c'est que venant du système judiciaire, j'ai pas le choix".

(Entretien E, page 8). L'aspect "obligation" prend alors une toute autre forme. Ce sont également les intervenants en santé mentale qui subissent, sous différents aspects, les effets d'une référence de la part du système judiciaire. Sous cet angle, l'aspect obligatoire de la référence a également un impact au niveau du traitant. On ne peut plus alors prétendre que seule la soumission de la clientèle détermine l'orientation du traitement. On se doit d'ajouter l'interférence du traitant en tenant en ligne de compte l'exigence du système judiciaire.

Conséquemment, deux parties (thérapeute-client) se rencontrent suite à la décision d'une troisième partie (système judiciaire). Le discours des thérapeutes tend à nous laisser croire que lorsque la clientèle est peu motivée, les résultats sont moindres. Par exemple: "...parce que le tribunal le force à consulter, ben, ça fait, ça fait...ça fait des résultats euh...à court terme..." (Entretien B, page 1). Nous soupçonnons que l'obligation à laquelle sont soumis les thérapeutes a peut-être une influence toute aussi importante sur leur propre comportement et attitude lors des entretiens thérapeutiques. Nous croyons que le fait de traiter sous une pression et suite à une obligation peut effectivement avoir un impact tout aussi important sur les résultats et les caractéristiques de la relation.

Nous pouvons expliquer cette affirmation en faisant un parallèle entre la situation du criminel psychiatisé et celle des intervenants. Les deux subissent les décisions du système judiciaire et selon les propos des thérapeutes en rapport avec leur attitude vis-à-vis le criminel psychiatisé, nous avons tendance à croire que l'obligation de traiter ou le traitement obligatoire peut effectivement avoir des répercussions sur la clientèle.

Les thérapeutes nous disent qu'ils ont tendance à diminuer leurs attentes lorsque le patient est référé par le système judiciaire.

Instantanément lorsque je reçois une référence venant du système légal, j'ai un peu tendance là...à me dire que tout ça mènera nulle part. (Entretien F, page 4).

...je vais ré-orienter mes attentes souvent aussi à ce niveau là, c'est-à-dire que quelqu'un qui vient du tribunal...forcément j'ai tendance, presque spontanément à diminuer mes attentes. C'est-à-dire, bon O.K. euh...ça va être probablement du court terme, et puis euh...jusqu'à quel point il va vraiment y avoir des changements, ben à ce moment là j'ai comme tendance à me dire, bon, ça va être sûrement plus limité comme changement. (Entretien B, page 4-5).

Spontanément c'est le genre de...réactions que j'ai là comme...bon O.K... c'est pas comme un patient qui se réfère lui-même qui dit je veux vraiment changer euh...ça, ça, ça, ça. Le tableau est très très différent puis moi forcément, je, je m'ajuste là au niveau de mes attentes,... (Entretien B, page 5).

...Disons que ça c'est plus par rapport à...mon contre-transfert immédiat si on peut dire qui fait que je me protège moi aussi, pour pas être déçu. (Entretien B, page 5).

L'attitude adoptée par les intervenants en santé mentale pourrait-elle être une raison suffisante pour compromettre non seulement la qualité de la relation thérapeutique mais également avoir un impact sur les résultats?

Le discours des thérapeutes nous laisse croire qu'il existe un lien étroit entre le traitement involontaire et la non motivation de la clientèle. "... on sait tout de suite que ce n'est pas une chose volontaire de la part du patient. Donc, ce qui veut dire, ça peut poser un problème de motivation". (Entretien A, page 1). A notre avis, ce discours est une façon déguisée de nous dire que ce lien existe également en rapport avec le traitant. L'obligation de traiter pourrait diminuer la motivation de la part du thérapeute. Nous croyons que la diminution des attentes est la preuve non seulement qu'il est difficile de traiter la clientèle judiciarisée mais aussi qu'un processus mental au niveau conscient s'effectue suite à une référence obligatoire.

Cette dynamique nous apparaît simple et à la fois compliquée. Simple parce qu'elle semble logique, rationnelle. Compliquée parce qu'elle soulève un problème d'une toute autre dimension. Comme le mentionne un des thérapeutes:

...on doit s'assurer que la référence provient soit du juge ou de l'officier de probation et, si c'est le cas, la rencontre avec le patient n'a peut-être pas lieu pour le bénéfice du patient mais plutôt pour le bénéfice d'une troisième partie. (Entretien C, page 1-2).

D'où le soupçon que les professionnels de la santé mentale n'exercent leurs fonctions que pour satisfaire les exigences d'un autre système, en l'occurrence le système judiciaire. Admettre que le patient n'en retire peu de bénéfices c'est aussi admettre que le traitement n'a plus sa raison d'être.

Nous croyons qu'effectivement l'attitude des thérapeutes dénonce une difficulté dans le traitement. Cette difficulté est un fait connu et discuté entre les intervenants et leurs clientèles et, d'après les propos de quelques thérapeutes, ceux-ci ne cherchent pas à cacher les limites de leur intervention thérapeutique.

Habituellement je demande au patient la raison, pourquoi il se présente ici, et si la raison n'est pas basée sur ses propres besoins, je leur explique que je peux leur offrir très peu. (Entretien C, page 3).

Quelquefois je vais confronter aussi le patient. Je vais dire ben, c'est ça que...c'est ça qui s'est passé, t'as beau le nier euh, les faits sont là. Mais encore là sans grand espoir qui, qui ait quoi que ce soit qui se passe. Je vais souvent référer en interne plus souvent qu'autrement. (Entretien B, page 7).

Ceci nous pousse à croire que la thérapie obligatoire est un moyen efficace pour faire taire le système pénal. A la limite le succès n'a plus d'importance. Ce qui compte est de ne pas refuser la référence quels que soient les résultats anticipés. Tout devient alors un espèce de jeu individuel et à la fois collectif qui se joue entre les trois parties impliquées. La répétition d'un mauvais résultat prouve la réalité de la difficulté à traiter et cette difficulté non dénoncée à la source, en l'occurrence au système judiciaire, laisse croire que le but du traitement n'est que de satisfaire un autre système sans avouer qu'un problème existe. On tend à garder sous silence un dilemme qui ne peut être résolu que par la dénonciation d'un problème réel.

Nous croyons que le système judiciaire est laissé dans l'ombre et ne connaît pas la dynamique actuelle entre les intervenants en santé mentale et la clientèle qu'il réfère. C'est croire qu'il existe une complicité entre les deux parties qui subissent les exigences du système pénal conséquemment les thérapeutes et la clientèle criminelle psychiatisée. Complice à satisfaire les exigences du système judiciaire et complice à laisser croire en une éventuelle réhabilitation.

Parce que c'est ça l'ultime raison sous-jacente à la référence. Notre système de justice s'attend à ce que les intervenants en psychiatrie "réhabilitent" le criminel. Le discours des intervenants suggère que cette demande est impossible à remplir et selon les propos tenus par les intervenants, nous croyons que ce message est transmis à la clientèle.

Il est important d'établir clairement, au début de l'entrevue avec le patient, les motifs de consultation et... ce qui est anticipé entre le patient et le docteur, dans ce cas le psychiatre, n'est peut-être pas fait dans le but de satisfaire les meilleurs intérêts du patient. (Entretien C, page 2).

Le problème serait que ce message n'a pas encore atteint les responsables de cette dynamique.

Cette complicité nous semble encore plus évidente suite à des propos réduisant au minimum toute situation potentiellement conflictuelle entre le thérapeute et la clientèle criminelle. Sans faire une évaluation des pratiques thérapeutiques, nous croyons qu'une clientèle qui s'implique superficiellement dans le

sens qu'elle assiste à quelques rendez-vous, qu'elle demande du support moral ou qu'elle cherche un moyen de transiger avec le système judiciaire, est une clientèle qui, d'ailleurs tout comme les intervenants, remplit les exigences du système pénal sans que l'on puisse parler de réhabilitation. Cette situation pourrait être conflictuelle au niveau du déroulement de la thérapie dans la mesure où l'intervenant interpréterait cette dynamique comme étant un manque de motivation de la part de la clientèle criminelle. Nous avons tendance à croire que l'intervenant en santé mentale qui ne voit aucun problème à l'intérieur d'une telle dynamique prouve qu'une complicité implicite existe entre les deux parties. Examinons un peu les propos d'un intervenant concernant l'hypothèse que nous avançons:

Mais, quand tu as des gens qui sont pris au niveau légal, il vont rechercher un appui dans notre système à nous autres. C'est comme beaucoup de gens vont essayer d'avoir de l'appui de nous autres par rapport à comment faire face au système légal. Ils vont vouloir de l'appui. Ils vont vouloir du support. Ils vont vouloir euh... des évaluations de bonne conduite. Ils vont vouloir euh... qu'on écrive une lettre pour qu'on calme le système légal pour eux-autres parce qu'ils sont menacés par ça tsé... Puis souvent ils vont jouer le jeu du bon patient... pour qu'au niveau légal ça soit pris euh... Ca fait que c'est une façon pour eux-autres de se servir aussi... de ça... tsé il l'utilise puis euh... c'est disponible donc c'est... c'est correct aussi. Ils utilisent tout ce qu'ils peuvent utiliser... c'est une ressource possible. (Entretien D, page 2-3).

Il n'en serait qu'un jugement de valeur de qualifier "d'incorrecte" une telle attitude de la part d'un professionnel en santé mentale. Nous nous questionnons plutôt sur l'aspect "réhabilitation" et surtout du sens que lui donne chacun des systèmes impliqués. Est-il possible que les intervenants en santé mentale interprètent différemment le concept de "réhabilitation" utilisé par les tribunaux?

Selon nos entretiens, nous croyons que les thérapeutes sont convaincus que le système judiciaire croit en une "guérison". Un thérapeute nous dit: "Ils peuvent référer "naivement" des gens à un professionnel de la santé mentale, à un psychiatre, pensant qu'ils peuvent être "guéris". (Entretien C, page 4). Du point de vue des intervenants, il semble que les résultats, positifs ou négatifs, sont plutôt interprétés en termes de changement. Un autre thérapeute nous dit:

Y en a qui ont besoin de médicaments comme les dépressifs, les psychotiques, ceux-là... tu vas peut-être avoir de meilleurs résultats parce que le médicament va faire en sorte de changer un peu le comportement du patient. Ça veut pas dire que la psychothérapie va fonctionner à cent pour cent. Le patient ne sera peut-être pas plus motivé, mais il va y avoir un changement. (Entretien F, page 3).

Si les deux systèmes s'expriment dans un langage différent, nous pouvons soupçonner que la demande du système judiciaire est obscure et que le système médical ne comprend pas cette requête. Selon cette hypothèse, nous pouvons comprendre l'attitude du thérapeute offrant ses services en disant: "...C'est une ressource possible." (Entretien D, page 3), qui ne fait que

répondre aux demandes explicites du client et non du système judiciaire. C'est également à ce niveau que nous soupçonnons une complicité inconsciente entre les intervenants et la clientèle judiciarisée.

C'est aussi une complicité silencieuse à la saveur d'une conspiration. Taire les conflits laisse croire que le "changement", au sens que les intervenants lui donnent, pourrait être possible. C'est aussi favoriser une alliance entre l'intervenant et sa clientèle pour une toute autre raison que celle espérée par le système judiciaire. Est-ce le résultat d'un travail sous contrainte?

Ceci nous amène à discuter un autre aspect du problème. Selon le discours des thérapeutes, ceux-ci semblent convaincus que les deux systèmes sont en opposition et reposent sur des principes fondamentaux contradictoires.

Alors c'est un peu, quoi... à ce niveau là c'est un peu une contradiction de forcer le patient à, à se faire traiter c'est, c'est, c'est comme un tour de force là, je veux dire euh, le patient, au niveau psychologique fera bien ce que lui-même va décider de faire. (Entretien B, page 6).

... les deux systèmes fonctionnent sur des principes, fondements et valeurs différents. Euh... dans le système judiciaire ou la cour, les principes sont... la compétition des intérêts, euh... chacune des parties se lancent des défis et avec l'idée que la vérité viendra en prouvant que l'adversaire est dans l'erreur. Au fait les deux sont en opposition l'une contre l'autre. Pour le système médical ou la

santé mentale, les principes sont différents. Ils sont basés sur la coopération mutuelle et euh... l'aide volontaire. Je trouve qu'il est très difficile de joindre les deux euh... C'est souvent comme mélanger de l'huile et de l'eau et ça fait souvent un mariage malheureux lorsque tu essaies de mélanger. (Entretien C, page 4-5).

J pense que le système légal fonctionne sur des principes différents qui fait que...c'est presque un tour de force d'essayer de traiter ces gens là. Tsé, c'est deux systèmes différents. (Entretien F, page 5).

Malgré ces affirmations, les intervenants continuent à se tenir responsable des exigences de chacun de ces systèmes. Dans un premier temps, les thérapeutes affirment être légalement responsables du traitement de la clientèle judiciarisée. Quelques propos tenus lors de nos entretiens démontrent cette affirmation.

...je vais peut-être mettre plus d'effort dans les cas où ils sont référés par les tribunaux parce que à ce moment j'ai comme plus une responsabilité légale qu'un patient qui est référé par un médecin de famille... (Entretien B, page 7).

Un autre intervenant nous a dit:

Au niveau des travaux communautaires il y a des exigences. Ça tu peux avoir ça. Comme deux cents heures de travaux communautaires. Et puis à ce moment là on peut, euh... te demander d'être... plus ou moins responsable... euh, de lui faciliter... C'est, c'est lui

quand même qui est responsable des
faire là, pas de... Mais tu peux
lui faciliter la chose...
(Entretien A, page 9).

D'autre part, le système médical repose sur une exigence tout à fait contraire. Nous dénotons une certaine ambivalence au niveau du discours qu'adoptent les traitants un peu comme s'ils étaient incapables de trouver le juste milieu qui pourrait répondre aux demandes des deux systèmes à la fois.

Il est alors peu étonnant de constater, d'une part, la persévérance au niveau de la fréquence, de la durée et du contenu des entretiens cliniques et d'autre part, la réticence à traiter lorsque la clientèle refuse le traitement. Un traitant a mentionné: "Chez le genre de patients qui viennent par rapport au tribunal je vais peut-être à ce moment là, persévérer un peu plus dans le sens: Je veux te revoir dans, dans un mois..." (Entretien B, page 7). Toutefois, les intervenants ont une responsabilité médicale interdisant toute contrainte dans le traitement. Un thérapeute a mentionné: "Puis, moi je peux pas traiter si le patient refuse de se faire traiter." (Entretien F, page 5).

Deux systèmes, deux types de responsabilité et un seul intervenant qui tente de concilier le tout. Nous soupçonnons que les professionnels en santé mentale reconnaissent l'existence d'un problème mais en sont encore à leur premier balbutiement en ce qui concerne l'expression de leurs opinions.

L'ensemble du discours nous permet de conclure que les thérapeutes n'ont pas de solution concernant le traitement autre que de refuser la clientèle au moment de la référence ou de la transférer dans un milieu interne. "Je vais souvent référer en

interne plus souvent qu'autrement." (Entretien B, page 7) nous dit un intervenant. Indirectement, on cherche une raison qui pourrait justifier le refus de la référence obligatoire.

Dans le discours mettant en relief les obstacles possibles pouvant engendrer un échec dans le traitement, un intervenant nous explique les raisons qui pourraient justifier le refus de traiter.

J'pense que c'est déjà difficile de traiter un criminel en général si en plus je dois surmonter ma propre peur... Parce que je pense que le criminel peut être dangereux ou, encore dangereux, en plus de surmonter le manque de motivation qui peut exister, pas nécessairement, mais qui peut exister, donc ça veut dire que... ça, ça va être, peut-être un cas là que tsé, euh... moi aussi j'vais traiter ça comme un boulet, tsé, j't'obligé de le voir, j'ai pas le choix, pis ça, ça sera moins drôle, moins efficace.

C'est pour ça que je trouve que le, le thérapeute devrait... Je ne sais pas si, jusqu'à quel point ça peut être possible ça, mais devrait avoir la chance de plus ou moins choisir. (entretien A, page 5).

Les thérapeutes avouent à demi-mot leur impuissance vis-à-vis le traitement de la clientèle judiciarisée. C'est à croire que les intervenants n'osent avouer qu'ils sont dépassés par des situations ou qu'ils sont très vulnérables face à ces nouvelles fonctions. Le prochain extrait du discours illustre bien les sentiments reliés aux difficultés dans le traitement.

O. K. Pour moi... c'est important de me sentir... dans une... certaine sécurité, une relative

sécurité. Sentir quand même que le patient... Il peut avoir de la résistance, mais, pas à un point où... Parce que à ce moment là... euh, j'avais avoir le sentiment d'échec. (Entretien A, page 5).

Nous croyons que ce sentiment d'échec est dû au fait que les traitants prennent toute la responsabilité du traitement sans se permette de décevoir ni l'un ou l'autre des systèmes. A la toute fin, cette responsabilité prend la forme d'une pression comme le mentionne un thérapeute. "...et puis évidemment on a l'impression aussi.. euh, que peut-être que le système judiciaire compte...compte sur nous pour aider ce criminel là à se réhabiliter ou à être traité..." (Entretien A, page 3).

Décidément, le discours des intervenants est sujet à plusieurs ambivalences concernant le partage d'une clientèle avec deux systèmes différents. Ces ambivalences, non seulement d'un discours à l'autre mais aussi à l'intérieur d'un même discours, nous prouvent la complexité des sentiments éprouvés vis-à-vis de la clientèle d'abord mais surtout en rapport avec la demande du système judiciaire. C'est au niveau des concepts abstraits que se situe la plus grande confusion.

Il nous semble que les professionnels de la santé mentale préfèrent s'aventurer sur un terrain moins glissant en préférant un discours basé sur une réalité moins menaçante. Il semble que les thérapeutes ont plus de facilité à parler concrètement de leurs craintes vis-à-vis les criminels.

Il y a toujours une menace de violence en "dealant" avec cette clientèle... (Entretien C, page 5).

... la menace de violence détruit immédiatement l'entrevue. Au départ je dois m'assurer que l'environnement est sûr pour moi et pour le patient. (Entretien C, page 5).

La seule chose que je pourrais ajouter là... est que le criminel est peut-être plus dangereux. Ça ne veut pas dire qu'il l'est automatiquement mais, j'ai tendance à croire qu'il est peut-être... euh... plus violent que les autres. A ce moment là, ça rend la thérapie impossible. Ça c'est évident. (Entretien F, page 4).

Comme... si le patient est trop dangereux, à ce moment là, il te laisseront pas faire l'entrevue toute seule. Tsé comme ça, ça peut être agaçant si t'es pas habitué de travailler avec quelqu'un qui est présent, ça peut être achalant. Ou de faire une entrevue avec un patient menotté! Faire une entrevue la porte ouverte. Ça c'est des choses que tu peux faire si le patient tu le sens trop agressif euh... Pis que... pour éviter qui se passe quelque chose tu prends des moyens pour te protéger aussi. (Entretien E, page 9).

La menace de violence prend un rôle très important lorsqu'il s'agit de discuter le vécu intérieur des thérapeutes. Les propos des intervenants sur les craintes occupent une place énorme et semblent justifier en partie la raison qui rend souvent le déroulement de la thérapie cahoteux, lent et difficile. A notre avis, les craintes concernant le danger sont rationnelles et bien fondées tout en étant un facteur extérieur qui ne vient pas compromettre l'expertise des intervenants. La menace de violence devient une raison suffisante pour mettre fin à l'entretien clinique d'une part et de prendre les dispositions

nécessaires pour une référence en interne d'autre part. De cette façon, nous croyons que les intervenants se rendent irresponsables de l'échec et que le succès de la thérapie est remis entre les mains de la clientèle.

Loin d'être interprété de cette façon, le système pénal tend à remettre en question tout le déroulement de l'intervention thérapeutique. Selon les propos tenus par les thérapeutes, le problème est que notre système de justice remet en question non seulement le mode d'intervention mais aussi la crédibilité des traitants.

...tu peux facilement être appelé à aller en cour pour témoigner. A ce moment là euh... c'est pas juste les médecins qui sont obligés d'y aller, tu peux avoir une demande du juge pour donner ton expertise à toi. A ce moment là il faut que ce soit vraiment tout écrit, tout est consigné, les dates, même souvent... combien de temps que tu as passé avec le patient euh... de rien laisser de choses qui sont floues euh... de rapporter peut-être plus ce que le patient dit que de donner euh... de te faire des euh... comment on appelle ça des euh... des interprétations comme "j pense qu'il a voulu dire telle chose". Ca c'est des choses qu'à la cour ça passe pas là, y pose des questions beaucoup plus précise. (Entretien E, page 2).

...finalement tu te sens jugé là dedans... Euh... tout est remis en question euh... le genre d'intervention que t'à fait. C'étais-tu la bonne intervention, c'étais-tu la bonne chose à faire, c'était... euh... aurais-tu pu faire autre chose euh... comme si dans le fond tout le travail était le thérapeute qui aurait dû le

faire et non le patient. C'est comme lui il n'avait plus rien à faire là dedans là euh... tout me retombait sur les épaules. Ca j'ai trouvé ça difficile euh... comme d'abord à prouver que ce que t'à fait était correct. Ca c'est pas facile là. (Entretien E, page 2-3).

Les intervenants en santé mentale semblent peu habitués à ce genre d'interrogatoire. Il paraît impossible pour les traitants de déterminer à l'avance les modalités entourant le traitement et il faudrait un changement radical au niveau des procédures en ce qui concerne la rédaction des évaluations psychiatriques, comme le suggère l'extrait de notre matériel. Les professionnels de la santé mentale font beaucoup d'interprétations en ce qui concerne les agirs de leur clientèle et on sait que ce discours est inacceptable pour le système pénal. Il en résulte que les intervenants sont convaincus que le système judiciaire remet en question leur intervention.

Nous avons tendance à croire que les thérapeutes remettent également en question leur propre intervention. Au fait, ils sont conscients que la thérapie est peu efficace auprès de cette clientèle et que différents facteurs viennent compromettre la possibilité d'établir une bonne alliance thérapeutique. En somme, le système judiciaire ne fait que confirmer leur doute.

A cet instant, nous croyons que la preuve qui suggère une faille au niveau du choix des sentences n'est plus à faire. Dans une confrontation les deux systèmes se communiquent implicitement qu'ils sont incompatibles autant au niveau du discours que des pratiques.

Il est encore étonnant de voir à quel point on tend à garder comme un profond secret la difficulté d'amorcer un traitement avec les criminels judiciairisés. Comme si le fait de continuer à traiter donnait l'illusion d'un traitement sans problèmes.

Néanmoins, il en est autrement au niveau du discours.

Euh... former une alliance thérapeutique est souvent un défi euh... C'est souvent une tâche difficile dans de telles situations. (Entretien C, page 3).

Alors pour nous autres là, pour moi en tout cas c'est un défi parce que ça veut dire... tentez... de faire quelque chose avec cette personne là qui ne sera peut-être pas vraiment... euh, qui aura, qui aura peut-être pas de succès. Puis ça pour moi c'est un défi parce que... y a certains types de criminel qui sont beaucoup plus difficile à traiter que d'autres. (Entretien A, page 3).

Le langage utilisé par les intervenants prouve l'incohérence de perpétuer une telle procédure sans pour autant expliciter davantage sur les méthodes de rechange ou des politiques à venir concernant les criminels psychiatisés.

Ceci nous étonne peu puisque déclarer ouvertement et sans réserve qu'une difficulté existe au niveau des principes de base sur lequel repose chacun des systèmes est aussi l'aveu qu'on ne peut plus continuer à traiter de cette façon. C'est aussi remettre en question les sanctions et l'avenir de la punition chez

le criminel ce qui, à notre avis, l'intervenant en psychiatrie n'est pas en mesure de faire.

Sans vouloir consciemment minimiser le problème, les thérapeutes ont toutefois amorcé une démarche, plutôt douce, en manifestant leur désaccord face à leur implication avec le système judiciaire.

Comme nous avons mentionné, certains thérapeutes considèrent que leur travail doit toujours être fait en fonction d'un éventuel témoignage au tribunal. La rédaction des notes d'évaluation dans les dossiers devient à notre avis, un des aspects le plus importants pour les traitants en ce qui concerne tout le déroulement de la thérapie. Ce discours est important pour nous parce qu'il suggère une crainte de ne pas être à la hauteur des attentes du système pénal.

Puis ils sont très demandant des thérapeutes. Comme... autant le juge, les avocats s'attendent à avoir des réponses très très précises, d'avoir des euh... pratiquement un diagnostic précis avec une, un temps dans, dans six mois il va être guéri, des choses comme ça souvent ou on peut pas répondre. A ce moment là on est toujours le plus évasif et plus tu es évasif plus tu te fais prendre euh... (Entretien E, page 3).

On continu en ajoutant,

...la seule chose qui est peut-être plus euh... comme... à faire attention c'est au niveau du dossier j' pense comme tel, au niveau des écrits. Euh... comme, comme thérapie, comme technique

d'intervention tout ça, que... peu importe d'où vient le patient, je veux dire, ça dépend plus du problème qui présente là, mais au niveau du dossier de, de consigner plus nos notes, d'être peut-être plus bref, plus précis dans les notes qu'ont marquent parce que tu peux facilement être appelé à aller témoigner. (Entretien E, page 2).

En parlant des notes d'évaluation dans les dossiers, un intervenant fait l'affirmation suivante:

... il faut que tout soit bien inscrit au dossier. Ca c'est une exigence du système légal. Tu peux pas prendre ça à la légère. Ca veut dire que tu vas passer beaucoup de temps à écrire tes notes et faire certain que tu oublis rien. (Entretien F, page 6).

Nous croyons pouvoir expliquer cette façon de procéder en jetant un regard sur la raison réelle d'un tel comportement. Il nous semble que les thérapeutes ne veulent décevoir ni un ni l'autre des systèmes impliqués même s'il n'est plus un secret de dire que les deux systèmes sont en contradiction l'un avec l'autre en ce qui concerne le traitement. Dans ce sens, nous croyons que la clientèle n'a plus l'importance qu'on devrait lui accorder et devient l'outil de travail servant de pont entre les deux systèmes.

Nous en sommes encore très loin de nous questionner sur les besoins réels de la clientèle psychiatisée. Nous avons tendance à croire que les thérapeutes verbalisent leurs craintes, leur réticences ou leurs désaccords sous une forme déguisée et non menaçante qui sous-tend deux messages. D'une part on semble

vouloir dire qu'un problème existe au niveau de la rédaction du contenu de l'intervention thérapeutique et, d'autre part, on semble également vouloir prouver qu'effectivement les deux systèmes reposent sur des critères de base qui s'opposent.

Nous nous proposons maintenant de jeter un regard sur les propos concernant la clientèle telle que perçue par les intervenants en santé mentale. Ce discours est abondant et descriptif de l'ensemble de l'individu à la fois criminel et patient au département de la psychiatrie. Quelques thérapeutes ont tenu les propos suivants:

Je suis d'accord pour dire que finalement tous les patients peuvent représenter un danger: les psychotiques, les impulsifs, les maniaques... mais souvent je crois que les patients référés par le tribunal sont peut-être euh... je ne sais pas... peut-être plus dangereux. Il y a toujours une menace de violence en "dealant" avec cette clientèle... (Entretien C, page 5).

Instantanément lorsque je reçois une référence venant du système légal, j'ai un peu tendance là... à me dire que tout ça mènera nulle part. Tu vas dire que c'est un préjugé, peut-être, mais je me base sur les cas que j'ai eus. C'est ce qui se passe habituellement. C'est la motivation qui manque. A part de ça, je ne vois pas tellement de différence avec le reste de ma clientèle. (Entretien F, page 4).

...le criminel est peut-être plus dangereux. Ça ne veut pas dire qu'il l'est automatiquement mais, j'ai tendance à croire qu'il est peut-être... euh... plus violent que les autres. A ce moment là,

ça rend la thérapie impossible.
(Entretien F, page 4).

Nous soupçonnons que le criminel judiciaire traîne avec lui une étiquette qui ne facilite guère son adhésion au système médical. En se basant sur des expériences du passé, les intervenants semblent porter de profonds préjugés qui à notre avis pourraient détruire l'alliance thérapeutique: celle-ci étant une expression empruntée au système médical ayant pour base essentielle la confiance mutuelle entre le thérapeute et son client. Selon notre matériel, les intervenants ne cherchent pas à cacher qu'ils ont des préjugés. Au contraire ceux-ci deviennent une raison qui pourrait justifier l'interruption d'une intervention. A titre d'exemple, un thérapeute a fait le commentaire suivant:

...n'importe quel thérapeute devrait avoir le choix, plus ou moins, de dire "oui" j'accepte de voir tel patient. Parce qu'à ce moment là au moins, il n'a pas à surmonter ses propres préjugés ou sa propre... ou sa propre peur.
(Entretien A, page 5-6).

Non seulement sont-ils conscients de leurs propres sentiments envers la clientèle, les intervenants ont fait quelques spéculations en ce qui concerne la façon dont ils sont perçus par le patient-criminel.

C'est des gens qui se méfient peut-être plus. O. K. Comme ils ont déjà été jugé pour quelque chose qui souvent eux-mêmes croient pas aussi grave là, que l'action qu'ils ont portée, ils ont toujours peur qu'on ne soit pas de leur bord, qu'on prenne plus pour euh... bon soit le

tribunal euh... les agents de probation... (Entretien E, page 3).

Il n'est pas facile parce que c'est des gens comme je disais tantôt qui ont déjà été jugés pour quelques choses pis qui sont... méfiants face à toute figure d'autorité peu importe quelle soit. Toi t'arrives comme la thérapeute, tsé même si tu veux pas jouer ce jeu là t'es quand même... dans une position d'autorité donnée par la cour en plus, ça fait que ça c'est... sont comme rebelles... (Entretien E, page 5).

Selon le discours, il semble que les sentiments négatifs pouvant avoir un impact sur la relation entre traitant-traité vont dans les deux sens. Selon nous cette réciprocité rend la relation thérapeutique doublement coercitive. Ce discours nous apparaît également très révélateur dans le sens que tout l'aspect "coercitif" dans le déroulement des procédures pénales continue à se perpétuer lors des entretiens thérapeutiques. Ce qui a retenu notre attention par rapport à ce discours est l'interprétation qu'en donnent les intervenants.

...ça fait des êtres humains qui ont des besoins comme les autres tsé, qui sont "poqués"... qui sont euh... qui sont vraiment en détresse parce que c'est comme une fois étiquetté avec une étiquette de prison c'est comme déjà là, t'as encore plus de difficulté peut-être à... à te relier avec les autres tsé, puis à te faire accepter... (Entretien E, page 6).

Ceux qui sont référés par le tribunal la plupart du temps sont souvent très en colère mais, ils sont beaucoup en opposition contre

le système puis, à ce moment là, le degré de détresse n'est pas très, très élevé. Puis c'est d'aller chercher ça ou flairer ça en quelque part là sous cette carapace là de colère, de ressentiment contre le système. (Entretien B, page 2).

Un autre thérapeute nous a dit:

Tsé, c'est parce qu'il ne sait pas comment faire face au système, ou il le sait trop. Ça fait qu'il vient ici... il cherche quelqu'un qui va l'écouter. (Entretien D, page 3).

Ainsi, c'est à ce niveau que se situe la plus grande incohérence dans tout le discours tenu par les intervenants en santé mentale. Dans le langage médical et professionnel on désapprouve le traitement coercitif suggéré par le système pénal et, dans les faits on tend à rationaliser l'intervention. Au fait, c'est le paradoxe dans le traitement des criminels qui refait surface. Même si la clientèle est contrainte par la loi, on semble dire que leur appel au secours est déguisé par une hostilité dirigée envers tout système représentant une forme d'autorité. A notre avis, ce discours tenu par les thérapeutes justifie d'une part les procédures actuelles dans le traitement et, d'autre part, réduit au minimum les chances de faire éclater les conflits au niveau des fondements de base qui régissent chacun des deux systèmes.

Ce qui nous intéresse ici est de voir ce qui rend possible un tel discours. En somme nous croyons que les attitudes et les propos des intervenants pourraient trouver leur explication dans les processus d'adaptations secondaires décrit par Barbier (1973)

et Goffman (1968). Ceux-ci n'ont pas remis en question les actes posés par les intervenants en psychiatrie mais plutôt le contexte institutionnel dans lequel ils sont prescrits. Barbier nous dit:

Son seul recours, s'il n'accepte pas cette situation, sera d'adopter une des variantes de "l'adaptation secondaire": clinique privée libérale, psychiatrie institutionnelle, recherche scientifique, poste d'administrateur. Dans le cas contraire il se devra de renforcer le pouvoir totalitaire de l'institution en masquant son influence sur le malade et en traduisant toute réaction de ce dernier en terme technique et individualisant. (page 58).

En reprenant les idées de base de Goffman en ce qui concerne les adaptations secondaires et en se basant sur les propos mentionnés lors de nos entretiens, nous croyons que les intervenants en psychiatrie ont tendance à tenir un discours concret et illusoire qui remplace celui de type idéal et abstrait (référence volontaire, diagnostique, prescription et traitement individualisé dans un climat non coercitif).

Il a fallu inventer un autre langage approprié au type de relation entre le patient judiciarisé et la psychiatrie. Ce langage permet d'une part de protéger les intérêts des praticiens et, d'autre part, d'assurer la continuité des services psychiatriques. Goffman mentionne:

On redéfinit la nature du malade pour pouvoir, de fait sinon intentionnellement, en faire l'objet d'un service psychiatrique. Etre transformé en malade, c'est être remodelé en

objet utilisable pour le
service... (page 432).

Il pourrait donc avoir une raison qui incite les intervenants à interpréter dans une perspective médicale; la méfiance, l'agression et la non-coopération de la clientèle judiciarisée. Donner un autre sens aux propos et à l'attitude de la clientèle est un moyen de se laisser croire que l'intervention cadre avec le modèle médical.

Selon cette ligne de pensée nous pouvons conclure que le discours tenu par les intervenants en santé mentale est celui par lequel on tente d'expliquer que le traitement des criminels psychiatisés ne ressemble en rien au traitement "idéal" de la psychiatrie traditionnelle. Conséquemment, l'acceptation implicite de traiter soulève le doute que les intervenants se sont adaptés de façon à pouvoir répondre aux demandes des deux systèmes.

VERS UNE SENSIBILISATION DU PROBLEME

Rappelons brièvement que dans le premier chapitre de notre recherche, nous avons tenté de faire un bilan en ce qui concerne les droits des malades mentaux ainsi que de leurs statuts dans la justice pénale. Nous avons également tenté de définir les deux systèmes en soulevant les contradictions qui s'imposent au niveau de la terminologie et des lois. Nous avons conclu que les deux disciplines s'appuient sur des éléments de base différents et que le statut du criminel malade mental diffère du criminel de par la nature de l'acte, de la santé mentale de l'infracteur et de la sentence.

Suite à nos entretiens avec quelques professionnels de la santé mentale, notons que les droits des malades mentaux n'ont pas été discutés de façon explicite par les intervenants. Nous croyons toutefois que ces droits font partie du métier et qu'on s'y réfère inconsciemment. À notre avis, ces droits semblent poser un problème plus évident lorsqu'ils entrent en conflit avec les pratiques d'autres individus, en l'occurrence, les intervenants en santé mentale.

Parce que le système médical n'a pas de traitement obligatoire, donc respecte le consentement ou le refus des malades mentaux, les références obligatoires et contraignantes de notre système judiciaire posent un problème remettant en question notre Code criminel. C'est aussi une question de statut. Le criminel malade mental est non seulement malade mais porte en lui une menace pour la société; ce qui ajoute une dimension inexistante par rapport à la clientèle habituelle du système médical. Même si le discours de certains intervenants laisse croire que l'attitude à l'égard des criminels psychiatisés diffère très peu de celle à l'égard de la clientèle médicale, il est incontestable que les deux systèmes ont des opinions différentes en ce qui concerne le statut de leur clientèle.

Dû à l'étendue des services offerts en santé mentale communautaire et au nombre croissant d'experts en psychiatrie oeuvrant dans ce domaine, nous sommes tenté de prédire une intensification du débat concernant l'implication du système médical dans les procédures pénales. Nous croyons également en une sensibilisation au problème du traitement coercitif des criminels malades mentaux. Que le discours des thérapeutes ne soit plus dans l'ombre est à notre avis un premier pas dans cette direction.

CONCLUSION

Dans la mesure où notre intérêt est dirigé vers le bien-être et la santé mentale des criminels, nous sommes dans l'obligation de prendre un peu de recul et de faire marche arrière en dirigeant notre réflexion vers la source du problème.

Il ne relève pas de notre objet d'étude de faire des commentaires concernant les pratiques des intervenants en santé mentale. Une étude dans ce domaine serait plus en mesure de déterminer la pertinence des interventions dans le traitement des justiciables. En tenant compte des limites de notre recherche, il nous est donc impossible de remettre en question les techniques thérapeutiques utilisées en psychiatrie.

Nous en arrivons à constater que les procédures actuelles en matière de sentences pénales soulèvent quelques points litigieux concernant le partage d'une clientèle entre deux systèmes qui diffèrent dans leurs fondements de base et dans leurs procédures. Le discours véhiculé par les intervenants en psychiatrie reflète selon nous, l'existence d'une difficulté non seulement à traiter la clientèle judiciarisée mais aussi à transiger avec les exigences du système pénal.

Nous sommes tenté de croire que les deux difficultés relèvent d'une seule et même cause. Implicitement, les professionnels en santé mentale remettent en question les procédures du système pénal en matière de sentences. Cette remise en question est due au fait que, par expérience, les intervenants trouvent qu'il est très difficile de traiter un individu qui s'oppose au traitement.

Suite à ce discours on se rend à l'évidence que le traitement des criminels malades mentaux en clinique psychiatrique externe soulève quelques interrogations au niveau du mandat de l'ensemble des intervenants en santé mentale. Les attitudes et les opinions, parfois ambivalentes, des représentants du système médical reflètent un malaise ou une difficulté à transiger avec la clientèle judiciarisée. Sans chercher à trouver une solution, on tend plutôt à s'allier soit avec le système judiciaire ou avec la clientèle en développant des processus d'adaptation. Cette façon de solutionner le dilemme ne règle pas le problème réel du traitement involontaire ou à caractère coercitif. Par leur silence, et par leur façon de se détourner du problème, les intervenants ont créé une situation qui place la clientèle à titre d'instrument ou d'outil permettant de justifier la profession médicale.

Sans chercher les responsables d'une telle dynamique il faudrait pouvoir comprendre les raisons sous-jacentes aux procédures actuelles concernant le traitement des justiciables. Solution de rechange à l'emprisonnement ou façon plus "humaine" de punir les criminels, il en demeure un problème pour les traitants croyant au départ subir les recommandations du système pénal.

Selon nous le conflit est beaucoup plus qu'une simple contradiction au niveau des principes de base des deux systèmes. C'est aussi une conception différente des causes de la maladie chez la clientèle. Quoique le discours des intervenants fait très peu allusion aux causes réelles de la souffrance ou de la détresse de la clientèle criminelle, nous croyons que les difficultés prennent racine au moment où on est incapable de déterminer la source du mal à traiter.

Compte tenu du discours des thérapeutes, nous croyons que les causes de la douleur ne peuvent relever de l'individu. De là cette difficulté à établir des changements intérieurs au niveau de la personnalité ou des malaises de l'esprit. En psychiatrie, la guérison est évaluée en termes de changement et on préconise que les changements proviennent de l'intérieur. A notre avis il faudrait chercher une cause extrinsèque qui engendre la douleur et la souffrance des criminels psychiatisés. En continuant à vouloir traiter, les intervenants excluent cette possibilité d'une cause extérieure sur laquelle le patient-criminel n'a aucun pouvoir ou contrôle en terme de changement. Nous croyons qu'à ce niveau s'effondre toute possibilité de bâtir une relation thérapeutique puisque les deux parties ne parlent pas un même langage.

Si la source du problème est située à l'extérieur de l'individu, comment la psychiatrie peut s'avérer bénéfique à la clientèle criminelle? Nous croyons qu'à ce niveau les intervenants ont raison de qualifier leur situation d'impasse. On se retrouve alors devant la tâche de changer tous les principes de la psychiatrie. Quelles seraient alors leurs nouvelles politiques? Sur quoi reposeraient les fondements de la psychanalyse? Au fait, cette façon de procéder en étudiant les causes externes ne serait plus de la psychiatrie au sens qu'elle a toujours été.

Basant leurs interventions suivant le modèle qu'ils ont toujours utilisé, les thérapeutes traitent la clientèle judiciarisée un peu comme si elle appartenait au système médical. En fermant les yeux sur cette différence on crée une situation d'impasse autant pour la clientèle que pour les systèmes impliqués.

Suite aux propos tenus par les thérapeutes en santé mentale, nous avons tendance à croire que la clientèle ressent beaucoup de colère face à l'autorité. Nous sommes d'avis qu'effectivement la relation d'aide en contexte d'autorité ne peut que donner les résultats mentionnés par les thérapeutes. Il semble que la réponse à nos questions se trouve aux sources des procédures soit là où on débute à exercer une force autoritaire ou un pouvoir sur la clientèle. Nous croyons que le mal dont le patient-criminel souffre prend ses formes lorsque celui-ci se trouve impliqué dans une situation où il n'y a plus liberté de choix. Il ne s'agit pas de chercher ce qui se passe à l'intérieur de l'individu comme le fait la psychiatrie moderne mais de regarder au delà du discours tenu par la clientèle.

En effet, le criminel psychiatrisé peut ne pas éprouver aucun besoin de changer son attitude. Seul le système pénal décide la pertinence de la sentence. Le seul mal dont le criminel psychiatrisé souffre est cette contrainte de subir le traitement.

Que dire des intervenants en psychiatrie alors que ceux-ci sont également dans une position où une autorité les oblige à effectuer une "guérison" dans des conditions inhabituelles? Comment peuvent-ils aider le criminel psychiatrisé à faire face à l'autorité alors qu'eux-mêmes se retrouvent dans une même position face au système judiciaire? Enfin, comment est-il possible pour les représentants du système médical de transmettre à la clientèle que l'autorité n'a rien de coercitif alors qu'eux-mêmes croient que celle-ci est incompatible avec le traitement psychothérapeutique?

En écartant la possibilité de taire les difficultés actuelles par une adaptation consciente ou inconsciente de la part des thérapeutes, il semble que la seule issue à ce dilemme soit

de remettre en question les décisions des représentants du système pénal concernant le traitement "forcé" des criminels malades mentaux. Le discours tenu par les professionnels de la santé mentale prouve qu'il ne suffit pas d'exiger un traitement pour que celui-ci enrayer tout symptôme d'anormalité. Il ne suffit pas d'établir des règles à suivre ayant la réputation de promouvoir la santé psychique et la conformité.

Malgré les tentatives de réformer les criminels par un traitement psychiatrique, rien ne peut être fait si la clientèle nie l'existence d'un problème ou n'a aucunement le désir de changer. Il faut qu'il y ait cette espèce d'alliance thérapeutique entre le traitant et le traité avant de pouvoir parler de traitement. En somme il faut qu'une relation s'établisse sans imposition et sans contrainte tant au niveau de la clientèle que du traitant. Il est là le pouvoir du changement.

REFERENCES

A Report Of the Ontario Council of Health, (1979), Committee on Mental Health Services in Ontario. Legal Task Force, Toronto, 183 pages.

Aird, G., et Amyot, A., (1981), La psychiatrie communautaire, Psychiatrie clinique: Approche contemporaine, Gaétan Morin (ed.), chapitre 38, 925 pages.

Barbier, René, (1973), Une analyse institutionnelle du service social, Sociologie du travail, No. 1, p. 54-82.

Béliveau, Lionel, (1983), Le traitement en criminologie: revue des programmes d'intervention au Canada, Annales Internationales de Criminologie, XXI, 1, p. 63-108.

Bertaux, D. (1980), "L'approche biographie: sa validité méthodologique, ses potentialités", Cahiers Internationaux de Sociologie, LXIX, p. 197-225.

Bindman, A. J., Speigel, A. D., (1969), Perspectives in Community Mental Health, Aldine Publishing company, Chicago, 718 pages.

Blanchet, Alain et Al., "L'entretien dans les sciences sociales", Bordas, Paris, 1985, 289 pages.

Caplan, Gérald, (1969), An approach to Community Mental Health, Tavistock Publications, London, 262 pages.

Code Criminel, (1970), S.R.C., chap. C-34 et Lois Connexes, Lise Saintonge Poitevin.

Commission de Réforme du Droit du Canada, (1985), Les techniques de modification du comportement et le droit pénal, # 43, Canada, 56 pages.

Debuyst, Chr., (1977), Le concept de dangerosité et un de ses éléments constitutifs: La personnalité (criminelle), Déviance et Société, Genève, Vol. 1, No. 4, P. 363-387.

Dozois, J., Lalonde, M., Poupart, J., (1981), La dangerosité: un dilemme sans issue? Réflexion à partir d'une recherche en cours, Déviance et Société, Genève, Vol. 5, No. 4, p. 383-401

Ellenberger, Henri F., (1974), A la découverte de l'inconscient, 759 pages.

Foucault, Michel, (1981), L'évolution de la notion d'"individu dangereux" dans la psychiatrie légale, Déviance et Société, Genève, Vol. 5, No. 4, p. 403-422.

Foucault, Michel, (1983), Naissance de la clinique, Presse Universitaire de France, 214 pages.

Gagnon, Jacques, (1981), Les aspects généraux de la psychothérapie, psychiatrie clinique: Approche contemporaine, Gaétan Morin (ed.), Chapitre 31, 925 pages.

Goffman, Erving, (1968), Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux, présentation de R. Castel, Paris,, Editions de minuit, (ed. française), p. 375-438.

Gordon, Raymond, (1980), Interviewing: strategy, techniques, and tactics, Third Edition, 554 pages.

Gosselin, Jean, (1979), La relation d'aide en contexte d'autorité, Revue Intervention, No. 54, p. 5-14.

Greenwood, E., (1955), Social Science and Social Work: A theory of their Relationship, Social Service Review, Vol. XXIX, No. 1.

Gropper, C., Bogner, J. Z., (1982), Criminal Offenders: The Dilemma of Involuntary Treatment, Clinical Social Workers as Psychotherapists, Edited by Florence Lieberman, New York, p. 109-121.

Hucker, S. J., Webster, C. D., Ben-Aron, M. H., (1981), Mental Disorder and Criminal Responsibility, Toronto, 195 pages.

Kaplan, M. et Al., (1969), The Control or Acting-Out in the Psychotherapy of Delinquents. In S. A. Szurek and I. N. Berlin (ed.). Langley Porter Child Psychiatry Series, Vol. 4, Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books.

Kelly, Michael, (1984), Recherche sociale: De la problématique à la collecte des données, L'analyse de contenu, Gauthier, Benoit (dir.), Sillery, presse de L'Université du Québec, chap. 13, pp. 293-315.

Keyserlingk, Edward W., (1985), Le consentement au traitement: Les principes, les lois provinciales et la Charte Canadienne des droits et libertés, Commission de Réforme du droit du Canada, Santé mentale au Canada, Vol. 33, No. 3, p. 8-13.

Lalonde, P., Grunberg, F., (1981), Psychiatrie clinique: Approche Contemporaine, Gaétan Morin éditeur, Chicoutimi, 925 pages.

Landry, Michel, (1976), Le psychiatre au tribunal, Edouard Privot (ed.), Toulouse, 179 pages.

Laplane, Jacques, (1985), Crime et traitement, Introduction critique à la criminologie, Boréal Express, 234 pages.

L'écuyer, René, (1987), Les méthodes de la recherche qualitative, L'analyse de contenu: Notion et étapes, Deslauriers, Jean-Pierre (dir.), Sillery, Presse de L'Université du Québec, pp. 49-65.

Macdonald, J. M., (1976), Psychiatry and the Criminal, a guide to Psychiatric Examinations for the Criminal Courts, third edition, Illinois, 501 pages.

Mental Health Act, (1980), Revised Statutes of Ontario.

Michelat, Guy, (1975), "Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie", Revue Française de Sociologie, XVI, p. 229-247.

Perron, F., (1977), Paroles de psychologue, Déviance et Société, Genève, Vol. 1, No. 1, p. 451-457.

Pettifor, J. L., (1985), Droit du patient, déontologie et dilemmes dans les services de santé mentale, Santé mentale au Canada, Vol. 33, No. 3, p.3-7.

Pirès, A., (1982), "La méthode qualitative en Amérique du Nord: un débat manqué 1919-1960", Sociologie et Société, XIV, p. 15-29.

Pirès, A., (1985), "Le "sens du problème" et le "sens de l'approche": Pour une nouvelle conception du travail

méthodologique", Conférence présentée au colloque sur la méthodologie qualitative, Université Laval, 31 pages.

Poupart, J. (1980), "Méthodologie qualitative: une source de débats en criminologie", Crime et Justice, 7-8, (3-4), p. 167-174.

Rapport du Comité d'études sur la Loi et la Maladie Mentale du Comité scientifique national de Planification de l'Association Canadienne pour la Santé Mentale, (1969), Canada, 203 pages.

Rapport of the Canadian committee on Corrections, Toward Unity: (1969), Criminal Justice and corrections, 505 pages.

Raymond, Henri, (1968), "Analyse de contenu et entretien non directif: application du symbolisme de l'habitat", Revue française de Sociologie, IX, p. 167-179.

Rueveni, U., Speck, R. V., S, J. L., (1982), Therapeutic Intervention, edited by Rueveni, Speck, Speck, New York, 285 pages.

Savage, H., McKague, C., (1987), Mental Health Law in Canada, Butterworth, Toronto and Vancouver, 353 pages.

Schiffer, Marc., (1978), Mental Disorder and the Criminal Trial Process, Canadian Legal Text Series, Toronto, 342 pages.

Schiffer, Marc E., (1982), Psychiatry Behind Bars, a Legal Perspective, Toronto, 509 pages.

Schneider, P. B., (1977), Le psychiatre et la justice pénale, Déviance et société, Genève, Vol. 1, No. 4, p. 427-434.

Selltiz, C., Wrightsman, S. L., Cook, S. W., (1977), Les méthodes de recherche en sciences sociales, Montréal: HRW., (ed.), traduit par D. Bélanger, 606 pages.

Swadron, B. B., Sullivan, D. R., (1973), The Law and Mental Disorder, The Canadian Mental Health Association, Canada, 186 pages.

Sykes, G. M., (1967), Crime and Society, Second edition, New York, 212 pages.

Tremblay, M. A., (1968), Initiation à la recherche dans les sciences humaines, toronto: McGraw-Hill.

Van de Kerchove, M., (1981), "Médicalisation" et "Fiscalisation" du droit pénal: deux versions asymétriques de la dépénalisation, Déviance et société, Genève, Vol. 5, No. 1, p. 1-23.

Weisstub, David N., (1980), Law and Psychiatry in the Canadian context, Pergamon Press, 911 pages.

Yelaja, Shankar A., (1971), Authority and Social Work: Concept and Use, Edited by Yelaja, University of toronto Press, Toronto, 309 pages.

ANNEXES

ENTRETIEN: A

CONSIGNE:

Vous travaillez dans une clinique psychiatrique externe et votre emploi consiste à traiter des patients selon le Mental Health Act (loi sur la santé mentale). Ces patients sont habituellement référés par leur médecin de famille ou par eux-mêmes. Il est également possible qu'un patient soit référé par le tribunal. Dans ce cas, ce type de clientèle a-t-il des particularités qui impliquent une adaptation ou un ajustement de votre part?

REPONSE:

Ben, ça dépend. Il y a des patients qui nous sont référés directement de la cour. C'est-à-dire que le patient doit suivre un certain traitement, là, c'est un ordre de probation. Par exemple, actuellement, j'ai un cas où, c'est un ordre de probation. On lui a demandé, entre autre, de faire du travail communautaire mais aussi de s'impliquer au niveau d'un traitement psychiatrique. Alors à ce moment là, la référence c'est quelque chose qu'on ne peut pas, qu'on ne peut pas refuser. On sait, on sait tout de suite que ce n'est pas une chose volontaire de la part du patient. Donc, ce qui veut dire, ça peut poser un problème de motivation.

Motivation au niveau...le patient peut se rendre à son rendez-vous, euh, peut, disons, se plier aux exigences de la demande de l'ordre de probation, mais au niveau de la thérapie comme telle, ça peut poser un problème de résistance. C'est-à-dire que le patient, euh, se soumet de façon superficielle à une exigence de la cour. C'est-à-dire qu'il va se rendre au rendez-vous, qu'il va faire les contacts, euh, qu'il va être présent, mais il s'impliquera moins de façon, euh, personnelle.

Maintenant, je dis bien que ça peut poser un problème de motivation parce que le patient se sent obligé de le faire. S'il ne le fait pas, euh, il risque peut-être une peine d'emprisonnement ou une autre, une autre pénalité quelconque là, mais, ça veut pas nécessairement dire non plus qui ne sont jamais motivé... pis à partir de ça pour moi c'est important de savoir si le patient est là devant toi de façon volontaire ou de façon plus ou moins coercitive, parce que ça peut jouer. Euh, y-a aussi la façon de l'approcher qui est différente... pour moi en tout cas. Euh...

INTERVIEWEUR: Continuez...

C'est un défi... le dirais là pour plusieurs raisons. Premièrement à cause justement du, du fait qu'il, qu'il n'a pas le choix de venir en traitement. Donc, il faut surmonter la résistance possible du patient si il y en a une, parce qu'il ne vient pas de façon volontaire, donc, il faut, il faut surmonter cette barrière là, c'est déjà un défi ça.

Deuxièmement il y a la question de dangerosité. Quand on parle de, de criminel, euh... on est quand même conscient qu'il y a eu un délit...de fait. Donc euh...c'est une question d'évaluer la dangerosité du patient aussi ce qui peut représenter un défi en thérapie parce que... euh, il faut tenir compte du genre de délit aussi qu'il, qu'il a fait... ça, ça dépend...ça dépend... pourquoi disons l'ordre de probation a été fait, euh, ça dépend du type de délit qui a fait... Si y a un, euh, problème psychiatrique, si c'est un criminel avec problème psychiatrique aussi et... à ce moment là y a certain... disons, j'aime pas parler d'étiquettes psychiatriques que, les criminels... si le patient, disons c'est un psychopathe ou un sociopathe... et puis

si on regarde les statistiques on sait très bien que le taux du succès est très, très bas.

Alors pour nous autres là, pour moi en tout cas c'est un défi parce que ça veut dire...tentez...de faire quelque chose avec cette personne là qui ne sera peut-être pas vraiment... euh, qui aura, qui aura peut-être pas de succès. Puis ça pour moi c'est un défi parce que...y a certain type de criminel qui sont beaucoup plus difficile à traiter que d'autres.

Encore là ça dépend de...et puis évidemment on a l'impression aussi...euh, que peut-être que le système judiciaire compte...compte sur nous pour aider ce criminel là à se réhabiliter ou à être traité... alors... on peut ressentir ce... cette, cette exigence là comme une pression... pour nous autre de réussir... peut-être un peu plus qu'avec d'autres, d'autres patients même si on veut réussir avec d'autres patients y reste que... on... on doit répondre du traitement qu'on a essayé de faire avec ce patient là, et, et ça, ça représente une pression pour le thérapeute.

Une autre chose que j'aimerais ajouter est que... Comme, étant donné que j'suis travailleuse sociale, disons, j'ai... j'ai une tendance... une tendance qui... qui, qui va demeurer j'espère l'à, parce que j'pense que c'est mon rôle de l'faire, de regarder le milieu, l'environnement du... du patient.

Et puis, pour moi, euh, si il y a des choses qu'on ne peut pas travailler au plan individuelle, euh, à ce moment là je suis portée à me tourner vers le milieu du patient ou la famille là, ou... le réseau social du patient, euh, et puis essayer de travailler là dessus aussi. Euh, genre complément à la thérapie peut-être qui... qui fonctionne plus ou moins bien dépendant de,

de quel genre de problème le patient a... à ce moment là j'me dis, si... j'ai très peu de marge de manoeuvre pour travailler avec le patient comme individu, donc, j'vais essayer, au moins de travailler soit avec la famille, soit avec le réseau social, ou soit avec...

Si c'est un patient par exemple qui est inséré dans un milieu de travail, tu peux toujours travailler avec le milieu de travail si c'est possible... en autant que c'est possible. Alors à ce moment là, ça peut aider à la réinsertion sociale ou à la réadaptation du...du patient.

Mais... à ce moment là c'est quelque chose que... qui est peut-être encore plus important que pour un autre patient pour qui disons on va travailler plus sur euh, ses forces personnelles là, j'veux pas dire qu'on travaille pas dutout sur les forces individuelles, mais j'pense que l'aspect "environnement" va être aussi important.

INTERVIEWEUR: Parlez-moi de la clientèle à traiter?

Ca dépend quel genre de délit... qu'il a fait. Pis j'pense que c'est important, là je parle un peu en général là, euh, évidemment je m'inclus là dedans mais c'est important pour la travailleuse sociale de savoir si on a, si elle a elle-même des préjugés face à certain délit ou certain type de criminel. Parce que si on a des préjugés c'est une autre barrière à surmonter.

Il y a aussi l'aspect dangerosité évidemment là...euh, si on se sent par exemple, si on se sent, si, si j'me sens pas en sécurité, euh, avec un criminel là, entre guillemet, ou si j'ai l'impression que... euh, je sais pas moi, je...

C'est parce que, j'me dis là, le patient que j'ai actuellement... c'est un patient qui a fait un vol à l'étalage. Je pense que j'aurais réagit différemment si ça avait été quelqu'un qui a fait un meurtre ou une tentative de meurtre.

O. K. Pour moi... c'est important de me sentir... dans une... certaine sécurité, une relative sécurité. Sentir quand même que le patient... Il peut avoir de la résistance, mais, pas à un point où... Parce que à ce moment là... euh, j'avais avoir le sentiment d'échec. J pense que c'est déjà difficile de traiter un criminel en général si en plus je dois surmonter ma propre peur... Parce que je pense que le criminel peut être dangereux ou, encore dangereux, en plus de surmonter le manque de motivation qui peut exister, pas nécessairement, mais qui peut exister, donc ça veut dire que... ça, ça va être, peut-être un cas là que tsé, euh... moi aussi j'avais traiter ça comme un boulet, tsé, j't'obliger de le voir, j'ai pas le choix, pis ça, ça sera moins drôle, moins efficace.

C'est pour ça que je trouve que le, le thérapeute devrait... Je ne sais pas si, jusqu'à quel point ça peut être possible ça, mais devrait avoir la chance de plus ou moins choisir. Pas, pas nécessairement pour rendre service... évidemment c'est pour le thérapeute aussi là, mais ça devrait rendre service au patient aussi parce que si on me réfère un criminel, qui a commis un délit pour lequel j'ai un préjugé nettement là, tsé, un préjugé négatif là, et pis on me le réfère pis que j'me sens obligé de le traiter j pense que c'est pas rendre service au patient parce que déjà là... tsé, y'a pas toute la chance voulu.

Pis c'est dans ce sens là que j'trouve que le travailleur social ou n'importe quel thérapeute devrait avoir le choix, plus

ou moins, de dire "oui" j'accepte de voir tel patient. Parce qu'à ce moment là au moins, il n'a pas à surmonter ses propres préjugés ou sa propre...ou sa propre peur.

INTERVIEWEUR: Avez-vous autre chose à ajouter?

Euh...ça dépend...ça dépend du genre de problème que le patient présente, O. K. J'pense à...en général... je , je ne sais pas si... j'veux pas trop généraliser mais en général je vois par exemple, euh, au niveau des, de l'impulsivité, euh, il y a certain criminel qui vont faire des gestes impulsifs, à ce moment là, la thérapie individuelle... on va... faut qu'elle vise sur la façon de contrôler ses pulsions agressives par exemple. Parce que très souvent ils vont avoir de la difficulté avec... avec ça, avec leurs pulsions agressives... ou leurs pulsions sexuelles.

Ou...euh, par exemple, dans le cas d'un cleptomane, tsé, tu vas essayer de focaliser sur la façon d'éviter les, les, des mises en situations qui vont... C'est-à-dire des situations ou y va être... que ça va être difficile pour lui de, de contrôler ses pulsions. Dans, dans le cas de quelqu'un qui fait du vol à l'étalage, c'est très simple... ça vient de la, de la méthode behaviorale mais on lui demande simplement d'éviter les centres d'achat! Parce qu'on ne veut pas qu'il soit mis en situation ou ça va être trop difficile pour lui de contrôler ses pulsions. Alors, alors si, si on détermine que c'est ça son problème: Il a de la difficulté à contrôler ses pulsions, ça va être quelque chose de...

Y'a, y'a aussi le côté support, parce que c'est important... pour cette personne là de sentir qu'il est encouragé dans ses efforts...de, tsé, de ne pas commettre le délit si tu veux, alors à ce moment là, euh, la thérapie de support va être

de mise aussi là... euh, et puis ça la thérapie de support pour moi ça veut dire, ce que je disais tantôt, inclure aussi la famille puis les informer ou leur donner un peu de, de "guideline" là, directives, comment réagir, comment réagir face à certaines attitudes du patient...

A part ça... je vois pas que ça soit... tellement différent, j pense que c'est... quand le criminel arrive dans ton bureau, qu'est-ce que c'est son problème? Comment y va réagir à tes types de traitements? Qu'est-ce... ou est-ce que t'a plus la chance de réussir à le traiter (entre guillemet) et puis, pas, pas nécessairement regarder le délit comme étant... tsé euh, la...la grosse affaire là, qui... j pense qu'il faut replacer ça dans son contexte puis si c'est quelqu'un par exemple qui profiterait... j'sais pas moi... de... d'une désintoxication par exemple, tu peux avoir des, des criminels qui ont d'autres problèmes, alors regarder la personne d'une façon globale. Pas la limiter à son délit. J pense que c'est ça que je veux dire.

Tsé pas le voir uniquement comme quelqu'un qui a fait une tentative de... de meurtre ou bien quelqu'un qui a fait du vol à l'étalage... C'était le voir dans son ensemble, pis ce geste là peut... si tu le remet dans un... dans son contexte... à ce moment là tu vas peut-être choisir de traiter d'autres aspects de sa personnalité ou d'autres choses qui vont aider à ne plus... aider à ne plus commettre le délit. Mais j pense pas qu'on doit se limiter là, j pense que ça serait être borné.

Juste le regarder comme quelqu'un...tsé... que... dans ce sens là c'est pour ça j'veux dire qu'on doit le traiter comme, un peu comme tout autre patient parce que si un patient t'apporte un problème et puis deux trois semaines après tu découvres qu'il en a six, sept, j'veux dire, j pense pas qu'on devrait, ça serait une

bonne chose de... de juste le voir comme telle personne qui a tel problème. Mais une personne qui a des problèmes.

Ca veut pas dire ça que tu peux pas commencer à travailler un aspect de la chose mais garder toujours le contexte, tsé voir dans quel contexte... Alors à ce moment c'est pour ça que tu vas, tu vas peut-être être obligé de retourner en arrière dans le passé du patient... euh, pour voir comment, comment, qu'est-ce qu'il a ammené à un moment donné comme délit.

Parce que le... le délit qu'il commet au fond c'est toujours un... un symptôme ou un signe de quelque chose qui va pas. Alors, alors à ce moment là, évidemment là... la société elle en... en général puis le système judiciaire y veulent que le patient soit comme... comment je dirais bien ça... que le... que le criminel ne récidive pas. O. K. pis ne refait pas le geste qu'il a fait qui est catalogué comme un délit, mais on peut travailler là-dessus de façon behaviorale là, mais j'pense que c'est, c'est aussi important de travailler plus en profondeur pour voir, parce que si le délit est symptôme de quelque chose qui ne va pas, j'pense qu'on manque de beaucoup si on... on touche juste au geste même pour aller chercher les raisons pour laquelle il a fait son délit. Puis à ce moment essayer de travailler plus en profondeur de sorte que... automatiquement... il ne répétera pas...

INTERVIEWEUR: Tu me dis que un des buts est d'empêcher la récidive?

Oui, mais, ça c'est aussi le but du système judiciaire. J'pense qu'on a un but en commun en traitant la même clientèle. J'pense que cela a des avantages pis des désavantages... euh, par exemple, comme avantages là j'vois tout de suite... euh, le fait

que le criminel, là je parle de... d'un... d'un patient qui nous a été référé et puis que l'on voit à l'extérieur. Je ne parle pas de quelqu'un d'incarcéré là.

Alors l'avantage que je vois dans, dans le cas précis que je suis actuellement, l'avantage que je vois c'est que, on évite une peine d'incarcération là, d'emprisonnement, on travaille, on laisse le patient à l'extérieur d'une institution, euh, du pénitencier si tu veux là et puis... on lui permet disons de... de travailler des choses qui, qui ne vont pas chez lui là, tsé, quelque chose qui, qui ne marche pas là, ce qui n'aurait peut-être pas à l'intérieur d'une prison.

J'pense, je suis pas certaine dutout moi que les, les criminels qui ont des problèmes psychiatriques... euh, on l'attention voulue lorsqu'ils sont incarcérés. J'pense que je peux dire... que c'est... j'veux dire j'pense pas là, c'est juste une opinion, mais j'pense que j'ai déjà entendu un reportage à la télévision disant que... euh, dernièrement là, je ne sais pas si tu as vus ça... y disait justement que les... euh, les... euh, les prisonniers là, les détenus n'avaient vraiment pas de soins psychiatriques une fois qu'ils étaient entrés.

INTERVIEWEUR: Y a-t-il des exigences, venant du système pénal, que vous devez suivre lorsqu'un cas vous est envoyé?

Au niveau des travaux communautaires il y a des exigences. Ca tu peux avoir ça. Comme deux cents heures de travaux communautaires. Et puis à ce moment là on peut, euh... te demander d'être... plus ou moins responsable... euh, de lui faciliter... C'est, c'est lui quand même qui est responsable des faire là, pas de... Mais tu peux lui faciliter la chose...

Dans le fond, le fait... je sais pas... le seul fait qui nous est référé du système, d'un autre système, à ce moment là on a... on, on adopte, si tu veux, un but de ce système là, c'est-à-dire prévenir la récidive. O. K. Ca euh, ça l'air sec là mais j'pense que c'est... On, on nous envoie un patient pour être traité, on veut pas le revoir dans... être en train de récidiver. Alors ça, ça serait peut-être un but là que... qu'on adopte automatiquement... Mais de façon bien générale c'est de rendre, rendre le patient ou le client fonctionnel dans la société, faciliter sa réinsertion sociale, euh, ou sa réadaptation, si tu veux... j'pense que c'est pas tellement différent des autres patients sauf que justement là, on parle de récidive parce que... c'est ben vague.

INTERVIEWEUR: Avez-vous autre chose à ajouter?

Non... je crois pas.

ENTRETIEN BCONSIGNE:

Vous travaillez dans une clinique psychiatrique externe et votre emploi consiste à traiter des patients selon le Mental Health Act (loi sur la santé mentale). Ces patients sont habituellement référés par leur médecin de famille ou par eux-mêmes. Il est également possible qu'un patient soit référé par le tribunal. Dans ce cas, ce type de clientèle a-t-il des particularités qui impliquent une adaptation ou un ajustement de votre part?

REPONSE:

Bien évidemment c'est dans le cas où quelqu'un est référé par quelqu'un d'autre. Que ce soit par le médecin ou peut-être encore plus dans le cas du tribunal, il s'agit d'établir les motivations respectives à la fois du tribunal, souvent c'est assez claire, mais au niveau du patient, c'est quoi sa motivation à venir en traitement. Parce que évidemment, le traitement, euh, ça...nécessairement ça implique une motivation...intrinsèque du patient plutôt qu'extrinsèque parce que quand c'est une motivation extrinsèque, c'est-à-dire que le patient vient parce que, parce que le tribunal le force à consulter, ben, ça fait, ça fait...ça fait des résultats euh...à court terme c'est-à-dire que le patient, la plupart du temps, euh...s'implique pas vraiment en terme de changement intérieur ou de changement plus euh, plus génératif ou véritable là. Alors à ce moment là c'est important de déterminer les motivations euh, plus intérieures ou personnelles du patient à ce moment là. Ça c'est la première chose que je vérifie, parce que évidemment ça va déterminer, euh, disons l'orientation du traitement là.

Ceux qui sont venus, souvent c'était une motivation externe. Y venait parce qu'il n'avait pas le choix. Alors évidemment la motivation même si elle est externe, euh, fait que le patient vient, évidemment là c'est à moi à...à essayer de développer, euh, une forme de motivation plus intérieure. Interne. Ce qui est pas toujours facile. Euh...pis c'est ce qui fait que le traitement dure souvent, par exemple, le temps d'une probation. Puis après ça, ça arrête là. Puis, en terme de changement ben, c'est assez minime. Changement plutôt, cosmétique. Mais la grosse difficulté, et puis ça évidemment c'est presque...c'est presque inévitable dans ces cas là, c'est, c'est justement développer cet, cet effort de changement là qui vient du patient lui-même.

Mais à part ça, comme ajustement...Une fois que le patient développe cette...cette motivation là, ça devient comme n'importe quel autre patient. Disons c'est ce qui caractérise le plus la difficulté là...principale là...je ne sais pas là, au début du traitement, c'est que moi faut que je développe ça plus souvent...évidemment que dans d'autre cas qui, euh qui sont référés, euh, par les médecins parce que souvent à ce moment là, le patient va souffrir en quelque part. Ceux qui sont référés par le tribunal la plupart du temps sont souvent très en colère mais, ils sont beaucoup en opposition contre le système puis, à ce moment là, le degré de détresse n'est pas très, très élevé. Puis c'est d'aller chercher ça ou flairer ça en quelque part là sous cette carapace là de colère, de ressentiment contre le système.

INTERVIEWEUR: Parlez-moi encore du degré de motivation?

D'après ce que j'ai pu voir dans ces cas là, c'est pas tellement, tellement élevé. C'est assez bas même...Je me souvient d'un cas entre autre, ou, c'était le...la négation totale. Tsé

j'ai rien fait, pis euh, foute moi la paix là. Moi dans ce temps là, à ce moment là, j'ai plus tendance à le référer à des ressources plus euh, spécifiques, par exemple à l'unité de psychiatrie légale à la Royal à Ottawa où là vraiment c'est un traitement en interne où le patient euh...est vraiment évalué de façon beaucoup plus complète puis où, on a les outils pour travailler avec ce genre de résistance là. Plutôt qu'en externe là vraiment à ce moment là, pour que le patient puisse persévérer d'une rencontre à l'autre là, qui sont espacées forcément là, alors euh, ça implique à ce moment là des modalités de références, puis connaître les ressources dans le milieu qui existe là...au niveau francophone ben évidemment, je ne suis pas certain qu'on ait toute la gamme des services là...à la Royal je ne sais pas, j pense que c'est limité quand même. Mais quand même ça l'existe, et puis je me souviens d'avoir référé quand même des patients à ce moment là.

En somme c'est eux-autres en milieu interne qui ont à favoriser ça là cette espèce de prise de conscience là, là, de, de, un peu d'internaliser leur problème plutôt que de le projeter sur euh, sur la société, sur le tribunal, qui ne savait pas ce qu'il disait, ou, les policiers qui m'en veulent, euh, x, y, z, là, euh, pis ça c'est pas facile parce que évidemment c'est une carapace là, souvent qui, qui date de plusieurs années alors c'est pas facile de percer ça surtout quand ils arrivent déjà très en colère là, mais souvent aussi c'est de les écouter puis de s'allier dans leur...sans nécessairement leur dire qu'ils ont raison là, mais, de les écouter, de leur donner notre aide, de les

comprendre d'une certaine façon là, euh, mais évidemment c'est à long terme ça puis, ça peut donner des résultats...euh...mais...la plupart du temps ça dure pas. Puis...

INTERVIEWEUR: Pouvez-vous m'en dire un peu plus à ce sujet?

La plupart du temps...Souvent aussi il y en a qui, qui ne reviendrons pas, c'est-à-dire qui ont des rendez-vous puis...Je me souviens d'un cas entre autre là, où il n'y avait pas de compliance au niveau des, des rendez-vous. Bien là à ce moment là, je contacte l'officier de probation, j'en parle, mais la plupart du temps eux autres aussi sont conscient que, bon, c'est vraiment nager à contre courant là...c'est ça.

INTERVIEWEUR: Parlez-moi de la clientèle qui vient du tribunal?

Bon...disons que, pour moi quand j'ai un cas référé par le tribunal, pour moi ça semble plus euh, un défi. Puis j'ai plus une attitude là de...d'évaluation à ce moment là, à savoir, bon, qu'est-ce qu'il vient faire pour lui-même. C'est plus vers ce, ce genre de questions là que je m'oriente. Alors tout de suite là ça, ça, ça, moi même je vais, je vais ré-orienter mes attentes souvent aussi à ce niveau là, c'est-à-dire que quelqu'un qui vient du tribunal...forcément j'ai tendance, presque spontanément là à diminuer mes attentes. C'est-à-dire, bon O.K. euh...ça va être probablement du court terme, et puis euh...jusqu'à quel point il va vraiment y avoir des changements, ben à ce moment là j'ai comme

tendance à me dire, bon, ça va être sûrement plus limité comme changement.

Spontanément c'est le genre de...réactions que j'ai là comme...bon, O.K... c'est pas comme un patient qui se réfère lui-même qui dit je veux vraiment changer euh...ça, ça, ça, ça. Le tableau est très très différent puis moi forcément, je, je m'ajuste là au niveau de mes attentes, là, c'est comme bon, je ne me ferai pas trop de...je ne partirai pas en peur là. Pis dire, bon, let's go, on va faire un beau traitement qui va...qui va avoir des beaux changements, puis tout ça là...Disons que ça c'est plus par rapport à...mon, mon contre-transfert immédiat si on peut dire qui fait que je me protège moi aussi, pour pas être déçu.

INTERVIEWEUR: Habituellement quelle est la longueur de la probation?

Moi ce que j'ai vu souvent c'est un an, très souvent. Et un an c'est suffisant à condition qu'on réussisse à développer une motivation. Mais là j'essaie de me souvenir des cas en particulier là...souvent ce qui est arrivé aussi c'est que les patients ont été transféré dans d'autres prisons par exemple pis j'ai perdu contact un moment donné. Je me souviens de un entre autres là ou, ou j'avais amorcé une démarche. Le patient avait en quelque part accroché au niveau de la thérapie là, en terme de, de détresse, bon il faut que je fasse quelque chose là, puis euh...ça, ça regardait bien. Un moment donné il a été transféré, il a passé au tribunal puis il a été jugé, condamné, tout ça,

transféré à une autre, une autre prison puis euh...bon, j'ai perdu contact.

Puis dans les cas de probation, ben, un an ça passe vite quand, quand le patient y veut pas venir plus souvent qu'au deux mois là...Puis je ne peux pas non plus euh...je ne peux pas le forcer, lui dire je veux que tu viennes plus souvent...en quelque part on va perdre notre temps aussi parce que lui il va m'en vouloir de l'obliger à ça pis, c'est comme une impasse à ce moment là...Alors il faut quand même que je suive un peu...la direction du patient...J'ai comme pas le choix à ce niveau là, là sinon ça va être...ça va être une perte de temps pour tout le monde là...puis c'est pas juste le fait que lui y vienne à chaque semaine qu'un moment donné y va développer euh...une prise de conscience. Ce qui va, au contraire, développer du ressentiment contre moi...je perd mon temps.

INTERVIEWEUR: C'est le patient qui décide de la fréquence?

C'est ça. Exactement. Alors c'est un peu, quoi...à ce niveau là c'est un peu une contradiction de forcer le patient à, à se faire traiter c'est, c'est, c'est comme un tour de force là, je veux dire euh, le patient, au niveau psychologique fera bien ce que lui-même va décider de faire. C'est autant chez le patient que, que chez-moi. C'est vraiment une interaction puis si, si il y a de l'opposition du côté du patient ben...c'est, bon c'est le genre d'approche que j'ai avec un patient qui, qui résiste là, c'est-à-dire que j'en ai pas de problème puis c'est tout les

autres qui sont malade là. C'est, c'est pas facile à aller chercher effectivement...euh...je vais peut-être mettre plus d'effort dans les cas où ils sont référés par les tribunaux parce que à ce moment j'ai comme plus une responsabilité légale qu'un patient qui est référé par un médecin de famille puis, puis qui me dit je ne veux rien savoir, ben, à ce moment là je vais peut-être avoir tendance à dire bon, O.K., tu reviendras quand, quand tu te sentiras plus disposé. Chez le genre de patients qui viennent par rapport au tribunal je vais peut-être à ce moment là, persévérer un peu plus dans le sens: je veux te revoir dans, dans un mois...Quelquefois je vais confronter aussi le patient. Je vais dire ben, c'est ça que...c'est ça qui s'est passé, t'as beau le nier euh, les faits sont là. Mais encore là sans grand espoir qui, qui ait quoi que ce soit qui se passe. Je vais souvent référer en interne plus souvent qu'autrement.

Mais c'est ça en terme d'ajustement c'est, oui c'est ça, le patient qui m'arrive puis qui dit ben, c'est tout les autres qui sont malade, ben, je vais quand même m'essayer un peu plus que le gars qui dit: "C'est mon médecin de famille qui m'a référé puis je ne sais pas ce que je viens faire ici." Mais c'est pas facile à aller chercher cette motivation là quand il y en a pas là. C'est comme partir de zéro. Quelquefois il y a de la dépression aussi, c'est peut-être à ce moment là, euh...les cas où le pronostique est meilleur. C'est une détresse, une souffrance qui est plus...plus avouée là, plus...Mais, je ne peux pas dire que je suis très différent avec ces patients là non plus, je veux dire, je me dis, je ne suis pas un autre là, je suis moi,

comme avec tous les patients sauf que j'oriente mes questions dans le sens plus, plus précis à savoir, c'est quoi que tu viens chercher ici. Penses-tu que, avec tout ce qui t'es arrivé, euh...en quelque part ça concerne toi. Que c'est pas juste les autres...Puis développer un "awareness" là...une responsabilité de ses propres actes. Ce que je fais avec la plupart des patients peut-être plus dans ces cas là. La question se pose plus, plus vite en tout cas. C'est pas facile. C'est pas facile. C'est un défi.

INTERVIEWEUR: Aimeriez-vous ajouter autre chose?

...Non, c'est tout je crois!

ENTRETIEN CCONSIGNE:

Vous travaillez dans une clinique psychiatrique externe et votre emploi consiste à traiter des patients selon le Mental Health Act (loi sur la santé mentale). Ces patients sont habituellement référés par leur médecin de famille ou par eux-mêmes. Il est également possible qu'un patient soit référé par le tribunal. Dans ce cas, ce type de clientèle a-t-il des particularités qui impliquent une adaptation ou un ajustement de votre part?

REPONSE:

O.K. c'est une très grande question concernant les patients qui sont référés ici par la justice criminelle euh...et comment moi je m'adapte euh...à la clientèle et est-ce qu'il y a des caractéristiques individuelles appartenant à cette clientèle.

Les patients qui sont référés par la justice criminelle, sont définitivement un groupe séparé de la plupart des autres patients qui sont vus à la clinique psychiatrique. Euh...premièrement ces patients sont des gens qui sont référés contre leur bon vouloir. Ceci, par définition change complètement l'ambiance et les caractéristiques de la relation docteur-patient, qui est traditionnellement basées sur le consentement mutuel et euh...une alliance thérapeutique mutuelle. On ne peut pas prendre pour acquis que ceci existe chez le patient référé contre son bon vouloir et euh...conséquemment ceci à un effet sur la façon dont le travail va se dérouler.

Premièrement, euh...on doit s'assurer que la référence provient soit du juge ou de l'officier de probation et, si c'est le cas, la rencontre avec le patient n'a peut-être pas lieu pour

le bénéfice du patient mais plutôt pour le bénéfice d'une troisième partie. Il est important d'établir clairement, au début de l'entrevue avec le patient, les motifs de consultation et...ce qui est anticipé entre le patient et le docteur, dans ce cas le psychiatre, n'est peut-être pas fait dans le but de satisfaire les meilleurs intérêts du patient. Euh...bien sûr ceci peut détruire l'alliance thérapeutique...

Euh...j'aimerais parler du type de patients qui est habituellement référé par la justice criminelle euh...plusieurs patients ont un désordre de personnalité et le type de personnalité que je vois le plus fréquemment est sans aucun doute la personnalité antisociale. Euh...ceux-ci constitue un bon pourcentage sinon la majorité des patients qui sont en contact régulier avec la justice criminelle. Je ne suggère pas que tous les patients qui sont...euh...déclarés coupable d'actes criminels ont un désordre de personnalité antisociale mais plusieurs d'entre eux, c'est ça.

Les patients avec un désordre de personnalité antisociale sont habituellement de pauvre candidat pour toute forme d'aide euh...Il est très difficile pour eux...euh...d'entrer en relation avec un psychiatre, d'autres ne veulent rien savoir et, même s'ils le veulent, le fait est que certains éléments coercitifs viennent détruire toutes possibilités d'alliance thérapeutique. Pour le petit nombre qui accepte la thérapie, les résultats sont très euh...ambivalents et euh...ceux-ci sont les patients les plus difficiles à traiter. Le peu de patient qui sont capable d'entrer dans une relation d'alliance thérapeutique et qui sont capable de progresser en thérapie, euh...semble bien s'en tirer. Mais ceci est un très petit pourcentage.

Toutefois, il est anticipé qu'un patient ayant un désordre de personnalité antisociale ne restera pas en thérapie euh...et habituellement vient euh...pour une raison euh...à la demande d'une autre personne...euh...celle-ci peut être un conjoint, un collègue de travail ou par le système judiciaire, soit le juge ou un officier de probation. Habituellement je demande au patient la raison, pourquoi il se présente ici, et si la raison n'est pas basée sur ses propres besoins, je leur explique que je peux leur offrir très peu.

Moi, personnellement, euh...je n'aime pas, généralement, travailler avec des gens qui viennent ici sous contrainte. Parce que, généralement...euh...j'aime beaucoup mieux travailler avec des patients qui viennent ici de leur propre initiative parce qu'ils souhaitent avoir de l'aide. Je n'aime pas travailler dans un environnement où il y a de la contrainte venant de moi ou un autre parce que ceci rend euh...l'alliance thérapeutique et le travail sont très difficile à euh...établir. Euh...former une alliance thérapeutique est souvent un défi euh...C'est souvent une tâche difficile dans de telle situation. Personnellement je n'aime pas beaucoup ce genre de travail. C'est pourquoi je n'aimerais pas travailler par exemple, dans une prison. Je ne dis pas ça dans le but de réprimer ce genre de travail et je crois que le besoin est grand d'avoir des psychiatres travaillant dans les prisons où n'importe quel autre professionnel en santé mentale. Un grand nombre de gens en prison ont des problèmes mentaux et on a besoin d'aide euh...Personnellement, je n'aime pas cet environnement là mais, j'apprécie et respecte ceux qui font le choix de travailler dans ces endroits. C'est une tâche très délicate.

INTERVIEWEUR: Parlez-moi un peu plus de la clientèle qui vient vous voir?

Tout d'abord je dois admettre que la plupart du temps la clientèle se présente suite à un ordre de probation euh...je ne connais pas exactement toutes les procédures mais...habituellement moi je ne connais pas la longueur de la probation de ma clientèle. Ce qui arrive c'est que nous recevons une lettre de l'officier de probation nous demandant de voir telle ou telle personne. Depuis que je travaille ici, la clientèle que j'ai eue, venant du tribunal, euh...plusieurs ne sont venues en thérapie qu'une ou deux fois et ensuite disparaissaient. Je croirais que ceci est typique. Et, au fait, aucun vrai travail ne peut être fait avec quelqu'un qui est forcé de venir ici parce que mon travail est toujours orienté vers l'individu lui-même et surtout...je dois travailler les aspects que le patient désire travailler...Etant donné que ces individus n'ont pas le désir d'être ici,, c'est une vraie contradiction et c'est souvent ce que la justice criminelle ne comprend pas. Il peut référer "naivement" des gens à un professionnel de la santé mentale, à un psychiatre, pensant qu'ils peuvent être "guéris". Il est rarement utile de référer quelqu'un pour une thérapie en santé mentale si la personne ne veut pas de traitement.

INTERVIEWEUR: Vous me dites que la justice criminelle ne comprend pas. Pouvez-vous m'expliquer cela?

Euh...je crois que les deux systèmes fonctionnent sur des principes, fondements et valeurs différents. Euh...dans le système judiciaire ou la cour, les principes sont...la compétition des intérêts, euh...chacune des parties se lancent des défis et avec l'idée que la vérité viendra en prouvant que l'adversaire est dans l'erreur. Au fait les deux sont en opposition l'une contre l'autre. Pour le système médical ou la santé mentale, les principes sont différents. Ils sont basés sur la coopération

mutuelle et euh...l'aide volontaire. Je trouve qu'il est très difficile de joindre les deux euh...C'est souvent comme mélanger de l'huile et de l'eau et ça fait souvent un mariage malheureux lorsque tu essaies de mélanger.

De plus...une autre chose que j'aimerais mentionner euh...que j'ai pas discuté encore et que j'aimerais que tu saches en ce qui concerne la clientèle référée par le tribunal est l'aspect dangereux euh...du patient. Je suis d'accord pour dire que finalement tous les patients peuvent représenter un danger: les psychotiques, les impulsifs, les maniaques...mais souvent je crois que les patients référés par le tribunal sont peut-être euh...je ne sais pas...peut-être plus dangereux. Il y a toujours une menace de violence en "dealant" avec cette clientèle et...ceci entraîne du stress.

Personnellement je crois que la meilleure façon de faire affaire avec la clientèle est de se tenir sur ses gardes et, généralement le meilleur guide est l'intuition de la peur au point de vue cognitif et généralement on dit que la meilleure façon d'agir est de jouer au peureux et ne jamais ignorer le risque de violence.

Je crois que le patient et le psychiatre doivent se sentir en sécurité. Euh...la menace de violence détruit immédiatement l'entrevue. Au départ je dois m'assurer que l'environnement est sécuritaire pour moi et pour le patient. Et si je ne suis pas certain, je dois terminer l'entrevue. Ça c'est une priorité. Il faut également déterminer le degré et les causes de la violence. Si il y a de la violence par exemple, parce que le patient est psychotique, et que celui-ci ne se rend pas compte de ce qu'il fait, pour le bénéfice du patient, il faut l'immobiliser et clarifier avec lui certains aspects. Si la menace de violence

existe à cause d'un malentendu entre le patient et le thérapeute alors...c'est au thérapeute de clarifier le malentendu pour diminuer la menace de violence. Si ceci arrive parce que le patient est sous une contrainte lors de l'entrevue, il faut toujours clarifier ce sentiment de coercition et si le patient le veut, l'entrevue prend fin.

Dans le cas de la clientèle référée par le tribunal, où le patient ne veut pas continuer la thérapie mais qu'il existe certaines exigences venant d'une troisième personne, il est alors nécessaire de placer le patient dans un milieu sécuritaire...euh...en interne...si nécessaire. Euh...la plupart des psychiatres n'aiment pas l'idée de travailler dans un endroit où il y a de la coercition parce que c'est contre tout sur quoi repose le travail en santé mentale.

INTERVIEWEUR: Y-a-t'il autre chose que vous aimeriez discuter sur le sujet?

Euh...oui...euh...je voudrais parler peut-être du type de clientèle qui est référé par le tribunal et euh...des chances de pouvoir établir un bon pronostic en ce qui concerne la santé mentale de la clientèle.

Euh...tout d'abord il y a plusieurs types de patients qui sont référés par le tribunal et chacun est très différent. Certains criminels euh...par exemple, sont en prison et les gardes soupçonnent, ou le policier qui a fait l'arrestation soupçonne que l'individu a un problème mental. A ce moment là, un médecin ou un psychiatre est demandé pour faire un examen. Tout dépend du diagnostique. Certains patients sont psychotiques, déprimés, neurotiques ou souffrent d'un désordre d'ajustement ou de caractère. Euh...les patients souffrant d'une épisode psychotique

aigue ou d'une dépression majeure ont besoin d'être traités et spécialement parce qu'un traitement biologique est indiqué, le progrès est très significatif. On ne parle pas ici d'un contrat psychothérapeutique. Euh...pour les désordres de caractère, bien sûr, l'amélioration est très limitée.

Euh...les patients à qui on demande à venir en entrevue suite à l'ordre du tribunal peuvent être évalués, et ceci est une demande très légitime, suite à une entrevue psychiatrique, pour informer l'officier de probation ou le juge sur le diagnostic psychiatrique et le pronostique. Ceci peut être fait à l'intérieur d'une seule entrevue. Mais en terme de thérapie, encore une fois,, si le patient lui-même ne souhaite pas recevoir de l'aide, il y a peu de place pour le succès.

INTERVIEWEUR: Avez-vous autre chose à ajouter?

...je pense que non. J'espère que j'ai répondu à ta question?

INTERVIEWEUR: Oui, merci!

ENTRETIEN DCONSIGNE:

Vous travaillez dans une clinique psychiatrique externe et votre emploi consiste à traiter des patients selon le Mental Health Act (loi sur la santé mentale). Ces patients sont habituellement référés par leur médecin de famille ou par eux-mêmes. Il est également possible qu'un patient soit référé par le tribunal. Dans ce cas, ce type de clientèle a-t-il des particularités qui impliquent une adaptation ou un ajustement de votre part?

REPONSE:

Moi j'ai eu des patients qui ont été référés et qui ont dûs traverser le système légal. Ma réaction est un peu différente dans le sens que souvent tu vas avoir affaire à, à avoir des contacts avec soit l'avocat, soit, euh, tu vas savoir qu'il y a un procès, tu vas avoir des lettres, des évaluations à faire. Ça fait que c'est différent dans ce context là, là. En fait de thérapie...euh...pas vraiment parce que, ce qui est, ce que le patient vit au niveau légal puis ce qu'il vit en thérapie, moi j'en tient pas compte là, c'est comme si quelqu'un est, est accusé d'inceste pis moi je travaille là-dessus, mais je ne tiendrai pas compte de t'es coupable ou pas coupable et tu feras çà...t'sé c'est comme...

Cette évaluation là au niveau légal...tu, t'en tiens compte là mais pas trop là, comme même si tu as un patient qui est reconnu coupable au niveau légal, je vais le traiter comme si il était pas coupable. Si il nie, comme... je peux juste prendre sa parole à lui. J'ai déjà eu un patient qui a été reconnu coupable au niveau de l'inceste pis que moi...en thérapie il a toujours nier avoir fait ça. D'après lui c'est un coup monté

tsé...Je ne prendrai pas l'attitude de : "tu es coupable là pis...tsé dis-moi la vérité...Pis çà, pis ça"...non. Tsé, c'est comme deux affaires à part. C'est...c'est...

Je travaille au niveau personnel, individuel. La seule chose de différent c'est que je vais avoir plus de contact par rapport à des lettres d'avocat, par rapport à...il y a quand même des exigences de la part du système légal. C'est comme tu suis ce patient là, tu le suis en thérapie pis en même temps tu te rend compte qu'il a des besoins, en tout cas... il a des besoins en thérapie pis qui s'en va...qui va être pris en charge par le système légal soit parce qu'il est en prison tout ça. Ca fait qu'à ce moment là tu essaie de régler, en tout cas, des orientations par rapport, comment il pourrait le plus bénéficier de...du système légal ou carcéral. Tsé O.K. là, dans cette optique là, ce patient là aurait de...telle ou telle affaire là O. K...sachant qu'il va être pris en charge...au niveau légal. Parce que l'orientation...

Moi j'ai eu des patients en thérapie qui avaient des probations, mais je n'étais pas impliqué dutout. Je savais qu'ils étaient en probation mais...je n'avais pas de contacts avec l'agent de probation.

INTERVIEWEUR: Continuez...

Mais, quand tu as des gens qui sont pris au niveau légal, ils vont rechercher un appui dans notre système à nous autres. C'est comme beaucoup de gens vont essayer d'avoir de l'appui de nous autres par rapport à comment faire face au système légal. Ils vont vouloir de l'appui. Ils vont vouloir du support. Ils vont vouloir euh...des évaluations de bonne conduite. Ils vont vouloir euh...qu'on écrive une lettre pour qu'on calme le système pour eux-autres parce qu'ils sont menacés par ça tsé...Puis

souvent ils vont jouer le jeu du bon patient...pour qu'au niveau légal ça soit pris euh...ça fait que c'est une façon pour eux-autres de se servir aussi...de ça...tsé il l'utilise puis euh...c'est disponible donc c'est...c'est correct aussi. Ils utilisent tout ce qu'ils peuvent utiliser...c'est une ressource possible.

En thérapie, c'est rare qu'on va aborder euh...les cours, les procès, la culpabilité ou...J'ai pas de problèmes de motivation! Ben ceux-là en tout cas là...la plupart de ceux...Y en a un qui est un peu...que je me souviens qui vient...qui venait plus dans des problèmes légaux parce qu'il ne savait pas trop quoi faire...Ca fait qu'il voulait juste du support pis de l'orientation. Tu lui donnes ça, il règle son problème légalement pis tu le revois pas. Tsé, c'est parce qu'il ne sait pas comment faire face au système, ou il le sait trop. Ca fait qu'il vient ici...il cherche quelqu'un qui va l'écouter.

INTERVIEWEUR: Voulez-vous ajouter quelque chose?

Non. Ca va.

ENTRETIEN E

CONSIGNE:

Vous travaillez dans une clinique psychiatrique externe et votre emploi consiste à traiter des patients selon le Mental Health Act (loi sur la santé mentale). Ces patients sont habituellement référés par leur médecin de famille ou par eux-mêmes. Il est également possible qu'un patient soit référé par le tribunal. Dans ce cas, ce type de clientèle a-t-il des particularités qui impliquent une adaptation ou un ajustement de votre part?

REPONSE:

C'est que habituellement les patients qui sont référés par le tribunal ont des demandes particulières. Soit que le patient soit suivis pour une période de temps, qui soit suivis pour un problème déjà donné là euh...à ce moment là si le patient est motivé ou pas, t'é obligé de le suivre. Euh...ça nous oblige à l'occasion de communiquer avec les agents de probation, donner des rapports, euh...y-a pas tellement d'ajustements particuliers parce que c'est un cas de cours. Ca entre dans les cas comme les autres là si tu veux là, en temps que thérapie sauf que...avec expérience c'est que souvent les gens sont peu motivés à être...ils viennent parce que ça a été demandé par le tribunal euh...parce qu'ils ont pas le choix finalement. Pas nécessairement parce qu'ils sont intéressé de travailler leurs problèmes comme tels euh...

Ca devient des fois plus difficile euh...d'atteindre quelconque avec eux-autres c'est que euh...tu vas essayer de les rejoindre dans leur problème mais souvent euh...ça patauge, ça tiraille, t'avance pas ou euh...c'est comme t'à l'impression que tu travailles un peu plus dans le vide là, vu le manque d'intérêt euh...par contre c'est pas tout les patients. T'as des patients

qui sont quand même intéressés à ce moment là qui viennent de la cour ou qui viennent de leur médecin de famille, la thérapie est la même...y-a pas tellement de changements là...de particularités au niveau de la...de la thérapie. Euh...la seule chose qui est peut-être plus euh...comme...à faire attention c'est au niveau du dossier j' pense comme tel, au niveau des écrits. Euh...comme, comme thérapie, comme technique d'intervention tout ça, que...peu importe d'où vient le patient, je veux dire, ça dépend plus du problème qui présente là, mais au niveau du dossier de, de consigner plus nos notes, d'être peut-être plus bref, plus précis dans les notes qu'on marque parce que tu peux facilement être appelé à aller en cour pour témoigner. A ce moment là euh...c'est pas juste les médecins qui sont obligés d'y aller, tu peux avoir une demande du juge pour donner ton expertise à toi. A ce moment là il faut que ce soit vraiment tout écrit, tout est consigné, les dates, même souvent...combien de temps que tu as passé avec le patient euh...de rien laisser de choses qui sont floues euh...de rapporter peut-être plus ce que le patient dit que de donner euh...de te faire des euh...comment on appelle ça des euh...des interprétations comme "j' pense qu'il a voulu dire telle chose". Ca c'est des choses qu'à la cour ça passe pas là, y pose des questions beaucoup plus précises. Euh...

INTERVIEWEUR: As-tu déjà témoigné au tribunal?

Oui, je suis allé juste une fois là, puis j'espère ne plus jamais y retourner. J'ai trouvé cela très difficile parce que tu as toujours une partie bon, l'avocat de la défense qui est là pour euh...te dire que t'as tort, et finalement l'avocat de la couronne pour prendre sur ton côté. C'est comme, finalement tu te sens jugé là dedans. Euh...tout est remis en question euh...le genre d'intervention que t'as fait. C'étais-tu la bonne intervention, c'étais-tu la bonne chose à faire, c'était...euh...aurais-tu pu

faire autre chose euh...comme si dans le fond tout le travail était le thérapeute qui aurait dû le faire et non pas le patient. C'est comme lui il n'avait plus rien à faire là dedans là euh...tout me retombait sur les épaules. Ca j'ai trouvé ça difficile euh...comme d'abord à prouver que ce que t'a fais était correct. Ca c'est pas facile là. Euh...

Puis ils sont très demandant des thérapeutes. Comme...autant le juge, les avocats s'attendent à avoir des réponses très très précises, d'avoir des euh...pratiquement un diagnostic précis avec une, un temps dans, dans six mois il va être guéris, des choses comme ça souvent ou on peut pas répondre. A ce moment là on est toujours le plus évasif et plus tu es évasif plus tu te fais prendre euh...Mais je ne peux pas dire là que j'ai eu plus de problèmes, en tout cas, avec les patients des tribunaux qu'avec les autres. Euh...y sont pas nécessairement différents...y sont pas plus agressifs ou euh...plus déprimés ou euh...y a pas de différences.

Euh...Il y a peut-être un petit peu plus de violence euh...par contre c'est des gens qui souvent ont été excessivement blessé pis moi c'est peut-être une chose que j'ai pas de misère là. Plus les gens ragent, plus je les fais pleurer, donc ils ne ragent pas longtemps.

C'est des gens qui se méfient peut-être plus. O.K. Comme ils ont déjà été jugé pour quelque chose qui souvent eux-autres croient pas aussi grave là, que l'action qu'ils ont portée.. ils ont toujours peur qu'on ne soit pas de leur bord, qu'on prenne plus pour euh...bon soit le tribunal euh...les agents de probation, qu'on soit là pour leur dire "t'es pas correct", "t'es pas fin". Le contact est peut-être un petit peu plus dur à établir avec ces gens là euh...Ils vont souvent...Souvent c'est

des patients qui vont arriver avec la police, souvent...ils arrivent menotés bon, ça, ça les rends déjà au départ euh...Ils se sentent en dehors des autres, pas comme les autres veux, veux pas. Les patients les regardent dans le corridor de travers, ça fait que, c'est comme, ils arrivent en entrevue avec un paquet de sentiments tout mêlés là euh...c'est pas facile pour eux-autres, de se remettre dans un context de thérapie comme, c'est encore eux-autres qui faut qui changent quelque chose, euh...pour eux-autres c'est pas facile.

INTERVIEWEUR: Je comprends...

Puis, en plus, ils ont un temps défini sur la cour. Admettons que le juge dise: "tu as une probation de deux ans moyennant que tu suives tes traitements psychiatriques". C'est certain que ceux qui sont plus ou moins motivés vont "toffer" leur deux ans puis après ça tu ne les reverra plus. C'est dans ce sens là que je parle là, que eux-autres vont se fier sur la limite de temps. Ou si c'est une probation de six mois, au bout de six mois, bonjour la visite et tu ne les reverra pas. Euh...pas dans le sens que nous autres on est limité là...ou conditionné, mais c'est que eux-autres vont se mettre une limite de temps, puis ils ne te donnerons pas plus que ça. A moins d'être vraiment motivé à ce moment là y vont s'embarquer peut-être plus dans une thérapie mais quand tu as affaire à des euh...des récidivistes le moins, comme souvent les cas de drogues euh...bon qu'ils se fesaient prendre parce qu'ils étaient pusher ou des choses comme ça euh...tu avais beau les voir en thérapie, au bout de six mois ils étaient retournés en dedans.

Tsé c'est des gens qui sont plus ou moins motivés à changer. Euh...ou tu as des cas plus sociopathes, ou il n'y a pas grand chose à faire en thérapie tsé, euh...

INTERVIEWEUR: Pouvez-vous me parler du contact que vous avez avec cette clientèle?

Il n'est pas facile parce que c'est des gens comme je disais tantôt qui ont déjà été jugé pour quelque chose pis qui sont...méfiants face à toute figure d'autorité peu importe quelle soit. Toi t'arrives comme la thérapeute, tsé même si tu veux pas jouer ce jeu là t'es quand même...dans une position d'autorité donnée par la cour en plus, ça fait que ça c'est...sont comme rebelles...Ils sont comme, y vont t'envoyer des messages comme: "Qu'est-ce que tu penses que tu peux faire? Pour qui que tu te prend toi là". Tsé, bon des choses comme ça, qui font que les deux ou trois premières sessions tu les passes plus à essayer de les amadoués, à essayer de, qui t'accepte finalement pour après ça tranquillement essayer de voir: Il y as-tu possibilité de travailler le problème?

Euh...moi je ne sais pas j'ai, j'ai jamais eu de difficultés à accepter ce, ce, ce type de clientèle là. Euh...Je les aient jamais non plus trouvé bien différent des autres que j'ai déjà eus. Je veux dire, j'ai jamais eu de cas euh...comme super agressif non plus là...euh...Par contre, un des patients que j'ai déjà suivi finalement euh... il a quand même fini par commettre un meurtre là. C'était quand même quelque chose d'assez important, sauf que c'est un bonhomme avec qui, qui m'aurais jamais, j'ai l'impression, menacé. Encore là dépendant du type de contact que t'as, euh...que les patients viennent de prison ou pas, si ils ont une bonne relation de confiance avec le thérapeute c'est pas vers ces personnes là qui vont, qui vont, qui vont souvent se défouler, tsé, au contraire ils vont plutôt essayer de se raccrocher parce qu'ils ont, qu'ils ont pu grand chose là tsé.

Euh...ça reste, ça fait des êtres humains qui ont des besoins comme les autres tsé, qui sont "poqués"...qui sont euh...qui sont vraiment en détresse parce que c'est comme une fois étiquetté avec une étiquette de prison c'est comme déjà là, t'as encore plus de difficulté peut-être à...à te relier avec les autres tsé, puis à te faire accepter. Ca fait qu'on est peut-être les dernières, dernières ressources à un moment donné.

INTERVIEWEUR: Parlez-moi encore de cette clientèle?

Euh...J'ai souvent eu des gens qui sont psychotiques, schizophrènes surtout euh...qui font des conneries ou des coups pendables et qui vont se ramasser à la prison parce que les gens ne savent pas qui sont schizophrènes. Euh...ça c'est des gens avec qui moi j'ai beaucoup plus d'affinité. Plus ils sont malade, plus la pathologie est extrême euh...les cas que j'aime...euh...les cas de dépression, les gens qui ont fait euh...c'est quand même assez rare qui se ramassent en prison ou qui vont euh...qui vont faire...un espèce...comme des assaults si tu veux là...assault sur d'autres personnes parce qu'ils ont des conflits maritaux, parce qu'ils ont des conflits personnels ou de personnalités qui va amener un état dépressif quelconque là, ça c'est le genre de patient avec qui moi je fonctionne mieux. Euh...tu as toute la clientèle là psychopathe, antisociale, tout ceux qui ne sont pas vraiment pour...moi j'aime les plus malades, les psychotiques.

Euh...c'est peut-être dû à ma facilité à être capable de rencontrer les gens juste au niveau de leur souffrance O.K. Euh...peu importe la raison qui les amènent à être dépressif, euh...Puis ça, demande-moi pas d'où ça vient là, ça l'air d'être quelque chose que j'ai toujours eue, de cette capacité là d'entrer

en contact avec eux-autres assez facilement, au niveau de leur peine, au niveau de, des émotions et de ce qui les a apportées ces émotions là. Les gens sont peut-être plus facile à se laisser atteindre à ce moment là. Euh...peut-être que veux ou pas, comme thérapeute je veux dire que c'est certain qu'on a tous un background en quelque part pis qui a des types de gens qui nous sont plus facile à rejoindre que d'autres. Euh...il y a certaine personne avec qui comme...moi personnellement j'ai plus de difficulté avec un alcoolique, un drogué, avec un...ce type de patient là ou je sais moins, on dirait que je n'ai pas de point...j'ai plus de difficulté à entrer en contact avec eux-autres. Ou peut-être la souffrance est moins apparente. C'est peut-être ça là, je ne sais pas.

Puis...c'est ça, finalement tu en vois de toutes les sortes. Qui viennent du système médical ou judiciaire euh...La seule chose euh...

Dans le système médical, le patient est libre de venir ou pas, il est libre de prendre les médicaments ou pas euh...il est libre de vouloir travailler en thérapie. C'est certain que...plus le patient essaie de contrôler euh...soit la thérapie, de contrôler euh...essayer de garder ce qu'il est, finalement tu avanceras pas à grand chose mais il a une pleine liberté de faire ce qu'il veut. Même au niveau de la médication, je veux dire euh...Tu peux voir un patient qui, qui en a réellement besoin mais si il ne veut pas il n'y a rien que tu peux faire à moins que tu juges qu'il y a un danger pour lui ou pour les autres. A ce moment là on est obligé de faire appel au système judiciaire pour les mettre en cure fermée mais euh...si il a aucun indice de danger pour lui soit suicide ou danger pour les autres ou qu'il fasse des actes de violence quelconque, on a aucun moyen qu'on peut intervenir.

INTERVIEWEUR: Donc habituellement c'est le patient qui décide...

Oui. Habituellement c'est ça. Mais là je te parle du système médical. C'est peut-être un peu différent pour les patients référés par le tribunal, euh...

La seule chose que je sais au départ c'est que venant du système judiciaire, j'ai pas le choix. O.K. Dans ce sens là j'ai pas le choix et le patient non plus. Euh...Il y a toujours, il y a toujours possibilité d'écrire une lettre et de dire au juge: écouter, votre patient, le type que vous nous avez référé, vous voulez qu'on le suive le temps de sa probation mais il y a aucune nécessité qu'il soit vu parce que bon: il y a pas de problèmes psychiatriques ou euh...le problème qu'il présente n'est pas travaillable ou bon, des choses comme ça. Euh...encore là le juge peut dire ben il faut qu'il soit vu quand même euh...à ce moment là euh...tu subis cette décision là. Mais moi j'y vais plus avec euh...sans penser au système comme tel. Je veux dire le patient est là, il a un problème et c'est ça qui m'importe là, euh...peu importe où il vient puis...qui me demande de faire quoi.

La seule chose c'est que je me dis que dans le système médical c'est que la motivation des patients est habituellement meilleure parce qu'ils ne sont pas poussés, ne sont pas obligés. La majorité sont beaucoup plus euh...peut-être motivé à faire quelque chose tandis que dans le système judiciaire encore là c'est une imposition.

Mais, non, je ne peux pas dire que je me préoccupe de ça euh...comme je te dis peu importe le, le problème qu'un patient présente, qui vienne d'un système ou de l'autre, le problème est le même. Euh, c'est la même chose que tu soignes un patient

psychiatrique au Québec et un patient psychiatrique en Ontario ou dans le fond des Etats-Unis, ça reste que, le patient euh...le problème est le même tsé. Ta façon d'intervenir change pas à ce moment là. Tu peux avoir certaine contrainte qui paraissent désagréable comme être obligé de faire une entrevue avec un policier, présent. Comme... si le patient est trop dangereux, à ce moment là, ils te laisserons pas faire l'entrevue toute seule. Tsé comme ça, ça peut être agaçant si t'es pas habitué de travailler avec quelqu'un qui est présent, ça peut être achalant. Ou de faire une entrevue avec un patient menotté! Faire une entrevue la porte ouverte. Ca c'est des choses que tu peux faire si le patient tu le sens trop agressif euh...Pis que...pour éviter qui se passe quelque chose tu prends des moyens pour te protéger aussi. C'est des détails.

Ta façon d'intervenir est la même tout en jugant le niveau de violence parce qu'ils ne sont pas tous...C'est pas parce qu'ils viennent de la cour qui sont violents mais s'il y a quand même un niveau de violence, il faut que tu le juge pour être capable de te protéger aussi là dedans. Donc à ce moment là tu prends les moyens appropriés pour euh...faire ton entrevue.

INTERVIEWEUR: Avez-vous des choses à ajouter?

Non. Est-ce que j'ai répondu à ta question?

INTERVIEWEUR: Oui, merci!

ENTRETIEN FCONSIGNE:

Vous travaillez dans une clinique psychiatrique externe et votre emploi consiste à traiter des patients selon le Mental Health Act (loi sur la santé mentale). Ces patients sont habituellement référés par leur médecin de famille ou par eux-mêmes. Il est également possible qu'un patient soit référé par le tribunal. Dans ce cas, ce type de clientèle a-t-il des particularités qui impliquent une adaptation ou un ajustement de votre part?

REPONSE:

Euh...en terme d'ajustements là, ça peut dépendre de plusieurs choses. Tout d'abord il faut dire que la clientèle référée par le tribunal euh...c'est une clientèle un peu à part à plusieurs niveaux, euh, un peu justement parce qu'elle n'est pas référée par un médecin. Le patient se présente avec un autre motif de consultation euh...tout à fait différent qui fait que moi...il faut que je m'ajuste là.

Je dois te dire au départ que ces patients sont pas motivés euh...ils arrivent ici pis, habituellement ils ne veulent pas me voir. Au bout de quelques minutes ils veulent partir parce qu'ils ont plus rien à me dire euh...Certains refusent de me revoir après la première entrevue, l'entrevue d'accueil. Je trouve ça difficile là, parce que je ne suis pas habitué de fonctionner comme ça. Habituellement ceux qui viennent à la clinique sont...content d'avoir trouvé un endroit pour recevoir de l'aide euh...ils sont intéressés à me revoir et ils demandent eux-mêmes d'être revus. C'est un peu différent avec la clientèle référée par le tribunal. C'est...c'est une clientèle qui veut pas être ici. La motivation n'est pas là. C'est ça que je veux dire. Ils

ne sont pas motivés à suivre une thérapie quelle que soit celle-ci. Ils ne veulent pas de médicaments euh...ils ne veulent pas parler de leurs problèmes, ils ne veulent pas recevoir un traitement psychothérapeutique euh...c'est différent. Très différent.

C'est...comment je dirais ça là...c'est une clientèle à part, que moi je considère à part parce qu'elle veut pas être traitée. Moi souvent je crois qu'elle est forcée à venir ici. Moi je pense que le système légal force les criminels à suivre une thérapie. Mais ces patients ou clients ne désirent pas toujours suivre une thérapie. Ca doit venir de l'intérieur ça. Mon rôle est d'aider le patient à se découvrir euh...à voir ses choix. Je travaille beaucoup au niveau des émotions, mais il faut au départ que le patient accepte de discuter ses émotions ou ce qui ne tourne pas rond dans sa vie. C'est ça qui est différent euh...Selon l'expérience que j'ai avec les patients qui viennent du tribunal c'est qu'ils refusent de faire ce bout de chemin là. C'est très différent. C'est aussi le fait qu'ils sont ici dans des conditions différentes...euh...c'est très euh...coercitif comme thérapie.

INTERVIEWEUR: Parlez-moi encore de cette clientèle?

O.K....euh...comme j'ai mentionné tantôt, c'est une clientèle à part...séparée. Oui, c'est ça je crois que c'est une clientèle séparée. Je ne peux pas...j'essaie de la traiter de la même façon mais c'est difficile. Je ne veux pas dire qu'il n'y a rien qui peut être fait. Ca c'est faux parce que...il y a certaines choses qui ressortent des entretiens pour ceux qui acceptent de venir plusieurs fois. Moi je m'aperçois que cette clientèle a besoin de support moral mais, il faut au départ, et ça c'est très difficile, il faut aller chercher une motivation

intérieure euh...il faut que...pour que la thérapie s'avère utile, il faut que le patient soit motivé à travailler. Donc moi j'essaie de susciter une motivation parce que ça c'est la base de toute thérapie. Sans ça moi je peux rien faire.

La patient référé par le tribunal est souvent très peu motivé. Donc le fait qu'il soit ici de façon obligatoire et que...finalement, sa participation à la thérapie est très limitée et très coercitive. C'est souvent ce qui arrive lorsque la référence est obligatoire. Les gens ne comprennent pas pourquoi il sont ici. Quelquefois, j'ai l'impression de perdre mon temps. D'un autre côté, je ne peux pas refuser la demande du tribunal. C'est comme une...euh...une obligation de ma part d'accueillir les gens qu'ils soient référés par une agence du système médical ou du système légal, je ne peux pas refuser. C'est pas moi qui décide.

Un problème que je vois régulièrement est que ces patients là vont manquer beaucoup de rendez-vous. A ce moment là, c'est difficile de faire une thérapie qui va donner de bons résultats. Ben, ça dépend. Ça dépend beaucoup du type de criminel aussi. Y en a qui ont besoin de médicaments comme les dépressifs, les psychotiques, ceux-là...tu vas peut-être avoir de meilleurs résultats parce que le médicament va faire en sorte de changer un peu le comportement du patient. Ça veut pas dire que la psychothérapie va fonctionner à cent pour cent. Le patient ne sera peut-être pas plus motivé, mais il va y avoir un changement. En terme de psychothérapie, moi je ne suis pas sûr que ça va fonctionner. Mon expérience avec cette clientèle là ne me permet pas de dire que j'ai eue de bons résultats. C'est plutôt euh...je dois constamment insister à ce que le patient revienne me voir et, sans plus de succès.

Euh...en terme d'ajustement là, pour répondre à ta question, je pense que ça se situe au niveau de mes attentes. Instantanément lorsque je recois une référence venant du système légal, j'ai un peu tendance là...à me dire que tout ça mènera nulle part. Tu vas dire que c'est un préjugé, peut-être, mais je me base sur les cas que j'ai eus. C'est ce qui se passe habituellement. C'est la motivation qui manque. A part de ça, je ne vois pas tellement de différence avec le reste de ma clientèle.

La seule chose que je pourrais ajouter là...est que le criminel est peut-être plus dangereux. Ça ne veut pas dire qu'il l'est automatiquement mais, j'ai tendance à croire qu'il est peut-être...euh...plus violent que les autres. A ce moment là, ça rend la thérapie impossible. Ça c'est évident.

INTERVIEWEUR: Voulez-vous me parler un peu plus de cette violence?

Ben...c'est que le criminel a tendance à être plus agressif et lorsque quelqu'un est agressif j'ai l'impression qu'il peut devenir violent. Le fait qu'il ne vient pas ici de son plein gré ou...qu'il est forcé à venir ici, si tu veux, me porte à croire qu'il peut être violent. Euh...ce qui arrive souvent c'est que la clientèle référée par le tribunal est souvent en colère contre tous les systèmes y compris le système médical. Et moi je me retrouve comme étant une personne représentant l'autorité. Ceci influence beaucoup le type de relation entre le thérapeute et le client.

INTERVIEWEUR: Pouvez-vous expliquer ceci un peu plus?

Oui...euh...Ce que je veux dire est que...pour que la thérapie soit bonne il faut qu'il existe une certaine alliance entre le thérapeute et son patient...euh...tu comprends ce que je veux dire? Il faut que ce soit une relation de confiance. C'est à ce moment là qu'il vont s'accrocher, tsé, y a pas de recette miracle...ça marche ou ça marche pas. Mais c'est presque un défi de tenter d'établir cette relation de confiance avec les criminels. C'est très difficile pour eux. C'est probablement dû au fait qu'ils ne sont pas motivés à travailler sur ce qui ne va pas. Euh...c'est pas facile pour eux.

Euh...une autre chose qui me vient à l'esprit au sujet de la relation du thérapeute avec son patient est que...en tout cas, moi je pense qu'il vient à la clinique parce qu'il est forcé de le faire. Moi je ne pense pas que ceci favorise les bonnes relations euh...j'ai plutôt l'impression que le patient va développer du ressentiment contre moi...tsé...ça devient encore plus difficile de traiter à ce moment là, tu comprends? Puis, moi je peux pas traiter si le patient refuse de se faire traiter. Ça... ça va contre les principes du système médical. Le traitement c'est quelque chose de volontaire pis t'as pas le droit de forcer quelqu'un à suivre ton traitement. J pense que c'est ça qui fait que c'est une clientèle à part ou différente des autres patients. Par contre, si le patient veut être traité, là c'est pareil. Mais c'est pas toujours le cas.

J'pense que le système légal fonctionne sur des principes différents qui fait que...c'est presque un tour de force d'essayer de traiter ces gens là. Tsé, c'est deux systèmes différents.
(Pause)

INTERVIEWEUR: Avez-vous quelque chose à ajouter?

Je reviens toujours à ta première question là euh...il y a une autre chose qui est différente...euh...en rapport avec cette clientèle et c'est au niveau des écrits. Je veux dire que c'est différent en ce qui concerne les rapports ou les notes d'évaluation si tu veux euh... On doit être beaucoup plus précis dans les dossiers et surtout ne rien oublier. Cet aspect est très important euh...parce que tu ne sais jamais...si jamais ton patient doit repasser en cour et que tu dois témoigner...il faut que tout soit bien inscrit au dossier. Ca c'est une exigence du système légal. Tu peux pas prendre ça à la légère. Ca veut dire que tu vas passer beaucoup de temps à écrire tes notes et faire certain que tu oublis rien.

Finalement mon travail consiste à évaluer le patient. Ca c'est la première chose et ensuite je dois faire ce que le tribunal me demande... ce qui veut dire voir le patient pendant X nombre de temps et de tenter de le guérir. C'est pas facile surtout si le patient refuse de me voir, mais j'ai une responsabilité légale et je dois essayer de susciter une motivation. Ca peut être très long comme ça peut être très court. Ca dépend. Ce que je fais souvent c'est d'offrir du support...d'essayer de le supporter du mieux que je peux...mais ça fonctionne pas toujours. Je pense qu'ils ont besoin d'être écouté même si tu sais que ça ne donnera peut-être pas grand chose.

Il y a quand même un avantage à voir ce type de clientèle là, c'est que tu évites souvent une peine d'incarcération...euh...Puis si le traitement psychothérapeutique fonctionne très bien...ben peut-être que ton patient ne récidivera pas, donc tu as quand même accomplie quelque chose. C'est pas évident que ça se passera comme ça parce que souvent les résultats sont pas très bons mais...peut-être...Je ne sais pas.

Si on veut parler des désavantages c'est que souvent la thérapie ne même nulle part comme j'ai dis tantôt. A ce moment là moi j'ai souvent tendance à demander que le patient soit référé en interne. Je pense que peut-être qu'en interne, les thérapeutes peuvent faire plus que nous euh...je ne sais pas exactement comment ça se passe là mais je pense que peut-être les résultats sont différents. Je ne sais pas...

INTERVIEWEUR: Avez-vous autre chose à ajouter?

Non...je pense que c'est ça. Ca se résume à ça.