



Société St-Léonard du Canada  
St. Leonard's Society of Canada



Association canadienne de justice pénale  
Canadian Criminal Justice Association

# Vers un réseau intégré



*Travailler ensemble pour éviter la  
criminalisation de personnes aux prises  
avec des problèmes de santé mentale*

## VERS UN RÉSEAU INTÉGRÉ

*Travailler ensemble pour éviter la criminalisation de  
personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale*

préparé par  
Josée Tremblay

pour  
la Société St-Léonard du Canada  
et  
l'Association canadienne de justice pénale

avec l'appui de  
Sécurité publique Canada  
et  
Law Foundation de l'Ontario



The Law Foundation of Ontario  
*Building a better foundation for justice in Ontario*



Public Safety  
Canada

Sécurité publique  
Canada

## Vers un réseau intégré

Travailler ensemble pour éviter la criminalisation de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale

© Société St-Léonard du Canada et Association canadienne de justice pénale, 2008

Société St-Léonard du Canada  
211, avenue Bronson, # 208  
Ottawa, ON K1R 6H5

Organisme de bienfaisance enregistré  
#12894 6829 RR0001

Association canadienne de justice pénale  
320, avenue Parkdale, #101  
Ottawa, ON K1Y 4X9

Organisme de bienfaisance enregistré  
#11883 0660 RR0001

ISBN 978-0-9783244-2-1

La Société St-Léonard du Canada et l'Association canadienne de justice pénale désirent remercier Sécurité publique Canada et Law Foundation de l'Ontario pour leur généreux support qui a rendu possible la production de ce manuel.

Les mises à jour seront disponibles sur :  
[www.stleonards.ca](http://www.stleonards.ca)

Imprimé par  **MARQUARDT**  
**PRINTING LTD.** - [www.mprint.net](http://www.mprint.net)

# Contenu

Remerciements

Participants

## **A Introduction**

Introduction

Résumé du Rapport de recherche

## **B Les défis et préoccupations du réseau de prestation des services de santé mentale**

Les facteurs contribuant à la criminalisation

Les incidences des définitions émanant du réseau de prestation des services

Les déterminants sociaux de la santé

L'effet du Silo

L'image et les perceptions de la santé mentale

La gestion des risques et les évaluations globales

## **C Vers une stratégie communautaire type de santé mentale**

L'élaboration d'une stratégie

Les principes de base et les valeurs fondamentales

### **C-i: Élaborer une approche multidisciplinaire de la collaboration et des partenariats**

La communication et la mise en commun de l'information

Exemples de pratiques prometteuses efficaces

Les relations intersectorielles et les initiatives horizontales

Exemples de pratiques prometteuses et efficaces

L'élaboration de programmes et les évaluations

Exemples de pratiques prometteuses et efficaces

Les protocoles et les ententes

Exemples de pratiques prometteuses et efficaces

### **C-ii: La mobilisation des usagers**

Renseigner l'utilisateur sur sa santé mentale ou sa maladie mentale

Exemples de pratiques prometteuses et efficaces

Adopter une approche d'autogestion axée sur le rétablissement

Exemples de pratiques prometteuses et efficaces

Miser sur une participation volontaire : gagner la confiance

Exemples de pratiques prometteuses et efficaces

### **C-iii: La formation réciproque et l'éducation**

Formation

Exemples de pratiques prometteuses et efficaces

Éducation

Exemples de pratiques prometteuses et efficaces

Information du public et relations avec les médias

Exemples de pratiques prometteuses et efficaces

## **D Conclusion**

Conclusions et Recommandations

Références

Répertoire des organismes et programmes par province

## Remerciements

Il y a des décennies que nous nous heurtons à la difficulté d'assurer des services adéquats aux personnes souffrant d'une maladie mentale. Il y a moins longtemps, toutefois, qu'on en est venu à reconnaître le grave problème du rapport existant entre la maladie mentale et la criminalisation. L'Association canadienne de justice pénale et la Société St-Léonard du Canada ont décidé d'unir leurs efforts en vue de contribuer à enrichir les ressources existantes destinées à éviter qu'on criminalise certaines personnes souffrant de troubles mentaux.

Il n'est pas facile de résumer cette question qui a des implications d'une grande portée au chapitre de la justice sociale. Nous nous sommes donné comme mission d'explorer et de faire connaître l'éventail des pratiques prometteuses mises en œuvre dans diverses villes canadiennes qui se sont attaquées de manière importante à ce défi. Nous sommes très reconnaissants de l'orientation qui nous a été imprimée par notre éminent groupe consultatif constitué du **professeur Archie Kaiser**, du **D<sup>r</sup> Julio Arboleda-Flórez**, de **Daniel MacRury**, de **Kathy Gregory**, de **Glenn Thompson**, de **Camia Weaver** et de **Tim Veresh**. Leurs sages conseils ont donné forme à ce projet et ont permis d'identifier certains participants clés. Ceci nous a amenés à rencontrer des experts locaux d'Halifax (Nouvelle-Écosse), de Kingston (Ontario), de Calgary (Alberta) et de Vancouver (Colombie-Britannique), et à discuter avec eux des obstacles qu'ils ont à surmonter et des réussites qu'ils ont connues. Ces forums ne nous ont permis de dégager qu'un échantillonnage des avancées constructives dans ce domaine au Canada et nous concevons les résultats atteints à ce jour comme une base sur laquelle nous espérons pouvoir construire.

Rien de tout cela n'aurait été possible sans l'appui de **Sécurité publique Canada** et de la **Fondation du droit de l'Ontario**, auxquelles nous sommes redevables. Chaque forum reflétait la nature distincte de son milieu. Grâce à la contribution de nos quatre conférenciers renommés – le **professeur Archie Kaiser**, les **D<sup>rs</sup> Julio Arboleda-Flórez** et **Patrick Baillie**, et le **professeur Simon Verdun-Jones** –, il a été possible de jeter les bases d'échanges éclairés et intersectoriels. L'étendue de leurs connaissances et leur ouverture à les mettre en commun constituent un bel exemple de la collaboration qu'on a définie comme essentielle pour surmonter certains des obstacles majeurs dans ce domaine.

Ce projet a exigé un effort et un talent extraordinaires de la part de la coordonnatrice principale du projet, **Josée Tremblay**. Son application à rechercher les facteurs significatifs et à extraire les exemples les plus pertinents de la mine des renseignements présentés au cours des discussions a donné vie à ce manuel. Nous apprécions grandement son talent et sa contribution tout au cours de cet exercice.

Il faut une équipe forte pour soutenir la réalisation d'un exercice de ce genre. Nous tenons à remercier le personnel et les bénévoles de nos deux organisations pour leurs contributions individuelles et collectives, notamment : **Linsey Butler**, **Erin Donohue**, **Diane Larouche**, **Pierrette L'Écuyer**, **Susan Haines**, **Joanne Knox**, **Carole Mallows**, **Glenn Provick** et **David Whiteley**.

Finalement, et le fait le plus important peut-être, tous les résultats que nous présentons sont inspirés des exposés et des propos des gens profondément impliqués auxquels nous avons eu l'occasion de parler dans le cadre de chacun des forums. Bien que les initiatives et les pratiques prometteuses varient d'une ville à une autre, chacun des participants a fait preuve d'une implication uniformément profonde, quelle qu'ait été sa ville d'origine. Nous sommes encouragés par les niveaux de préoccupation et de dévouement observés qui, espérons-nous, entraîneront une baisse significative du niveau de criminalisation de personnes souffrant d'une maladie mentale.

Elizabeth White  
Société St-Léonard du Canada

Irving Kulik  
Association canadienne de justice pénale

Ottawa, mars 2008

## Participants

### *Forum de Kingston, les 13 et 14 novembre 2007*

Julio Arboleda-Flórez, Queen's University  
Nancy Barkman, Frontenac Community Mental Health Services  
Mary-Anne Beeby, Frontenac Community Mental Health Services  
Carol Blake, Frontenac Community Mental Health Services  
Laurie Bourne-MacKeigan, Brockville Mental Health Centre  
Judi Burrill, Elizabeth Fry Society of Kingston  
David Champagne, Correctional Service of Canada  
Daryl Churney, Public Safety Canada  
Dorothy Cotton, Queen's University  
Veronica Felizarado, Correctional Service of Canada  
Paul Fernane, St. Leonard's Community Services of London & Region  
Lisa Finateri, John Howard Society of Kingston & District  
Leonore Foster, Federation of Canadian Municipalities  
Katherine Furst, Providence Continuing Care  
Erik Gaudreault, Public Safety Canada  
Craig Jones, John Howard Society of Canada  
Linda Hahn, Elizabeth Fry Society of Kingston  
Michael Magill, Providence Care Mental Health Services  
Dianne McCarthy, Kingston Police Department  
Diana McDonnell, Lanark County Mental Health  
Edward Ormston, Ontario Court of Justice  
Michael Petrunik, University of Ottawa  
Vijaya Prabhu, Hotel Dieu Hospital  
David Simpson, Psychiatric Patient Advocate Office  
Darla Souliere, Correctional Service of Canada  
Glenn Thompson, Canadian Mental Health Commission  
Nancy Wills, Ministry of Community Safety & Correctional Services  
Colleen Woodruff, Psychiatric Patient Advocate Office  
Ivan Zinger, Office of the Correctional Investigator

*Forum d'Halifax Forum, les 21 et 22 novembre 2007*

Doug Campbell, Metro Community Housing Association  
Crystal Grass, Dalhousie University  
Norman Greenberg, Connections Clubhouse  
Shannon Harvey, Correctional Service of Canada  
Jean Hughes, Dalhousie University  
Malcolm Jeffcock, Nova Scotia Legal Aid Service  
Bob Jollota, Lake City Employment  
Archie Kaiser, Dalhousie University  
Dan MacRury, Canadian Criminal Justice Association  
Bill Moore, Halifax Regional Police  
Christine Muir, Dalhousie University  
Donald Mullins, Disabled Individuals Alliance  
Melissa Phillips, Saint Leonard's Society of Nova Scotia  
Andrew Sare, Disabled Persons Commission  
Shireen Singer, Correctional Service of Canada  
Verona Singer, Halifax Regional Police  
Don Spicer, Halifax Regional Police  
Gola Taraschi, Nova Scotia Department of Justice  
Scott Theriault, East Coast Forensic Hospital  
Carole Tooton, Canadian Mental Health Association, Nova Scotia Division  
Francine Vezina, Healthy Minds Cooperative  
Sheila Wildeman, Dalhousie University

*Forum de Calgary, les 26 et 27 novembre 2007*

Bob Alexander, The Alberta Seventh Step Society  
Patrick Baillie, Peter Lougheed Centre  
Maira Brownlee, Circles of Support and Accountability  
Trevor Daroux, Calgary Police Service  
Kathryn Gregory, Canadian Criminal Justice Association  
Jim Hayman, Correctional Service of Canada  
Arlene Hunte, Peter Lougheed Centre  
Dave Kotowski, Calgary Police Service  
Roland LaHaye, Mount Royal College  
Tom MacKay, Peter Lougheed Centre  
Heather Quirico, John Howard Society of Calgary  
Gord Sand, John Howard Society of Calgary  
Val Villeneuve, Southern Alberta Psychiatric Centre  
Melanie Weaver, Circles of Support and Accountability  
Sharon Zibin, Peter Lougheed Centre

*Forum de Vancouver, les 29 et 30 novembre 2007*

Edward Baess, Vancouver Island Health Authority  
Andrew Cochrane, Vancouver Community Court  
Shelley Cook, John Howard Society – Central & South Okanagan  
Lara Davidsen, Royal Canadian Mounted Police

Art Gordon, Correctional Service of Canada  
Sheldon Green, Community Corrections & Corporate Programs  
Nancy Hall, Canadian Mental Health Association, British Columbia Division  
John Higenbottam, Canadian Mental Health Commission  
Jurina Judas, Motivation, Power & Achievement Society  
Jamie Marshall, Kelowna Alcohol & Drug Services  
Michelle Patterson, Simon Fraser University  
Sandra Robertson, Kelowna Mental Health Centre  
Karen Sloat, Correctional Service of Canada  
Merrikay Snelgrove, Parent of child with FASD  
Simon Verdun-Jones, Simon Fraser University  
Tim Veresh, John Howard Society – Lower Mainland of B.C.  
Camia Weaver, Canadian Mental Health Association, British Columbia Division  
Jim White, Correctional Service of Canada





# SECTION A : INTRODUCTION

DANS CETTE SECTION....

Introduction

Résumé du Rapport  
de recherche



# Vers un réseau intégré

*Travailler ensemble pour éviter la criminalisation  
de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale*

## Section A

### INTRODUCTION

Ce manuel est le fruit d'une analyse documentaire, de recherches ainsi que de discussions facilitées avec des universitaires, des pourvoyeurs de services et des représentants de l'État de partout au Canada, préoccupés par le phénomène de la criminalisation de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Vers la fin des années 1960, on a entrepris de désinstitutionnaliser les services de santé mentale, pensant que l'on pourrait dispenser des soins plus efficaces et plus humains dans la collectivité. On entrevoyait qu'il serait possible d'offrir un soutien plus personnalisé par le truchement de fournisseurs de services locaux et de réduire la dépendance sur les grands milieux institutionnels. On a fermé quelque 90 % des lits en établissements, mais les appuis communautaires requis ne se sont pas matérialisés comme on l'avait prévu. Il en a résulté certains effets néfastes qui se sont manifestés graduellement au cours des derniers quarante ans, démontrant du même coup une incapacité majeure de répondre aux besoins de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. À l'aube du 21<sup>e</sup> siècle, on a reconnu que ce problème était d'une importance telle qu'il exigeait la mise en place d'une réponse globale.

À l'occasion de sa comparution devant le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des Sciences et de la Technologie, en 2006, Penny Marrett de l'Association canadienne pour la santé mentale avait affirmé que nos prisons étaient devenues « ... des *entrepôts* de personnes atteintes d'une maladie mentale en raison des fermetures d'établissements psychiatriques communautaires et des réductions budgétaires qui ne permettent plus d'offrir des services communautaires adéquats. » Cette opinion a été reprise par de nombreux fournisseurs de services sociaux d'un bout à l'autre du Canada. Reconnaisant cette réalité, comme en font foi leurs politiques et leurs activités liées aux services de première ligne, l'Association canadienne de justice pénale (ACJP) et la Société St-Léonard du Canada (SSLC) ont conçu une initiative nationale visant à dégager les éléments et les moyens pouvant contribuer à atténuer le phénomène de la criminalisation de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Un projet communautaire interactif intitulé [*Traduction*] *Vers une stratégie type de santé mentale communautaire*, lancé en 2006, a rassemblé des fournisseurs de services, des chercheurs et des universitaires, qui ont mis en commun leurs expériences et leurs connaissances relatives aux programmes et services de santé mentale.

En plus d'un mémoire de recherche à être soumis à la *Revue canadienne de criminologie et de justice pénale*, ce projet comportait quatre forums régionaux tenus à Vancouver, Calgary, Kingston et Halifax à l'automne 2007. Chacun de ces forums rassemblait des experts des

domaines de la santé, de la santé mentale, du droit, des services correctionnels et des services policiers appelés à se rencontrer, à apprendre, à innover et à se familiariser avec les services de leur région.

Les participants à ces rencontres ont aussi été appelés à contribuer à l'élaboration d'une approche communautaire destinée à stimuler la mise en œuvre de réponses cohésives, intégrées et fondées sur des connaissances, qui contribueraient à atténuer le phénomène de la criminalisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Les participants et les conseillers présents ont dégagé un certain nombre de principes sous-jacents aux premières étapes essentielles à franchir pour traiter des recoupements entre les secteurs de la justice pénale et de la santé mentale; ces principes incluaient, notamment, l'adoption d'une perspective de changement, l'atténuation de la stigmatisation et de la discrimination, le renforcement des capacités communautaires ainsi que la promotion d'un continuum de soins. L'approche à large portée, exposée et étudiée ci-après, est le fruit des riches échanges et de la collaboration auxquels se sont livrés tous les participants à l'échelle nationale.

Compte tenu de l'ampleur des discussions qui ont eu lieu partout au Canada, le Comité consultatif a en outre été invité à soumettre à la Commission de la santé mentale du Canada les recommandations formulées par les experts participant aux divers forums. Tout en aidant modestement la Commission à élaborer et à mettre en œuvre des projets de démonstration au Canada, *Vers une stratégie type de santé mentale communautaire* contribuera en outre à favoriser la création de liens et la mise en commun de l'information dans le but d'influer de manière positive sur la prestation de programmes et services à l'intention de personnes souffrant d'une maladie mentale.

L'ACJP, la SSLC et le Comité consultatif espèrent que l'information contenue dans le présent manuel s'avérera utile aux personnes, aux collectivités et aux organisations.

### *Buts à atteindre*

- Contribuer à une sensibilisation et une éducation accrues de la collectivité en ce qui a trait aux besoins en santé mentale au sein du système de justice pénale.
- Favoriser la mise en commun des connaissances relatives aux interventions efficaces auprès des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.
- Rendre disponibles certaines ressources scientifiques dans les domaines de la santé mentale et des services correctionnels.
- Promouvoir la collaboration intersectorielle en prévention de la criminalité, en mettant l'accent sur l'implication des secteurs volontaire et privé ainsi que sur la participation à des initiatives horizontales.

### *Public cible*

- Les universitaires et les chercheurs;
- les fournisseurs de services de santé mentale;
- les travailleurs de première ligne et les gestionnaires des services correctionnels;
- les agents et les chefs de file du secteur policier;
- les fonctionnaires municipaux;
- les usagers et les représentants d'usagers;
- les intervenants des systèmes de justice, de santé et des services sociaux.

Il est important de souligner, toutefois, que pour parvenir à réaliser pleinement la vision de l'ACJP et de la SSLC, exprimée dans *Vers une stratégie communautaire type de santé mentale*, il faudra que les collectivités aient les moyens de l'adopter et d'adapter ces pratiques prometteuses et efficaces à leurs propres besoins. La complexité des enjeux et des expériences abordés ici nécessite une implication active visant à soutenir un engagement à assurer que tous les Canadiennes et les Canadiens puissent jouir de collectivités saines, justes et pacifiques.

Nous espérons que *Vers un réseau intégré : travailler ensemble pour éviter la criminalisation de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale* agira comme catalyseur pour promouvoir des communications, des partenariats et des services, qui aillent au-delà de ce qui a pu se dégager du projet à ce jour et nous sommes impatients d'apprendre comment ce document pourra servir à soutenir le travail précieux effectué par votre organisme pour atteindre nos objectifs communs.

### *Les usagers du système de santé mentale*

[Traduction] « Au cours des dernières décennies, la discrimination [...] a retenu l'attention des professionnels en raison, peut-être, du lieu où sont dispensés les services pour la plupart des états mentaux. » Des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sont orientées vers les systèmes de santé et de justice pour y obtenir du soutien et des services. La désinstitutionnalisation des services psychiatriques a contribué à la détérioration des services sociaux au sein de nos systèmes.

La complexité de trouver un terme convenable et non stigmatisant pour parler de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale a toujours constitué un obstacle monumental que doivent surmonter les intervenants du réseau de la santé mentale. Le débat entourant l'adoption d'une terminologie convenable est une composante capitale du réseau intégré de services et de soutien. Travailler ensemble pour éviter la criminalisation de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale exige, par définition, que l'on modifie la façon de définir, de décrire et de percevoir ces personnes. Les experts des systèmes de santé, de santé mentale et de justice utilisent de manière interchangeable une multitude de termes pour désigner les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. « D'habitude, on appelle *patients* les personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie, qui sont soignées par des médecins. Les autres professionnels de la santé les appellent souvent *clients* ou bénéficiaires. Les personnes visées emploient parfois d'autres termes, comme *consommateurs* ou *réchappés*. Les consommateurs sont habituellement des personnes ayant vécu d'importants problèmes de santé mentale ou une maladie mentale et ayant fait appel aux ressources offertes par le système de santé mentale. »

La principale préoccupation liée au choix de la terminologie utilisée vise à éviter que les personnes qui composent ce groupe aient à vivre une stigmatisation additionnelle ou une violation de leurs droits fondamentaux. Certains experts ont noté que de nombreuses personnes hésitent à utiliser le mot *consommateur*, car celui-ci laisse supposer que ces personnes ont le choix d'exiger certains services ou interventions. Par ailleurs, le terme *réchappé* a aussi été à l'origine de beaucoup de discussions du fait qu'il suggère que la personne a été en mesure de composer avec ses problèmes de santé mentale, de les gérer et qu'elle progresse vers son rétablissement – ce qui, par inadvertance, exclut un grand groupe de personnes. Les experts ont

également constaté un retour à l'utilisation du mot *patient*. Une terminologie que semblent favoriser ceux et celles qui suggèrent que les personnes souffrant d'une maladie mentale devraient être traitées de la même façon que les personnes souffrant d'une maladie physique.

Dans ce manuel, en tenant compte de tous les conseils qui nous ont été formulés, nous avons décidé d'utiliser l'expression *usager du système de santé mentale*, si imparfaite soit-elle. Toutefois, on y retrouvera aussi les mots *client* et *patient*. Ces mots, utilisés par les experts dans le cadre des divers forums et des observations écrites, ont été retenus afin de préserver l'intégrité de l'information présentée.

On retrouvera aussi une expression plus générique pour décrire cette population dans le cadre du présent manuel : personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale/une maladie mentale. On parle souvent de manière interchangeable de maladie mentale et de problèmes de santé mentale; les experts ont toutefois établi une certaine distinction entre les deux. On parlera de maladie mentale dans le cas de personnes qui ont été diagnostiquées par un professionnel de la psychiatrie ou de la santé mentale, alors que *personne aux prises avec des problèmes de santé mentale* inclut à la fois les usagers diagnostiqués et ceux qui ne l'ont pas été. [Traduction] « Il est reconnu qu'une évaluation efficace s'impose pour orienter les délinquants convenablement. Le principal problème en matière d'évaluation est peut-être que certains délinquants sont aux prises avec des problèmes de santé mentale non diagnostiqués, incluant l'ETCAF. » La façon de différencier la maladie mentale des problèmes de santé mentale vient démontrer à quel point les définitions, la terminologie et le langage utilisés sont des composantes essentielles de l'évaluation et de l'intervention en santé mentale.

« Ce n'est qu'en changeant notre perception, en éliminant la tare sociale et en en apprenant davantage sur la maladie mentale que la société pourra commencer à améliorer le traitement et les soins donnés aux gens qui souffrent de troubles mentaux. »

*Anonyme*

*Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des Sciences et de la Technologie(2006), De l'ombre à la lumière, partie I, chap. i, para. 1.4.5.1*

## RÉSUMÉ DU RAPPORT DE RECHERCHE

Le rapport de recherche a pour but de compléter les connaissances acquises lors des forums en proposant une perspective théorique permettant de mieux comprendre les difficultés et les réussites mises en lumière au cours des huit journées de discussion et dans les pages du présent manuel. L'inclusion d'un rapport de recherche vise principalement à ce que ceux qui ont à traiter avec les usagers du système de santé mentale reconnaissent que, en faisant le pont entre la théorie et la pratique, ils seront en mesure d'offrir du soutien d'une manière de plus en plus réfléchie et novatrice au profit de la collectivité. Après nous être arrêtés à la perspective théorique énoncée dans ce rapport, nous avons procédé à une analyse du phénomène de la criminalisation de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Nous nous sommes par la suite interrogés sur les fins que servaient des documents, tels des manuels. Des voix qui ne se feraient pas entendre autrement ont l'occasion de s'exprimer haut et fort dans de tels documents pour demander la mise en œuvre de pratiques mieux informées et plus utiles.

Soulignons d'abord que l'analyse menée pour ce rapport s'inspire d'une approche foucauldienne. Bien qu'il soit impossible d'aborder chacun des concepts utilisés par ce groupe de théoriciens, nous réfléchissons aux fins du présent projet aux questions liées à l'identité, à la gouvernementalité et à la résistance.

Les théoriciens foucauldien considèrent qu'il est problématique de catégoriser des personnes de manière statique et uniforme. Ceux-ci cherchent à acquérir une compréhension plus que superficielle de la nature des gens et à découvrir comment on en arrive à les comprendre de cette manière. Les foucauldien cherchent à savoir comment les gens sont construits en mettant à contribution des techniques de surveillance, d'observation, d'examen, d'autorégulation et autres. Selon eux, la classification des gens a pour but de permettre la mise en place de techniques de régulation axées sur la normalisation. Ian Hacking ne se décrirait pas comme un foucauldien, mais ses travaux sur les *effets en boucle* [looping effect] sont utiles pour nous aider à comprendre la notion d'identité. Il reconnaît les incidences que peut avoir une identité imposée sur une personne, mais il reconnaît aussi l'existence d'un rapport de renforcement mutuel entre l'identité d'une personne et la personne. Bien que cela se fasse souvent de manière subtile, les personnes classifiées peuvent aussi donner un nouveau sens à leur identité.

Les foucauldien ont également recours à la notion de gouvernementalité que Nikolas Rose définit ainsi : [Traduction] « ... des rationalités et des technologies qui sous-tendent toute une gamme d'interventions plus ou moins rationalisées et calculées par lesquelles on a tenté de régir l'expérience et le vécu d'êtres humains contemporains et d'influer sur le comportement humain dans le but de l'orienter vers certaines fins. » Quels types de programmes sont offerts? À qui? Quel genre de connaissances développe-t-on sur le réseau de prestation des services en santé mentale? Qui a le pouvoir d'influer sur ces questions? Voilà autant de questions que nous pouvons nous poser pour tenter de mieux comprendre la construction d'une identité de santé mentale. La tendance actuelle est de définir comme criminelles les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, alors qu'on établit une corrélation entre la maladie mentale et l'activité criminelle, plutôt qu'avec des facteurs sociaux, tels le logement, l'emploi, etc.

L'identité de criminel, telle qu'on la perçoit au sein du réseau de prestation de services de santé mentale, a été construite au moyen de plusieurs techniques en usage. Les experts des sciences de



l'esprit et des sciences sociales utilisent un langage exclusif pour établir qui pourra avoir accès au réseau de prestation des services de santé mentale, et ce langage s'est imposé. On en est venu à concevoir leur discours comme des *déclarations de vérité* plutôt que comme des concepts subjectifs qu'il vaudrait la peine de remettre en question. L'utilisation de cette terminologie exclusive a contribué à stigmatiser les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Cette stigmatisation a par ailleurs contribué davantage à la criminalisation de ces personnes pour lesquelles les options de services de santé mentale sont plutôt limitées en dehors du système de justice pénale. L'identité associée à la maladie mentale a pris une connotation négative en vertu de laquelle ces personnes sont vues comme « des paresseux, des parasites et un fardeau pour la société, constituant de ce fait une menace symbolique aux valeurs sociales que sont l'autonomie et l'obligation sociale de contribuer au mieux-être général. » Cette stigmatisation décourage des personnes compétentes de vouloir travailler auprès de cette population particulière, ce qui contribue encore à accentuer leur criminalisation.

En ce qui a trait à l'effet de la stigmatisation, il existe des distinctions importantes entre la façon de caractériser la santé physique et la santé mentale. L'identité liée à l'état mental est associée de plus près à la criminalité qu'à une composante de la maladie. La priorité qu'on accorde à la maladie physique par rapport à la maladie mentale est observable dans bien des secteurs, notamment en ce qui a trait au financement fédéral et provincial des ressources, à l'accès à des prestations d'assurance ou à des prestations d'invalidité, et à la pénurie de programmes. Cette dernière question vient renforcer l'idée selon laquelle, dans bien des cas, une personne aux prises avec des problèmes de santé mentale est étiquetée comme criminelle, parce qu'il est plus facile d'accéder à des programmes et services, si une personne a eu des démêlés avec la justice. La pénurie des ressources disponibles pour les usagers du système de santé mentale est une conséquence importante de l'identité imposée. Il existe un besoin manifeste de formation, de financement et de mise en commun de l'information dans le but d'améliorer les ressources qui existent actuellement. Cela s'est avéré difficile du fait que le secteur volontaire a été forcé de limiter ses actions revendicatrices pour se concentrer presque exclusivement sur des initiatives sur la base de projets qui cadrent mieux avec les mandats étroits établis par l'État. À défaut de ressources convenables pour soutenir ces personnes, un grand nombre d'entre elles se retrouveront dans le système de justice pénale.

Les facteurs énumérés ci-dessus sont mis en relief dans le rapport de recherche en tant que préoccupations parmi les plus pressantes afférentes à l'identité associée à la santé mentale. Ce rapport avance fondamentalement que la façon par laquelle le réseau de prestation des services de santé mentale en est venu à percevoir ces usagers comme criminels ne correspond pas à une *vérité*, mais bien à l'une des nombreuses représentations sociales de cette population. Si l'on adopte des façons nouvelles et carrément différentes de concevoir l'identité associée à la santé mentale, il pourrait en découler des changements positifs.

Nous soutenons que les manuels et les protocoles reflétant les pratiques prometteuses et exemplaires constituent les moyens les plus productifs de permettre l'émergence de nouveaux discours qui pourront avoir une incidence sur la santé mentale. La mise en commun de ces connaissances dans le domaine public constitue une forme de résistance essentielle pour parvenir à modifier la manière dont l'identité associée à la santé mentale est structurée. Ce genre de connaissances institutionnelles et fondamentales constitue, selon nous, une information puissante et novatrice qui peut contribuer à façonner notre compréhension de *ce qui est efficace*. Cette information contribue également à donner plus de poids aux voix qui ne sont pas souvent

entendues; c'est ce que nous appelons *connaissances subjuguées*. On entend par connaissances subjuguées « un ensemble de connaissances qui ont été disqualifiées parce qu'en inadéquation avec leur fonction ou insuffisamment élaborées : des connaissances naïves, situées très bas dans la hiérarchie, en dessous du niveau requis de cognition ou de scientificité. » Cela veut dire que les connaissances acquises par ceux qui sont affectés par les populations cibles ou qui œuvrent directement auprès de celles-ci ne sont pas considérées comme des connaissances *d'experts*. De ce fait, on perçoit que leurs connaissances ne sont pas suffisamment importantes pour influencer sur la manière dont on comprend l'identité associée à la santé mentale. Conséquemment, nous concevons l'élaboration de manuels, tel celui-ci, comme une façon de contrer l'exclusivité des connaissances d'experts. Les manuels de pratiques prometteuses et exemplaires fournissent une occasion de disséminer à un public plus large l'information recueillie par ceux et celles qui œuvrent auprès de ce groupe. Ils peuvent également contribuer à une redéfinition de l'identité associée à la santé mentale. Les manuels et les protocoles constituent une forme de résistance parce qu'ils permettent l'expression de nouvelles façons de penser, qui pourraient entrer en contradiction avec les connaissances dominantes émanant des experts. Nous sommes d'avis que la collaboration entre les chercheurs et les praticiens constitue la meilleure façon d'accumuler ces nouvelles connaissances. Pour parvenir à accumuler de nouvelles connaissances relatives au réseau de prestation des services de santé mentale en misant sur des partenariats entre les universitaires et les praticiens, il faudra ne pas se limiter à la déconstruction dans le domaine des sciences sociales et se pencher sur la reconstruction. Nous entendons par là qu'une grande partie de la criminologie critique se consacre presque exclusivement à mettre en relief les problèmes du système de justice pénale. Bien que cela constitue en fait une information importante et bien que nous tentions nous-mêmes de déconstruire la façon de comprendre la santé mentale, il existe en fait un besoin de reconstruction. Sans cette étape, les programmes et les services à l'intention des populations les plus marginalisées seront privés d'espoir et leur capacité de venir en aide aux personnes dans le besoin se trouvera endiguée. On peut parvenir à mettre en œuvre des pratiques exemplaires en travaillant en partenariat avec ceux qui possèdent les compétences pour procéder à une analyse critique d'un milieu en s'attaquant à de multiples obstacles et en collaborant avec les membres de la collectivité, qui s'efforcent d'offrir les meilleurs services possible.

L'une des utilisations importantes que l'on peut faire de manuels décrivant des pratiques prometteuses et exemplaires est de brosser un tableau de ce qui est efficace de manière à permettre à ceux qui œuvrent auprès d'usagers de développer des connaissances au sujet du milieu de vie de ces derniers plutôt que de focaliser uniquement sur la responsabilité individuelle. Ces manuels fournissent aussi des connaissances qui aident à contrer la perception que l'on se fait actuellement des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, selon laquelle elles seraient en quelque sorte responsables de leur maladie. De tels manuels permettent au personnel de soutien de mettre en commun leurs connaissances au sujet de programmes qui visent à combler des besoins individuels, tout en tenant compte du contexte plus large dans lequel ces besoins s'expriment. Autrement dit, bien qu'il soit important de tenir compte des préoccupations particulières d'une personne, tel un trouble d'apprentissage, il faut les comprendre en tenant compte de l'environnement extérieur au soutien communautaire, au sein duquel cette personne sera appelée à s'impliquer. Un manuel de pratiques prometteuses et exemplaires offre un moyen de s'intéresser aux besoins des personnes dans le contexte de leur environnement social.

Pour parvenir à examiner de bonne foi *ce qui est efficace*, il est essentiel de vouloir trouver un nouveau terrain d'entente entre les universitaires et les praticiens. Le fait de réduire l'écart entre la recherche et la mise en œuvre de programmes et de services pourrait être perçu comme un pas dans la bonne direction par chacun des deux groupes. Les universitaires pourraient contribuer à rendre beaucoup plus accessible l'information concernant les incidences immédiates des principales techniques sur les usagers. Des recherches de ce genre peuvent focaliser sur l'amélioration de la qualité de vie de ces derniers. Pour les fournisseurs de services de première ligne, la recherche peut proposer une nouvelle perspective sur la façon d'aborder les systèmes et apporter un certain éclairage sur le contexte social et politique plus large dans lequel des initiatives sont mises en œuvre. S'attaquer à l'injustice sociale et offrir des services plus pertinents pourraient constituer un seul et même but, si on adoptait une approche de collaboration caractérisée par une plus grande ouverture d'esprit. Ceux qui œuvrent directement au sein du système de prestation des services de santé mentale pourraient contribuer des connaissances uniques au champ de la recherche, alors que les universitaires seraient en mesure d'assurer que ces connaissances ne soient pas exclues du processus de classification en santé mentale; il nous faut progresser vers un partage des pouvoirs.

Des manuels comme celui-ci constituent un véhicule permettant de mettre en relief les connaissances particulières des fournisseurs de services. Cela, conjugué à des recherches qui viendraient soutenir leurs opinions, pourrait donner lieu à une nouvelle façon de concevoir l'identité associée à la santé mentale. À l'heure actuelle, l'identité associée à la santé mentale et celle de criminel se confondent, alors que le système de la santé mentale et celui de la justice pénale sont devenus imbriqués par des discours si dominants qu'il semble impossible d'envisager une reclassification. Les travaux des théoriciens foucaaldiens nous ont appris que ce rapport de pouvoir n'est pas statique et que diverses connaissances, même les connaissances subjuguées, peuvent prendre de l'importance et contribuer à refaçonner une identité. On pourrait concevoir l'information contenue dans des manuels de pratiques exemplaires comme des connaissances subjuguées; mais, en la présentant sous cette forme et en utilisant ces manuels comme outils de mise en commun de l'information, elle pourrait avoir une incidence importante sur le genre d'appuis, de programmes, de recherches et de financement offerts au réseau de prestation des services de santé mentale. Le rapport de recherche, dont ce résumé est tiré, et ce manuel sont des étapes importantes vers l'atteinte de ces buts.

# SECTION B : LES DÉFIS ET PRÉOCCUPATIONS DU RÉSEAU DE PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE



## DANS CETTE SECTION...

Les facteurs contribuant à la criminalisation

Les incidences des définitions émanant du réseau...

Les déterminants sociaux de la santé

L'effet du Silo

L'image et les perceptions de la santé...

La gestion des risques et les évaluations...



## Section B

# LES DÉFIS ET PRÉOCCUPATIONS DU RÉSEAU DE PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

### *Les facteurs contribuant à la criminalisation*

Il a été établi que les services de traitement en santé mentale ont désespérément besoin d'une réorganisation. Depuis quarante ans, des recherches empiriques ont mis en relief les effets néfastes de la désinstitutionnalisation des services de santé mentale au Canada (Kelly, 2004; Brink, Doherty, & Boer, 2001). Notamment, le transfert de certains programmes de traitement des établissements psychiatriques à des organismes communautaires n'a pas été particulièrement réussi. [Traduction] « La désinstitutionnalisation des services psychiatriques a donné lieu à une présence accrue de personnes souffrant d'une maladie mentale dans les agglomérations urbaines et bon nombre d'entre elles sont tombées entre les mailles du filet des services communautaires » (Verdun-Jones, 2007: 4). En outre, la recherche a démontré que la plupart des fournisseurs de services ne sont pas financés adéquatement et qu'ils se considèrent comme mal équipés pour traiter avec cette population (Kelly, 2004).

La stigmatisation et la discrimination persistantes, dont sont victimes les personnes souffrant d'une maladie mentale, sont venues s'ajouter aux obstacles déjà imposants que doit surmonter le système des services. On en est venu à présumer qu'il existait un lien entre la maladie mentale et la violence, au détriment d'une population particulièrement vulnérable au déclin des conditions sociales. Selon Stuart et Arboleda-Flórez (2001), les inquiétudes et la crainte ressenties par la population à l'égard des personnes souffrant d'une maladie mentale sont ancrées dans une idée fausse voulant que ces personnes soient dangereuses. Les médias ont contribué à renforcer cette perception. La plupart des nouvelles mettent l'accent sur des événements tragiques et violents ayant trait au système de justice pénale, notamment lorsqu'il est question de maladie mentale ou de drogue. On a tôt fait d'établir un lien entre la criminalité et la maladie mentale. [Traduction] « L'intolérance communautaire qui découle de cette croyance a eu un effet défavorable sur les politiques gouvernementales relatives à la localisation de centres de traitement et d'hébergement de transition pour cette population » (Verdun-Jones, 2007: 31). De ce fait, la santé mentale est devenue une préoccupation sociale d'importance au Canada, notamment en ce qui touche aux façons de traiter avec la criminalité de rue et les délinquants dangereux.

Le problème de la prestation des services de santé mentale ne se limite pas à une pénurie de services appropriés ou de professionnels formés (Kaiser, 2007). Plutôt de tenir compte des inadéquations sociales des services disponibles pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, la population canadienne a adopté une approche plus punitive ou morale à l'égard de la criminalité et de la sécurité publique, ce qui a entraîné que l'on considère le criminel comme une personne que l'on doit châtier comme moyen de dissuasion (Kaiser, 2007). [Traduction] « Les citoyens réagissent aux effets de la criminalité et de l'inconduite sur leur vie. Il leur importe peu qu'un comportement soit criminel ou non. La population s'attend à ce que la police intervienne, quelle que soit la nature du comportement en cause. » (BC Justice Review Task Force, 2005: 29). Conséquemment, en s'attaquant à ses défis et préoccupations, le système canadien de prestation des services de santé mentale doit tenir compte de

la réalité sociale vécue par les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et s'employer à les résoudre.

Ce projet avait comme objectif central d'offrir une occasion à des experts de se rencontrer pour discuter de leurs expériences relatives à leur façon de traiter avec des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. On a pu dégager de ces expériences un certain nombre de défis et préoccupations récurrents qui ont contribué à organiser cette section :

- A. *Les incidences des définitions*
- B. *Les déterminants sociaux de la santé*
- C. *L'effet de silo*
- D. *L'image et les perceptions de la santé mentale*
- E. *La gestion des risques et les évaluations globales*

## *Les incidences des définitions émanant du réseau de prestation des services de santé mentale*

### *Les définitions de « maladie mentale » et de « trouble mental »*

Le réseau de prestation des services de santé mentale est la principale source des termes et expressions utilisés pour décrire une personne aux prises avec des problèmes liés à sa santé mentale. Dans le cadre de leurs fonctions, la plupart des professionnels ont à procéder à l'évaluation de la santé mentale de personnes ou à aider ces dernières à composer avec leurs problèmes de santé mentale, ou encore à les diriger vers des services mieux adaptés à leurs besoins. Par ailleurs, comme en témoigne l'histoire, l'étiquetage de personnes en utilisant des définitions émanant du domaine de la santé mentale a des effets néfastes sur celles-ci. [Traduction] « Les expressions telles que folie, maladie mentale, trouble mental, anomalie mentale, problème de santé mentale et aliénation mentale ne sont pas toujours interchangeables; elles peuvent prendre des significations différentes et avoir des implications différentes » (Petrunik, 2007: 1).

Par exemple, le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition-revised (DSM-IV-TR, 2000) utilise l'expression trouble mental de manière générique pour toutes les catégories; il ne présente toutefois pas de définition du mot trouble. Par ailleurs, on y indique qu'une classification de trouble mental s'applique si les trois éléments suivants sont réunis :

- i. Il doit y avoir des **conséquences négatives** telles que :
  - a) une souffrance considérable, du stress, un inconfort ou une incapacité pour la personne touchée ou
  - b) une douleur ou une souffrance considérable ou d'autres torts aux personnes que celle-ci fréquente.
- ii. Il doit exister une dysfonction quelconque d'un **processus interne**, d'ordre biologique ou psychologique.
- iii. La déviance ou les conflits interpersonnels **ne peuvent pas être considérés comme des troubles mentaux**, à moins que la déviance ne soit considérée comme un symptôme d'une dysfonction interne<sup>1</sup>.

Il existe toutefois des préoccupations importantes relatives à ces définitions de trouble mental. Bien qu'elles comportent une diversité de critères spécifiques, ces définitions demeurent de nature très exclusive. En particulier, les personnes qui ne correspondent pas aux critères proposés par le DSM-IV-TR sont souvent négligées ou perçues comme moins gravement problématiques du fait qu'un expert ne soit pas en mesure de les catégoriser comme souffrant d'une maladie mentale. Comme le souligne le Dr P. Scott Theriault<sup>2</sup>, il faut faire preuve de prudence en diagnostiquant une personne souffrant d'un trouble de la personnalité, en raison de l'image négative qui pourrait en résulter dans bien des cas ou des conséquences négatives que pourrait entraîner cette classification.

---

<sup>1</sup> M. Petrunik (2007). Mental Disorders and Justice (personal communication, University of Ottawa, Department of Criminology course notes).

<sup>2</sup> P. S. Theriault (2007). From the Street to the Street. Presented at SLSC & CCJA Towards a Community Mental Health Fora, Halifax, Nova Scotia.



Par exemple, il a été suggéré que 75 % des hommes incarcérés souffraient d'un trouble de la personnalité antisociale (TPAS). Un diagnostic de TPAS doit répondre à certains critères, soit « un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui surviennent depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent diverses manifestations dont, minimalement, les trois suivantes : (1) une incapacité de se conformer aux normes sociales, (2) la duplicité et (3) une tendance à tromper par profit ou par plaisir » (DSM-IV-TR, 2000, Disorder 301.7). Conséquemment, les définitions des troubles mentaux émanant du DSM-IV-TR pourraient contribuer à entraver les services et le soutien offerts à ce groupe en raison de leur statut nouvellement attribué. Le D<sup>r</sup> Theriault a en outre révélé qu'un grand nombre de délinquants à risque élevé étaient plus susceptibles de récidiver en raison de leurs influences criminogènes (leurs pairs, leur passé criminel, leur milieu social). Ainsi, les catégories de troubles mentaux créées par le domaine psychiatrique ont souvent entraîné une stigmatisation et une discrimination importantes à l'égard de personnes souffrant d'une maladie mentale. [Traduction] « Il pourrait également se produire un effet d'étiquetage ou un effet Pygmalion lorsque la personne étiquetée intériorise son étiquette, agit en fonction de cette dernière et fait de cette étiquette une partie intégrante de son identité, tantôt de manière négative (déviance secondaire), tantôt de manière positive (déviance tertiaire) » (Petrunik, 2007: 49). Les professionnels de la santé mentale et les fournisseurs de services influencent de façon importante la perception d'une personne que se font les autres et la société dans son ensemble. Aussi, les termes et expressions en usage influencent de manière fondamentale les définitions qu'utiliseront les usagers du système de santé mentale pour se décrire eux-mêmes. Comme l'ont répété les experts, pour parvenir à atténuer le phénomène de la criminalisation, il faudra s'attaquer à la question des définitions et du statut en santé mentale. Il faudrait élaborer des définitions de la santé mentale et de la maladie mentale sur un continuum en évitant de devenir trop inclusif ou trop exclusif.

### **Deux exemples de définitions de trouble mental utilisées par les fournisseurs de services au sein du réseau de prestation des services de santé mentale**

#### ***CALGARY DIVERSION PROJEC***<sup>3</sup>

En vertu de la *Mental Health Act of Alberta*, on parlera de **trouble mental** dans le cas de [Traduction] toute personne souffrant d'un trouble important de la pensée, de l'humeur, de la perception, d'orientation ou de la mémoire, qui entrave gravement son jugement, son comportement, sa capacité d'entrer en contact avec la réalité ou de faire face aux exigences courantes de la vie. Ces personnes sont confrontées à certaines perturbations de l'humeur, de la pensée ou de la perception, qui deviennent manifestes dans leur comportement. La façon de se présenter d'un usager constitue souvent le premier signe de la gravité d'une maladie mentale et, dans bien des cas, les amis et les membres de la famille sont les premiers à le constater à la façon dont la personne se comporte, réagit ou se sent par rapport au monde qui l'entoure.

**Les signes et symptômes** : Concentrer sur l'apparence de la personne, son humeur, son comportement, son élocution, le processus et le contenu de sa pensée et son sensorium.

## ***CALGARY MOBILE RESPONSE TEAM<sup>1</sup>***

La psychiatrie et d'autres professions du domaine de la santé mentale **définissent trouble mental** comme un état mental jugé anormal ou mésadapté et comportant un niveau important de détresse ou d'incapacité. Cela pourrait aussi comporter des difficultés d'ordre cognitif, émotionnel, comportemental ou interpersonnel.

Le DSM-IV-TR incite toutefois à une certaine prudence lorsqu'il s'agit de tenter de définir et d'évaluer l'état de santé mentale d'une personne en fonction d'une catégorie particulière, ce qui pourrait contribuer à expliquer pourquoi un si grand nombre de fournisseurs de services de première ligne connaissent aussi des difficultés. Le DSM-IV-TR souligne aussi que la sécurité publique doit avoir préséance sur la personne, tout en reconnaissant la nature complexe de cette question et en apportant une réponse qui soit adéquate et la plus efficace.

Le défi à relever demeure de taille : **quelle est la meilleure façon de définir santé mentale et maladie mentale? Tant qu'à faire, est-il utile de disposer d'une telle définition? Devrait-on en limiter l'utilisation?**

### *Forensics*

Une autre difficulté importante vient de l'anglais et est liée à l'utilisation du terme *forensics* (criminalistique, médecine légale, psychiatrie légale ou autre, selon le contexte) en lien avec l'état mental d'une personne ou la catégorie des services dont elle a besoin. Selon Dave Champagne<sup>3</sup>, sa préoccupation relative à l'utilisation du terme *forensics* a trait aux différentes façons qu'on en est venu à définir ou à utiliser ce terme. Une idée fautive assez répandue est que *forensics* est un terme générique applicable à tout service de santé mentale à l'intention de personnes souffrant de troubles mentaux et qui ont des démêlés avec la justice.

Toutefois, ce terme s'applique de manière plus exacte à des services spécialisés de santé mentale, qui entrent en jeu lorsqu'une personne est accusée d'un crime et qu'un tribunal ordonne qu'elle se soumette à une évaluation afin d'établir si elle est apte à subir un procès. Il s'applique aussi lorsqu'on invoque en défense que cette personne ne peut pas être tenue criminellement responsable ou en lien avec les services offerts à la suite du procès pour assurer la gestion d'une personne ne pouvant pas être tenue criminellement responsable et lui offrir des services de soutien. De tels services relèvent techniquement de la compétence des provinces, quoiqu'on ait noté certaines exceptions où cette responsabilité a été assumée par les services correctionnels fédéraux, notamment dans la Région de l'Atlantique. Conséquemment, l'expression *services médico-légaux* est devenue trop large pour qu'on puisse y inclure tous les services de santé mentale applicables aux personnes qui ont des démêlés avec la justice, qu'elles aient été ou non jugées aptes à subir un procès ou qu'elles aient été trouvées criminellement responsable.

---

<sup>3</sup> D. Champagne, RSW, RTC-ON, (personal communication, Kingston Forum, November, 2007).

[Traduction]

« Ainsi, dans les premiers temps de la mise en place des équipes médico-légales communautaires de traitement actif (ÉCTA) à Toronto, j'ai tenté d'aiguiller certains cas vers ces équipes spécialisées, mais on m'a indiqué que les délinquants sous responsabilité fédérale souffrant de troubles mentaux ne répondaient pas aux critères, n'étant pas à proprement parler des cas de psychiatrie légale.<sup>4</sup> »

Diverses utilisations incompatibles du terme *forensics* ont en définitive contribué à une baisse de services très nécessaires à l'intention de délinquants souffrant de troubles mentaux en provenance des services correctionnels fédéraux. Il est devenu très difficile de gérer et d'offrir des services à cette population, en raison d'une perception erronée voulant qu'ils aient accès à un large éventail de services. Il faut donc distinguer les services de santé mentale offerts aux personnes qui ont eu des démêlés avec la justice de ceux offerts aux personnes qui n'en n'ont pas, et les distinguer aussi des services servant à déterminer si une personne peut être tenue criminellement responsable et des demandes adressées aux fournisseurs de services en vue d'établir la nature des services et du soutien adéquats disponibles pour ces personnes.

Un autre enjeu important lié à la mise en œuvre de services médico-légaux est attribuable au fait que des sommes de plus en plus importantes sont consacrées aux services médico-légaux, alors que ceux-ci sont offerts à une population particulière. Ces investissements supplémentaires ne procurent pas une aide additionnelle permettant de s'attaquer à la pénurie de services de santé mentale ou à la difficulté pour les usagers ayant eu des démêlés avec la justice d'accéder à des services de santé mentale. D'autres questions importantes mériteraient qu'on s'y attarde : comment limiter que les services de santé mentale se développent davantage comme des services de psychiatrie légale et comment mettre au point des approches de déjudiciarisation qui soient plus efficaces et plus adéquates? Comment devrait-on définir les services de santé mentale offerts aux détenus qui réintègrent la collectivité? Devraient-ils être différents de ceux offerts aux usagers des services de santé mentale vivant déjà dans la collectivité? Il faut incontestablement porter attention à la recherche et à l'évaluation de moyens efficaces d'offrir des services de santé mentale aux divers groupes au sein du milieu de la santé mentale. Malgré ces difficultés, le réseau de prestation des services de santé mentale peut contribuer à modifier la façon d'utiliser et de définir ce terme en prenant acte de cet enjeu et en y consacrant l'attention qu'il mérite.

### *Les troubles comorbides et les diagnostics mixtes*

Les difficultés que soulève d'avoir à traiter avec des personnes souffrant de troubles comorbides, tels un trouble mental combiné à un problème de toxicomanie ou un diagnostic d'incapacité mentale conjuguée à un trouble de la personnalité, sont bien connues des fournisseurs de services au Canada. Comme en ont fait état les experts, la vie de certaines personnes s'avère complexe en raison de problèmes sociaux et de santé additionnels comme le logement et la pauvreté; il résulte de ce fait une responsabilité accrue pour les fournisseurs de services désireux d'améliorer la qualité de vie des usagers des services de santé mentale. Les services et le soutien offerts doivent s'attaquer à un grand nombre de problèmes sociaux qui portent atteinte aux capacités de rétablissement d'une personne. Conséquemment, nombreux sont les usagers souffrant de troubles comorbides ou de diagnostics mixtes à être tombés entre les mailles du

---

<sup>4</sup> D. Champagne, RSW, RTC-ON, (personal communication, December, 2007).

filet. L'incapacité des organismes de services de traiter d'une multitude de problèmes a eu pour effet que ces personnes soient négligées ou écartées des services sociaux disponibles. Un rapport récent du *Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction* (CARMHA) de l'Université Simon Fraser a tenté de s'attaquer à la question de la comorbidité et à la complexité de traiter avec des personnes souffrant à la fois d'une toxicomanie grave et d'une maladie mentale<sup>5</sup>. Plus particulièrement, le rapport s'est penché sur les conséquences du sans-abrisme et du manque d'aide au logement pour cette population. Il a également tenté de formuler certaines recommandations pour s'attaquer à ce problème social.

[Traduction]

Le CARMHA a estimé que quelque 66 000 adultes de la Colombie-Britannique étaient aux prises avec des troubles complexes aux niveaux mental, développemental, neurologique et liés à la consommation d'alcool ou d'autres drogues. Au sein de ce groupe, environ 5 300 adultes ont des comportements redoutables, tels des agressions physiques, des conduites sexuelles inappropriées ou le déclenchement d'incendies. Environ 4 430 (84 %) de ces personnes exigeraient qu'on leur accorde des niveaux intensifs de soins et de surveillance, qui ne sont pas actuellement disponibles en Colombie-Britannique, et on estime que 1 380 (26 %) d'entre elles ne sont admissibles à aucun service. On estime enfin que 1 300 (25 %) de ces personnes ont comme diagnostic principal une déficience développementale ou un trouble du développement neurologique (les 75 % qui restent ont comme diagnostic primaire une toxicomanie grave ou une maladie mentale et sont de ce fait incluses dans nos estimations)<sup>6</sup>.

Tout comme dans le cas des difficultés que soulève l'utilisation du terme *forensics*, il nous faut accorder une attention plus grande aux personnes souffrant de troubles mentaux graves afin d'éviter de minimiser leur état, ce qui pourrait en retour réduire les services et l'aide disponibles pour elles. Selon le D<sup>r</sup> Theriault, les définitions de *troubles mentaux* ne devraient pas tenter d'établir des similitudes entre une personne souffrant d'une maladie mentale et une autre souffrant d'une maladie mentale grave, notamment si l'on est en présence d'un trouble comorbide ou d'une situation complexe, tel le sans-abrisme. Il s'agit de deux cas différents, de deux situations différentes, chacune étant liée à une histoire et à un contexte social particulier. Plusieurs initiatives doivent être entreprises pour composer avec ces difficultés et permettre la mise en œuvre d'un système efficace de prestation des services de santé mentale.

[Traduction]

**Le sans-abrisme, la toxicomanie grave et la maladie mentale ont suscité beaucoup d'intérêt et d'appuis en Colombie-Britannique; le moment est venu de bâtir sur ces bases. Nous savons ce qui est efficace. Il est temps de passer à l'action. La population des sans-abri vivant dans la rue et étant aux prises avec une toxicomanie grave ou une maladie mentale pourrait servir de *point de départ* pour décrire le besoin de nouvelles unités et de nouveaux services<sup>7</sup>.**

---

<sup>5</sup> M. Patterson, J. Somers, K. McIntosh, A. Shiell, & C. J. Frankish (2008). Housing and Support for Adults with Severe Addictions and/or Mental Illness in British Columbia. British Columbia: Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction (CARMHA).

<sup>6</sup> Ibid, p.27.

<sup>7</sup> Ibid, p.90.

## Les systèmes

Outre les difficultés rencontrées par les fournisseurs de services pour tenter d'en arriver à des définitions convenables de *santé mentale* et *maladie mentale*, on a observé un nombre croissant d'incidents de criminalisation d'usagers par certains fournisseurs de services. Bon nombre de ces fournisseurs n'ont qu'une formation limitée en santé mentale, si ce n'est aucune, et pourtant ils écotent de la responsabilité de veiller à ce que ces usagers reçoivent des services appropriés et immédiats. Cela a radicalement influencé le rôle des fournisseurs de services du fait que, dans bien des cas, ils sont incapables d'offrir des services adéquats ou d'assurer un accès aux services les mieux adaptés en raison de leur compréhension limitée des champs de la médecine et de la psychiatrie. Les obstacles et les incidents vécus par le réseau de prestation des services de santé mentale ont contribué à ce que plusieurs fournisseurs de services se tournent vers le système de justice pénale pour obtenir le soutien et les services requis par cette population particulièrement vulnérable<sup>8</sup>.

Par conséquent, l'étiquette apposée à une personne lorsqu'elle entre dans le système contribuera en définitive à la définir, de même que les services et le soutien auxquels elle aura droit. Sa façon d'entrer dans le système et les conditions qui l'y ont menée contribueront également à la définir<sup>9</sup>. Ainsi, une étiquette de maladie mentale définie par un tribunal de la santé mentale peut influencer les perceptions et les traitements offerts par le centre hospitalier auquel la personne sera confiée. La personne pourrait être stigmatisée ou susciter la peur chez le personnel de l'hôpital à cause des démêlés qu'elle a eus avec le système de justice pénale. De ce fait, il est important de se poser les questions suivantes avant d'attribuer une étiquette quelconque en lien avec la santé mentale d'une personne : quelles seront les répercussions de cette définition? Comment juge-t-on et évalue-t-on cette personne? Quelles limites impose-t-on en regard de ce statut reconnu? Quels genres de services et de soutien deviendront disponibles?

### **Deux exemples d'organismes de services ayant à surmonter des difficultés particulières liées au fait d'avoir à composer avec des définitions de la santé mentale**

#### **Le programme des besoins spéciaux du *Gallagher Centre*<sup>1</sup>**

Une des préoccupations majeures du travailleur social avait trait à son incapacité d'aiguiller bon nombre de ses clients vers des organismes de santé mentale en raison de l'absence d'un diagnostic officiel de maladie mentale. Cela, malgré le fait que 33 clients (91,7 %) aient indiqué souffrir d'une maladie mentale grave et 9 (25 %) d'une maladie mentale modérément grave. Cet autodiagnostic a été confirmé pour 20 clients (55,5%) qui ont été admis dans des lits réservés à l'aide en situation de crise, des médicaments psychiatriques n'ayant été prescrits que pour les personnes souffrant d'une maladie mentale grave ou modérée. On a jugé que cet autodiagnostic était insuffisant pour les organismes de santé mentale communautaires qui exigeaient un diagnostic médical confirmé avant d'admettre un client dans leurs programmes. Comme c'est le cas pour nombre de nouveaux programmes, le temps et le zèle peuvent souvent contribuer à résoudre les problèmes.

<sup>8</sup> D. Simpson, Program Manager, Patient Psychiatric Advocate Office, (personal communication, Kingston Forum, November, 2007).

<sup>9</sup> Honorable Justice E. Ormston, (personal communication, Kingston Forum, November, 2007).

## La Société Seventh Step de l'Alberta<sup>1</sup>

Le manque d'évaluations en profondeur de la santé mentale des détenus en établissement a permis la remise en liberté d'un grand nombre de détenus aux prises avec des problèmes de santé mentale, sans documentation aucune de leur état mental. De même, un grand nombre de délinquants vivant dans la collectivité n'ont jamais été diagnostiqués ou sont tout simplement négligés en raison de leur état mental. De ce fait, certains organismes de services refusent d'accepter des délinquants diagnostiqués souffrant de troubles mentaux.

La Société Seventh Step acceptera des délinquants aux prises avec des problèmes de santé mentale; elle a toutefois comme critère d'exclure ceux qui souffrent de troubles mentaux graves.

En accord avec ce qui précède, Ivan Zinger<sup>10</sup> a rapporté qu'un grand nombre des plaintes en matière de santé évaluées par le Bureau de l'enquêteur correctionnel (BEC) et par la Division des recours des délinquants du Service correctionnel du Canada (SCC) pourraient être considérées comme des questions afférentes à la santé mentale. Selon un rapport récent du BEC, produit en collaboration avec l'Université d'Ottawa, un examen plus approfondi du grand nombre des plaintes liées à la santé permet de constater qu'on pourrait régler bon nombre de celles-ci au moyen de services de santé mentale et de traitements. [Traduction] « Il est crucial de parvenir à de meilleurs résultats à ce chapitre, car des détenus souffrant d'une maladie mentale sont isolés des autres en réponse à la manifestation de symptômes propres à leur maladie et sont remis en liberté plus tardivement au cours de leur peine.<sup>11</sup> »

En outre, la ligne de démarcation entre la criminalité et la santé mentale s'est tellement estompée qu'il en est résulté une peur accrue des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Le *Code criminel* est devenu un outil important pour définir une personne aux prises avec des problèmes de santé mentale, ce qui contribue encore plus à limiter les options qui s'offrent à elles. Comme dans le cas des critères particuliers du DSM-IV-TR, le *Code criminel* met de l'avant certains critères de nature très exclusive et restrictive. Les définitions juridiques et médicales ont des répercussions importantes sur les usagers, sur la façon dont ils sont perçus et sur les motifs invoqués pour justifier leur exclusion, comme dans le cas des ordonnances de traitement en milieu communautaire.

---

<sup>10</sup> I. Zinger (2007). Towards a Model Community Mental Health Strategy. Presented at SLSC & CCJA Towards a Community Mental Health Fora, Kingston, Ontario.

<sup>11</sup> Ibid, slide 12.

## Les ordonnances de traitement en milieu communautaire<sup>1</sup>

Les ordonnances de traitement en milieu communautaire (OTMC) s'appuient sur la notion que les personnes souffrant d'une maladie mentale doivent pouvoir vivre dans le milieu le moins restrictif requis pour minimiser les risques que ces personnes causent un tort à elles-mêmes ou à une autre personne et sur la notion que, dans certains cas, ce milieu pourrait être la collectivité, pourvu que cette personne soit encadrée et aidée convenablement. En vertu de la loi, une OTMC est prononcée pour faire en sorte que, pendant qu'elle est dans la collectivité, une personne prendra les médicaments appropriés, suivra d'autres formes de traitement ou cherchera d'autres formes d'aide nécessaires; une OTMC ne peut s'appliquer que si la personne y consent ou si une autre personne dûment mandatée y consent à sa place. Bref, l'idée qui sous-tend une OTMC est que les personnes qui consentent à poursuivre un traitement dans la collectivité n'ont pas à être maintenues en milieu hospitalier ou autre milieu institutionnel en raison de leur maladie mentale. Pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale graves et pour leurs familles, les OTMC visent à assurer une certaine stabilité et à interrompre le cycle constitué de l'hospitalisation, de la stabilisation, de l'obtention d'un congé, de l'abandon du traitement, de la rechute et de la réhospitalisation.

[Traduction]

« La réalité des lois relatives aux OTMC s'est toutefois avérée bien différente<sup>12</sup>. »

Comme nous l'avons souligné, le patient doit consentir à la mise en œuvre d'une OTMC et, s'il arrivait qu'il retire subséquemment son consentement, on pourrait ordonner qu'il soit ramené à l'hôpital. En vertu des nouvelles dispositions en vigueur en Alberta, une OTMC ne pourrait être prononcée que s'il existe suffisamment de ressources dans la collectivité pour assurer le soutien du patient et pour assurer que les dispositions de l'OTMC soient respectées. Par ailleurs, il arrive que certaines régions rurales, et même certains centres urbains, ne disposent pas des ressources suffisantes pour satisfaire à cette exigence légale, empêchant du même coup la mise en œuvre d'une OTMC.

D'autres dispositions législatives, telles celles promulguées en Ontario ou celles adoptées en Alberta, limitent le recours à des OTMC au seul cas de personnes ayant un long historique d'hospitalisations, en l'occurrence en tant que patients non consentants en vertu de la *Loi sur la santé mentale*. Une personne qui consent à être hospitalisée, et qui n'a jamais été l'objet d'un mandat en vertu de la *Loi sur la santé mentale*, n'est pas admissible à profiter d'une OTMC, même si elle le souhaitait. Finalement, un problème se pose dans la loi relativement à ce qui devrait se produire lorsqu'une personne enfreint les conditions de son OTMC. La plupart de lois relatives aux OTMC stipulent tout simplement que le patient devrait être ramené à un hôpital pour une nouvelle évaluation. Si une évaluation menée dans le contexte d'une salle d'urgence très achalandée en vient à la conclusion que, à ce moment précis, cette personne ne présente aucun danger pour elle-même ou pour d'autres, et qu'il est peu probable [Traduction] « qu'elle subisse une détérioration importante de ses capacités physiques ou mentales », comme le stipule la loi de

---

<sup>12</sup> Ibid.

l'Alberta, la personne obtient alors son congé et il n'y a aucune autre mesure que puisse prendre un membre de sa famille inquiet.

[Traduction]

**« Attendre que la personne présente un état de détérioration plus avancée devient donc l'option la plus probable. <sup>13</sup> »**

Il continue de se manifester une certaine opposition à recourir aux OTMC; d'une perspective politique et morale, elles sont perçues comme coercitives et non consensuelles, et destinées à traiter les sans-abri avec des médicaments, par exemple, tout en évitant d'accroître le développement de programmes de santé mentale en milieu hospitalier.

### *La personne*

La prochaine étape pour surmonter l'obstacle que constitue la criminalisation est de favoriser une meilleure compréhension des implications d'une définition de ce problème. La façon d'interpréter ou de discuter du résultat, soit une baisse de la criminalisation, constitue une tâche beaucoup plus imposante que la simple mise en œuvre de stratégies et de pratiques pour traiter avec les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Comme nous l'avons démontré dans le chapitre *Vers une stratégie type de santé mentale communautaire*, il existe une panoplie de pratiques prometteuses et efficaces permettant d'offrir des services et un soutien aux usagers du système de santé mentale. Bien que ces organismes de services et ces programmes contribuent grandement à réduire la criminalisation, leur principale priorité demeure d'offrir des services qui aideront à améliorer la qualité de vie de la personne. La question de la criminalisation exige une collaboration et le développement de partenariats plus étroits entre les principales parties prenantes, incluant divers ministères et politiciens, de même que l'intégration d'une approche axée sur les droits de la personne dans les lois canadiennes.

Il faut qu'on en vienne à percevoir l'utilisateur comme une PERSONNE, contrairement aux pratiques actuelles qui s'appuient principalement sur son historique de santé mentale ou son historique criminel pour établir son statut<sup>14</sup>. On en est venu à définir l'utilisateur en fonction de son état mental ou de sa toxicomanie plutôt que comme une PERSONNE aux prises avec un ou plusieurs problèmes liés à sa santé mentale. Il faudra pour surmonter ces obstacles qu'on procède à des investigations plus poussées pour établir quelle pratique, s'il en est une, serait la plus appropriée ou la plus efficace pour traiter avec des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, notamment dans le cas de celles qui ont eu des démêlés avec le système de justice pénale.

**Devrait-on faire une distinction entre les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et celles qui ont été diagnostiquées avec un trouble mental?**

**Est-il nécessaire d'inscrire ces personnes dans des cases séparées ou distinctes?**

**Quels seraient les avantages et les inconvénients de le faire?**

---

<sup>13</sup> Ibid.

<sup>14</sup> Honorable Justice E. Ormston, (personal communication, Kingston Forum, November, 2007).



## *Les déterminants sociaux de la santé*

### *Le logement et le sans-abrisme*

La recherche actuelle et certaines initiatives liées aux politiques ont reconnu la nécessité de s'attaquer au sans-abrisme au Canada. Contrairement à la croyance populaire, la recherche a démontré qu'un nombre croissant de Canadiennes et de Canadiens vivent dans la pauvreté. L'Institut pour la prévention de la criminalité<sup>15</sup> a notamment mené des consultations sur ce sujet dans l'ensemble Canada. [Traduction] « Dans le cadre d'une étude menée à Ottawa auprès de personnes sans abri vivant dans des refuges, 31 % ont indiqué avoir été diagnostiquées avec une dépression par un professionnel de la santé, 10 % avec un trouble bipolaire et 5 % avec une schizophrénie ou des états multiples (Aubry et al., 2003). Quel qu'en soit le nombre exact, les personnes sans abri souffrent d'un taux élevé de maladies mentales (Hwang, 2000)<sup>16</sup>. » Comme le font les experts, ce rapport insiste sur la nécessité de s'engager à agir sur les problèmes sociaux qui contribuent au sans-abrisme, à l'incarcération et à la victimisation.

Trouver un logement convenable pour les personnes ayant un diagnostic mixte ou souffrant d'un trouble comorbide s'est avéré tout un défi. Selon David Simpson<sup>17</sup>, de nombreuses collectivités ne sont pas en mesure d'offrir un logement convenable avec services de soutien à des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Il est frappant de constater que les refuges sont devenus les nouveaux entrepôts pour malades mentaux. Les usagers requérant l'aide d'un refuge y sont transférés en

[Traduction]

« En septembre 2007, un homme a tenté de tuer sa fillette de six ans, qui dormait sur un divan dans la maison familiale. Appelée sur les lieux, la police a procédé à son arrestation et il fut conduit en prison. Des renseignements recueillis auprès de la famille et du suspect lui-même ont permis de constater qu'il souffrait d'une grave maladie mentale. S'appuyant sur les renseignements fournis par les enquêteurs, la Couronne a demandé qu'il soit placé en détention préventive en attendant que soit effectuée une évaluation psychiatrique. Étant du même avis, le juge a ordonné qu'il soit évalué afin d'établir s'il était apte à subir un procès pour répondre à une accusation de tentative de meurtre. Il fut amené au *North Fraser Regional Correction Centre* où il est demeuré jusqu'à ce qu'un lit se libère à l'établissement de psychiatrie légale. Lors de son retour en cour, un mois plus tard, son avocat demanda au juge d'ordonner que la prochaine évaluation soit effectuée dans un établissement psychiatrique désigné, réagissant mal au fait que son client ait été détenu si longtemps. Le juge a indiqué qu'il se sentait mal à l'aise d'intervenir dans ce qu'il considérait somme toute comme une question de ressources provinciales. L'accusé fut ramené à la prison en attendant qu'on lui trouve une place à l'établissement désigné.

*Lost in Transition: How a lack of Capacity in the Mental Health System is failing Vancouver's mentally ill and draining police resources*

*Vancouver Police, January 2008*

<sup>15</sup> Institute for the Prevention of Crime (2008). Homelessness Victimization and Crime: Knowledgeable and Actionable Recommendations. Ottawa: Author.

<sup>16</sup> Ibid, p. 21.

<sup>17</sup> D. Simpson, Program Manager, Patient Psychiatric Advocate Office, (personal communication, Kingston Forum, November, 2007).

provenance des systèmes de santé, de santé mentale et des services correctionnels. Ainsi, à Halifax, Pendleton Place<sup>18</sup> est devenue d'abord et avant tout une manœuvre de diversion permettant de faire face aux situations d'intervention en situation de crise.

Le rapport du CARMHA a souligné de façon nette les difficultés auxquelles doit faire face le réseau de prestation des services de santé mentale pour composer avec le sans-abrisme, les problèmes de santé mentale et la criminalisation :

On estime que quelque 39 000 (26 000 -51 500) adultes de la Colombie-Britannique aux prises avec un problème grave de toxicomanie ou de maladie mentale ne sont pas logés convenablement. On a présumé qu'un sous-groupe de ces personnes, estimé à 26 250 (17 500-35 000), courait un risque imminent de devenir sans abri, étant à la fois mal logées et privées d'un soutien adéquat. Un sous-groupe plus petit de personnes aux prises avec un problème grave de toxicomanie ou de maladie mentale est totalement sans abri; on estime qu'il se chiffre à environ 11 750 (8 000 -15 500) personnes. [...] Certains pourraient croire que les principales manifestations de problèmes graves de toxicomanie ou de maladie mentale chez les sans-abri comportent des éléments de psychose, telle une schizophrénie. Les écrits et les principales sources d'information de la Colombie-Britannique confirment toutefois que la toxicomanie est le problème de santé mentale le plus répandu, tant chez les sans-abri de la rue que chez les populations à risque, suivie par des troubles concomitants et, moins fréquemment, par une maladie mentale seule<sup>19</sup>.

Il faudrait principalement que les diverses options de logement contribuent à une approche différente des problèmes de santé mentale. Il faudrait aussi se pencher sur des moyens différents de traiter avec ce groupe, particulièrement ceux qui sont les plus susceptibles d'avoir des démêlés avec la justice. Il est indéniable que le sans-abrisme est devenu une composante intégrante du défi que pose de déterminer si une personne aura droit à certains programmes et services particuliers. Les démarches en vue de parvenir à un réseau intégré, en commençant par la mise en place de logements adéquats, sont un élément essentiel d'un rétablissement réussi et constituent un moyen d'améliorer la qualité de vie des usagers des services de santé mentale.

### *Les systèmes de santé et des services sociaux*

Les services de santé sont confrontés à de nombreux obstacles dans leurs rapports avec cette population. La pénurie de professionnels de la santé mentale a amené de nombreux usagers à se tourner vers leur médecin pour obtenir des soins, pour être orientés vers d'autres services ou pour obtenir du soutien. Dans bien des cas, on leur prescrit un médicament, sans plus de soutien ou de services. Le nombre limité des professionnels de la santé mentale a entraîné que l'on prescrive trop de médicaments pour pallier l'insuffisance des ressources et des interventions disponibles. Un autre problème d'importance est que beaucoup d'entre eux doivent se

---

<sup>18</sup> M. Phillips, Operations Manager, St. Leonard's Society of Nova Scotia, (personal communication, Halifax Forum, November, 2007).

<sup>19</sup> M. Patterson et al. (2008). Housing and Support for Adults with Severe Addictions and/or Mental Illness in British Columbia. British Columbia: Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction (CARMHA). p.2.

débrouiller tout seul, ce qui sous-entend qu'ils assument la responsabilité de prendre les médicaments appropriés ainsi que de leur état, sans avoir eu le bénéfice d'une évaluation standard de leur état mental, qui aurait été réalisée par un fournisseur de services de santé mentale. De ce fait, il est devenu très courant pour ceux qui ne jouissent pas du soutien nécessaire d'abuser de leurs médicaments ou de cesser de les prendre. L'accès limité à des services et du soutien en milieu rural pose une autre difficulté au chapitre de la santé et des services sociaux. Il existe un manque étonnant de programmes et de services dans ces milieux.

Les experts ont aussi noté l'existence d'un système de santé et de services sociaux à deux vitesses, dont on ne parle pas, qui opère au détriment des éléments vulnérables de la population qui, dans bien des cas, ne disposent pas de l'argent nécessaire pour accéder à ces services (offerts par le secteur privé.) Une autre préoccupation digne de mention a reçu une attention accrue, en l'occurrence, les influences familiales sur la santé mentale d'une personne et sur sa capacité de rétablissement. On échoue lamentablement à s'occuper des enfants de parents aux prises avec des problèmes de santé mentale, qui doivent prendre en main leur propre bien-être et leur condition sociale. La situation actuelle exige que l'on regarde au-delà des services de santé mentale et qu'on s'attaque à d'autres facteurs, tels l'emploi, la santé, le logement et le soutien social. La qualité de vie d'une personne repose essentiellement sur une approche holistique des services de santé mentale. Les enfants, les membres de la famille et les conjoints contribuent au succès du rétablissement d'une personne et ils devraient être intégrés dans le processus.

### *La transition et la continuité des services*

Selon Judy Burrill<sup>20</sup>, bien des femmes préfèrent demeurer en maison de transition, car elles peuvent y obtenir un certain niveau de services et de soutien, auquel elles n'auraient pas accès dans la collectivité. Beaucoup de femmes ont peur de vivre de manière autonome en raison du manque de soutien offert par le réseau communautaire de prestation des services de santé mentale. Il arrive souvent que la qualité des services et du traitement disponibles soit limitée, du fait qu'elles ont eu des démêlés avec la justice. Une personne doit surmonter plusieurs obstacles dans son processus de réinsertion sociale, notamment la difficulté d'obtenir des médicaments et des soins. La plupart des experts ont souligné que les 6 à 12 premiers mois du processus de réinsertion sociale étaient les plus critiques pour la réussite de ce processus et du rétablissement de la personne, que celle-ci provienne d'une prison, d'un pénitencier, d'un hôpital ou d'un autre endroit. Le statut de la personne contribue souvent à ce qu'elle soit inscrite sur une liste d'attente ou qu'elle soit exclue de certains types de logement. Il s'est avéré plutôt difficile de procurer un logement sur une base de 24 heures pour les personnes qui reviennent dans la collectivité, qui ne sont pas en mesure de trouver un endroit où loger ou qui sont sur une liste d'attente pour obtenir un logement comportant des services de soutien. Le fait d'assurer un soutien limité s'avère certes très problématique quand on a affaire à des personnes présentant un niveau de risque élevé.

Les difficultés d'assurer des services de santé mentale continus aux personnes qui réintègrent la collectivité se sont avérées particulièrement préjudiciables pour les délinquants sous responsabilité fédérale. Au moment d'être admis en établissement, les détenus sous responsabilité fédérale perdent le droit d'accéder aux services de santé relevant de la province et ils doivent présenter une nouvelle demande pour y avoir accès au moment de leur mise en

---

<sup>20</sup> J. Burrill, Elizabeth-Fry Society of Kingston, (personal communication, Kingston Forum, November, 2007).

liberté. Cela a eu pour résultat qu'un grand nombre d'ex-détenus se retrouvent sans carte d'assurance-maladie et sans protection médicale, ce qui les prive en retour de pouvoir obtenir des médicaments déjà prescrits pour lesquels ils faisaient l'objet d'un suivi en établissement. La mise en œuvre d'une stratégie intégrée devrait tenir compte de cette difficulté et faire en sorte qu'on s'en occupe avant que la personne soit libérée dans la collectivité. Un réseau intégré devrait contribuer à combler le fossé entre la mise en liberté et la période de transition, comme moyen important d'éviter que la personne ne tombe entre les mailles du système.

**La prévention constitue l'un des moyens les plus efficaces de s'attaquer au sans-abrisme chronique. Cela requiert dans bien des cas que l'on affecte des ressources en vue d'assurer du logement et des services pour ces personnes ainsi que pour assurer un processus efficace de la planification des mises en liberté ou de l'attribution de congés depuis les nombreux établissements qui viennent en contact avec des sans-abri et des personnes souffrant d'une toxicomanie grave ou d'une maladie mentale. Certains de ces établissements incluent sans s'y limiter : des hôpitaux, des centres de traitement, des établissements psychiatriques, des établissements correctionnels et, parfois, des foyers d'accueil.**

**En l'absence de politiques et de pratiques efficaces en matière de mise en liberté ou d'attribution de congés, plusieurs de ces établissements ne font que laisser sortir leurs gens en les aiguillant vers des refuges locaux.**

[...] La planification des mises en liberté ou des congés ne peut pas suffire à elle seule pour prévenir le sans-abrisme, si elle n'est pas assortie d'une allocation de ressources destinées à procurer du logement stable. Dans certaines collectivités, ayant constaté que nombre de leurs clients devenaient sans abri à défaut de ces options<sup>21</sup>, certains organismes ont mis au point un continuum d'options de logement, commençant par du traitement résidentiel et incluant du logement de transition, du logement permanent assorti de services de soutien et du logement abordable.

---

<sup>21</sup> M. Patterson et al. (2008). Housing and Support for Adults with Severe Addictions and/or Mental Illness in British Columbia. British Columbia: Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction (CARMHA).p.62.

## *L'effet de silo*

L'expression *effet de silo* est très répandue pour parler du manque de communication et de buts communs entre les différents systèmes de services, mais aussi entre les fournisseurs de services eux-mêmes. Le nombre limité de professionnels de la santé mentale formés a eu des incidences graves sur les usagers en raison des longues listes d'attente qui en résultent. D'innombrables personnes attendent de recevoir des services de ce petit nombre de professionnels et ce problème est compliqué par le fait que certains organismes sont réticents à travailler en collaboration pour assurer la prestation de services la plus efficace possible.

Comme le soulignait le Service de police de Vancouver dans son rapport intitulé *Lost in Transition* (2008), les effets dévastateurs de l'effet de silo ont eu des répercussions tant sur les fournisseurs de services, qui seraient en mesure de desservir cette population adéquatement, que sur les usagers qui ne recevront pas de services convenables en raison du manque de communication entre les divers secteurs<sup>22</sup>. Ce manque de communication pose en définitive un dilemme, alors que de nombreux fournisseurs de services ne sont pas familiers avec les autres services dans leur entourage. Les usagers ont souvent affaire à des fournisseurs de services avec lesquels ils ont été en rapport avant d'avoir des démêlés avec la justice<sup>23</sup>. On a considéré que les stratégies de gestion de l'information destinées à atténuer le phénomène de la criminalisation présentaient un risque trop élevé. En outre, craignant d'accorder un droit de regard à la population, plusieurs fournisseurs ont évité d'exposer leurs services. Bon nombre de personnes se tournent vers des centres de crise pour obtenir de l'information sur les services sociaux disponibles.

Selon Dianne McCarthy<sup>24</sup>, policière, un défi important à relever est de veiller à ce que toute l'information nécessaire soit recueillie et compilée dans la base des données plutôt que de se limiter à un échantillonnage; il s'agit là d'un moyen de s'assurer d'avoir à rendre moins de comptes. Les actions des policiers s'appuient sur la *Loi sur la santé mentale*, depuis le transport jusqu'à l'arrestation d'une personne. De ce fait, nombre d'entre eux exercent un contrôle de l'information dans le but d'éviter toute critique à l'égard du service. Mais de telles restrictions pourraient venir compliquer leur tâche au moment de tenter d'établir quelle stratégie serait la plus efficace pour éviter de se heurter au système de justice pénale à l'avenir.

[Traduction]

« Le plus troublant est que certaines personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale finiront par commettre une infraction ou se faire arrêter dans le but d'obtenir des services. »

**D<sup>r</sup> P. Scott Theriault**

*From the Street to the Street: An overview of the assessment and treatment of mentally disordered offenders*

<sup>22</sup> F. Wilson-Bates (2008). *Lost In Transition: How a lack of Capacity in the Mental Health System is failing Vancouver's mentally ill and draining police resources*. Vancouver Police Department.

<sup>23</sup> J. Marshall, Supervisor, Kelowna Alcohol and Drug Services, Interior Health, (personal communication, Vancouver Forum, November, 2007).

<sup>24</sup> Constable D. McCarthy, Kingston Police Department, (personal communication, Kingston Forum, November, 2007).

Certains professionnels de la santé mentale œuvrant à l'extérieur du système médico-légal craignent d'avoir affaire aux tribunaux et cela a aussi contribué à l'effet de silo. Dans bien des cas, les demandes formulées par les juges ne correspondent pas à la formation et aux pratiques des intervenants en santé mentale, dont la plupart ont été formés en vue de travailler avec une clientèle consentante. En outre, ils ont comme rôle premier d'évaluer et d'aider une personne à se rétablir, alors que le rôle des tribunaux est de châtier et de dissuader en imposant des restrictions et une surveillance. Conséquemment, les thérapeutes et les cliniciens doivent choisir entre la sécurité publique ou le traitement du délinquant. [*Traduction*] « On pourrait concevoir la réhabilitation de manière plus étroite en avançant que son rôle premier est de prévenir le crime et de protéger la société, et que les buts centrés sur le délinquant ne constituent qu'un moyen de parvenir à cette fin. Dans le cas qui nous occupe, le but est de restreindre plutôt que d'habiliter et l'intérêt de la personne ne constitue pas une considération essentielle<sup>25</sup> .

Un grand nombre de patients traités dans un cadre médico-légal y reviennent pour obtenir des services et du soutien, en raison de la disponibilité limitée des services communautaires; en s'identifiant à ce milieu, ils parviennent à obtenir des services relativement adéquats. Il s'agit là d'une résultante importante du manque de communication et de compréhension entre les diverses disciplines concurrentes agissant auprès de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Certains services ont renoncé à vouloir en aider d'autres et à travailler ensemble; cela a entraîné des problèmes importants pour certaines personnes tentant de se procurer des services psychiatriques à l'extérieur du cadre médico-légal.

Dans un autre ordre d'idées, traiter avec cette population occasionne certaines difficultés pour les hôpitaux, notamment au sein des unités psychiatriques. La plupart du temps, les personnes se voient offrir un soutien limité et à court terme en fonction de la structure de fonctionnement des hôpitaux. Par exemple, le séjour moyen en milieu hospitalier varie de 7 à 10 jours. Dans la plupart des cas, les personnes peuvent y profiter d'un traitement à court terme, un traitement qui comporte essentiellement une évaluation de la santé mentale et du niveau de risque dans le but de minimiser toute menace à la sécurité du public au moment où la personne obtiendra son congé dans la collectivité<sup>26</sup>. À l'issue de cet arrangement à court terme, l'hôpital se voit dans l'obligation d'accorder un congé à la personne, à moins qu'il y ait lieu de croire qu'elle nécessite une hospitalisation plus longue. Comme le souligne le D<sup>r</sup> Theriault, la disponibilité de services au sein de milieux hospitaliers médico-légaux et le financement dont ils jouissent pourraient faire en sorte qu'un nombre croissant de personnes soient aiguillées vers des hôpitaux pour obtenir des services de santé mentale, comme mesure de rechange à une incarcération. Cette alternative ne contribue toutefois pas nécessairement à atténuer le phénomène de la criminalisation de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Comme nous l'avons indiqué précédemment, une étiquette médico-légale a des conséquences négatives tant pour la personne que pour les fournisseurs de services, qui s'efforcent d'établir quels services et quelle forme de soutien seraient le plus convenable.

L'effet de silo a eu pour conséquence importante qu'on s'attarde peu à évaluer l'efficacité des pratiques. Le manque de communication et de collaboration pourrait avoir contribué à une augmentation des violations des droits de la personne de cette population particulière. Il se fait

---

<sup>25</sup> D. Blackburn (2004). "What works" with mentally disordered offenders. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), p.301.

<sup>26</sup> V. Villeneuve, Director of Southern Alberta Forensic Psychiatric Centre, Calgary Health Region, (personal communication, Calgary Forum, November, 2007).

peu de recherche dans le secteur volontaire, car la plupart des services qu'on y retrouve se consacrent principalement à la prestation de programmes et de services résidentiels. Le manque de ressources humaines adéquates et le manque de formation au chapitre de la recherche et des politiques ont eu des répercussions sur le système des services. Les experts ont souligné que les programmes et les services pourraient profiter du développement de partenariats entre les organismes de services et les universités. Le rôle des universités pourrait inclure l'évaluation des programmes et des pratiques d'évaluation, mais permettrait en outre de diffuser la recherche dans le domaine universitaire. L'écart entre la recherche et la pratique ne fait qu'accentuer l'isolement actuel et réduire la possibilité qu'on puisse travailler à partir de bases communes. La communication avec d'autres ne fait que stimuler la collaboration.

**La collaboration avec la police a contribué à faciliter l'accès à l'information policière qui peut avoir une incidence sur une approche clinique. L'appariement de cliniciens en santé mentale et de policiers contribue à une meilleure éducation de ces derniers au chapitre de l'évaluation et de l'aiguillage en santé mentale, en plus d'aider à promouvoir une approche cohérente et efficiente des dispositions de la *Loi sur la santé mentale*. Les rapports établis entre les policiers membres de l'équipe mobile intégrée de services psychiatriques d'urgence et d'autres policiers contribuent à ce que d'autres policiers soient plus disposés à se renseigner sur les enjeux de santé mentale et les dispositions de traitement disponibles<sup>27</sup>.**

---

<sup>27</sup> E. P. Baess (2005). Integrated Mobile Crisis Response Team Program Evaluation: Final Report. Vancouver Island Health Authority: Emergency Mental Health Services, p.28.

## *L'image et les perceptions de la santé mentale*

### *L'opinion publique*

Ici encore, les définitions utilisées pour décrire les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ont eu une influence déterminante sur la nature des services et du soutien offerts à ce groupe. Par exemple, on s'est servi du DSM-IV-TR pour classer ces gens dans des catégories particulières de maladies mentales. Les critères établis par le domaine psychiatrique ont contribué à limiter la possibilité d'obtenir des services pour nombre de ces personnes, en raison de leur incapacité de répondre aux critères d'un diagnostic particulier ou d'un diagnostic mixte. Les perceptions de la santé mentale et de la maladie mentale ont également influencé la façon dont ces personnes ont été traitées. Comme le soulignait le D<sup>r</sup> Arboleda-Flórez (2005), la stigmatisation et la discrimination font dorénavant partie de la réalité en santé mentale et ont eu des incidences sur toutes les parties concernées (en l'occurrence, les usagers, les membres de leur famille, les fournisseurs de services). [Traduction] « Les malades mentaux, notamment ceux qui exhibent des signes manifestes de leur état, soit en raison de leurs symptômes ou des effets secondaires de leurs médicaments (visibilité); que la société voit comme faibles de caractère, paresseux ou parasites (contrôlabilité); qui ont des comportements menaçants (dangerosité) sont parmi les plus stigmatisés de tous les groupes en société<sup>28</sup>. » Les images et perceptions négatives associées à la maladie mentale ont de plus contribué à accentuer la perception selon laquelle les personnes souffrant d'une maladie mentale constituent une menace à la sécurité publique.

Le professeur Simon Verdun-Jones a traité de l'existence d'un rapport particulier entre la violence et la maladie mentale. Il a dénoncé la perception stéréotypée voulant que toutes les personnes souffrant d'une maladie mentale soient dangereuses et violentes. L'objectif plus précis de son exposé était de démontrer comment l'image de la maladie mentale agit sur les perceptions du public et comment cette image a contribué à limiter les services et le soutien offerts par le système des services sociaux. [Traduction] « Les simples citoyens exagèrent sans doute l'importance du rapport entre les troubles mentaux majeurs et la violence, de même que les risques que présentent pour eux les personnes souffrant d'une maladie mentale grave<sup>29</sup>. » Les perceptions du public ont contribué à bâtir une image des personnes atteintes d'une maladie mentale en tant que personnes que l'on doit craindre et qui doivent être contrôlées au moyen de mesures de répression et de châtement. De ce fait, l'opinion publique est teintée par des perceptions de dangerosité, de violence et d'impuissance lorsqu'il est question de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Comme l'a exprimé le professeur Archie Kaiser, cette image restrictive et exclusive a donné lieu à une discrimination systémique affectant la garantie de services à l'intention de cette population marginalisée et défavorisée<sup>30</sup>.

Ces perceptions de la maladie mentale contribuent à ce que l'on utilise de plus en plus de stéréotypes pour attribuer un statut aux personnes qui en sont atteintes. Malgré cette difficulté, le professeur Verdun-Jones prétend que des facteurs sociaux autres que la maladie mentale ont eu une influence plus

---

<sup>28</sup> J. Arboleda-Flórez (2005). Stigma and discrimination: An overview. *World Psychiatry*, 4(1), p.8.

<sup>29</sup> S. Verdun-Jones (2007). The Mentally Disordered and the Criminal Justice System. Presented at SLSC & CCJA Towards a Community Mental Health Fora, Vancouver, British Columbia, slide 36.

<sup>30</sup> A. Kaiser (2007) Towards a Model Community Mental Health Strategy. Presented at SLSC & CCJA Towards a Community Mental Health Fora, Halifax, Nova Scotia.

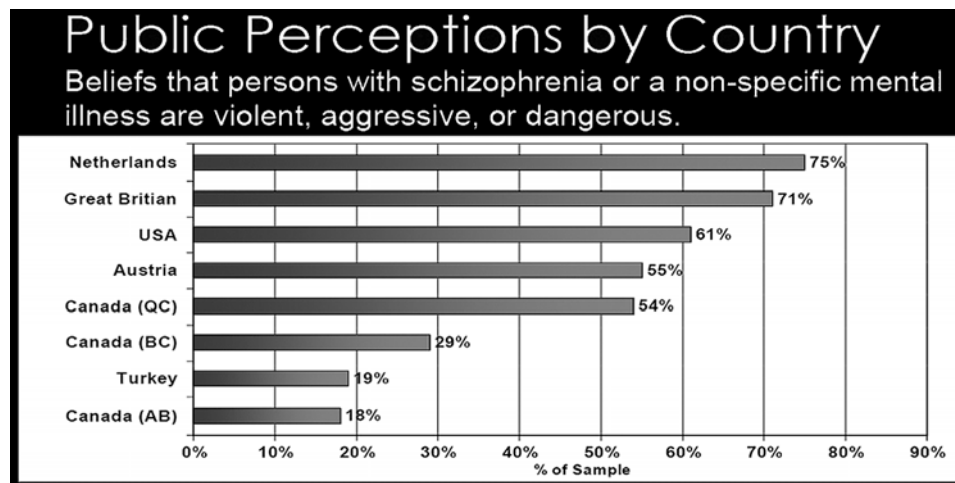


déterminante sur la probabilité que cette population particulière ait des comportements violents<sup>31</sup>. Selon Silver (2002), plusieurs études récentes ont constaté que des personnes souffrant de troubles mentaux, qui ont eu ou qui ont menacé d'avoir des comportements violents dans un passé immédiat, ont elles-mêmes indiqué se sentir menacées et, dans bien des cas, ont elles-mêmes été victimes de violence. Par conséquent, évaluer la nature et l'étendue de la victimisation affectant les personnes souffrant de troubles mentaux pourrait en fin de compte aider à expliquer pourquoi elles adoptent plus souvent que d'autres des comportements violents<sup>32</sup>. Les constats de recherche présentés par le professeur Verdun-Jones font également état du rôle important que jouent les conditions sociales des personnes souffrant d'une maladie mentale pour déterminer les services et la nature du soutien, qui leur conviendraient le mieux.

**Comment pourrait-on s'employer à changer l'image de la maladie mentale si les usagers des services de santé mentale continuent d'être incarcérés et si l'on fait preuve de discrimination et de négligence à leur égard au sein de nos institutions?**

Figure 1 : Perceptions du public, par pays.

La croyance que les personnes souffrant de schizophrénie  
ou d'une maladie mentale quelconque  
sont violentes, agressives ou dangereuses



<sup>31</sup> S. Verdun-Jones (2007). The Mentally Disordered and the Criminal Justice System. Presented at SLSC & CCJA Towards a Community Mental Health Fora, Vancouver, British Columbia.

<sup>32</sup> Ibid, slide 58

## *Les médias*

Les médias ont également contribué de manière significative à entretenir une image négative des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Exception faite de la dimension sociale de la santé mentale, les images véhiculées tendent à créer la perception que ces personnes ne socialisent pas et qu'elles s'isolent délibérément. En diffusant certaines séries télévisées et certains films, les médias voués au spectacle ont créé une image des personnes souffrant d'une maladie mentale en tant que personnes dangereuses et imprévisibles. Bien que la perception de la maladie mentale ait subi certaines transformations, depuis Jekyll/Hyde jusqu'à Hanibal Lecter, une image persiste en vertu de laquelle la maladie mentale est associée à la violence et à des comportements irrationnels. Dans le cas des personnages principaux des films à suspense et des films d'horreur, l'accent est mis sur la cause de leur comportement, principalement sur la façon dont eux et d'autres expliquent leurs comportements violents et psychopathiques. Se décrivant lui-même, Patrick Bateman, personnage du film *American Psycho* de 2001, s'exprimait ainsi :

[Traduction]

**Il n'y a plus d'obstacles à franchir. Je suis maintenant allé au-delà de tout ce que j'avais en commun avec ceux qu'on dit incontrôlables et déments, dépravés et infâmes, au-delà de la destruction que j'ai causée et de mon indifférence absolue à cet égard. Je souffre constamment et intensément et je n'espère pas un monde meilleur pour quiconque; en fait, je voudrais même que les autres aient à vivre une souffrance comme la mienne. Je veux que personne n'y échappe; mais même en admettant cela, je n'éprouve aucune catharsis, je continue de me dérober à mon châtement et je ne parviens pas à mieux me connaître; on n'apprend rien de nouveau de ce que je raconte. Cette confession n'a rien donné<sup>33</sup>.**

Cette image de la maladie mentale et de ceux qui en souffrent a contribué à renforcer l'opinion du public voulant que sa sécurité soit menacée par ces personnes. Des recherches poussées (Surette, 1998; Reiner, 1997) ont démontré à quel point la population compte sur les médias pour s'informer et se divertir. [Traduction] « Les médias et le système de justice pénale sont de plus en plus imbriqués l'un dans l'autre, rendant encore plus difficile de départager la programmation fondée sur des faits et celle fondée sur la fiction<sup>34</sup>. » C'est pourquoi il faut que les médias participent à des campagnes d'information et de sensibilisation du public en ciblant la réduction de la stigmatisation et de la discrimination qui affectent les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. L'influence des médias sur les perceptions de la population porte à penser qu'ils devraient contribuer de manière importante aux initiatives de changement. Il faudrait que les médias présentent des cas tangibles de réussites pour contrer l'idée que l'on se fait actuellement de la maladie mentale.

---

<sup>33</sup> Internet Movie Database (2008). Memorable quotes for American Psycho. Retrieved, March 10, 2008, from <http://www.imdb.com/title/tt0144084/quotes>

<sup>34</sup> R. Reiner (1997). Media made criminality: The representation of crime in the mass media. In M. Maguire, R. Morgan, & R. Reiner (eds.), *The Oxford Handbook of Criminology*. Oxford: Oxford University Press, p.380.

## *Le système de prestation des services*

La stigmatisation et la discrimination ont des incidences au-delà de la collectivité et des médias; elles affectent aussi les services de première ligne et de soutien. Selon de D<sup>r</sup> Vijaya Prabhu<sup>35</sup>, la stigmatisation se manifeste aussi au sein des hôpitaux et des universités; non seulement les usagers souffrent-ils d'être stigmatisés par la société, mais les fournisseurs de services ont aussi leur propre perception de ces personnes, surtout si elles ont déjà eu des démêlés avec la justice. Les perceptions qu'a le public de la maladie mentale et de la violence se sont propagées au réseau de prestation des services de santé mentale. Les perceptions du public et l'image générée par les médias ont eu une influence sur la politique publique, sur la localisation de centres de traitement et d'autres établissements, de même que sur les personnes qui choisissent de faire carrière dans ce domaine. En outre, n'ayant pas pu profiter d'une formation réciproque ou d'une éducation suffisante, de nombreux fournisseurs de services ont intégré des perceptions et des attitudes semblables à celles exprimées dans l'opinion publique afin d'en arriver à une meilleure compréhension de la santé mentale et de la maladie mentale. [Traduction] « [...] le phénomène de la stigmatisation demeure très répandu dans la société, en dépit de nombreux efforts d'éducation du grand public et du système de santé dans son ensemble. On a dit de la stigmatisation qu'elle constituait l'obstacle le plus important à modifier à tous les niveaux du système<sup>36</sup>. » Les fournisseurs de services et les professionnels de la santé mentale doivent surmonter plusieurs obstacles pour en arriver à définir cette population; il leur faut notamment considérer avec soin les attitudes et les perceptions qui existent au sein du réseau de prestation des services. Ceux qui œuvrent auprès de cette clientèle devraient être conscients de l'influence qu'exercent le public et les médias sur leurs propres perceptions, de même que de ses répercussions sur les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

**Comment pourrait-on atténuer le rapport apparent entre la santé mentale et la violence?**

**Comment pourrait-on améliorer nos relations avec les médias?**

**Comment pourrait-on démontrer aux politiciens et aux bailleurs de fonds l'importance, voire la nécessité, de s'attaquer à ces problèmes?**

**Comment pourrait-on rendre ce domaine professionnel plus attrayant?**

---

<sup>35</sup> Dr. V. Prabhu, Associate Professor, Departments of Psychiatry and Family Medicine, Queen's University, (personal communication, Kingston Forum, November, 2007).

<sup>36</sup> A. Kaiser (2007) Towards a Model Community Mental Health Strategy. Presented at SLSC & CCJA Towards a Community Mental Health Fora, Halifax, Nova Scotia, slide 20.

## *La gestion des risques et les évaluations globales*

La progression vers l'évaluation et la gestion des risques en tant que priorités a eu des répercussions immédiates sur les relations entre les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et les policiers. Beaucoup de gens ont peur de la police en raison des contacts antérieurs qu'ils ont eus et de la criminalisation qui a résulté de leur interaction. Le manque d'évaluations de la santé mentale au moment de la prise en charge a eu une incidence sur les services et le soutien offerts aux usagers des services de santé mentale. Un grand nombre de personnes n'ont pas accès à certains services particuliers ou en sont exclues à la suite de l'évaluation des risques qu'elles présentent. Les questions associées au risque et à la sécurité ont eu une influence prédominante sur le réseau de prestation des services de santé mentale. Il est moins important pour un policier de pouvoir reconnaître les troubles psychiatriques que d'acquiescer une connaissance plus approfondie des réponses efficaces à apporter et de mieux comprendre les comportements de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Les situations associées à la santé mentale n'affectent toutefois pas que le travail des policiers. De nombreux autres fournisseurs de services et professionnels œuvrant au sein de la collectivité participent au réseau de prestation des services de santé mentale.

Bien que les efforts des services policiers en matière de santé mentale aient été centrés en grande partie sur l'intervention en situation de crise, les crises en santé mentale ne correspondent qu'à l'une des diverses situations auxquelles doivent faire face les policiers qui viennent en contact avec des personnes souffrant d'une maladie mentale. Ces situations incluent :

- des arrestations ou autres devoirs conférés à la police en vertu des diverses lois sur la santé mentale;
- l'arrestation de personnes qui semblent souffrir d'une maladie mentale;
- des désordres mineurs causés par une personne semblant souffrir d'une maladie mentale;
- des situations où une personne souffrant d'une maladie mentale est victime d'un acte criminel;
- des situations où une personne souffrant d'une maladie mentale menace d'autres personnes;
- des situations où des particuliers ou les membres de la famille d'une personne souffrant d'une maladie mentale demandent de l'aide;
- des situations non criminelles où les policiers constatent qu'une personne souffrant d'une maladie mentale semble être en danger ou avoir besoin d'aide;
- des interventions de prévention du suicide;
- des situations où une personne souffrant d'une maladie mentale provoque les policiers afin qu'on lui fasse du mal ou qu'on la tue;
- des situations où les policiers jouent un rôle clé en agissant comme personnes-ressources pour une personne souffrant d'une maladie mentale (en lui procurant une aide concrète et du soutien)<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> Police/Mental Health Subcommittee of the Canadian Association of Chiefs of Police Human Resources Committee (2006). Contemporary Policing Guidelines for Working with the Mental Health System. Canada: Author, p. 2.

Les protocoles devraient conséquemment focaliser sur les difficultés vécues dans le système de prestation des services, incluant sur les moyens pour les policiers et autres fournisseurs de services de composer avec les défis à relever en matière de santé mentale et d'évaluation des risques. Les *directives personnelles* ont soulevé certaines difficultés pour les fournisseurs de services et les hôpitaux psychiatriques. Comment s'assurer qu'une personne est consciente du fait qu'elle cède à d'autres son droit d'effectuer certains choix concernant sa santé et sa santé mentale? Comment contrôler le travail des agents afin d'éviter toute violation?

On s'inquiète aussi des modalités d'application de l'article 810 du *Code criminel*. En vertu du *Code criminel*, une personne peut être assujettie à une ordonnance d'un tribunal de contracter l'engagement de ne pas troubler l'ordre public, s'il existe des motifs raisonnables de croire qu'elle commettra un crime ou si elle a été identifiée comme présentant un risque. Cette exigence a toutefois été associée à une augmentation du taux d'incarcération, qui contribue à accentuer le syndrome de la porte tournante. Comme en fait état le *Street Crime Working Group*, [Traduction] « Chaque jour, 35 ou 40 personnes exhibant des symptômes de maladie mentale comparaissent devant les tribunaux de Vancouver. Elles ont le plus fréquemment à faire face à des accusations de vol de moins de 5 000 \$, de voies de fait ou de bris des conditions imposées par un tribunal<sup>38</sup>. La pénurie de services de santé mentale et de services sociaux adéquats, surtout pour les personnes ayant eu des démêlés avec la justice, a contribué à gonfler les rangs des délinquants chroniques. De ce fait, la mise en œuvre d'un système efficace de prestation de services de santé mentale requiert qu'on recoure de manière ciblée à l'évaluation des risques et à l'élaboration de méthodes plus efficaces d'évaluation des risques. La détermination du soutien et des services adéquats requis par une personne devrait constituer une composante intégrante de son évaluation, plutôt que de s'appuyer uniquement sur les risques qu'elle présente pour justifier sa réincarcération.

Le Service correctionnel du Canada (SCC) a pour mandat d'assurer des soins de santé aux délinquants relevant de sa compétence en vertu de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLSC). Les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* ne s'appliquent pas aux délinquants sous responsabilité fédérale, qui ne sont pas couverts par le système de santé canadien ou les régimes provinciaux d'assurance-maladie. Le SCC fournit des services de santé directement aux délinquants sous responsabilité fédérale, incluant ceux qui logent dans des centres correctionnels communautaires (CCC). Il a grandement été question de

**L'article 86 de la LSCMLSC stipule :**

**86.** (1) Le Service veille à ce que chaque détenu reçoive les soins de santé essentiels et qu'il ait accès, dans la mesure du possible, aux soins qui peuvent faciliter sa réadaptation et sa réinsertion sociale.

(2) La prestation des soins de santé doit satisfaire aux normes professionnelles reconnues.

**Et l'article 87 ajoute :**

Les décisions concernant un délinquant, notamment en ce qui touche son placement, son transfèrement, son isolement préventif ou

<sup>38</sup> Street Crime Working Group (2005). Beyond the Revolving Door: A New Response to Chronic Offenders. Retrieved September 2007 from [http://www.bcjusticereview.org/working\\_groups/street\\_crime/street\\_crime.asp](http://www.bcjusticereview.org/working_groups/street_crime/street_crime.asp), p.25

procéder à la mise en œuvre d'une procédure d'évaluation plus globale de la santé mentale dans le cadre des programmes et services offerts en établissement. Une bonne part des préoccupations ont trait à la nécessité de se pencher sur la structure institutionnelle des pénitenciers, qui est bien souvent à la source des problèmes rencontrés lorsqu'on tente de mettre en œuvre des programmes et des services efficaces<sup>39</sup>.

Selon le BEC, « Le nombre de délinquants souffrant de troubles mentaux graves est probablement sous-estimé, étant donné que le dépistage et l'évaluation à l'admission ne sont pas effectués de façon adéquate. L'amélioration des résultats dans ce domaine est essentielle, puisque les délinquants qui souffrent de troubles mentaux continuent d'être placés en isolement lorsque les symptômes se manifestent; ils sont également libérés plus tard au cours de la peine que les autres détenus<sup>40</sup>. » Dans bien des cas, les détenus sont libérés dans la collectivité sans pouvoir compter sur un réseau d'appui quelconque ou un logement stable. En outre, les programmes d'évaluation devraient servir de complément aux services existants afin d'assurer que l'on procède à une évaluation convenable.

La recherche s'est aussi penchée sur la détérioration de la santé mentale d'une personne en établissement ou sur l'apparition de ce phénomène. La recherche devrait également mettre l'accent sur l'apparition des problèmes de santé mentale dans les milieux correctionnels afin d'établir si ces milieux sont aptes à composer avec l'apparition de troubles particuliers en milieu institutionnel. La recherche a révélé que ce problème va bien au-delà des services correctionnels fédéraux. On a suggéré que le nombre croissant des délinquants chroniques est constitué de personnes qui souffrent d'un problème de santé mentale ou de toxicomanie ainsi que d'autres problèmes sociaux, et qui ne reçoivent pas de services ou un soutien adéquats. La question de la criminalisation a mis en lumière l'importance de s'attaquer aux lacunes des systèmes fédéral et provinciaux en matière de santé mentale, tout en tentant de surmonter les obstacles qui se dressent au sein du réseau communautaire de prestation des services.

**La participation du système correctionnel est essentielle pour susciter le changement.**

---

<sup>39</sup> I. Zinger (2007). Towards a Model Community Mental Health Strategy. Presented at SLSC & CCJA Towards a Community Mental Health Fora, Kingston, Ontario.

<sup>40</sup> Ibid, slide 12.



# SECTION C : VERS UNE STRATÉGIE COMMUNAUTAIRE TYPE DE SANTÉ MENTALE



DANS CETTE SECTION...

**L'élaboration d'une stratégie**

Les principes de base  
et les valeurs...

**C-i : Élaborer une approche  
multidisciplinaire de  
la collaboration...**

**C-ii : La mobilisation  
des usagers**

**C-iii : La formation  
réciproque et l'éducation**





## Section C

# VERS UNE STRATÉGIE COMMUNAUTAIRE TYPE DE SANTÉ MENTALE

### *L'élaboration d'une stratégie*

*Vers une stratégie communautaire type de santé mentale* présente des pratiques communautaires efficaces qui contribuent à atténuer le phénomène de la criminalisation de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. De telles initiatives ont vu le jour pour combler certaines lacunes dans la prestation adéquate de services à la population. De nombreux fournisseurs de services de première ligne ont à traiter avec des personnes aux prises avec une multitude de problèmes de santé et de problèmes sociaux, qui ont beaucoup de difficulté à combler leurs besoins de base. Malheureusement, un grand nombre de fournisseurs de services considèrent qu'ils sont mal équipés pour traiter avec cette population, notamment avec les usagers qui ont déjà eu des démêlés avec la justice.

L'Institut pour la prévention de la criminalité (IPC) a récemment publié un rapport intitulé *Homelessness, Victimization and Crime: Knowledge and Actionable Recommendations* [Les sans-abri, la victimisation et la criminalité : État des connaissances et recommandations pour des actions concrètes], qui concourt également à démontrer que certaines populations sont criminalisées en raison d'inadéquations au sein de nos systèmes. Selon ce rapport, [Traduction] « Certains sous-groupes sont disproportionnellement vulnérables au sans-abrisme à la suite d'une période d'incarcération; c'est le cas notamment de personnes chez qui on a diagnostiqué un ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, de personnes ayant un faible niveau d'alphabétisation, souffrant d'une maladie mentale grave, de lésions au cerveau résultant d'un traumatisme, de personnes de faible intelligence et de personnes ayant des antécédents de criminalité, de toxicomanie ou de consommation massive de drogue. » (IPC, 2008, p.19). Le manque de collaboration et de partenariats efficaces entre les systèmes a eu des répercussions considérables sur les services disponibles. De ce fait, on se doit de prendre en considération les relations existant entre le système de santé, le système social et le système de justice. Le Canada doit adopter une approche holistique relative aux services de santé mentale.

La stigmatisation et la discrimination, dont font preuve l'ensemble de la collectivité et les fournisseurs de services de première ligne, ont également eu des répercussions sur les réseaux de soutien social et des services. [Traduction] « De nombreuses personnes souffrant d'une maladie mentale rapportent souffrir davantage de la stigmatisation découlant de leur maladie que de la maladie même. » (MHCC, 2007) Les médias ont également contribué de manière importante à perpétuer une image négative des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, que l'on a étiquetées comme *dangereuses, malades, folles et irrationnelles*. Le cinéma est venu renforcer cette image en laissant entendre qu'il existe une relation de cause à effet entre le comportement criminel et les troubles mentaux.

En dépit des barrières systémiques actuelles, les faits sous-jacents au succès des villes, des organismes et des organisations de premier plan ont mis en relief la capacité de mettre au point des pratiques efficaces. Le développement de ces initiatives s'est appuyé sur des principes de base et des valeurs fondamentales. À titre d'exemple, la campagne de lutte à la stigmatisation, menée par la Commission de la santé mentale du Canada, origine d'une volonté de changer les attitudes à l'égard de la maladie

mentale. Le Service correctionnel du Canada (SCC) cible également certaines priorités essentielles en se fondant sur des principes de base et des valeurs fondamentales. En lien avec certaines valeurs fondamentales, tel « ... le respect de la dignité des individus, des droits de tous les membres de la société et du potentiel de croissance personnelle et de développement des êtres humains » (CSC, 2007), le SCC a entrepris d'améliorer les services de santé mentale au sein de ses établissements et d'élaborer une stratégie communautaire de santé mentale. Les organismes communautaires s'appuient, eux aussi, sur des principes et des valeurs semblables, qui ont été à l'origine de la mise en œuvre de pratiques communautaires destinées à assurer la prestation de services de santé mentale efficaces.

### *Les buts*

- Définir les éléments et les moyens de mise en œuvre d'une stratégie communautaire de santé mentale qui réponde le mieux aux besoins des usagers.
- Contribuer à une sensibilisation accrue aux pratiques efficaces et prometteuses.
- Étendre les réseaux de communication afin de faciliter la mise en commun des idées et des pratiques.
- Contribuer à certaines initiatives clés de la Commission de la santé mentale du Canada.

### *Les principes de base et les valeurs fondamentales*

<b>Focaliser sur une perspective de changement</b>	<b>Favoriser les initiatives qui mettent l'accent sur une atténuation de la stigmatisation et de la discrimination</b>	<b>Renforcer les capacités communautaires</b>	<b>Promouvoir un continuum de soins</b>
Mettre au point des protocoles effectifs	Bâtir sur les valeurs que sont la dignité et le respect	Promouvoir des collectivités durables	Améliorer la disponibilité et l'accessibilité
Concevoir des stratégies souples et modifiables	Miser sur la personne	Dégager des buts et objectifs communs	Intégrer les déterminants sociaux de la santé
Tenir compte de la démographie de la collectivité	Promouvoir et appuyer le militantisme	Élaborer un plan d'action	Mettre au point une approche holistique

### *Un aperçu des paramètres*

Ce chapitre présente un aperçu des moyens et des éléments de mise en œuvre d'une stratégie communautaire de santé mentale. De manière plus précise, il met l'accent sur trois composantes principales qui jouent un rôle déterminant dans le développement de pratiques communautaires efficaces. Selon certains des experts participant aux ateliers organisés dans le cadre de ce projet, une stratégie communautaire de santé mentale devrait :

- comprendre une approche multidisciplinaire des services de santé mentale;
- impliquer l'utilisateur;
- assurer une formation réciproque et offrir de l'éducation.

Chacun de ces éléments est soutenu par des composantes de base qui contribuent à la mise au point de pratiques communautaires et de protocoles efficaces. Ceux-ci sont présentés dans le cadre du présent chapitre et sont assortis de certains exemples de pratiques communautaires existantes servant à les illustrer. Chaque section présente également certaines recommandations formulées par les experts quant aux moyens de bonifier les pratiques actuelles.

### *Exemples de protocoles et de programmes*

Compte tenu de la diversité de la population canadienne, ce projet reconnaît que les pratiques existantes pourraient requérir certains ajustements, afin de pouvoir être mises en œuvre dans des localités, des régions, des provinces ou des territoires différents. Ces pratiques doivent tenir compte de la culture et de l'ethnicité, de même que des différences liées au sexe et à l'âge sur l'ensemble du territoire canadien. C'est pourquoi des forums ont été organisés dans quatre villes canadiennes afin de mettre à contribution les similitudes et les différences qui posent un défi pour les fournisseurs de services et qui leur profitent. Les villes de Kingston, Halifax, Calgary et Vancouver ont été retenues en tenant compte des recommandations du groupe consultatif, en raison du travail de pointe qui s'y fait actuellement.

En outre, divers participants ont déjà été impliqués dans des initiatives d'avant-garde dans plusieurs villes du pays. À titre d'exemple, le Dr Arboleda-Flórez, président du département de psychiatrie de l'Université Queen's et un expert dans le domaine, est également au fait des difficultés qui confrontent l'Alberta et la Colombie-Britannique. Il a participé à l'implantation de *Telemental Health* en Alberta, qui permet d'offrir des services de santé mentale à distance par voie électronique. Cette initiative a été conçue pour pallier le nombre limité de professionnels formés en santé mentale, notamment dans les régions rurales de l'Alberta. Cet exemple démontre l'importance de tenir compte des particularités de certaines populations au Canada.

Bien que ce manuel présente diverses pratiques communautaires en place dans différentes régions et provinces, il ne se veut pas un recueil exhaustif des pratiques prometteuses. Il faudrait procéder à un examen plus poussé des difficultés auxquelles doivent faire face les fournisseurs de services qui ont à traiter avec des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale dans d'autres régions du pays, tels le Québec et le Nord canadien. Il faudrait en outre se pencher sur d'autres segments de la population, telle la jeunesse.

#### *[Traduction]*

« La réforme repose, selon moi, sur certaines exigences : elle doit débuter par un processus évolutif visant l'amélioration des normes afférentes à la santé mentale et aux services sociaux au Canada, une condition à satisfaire pour empêcher que des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale se retrouvent dans le système de justice pénale. »

**Archie Kaiser, *Towards a Model Community Mental Health Strategy, un exposé présenté dans le cadre du Forum de la SSLC et de l'ACJP, qui s'est tenu à Halifax (Nouvelle-Écosse).***

## Références

- Institute for the Prevention of Crime (2008, January). *Homelessness Victimization and Crime: Knowledgeable and Actionable Recommendations*. Ottawa: Author.
- Mental Health Commission of Canada (2007). *Key Initiatives, Anti-Stigma Campaign*. Retrieved March 6, 2008 from <http://www.mentalhealthcommission.ca/keyinitiatives.html> .
- Correctional Service of Canada (2007). *Organization: Core Value 1*. Retrieved March 6, 2008, from <http://www.csc-scc.gc.ca/text/organi-eng.shtml> .
- Arboleda-Flórez, J. (2004). Mental Health Systems and Forensic Psychiatric Services. *Current Opinion in Psychiatry*, 17(5): 377-380.
- Arboleda-Flórez, J. (2004). On the Evolution of Mental Health Systems. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 337-380.
- Arboleda-Flórez, J. (2005). Stigma and discrimination: An overview. *World Psychiatry*, 4(1), 8-10.

# Section C-i : Élaborer une approche multidisciplinaire de la collaboration et des partenariats

DANS CETTE SECTION...

**Le contexte**

**Les communications et la mise en commun de l'information**

Exemples de pratiques prometteuses et efficaces

**Les relations intersectorielles et les initiatives horizontales**

Exemples de pratiques prometteuses et efficaces

**L'élaboration de programmes et les évaluations**

Exemples de pratiques prometteuses et efficaces

**Les protocoles et les ententes**

Exemples de pratiques prometteuses et efficaces





## Section C-i

# ÉLABORER UNE APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE DE LA COLLABORATION ET DES PARTENARIATS

## LE CONTEXTE

La désinstitutionnalisation a eu des répercussions considérables sur le nombre des sans-abri, une population qui passe tour à tour de la rue au système correctionnel et aux systèmes de santé et des services sociaux. [Traduction] « Depuis 1995, on a assisté à une augmentation de 27 % du nombre des personnes souffrant d'un trouble mental admises dans un établissement correctionnel de l'Ontario. La fréquence accrue des personnes souffrant d'un trouble mental et venant en contact avec le système de justice pénale a soulevé certaines préoccupations relatives aux ressources policières et judiciaires, à la capacité institutionnelle, à la disponibilité et à l'adéquation des ressources ainsi que des services de traitement et d'évaluation. » (MOHLTC, 2006, p.4) Le point d'entrée d'un client dans le système déterminera si son expérience sera positive ou négative. Beaucoup de clients se sentent isolés et négligés. Ils ont besoin d'un réseau de soutien social vers lequel ils peuvent se tourner pour obtenir de l'aide<sup>1</sup>.

En 2001-2002, les tribunaux de la Colombie-Britannique ont estimé que parmi les accusés souffrant d'un trouble mental :

- 3 % étaient considérés comme souffrant d'aliénation mentale (maladie psychotique grave);
- 15 % exhibaient des symptômes manifestes de maladie mentale et étaient très perturbés;
- 50 % étaient dysfonctionnels sans être gravement malades mentalement;
- 30 % souffraient de troubles situationnels ou à court terme;
- 2 % étaient atteints d'une déficience intellectuelle<sup>2</sup>.

Les avocats ont pourtant une compréhension minimale de la maladie mentale et, de ce fait, pourraient ne pas procurer à leurs clients les services qui correspondent le mieux à leurs besoins. Par exemple, le programme de déjudiciarisation du Tribunal de la santé mentale de Toronto permet de faire appel à un intervenant en santé mental attitré au tribunal, à qui il incombe de mettre au point un plan de déjudiciarisation qui réponde aux besoins du client. [Traduction] « Ces causes sont déjudiciarisées et les accusations sont retirées ou le procureur de la Couronne peut **surseoir aux accusations**. Cela implique que les procédures judiciaires sont suspendues pour un an. Il demeure loisible au procureur de la Couronne de réactiver le dossier au cours de cette année. À l'issue de cette période d'une année, les accusations sont automatiquement retirées<sup>3</sup>. » Notons toutefois que pour accéder à ce programme, il faut que la cause fasse l'objet d'un renvoi et que ce renvoi soit entériné par un procureur de la

---

<sup>1</sup> D. Simpson, Program Manager, Patient Psychiatric Advocate Office, (personal communication, Kingston Forum, November, 2007).

<sup>2</sup> S. Verdun-Jones (2007). *The Mentally Disordered and the Criminal Justice System*. Presented at SLSC & CCJA Towards a Community Mental Health Fora, Vancouver, British Columbia, slide 7.

<sup>3</sup> Community Resource Connection of Toronto (2007). *Navigating Mental Health Services in Toronto: A Guide for Newcomer Communities*. The Ontario Trillium Foundation, p.62.



Couronne de la province. Conséquemment, on pourrait contribuer à réduire le nombre des personnes qui tombent entre les mailles du filet de nos systèmes en accentuant l'importance pour les procureurs d'avoir une compréhension plus globale des enjeux liés à la santé mentale.

En outre, il est devenu extrêmement difficile d'avoir accès aux informations relatives à un client. De nombreux organismes sont réticents pour des motifs d'ordre juridique ou éthique à mettre en commun l'information contenue dans leurs dossiers, même si cela pouvait améliorer la qualité des services qui sont subséquemment offerts à une personne. Les barrières qui se dressent entre les fournisseurs de services et entre les divers secteurs ont eu des incidences adverses sur les possibilités s'offrant aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Par exemple, bon nombre d'organismes communautaires ont fixé des critères d'exclusion applicables aux personnes souffrant d'un trouble mental, ce qui a entraîné que certaines d'entre elles ne soient pas diagnostiquées ou ne reçoivent pas suffisamment d'attention en raison de leur état mental. Un examen de comment et pourquoi certains services et organismes se sont désengagés les uns des autres pourrait donc contribuer au développement de communications et d'une collaboration plus efficaces.

[Traduction] De nombreuses activités différentes ont été suggérées pour la mise en œuvre de la stratégie, mais on s'entendait clairement qu'il fallait adopter une diversité de méthodes ayant les rapports interpersonnels comme thème nettement récurrent.

*Mental Health Commission of Canada, October 2007*

*Mental Health Commission of Canada, Moving Forward Together: Stakeholder perspectives on the priorities of the Mental Health Commission of Canada*

### *La pertinence*

Il est important de bien définir les éléments des stratégies communautaires de santé mentale nécessaires pour améliorer les interventions sociales inadéquates et pour mettre au point des moyens plus efficaces de desservir cette clientèle. Une approche multidisciplinaire de la collaboration et des partenariats serait constituée de lignes directrices qui misent sur la mise en commun de l'information et qui cautionnent une approche holistique des services de santé mentale.

Aux dires des experts, des professionnels et des fournisseurs de services du domaine de la santé mentale, la collaboration et la communication sont essentielles aux pratiques de santé mentale dans le but mettre le doigt sur les difficultés qui s'annoncent et de prévoir des interventions adéquates, mais aussi pour éviter toute criminalisation additionnelle. Selon le D<sup>r</sup> Arboleda-Flórez (2007), [Traduction] « ... toute innovation apportée au système contient la semence de difficultés futures. Aucun système ne sera jamais statique ni parfait. » Par conséquent, ce manuel ne prétend pas présenter une stratégie communautaire type et idéale de santé mentale, mais il vise plutôt à proposer des lignes

[Traduction]

« Le rôle des équipes intégrées d'intervention en situation de crise ne se limite pas à aider les personnes qui présentent un danger pour elles-mêmes ou pour d'autres, car des personnes vivant une détresse aiguë ou n'étant pas en mesure de prendre soin d'elles-mêmes ou étant affectées par l'abus de drogues ou d'alcool, peuvent constituer une urgence psychiatrique. »

*Integrated Mobile Crisis Response Team, Ten Month Evaluation Report, October 2005*

directrices pour l'élaboration de stratégies qui correspondront le mieux aux besoins des organisations et des collectivités.

### *L'élaboration d'une approche multidisciplinaire*

Une approche multidisciplinaire des services de santé mentale devrait mettre à contribution les composantes de base suivantes :

- **La communication et la mise en commun de l'information**
- **Les relations intersectorielles et les initiatives horizontales**
- **L'élaboration de programmes et les évaluations**
- **Les protocoles et les ententes**

### *Références*

- Ministry of Health and Long-Term Care (2006). *A Program Framework for: Mental Health Diversion/Court Support Services*. Government of Ontario.
- Verdun-Jones, S. (2007). *The Mentally Disordered and the Criminal Justice System*. Presented at SLSC & CCJA Towards a Community Mental Health Fora, Vancouver, British Columbia.
- Community Resource Connection of Toronto (2007). *Navigating Mental Health Services in Toronto: A Guide for Newcomer Communities*, The Ontario Trillium Foundation.
- Arboleda-Flórez, J. (2007). *Dispossessed and Disposable*. Presented at SLSC & CCJA Towards a Community Mental Health Fora, Kingston, Ontario.

## *La communication et la mise en commun de l'information*

Le système de santé mentale est constitué d'un éventail de partenaires et d'intervenants clés, nécessaires à la prestation adéquate de services sociaux. Certains partenariats locaux ont contribué de manière efficace à atténuer le phénomène de la criminalisation de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale en adoptant une approche multidisciplinaire. Certaines équipes et certaines ententes de services ont misé sur des stratégies de communication plus efficaces, la mise en commun de l'information ainsi que sur des protocoles procéduraux, qui tiennent compte à la fois de la santé physique et de la santé mentale d'une personne, mais aussi de son environnement social, de son réseau social, de même que de son système de soutien.

Aux dires des experts, de telles pratiques ont contribué à réduire l'isolement social vécu par les usagers des services de santé mentale. Bon nombre de ces initiatives impliquent que l'on travaille avec la collectivité et les services d'urgence, les services de psychiatrie ou de médecine légale afin de contribuer à la sensibilisation de la population et à la conception d'un plan axé sur la continuité des services. Dans bien des cas, toutefois, les organismes ne publicisent pas leurs programmes et services, potentiellement en réaction à l'opinion publique. La mise en œuvre de stratégies de communication plus efficaces permettrait non seulement de mettre de l'information en commun, mais aussi d'aider les fournisseurs de services à se familiariser avec les pratiques qui ont cours dans leur propre région, ce qui pourrait être bénéfique au processus de rétablissement de l'utilisateur. Une communication efficace et la mise en commun de l'information ont également contribué à écourter les délais d'attente pour des transfèrements et pour l'obtention de services en intégrant tous les partenaires à toutes les étapes du processus de planification de l'intervention.

L'accès à l'information et la sécurité des usagers constituent deux autres résultats d'une communication efficace et de la mise en commun de l'information. Il faudrait donc tenir compte de ces questions au moment d'élaborer des protocoles et des ententes afin de minimiser les risques. Il doit exister une compréhension commune du genre d'informations qui peuvent être communiquées, de comment le faire et de qui doit le faire, de même que des répercussions d'avoir à travailler dans le cadre de mandats divergents ou incompatibles. Les initiatives présentées ci-dessous fournissent d'autres exemples de comment ces composantes de base ont été intégrées dans l'élaboration d'une approche multidisciplinaire de prestation de services de santé mentale.

Bien que des stratégies de communication soient essentielles au niveau local, celles-ci doivent être complétées par d'autres stratégies qui mettent l'accent sur le maintien d'une collaboration efficace avec les instances provinciales et fédérales. La communication entre les secteurs pourrait servir à promouvoir

[Traduction]

« Les équipes d'intervention en situation de crise travaillent en collaboration avec les équipes œuvrant auprès des patients hospitalisés et des patients externes d'Elmgrove et des centres hospitaliers de Lanark, Leeds et Grenville afin d'assurer une couverture sur 24 heures, 7 jours par semaine, aux clients et aux familles qui font appel à nos services. Les membres de l'équipe aident les gens à s'orienter dans le système de prestation des services. »

**Mental Health**

**Crisis Line:**

**1-613-345-4600**

or

**Sans frais : 1-866-281-2911**

*Leeds, Grenville, and Lanark  
Mental Health Crisis Response*

les *réussites* et à surmonter les *obstacles* qui se dressent dans l'intervention auprès de groupes particuliers (p. ex. les délinquants en tant qu'usagers des services de santé mentale).

**Comment pourrait-on coordonner les stratégies efficaces de collaboration?**

**Comment pourrait-on assurer une communication continue et constructive entre les fournisseurs de services et entre les divers secteurs?**

### *Recommandations*

- ☑ Travailler en utilisant un langage commun qui met l'accent sur une approche multidisciplinaire de prestation des services de santé mentale.
- ☑ Adopter un langage qui focalise sur une approche de la prestation des services axée sur le rétablissement.
- ☑ S'entendre sur la nature de l'information qui est communiquée et sur la façon dont une personne devrait s'y prendre pour donner ou obtenir de l'information de divers partenaires communautaires.
- ☑ Composer et œuvrer dans le cadre de mandats et des lois divergents en faisant preuve de créativité, de souplesse et en étant prêt à faire des compromis.
- ☑ Illustrer comment chacun contribue au portrait global des services de santé mentale au Canada.
- ☑ Éviter l'exclusion : intégrer certains secteurs traditionnellement négligés, tels le secteur privé, le secteur commercial et celui de la mobilisation communautaire.
- ☑ Reconnaître la collaboration et les partenariats en tant que pratiques fructueuses : incarner la voix du changement.
- ☑ Démontrer comment les pratiques actuelles contribuent à la réalisation des initiatives principales de la Commission (mener une campagne de lutte à la stigmatisation, agir comme centre d'échange du savoir, élaborer une stratégie nationale des services de santé mentale).
- ☑

### *Exemples de pratiques prometteuses et efficaces*

L'équipe d'accompagnement et de soutien en situation de crise [*Crisis Outreach and Support Team (COAST)*] dessert les résidents d'Hamilton-Wentworth, qui ont des problèmes graves de santé mentale et qui sont en état de crise. Ce programme fait appel à une équipe multidisciplinaire composée d'intervenants en situation de crise auprès de l'enfance et de la jeunesse, d'intervenants en santé mentale, de personnel infirmier, de travailleurs sociaux et de policiers en tenue civile<sup>4</sup>. Le programme maintient une ligne d'écoute téléphonique pour répondre aux situations de crise; il coordonne les interventions immédiates et oriente les usagers vers les services appropriés. Il gère aussi une banque de données dans laquelle sont consignées toutes les actions des différents intervenants. Selon Laurie Bourne-Mackeigan<sup>5</sup> du *Brockville Mental Health Centre*, COAST et d'autres partenariats du même genre ont permis de réduire le temps d'attente des policiers à l'urgence.

---

<sup>4</sup> COAST Hamilton, see website for information: <http://www.coasthamilton.ca/index.html>.

<sup>5</sup> L. Bourne-MacKeigan, Outpatient/Crisis Outreach Team Coordinator, Brockville Mental Health Centre (personal communication, Kingston Forum, November, 2007).

*La ligne d'écoute téléphonique de COAST d'Hamilton (905-972-8338) répond aux appels 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine.*

*L'équipe mobile COAST est constituée d'un intervenant en santé mentale et d'un policier; elle intervient en situation de crise entre 8 h et 1 h tous les jours.*

*La ligne d'écoute téléphonique de COAST de Halton (1-877-825-9011) répond aux appels 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine.*

*Entre minuit et 8 h, c'est COAST d'Hamilton qui répond aux appels de crise de Halton. Au cours de la nuit, les intervenants en santé mentale de COAST Hamilton ont accès à la base de données de Coast Halton afin de pouvoir offrir un soutien complet aux personnes dans le besoin.*

L'équipe L.E.A.D [*Lanark County Police Services and Lanark County Mental Health, Emergency Department, Ambulance Services, Diversion (L.E.A.D) Team*] est une équipe intégrée de policiers spécialement formés qui travaillent avec les fournisseurs de services d'urgence et de santé mentale aux côtés de groupes de soutien et militants. Cette équipe est vouée à aider des personnes souffrant de troubles affectifs et en crise, tout en préservant la sécurité de la collectivité et de toutes les parties impliquées. Grâce à une collaboration soutenue et à ses pratiques d'évaluation, l'équipe L.E.A.D est parvenue à mettre au point un protocole bien informé relatif aux interventions en situation de crise. Cette approche inclut également un service d'écoute téléphonique semblable à celui de COAST, disponible 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Dans le cadre des interventions en situation de crise, il incombe à une infirmière psychiatrique ou une infirmière travaillant en santé mentale de procéder à une évaluation sur place du niveau de risque et de l'état mental de la personne.

#### **EXEMPLE TYPE D'UNE FAÇON DE PROCÉDER DE L'ÉQUIPE L.E.A.D. :**

Dépendant de la nature de l'appel, il revient à un répartiteur ayant reçu une formation d'établir si une intervention de l'équipe L.E.A.D. serait convenable. Le plus souvent possible, on s'attend à ce que les membres de l'équipe soient ceux qui établissent le contact sur place avec la personne en crise. Si le policier le juge nécessaire, la personne sera conduite à un centre qui procédera à une évaluation d'urgence. Le policier doit se conformer à une procédure détaillée pour le transport et l'admission de la personne en crise au centre des urgences. S'il s'avère qu'il n'est pas nécessaire d'amener la personne à un centre des urgences, il reviendra au policier d'établir si la personne en crise est déjà en rapport avec l'un ou l'autre des partenaires communautaires. Le cas échéant, le policier communiquera avec ce partenaire pour obtenir des conseils et de l'aide. Dans le cas où la personne n'est pas en rapport avec un des partenaires, le policier tentera de communiquer avec des partenaires offrant des services et de trouver les services qui conviennent<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> D. McDonnell, Supervisor, Lanark County Mental Health (personal communication, February, 2008) *L.E.A.D. Team Revised Protocol (2006, September)*.

La Division de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) du *Lower Mainland* a mis sur pied une **équipe d'intervention en situation de crise**, de concert avec divers partenaires communautaires (telle la *Vancouver Health Authority*). Selon l'agente Lara Davidsen, des gendarmes spécialement formés vaquent à leurs occupations régulières, mais seraient dépêchés sur les lieux comme premiers intervenants, s'il devait survenir une situation de crise liée à la santé mentale.

De tels incidents seront tantôt réglés sur place, exigeront tantôt que l'utilisateur soit conduit à un centre médical ou qu'il soit aiguillé vers un organisme de services de santé mentale, en fonction de ce qui convient le mieux. L'équipe s'appuie sur des ententes de service conçues en vue de déterminer quel plan d'action serait le plus convenable (ainsi, les personnes amenées sont vues dans un délai de 15 minutes et aucune d'entre elles ne se voit refuser des soins médicaux ou psychiatriques).

La GRC entend étendre cette initiative à l'ensemble du *Lower Mainland* (15 détachements et collectivités) et, en partenariat avec le SCC, offrir une formation en santé mentale à l'intention du personnel infirmier ayant à répondre aux urgences. Cette initiative constitue un excellent exemple d'une approche intersectorielle et holistique de la prestation des services de santé mentale.

*Constable Lara Davidsen, Crisis Intervention Team Trainer, RCMP-Lower Mainland Division.*

### *Autres projets<sup>7</sup>*

- *Building Capacity: Mental Health and Police Project*
  - Association canadienne pour la santé mentale, Division de la Colombie-Britannique
  - Camia Weaver, coordonnatrice des services de justice
  - Partenaires importants : *Vancouver Coastal Health*, Gendarmerie royale du Canada, *B.C. Mental Health and Addictions Services* et *Provincial Health Services Authority*
  
- *Doorways – Wrap Around Service*
  - Société John Howard de *Central and South Okanagan*
  - Shelley Cook, directrice générale
  - Partenaires importants : *BC Housing*, *Interior Health* et la Ville de Kelowna
  
- *Beyond the Revolving Door: A New Response to Chronic Offenders*
  - *BC Street Crime Working Group*, *The Justice Review Task Force*
  - Partenaires importants : Cour provinciale de la C.-B., Service de police de Vancouver, et les Services correctionnels communautaires du ministère de la Sécurité publique et du Solliciteur général

---

<sup>7</sup> See program directory for website and contact information.

## *Les relations intersectorielles et les initiatives horizontales*

Il existe un besoin pressant d'élaborer une norme nationale régissant les soins et faisant appel à un système de réseaux intégrés. Aux dires des experts, bien que les initiatives locales et de petite envergure aient été les plus efficaces pour atténuer le phénomène de la criminalisation de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, la réussite est subordonnée à la participation des instances fédérales ou provinciales. Mettre l'accent sur un réseau axé sur la continuité des soins signifie élaborer des services et des programmes qui incluent la participation de tous les intervenants nécessaires pour réduire les possibilités que l'utilisateur vienne de nouveau en contact avec le système de justice pénale.

Les relations intergouvernementales permettent non seulement de reconnaître les réussites, mais elles peuvent aussi contribuer à créer de nouvelles possibilités de financement. Le financement gouvernemental doit favoriser la mise en œuvre d'initiatives intersectorielles ou horizontales de manière à atténuer la concurrence entre les organismes et les organisations qui tentent d'offrir des services semblables ou connexes.

Un soutien provincial de certaines pratiques efficaces pourrait contribuer à combler le fossé actuel entre les politiques et la recherche. De manière plus précise, les experts se sont montrés favorables à des initiatives intersectorielles ou horizontales qui incluraient à la fois des éléments de la pratique et de la recherche. De telles initiatives devraient mettre l'accent sur l'élaboration de politiques fondées sur l'expérience et qui intégreraient certains constats émanant de pratiques efficaces en place chez des fournisseurs de services de première ligne. De plus, des relations intersectorielles, telles celles qui existent entre les services de police, les procureurs de la Couronne, les cours provinciales et le système de prestation des services de santé mentale, sont essentielles pour pouvoir accéder aux systèmes des services et de soutien. Ainsi, il faut suivre une procédure d'aiguillage pour obtenir des services du **Forensic Community Geographic (FCG) Team**<sup>8</sup> (Calgary et Edmonton). L'équipe FCG accepte les clients qui sont dirigés par les tribunaux, les agents de probation, les professionnels de la santé mentale, les établissements correctionnels, et d'autres offrant des services médico-légaux. Son but est d'offrir des services et un soutien à la population rurale de l'Alberta et de fournir une évaluation médico-légale complète et des services de traitement à des personnes des régions éloignées de l'Alberta par le

[Traduction]

« Un certain nombre d'infirmiers et infirmières en santé mentale ont été affectés aux établissements ci-dessous afin d'y offrir des services aux personnes dont la santé mentale semblait précaire :

*Vanier Centre for Women (4)*

*Maplehurst Complex (2)*

*Hamilton Wentworth DC (2)*

*Ottawa Carleton DC (2)*

*Toronto Jail (1)*

*Algoma Treatment/Remand Centre (1)*

*Toronto West DC (0.6)''*

***Strategic and Operational Initiatives  
Branch Ministry of Community Safety and  
Correctional Services***

---

<sup>8</sup> Southern and Northern Alberta Forensic Psychiatric Services, see website for information: <http://www.calgaryhealthregion.ca/mh/sites/programs/programsindex.htm>.

truchement de cybercliniques, et en se rendant dans les zones rurales et les communautés des Premières nations parties au Traité n° 7<sup>9</sup>.

Le travail effectué par la *Calgary Mobile Response Team (MRT)* nous fournit un autre exemple de l'importance des relations intersectorielles. La MRT est l'équipe professionnelle d'intervention en situation de crise de la Région sociosanitaire de Calgary; elle est constituée de personnel infirmier, de travailleurs sociaux ainsi que de psychologues; la collectivité à accès à ses services 7 jours sur 7. Elle apporte de l'aide à des personnes et des familles vivant une situation de crise attribuable à un large éventail de problèmes, notamment des problèmes de santé mentale, de toxicomanie, de relations interpersonnelles ou d'autres formes de problèmes sociaux et personnels. Elle accepte de rencontrer toutes les personnes qui sont dirigées vers elle et rencontrera des clients n'importe où dans Calgary, de même que dans les zones rurales au sud de la ville. Le grand public (soit des personnes en crise ou d'autres personnes qui s'en inquiètent) a accès à ses services par le truchement d'un centre de crise, alors que les professionnels du milieu peuvent communiquer avec elle directement<sup>10</sup>.

Pour ce qui est d'assurer un soutien fédéral, certaines initiatives mises au point en collaboration avec le service correctionnel du Canada pourraient s'avérer avantageuses. Il a été suggéré que les projets régionaux du SCC, financés par l'administration centrale, soient présentés à ses partenaires communautaires comme moyen de renforcer l'obligation de rendre compte, ainsi que pour permettre aux organismes et organisations communautaires de participer au développement du plan d'intervention ou de réintégration. La majorité des participants ont aussi fait état du besoin pour le SCC de participer à l'**Initiative pour le changement**, compte tenu du rôle central qu'il joue pour desservir et soutenir les délinquants ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie.

**Comment pourrait-on contribuer à des changements  
si les usagers des services de santé mentale continuent d'être  
incarcérés  
et d'être victimes de discrimination et de négligence au sein de nos  
établissements?**

Une question importante concerne le manque de services ou l'accès limité à des services pour les détenus libérés à la **date d'expiration du mandat**, notamment en ce qui a trait au logement ou à la continuité des soins. De nombreux détenus sont ramenés en maison de transition ou sous la garde du fédéral dans l'attente de services ou d'un soutien adéquat, et ce, même si cette pratique contrevient aux politiques établies. Les experts ont recommandé comme mesure de rechange que le SCC se penche sur cette question épineuse et sur les répercussions qu'elle a sur le processus de réinsertion sociale du détenu. Ils ont aussi suggéré que le processus de planification de la mise en liberté et de la phase de transition soit entrepris plus tôt au cours de la peine du détenu et ont insisté pour qu'on mette au point une initiative de

**Chapitre de Toronto de l'ACSM**

**Accueil et renseignements:**

Tél. : 416-289-6285, poste 243  
Markham Road Site  
1200 Markham Rd.,  
Pièce 500  
Toronto, ON M1H 3C3

**À l'ouest de la rue Yonge**

Tél. : 416-789-6880  
Télec. : 416-789-6895  
Lawrence Ave., West Site  
700, av. Lawrence Ouest  
Pièce 480  
Toronto, ON M6A 3B4

**Courriel:**

tmckay@cmha-toronto.net

<sup>9</sup> Southern Alberta Forensic Psychiatric Services, Community Geographic Team Resources. See: Calgary Health Region, Mental Health and Addictions Services, *Year End Service Summary 2006-2007*.

<sup>10</sup> M. Brager, M.S.W & D. Binnema R.N., B.N., (personal communication, Calgary Forum, November, 2007). *Calgary Mobile Response Team*.



planification collaborative qui assurerait un soutien immédiat et à court terme.

Le soutien offert en lien avec le **Régime d'assurance-médicaments** constitue un excellent exemple de la nécessité d'une planification adéquate de la mise en liberté. Des discussions s'imposent quant aux meilleurs moyens d'intégrer et d'utiliser le Régime d'assurance-médicaments, même pendant qu'une personne est en recherche d'emploi. Il faudrait mettre au point une formule d'évaluation des normes de service et des résultats afin de réduire le nombre des personnes qui tombent entre les mailles du filet du système.

**Par où devrait-on entreprendre de mettre en œuvre une norme nationale régissant les soins?**

**Quels sont les avantages découlant d'initiatives horizontales et de relations intersectorielles?**

**Comment pourrait-on réduire l'écart entre les politiques, d'une part, et la recherche et la pratique, de l'autre?**

### *Recommandations*

- ☑ Organiser trimestriellement des tables rondes intersectorielles pour discuter des difficultés actuelles et anticipées
- ☑ Inclure la participation de décideurs afin d'établir des normes de services
- ☑ Travailler ensemble implique que l'on a des buts, des objectifs et qu'on vise des résultats communs : focaliser sur le **changement** et le **rétablissement**
- ☑ Les politiques doivent être élaborées en s'appuyant sur les données factuelles amenées par les fournisseurs de services de première ligne et par les universitaires œuvrant dans les domaines de la santé mentale et des services correctionnels.
- ☑ Reconnaître que l'on a besoin les uns des autres; impliquer d'autres secteurs et organisations afin de mieux desservir le client
- ☑ Leadership : identifier des personnes clés disposées à s'impliquer activement et à devenir des porte-parole pour un projet ou une initiative
- ☑ Développer un réseau de soutien au sein de la collectivité : une approche d'accueil collaborative qui ne s'intéresse pas qu'aux politiques et aux lois, mais qui amène la collectivité à s'impliquer à la base
- ☑ Mettre en valeur et reconnaître les réussites émanant d'initiatives provinciales et fédérales
- ☑ Favoriser le militantisme : ne pas se limiter aux enjeux de la santé mentale, mais inclure ceux liés au logement, aux avantages financiers et à l'éducation.

### *Exemples de pratiques prometteuses et efficaces*

Le **Tribunal de la santé mentale de Toronto** a été mis sur pied afin de traiter plus efficacement avec les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de réduire le volume de leurs comparutions récurrentes devant les tribunaux. Il n'est *pas requis que la personne plaide coupable* pour que sa cause soient entendue par le Tribunal de la santé mentale et avoir accès aux programmes de déjudiciarisation. Ce tribunal vise à faciliter la discussion ainsi que le partage de l'information et met l'accent sur le repérage des éléments qui contribueront au rétablissement de la personne. Il focalise sur la création d'un environnement où règnent *la politesse, l'empathie et le respect*. Divers professionnels

cliniciens procèdent à une évaluation *sur place* de la personne afin d'établir quel plan d'intervention serait le plus efficace et afin de réduire les délais d'attente<sup>11</sup>.

Le **Programme de soutien et de déjudiciarisation du Tribunal de la santé mentale** est offert par le chapitre de Toronto de l'ACSM et aide les usagers des services de santé mentale dirigés par la cour à trouver les services dont ils ont besoin. Ce programme offre aussi des services de counseling à des personnes qui ne sont pas admissibles à des mesures de déjudiciarisation en le mettant en rapport avec les services de santé mentale et de soutien appropriés ou en les aidant à être libérés sous caution ou dans le cadre du processus de détermination de la peine. Dans certains cas, le programme leur offre aussi une gestion de cas intensive<sup>12</sup>. Le *Community Resource Connections of Toronto (CRCT)* offre aussi un **Programme de soutien et de déjudiciarisation au Tribunal de la santé mentale**.

Les personnes aiguillées vers ce programme doivent :

- être aux prises avec des problèmes graves de santé mentale ou une maladie mentale;
- être accusées d'une infraction comportant un faible niveau de risque;
- accepter de participer à un programme de déjudiciarisation en santé mentale;
- recevoir l'autorisation du procureur de la Couronne provincial de participer à une mesure de déjudiciarisation<sup>13</sup>

#### **UNE UNITÉ DE TRAITEMENT EN MILIEU FERMÉ – Le St. Lawrence Valley Correctional and Treatment Centre**

- Établissement correctionnel et de traitement de compétence provinciale, désigné comme hôpital de soins actifs (Annexe I) en vertu de la *Loi sur la santé mentale*
- Situé sur le site du *Brockville Psychiatric Hospital*
- Offre des services cliniques en vertu d'une entente de services avec les **Services de santé Royal Ottawa (SSRO)**
- Conçu pour offrir une évaluation et des traitements spécialisés, globaux et multidisciplinaires, ainsi qu'un service de planification posttraitement.
- Cible les délinquants adultes de sexe masculin, condamnés à une peine d'incarcération provinciale et qui pourraient souffrir d'une maladie mentale grave

Administré par le **ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels** de l'Ontario

Le *St. Lawrence Valley Correctional and Treatment Centre* dispose d'une **unité de gestion des cas** pour les détenus à besoins spéciaux du *Hamilton-Wentworth Detention Centre*, et l'*Elgin Middlesex Detention Centre* vient de mettre sur pied sa propre unité de même genre. Il existe aussi un fonds de prévoyance à l'intention des adultes à besoins spéciaux [Adult Special Needs Contingency Fund] et une initiative *de mise en liberté*, deux initiatives offertes dans le cadre de la Stratégie d'amélioration du service du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Cette stratégie permet aux gestionnaires de cas en santé mentale de faciliter la réinsertion sociale de délinquants ayant des besoins liés à leur santé

<sup>11</sup> Justice E. Ormston (personal communication, Kingston Forum, November, 2007). *Toronto Mental Health Courts*.

<sup>12</sup> CMHA-Toronto, Community Support Services. See website for information: <http://www.toronto.cmha.ca/>.

<sup>13</sup> CRCT also offers an online manual to help mental health consumers navigate the Toronto mental health system (see reference section). Also see website for information: <http://www.crct.org/services/mhcss.cfm>.

mentale ou une maladie mentale (note : cette stratégie en est à diverses étapes de sa mise en œuvre dans la province)<sup>14</sup>.

Les *Services de santé Royal Ottawa* (SSRO) mettent l'accent sur l'élaboration et le maintien d'initiatives horizontales. Comptant sur plus de 100 partenaires du système de santé, les SSRO sont voués à la collaboration, à la conception et à la réalisation de projets de recherche, à la promotion et à la défense des droits et des intérêts, aux soins et à l'éducation. Les SSRO ont étendu leurs services à l'extérieur d'Ottawa pour desservir les collectivités de l'Est ontarien, Brockville, Cornwall, Pembroke et d'autres. Les SSRO concluent des partenariats avec une diversité d'organisations offrant toute une gamme de ressources, tels des services éducatifs, des hôpitaux et des centres de soins, des services policiers, des services de soutien en santé mentale, des services de réadaptation, des services de logement et de soutien communautaire. Offrant des services tant en établissement que par le truchement de programmes communautaires, ces services spécialisés couvrent un large éventail de problèmes de santé mentale, depuis ceux qui ne requièrent qu'un soutien minimal jusqu'au traitement intensif de maladies graves<sup>15</sup>.

La *Société John Howard de Kamloops* a réalisé un projet de logement, *The Victory Inn*, qui accueille des hommes seuls et des femmes seules ayant un faible revenu. Les premiers résidents ont commencé à s'y installer en 2001. Le résident typique est sans abri et, dans bien des cas, il est aussi aux prises avec un problème de santé mentale ou de toxicomanie ou pourrait avoir déjà eu des démêlés avec la justice. On retrouve aussi comme résidents des femmes qui se sont sorties d'une relation abusive, des personnes âgées, des personnes transgenres, et des personnes atteintes du VIH/SIDA.

Ce projet a connu beaucoup de succès en raison des partenariats qui ont été conclus avec *BC Housing*, la *Real Estate Foundation*, la *Forensic Psychiatric Service Commission*, la *BC Corrections and Interior Health Authority*.

Extrait de *Creating Housing for Homeless People: A Case Study (October, 2006)*

Cette initiative a permis de mettre le doigt sur plusieurs pratiques efficaces destinées à contrer l'opposition de la collectivité à la réalisation de ce projet, tel planifier une réaction aux préoccupations de la collectivité en le faisant de manière stratégique. Par exemple, les représentants de *BC Housing*, les employés de la Ville et la directrice générale de la Société John Howard, Dawn Hrycun, communiquaient entre eux quotidiennement. Ils s'informaient de ce que chacun allait dire publiquement afin de s'assurer que leurs approches soient cohérentes<sup>16</sup>. Une étude de cas de 2006 a permis de dégager un certain nombre de conditions importantes à prendre en compte dans des circonstances semblables :

- planifier sa réponse à la collectivité en le faisant de manière stratégique et en étant sensible au langage utilisé;
- veiller à rendre l'information disponible au moyen de bulletins, de sites Web et de forums Internet où les gens pourront poser des questions et obtenir des réponses;
- veiller à informer le maire, les conseillers et le personnel de la Ville des activités des promoteurs du projet;

<sup>14</sup> Ontario Ministry of Community safety and Correctional Services (personal communication, January, 2008)

<sup>15</sup> ROHCG, see website for information: <http://www.rohcg.on.ca/index-e.cfm>.

<sup>16</sup> Office of Housing and Construction Standards: Housing Policy Branch (2006, October). *Creating Housing for Homeless People: A Case Study. Featured Project: Victory Inn, Kamloops, the John Howard Society*. B.C.: Province of British Columbia.

- s'assurer qu'il existe une volonté politique de soutenir le logement social et de traduire cette volonté en une politique écrite<sup>17</sup>.

La *Société John Howard de Central and South Okanagan* (JHSCSO), en collaboration avec des partenaires importants (*BC Housing, Interior Health*, et la Ville de Kelowna), a également investi dans la réalisation d'unités de logement supervisés à l'intention d'hommes et de femmes à risque de se retrouver sans abri et qui sont en outre aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. Cette initiative, *Cadington Apartments*, est présentement en voie de réalisation et devrait accueillir ses premiers résidents à compter de l'automne 2008<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> Ibid, p.6

<sup>18</sup> John Howard Society Central and South Okanagan, see Website for more information: [www.jhscso.bc.ca](http://www.jhscso.bc.ca)

## *L'élaboration de programmes et les évaluations*

Selon Glenn Thompson<sup>19</sup>, nous ne devrions pas nous limiter à évaluer et à répertorier les pratiques exemplaires; il faudrait aussi tenir compte des pratiques prometteuses. Il nous faut examiner et prendre acte des conclusions qui se dégagent de services et programmes particuliers et qui soutiennent les indicateurs de réussite.

Il existe un besoin de programmes plus adaptables et individualisés qui correspondraient mieux aux besoins de la personne. Une approche multidisciplinaire des services de santé mentale offre certains choix lorsqu'on cherche à établir ce qui serait le plus convenable pour une personne. Compte tenu de la pénurie et de la nature exclusive de nombreux programmes et services communautaires, un grand nombre de fournisseurs de services de première ligne ont insisté sur le besoin d'élaborer des programmes qui cibleraient les personnes aux prises avec une multitude de problèmes complexes. Un certain financement a été alloué pour l'évaluation par des universitaires de programmes et de services offerts dans la collectivité, et ces programmes et services ont révélé l'existence de partenariats et d'une collaboration efficaces entre les champs de la pratique et de la recherche. Toutefois, toute recherche ou évaluation additionnelle portant sur des programmes et services communautaires particuliers exigerait la participation directe d'organismes de services et d'organisations qui mettent en œuvre de telles pratiques et protocoles. Les fournisseurs de services de première ligne sont le plus à même de savoir ce qui est requis, ce qui est efficace ou inefficace, et ce qui devrait être modifié ou ajouté. Plus précisément, de tels projets devraient tenter d'enseigner aux organismes non gouvernementaux (ONG) comment évaluer leur propre travail avec l'aide et l'appui concret d'universitaires. Cela pourrait contribuer à assurer un système de prestation des services plus générique et aider les ONG à comprendre comment intégrer la recherche à leur pratique<sup>20</sup>.

**La recherche et l'évaluation devraient éviter de chercher à définir une stratégie type destinée à atténuer le phénomène de la criminalisation et plutôt tenter de déterminer ce qui est efficace, pourquoi ce l'est, de même que les principes et valeurs communes à l'origine de ces programmes et services.**

La standardisation des pratiques et des programmes s'est avérée constituer un problème majeur afférent à la question de la criminalisation. Il faut veiller à ce que tout soit accepté et mis en œuvre dans le respect du client. Le contenu d'un programme est un élément important, mais il faut également prendre en compte les évaluations et rapports qui traitent de l'établissement des coûts, de la planification et des résultats afin de démontrer en outre la nécessité et l'importance d'initiatives du genre qui s'appuient une approche de gestion intersectorielle et intégrée. L'élaboration de programmes devrait également cibler les jeunes à risque d'éprouver des problèmes de santé mentale, de même que ceux qui vivent dans des milieux où la santé mentale constitue un problème courant ou ponctuel. De nombreux enfants souffrent parce que leurs parents ne

### **ÉCTA pour les personnes atteintes de deux affections**

Brockville Mental Health Centre  
1804, route 2 est, C.P. 1050  
Brockville, Ontario K6V 5W7  
Tél. : 613-498-1492, poste 1500 ou 1501  
Télec. : 613-345-0010

#### **Comment entretenir la collaboration et le partenariat?**

Mettre l'accent sur le renforcement des capacités communautaires

<sup>19</sup> G. Thompson, Interim President, Mental Health Commission of Canada (personal communication, Kingston Forum, November, 2007).

<sup>20</sup> J. Hughes and C. Grass (personal communication, Halifax Forum, November 2007). *Research and Evaluation*.

reçoivent pas ou sont incapables d'obtenir des services et un soutien adéquats. Ils sont laissés à eux-mêmes et, dans la plupart des cas, ils ne sont pas inclus dans le processus de rétablissement de leurs parents. Il est donc essentiel que les pratiques de prévention et d'intervention incluent la mise au point de programmes d'éducation efficaces visant à développer une meilleure compréhension de la santé mentale chez les jeunes.

### *Recommandations*

La façon dont on définit la santé mentale ou la maladie mentale ne devrait pas entraver le droit d'une personne d'obtenir des services, et cette définition devrait être expliquée et comprise par les fournisseurs de services.

- ☑ Se pencher sur la question des exclusions, des cas complexes et des diagnostics mixtes : adopter des approches intégratives et polyvalentes
- ☑ Mettre au point des programmes et services souples et adaptables, obéissant à des principes et des valeurs semblables
- ☑ Mettre au point des programmes individualisés qui correspondent le mieux aux besoins de la personne
- ☑ Mettre en œuvre des pratiques prometteuses en s'orientant vers des pratiques efficaces
- ☑ Voir au-delà de l'intervention en situation de crise et mettre l'accent sur les soins à long terme
- ☑ Focaliser sur un réseau de continuité des soins – mettre au point des services et des programmes qui font appel à la participation de tous les intervenants nécessaires
- ☑ Élaborer des programmes de prévention à l'intention de la jeunesse, mais aussi des programmes qui ciblent les membres de la famille (c.-à-d. les enfants) des usagers des services de santé mentale
- ☑ Mettre sur pied un groupe consultatif en matière de développement communautaire : mettre l'accent sur la communication entre les ministères, mais aussi avec et au sein de la collectivité

[Traduction]

« Nous savons que beaucoup d'élèves ont à composer avec le stress dans leur vie, parce que leurs parents ou eux-mêmes sont aux prises avec des difficultés émotionnelles.

Ce programme permet aux élèves de reconnaître que nombre d'entre nous vivons des difficultés semblables et qu'il est correct d'en parler. »

*Propos d'un enseignant ayant participé au programme.*

*Talking about Mental Health: A Guide for Developing an Awareness Program for Youth*

*Centre for Addictions and Mental Health, 2001*

### *Exemples de pratiques prometteuses et efficaces*

#### **ÉQUIPE COMMUNAUTAIRE DE TRAITEMENT ACTIF (ÉCTA) POUR LES PERSONNES AYANT UN DIAGNOSTIC MIXTE ARLONS DE LA MALADIE MENTALE**

Le *Brockville Mental Health Centre* a mis sur pied une équipe communautaire de traitement actif (ÉCTA) pour les personnes ayant un diagnostic mixte; celle-ci met l'accent sur le travail auprès d'une population si souvent exclue des programmes et services. L'ÉCTA est constituée de professionnels ayant une formation spécialisée en travail de réadaptation communautaire. On élabore un plan de traitement individualisé pour tous les clients en vue de les aider à combler leurs besoins particuliers. L'équipe dessert des personnes souffrant d'une maladie mentale grave et persistante ou d'une déficience développementale plus ou moins grave, en plus de clients atteints d'un trouble envahissant du

développement. Chaque membre de l'équipe travaille avec ses clients sur une base individuelle en comptant sur les autres membres de l'équipe pour des conseils et de l'aide<sup>21</sup>.

## PARLONS DE LA MALADIE MENTALE

*Parlons de la maladie mentale : Guide d'élaboration d'un programme de sensibilisation à l'intention des jeunes* est un guide pour l'enseignant axé sur l'éducation des jeunes; il constitue un excellent exemple d'un outil de sensibilisation à la santé mentale et à la maladie mentale. Ce guide, conçu par le Centre de toxicomanie et de santé mentale<sup>22</sup>, est utilisé auprès des élèves de 11<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> année. On y retrouve des documents à distribuer et des activités que peut utiliser l'enseignant à des fins d'enseignement. Une des activités amène les élèves à participer à une séance de remue-méninges sur le sujet de la maladie mentale. L'enseignant se sert d'activités pour aider les élèves à reconnaître les idées stéréotypées, à reconnaître d'où elles proviennent ainsi que leur effet stigmatisant. En puisant dans des histoires de cas, les élèves apprennent à comprendre la stigmatisation et comment ils pourraient modifier et contrôler certaines idées dommageables. L'un des documents à distribuer dresse une liste de célébrités souffrant d'une maladie mentale et sert à démontrer comment elles sont parvenues à améliorer leur qualité de vie.

## RENFORCEMENT DES CAPACITÉS COMMUNAUTAIRES<sup>23</sup>

De nombreux groupes et organismes (gouvernementaux et non gouvernementaux) œuvrant en santé, dans les services communautaires et sociaux et dans le système de justice pénale mettent de plus en plus l'accent sur l'importance de travailler en collaboration pour s'attaquer aux besoins de santé mentale de collectivités locales. Il existe notamment une reconnaissance croissante des facteurs de risque communs et du potentiel qui existe au sein de ces collectivités de prévenir la criminalisation de personnes souffrant d'une maladie mentale et de soutenir les personnes souffrant d'une maladie mentale au moment de leur sortie de prison ou d'un hôpital de psychiatrie médico-légale afin de prévenir qu'elles aient de nouveau maille à partir avec la justice.

Au nombre des pratiques prometteuses, il y a celle de la mise sur pied d'une *table ronde d'intervenants concernés qui investissent de manière proactive dans la sensibilisation du public et des gouvernements à des options fondées sur des données probantes* dans le but de transformer le système. Cette initiative contribuera à développer la capacité des collectivités néo-écossaises d'améliorer la santé mentale des Néo-Écossais et de réduire le nombre de leurs démêlés avec le système de justice pénale. Une recherche en cours, menée par Crystal Grass<sup>24</sup>, met l'accent sur deux points connexes : 1) **décélérer la capacité actuelle** des Néo-Écossais de soutenir des personnes souffrant d'une maladie mentale et ayant eu des démêlés avec la justice et, 2) **développer des moyens d'évaluer l'efficacité d'initiatives à l'échelle du système**, destinées à renforcer la capacité des collectivités de prévenir que des personnes souffrant d'une maladie mentale aient maille à partir avec la justice ou qu'elles récidivent en ce sens.

---

<sup>21</sup> ROHCG Assertive Community Treatment Teams for Persons Dually Diagnosed, see website for information: <http://www.rohcg.on.ca/programs-and-services/factsheets/assertive-community-treatment-dually-diagnosed-e.cfm>.

<sup>22</sup> CAMH – TAMI, (community guide also available) download from website

<sup>23</sup> C. Grass Dalhousie University, Occupational Therapy (personal communication, February, 2008).

<sup>24</sup> Ibid.

## LES CAPACITÉS PROGRAMMES À L'INTENTION DE PERSONNES À BESOINS SPÉCIAUX

Les *Services communautaires de la Société St-Léonard de London et de la Région* offrent actuellement divers programmes et services dans le cadre de leur division résidentielle afin de s'attaquer à certains problèmes de santé mentale. Le *Cody Centre*, le *Gallagher Centre* et la *Maison Louise Arbour* offrent des lits en résidence à l'intention d'hommes et de femmes en libération conditionnelle. Trois lits pour hommes et trois lits pour femmes sont réservés pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, qui vivent une situation de crise et qui ont des démêlés avec la justice ou qui sont à risque d'en avoir. Ces lits offrent un refuge à court terme et une occasion pour ces personnes de reprendre leur aplomb et de mettre en œuvre un plan de sortie qui les aidera à éviter une incarcération ou une hospitalisation<sup>25</sup>.

Le **Programme à l'intention des personnes à besoins spéciaux**, offert par le *Gallagher Centre*<sup>26</sup>, accueille des clients dirigés par divers organismes œuvrant des les champs de la santé mentale, des services sociaux et de la justice pénale. Selon leur récent rapport d'évaluation, les organismes d'aiguillage n'assument pas la responsabilité pour le client pendant qu'il participe au **Programme à l'intention des personnes à besoins spéciaux**. Les organismes n'offrent qu'un soutien limité à la personne une fois qu'elle a franchi toutes les étapes du programme et ils n'offrent aucune aide pour établir des contacts avec la collectivité pendant que la personne est encore dans le programme. Il a conséquemment été recommandé :

[Traduction]

« Que les Services communautaires de la Société St-Léonard conçoivent un formulaire qui précise clairement les responsabilités des organismes d'aiguillage à l'égard des clients, tant au cours de leur séjour au *Gallagher Centre* qu'après qu'ils auront reçu leur congé.

Ce formulaire devrait être intégré au processus d'évaluation initial et être signé conjointement par l'organisme d'aiguillage et la Société St-Léonard. »

*Evaluation of Residential Crisis Support Beds, Gallagher Centre Program*

On a également mis au point un **programme de réinsertion sociale** destiné à aider les femmes et les hommes aux prises avec des problèmes de santé mentale, incarcérés à l'établissement de détention local, à entrer en contact avec un travailleur social et à faciliter leur transition vers la collectivité. Ce programme est venu en aide à des personnes libérées sous cautionnement, des personnes sous probation et sous libération conditionnelle fédérale.

## **Vancouver Intensive Supervision Unit (VISU)**<sup>27</sup> [Unité de surveillance intensive de Vancouver]

Cette unité est une initiative conjointe de la Direction des services correctionnels, de la *Vancouver Coastal Health Authority* et de la *Forensic Psychiatric Services Commission*. Du personnel des services correctionnels communautaires et des intervenants en santé mentale assurent la prise en charge

<sup>25</sup> P. Fernane, Clinical Director, SLS London (personal communication, February, 2008).

<sup>26</sup> P. Radley (2007). *St. Leonard's Community Services London and Region: Evaluation of Residential Crisis Support Beds: Gallagher Centre Program*. Canada: Public Partner Inc.

<sup>27</sup> S. Green, Program Analyst, Government of British Columbia (personal communication, Vancouver Forum, November, 2007).



dynamique des cas de 40 délinquants aux prises avec des diagnostics psychiatriques multiples et des problèmes de toxicomanie pour une période pouvant varier de 6 à 12 mois, dépendamment de leurs besoins. Les services à ces personnes sont offerts au-delà de la période couverte par l'ordonnance du tribunal. **Les critères d'admissibilité à ce programme sont les suivants :**

- la personne consent à y participer;
- elle fait l'objet d'une mesure judiciaire;
- elle a fait l'objet de diagnostics psychiatriques multiples, présente un historique d'hospitalisations en milieu psychiatrique ainsi que des patterns de comportement ou d'adaptation sociale gravement déviants;
- elle est une usagère chronique de nombreux systèmes;
- elle entend vivre à Vancouver après avoir obtenu son congé.

Les personnes sont aiguillées vers le programme par des agents de probation de la Région de Vancouver, par la *Vancouver Coastal Health Authority* (hôpitaux et cliniques externes), la *Mental Patients Association* et des établissements correctionnels. On aide les clients à trouver un logement, à gérer leurs finances, à obtenir des services de santé et à entrer en contact avec des fournisseurs de services de santé mentale. Le but global est de réduire la récidive ainsi que de réduire et raccourcir les séjours en établissement correctionnel, en milieu hospitalier ou dans un établissement psychiatrique.

## *Les protocoles et les ententes*

Les protocoles et les ententes font partie intégrante du processus de mise en commun de l'information en permettant aux organismes et organisations de profiter mutuellement de leurs initiatives, mais aussi de prendre conscience des meilleurs moyens de mettre en œuvre des pratiques semblables dans leur propre milieu. Des protocoles formels peuvent contribuer à ce que l'on aplanisse les obstacles existants et à ce qu'on les amenuise en faisant en sorte qu'une personne soit orientée vers un organisme ou un établissement, à ce qu'il y ait suffisamment d'espace pour l'accueillir ou que les critères d'exclusion de l'organisme ne l'empêchent pas d'obtenir des services.

Au chapitre des pratiques efficaces, soulignons l'adaptabilité et la souplesse des procédures et des protocoles mis en œuvre; ceux-ci devraient inciter à sortir des sentiers battus et favoriser que l'on mette au point des pratiques qui focaliseront sur le changement et le rétablissement. De ce fait, il faut définir les paramètres clairement afin d'éviter les situations où aucune intervention ne prendrait place en raison d'un manque d'orientation ou de sensibilisation. Il est essentiel d'établir des protocoles qui protégeront la personne en évitant que son cas soit assigné à l'aveuglette et qu'elle ait à subir des tests inutiles comme moyens de la contrôler (par exemple, des analyses d'urine aléatoires sans que les circonstances le justifient).

Les organismes et organisations devraient, dans le cadre d'une stratégie de promotion de pratiques efficaces, dresser la liste des nombreuses répercussions négatives que pourrait avoir une entente ou un protocole; cela pourrait également contribuer à attirer d'autres partenaires compte tenu de l'aspect prometteur et de l'utilité immédiate de telles pratiques.

Les stratégies devraient aller au-delà de l'intervention en situation de crise, bien que celle-ci soit importante et efficace; il existe un besoin pressant de définir des priorités à long terme. Les pratiques efficaces devraient mettre l'accent sur le renforcement des capacités communautaires. Bien que le recours à des pratiques efficaces et prometteuses s'impose pour les fournisseurs de services de première ligne, il existe aussi un besoin de soutien accru que l'on pourrait offrir en élaborant un programme d'action à l'échelle macroscopique. La Commission de la santé mentale du Canada fera de cette question une de ses principales priorités.

### *[Traduction]*

« Au Canada, comme dans d'autres pays, des obstacles importants se dressent en raison de la fragmentation et de l'inaccessibilité des services qui, dans bien des cas, se sont avérés peu efficaces pour appuyer le processus de rétablissement.

Il existe un volume important de connaissances qui ont mis en lumière des pratiques prometteuses pour appuyer le processus de rétablissement en santé mentale.

Ces pratiques incluent, entre autres, des services intégrés de traitement des maladies mentales et de la toxicomanie, le logement supervisé et le soutien en milieu de travail, le suivi intensif dans le milieu, les ressources d'intervention en situation de crise et la gestion de la maladie. »

*John Higenbottam, Services System Advisory Committee, Mental Health Commission of Canada*

## Recommandations

- ☑ Élaborer des stratégies et des pratiques qui soient adaptables par d'autres
- ☑ Mettre au point des protocoles formels et des ententes en mettant l'accent sur la définition de paramètres (les procédures, les agents actifs, l'inclusion et les exclusions, les exceptions, etc.)
- ☑ Définir des priorités mutuelles à court et à long terme : dresser la liste des objectifs communs et des résultats anticipés
- ☑ Comme stratégie de promotion, tenir compte les éléments qui pourraient avoir des incidences négatives directes
- ☑ S'engager socialement : mettre au point des stratégies dont la portée dépasse l'intervention en situation de crise pour influencer sur le renforcement des capacités communautaires
- ☑ Demander l'appui des instances provinciales et fédérales pour l'élaboration et l'utilisation de manuels et de protocoles (par exemple, inciter le Collège de police de l'Ontario à intégrer le manuel *Not Just Another Call* à son curriculum de formation)
- ☑ Mettre en œuvre des politiques qui mettent l'accent sur la continuité des soins : veiller à offrir une aide immédiate, à court et à long terme
- ☑ Les hôpitaux participent à la collectivité et aux initiatives axées sur la continuité des soins; ils devraient à ce titre contribuer avec les services correctionnels à l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de prévention et de renforcement des capacités communautaires

## Exemples de pratiques prometteuses et efficaces

### ASSOCIATION CANADIENNE DES CHEFS DE POLICE

#### Des lignes directrices modernes visant à orienter le travail des forces de l'ordre

##### *Le principe fondamental*

*« Chaque organisation policière devrait promouvoir une culture dans le cadre de laquelle la maladie mentale est perçue comme une incapacité d'ordre médical et non comme un échec moral, et qui fait en sorte que les personnes souffrant d'une maladie mentale sont traitées avec autant de respect que tout autre membre de la collectivité. »*

L'Association canadienne des chefs de police (ACCP) a élaboré des lignes directrices visant à orienter le travail des policiers dans leurs rapports avec des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Ce document a été rédigé par le Sous-comité sur la police et la santé mentale du Comité des ressources humaines de l'ACCP<sup>28</sup>. Ces lignes directrices comprennent dix principes qui devraient contribuer à atténuer le phénomène de la criminalisation, s'ils sont appliqués par l'ensemble des forces de l'ordre. « Elles [les lignes directrices] dégagent certains principes généraux qui pourraient être mis en œuvre par tout service ou détachement policier, sans égard à sa taille ou à son emplacement géographique. La façon d'opérationnaliser ces principes dépendra, bien sûr, de la culture particulière de la collectivité desservie. Mais les principes demeureront les mêmes.<sup>29</sup> »

<sup>28</sup> Dr. Dorothy Cotton, Clinical Neuropsychologist, Co-chair to Police/Mental Health Sub Committee, Kingston forum (personal communication).

<sup>29</sup> Police/ Mental Health Sub Committee of the Canadian Association of Chiefs of Police Human Resources Committee (2006, July). *Contemporary Policing Guidelines for Working with the Mental Health System*. Canada: Author. p.3.

**Principe n° 5 : Chaque organisation policière devrait avoir en place une politique et une procédure clairement établies permettant au personnel d'avoir accès à une expertise en santé mentale au cas par cas<sup>30</sup>.** Tous les policiers n'auront pas les connaissances appropriées ou la formation requise pour traiter avec des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Mais leur rôle pourrait être bonifié s'ils savaient à quels services s'adresser et s'ils disposaient d'un guide leur indiquant quand il se rait approprié d'établir de tels contacts.

### **CALGARY MOBILE RESPONSE TEAM (MRT)<sup>23</sup>**

L'exemple qui suit illustre comment des protocoles formels, fondés sur des principes communs et des valeurs partagées, peuvent faciliter une intervention immédiate en situation de crise lorsqu'on a à traiter avec des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Au cours du premier contact téléphonique, on recueille des renseignements superficiels permettant de se faire une idée du problème que présente la personne et d'établir si celle-ci présente un niveau de risque élevé qui pourrait requérir qu'on fasse appel aux services d'urgence ce qui, le cas échéant, entraînerait qu'on loge un appel au 9-1-1. Les renseignements recueillis permettent aussi d'obtenir de la *Calgary Health Region* d'autres informations contenues dans le dossier médical du client concernant, par exemple, ses hospitalisations antérieures. En règle générale, le premier appel aura pour résultat que l'on organise une intervention d'une équipe mobile de deux personnes, qui se rendra discrètement dans la collectivité pour rencontrer le client, procéder à son évaluation et l'aiguiller comme il convient. S'il arrive que le premier contact avec la MRT soit effectué par une tierce personne préoccupée par la situation du client et que le client ne veuille pas rencontrer les membres de l'équipe, des services de soutien seront alors offerts à la personne ayant téléphoné.

Le but de la rencontre avec le client est de contribuer à améliorer sa qualité de vie en l'aiguillant avec succès vers les traitements ou les ressources les plus convenables. Cela requiert que l'on procède à une évaluation précise de la situation et des besoins et qu'on connaisse les ressources disponibles. On évalue aussi la capacité du client d'assumer la responsabilité de sa personne et de sa situation, un facteur important pour établir quelles options d'aiguillage s'offrent à l'équipe. Si possible, l'équipe prendra des mesures destinées à améliorer la capacité du client d'assumer ses responsabilités. Il pourrait arriver qu'on confronte doucement le client et qu'on l'amène à s'interroger sur ses choix et les conséquences qui pourraient en découler. Dans la plupart des cas, la MRT oriente l'utilisateur vers des services de relation thérapeutique. L'équipe se rend invariablement disponible pour le client en l'invitant à téléphoner si le besoin se manifeste de nouveau, lui offrant du même coup du soutien à long terme et une mesure de repli<sup>31</sup>.

---

<sup>30</sup> Ibid.

<sup>31</sup> Ibid.

## **COMITE CONSULTATIF SUR LES SYSTEMES DE PRESTATION DES SERVICES DE LA COMMISSION DE LA SANTE MENTALE AU CANADA<sup>32</sup>**

Le Comité consultatif sur la prestation des services de la Commission a pour mission précise de s'intéresser aux enjeux liés aux systèmes de prestation des services de santé mentale afin de faciliter l'élaboration de services accessibles, responsables et efficaces, qui appuieront le processus de rétablissement de personnes souffrant d'une maladie mentale. Il existe un volume important de connaissances ayant permis de relever certaines pratiques prometteuses pouvant contribuer au processus de rétablissement en santé mentale. Là où de telles pratiques ont été mises en œuvre, des personnes souffrant de maladies mentales graves parviennent à se rétablir et à vivre avec succès dans la collectivité sans avoir besoin d'hospitalisations psychiatriques à répétition.

Le Comité consultatif sur la prestation des services s'est donné comme priorité d'appuyer la mise en œuvre de ces pratiques prometteuses en mettant l'accent sur les services de santé mentale communautaires, qui contribuent au rétablissement. En conséquence, on compte parmi les initiatives prioritaires du Comité de proposer une étude nationale d'envergure sur la question du logement et sur les étapes requises pour qu'on se dote d'un inventaire adéquat de logements dans les provinces et les territoires. D'autres projets prioritaires focaliseront sur des enjeux, tels la diversité, les soins primaires et le soutien offert aux pairs. Les projets parrainés par le Comité fourniront l'occasion pour les parties prenantes de mettre en commun certaines perspectives relatives à des pratiques prometteuses et certaines des leçons apprises dans le cadre des démarches devant mener à la prestation de services efficaces et d'un soutien aux personnes souffrant d'une maladie mentale.

---

<sup>32</sup> J. Higenbottam, Member of the Service Systems Advisory Committee (personal communication, January, 2008).

# Section C-ii : La mobilisation des usagers

## DANS CETTE SECTION...

### Le contexte

#### Renseigner l'utilisateur sur sa santé mentale ou sa maladie mentale

Exemples de pratiques prometteuses et efficaces

#### Adopter une approche d'autogestion axée sur le rétablissement

Exemples de pratiques prometteuses et efficaces

#### Miser sur une participation volontaire : gagner la confiance

Exemples de pratiques prometteuses et efficaces





## Section C-ii

### LA MOBILISATION DES USAGERS

« Vivre avec une personne en proie à un problème de santé mentale tel que l'**ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)** est une entreprise difficile, épuisante et frustrante à la fois pour le fournisseur de soins et pour la personne qui souffre d'une maladie mentale.

Avec l'ETCAF, par exemple, le diagnostic peut être long à poser à moins que le médecin sache que la mère a consommé de l'alcool durant sa grossesse. À cela s'ajoutent les problèmes d'emploi et de logement pour les adultes souffrant de maladie mentale qui n'ont pas réussi à acquérir une compétence professionnelle et à garder un emploi.

Ceux qui se tournent vers la criminalité pour alimenter une toxicomanie résultant d'une maladie mentale non diagnostiquée ou non traitée ont encore plus de difficultés, et il en va de même de leurs familles. »

**Ce que j'ai appris en parrainant des enfants et des adolescents diagnostiqués avec le syndrome d'alcoolisme fœtal**

Merrickay Snelgrove

## LE CONTEXTE

On a constaté, au cours des dernières décennies, un important courant d'appui à une **initiative de changement** dans le système de santé mentale. Les chercheurs, les universitaires et les services sociaux ont souscrit à cette approche. Plus récemment, le rapport du Sénat, intitulé *De l'ombre à la lumière*, a relevé les lacunes du système de santé mentale canadien. À la suite de ce rapport, le gouvernement canadien a formé la *Commission de la santé mentale du Canada*, qui se concentre sur trois priorités : monter une campagne contre la stigmatisation, assurer l'échange de connaissances et formuler une stratégie nationale de santé mentale pour 2010.

L'*Association canadienne de santé mentale (ACSM)* a aussi contribué à l'**initiative de changement**. On peut se procurer la troisième édition de son projet de politique intitulé *Un cadre pour le soutien*.<sup>1</sup> Ce projet est axé sur trois composantes essentielles de la mise en œuvre effective des politiques de santé mentale et de la prestation de services. Ces éléments sont connus sous les noms de **base de connaissances**, **base de ressources personnelles** et **base de ressources communautaires**.<sup>2</sup> Parmi ces composantes, la **base de ressources communautaires** et la **base de ressources personnelles** sont centrées sur l'individu et sur la façon qu'il participe au processus de rétablissement en vue d'améliorer

---

<sup>1</sup> J. Trainor, E. Pomeroy, & B. Pape (2004). *A Framework for Support* (3<sup>rd</sup> Ed). Toronto: Canadian Mental Health Association.

<sup>2</sup> For more information on these components and the approach taken by CMHA regarding mental health services in Canada, see the website: [www.cmha.ca](http://www.cmha.ca).



sa qualité de vie. Plus précisément, ce cadre prend une approche axée sur le rétablissement de la santé mentale.

Cette approche a conduit à une nouvelle conception de la santé mentale, de la maladie mentale et des difficultés d'adaptation. [Traduction] « L'accent mis sur la communauté sert à ancrer notre réflexion dans le processus réel de la vie des usagers dans la société. Il pallie le biais des anciennes politiques en faveur des services en appelant au partenariat entier avec les usagers et les familles et en reconnaissant la gamme complexe de facteurs qui façonnent la vie des usagers dans la communauté. L'accent mis sur les ressources personnelles redéfinit la conception de l'utilisateur. Au lieu de le percevoir comme un ensemble de maladies et symptômes, on voit en lui une combinaison dynamique de compétences et de capacités pour affronter la maladie. Pris ensemble, ces points focaux et d'autres éléments du Cadre décrivent un processus pour aller de l'avant. » (2004:3)

### *La pertinence*

Les professionnels de la santé mentale et les fournisseurs de services de première ligne font pression pour des politiques et des lois qui seraient plus adaptées aux besoins de l'utilisateur, plutôt que de restreindre la personne. David Simpson, directeur de programme pour le Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques, a affirmé qu'il existe un sérieux besoin d'améliorer la qualité de vie des usagers des services de santé mentale.

Il a également indiqué que l'on devait accorder plus d'attention à la protection des droits de l'homme, d'autant plus qu'il s'agit d'une population vulnérable. Le système de services et la législation devraient être axés sur la réduction des violations des droits humains qui résultent de l'inadéquation du système de santé mentale. Le fait de privilégier les droits de la personne et les programmes et services centrés sur le client devrait aider les usagers qui éprouvent des difficultés dans le système de santé mentale.

### *Lignes directrices pour mobiliser les usagers*

On devrait se pencher sur les possibilités qu'offrent éléments suivants pour amener l'utilisateur de services de santé mentale à participer à son propre rétablissement :

- **Renseigner l'utilisateur sur sa santé mentale ou sa maladie mentale**
- **Adopter une approche d'autogestion axée sur le rétablissement**
- **Miser sur une participation volontaire : gagner la confiance**

[Traduction]

« À mon avis, traiter l'ETCAF exige une approche communautaire polyvalente, d'une grande portée et bien financée.

Tant que naîtront des bébés atteints de SAF/ETCAF et aussi longtemps que nos prisons seront pleines de personnes qui souffrent entre autres de cette maladie mentale, je pense que nous pouvons dire que nous avons beaucoup de chemin à faire dans la compréhension, la prévention et le traitement adéquat de l'ETCAF. »

**Ce que j'ai appris en parrainant des enfants et des adolescents diagnostiqués avec le syndrome d'alcoolisme fœtal**

Merrickay Snelgrove

## *Références*

- M. Snelgrove (personal communication, February 2008). *What I learned through Fostering Children and Youth Diagnosed with Fetal Alcohol Syndrome/Fetal Alcohol Spectrum Disorder*.
- Trainor, J., Pomeroy, E., & Pape, B. (2004). *A Framework for Support* (3rd Ed). Toronto: Canadian Mental Health Association.
- Mental Health Commission of Canada (2007). *Key Initiatives*. Retrieved March 6, 2008, from <http://www.mentalhealthcommission.ca/keyinitiatives.html> .
- Kirby, M. J. L., & Keon, W. J. (2006). Out of the shadows at last: Transforming mental health, mental illness and addiction services in Canada. *The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology*.

## *Renseigner l'usager sur sa santé mentale ou sa maladie mentale*

La manière dont les personnes parlent de leur état, de leurs problèmes et de leur situation peut entraver leur rétablissement. La connaissance complète par l'usager de sa santé mentale ou de sa maladie mentale ne peut être que bénéfique à sa qualité de vie. Il pourra mieux décrire ses besoins et faire le lien entre les situations sociales et ses états psychiques, etc. Il est important de **veiller à ce que les usagers comprennent leur propre santé mentale** pour les aider à mieux **accepter leur situation** et à voir comment elle influe sur leur qualité de vie plutôt que de les pousser vers des services qui ne sont pas idéaux pour eux.

Engager le dialogue avec le client sur sa santé mentale et la façon dont il se définit et parle de ses problèmes apporte une aide supplémentaire aux fournisseurs de services qui tentent d'assurer des évaluations adéquates au lieu d'attribuer des étiquettes immuables. L'état mental doit être accepté tel quel plutôt que de le façonner de manière à ce qu'il s'inscrive dans des catégories toutes faites pouvant être appliquées par les professionnels et les fournisseurs de services. L'opinion de l'usager doit être entendue, reconnue et valorisée. Nous devons reconnaître les réussites et encourager ceux qui s'illustrent à raconter leur histoire. Ces personnes peuvent être plus aptes à fournir de l'aide et des conseils aux autres. En particulier, les usagers devraient être encouragés à décrire les éléments et les moyens utilisés pour améliorer leur qualité de vie. L'entraide devrait se concentrer sur la reconnaissance des forces et sur le dialogue plutôt que de confirmer les craintes et de contribuer à la stigmatisation.



### **Initiative des usagers :**

*« Les membres de Connections Clubhouse ont identifié depuis longtemps la composante clé de leur émancipation :*

#### **ÊTRE ENTENDU**

*Cela conduit à une plus grande implication des membres dans la conception et la prestation de l'aide au sein du système de santé mentale et de la société. »*

Connections Clubhouse,  
Halifax, Nouvelle-Écosse



### *Recommandations*

- Mieux informer les personnes sur leur santé mentale et autres problèmes médicaux ou sociaux
  - Accepter l'état mental tel qu'il est plutôt que de le faire entrer dans un moule
  - L'usager des services de santé mentale est d'abord une personne, avant d'être une personne aux prises avec un trouble psychique
  - Améliorer la qualité de vie et la protection des droits de la personne
  - Les experts et les professionnels devraient utiliser des termes similaires et pouvant être compris par les usagers
  - Mettre à contribution l'entrevue motivationnelle
  - Encourager la discussion entre les usagers et leurs familles, les fournisseurs de services de première ligne et les fonctionnaires municipaux
  - Encourager les usagers à raconter leur histoire pour atténuer la stigmatisation et la discrimination
- Voir les usagers des services de santé mentale comme des champions! Souligner et faire connaître les cas de réussites
  - Reconnaître les différences et la diversité

## Exemples de pratiques efficaces et prometteuses

### STRATÉGIES POUR LES FAMILLES AUX PRISES AVEC LES COMPORTEMENTS RELIÉS AU SAF OU À L'ETCAF

Les stratégies suivantes sont extraites de « Ce que j'ai appris en parrainant des enfants et des adolescents diagnostiqués avec le syndrome d'alcoolisme fœtal » :

Soyez patient	Concentrez-vous sur les aptitudes à la vie quotidienne
Suivez toujours autant que possible la même routine familiale.	Répétez tout ce que vous dites, et parlez par phrases courtes et spécifiques (par exemple, « arrête » et « pense »).
Les changements de routine devraient être annoncés bien à l'avance et l'on devrait donner des rappels.	Donnez aux jeunes ou aux enfants de nombreuses chances de faire ce que vous demandez.
Les fournisseurs de soins et d'autres membres de la famille doivent se garder du temps pour refaire le plein d'énergie.	Assurez-vous que le jeune ou l'enfant comprend les règles de la maison; soyez ferme et constant dans l'application de ces règles.
Étudiez les options de médication et de counseling.	Simplifiez les tâches et les instructions; n'en donnez qu'une à la fois.
Proposez des routines structurées.	Faites des commentaires positifs.
Donnez des exemples concrets.	

### RENFORCEMENT DES CAPACITÉS : PROJET SUR LA SANTÉ MENTALE ET LA POLICE

Extrait de la fiche d'information « *Hallucinations and Delusions : How to respond*<sup>3</sup> » [Hallucinations et délire : comment réagir]

#### Reconnaître et comprendre les hallucinations

Les **hallucinations les plus communes sont les hallucinations auditives**. Souvent, la personne entend des voix qui lui donnent des ordres (hallucinations impératives). On peut reconnaître que la personne souffre d'hallucinations auditives quand elle semble préoccupée et inconsciente de son environnement, lorsqu'elle parle toute seule, lorsqu'elle a de la difficulté à comprendre ou à suivre une conversation, ou lorsqu'elle interprète faussement les paroles et les actions des autres. La personne peut aussi s'isoler ou chercher à masquer les voix avec la radio ou d'autres sons. Lorsque la personne est en proie à d'**autres types d'hallucinations (visuelles, tactiles, olfactives ou gustatives)**, on peut habituellement le reconnaître au fait que la personne est en interaction avec son hallucination : elle peut concentrer son regard sur quelque chose d'invisible, se toucher, se gratter ou sembler secouer des objets de son corps,

---

<sup>3</sup> Canadian Association of Mental Health, British Columbia Division (2005). See website for information: [www.cmha.bc.ca](http://www.cmha.bc.ca).

[Traduction]

« Nous nous efforçons d'éviter les luttes de pouvoir et les effets de la stigmatisation résultant de la maladie mentale en **habilitant** nos clients à faire des choix positifs et en soulignant que nous ne voulons pas le forcer à faire quoi que ce soit contre leur gré.

Nous **proposons des options**, mais ce sont les clients qui choisissent. »

**Équipe d'intervention mobile de Calgary**

renifler ou se pincer le nez, recracher de la nourriture, etc. alors qu'il n'y a aucune raison apparente de le faire.

### Reconnaître et comprendre le délire

Certains délires peuvent paraître bénins au départ, comme l'illusion d'être une vedette du rock, un membre de la royauté ou une figure religieuse. Ces délires deviennent plus dangereux lorsque la personne croit avoir des capacités spéciales telles que voler, marcher sur l'eau, ou être invincible.

**C'est cependant le délire paranoïaque qui est le plus commun** : la personne est alors convaincue que quelqu'un ou quelque chose va lui causer du mal. Le délire paranoïaque se manifeste généralement par une extrême méfiance, la peur, l'isolement, l'insomnie (de peur d'être blessé durant le sommeil), l'évitement de la nourriture ou des médicaments (de peur d'être empoisonné), et parfois des gestes violents. Une personne en proie au délire paranoïaque accorde très difficilement sa confiance, interprète faussement les paroles et les gestes d'autrui et perçoit les choses ordinaires comme des menaces.

## RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE

*Connections Clubhouse* est basé sur une approche de **réadaptation psychosociale**. Elle peut être définie comme [Traduction] « une série d'interventions sociales, éducatives, professionnelles, comportementales et cognitives visant à aider les personnes atteintes de maladies mentales graves à mieux jouer leur rôle et ainsi contribuer à leur rétablissement ». <sup>4</sup> À long terme, ce modèle vise à faire de l'usager un membre autonome de la société.

*Connections Clubhouse* accepte comme **membres les personnes qui subissent les effets d'une longue maladie mentale** (schizophrénie, troubles de l'humeur et autres diagnostics). L'adhésion est volontaire et ouverte aux personnes de plus de 18 ans.

Le travail nécessaire au bon fonctionnement du *Clubhouse* est effectué par les membres et le personnel, qui collaborent selon une approche d'inclusion et de soutien mutuel. Le travail collectif **aide à former une relation véritable, dynamique, utile et confiante** entre le personnel et les membres. Il facilite le développement de la confiance et du sentiment d'appartenance. Grâce à leur participation active à la vie et à l'œuvre du *Clubhouse*, les membres apprennent ou réapprennent leurs rôles et responsabilités. Ils découvrent ou redécouvrent en eux une multitude de talents et de compétences. <sup>5</sup>

## ENTREVUE MOTIVATIONNELLE (EM)

L'**EM** est une approche centrée sur le client, qui l'aide à se motiver à changer. C'est une technique souvent utilisée pour les personnes en proie à des problèmes de drogue et d'alcool, des problèmes de

---

<sup>4</sup> R. Barton (1999). Psychosocial rehabilitation services in community support systems: A review of outcomes and policy recommendations. *Psychiatric Services*, 525-534.

<sup>5</sup> Health Systems Research Unit of the Clarke Institute of Psychiatry (1997). *Best Practices in Mental Health Reform: Discussion Paper*. Canada: Minister of Public Works and Government Services Canada.

santé mentale et des comportements criminels. Un élément clé de l'EM est que le client, plutôt que son conseiller, reconnaît le besoin de changement et initie le processus.<sup>6</sup> *Les Services communautaires St-Léonard de la région de London* ont mis en œuvre cette pratique dans leurs programmes pour mieux identifier les besoins et difficultés reconnus par la personne.

### **UN MODÈLE GLOBAL DE PRESTATION DE SERVICES, CENTRÉ SUR LES FEMMES<sup>7</sup>**

On a constaté que les délinquantes en libération conditionnelle dans les établissements résidentiels communautaires et dans la collectivité ont des capacités fonctionnelles très faibles, une plus grande incidence de maladie mentale, de dépression et de faible estime de soi, et d'importants déficits de compétences dans les domaines de la vie quotidienne, de la communication et de l'autorégulation. Les délinquantes ont déclaré souffrir (entre autres) des handicaps suivants : troubles psychotiques, troubles de l'humeur, déficience développementale, blessure à la tête, lésions cérébrales, toxicomanie, de diagnostics mixtes et de troubles concomitants.

*La Société Elizabeth Fry de Kingston* propose un **modèle de prestation de service global et centré sur les femmes**. Cette approche intègre la femme dans la planification et la prise de décision comme moyen de satisfaire ses besoins, et vise à lui permettre de mieux comprendre sa situation et comment elle peut contribuer à l'amélioration de sa qualité de vie.

1. Enseignement de compétences et services de soutien aux femmes avec un handicap fonctionnel important, tant dans les ERC que dans la collectivité en attachant une attention particulière au logement stable et durable comportant des services de soutien;
2. Aide destinée à obtenir et à assurer la continuité de counseling et de services de soutien en santé mentale, en collaboration avec le personnel de soins infirmiers en santé mentale du SCC, des travailleurs sociaux et le personnel de soutien à la personne de l'organisme;
3. Coordination des services d'encadrement au sein de l'organisme, de la collectivité, et du cadre institutionnel et aide à l'éducation et à la formation en collaboration avec les services de soutien du SCC.

David Champagne<sup>8</sup>, a proposé une **pratique prometteuse** plaidant pour l'**utilisation appropriée du terme anglais *forensic***. Comme nous l'avons souligné dans la section sur les défis, le terme *forensic* a été faussement interprété et a produit un effet dévastateur sur ceux qui ne correspondent pas à ce cadre juridique ou psychiatrique. Des recherches complémentaires devraient dresser la liste des défis que le financement orienté vers la population nécessitant des services de psychiatrie légale a eu sur les délinquants souffrant de troubles mentaux, *en particulier pour les cas complexes* qui sont libérés des établissements correctionnels provinciaux ou fédéraux à cause du manque de services et de soutien. En même temps, il est nécessaire de collaborer pour **élaborer une série de définitions** pouvant être utilisées au profit de l'usager, contrairement aux pratiques actuelles.

---

<sup>6</sup> W.R. Miller and S. Rollnick (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (2<sup>nd</sup> Ed.) New York: Guilford.

<sup>7</sup> T. Crawford, Executive Director, Elizabeth Fry Kingston (personal communication, Kingston Forum, November 2007).

<sup>8</sup> D. Champagne, RSW, RTC-ONT (personal communication, Kingston Forum, November, 2007).

## COOPÉRATIVE *HEALTHY MINDS*

[Traduction]« Fondée sur le document *Un cadre pour le soutien* de l'Association canadienne pour la santé mentale, la Coopérative *Healthy Minds* fera en sorte que les personnes avec de graves problèmes de santé mentale mènent une vie utile dans la société. »<sup>9</sup> La coopérative est composée de personnes qui se sont engagées à améliorer la santé mentale dans leurs collectivités. Ce sont des personnes qui ont de l'expérience avec la maladie mentale ou des problèmes de santé mentale. La coopérative *Healthy Minds* vise à **informer le public pour atténuer le phénomène de la stigmatisation; elle offre également des programmes d'entraide et aide à entrer en rapport avec les services communautaires**. Un autre objectif est d'écouter les usagers et de les faire participer à la définition des changements nécessaires en matière de revendication, d'entraide, de transition et de planification des mises en liberté.

### Priorités

- Un meilleur accès aux services de santé mentale.
- Informer le public sur la maladie mentale et les troubles du cerveau
- Une plus large participation de ceux qui ont de l'expérience de vie dans la conception le développement, l'exécution et la prestation des services de santé mentale.
- Fournir des services d'entraide et de représentation aux usagers des services de santé mentale et à leurs familles.
- Resserrer les liens avec les services communautaires.

*Healthy Minds Cooperative: A Blue Horse Initiative*

---

<sup>9</sup> Healthy Minds Cooperative (2007). *A Blue Horse Initiative*. [Pamphlet]. Halifax, NS.

## *Adopter une approche d'autogestion axée sur le rétablissement*

La personne doit être incluse dans la prise de décision, ce qui implique de fournir à l'utilisateur les outils nécessaires et les connaissances disponibles pour prendre une décision éclairée. L'utilisateur doit prendre part au plan de réinsertion sociale qui se concentre sur la planification communautaire et définir des besoins et des objectifs à court et à long terme. À titre d'exemple, mentionnons les plans d'élargissement du SCC, échelonnés sur cinq ans, qui sont axés sur la réduction des risques, la prise de décision et le consentement éclairé, qui s'appuient sur les réussites de la personne et qu'on adapte à ses succès et ses échecs subséquents.<sup>10</sup> Cette pratique a été mise en œuvre de façon à assurer que la continuité des soins correspond aux besoins de la personne et contribue à l'amélioration de sa qualité de vie.

Les organismes qui fournissent des services au-delà de la santé mentale (c'est-à-dire le logement, l'emploi, l'entraide) sont tout aussi essentiels à l'amélioration de la qualité de vie des usagers; ils tentent d'aider la personne à accomplir ses tâches quotidiennes, à trouver du travail et à se créer un réseau social.

### *Recommandations*

- ☑ Encourager les usagers à prendre conscience de leurs droits
- ☑ Habilitier l'utilisateur à jouer un rôle important dans la planification de la stratégie de gestion communautaire : le faire participer au processus décisionnel
- ☑ Fournir à l'utilisateur les moyens de reconnaître et d'utiliser les outils et les pratiques qui sont disponibles
- ☑ Encourager l'amélioration de la qualité de vie et se concentrer sur une approche axée sur le rétablissement
- ☑ Une conception de soi positive : donner un but et un sens à sa vie
- ☑ Sensibiliser les usagers à l'importance d'entrer en rapport avec tous les réseaux sociaux de la collectivité
- ☑ Mettre l'accent sur la personne en faisant la promotion de l'autogestion
- ☑ Élément-clé : la communication

### *Exemples de pratiques efficaces et prometteuses*

#### **LE SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT AU CENTRE DE TRAITEMENT RÉGIONAL DE L'ONTARIO<sup>11</sup>**

Ce programme fait partie intégrante de la planification clinique de la remise en liberté de détenus sous responsabilité fédérale ayant des troubles mentaux. Ce service complète le processus de mise en liberté découlant de la gestion des cas **en tenant compte des besoins complexes et des sensibilités** de cette population de délinquants vulnérables dans le but de contribuer à l'amélioration de la sécurité publique grâce à des stratégies améliorées de continuité de soins. L'accompagnement, comme prolongement naturel de la planification clinique de la mise en liberté, est d'abord et avant tout un service clinique facultatif exigeant le **consentement du délinquant**. Cet accompagnement assure également le transfert sécuritaire et opportun du délinquant d'un établissement à un lieu de mise en liberté. Plus largement, il offre la possibilité d'accompagner les délinquants à leurs premiers rendez-vous dans la collectivité pour

---

<sup>10</sup> D. Champagne, RSW, RTC-ONT (personal communication, Kingston Forum, November, 2007).

<sup>11</sup> D. Champagne and V. Felizardo CSC-RTC(O) (personal communication, Kingston Forum, November, 2007).



**Motivation, Power, Achievement Society (MPA):**

**Bureaux administratifs pour Services accrédités/Logement assisté/ Vie autonome/ PAVA/Super PAVA/ Aide juridique**

122, rue Powell  
Vancouver (Colombie-Britannique)  
Canada V6A 1G1

Tél. : (604) 482.3700  
Télec. : (604) 738.4132  
Courriel : info@mpa-society.org

**Mental Health Empowerment Advocate Program**

1733, 4<sup>e</sup> avenue Ouest  
Vancouver (Colombie-Britannique)  
Canada V6J 1M2

Tél. : (604) 482.3700  
Télec. : (604) 738.5875  
Courriel : mheap@mpa-society.org

**Community Resource Centre**

1731, 4<sup>e</sup> avenue Ouest  
Vancouver (Colombie-Britannique)  
Canada V6J 1M2

Tél. : (604) 482.3700  
Télec. : (604) 738.5875  
Courriel : mheap@mpa-society.org

répondre aux besoins prioritaires liés à la mise en liberté, ce qui inclut souvent le logement, les besoins financiers, le remplacement des pièces d'identité et un suivi médical.

**ASSOCIATION DE SERVICES D'EMPLOI DE LAKECITY**<sup>12</sup>

*L'Association de services d'emploi de LakeCity* est un organisme sans but lucratif, qui aide les personnes qui ont éprouvé des difficultés avec leur santé mentale. L'organisme utilise une approche centrée sur le client, qui encourage les usagers à acquérir les compétences nécessaires pour garder un emploi. Ils fournissent des services de placement et de formation, un atelier de menuiserie et une organisation mobile, de même qu'un appui constant pour aider l'usager à mieux comprendre sa situation et ce qu'il doit faire pour garder un emploi.

**PROGRAMME D'AIDE À LA VIE AUTONOME (PAVA)**

Ce programme sert les hommes ayant une déficience intellectuelle ou une affection psychiatrique concomitante. Ces délinquants sont souvent, mais pas toujours, des pédophiles. Ils sont généralement bien connus de la police et, dans bien des cas, sont bien connus de la collectivité. Comme clients, ils ne correspondent pas au mandat des programmes communautaires conventionnels, en partie à cause de leur déficience développementale, mais aussi en raison de leur délinquance et du risque élevé de récidive qu'ils présentent.

Le **PAVA** comporte deux volets : un programme résidentiel à trois lits et un programme intensif de soutien dans la collectivité. Dans le cadre du Programme de prévention de la rechute, le **PAVA** met l'accent sur le développement d'un programme individualisé pour améliorer la qualité de vie du client, de même que son estime de soi, en renforçant ses compétences par le biais d'activités telles que des cours de rattrapage, l'apprentissage de compétences professionnelles et la gestion financière. Le programme enseigne

aussi à tisser des liens sociaux et à mener des activités de loisirs qui aident à améliorer l'estime de soi.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Lake City Employment Services, see website for information: <http://www.lakecityemployment.com/>.

<sup>13</sup> Ibid. p. 6

## **MOTIVATION, POWER AND ACHIEVEMENT SOCIETY (MPA)<sup>14</sup>**

La **Société MPA** offre de l'aide juridique aux usagers des services de santé mentale dans des dossiers comme la garde d'enfants et la communication efficace avec les avocats ou les procureurs. Elle aide aussi les usagers à trouver un logement approprié et à entrer en contact avec les fournisseurs de services. Ces services sont offerts par des intervenants à la cour et des intervenants accompagnateurs.

## **BUREAU DE L'INTERVENTION EN FAVEUR DES PATIENTS D'ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES<sup>15</sup>**

Le **Bureau** offre des services de représentation aux patients (instruits et non instruits), il intervient en réponse aux problèmes systémiques ayant des répercussions sur les droits des patients, il conseille ces mêmes patients en ce qui touche leurs droits et il informe le public et les professionnels de la santé par le biais d'allocutions, de rapports et de dépêches sur les droits des patients. Les services et programmes offerts par le **Bureau** découlent de la vision, des valeurs et des principes suivants :

- LES USAGERS DOIVENT PARTICIPER ACTIVEMENT À TOUTES LES DÉCISIONS QUI AFFECTENT LEUR VIE, LEURS SOINS ET LEUR TRAITEMENT.
- TOUS LES USAGERS DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DOIVENT ÊTRE TRAITÉS AVEC DIGNITÉ ET RESPECT.
- L'USAGER DIRIGE LA DÉMARCHÉ DE REPRÉSENTATION, EN UTILISANT LE REPRÉSENTANT COMME RESSOURCE.
- TOUS LES REPRÉSENTANTS RESPECTENT LES CHOIX PERSONNELS DU CLIENT ET RESTENT FIDÈLES À SON POINT DE VUE.

Parmi les services offerts par le **Bureau**, on compte des techniques d'autoreprésentation. Les usagers apprennent à se défendre eux-mêmes, à prendre des décisions et à résoudre leurs propres problèmes à mesure qu'ils progressent vers la guérison. Le **Bureau** offre également des guides pour aider les usagers qui cherchent à améliorer leur qualité de vie. À titre d'exemple, le **Bureau** propose un guide intitulé *Four Steps to Successful Self Advocacy [Quatre étapes pour se représenter soi-même]*, qui enseigne à définir un problème, à élaborer un plan d'action, à mener à bien ce plan d'action et à en évaluer les résultats.<sup>16</sup> Le document explique chacune des quatre étapes et propose une série de questions que l'utilisateur peut se poser pour structurer sa démarche.

---

<sup>14</sup> J. Judas, Motivation Power and Achievement Society (personal communication, Vancouver Forum, November, 2007).

<sup>15</sup> Patient Psychiatric Advocate Office, see website for information: <http://www.ppao.gov.on.ca/>.

<sup>16</sup> Patient Psychiatric Advocate Office (May, 2006). *Info-guide: Four Steps to Successful Self Advocacy* See website for information: <http://www.ppao.gov.on.ca/ser-adv-sel.html>.

## DÉVELOPPER UNE BASE DE RESSOURCES PERSONNELLES

Le document *A framework for Support* [Un cadre pour le soutien] de l'ACSM (2004) décrit une **base de ressources personnelles** composée des éléments suivants :



[Traduction] « La base de ressources personnelles est fondée sur un équilibre entre la réalité et les difficultés de la maladie, d'une part, et les ressources qui sont nécessaires pour composer avec cette réalité et vivre pleinement, d'autre part. Elle représente graphiquement une conception plus globale de la personne vivant avec une maladie mentale, conception qui va au-delà du simple problème de santé mentale. Les éléments, pris globalement, décrivent une personne qui éprouve un *sentiment de contrôle* sur sa vie – un élément essentiel de la santé mentale chez toute personne. De cette façon, la base de ressources personnelles reflète directement l'approche du rétablissement adoptée par les usagers. »<sup>17</sup>

Établir une relation positive avec le client et le conseiller concernant des questions qui le touchent au jour le jour. Tracer et maintenir une orientation dans la vie du client en travaillant avec lui pour fixer des objectifs à court et à long terme (en matière d'éducation, de formation professionnelle, de relations interpersonnelles, de santé mentale et physique, de loisirs et de vie autonome).

*Metro Community Housing Association*

<sup>17</sup> J. Trainor, E. Pomeroy & B. Pape (2004). *A Framework for Support* (3<sup>rd</sup> Ed). Toronto: Canadian Mental Health Association, p. 16.

## *Miser sur une participation volontaire : gagner la confiance*

Il n'est pas facile d'entretenir de bonnes relations entre les fournisseurs de services et les usagers. Diverses difficultés ont entravé le développement d'un climat de confiance et de respect. En particulier, les personnes ayant des problèmes de santé mentale font face à de nombreux défis lorsqu'elles tentent d'accéder aux systèmes et aux organismes de services, en raison de la stigmatisation et la discrimination généralisée. Elles sont devenues très méfiantes dans leurs rapports avec autrui. Autre conséquence majeure de la discrimination et de la stigmatisation : de nombreux professionnels perçoivent la situation personnelle de l'utilisateur comme un risque de criminalité plutôt que comme un objet d'intervention pour son rétablissement. Par conséquent, de nombreux usagers limitent les informations qu'ils communiquent aux professionnels pour éviter d'être soumis à des restrictions supplémentaires.

Il faudrait donc, pour rétablir la confiance, que les organismes de services mettent en place un certain nombre de conditions, comme un personnel stable, des relations clairement définies comportant des limites psychologiques, du discernement et un cadre social respectueux. La stabilité du personnel assurerait qu'on propose à l'utilisateur un plan d'intervention adapté à ses besoins plutôt que de le façonner en fonction de l'expérience du fournisseur de services de première ligne et de ses connaissances concernant les services disponibles. En outre, les organismes de services devraient adopter une approche centrée sur le client, qui met l'accent sur la dignité et le respect. Leur rôle consiste notamment à promouvoir la confiance de l'utilisateur en sa propre capacité de participer activement à l'amélioration de sa qualité de vie. Par conséquent, les organismes de services devraient miser sur l'habilitation du personnel et contribuer à ce qu'il ait confiance en ses propres capacités décisionnelles. Les organismes de services devraient également favoriser qu'on fasse preuve de discernement dans l'approche des cas individuels afin de mieux répondre aux besoins de l'individu plutôt que de recourir à l'utilisation statique de mesures inadéquates.

Inversement, les fournisseurs de services devraient être prudents lors de l'établissement d'une relation. Ils devraient définir des limites visibles et concrètes, y compris ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas. Beaucoup d'utilisateurs ont peu ou pas de contacts avec leur famille en raison de leur maladie ou de leur comportement. Leur réseau social est donc limité. Par conséquent, les fournisseurs de services devraient définir clairement leurs relations. Ils devraient aussi fixer des limites psychologiques. L'utilisateur a besoin de se connecter au monde réel en dehors des groupes d'entraide afin d'acquérir une plus grande confiance en soi et plus d'indépendance. La personne doit se concentrer sur elle-même, sur son indépendance et sur la façon de vivre au sein de la communauté et d'échanger avec les autres.

### *Recommandations*

- ☑ Encourager les usagers à prendre conscience de leurs droits
- ☑ Promouvoir la stabilité du personnel au sein des organismes de services
- ☑ Offrir une approche centrée sur le client : promouvoir la confiance, la dignité et le respect
- ☑ Miser sur l'habilitation du personnel et contribuer à ce qu'il ait confiance en ses propres capacités décisionnelles
- ☑ Encourager l'efficacité de la communication et l'écoute active de la part du fournisseur de services de première ligne
- ☑ Distinguer l'accès volontaire de l'accès involontaire aux services et programmes : trouver diverses façons de travailler avec la personne
- ☑ Définir clairement la relation : fixer des limites concrètes et visibles

- ☑ Fixer dès le départ la durée de la relation : l'utilisateur devra se préparer dès le début à l'éventuelle fin de la relation
- ☑ Fixer des limites psychologiques : l'utilisateur a besoin de se connecter au monde réel
- ☑ Inclure les membres de la famille qui veulent participer au processus

### *Exemples de pratiques efficaces et prometteuses*

#### ***METRO COMMUNITY HOUSING ASSOCIATION***<sup>18</sup>

Cette association offre du soutien et des services résidentiels aux personnes ayant des problèmes de santé mentale, y compris des foyers de groupe, du logement assisté et des occasions de vie autonome. Un fournisseur de services de première ligne est également disponible pour visiter les appartements ou y séjourner (allant d'une présence permanente à des visites hebdomadaires, etc.) L'utilisateur est impliqué dans la planification et la prise de décision à partir du moment où il a pris contact avec l'organisation. L'association fournit également des services de soutien communautaire, en particulier pour ceux qui ont eu affaire au système de justice pénale.

La *Metro Community Housing Association* veut adapter les programmes au client plutôt que l'inverse. Le processus d'aiguillage et l'évaluation approfondie entraînent la meilleure adéquation possible entre les usagers et les options d'habitation. Le personnel agit en équipe pour offrir du soutien et de la supervision. Il aide aussi les clients à tirer parti des ressources de la collectivité afin qu'ils puissent créer leurs propres réseaux.<sup>19</sup>

#### **CERCLES DE SOUTIEN ET DE RESPONSABILITÉ (CSR)**

Les délinquants sont souvent libérés à la date d'expiration du mandat sans réseau de soutien adéquat et sans logement dans la collectivité. Bien que le SCC tienne compte de ces préoccupations dans le plan correctionnel, son soutien a été limité par le mandat et les ressources. En conséquence, des programmes comme les **CSR** peuvent prendre en charge une personne libérée à la fin du mandat. **CSR** est d'abord un programme de réinsertion pour les délinquants sexuels purgeant une peine fédérale, mais il a aussi commencé à prendre en charge des toxicomanes. Un **CSR** est un groupe de quatre à six bénévoles qui s'engagent à soutenir et à demander des comptes à un ancien délinquant sexuel qui retourne dans la société avec peu ou pas de soutien. La participation est volontaire.<sup>20</sup> La personne est directement impliquée dans sa propre réinsertion avec l'appui de bénévoles qui l'aident aussi à trouver un réseau de soutien et des services au sein de la collectivité. La communication est l'élément clé d'une relation efficace entre les bénévoles et l'ex-détenu. Ensemble, ils doivent définir clairement les paramètres de leur relation afin de dégager et de reconnaître ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas. Les bénévoles sont formés pour appuyer l'ex-détenu et l'aider dans sa tentative de créer ou de recréer son réseau social.

**« Nous ne sommes pas formés pour être leurs amis. Notre rôle consiste à fournir du soutien et de l'aide aux personnes qui tentent de se réinsérer dans la collectivité ».**<sup>21</sup>

---

<sup>18</sup> Metro Community Housing Association, see website for more information: [www.mcha.ns.ca](http://www.mcha.ns.ca).

<sup>19</sup> Ibid.

<sup>20</sup> Circles of Support & Accountability (2008). *A Reintegration Program that Works* [pamphlet]. Ottawa. For additional information see: <http://www.stjohnsottawa.ca/pages/cosa.html>

<sup>21</sup> Susan Love, Program Coordinator, (personal communication, COSA-Ottawa, NAACJ-CSC Consultation Meeting, February 2008).

## PROGRAMME D'AIDE À LA VIE AUTONOME — CENTRE GALLAGHER

La majorité des usagers n'ont pas de contacts avec leur famille ou de très rares contacts. Pourtant, certains trouvent très important d'établir et de maintenir une relation avec leur famille. En conséquence, les usagers et le personnel doivent instaurer une relation basée sur la confiance et le respect afin d'être plus efficace et pour que l'usager fasse part volontiers de ses peurs et de ses besoins au fournisseur de services. Comme le fait remarquer un travailleur du *Centre Gallagher*, les usagers veulent « **quelqu'un dans leur vie qui n'est pas payé pour s'occuper d'eux** ». Ce n'est pas facile à réaliser, car souvent, les familles des usagers sont extrêmement dysfonctionnelles. Toutefois, comme l'indique le **rapport d'évaluation du PAVA**, le travailleur social et l'agent chargé du cas ont démontré beaucoup de zèle dans leurs efforts visant à identifier les membres de la famille qui étaient en mesure de fournir un soutien approprié et positif pour l'usager. Les usagers qui ont été en mesure d'établir ou de rétablir une relation avec leur famille ont fait des commentaires positifs sur cet aspect du **PAVA**. »<sup>22</sup>

### LE SUCCÈS DU *CONNECTIONS CLUBHOUSE*<sup>23</sup>

Voici les principes et valeurs qui contribuent au succès du Clubhouse, qui repose essentiellement sur une RELATION DE CONFIANCE entre ses membres et son personnel :

Diverses expériences de vie	Un éventail éclectique d'expériences sociales, philosophiques, spirituelles, politiques et professionnelles.
Formation spécialisée	Le personnel est pluridisciplinaire et comprend des ergothérapeutes, des travailleurs sociaux, des psychologues, des infirmiers et des psychiatres.
Style personnel	Le personnel est extraverti/introverti; axé sur le processus/sur les tâches; autoritaire/permisif; formé en milieu hospitalier/en milieu communautaire et en milieu fermé/ouvert. Cette variété permet aux membres de choisir la personne-ressource qui est le mieux en mesure de répondre à leurs besoins dans un cas donné.
Le personnel en tant que modèle	Le personnel est un exemple d'autonomie en matière de santé, de vie saine, de compétence, d'estime de soi, de souplesse, d'accommodement, de confiance et d'espoir. Il est perspicace et conscient de ses forces et de ses limites. Les membres du personnel travaillent également en étroite collaboration les uns avec les autres pour résoudre les problèmes.
Relations avec d'autres services et soutiens dans le système	Le personnel assure la liaison avec un grand nombre d'organismes communautaires pour permettre aux membres d'accéder à des services et à des programmes dans la collectivité.

<sup>22</sup> Radley, P. (2007, March) *St. Leonard's Community Services London and Region: Evaluation of Residential Crisis Support Beds: Gallagher Centre Program*. Canada: Public Partner Inc.

<sup>23</sup> Health Systems Research Unit of the Clarke Institute of Psychiatry (1997). *Best Practices in Mental Health Reform: Discussion Paper*. Canada: Minister of Public Works and Government Services Canada.



# Section C-iii : La formation réciproque et l'éducation



## DANS CETTE SECTION...

### Le contexte

### Formation

Exemples de pratiques prometteuses et efficaces

### Éducation

Exemples de pratiques prometteuses et efficaces

### Information du public et relations avec les médias

Exemples de pratiques prometteuses et efficaces





## Section C-iii

# LA FORMATION RÉCIPROQUE ET L'ÉDUCATION

### L'Initiative d'échange de connaissances de la Commission de la santé mentale du Canada :

L'échange de connaissances (EC) est l'engagement des personnes dans l'obtention, la mise en commun et l'utilisation de l'information, des connaissances et des compétences.

Les activités d'EC de la Commission doivent se concentrer sur les besoins des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et leurs familles ainsi que ceux du public, des fournisseurs de services, des décideurs et des chercheurs.

L'échange de connaissances peut contribuer à améliorer la santé et les résultats sociaux pour les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et des maladies psychiatriques en faisant connaître :

- les solutions efficaces,
- les expériences vécues dans la recherche du rétablissement,
- les pratiques prometteuses.

Rapport sur la réunion du Conseil de la CSCM, 26 janvier 2008

## LE CONTEXTE

Un rapport récent produit par le *BC Street Crime Working Group* (2005) et intitulé *Beyond the revolving door : A new response to chronic offenders* relève un bon nombre de difficultés qu'affrontent les fournisseurs de services et les services policiers de la région de Vancouver. Il examine les problèmes liés à la communication et à la collaboration à l'intérieur du système des services, l'influence de l'opinion publique et la faiblesse ou l'absence de la formation réciproque et de l'éducation. [Traduction] « Les observations sont révélatrices. Par exemple, le *Street Crime Working Group* s'est fait dire par l'avocat de la Couronne que le personnel du système de justice était devenu insensible face au grand nombre de toxicomanes délinquants et à la complexité de leurs problèmes sous-jacents. Ils n'ont pas l'expertise ni les ressources pour jouer le rôle de "travailleur social" qui est souvent nécessaire dans ces cas-là »(2005 : 36).

Après des discussions avec les principaux intervenants, le *Working Group* a tenté de trouver des solutions pour contrer l'augmentation du nombre de récidivistes dans le réseau de la justice pénale. Leurs recommandations coïncident avec celles fournies par les experts qui ont participé aux quatre forums. L'une des grandes difficultés pour les fournisseurs de services vient de l'absence ou de l'insuffisance de la formation (réciproque), de leur perception de la santé mentale, de l'influence de l'opinion publique et de la réticence à prendre en charge une population aussi vulnérable et complexe. Par conséquent, l'**initiative de changement** s'attache à faire en sorte que les fournisseurs de services soient mieux équipés pour traiter avec cette population, mais cela demande aussi la participation active de la collectivité.

Comme l'a exprimé un intervenant communautaire devant le *BC Street Crime Working Group*, [Traduction] « la collectivité doit s'engager davantage si nous voulons changer le système de justice. Les gens pensent que ce n'est pas leur problème; d'autres sont frustrés par le système de justice. Sans le soutien de la collectivité, il sera plus difficile d'apporter des modifications au système. » (2005 : 40). En conséquence, et à la lumière des vues de la *Commission de la*

*santé mentale du Canada (CSCM)*, l'**initiative de changement** devient une préoccupation sociale, un problème de société face auquel tout s'intègre; il doit y avoir un consensus national avalisant les changements au sein du système de santé mentale pour que le changement puisse se produire.

## *La pertinence*

Selon Malcolm Jeffcock, des changements positifs ont été apportés, notamment l'utilisation de solutions alternatives de logement (foyers de groupe) par les tribunaux de la Nouvelle-Écosse. Toutefois, il a noté que de nombreux défis persistent, notamment en matière de logement. Melissa Philips a indiqué en outre que la plupart des refuges et des organismes communautaires n'ont pas de personnel psychiatrique sur place pour dispenser des services immédiats. Beaucoup d'utilisateurs sont inscrits à la liste d'attente et laissés sans assistance ou ne reçoivent que des services limités.

Le budget fédéral de 2008 a donc mis fin à une longue attente en annonçant l'octroi de 110 millions de dollars à la CSMC pour étudier la santé mentale et l'itinérance. [Traduction] « On en sait très peu sur les moyens les plus efficaces de fournir des services aux personnes vivant avec la maladie mentale et qui sont sans abri, a déclaré M. Kirby (2008). Ce dont ils ont besoin, c'est d'un panier de services, comprenant le logement avec des services de soutien, l'accès aux soins de santé primaires et un large éventail d'autres services de soutien. »

Parmi les services requis, des forums d'experts ont recommandé que soit offerte une formation plus complète en la santé mentale, qui porterait notamment sur les conséquences de la criminalisation; le développement d'une campagne stratégique pour les carrières en santé mentale et en services correctionnels; la promotion de la recherche axée sur les nombreux obstacles que doivent surmonter les usagers du système de santé mentale (p. ex. la santé mentale et l'itinérance, la santé mentale chez les jeunes).

## *Lignes directrices pour la formation réciproque et l'éducation*

Les éléments de base suivants devraient être explorés dans le but d'atténuer les phénomènes de la stigmatisation et de la discrimination et d'assurer un meilleur système de soins de santé mentale :

- **Formation**
- **Éducation**
- **Information du public et relations avec les médias**

## *Références*

- Street Crime Working Group (2005). *Beyond the Revolving Door : A New Response to Chronic Offenders*. Retrieved September 2007 from [http://www.bcjusticereview.org/working\\_groups/street\\_crime/street\\_crime.asp](http://www.bcjusticereview.org/working_groups/street_crime/street_crime.asp).
- Mental Health Commission of Canada (2008). *Status Report to January 26-28, 2008 Board Meeting*. Retrieved March 2008 from [www.mentalhealthcommission.ca](http://www.mentalhealthcommission.ca).
- Mental Health Commission of Canada (2008). *Mental Health Commission of Canada Promised \$110 Million For Research To Help The Homeless Living With Mental Illness*, News Release. Retrieved March 2008 from <http://www.mentalhealthcommission.ca/newsevents.html>.

## ***Formation***

On se préoccupe du manque de formation des agents de police en matière de santé mentale. Leur formation dans ce domaine couvre surtout l'intervention d'urgence et l'évaluation des risques. Comme l'ont souligné les experts au forum de Calgary, les agents de police font affaire à des comportements et non à des problèmes de santé mentale. Ils gagneraient à être mieux formés pour distinguer les deux, pour discerner l'effet de la santé mentale sur le comportement et pour connaître les alternatives permettant d'éviter la criminalisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale. On dénombre beaucoup d'exemples de pratiques prometteuses et efficaces qui mettent l'accent sur la formation des agents de police en matière de santé mentale et sur l'intégration de professionnels de la santé mentale au travail de première ligne des agents de police. Plusieurs sont mentionnés dans ce manuel.

L'absence de formation (réciproque) entre les fournisseurs de services a affecté le temps de réponse aux urgences, l'accès aux services et le soutien aux personnes ayant des problèmes de santé mentale, en particulier lorsque la personne souffre de problèmes de santé mentale complexes (comme la toxicomanie, les troubles de l'humeur, la déficience intellectuelle et l'itinérance). De nombreux organismes communautaires ne disposent pas des ressources et des fonds requis pour développer leur propre programme de formation et sont laissés à eux-mêmes dans le traitement de cette population particulière. Les organismes communautaires ont besoin d'une formation facilement accessible. L'État a un rôle à jouer dans la prestation de cette formation, par exemple, le Service correctionnel du Canada dans le cas du personnel des établissements résidentiels communautaires et les ministères provinciaux de la Santé pour dans le cas des refuges et d'autres organismes de services sociaux, etc.

La formation devrait mettre l'accent sur une approche multidisciplinaire des services et intégrer les différents acteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre des phases de formation. Cela encouragerait et permettrait une meilleure communication entre les secteurs et stimulerait la formulation de stratégies pour traiter avec cette population. Les séances de formation devraient aborder les définitions de la santé mentale et leurs répercussions sur la personne, et se concentrer sur une prestation de services holistique, axée sur le rétablissement. Par exemple, les programmes actuels offrent trois ou quatre mois de formation en santé mentale (deux fois la semaine). Le manque de soins infirmiers psychiatriques s'est avéré un obstacle majeur à surmonter pour la prestation des services et des programmes institutionnels aux personnes nécessitant des soins médicaux et psychiatriques. En conséquence, les programmes de sciences infirmières devraient inclure plus de possibilités de formation psychiatrique et promouvoir les carrières en santé mentale et dans les services correctionnels. Ces programmes devraient enseigner comment traiter avec des cas difficiles et complexes, en particulier dans le travail auprès de patients non volontaires, de délinquants et en institution.

La formation devrait également aborder des questions telles que le langage, les définitions et les étiquettes assignées à cette population. Elle devrait viser à faciliter la discussion par la promotion de

*« Les agents recrutés pour le cours reçoivent 40 heures de formation en santé mentale, notamment sur la mise en commun de l'information et les relations efficaces avec les partenaires. Une fois formés, ils reprennent leurs tâches normales, mais ils sont les premiers intervenants appelés dans le cas d'une urgence liée à la santé mentale. »*

**Constable Lara Davidsen, instructeur en intervention d'urgence, GRC-Division Lower Mainland.**

l'utilisation d'un langage commun entre les fournisseurs de services de première ligne, langage qui réduirait la confusion ou les représentations erronées parmi les fournisseurs de services et les professionnels. La formation devrait aussi se concentrer sur la modification des paramètres dans l'élaboration de politiques et de directives à l'aide d'un langage commun reflétant une approche axée sur le rétablissement dans la prestation de services de santé mentale. La formation devrait en outre couvrir la réduction du stress, sa gestion et des programmes visant à aider les fournisseurs de services et les professionnels dans leur travail. Ces programmes pourraient aussi contribuer à réduire le taux de rotation élevé du personnel et à présenter ces professions aux recrues potentielles sous un jour plus attrayant.

Il y a également eu un échange de vues concernant la mise en place d'agents de liaison dont le rôle consisterait notamment à relier les différents secteurs et les prestataires de services; à maintenir les relations avec la collectivité afin d'être au courant de nouveaux programmes et services; d'agir comme gardien dont la priorité serait de maintenir et de renforcer les relations entre les fournisseurs de services des ministères. Ces agents de liaison seraient également chargés de développer un partenariat et des protocoles en vue d'assurer une prestation plus efficace des services. Leur rôle serait de fixer les objectifs généraux et communs, avec la collaboration de tous les partenaires.

### *Recommandations*

- ☑ Formation plus complète en santé mentale, en particulier pour les agents de police et d'autres professionnels de la justice pénale (avocats de la Couronne, ministère public, juges et aide juridique)
- ☑ Formation réciproque pour les fournisseurs des soins psychiatriques et de soins médicaux et autres professionnels (au sujet de l'itinérance, de l'emploi, de la participation de la justice pénale, etc.)
- ☑ Contribuer à une meilleure compréhension de la distinction entre les usagers volontaires et non volontaires ainsi que des pratiques et stratégies à mettre en oeuvre
- ☑ Donner de la formation aux employés des institutions (c'est-à-dire les agents de libération conditionnelle, les agents correctionnels, les gestionnaires de cas, etc.) sur la façon de traiter avec les personnes ayant des problèmes de santé mentale.
- ☑ Élaborer des programmes de formation ouverts aux organismes communautaires
- ☑ Établir un plan stratégique pour la promotion des soins infirmiers psychiatriques, en particulier en relation avec les personnes qui ont eu affaire au système de justice pénale
- ☑ Élaborer une campagne de recrutement promouvant les carrières en santé mentale et dans les services correctionnels
- ☑ Désigner des agents de liaison responsables de rapprocher les différents secteurs et services : un rôle de relations communautaires
- ☑ Donner de la formation périodique et continue (langage et définitions, diversité, différences individuelles, différences entre les sexes, différences d'âge, sensibilisation aux maladies et aux comportements qu'elles entraînent)
- ☑ Allouer des fonds pour les programmes de formation de base et l'évaluation, notamment pour les programmes élaborés et mis en oeuvre par le système de services
- ☑ Créer une collaboration et des programmes de formation multidisciplinaires : les secteurs pouvant apprendre de leurs difficultés et préoccupations mutuelles

## Exemples de pratiques efficaces et prometteuses

### ÉQUIPE MOBILE INTÉGRÉE DE SERVICES PSYCHIATRIQUES D'URGENCE (IMCRT)<sup>1</sup>

La présence de policiers en civil auprès des cliniciens de l'IMCRT permet à l'équipe de réagir aux urgences psychiatriques tout en respectant la dignité du client et de son proche parent s'il y a lieu. Le risque d'escalade dans le comportement de la personne est réduit puisque, dans de nombreux cas, l'agent n'est même pas identifié. Le côté plus discret des agents en civil a été bien accueilli par les autres fournisseurs de services et les familles.

*Review of Pairing Police with Mental Health Outreach Services, Integrated Mobile Crisis Response Team (IMCRT), par Edward P. Baess, septembre 2005*

L'*Integrated Mobile Crisis Response Team (IMCRT)* de Vancouver a pour but de traiter efficacement les situations de crise pour toute personne dans le besoin. Grâce à l'intégration de la police et des services de santé pédiatriques, de santé mentale et de désintoxication, l'IMCRT facilite les rapports avec les fournisseurs de services communautaires, ce qui permet d'éviter l'hospitalisation de certaines personnes en situation de crise. En ayant un contact direct avec l'équipe, les agents de police qui tombent sur une personne ayant besoin d'une intervention ont davantage de ressources pour trouver le juste équilibre entre l'intervention clinique et l'intervention policière.

Devant des agents en uniforme, les usagers exhibent parfois de la tension, de l'angoisse, une escalade du comportement et de l'agressivité. Dans de pareils cas, l'hospitalisation peut être perçue comme la meilleure solution. **Des agents en civil créent un environnement plus calme** où les clients et les familles se disent traités avec respect et dignité. La **confidentialité est mieux respectée** en l'absence de voitures de patrouille et d'agents en uniforme sur les lieux d'incidents et dans les salles d'attente à l'hôpital. Ces agents **réduisent aussi le délai d'intervention policière** et améliorent la coordination, ce qui entraîne du même coup une utilisation plus efficace des services communautaires. Les enquêteurs peuvent également mener des enquêtes plus approfondies lorsque l'agent est présent, ce qui mène à une prestation plus appropriée des services.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> E.P. Baess (2005, September). *Review of Pairing Police with Mental Health Outreach Services, Integrated Mobile Crisis Response Team (IMCRT)*.

<sup>2</sup> Ibid.

### INITIATIVE DU SCC SUR LA SANTÉ MENTALE<sup>3</sup>

Le SCC a conçu une formation de deux jours sur la santé mentale à l'intention de ses employés et des intervenants communautaires, de même que des employés des *établissements résidentiels communautaires (ERC)* travaillant auprès des femmes. Le tableau suivant indique le nombre de fournisseurs de services formés au 26 novembre 2007 :

Participants à la formation des instructeurs		Participants à la formation sur les femmes			Formation de deux jours en santé mentale – intervenants communautaires		
Région	Employés formés	Région	Total	SCC	Région	Total	SCC
ATL	11	ATL	18	0	ATL	21	8
QUÉ	4	QUÉ	32	3	QUÉ	0	0
PRA	13	ONT	43	9	ONT	63	60
PAC	2	PRA	43	5	PRA	53	53
AC	1	PAC	20	0	PAC	0	0
Non-SCC	2						
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>17</b>	<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>121</b>

### ÉQUIPE D'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE

L'Équipe d'intervention en situation de crise implantée dans la division Lower Mainland de la Colombie-Britannique s'inspire de l'équipe CIT de Memphis. Ce modèle rassemble des experts d'organismes sociaux, juridiques, médicaux et policiers pour fournir une approche globale des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale dans la collectivité. Les recrues reçoivent quarante heures de formation sur les questions de santé mentale, notamment la compréhension des troubles mentaux, le rôle de la police et de la collectivité, la communication efficace et la prévention du suicide. Cette formation promeut aussi l'efficacité de la communication et de la liaison entre les fournisseurs de services et les organismes de services. La GRC souhaite donner un cours de recyclage une fois par an, qui permettrait aux agents formés de faire face aux défis et préoccupations qu'ils rencontrent au cours de l'année.<sup>4</sup>

Le *chapitre britanno-colombien de l'ACSM*<sup>5</sup> a évalué le choix des agents de police choisis pour faire partie de l'Équipe d'intervention en situation de crise. Les agents qui se portent volontaires pour en faire partie sont examinés pour s'assurer qu'ils font preuve de bon jugement et de maturité. Des tests de compétences et des entrevues structurées sont proposés comme outils de dépistage fiables.

**« Le programme cherche des agents qui démontrent de l'enthousiasme pour ce travail et il choisit ceux qui font preuve d'empathie, de calme, de créativité, d'intuition, et d'ouverture aux nouvelles techniques. »<sup>6</sup>**

<sup>3</sup> V. Felizardo, CSC Community Mental Health Trainer (personal communication, Kingston Forum, November, 2007). *Community Mental Health Initiative Table*.

<sup>4</sup> Constable L. Davidsen, CIT Trainer, RCMP Lower Mainland Division (personal communication, Vancouver Forum, November, 2007).

<sup>5</sup> J. Adelman (2003). Study in Blue and Grey: Police Interventions with People with Mental Illness, A Review of Challenges and Responses, *Canadian Mental Health Association, British Columbia Division*, p. 14.

<sup>6</sup> Ibid.

Les agents sélectionnés reçoivent une formation où l'on simule des crises. Ils apprennent à doser leur intervention en respectant une gradation allant de l'intervention minimale à la force non létale ou létale. Les agents apprennent aussi à reconnaître la situation et à réagir rapidement et de façon appropriée.

## L'UNITÉ DE TRAITEMENT EN MILIEU FERMÉ

Le personnel du *St. Lawrence Valley Correctional and Treatment Centre (STVCTC)* adopte une approche multidisciplinaire de la prestation de services. Son équipe clinique se compose d'un chef adjoint, d'un directeur clinique, d'un directeur administratif, de coordonnateurs des services, de psychologues, de travailleurs sociaux, d'un aumônier, de ludothérapeutes, de conseillers d'orientation professionnelle, d'un conseiller en toxicomanie, d'un diététiste et d'infirmiers. Les membres de cette équipe font partie des *Services de santé Royal Ottawa (SSRO)*. Plus précisément, la surveillance et les soins sont prodigués au jour le jour par du personnel infirmier plutôt que par des agents de correction, alors que la sûreté du site et les accompagnateurs communautaires sont fournis par le *ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels de l'Ontario (MSCSC)*. Les résultats de recherche démontrent l'effet positif des interventions psychiatriques et infirmières. Voici quelques-unes des conclusions qui viennent appuyer ce type d'intervention en milieu correctionnel<sup>7</sup> :

- Offre la possibilité de poser des diagnostics clairs et de réagir aux situations de crise.
- Permet de distinguer la maladie et un problème de comportement.
- Succès de la stabilisation donnant lieu à une intégration avec la population résidente et à une participation à des programmes de groupe.
- Amélioration de l'accès à des interventions cliniques (p. ex. traitement à court terme des délinquants sexuels).
- Moins de tentatives de suicide et beaucoup moins de temps passé en isolement ou sous garde.
- Le partenariat entre le MSCSC et les SSRO a permis de mener à bien la gestion de l'intervention auprès des résidents très difficiles.

---

<sup>63</sup> Ontario Ministry of Community Safety and Correctional Services, (personal communication, January 2008).



## Éducation

Selon le professeur Michael Petrunik,<sup>8</sup> les programmes d'études correctionnelles (p. ex. la criminologie, le droit, l'école de police) devraient comprendre plus de cours qui mettent l'accent sur la santé mentale. Alternativement, les travailleurs sociaux, psychologues et autres professionnels de la santé devraient également être tenus de suivre des cours portant sur le droit et les services correctionnels, si c'est là leur choix de carrière. De même, certains contenus devraient être inclus dans les cours sur la santé mentale, la santé et les services correctionnels pour que les étudiants connaissent les possibilités qui s'offrent si l'on choisit cette voie.

Les cours de formation doivent aller au-delà de la prévention et de l'influence sur l'opinion publique pour mettre l'accent sur l'atténuation de la stigmatisation et de la discrimination de la part des fournisseurs de services, qui ont développé leurs propres perceptions et images des comportements liés à la santé mentale. Les avocats ont peu d'éducation dans le domaine de la santé mentale et rencontrent de nombreuses difficultés face aux personnes qui en sont atteintes.

Omnipraticiens et médecins de famille devraient aussi profiter d'une formation plus approfondie en santé mentale, car ils sont dans bien des cas responsables de diriger les usagers vers des programmes et services qui ciblent des problèmes de santé mentale. Ils devraient avoir une compréhension plus complète des problèmes de santé mentale. Les programmes de formation devraient se concentrer sur l'évolution des perceptions et des attitudes envers la santé mentale et les services correctionnels de la part des travailleurs de la santé. Une autre question importante a trait à la nécessité de sensibiliser les entreprises locales et les organismes privés aux questions liées à la santé mentale (p. ex., la mendicité et la santé mentale, l'itinérance). On pourrait en élargissant le réseau de services sociaux établir des partenariats qui mettent l'accent sur l'élaboration de stratégies pour faire face à la question de l'itinérance et de la santé mentale.

Les cours de formation devraient traiter de la toxicomanie et des problèmes de santé mentale séparément, plutôt que de tenter d'en traiter simultanément dans un temps limité, en particulier dans les départements universitaires. Souvent, les cours donnés sur le terrain et dans la collectivité couvrent des questions dont on ne traite pas au niveau universitaire, mais qui peuvent être bénéfiques à la formation des étudiants. En conséquence, les universités devraient permettre aux étudiants – voire les obliger – à suivre des cours offerts par des fournisseurs de services et des professionnels en dehors de l'université, et à ne pas se limiter à ceux offerts dans le cadre d'un programme de stage.

Les cours devraient aussi couvrir les questions liées à la famille et aux difficultés afférentes aux personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale (comme les enfants de parents qui souffrent de

---

---

[Traduction]

« Un agent de police répond à un appel. Il connaît la personne (John) et sait que celui-ci a peu ou pas d'antécédents de violence.

John refuse de monter dans la voiture. Plutôt que de forcer John, l'agent demande pourquoi il hésite à monter dans la voiture de patrouille.

John affirme qu'il ya un serpent dans le véhicule.

L'agent de police feint de retirer le serpent.

John monte dans la voiture sans résister. »

*Vignette du forum de Calgary*

---

---

---

<sup>8</sup> M. Petrunik, Professor, University of Ottawa, Department of Criminology, (personal communication, Kingston Forum, November 2007).

maladies mentales). L'éducation à la famille pourrait se distinguer du programme de formation qui est offert aux fournisseurs de services et aux organismes, compte tenu de la nature différente des difficultés et préoccupations auxquelles doivent faire face les membres de la famille et les conjoints. Ces programmes permettraient aussi une meilleure intégration de ce groupe dans le processus de planification des interventions. On pourrait aussi lancer d'autres projets liés à la revendication au nom des familles qui sont dans un meilleur contrôle de leur situation et plus aptes à décrire et à expliquer leurs préoccupations et leurs difficultés face au système de santé mentale.

### *Recommandations*

- ☑ Assurer une formation continue tout au long de la carrière, surtout à l'égard de la justice pénale, de la santé mentale et de leur interaction
- ☑ Les programmes de formation devraient aborder les thèmes se rapportant à la santé mentale, à la santé et à la justice (p. ex. des cours sur les services correctionnels pour les psychologues et des cours de santé mentale pour les avocats)
- ☑ Sensibiliser les entreprises privées et locales à la santé mentale, comme point de départ à la création d'un grand réseau de services sociaux
- ☑ Les cours de formation devraient traiter séparément des questions de toxicomanie et de santé mentale
- ☑ Inclure dans les programmes d'enseignement des cours offerts par les organismes communautaires
- ☑ Assurer une formation sur la diversité culturelle et les différences ethniques chez ceux qui souffrent de problèmes de santé mentale
- ☑ Les cours de formation devraient aussi couvrir les questions liées à la famille et les difficultés que l'on rencontre auprès des personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale

### *Exemples de pratiques efficaces et prometteuses*

#### **APPROCHE DE PERFECTIONNEMENT<sup>9</sup>**

Cette initiative a été mise en oeuvre pour aider les omnipraticiens à traiter les personnes avec des problèmes de santé mentale. L'objectif est de veiller à ce qu'ils soient capables d'évaluer une personne et de poser les diagnostics éventuels, s'il y a lieu, et de procéder à des interventions appropriées ou de diriger les patients vers des spécialistes. Cette approche vise aussi à fournir une mesure de rechange aux médicaments d'ordonnance.

Deux psychiatres et deux thérapeutes de la *Vancouver Interior Health Authority (VIHA)* donnent sur place un cours basé sur un manuel à l'intention des omnipraticiens. L'objectif est d'améliorer leurs compétences en matière de diagnostic, de diagnostic différentiel et de se familiariser avec le manuel *Interpersonal Cognitive Behavioral (CIB) Skills Made Easy*, afin de renforcer leurs compétences et leurs choix de traitement. Le manuel vise à modifier les schèmes de pensée négatifs. Les techniques interpersonnelles sont également compatibles avec le traitement de première ligne, alors que les compétences comportementales visent à changer le comportement des patients. Ce type d'intervention a pour effet de modifier les sentiments ou l'humeur des patients toxicomanes ou atteints d'un trouble

---

<sup>9</sup> Dr. R. Weinerman, VIHA (personal communication, February, 2008). *Model for General Practitioners Regarding Mental Health Assessment and Intervention.*

psychique. Les modules se concentrent sur les diagnostics les plus fréquents dans les cabinets des omnipraticiens : la dépression et les troubles anxieux.

#### Objectifs

1. Améliorer le niveau de satisfaction relatif à l'accès à la consultation d'un spécialiste, qu'elle soit directe (face à face) ou indirecte (en l'absence du patient).
2. Améliorer le niveau de satisfaction à l'égard des services de santé mentale et de désintoxication.
3. Améliorer le niveau de satisfaction à l'égard de la communication.
4. Améliorer le niveau de satisfaction à l'égard de l'accessibilité de l'information sur les ressources.
5. Accroître le sentiment de compétence des fournisseurs de soins primaires dans leur travail auprès des toxicomanes et des personnes vivant avec des maladies mentales.
6. Améliorer les compétences des omnipraticiens en matière de diagnostic de la dépression et de l'anxiété, en matière de diagnostic différentiel et relativement à l'utilisation du manuel *Interpersonal Cognitive Behavioral (CIB) Skills Made Easy*

*Rivian Weinerman, Vancouver Interior Health Authority*

### **CHANGING MINDS**

Ce programme de formation provient de l'*ACSM-Terre-Neuve/Labrador* et, depuis lors, a été mis en œuvre dans d'autres chapitres provinciaux de l'*ACSM* (Nouvelle-Écosse, Î.-P.-É. et Nouveau-Brunswick). Il vise à atténuer le phénomène de la stigmatisation et de la discrimination dans la population et chez les fournisseurs de services par une meilleure compréhension de la santé mentale, et à leur faire prendre conscience des répercussions de la stigmatisation et de la discrimination. Le programme est animé par deux instructeurs certifiés de l'Association canadienne pour la santé mentale et on le propose en trois formules (deux séances d'une journée, quatre demi-journées ou huit séances de deux heures). [Traduction] « Il repose sur la prémisse que nous pouvons apprendre à mieux comprendre la maladie mentale si nous apprenons à connaître la personne et la manière dont sa maladie l'affecte. Chaque module contient des témoignages vidéo de personnes qui ont des maladies mentales ou de problèmes de santé mentale complexes. Nous voyons alors que la maladie mentale fait partie de l'éventail de l'expérience humaine – personne n'est à l'abri. »<sup>10</sup>

#### **Exemple : Module 7 – Comprendre les problèmes de santé mentale complexes<sup>11</sup>**

**But :** Comprendre comment les gens acquièrent des mécanismes d'adaptation extrêmes pour exprimer leurs besoins.

**Objectifs :**

1. Comprendre les répercussions de l'expérience traumatisante sur le développement de la personne
2. Comprendre les limites des étiquettes de diagnostic pour les personnes ayant des problèmes complexes de santé mentale
3. Comprendre comment la société réagit aux personnes qui ont des problèmes complexes de santé mentale
4. En savoir plus sur le concept de troubles de la personnalité

<sup>10</sup> CMHA-NFLD/LD Changing Minds promotional pamphlets, download from website: <http://www.cmhanl.ca/minds.asp#changingminds>.

<sup>11</sup> CMHA-NB, Training session information pamphlet, download from website: <http://www.nb.cmha.ca/bins/site.asp?cid=284-1007&lang=1>.

5. Mieux comprendre nos propres réactions envers les personnes qui ont des problèmes complexes de santé mentale

6. Mieux comprendre comment maintenir des limites et comment le faire d'une manière positive

***Volet communication***

Réflexion : Reconnaître nos propres sentiments

Réaction : Stabiliser l'interaction

Message clé : Il ya des raisons qui expliquent les comportements

## *Information du public et relations avec les médias*

Les campagnes d'information qui cherchent à influencer l'opinion publique doivent faire participer tous les Canadiens à l'évolution vers un meilleur système de prestation des soins de santé mentale. Une campagne de ce type devrait être axée sur la collaboration comme moyen de donner plus de poids à nos revendications et nous faire entendre. Elle devrait également trouver des usagers rétablis qui sont prêts à raconter leur expérience et à dire pourquoi ils estiment qu'ils ont été en mesure de surmonter leurs difficultés contrairement à tant d'autres qui continuent de lutter. Elle devrait souligner l'importance de la collectivité en tant que partie du problème et partie de la solution. Des réunions régulières et de la formation continue devraient aussi être considérées comme des facteurs importants pour assurer de la discussion se poursuit entre les divers groupes et que l'on continue de revendiquer des services de santé mentale.

Nous devons remettre en question la manière dont nous parlons à la collectivité en général afin de tempérer l'approche conservatrice de la santé mentale et des services correctionnels. L'initiative pour le changement requiert un changement culturel qui se concentre sur la démonstration des incidences globales de notre résistance à traiter ouvertement des problèmes de santé mentale, ce qui aggrave tout simplement la situation. Une réalité commune doit être créée.

Tim Veresh<sup>12</sup> a affirmé que le renforcement des relations avec les médias était une préoccupation majeure. Alors que les médias ont eu une influence énorme sur la perception du public, la plupart des reportages restent centrés sur les événements tragiques et violents qui se rapportent au système de justice pénale, notamment lorsqu'il s'agit de santé mentale ou d'incidents liés à la drogue. Les médias sont prompts à souligner la relation de causalité entre la criminalité et la santé mentale, ce qui renforce la stigmatisation. On doit faire plus d'efforts pour favoriser de bonnes relations avec les médias. Ces efforts devraient cibler la diffusion de nouvelles positives en vue de briser l'association entre la santé mentale et la violence. On devrait, par exemple, avec l'aide de fournisseurs de services, communiquer aux médias des cas de réussite de la réinsertion sociale ou du rétablissement personnel aux fins de publication.

**« Travailler avec et non contre les médias en les informant et en leur fournissant des exemples de réussites et une explication plus détaillée de la question de la santé mentale peut aider à changer la façon dont on rapporte les histoires impliquant des personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale ».**<sup>13</sup>

### *Recommandations*

- Collaborer avec les médias : informer et fournir des exemples de réussites.
- Faire participer la collectivité à la solution : réunions régulières et information constante.
- Remettre en question la manière dont nous nous adressons à la collectivité : monter des campagnes de sensibilisation et d'information.

---

<sup>12</sup> T. Veresh, Executive Director, John Howard Society of Lower Mainland of British Columbia (personal communication, Vancouver Forum, November, 2007).

<sup>13</sup> Dr. P. Baillie (personal communication, Calgary Forum, November, 2007).

- ☑ Monter une campagne médiatique qui soutient le travail des fournisseurs de services de première ligne.
- ☑ Encourager la revendication au sein de la collectivité : obtenir la participation proactive de la collectivité.
- ☑ Créer une réalité commune.

### *Exemples de pratiques efficaces et prometteuses*

#### **STRATÉGIE DE SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC 2005-2010**

Le gouvernement du Québec a investi dans une campagne d'information du public visant à comprendre la santé mentale et à réduire la stigmatisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Parmi ses initiatives, un site Web et une campagne télévisée, qui présentent les problèmes de santé mentale comme une maladie. [Traduction] « Une maladie mentale n'est pas un manque de volonté. On a raison d'utiliser le terme de maladie, parce que c'est exactement ce que c'est [...]. La meilleure façon de lutter contre les préjugés, c'est l'information. C'est ce dont le site traite, offrant une mine d'informations sur les nombreux types de maladies mentales, leur prévention et leur traitement. »<sup>14</sup> Toutefois, le Québec n'a pas été l'une des provinces visitées pour ce projet et, par conséquent, il a besoin de sa propre recherche sur la façon dont cette province pallie les insuffisances dans le système de santé mentale, dans le développement de pratiques et de stratégies et dans l'adoption d'une initiative de changement.

« Ces préjugés proviennent de milliers d'années de désinformation et, aujourd'hui encore, empêchent les personnes atteintes de la maladie de demander l'aide dont elles ont si désespérément besoin. La campagne vise à dissiper les fausses images de "lâcheté", de "faiblesse", et de "paresse" si souvent associées à la maladie mentale. »

#### **Plan d'action en santé mentale 2005-2010**

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec

#### **TALKING ABOUT MENTAL ILLNESS (TAMI) :**

#### **GUIDE POUR LA CRÉATION D'UN PROGRAMME DE SENSIBILISATION DE LA JEUNESSE**

Les experts recommandent que ces programmes de formation visent les jeunes enfants, dès la quatrième année, étant donné la prévalence croissante de la dépression et du suicide au sein de ce groupe. On doit aussi mettre en œuvre des programmes de prévention afin de réduire le nombre d'enfants et d'adolescents aux prises avec la toxicomanie. Trop souvent, les fournisseurs de services ont à traiter avec des personnes qui souffrent de troubles comorbides et d'un diagnostic mixte (santé mentale et toxicomanie), en raison d'un manque d'intervention précoce.

Le programme **TAMI** se penche sur les conséquences de la stigmatisation et de l'étiquetage et donne aux jeunes élèves une meilleure compréhension de la santé mentale et la maladie mentale. Il vise également à apaiser la crainte d'être jugé, intimidé ou isolé si l'on parle ouvertement d'une maladie mentale dont on souffre soi-même ou qui est présente dans la famille. [Traduction] « Les enseignants peuvent adapter le déroulement du programme en fonction de leur classe et du temps dont ils disposent. La structure de chaque composante est flexible. La manière dont les enseignants utilisent les activités et les ressources dépendra de plusieurs facteurs :

- le cours auquel on intègre le programme;
- le temps à la disposition des enseignants;

<sup>14</sup> Quebec Health and Social Services, Provincial mental health action 2005-2010. Retrieved December 2007 from <http://www.towardmentalhealth.com/>.

- du point où ils en sont dans le plan de cours au moment de participer au programme. »<sup>15</sup>

### ***STAND UP FOR MENTAL HEALTH***<sup>16</sup>

David Granirer, usager du système de santé mentale, conseiller et humoriste, propose un cours de santé mentale où les usagers comme lui s'inspirent de leur expérience pour monter des monologues comiques qui seraient présentés à des conférences, dans des centres de traitement et devant divers organismes en santé mentale.

---

<sup>15</sup> Centre for Addiction and Mental Health (2001). *Teachers Guide. Talking About Mental Illness: A guide for developing an awareness program for youth*. Canada: Author.

<sup>16</sup> Stand up for Mental Health , see website for information: <http://standupformentalhealth.com/>.

# SECTION D : CONCLUSION

DANS CETTE SECTION...

Conclusions et  
recommandations

Références

Répertoire des organismes et  
programmes par province





## Section D

### CONCLUSION

#### *Conclusions et recommandations*

Ce projet aura permis maintes fois de réaffirmer un attachement à vouloir surmonter les nombreux obstacles que doivent surmonter les personnes souffrant de troubles mentaux et ceux qui œuvrent auprès d'elles. Le dévouement et la persistance sont ressortis comme des attributs déterminants des personnes à l'origine des pratiques prometteuses mises en valeur au cours des discussions. Nous espérons que ces pratiques seront perçues comme un travail préparatoire et qu'elles inciteront d'autres personnes à mettre au point leurs propres approches pour répondre aux besoins de leurs collectivités et des personnes qui y vivent. Ce manuel met en lumière certains exemples de pratiques ayant démontré leur efficacité; il ne faut néanmoins pas les voir comme des prescriptions. Nous avons dégagé un certain nombre de principes importants devant servir à orienter l'élaboration d'approches appropriées en fonction du contexte dans lequel elles sont mises en œuvre .

#### *Recommandations à retenir :*

#### **TRAVAILLER ENSEMBLE**

- ☑ Créer une réalité commune
- ☑ Identifier des acteurs clés disposés à participer activement aux phases de développement, de planification et de mise en œuvre
- ☑ Mettre l'accent sur la prévention, l'intervention et le renforcement des capacités communautaires
- ☑ Compléter et bonifier les initiatives existantes au lieu de les remplacer
- ☑ Dégager ce qui est efficace, pourquoi ce l'est, de même que les principes directeurs et les valeurs plutôt de s'employer à façonner une stratégie type
- ☑ Intégrer les secteurs traditionnellement exclus (c.-à-d. le secteur privé, le secteur commercial et le secteur de la mobilisation communautaire
- ☑ Élaborer une approche intégrative et polyvalente du système de prestation des services de santé mentale
- ☑ Mettre en œuvre des programmes souples et adaptables, fondés sur des principes et des valeurs semblables
- ☑ Remettre en question notre façon de nous adresser à la collectivité
- ☑ Tirer profit des médias en les éduquant et en leur communiquant des cas de réussite

#### **LA PERSONNE**

- ☑ Accepter la santé mentale telle qu'elle se présente plutôt que de créer un cadre dans lequel elle devrait s'inscrire
- ☑ Considérer l'usager des services de santé mentale comme une personne d'abord, puis comme quelqu'un qui est en proie à des problèmes de santé mentale
- ☑ Mettre l'accent sur des définitions de la santé mentale et de la maladie mentale, qui n'entravent pas le droit d'une personne d'obtenir des services
- ☑ Se pencher sur les cas d'exclusion, les cas complexes et les diagnostics mixtes

## **LE RÉSEAU DE PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE**

- ☑ Miser sur une approche centrée sur le client : promouvoir la confiance, la dignité et le respect
- ☑ Établir et soutenir des relations en établissant des liens de confiance et en entretenant la communication
- ☑ Favoriser l'utilisation de manuels et de protocoles avec l'appui des instances provinciales et fédérales
- ☑ Favoriser l'habilitation du personnel et développer la confiance en sa capacité de prendre des décisions
- ☑ Promouvoir les domaines de la santé mentale et des services correctionnels comme choix de carrière

**« Osez agir! »**

## Références

- Adelman, J. (2003). *Study in Blue and Grey. Police Interventions with People with Mental Illness: A Review of Challenges and Responses*. British Columbia: CMHA BC.
- Allen, B. (2005). Foucault's Nominalism. In Shelley Tremain, (Ed.) *Foucault and the Government of Disability*. Ann Arbor: University of Michigan Press 93.
- American Psychiatric Association (2000). *(DSM-IV-TR) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4<sup>th</sup> Ed.) Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Arboleda-Flórez, J. (2004). Mental health systems and forensic psychiatric services. *Current Opinion in Psychiatry*, 17(5), 377-380.
- Arboleda-Flórez, J. (2004). On the evolution of mental health systems. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 337-380.
- Arboleda-Flórez, J. (2005). Stigma and discrimination: An overview. *World Psychiatry*, 4(1), 8-10.
- Arboleda-Flórez, J. (2007). Dispossessed and Disposable. Presented at SLSC & CCJA Towards a Community Mental Health Fora, Kingston, Ontario.
- Baess, E.P. (2005). *Review of Pairing Police with Mental Health Outreach Services*, Integrated Mobile Crisis Response Team (IMCRT). Vancouver Interior Health Authority: Emergency Mental Health Services.
- Barton, R. (1999). Psychosocial rehabilitation services in community support systems: A review of outcomes and policy recommendations. *Psychiatric Services*, 525-534.
- Blackburn, D. (2004). "What works" with mentally disordered offenders. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), p.297-308.
- Brink, J.H., Doherty, D., & Boer, A. (2001). Mental disorder in federal offenders: A Canadian prevalence study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 339-356.
- Calgary Health Region (2008). *Mental Health & Addictions Services*. Retrieved March 6, 2008, from <http://www.calgaryhealthregion.ca/mh/sites/programs/programsindex.htm>.
- Canadian Mental Health Association (2008). Retrieved March 4, 2008 from [www.cmha.ca](http://www.cmha.ca).
- Canadian Mental Health Association, British Columbia Division (2005). *Hallucinations and Delusions: How to Respond*. Retrieved March 4, 2008, from [http://www.cmha.bc.ca/files/6-hallucinations\\_delusions.pdf](http://www.cmha.bc.ca/files/6-hallucinations_delusions.pdf).
- Canadian Mental Health Association, British Columbia Division (2007). Retrieved March 4, 2008, from <http://www.cmha.bc.ca/>.
- Canadian Mental Health Association, New Brunswick Division (2008). Retrieved March 6, 2008, from <http://www.nb.cmha.ca/bins/site.asp?cid=284-1007&lang=1>.
- Canadian Mental Health Association Newfoundland and Labrador Division (2007). *Changing Minds*. Retrieved March 6, 2008, from <http://www.cmhanl.ca/minds.asp#changingminds>.
- Canadian Mental Health Association, Toronto Division (2008). Retrieved March 4, 2008, from <http://www.toronto.cmha.ca/>.

- Centre for Addiction and Mental Health (2001). *Teachers Guide. Talking About Mental Illness: A guide for developing an awareness program for youth*. Canada: Author. Retrieved March 4, 2008, from [http://www.camh.net/education/Resources\\_teachers\\_schools/TAMI/tami\\_teachersresource.html](http://www.camh.net/education/Resources_teachers_schools/TAMI/tami_teachersresource.html).
- Centre for Addiction and Mental Health (2001). *Community Guide. Talking About Mental Illness: A guide for developing an awareness program for youth*. Canada: Author. Retrieved March 4, 2008, from [http://www.camh.net/education/Resources\\_communities\\_organizations/TAMI\\_community/index.html](http://www.camh.net/education/Resources_communities_organizations/TAMI_community/index.html).
- Community Resource Connection of Toronto (2008). *Our Services: Mental Health Court Support Services in Toronto*. Retrieved March 4, 2008, from <http://www.crct.org/services/mhcss.cfm>.
- Community Resource Connection of Toronto. (2007). *Navigating Mental Health Services in Toronto: A Guide for Newcomer Communities*. The Ontario Trillium Foundation.
- Correctional Service of Canada (2007). *Organization: Core Value 1*. Retrieved March 4, 2008, from <http://www.csc-scc.gc.ca/text/organi-eng.shtml>.
- Corrections and Conditional Release Act, c.20 (1992). Retrieved March 13, 2008, from <http://laws.justice.gc.ca/en/showtdm/cs/C-44.6/en>.
- Crisis Outreach and Support Team (2007). *About COAST*. Retrieved March 4, 2008, from <http://www.coasthamilton.ca/index.html>.
- Cullen, F. T. & Gendreau, P. (2000). Assessing Correctional Rehabilitation: Policy, Practice and Prospects, *Policies, Processes, and Decisions of the Criminal Justice System, 3*, 109-175.
- Cullen, F. T. & Gendreau, P. (2001). From Nothing Works to What Works: Changing Professional Ideology in the 21<sup>st</sup> Century, *The Prison Journal, 81(3)*, 313-338.
- Fisher, W. H., Silver, E. & Wolff, N. (2006). Beyond Criminalization: Toward a criminologically informed framework for mental health policy and services research, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 33*, 544-557.
- Hacking, I. (2004). Between Michel Foucault and Erving Goffman, *Economy and Society, 33*, 277-302
- Health Systems Research Unit of the Clarke Institute of Psychiatry (1997). *Best Practices in Mental Health Reform: Discussion Paper*. Canada: Minister of Public Works and Government Services Canada.
- Ilcan, S. & Basok, T. (2004). Community Government: Voluntary agencies, social justice, and the responsabilization of citizens, *Citizenship Studies, 8*, p.129-144.
- Institute for the Prevention of Crime (2008). *Homelessness Victimization and Crime: Knowledgeable and Actionable Recommendations*. Ottawa: Author.
- Internet Movie Database (2008). *Memorable quotes for American Psycho*. Retrieved March 10, 2008, from <http://www.imdb.com/title/tt0144084/quotes>.
- John Howard Society of Central and South Okanagan (2007). Retrieved March 4, 2008 from <http://www.jhscso.bc.ca/>.
- Kaiser, A. (2007). *Towards a Model Community Mental Health Strategy*. Presented at SLSC & CCJA Towards a Community Mental Health Fora, Halifax, Nova Scotia.
- Kelly, C.-A. (2004). Challenges in the management of mentally disturbed offenders on psychotropic medication. In *Perspectives on Canadian Drug Policy, 2*, p. 79-91. Kingston: The John Howard Society of Canada.

- Kirby, M. J. L., & Keon, W. J. (2006). Out of the shadows at last: Transforming mental health, mental illness and addiction services in Canada. *The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology*, p.39, 300-311.
- Lake City Employment Services Association (2008). Retrieved March 6, 2008, from <http://www.lakecityemployment.com/>.
- Miller, W.R. & Rollnick S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (2<sup>nd</sup> Ed.) New York: Guilford.
- Mental Health and Addictions Services (2007). *Year End Service Summary April 1, 2006 – March 31, 2007*. Alberta: Calgary Health Region.
- Mental Health Commission of Canada (2008). *Status Report to January 26-28, 2008 Board Meeting*. Retrieved, March 2008 from <http://www.mentalhealthcommission.ca>.
- Mental Health Commission of Canada (2008). *Mental Health Commission of Canada Promised \$110 Million For Research To Help The Homeless Living With Mental Illness*. Retrieved, March 2008, from <http://www.mentalhealthcommission.ca/newsevents.html>.
- Mental Health Commission of Canada (2007). *Key Initiatives: Anti-Stigma Campaign*. Retrieved March 4, 2008, from <http://www.mentalhealthcommission.ca/keyinitiatives.html>.
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2006). *A Program Framework for: Mental Health Diversion/Court Support Services*. Government of Ontario: Queens Printer for Ontario.
- Office of Housing and Construction Standards: Housing Policy Branch (2006). *Creating Housing for Homeless People: A Case Study. Featured Project: Victory Inn, Kamloops, the John Howard Society*. Retrieved March 4, 2008 from <http://www.housing.gov.bc.ca>.
- Patterson, M., Somers, J., McIntosh, K., Shiell, A., & Frankish, C. J. (2008). *Housing and Support for Adults with Severe Addictions and/or Mental Illness in British Columbia*. British Columbia: Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction (CARMHA).
- Patient Psychiatric Advocate Office (2008). Retrieved March 6, 2008 from <http://www.ppao.gov.on.ca/>.
- Police/Mental Health Subcommittee of the Canadian Association of Chiefs of Police Human Resources Committee (2006). *Contemporary Policing Guidelines for Working with the Mental Health System*. Canada: Author.
- Quebec Health and Social Services (2005). *Provincial mental health action 2005-2010*. Retrieved December 2007 from <http://www.towardmentalhealth.com/>.
- Radley, P. (2007). *St. Leonard's Community Services London and Region: Evaluation of Residential Crisis Support Beds: Gallagher Centre Program*. Canada: Public Partner Inc.
- Reiner, R. (1997). Media made criminality: The representation of crime in the mass media. In M. Maguire, R. Morgan, & R. Reiner (Eds.), *The Oxford Handbook of Criminology*. Oxford: Oxford University Press, pp.376-416.
- Rose, N. (2000). Government and Control, *British Journal of Criminology*, 40(2), 321- 339.
- Royal Ottawa Health Care Group (2008). Retrieved March 4, 2008, from <http://www.rohcg.on.ca/index-e.cfm>.

- Royal Ottawa Health Care Group (2008). *Assertive Community Treatment Teams for Persons Dually Diagnosed*. Retrieved March 4, 2008, from <http://www.rohcg.on.ca/programs-and-services/factsheets/assertive-community-treatment-dually-diagnosed-e.cfm>.
- Silver, E. (2002). Mental disorder and violent victimization: The mediating role of involvement in conflicted social relationships, *Criminology*, 40(1), p.191-212.
- Skerritt, J. (2007). Help needed for adults living with disorder: experts, *Winnipeg Free Press*. Retrieved on October, 26 2007 from: <http://www.winnipegfreepress.com/local/story/4039332p-4648245c.html>.
- Snelgrove, M. (2008). *What I learned through Fostering Children and Youth Diagnosed with Fetal Alcohol Syndrome/Fetal Alcohol Spectrum Disorder*.
- St. John's Ottawa (2006). *Circles of Support and Accountability Ottawa: A Reintegration Program That Works*. Retrieved March 4, 2008, from <http://www.stjohnsottawa.ca/pages/cosa.html>.
- St. Leonard's Community Services of London and Region (2008). Retrieved March 6, 2008, from <http://www.slcs.ca/>.
- Stand up for Mental Health (2008). Retrieved March 6, 2008, from <http://standupformentalhealth.com/>.
- Street Crime Working Group (2005). *Beyond the Revolving Door: A New Response to Chronic Offenders*. Retrieved September 2007 from [http://www.bcjusticereview.org/working\\_groups/street\\_crime/street\\_crime.asp](http://www.bcjusticereview.org/working_groups/street_crime/street_crime.asp).
- Stuart, H. & Arboleda-Flórez, J. (2001). A public health perspective on violent offenses among persons with mental illness, *Psychiatric Services*, 52, pp. 654-659.
- Surette, R. (1998). *Media, Crime and Criminal Justice: Images and Realities* (2<sup>nd</sup> Ed.), Belmont: Wadsworth.
- Therault, P. S. (2007). *From the Street to the Street*. Presented at SLSC & CCJA Towards a Community Mental Health Fora, Halifax, Nova Scotia.
- Trainor, J., Pomeroy, E., Pape, B. (2004). *A Framework for Support* (3<sup>rd</sup> Ed.). Toronto: Canadian Mental Health Association.
- Verdun-Jones, S. (2007). *The Mentally Disordered and the Criminal Justice System*. Presented at SLSC & CCJA Towards a Community Mental Health Fora, Vancouver, British Columbia.
- Wilson-Bates, F. (2008). *Lost In Transition: How a lack of capacity in the mental health system is failing Vancouver's mentally ill and draining police resources*. Vancouver Police Department.
- Zinger, I. (2007). *Towards a Model Community Mental Health Strategy*. Presented at SLSC & CCJA Towards a Community Mental Health Fora, Kingston, Ontario.

*Figure*

*Figure 1*

Verdun-Jones, S. (2007). The Mentally Disordered and the Criminal Justice System. Presented at SLSC & CCJA Towards a Community Mental Health Fora, Vancouver, British Colombia.



## Répertoire des organismes et programmes par province

NOUVELLE-ÉCOSSE		
Agence/Organisme	Programme spécifique identifié	Cordonnées
Connections Club House	For more information on their programs and services, please visit the website at: <a href="http://www.connectionsclubhouse.com">www.connectionsclubhouse.com</a>	Norman Greenberg, Psychologist 1221 Barrington Street Halifax, NS B3J 1Y2 Phone: (902) 473-8692 Fax: (902) 473-6259 <a href="mailto:clubhouse@navnet.net">clubhouse@navnet.net</a>
LakeCity Employment Services Association	For information regarding their LakeCity Woodworkers retail operation and other services, please visit the website at: <a href="http://www.lakecityemployment.com">www.lakecityemployment.com</a>	Bob Jollota, Employment Coordinator 386 Windmill Road Dartmouth, NS B3A 1J5 Phone: (902) 465-5000 Fax: (902) 465-5009
Metro Community Housing Association	For more information regarding their Support and Residential Services, please visit the website at: <a href="http://www.mcha.ns.ca">www.mcha.ns.ca</a>	Doug Campbell Client Support worker 7001 Mumford Rd Tower 1 Suite 215 Halifax, NS B3L 4N9 Phone: (902) 453-6444 <a href="mailto:info@mcha.ns.ca">info@mcha.ns.ca</a>
Canadian Mental Health Association – NS Branch	Training Program : Changing Minds Originated in NFLD/Labrador and is now being offered in various CMHA across Canada Website: <a href="http://www.novascotia.cmha.ca">www.novascotia.cmha.ca</a>	Carole Tooton, Executive Director 63 King Street Dartmouth, Nova Scotia B2Y 2R7 Phone: (902) 466-6600 Toll Free: 1-877-466-6606 Fax: (902) 466-3300 <a href="mailto:cmhans@eastlink.ca">cmhans@eastlink.ca</a>
Disabled Individuals Alliance		Donald Mullins 1278 Tower Road Bethune Building, Suite 262 Halifax, NS B3H 2Y9 Phone: (902) 422-6888 Fax : (902) 425-0766

Correctional Service Canada Community Mental Health Initiative	Community Mental Health Nurse Clinical Social Worker	Shannon Harvey Shireen Singer Halifax Parole Office 2131 Gottingen Street MacDonald Building, Suite 200 Halifax, NS B3K 5Z7 Phone: (902) 426-9865 Fax: (902) 426-8000
Justice Department	Court Services Division Website: <a href="http://www.gov.ns.ca">www.gov.ns.ca</a>	Gola Taraschi, Manager, Special Projects 5151 Terminal Road, PO Box 7 Halifax, NS B3J 2L6 Phone (902) 424-7404 Fax: (902) 424-7596
Nova Scotia Legal Aid Service		Malcolm Jeffcock 101-537 Prince St. Truro NS, B2N 1E8
St. Leonard's Society of Nova Scotia	<a href="http://www.saintleonards.com">www.saintleonards.com</a>	Melissa Phillips, Operations Manager 603-45 Alderney Dr. Dartmouth NS, B2Y 2N6 (902)237-6818
Healthy Minds Cooperative	<a href="http://www.healthyminds.ca">www.healthyminds.ca</a>	Francine Vezina, Executive Director 7071 Bayers Rd. #112 Halifax NS, B3L2C2 Phone: (902) 404-3504
<b>ONTARIO</b>		
<b>Agence/Organisme</b>	<b>Programme spécifique identifié</b>	<b>Coordonnées</b>
Patient Psychiatric advocate Office	For more information or to locate Regional Psychiatric Offices, please visit the website at: <a href="http://www.ppao.gov.on.ca">www.ppao.gov.on.ca</a>	David Simpson, Program Manager Colleen Woodruff, Patient Advocate Head Office: 55 St. Clair Avenue West Suite 802, Box 28 Toronto, Ontario M4V 2Y7 Phone: (416) 327-7000 or 1-800-578-2343 Fax: (416) 327-7008

<p>Community Resource Connection of Toronto</p>	<p>Toronto Court Support Services, Mental Health Court Diversion Program  Also available the following handbook: <i>Navigating Mental Health Services in Toronto : A Guide for Newcomer Communities</i>  To download the handbook or obtain additional information, please visit their website at: <a href="http://www.crct.org">www.crct.org</a></p>	<p>230-366 Adelaide St. E  Toronto, ON M5A 3X9  Phone: (416) – 482-4103  Fax: (416) 482-5237  <a href="mailto:crct@crct.org">crct@crct.org</a></p>
<p>Hamilton/ Halton Crisis Outreach and Support Team (COAST)</p>	<p>Crisis Line&amp; Mobile Response Team  Website: <a href="http://www.coasthamilton.ca">www.coasthamilton.ca</a></p>	<p>Hamilton Crisis Line (905)972-8338  Halton Crisis Line 1-877-825-901  <i>Midnight until 8:00 am, Halton crisis calls are answered by Hamilton COAST</i></p>
<p>Lanark County Police Services and Lanark County Mental Health, Emergency Department, Ambulance Services, Diversion (L.E.A.D)</p>	<p>L.E.A.D. Team or Community Patrol Branch involvement is initiated by calling the Emergency Communications Centre   Lanark County Mental Health: Will provide advice or mobile response to local hospital Emergency Department</p>	<p>Diana McDonnell, Supervisor , Crisis Team Lanark Mental Health   911 for emergency or (888) 310-1122 for Non-emergency. Perth Police (613) 267-3131 for Non-emergency. Smiths Falls Police (613) 283-0357 for Non-emergency. Lanark Ontario Provincial Police (613) 267-2626 for Non-emergency.  During business hours 8 a.m. - 8 p.m. Monday - Thursday, Friday 8a.m. to 5 p.m.   Call (613) 283-2170 or Fax Referral (613) 283-9018  After Hours: 8:00 p.m. - 8:00 a.m. and weekends telephone consultation: Call (613) 284-1410 and request the On-Call Mental Health Worker.</p>

<p>Canadian Mental Health Association, Toronto Division</p>	<p>Mental Health Court Support and Diversion Program Website: <a href="http://www.toronto.cmha.ca">www.toronto.cmha.ca</a></p>	<p><b>Markham Road Site</b> 1200 Markham Road, Suite 500 Scarborough, ON M1H 3C3 Phone: 416-289-6285 Fax: 416-289-6843 <a href="mailto:cmha.scar@bellnet.ca">cmha.scar@bellnet.ca</a> <b>Lawrence Avenue West Site</b> 700 Lawrence Avenue West, Suite 480 Toronto, ON M6A 3B4 Phone: 416-789-7957 Fax: 416-789-9079 <a href="mailto:cmha.toronto@sympatico.ca">cmha.toronto@sympatico.ca</a></p>
<p>Brockville Mental Health Centre</p>	<p>Assertive Community Team for Persons Dually Diagnosed (ACT-DD)</p>	<p>Brockville Mental Health Centre 1804 Hwy 2 East, P.O. Box 1050 Brockville, ON K6V 5W7 (613) 498-1492, ext. 1500 or 1501</p>
<p>Leeds, Grenville, and Lanark Mental Health Crisis Response</p>	<p>Mental Health Crisis Line Supported by Brockville Psychiatric Hospital, a division of ROHCG, and Lanark County Mental Health Website: <a href="http://www.rohcg.on.ca">www.rohcg.on.ca</a></p>	<p>1-866-281-2911 (Toll-Free) or (613) 345-4600</p>
<p>Centre for Addictions and Mental Health</p>	<p>Talking about Mental Health: A Guide for Developing an Awareness Program for Youth (2001) Website: <a href="http://www.camh.net/education/Resources_teachers_schools/TAMI/index.html">www.camh.net/education/Resources_teachers_schools/TAMI/index.html</a></p>	<p>CAMH operates central clinical and research facilities in Toronto and 26 locations throughout the province <a href="http://www.camh.net/about_camh/contact_us/index.html">www.camh.net/about_camh/contact_us/index.html</a>  General Mental Health Assessment 250 College Street Phone: (416) 535-8501 ext. 6878 3170 Lake Shore Blvd West, Suite 201 Phone: (416) 535-8501 ext. 7233</p>
<p>Canadian Association of Chiefs of Police (CACP), Human Resource Committee</p>	<p>Contemporary Policing Guidelines for working with the Mental Health System (2006) Document Downloaded from: <a href="http://www.pmhl.ca/en/download/guidelines.pdf">www.pmhl.ca/en/download/guidelines.pdf</a></p>	<p>Dr. Dorothy Cotton Co-Chair, Police and Mental Health Subcommittee <a href="http://www.cacp.ca/index/main">www.cacp.ca/index/main</a></p>
<p>St. Leonard's Community Services of London and Region</p>	<p>Special Needs Program (Gallagher Centre &amp; Maison Louise Arbour) Supported Independent Living Program Relapse Prevention Program</p>	<p>Paul Fernane, Clinical Director 405 Dundas Street London, ON N6B 1V9 Phone: (519) 850-3777 <a href="http://www.slcs.ca">www.slcs.ca</a></p>

Circles of Support and Accountability (COSA), Ottawa	Reintegration Program For more information, please visit the website at: <a href="http://www.stjohnsottawa.ca/pages/cosa.html">www.stjohnsottawa.ca/pages/cosa.html</a>	Susan Love, Program Coordinator 154 Somerset St. W. Ottawa ON K2P 0H8 (613) 232-4500
Elizabeth Fry Society, Kingston	For more information, please visit the national website: <a href="http://www.elizabethfry.ca/caefs_e.htm">www.elizabethfry.ca/caefs_e.htm</a>	Trish Crawford, Executive Director 127 Charles Street Kingston, Ont. K7K 1V8 Phone: (613) 544-1744 Fax: (613) 544-0676 <a href="http://www.cefso.ca/kingston.html">www.cefso.ca/kingston.html</a>
Correctional Service Canada Regional Treatment Centre - Ontario	Accompaniment Support Program For more information, please view <i>Let's Talk</i> , Vol. 32, no. 1: <a href="http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/lt-en/2007/32-1/2-eng.shtml">www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/lt-en/2007/32-1/2-eng.shtml</a>	David Champagne, RSW Veronica Felizardo, RSW
The John Howard Society of Canada	For more information, please visit their website at: <a href="http://www.johnhoward.ca">www.johnhoward.ca</a>	Craig Jones, Executive Director 809 Blackburn Mews Kingston, Ontario, K7P 2N6 Phone: (613) 384.6272 Fax: (613) 384.1847
St. Lawrence Valley Correctional and Treatment Centre (494 beds)	Secure Treatment Unit located on site the Brockville Psychiatric Hospital Case Management Unit at the Hamilton-Wentworth Detention Centre & Elgin Middlesex Detention Centre (special needs units)	1804 Highway 2 East Brockville, Ont. K6V 5T1 General Inquiry Phone: (613) 341-2870 Fax: (613) 341-3956 Social Worker Dept. Fax: (613) 341-2891

## ALBERTA

Agence/Organisme	Programme spécifique identifié	Coordonnées
Calgary Mobile Response Team	Calgary Health Region Crisis Team Program website: <a href="http://www.calgaryhealthregion.ca/mh/mrt.htm">www.calgaryhealthregion.ca/mh/mrt.htm</a>	<p>Michael Brager, Therapy Specialist Distress Crisis Line (403) 266-1605 <b>(Central Team)</b> Hours 9 a.m. until 11 p.m. (Monday-Friday) 11a.m-11p.m (Weekends/Holidays) Fax: (403) 297-2784 <b>(South Team)</b> Hours 9:30 a.m.-9:30 p.m. (Closed Weekends/Holidays) Fax: (403) 943-9364 <b>(North Team)</b> Hours 9:30 a.m.-9:30 p.m. (Closed Weekends/Holidays) Fax: (403) 944-9787</p>
Calgary Health Region Southern Alberta Forensic and Psychiatric Services	Forensic Assessment and Outpatient Service (FAOS) Forensic Adolescent Program (FAP) Community and Correctional Outreach Service Community Geographic Team Resources (CGT) Telemental-Health Calgary Diversion Services	<p>For information on any of the services listed call Access Mental Health at: (403) 943-1500 <b>Director: Val Villeneuve</b> Phone: (403) 944-6807 <b>Clinical Medical Director: Dr. Ken Hashman</b> Phone: (403) 944-6810 Location: Southern Alberta Forensic Psychiatry Centre (SAFPC) 11333 - 85th Street NW <a href="http://www.calgaryhealthregion.ca">www.calgaryhealthregion.ca</a></p>
Capital Health Northern Alberta Forensic and Psychiatric Services	Acute Assessment and Treatment Centerpoint Program The Community Geographic Team (CGT) Forensic Assessment and Community Services Phoenix Program Turningpoint Program	<p><b>Alberta Hospital Edmonton (Location)</b> 17480 - Fort Road Edmonton, Alberta T5J 2J7 Phone: 780-472-5391 Fax: 780-472-5595 <a href="http://www.capitalhealth.ca">www.capitalhealth.ca</a></p>

Mennonite Central Committee	COSA Reintegration Program For more information, please visit the website at: <a href="http://mcc.org/alberta">mcc.org/alberta</a>	Phone : 403-275-6935 Toll Free : 1-888-622-6337 #210, 2946 - 32 Street NE Calgary, Alberta T1Y 6J7 <a href="mailto:office@mccab.org">office@mccab.org</a>
The Alberta Seventh Step Society	<a href="http://www.albertaseventhstep.com">www.albertaseventhstep.com</a>	Bob Alexander, Executive Director #1820 - 27th Avenue SW, Calgary, Alberta, Canada T2T 1H1 Phone : (403) 228-7778 Fax : (403) 228-7773
Calgary John Howard Society		Gord Sand, Executive Director 917 - 9th Ave SE, Calgary AB, T2G 0S5 Phone: (403) 266-4566 Fax: (403) 265-2458 <a href="http://www.johnhoward.calgary.ab.ca">www.johnhoward.calgary.ab.ca</a>
<b>COLOMBIE-BRITANNIQUE</b>		
<b>Agence/Organisme</b>	<b>Programme spécifique identifié</b>	<b>Coordonnées</b>
Vancouver Island Health Authority VIHA Head Office 1952 Bay Street Victoria BC V8R 1J8 (250) 370-8699	Integrated Mobile Crisis Response Team (IMCRT)	Dr. Edward Baess, Psychologist, Emergency Mental Health Services 2334 Trent St. Victoria BC, V8R 4Z3 Phone: (250) 370-8111 ext. 3833
Canadian Mental Health Association, British Columbia Division	Building Capacity: Mental Health and Police Project <a href="http://www.cmha.bc.ca/advocacy/police">www.cmha.bc.ca/advocacy/police</a>	Camia Weaver, Provincial Justice Coordinator Suite 1200 - 1111 Melville Street Vancouver, BC V6E 3V6 Phone: (604) 688-3234 Toll Free: 1-800-555-8222 Fax: (604) 688-3236
The British Columbia Justice Review Task Force	BC Street Crime Working Group Report "Beyond the Revolving Door: A New Response to Chronic Offenders": <a href="http://www.bcjusticereview.org/working_groups/street_crime/street_crime.asp">www.bcjusticereview.org/working_groups/street_crime/street_crime.asp</a>	<b>Justice Review Task Force</b> <b>c/o The Law Society of British Columbia</b> 845 Cambie Street Vancouver, BC V6B 4Z9 Fax: 604.646.5919 Toll Free Fax: 1.877.669.9601

John Howard Society Central and South Okanagan (Kelowna)	Doorways – Wrap Around Service  Cardington Apartments , Fall 2008 Bedford Place, accepting referrals <a href="http://www.jhscso.bc.ca/index.html">www.jhscso.bc.ca/index.html</a>	Jennifer L. Ingraham, Program Coordinator Shelley Cook, Executive Director Jennifer Hamilton, Team Leader Bedford Place 211-1433 St. Paul St. Kelowna BC V1Y 2E4 Phone: (250) 763-1331 <a href="mailto:jhscso@uniserve.com">jhscso@uniserve.com</a>
John Howard Society- Thompson Region (Kamloops)	Victory Inn	Dawn Hrycun, Executive Director 312-141 Victoria Street Kamloops, BC V2C 1Z5 Phone: (250) 374-3844 Fax: (250) 374-3842
Motivation, Power and Achievement Society	Court and In-reach Workers <a href="http://www.mpa-society.org">www.mpa-society.org</a>	<b>Administration Offices for Licensed Care/ Supported Housing/ Independent Living/Court Advocacy</b> 122 Powell Street Vancouver, BC V6A 1G1 Phone: (604) 482-3700 <a href="mailto:info@mpa-society.org">info@mpa-society.org</a> <b>Mental Health Empowerment Advocate Program</b> 1733 West 4th Avenue Vancouver, BC V6J 1M2 Phone: (604) 482-3700 <a href="mailto:mheap@mpa-society.org">mheap@mpa-society.org</a> <b>Community Resource Centre</b> 1731 West 4th Avenue Vancouver, BC V6J 1M2 Phone: (604) 482-3700 <a href="mailto:mheap@mpa-society.org">mheap@mpa-society.org</a>
RCMP, Lower Mainland Division	Crisis Intervention Team (CIT)	Constable Lara Davidsen Crisis Intervention Team Trainer Lower Mainland District Office 12992 76 Avenue Surrey BC V3W 2V6
Correctional Service Canada Community Mental Health Initiative, Pacific Region	<a href="http://www.csc-scc.gc.ca">www.csc-scc.gc.ca</a>	Ms. Karen Sloat, Regional Coordinator Vancouver BC V6B 1K9



St. Leonard's Society of North Vancouver		Michael Horne, Executive Director 312 Bewicke Avenue North Vancouver, BC, V7M 3B7 Phone: (604)986-2886 Fax: (604) 986-5339
Vancouver Interior Health Authority	Enhanced skills training approach	Rivian Weinerman, MD FRCPC Site Chief Psychiatry, Victoria 641-2334 Trent Street Victoria BC, V8R 4Z3
Government of British Columbia	Community Courts Initiative, Downtown Community Court	Allan Shoom, Manager Phone (604) 660-3060 Fax (604) 660-3066 Suite 300 - 21 Water Street, Vancouver BC V8W 1A1
John Howard Society – Lower Mainland of BC	<a href="http://www.jhslmbc.ca">www.jhslmbc.ca</a>	Tim Veresh, Executive Director 763 Kingsway Vancouver, BC V5V 3C2 Phone: (604) 872-5651 Fax: (604) 872-8737
Interior Health, Kelowna Alcohol and Drug Services	Mon 8:30am-4:30pm Tues-Thurs 8:30am-8pm Fri 8:30am-4:30pm	Jamie Marshall, Supervisor 540 Groves Ave, #100 Kelowna, BC V1Y 4N7 Phone: (250) 870-5777 Fax: (250) 870-5774
Minister of Public Safety and Solicitor General British Columbia Corrections Branch	Vancouver Intensive Supervision Unit (VSU)	391 Powell Street Vancouver BC V6A 1G5 Phone: (604) 660-1946 Fax: (604) 660-1973 Mailing Address: 275 E. Cordova Street Vancouver, British Columbia V6A 3W3

<p>Stand up for Mental Health, Vancouver, British Columbia</p>	<p><a href="http://www.standupformentalhealth.com">www.standupformentalhealth.com</a></p> <p>In Toronto, Stand Up For Mental Health is given through the Mood Disorders Association of Ontario</p> <p>In Ottawa, Stand Up For Mental Health is partnered with Psychiatric Survivors of Ottawa</p>	<p>David Granirer, Founder, Counsellor, Stand Up Comic Phone: (604) 205-9242 <a href="mailto:david@standupformentalhealth.com">david@standupformentalhealth.com</a></p> <p>36 Eglinton Ave. West, Suite 602 Toronto, ON M4R 1A1 Phone: (416) 486-8046 or 1-888-486-8236 Fax: (416) 486-8127</p> <p>211 Bronson Ave., Suite 313 Ottawa, ON K1R 6H5 Phone: (613) 567-4379 Fax: (613) 567-4495</p>
--	---	---