

Prévalence des troubles de santé mentale, motivation au traitement et pertinence des suivis thérapeutiques chez les délinquants sous surveillance dans le District Montréal métropolitain

Manassé Bambonyé

Volume 29, numéro 1, printemps 1996

Intervenir auprès des délinquants

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/017379ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/017379ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0316-0041 (imprimé)

1492-1367 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bambonyé, M. (1996). Prévalence des troubles de santé mentale, motivation au traitement et pertinence des suivis thérapeutiques chez les délinquants sous surveillance dans le District Montréal métropolitain. *Criminologie*, 29(1), 25–44. <https://doi.org/10.7202/017379ar>

Résumé de l'article

We have conducted a research on therapeutic follow-ups with delinquents on parole, in Metropolitan Montreal, by analyzing the following characteristics: the clientele's professional care, the proportion of subjects who use the therapeutic follow-ups during their jail term and parole, the relevance of treatment, and the beneficiary's legal status of parole. According to our results, 81% of the subjects had classified clinical diagnostics at DSM III-R; 23,33% for double diagnostics; 14% for substance abuse and 6,67% for mood swings.

85,3% of the clients receive treatment given by psychologists, making it the most popular. Officers estimate that therapeutic follow-ups are pertinent in 91,9% of the cases, when the treatments are given to individuals with behavior problems or mental health disorders, and in 86,6% of the cases, when dealing with clients who are less motivated to take treatment. The results also show that 61,3% of the subjects were involved in therapeutic follow-ups in the last months of incarceration. This percentage proves that subjects who receive psychological treatments during their incarceration are the most likely to continue during parole. Generally speaking, the results were very encouraging and contradict some statements to the effect that there is a lack of motivation in delinquents and that therapeutic follow-ups offered to parole clientele are impertinent. Results also show that the clientele who remains in psychological treatment is motivated to continue the treatment and that these follow-ups are considered pertinent by the clientele.

PRÉVALENCE DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE,
MOTIVATION AU TRAITEMENT ET PERTINENCE DES
SUIVIS THÉRAPEUTIQUES CHEZ LES DÉLINQUANTS
SOUS SURVEILLANCE DANS LE DISTRICT
MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN¹
Manassé Bambonyé, Ph.D.²

We have conducted a research on therapeutic follow-ups with delinquents on parole, in Metropolitan Montreal, by analyzing the following characteristics: the clientele's professional care, the proportion of subjects who use the therapeutic follow-ups during their jail term and parole, the relevance of treatment, and the beneficiary's legal status of parole. According to our results, 81 % of the subjects had classified clinical diagnostics at DSM III-R; 23,33 % for double diagnostics; 14 % for substance abuse and 6,67 % for mood swings.

85,3 % of the clients receive treatment given by psychologists, making it the most popular. Officers estimate that therapeutic follow-ups are pertinent in 91,9 % of the cases, when the treatments are given to individuals with behavior problems or mental health disorders, and in 86,6 % of the cases, when dealing with clients who are less motivated to take treatment. The results also show that 61,3 % of the subjects were involved in therapeutic follow-ups in the last months of incarceration. This percentage proves that subjects who receive psychological treatments during their incarceration are the most likely to continue during parole. Generally speaking, the results were very encouraging and contradict some statements to the effect that there is a lack of motivation in delinquents and that therapeutic follow-ups offered to parole clientele are impertinent. Results also show that the clientele who remains in psychological treatment is motivated to continue the treatment and that these follow-ups are considered pertinent by the clientele.

1. Je tiens à remercier les responsables de secteurs, tous les agents de gestion des cas et le personnel du District Montréal métropolitain pour leur collaboration et leur contribution, rendant cette étude possible.

2. L'auteur est chef psychologue au Service correctionnel du Canada, Bureau du district Montréal métropolitain, 1851 Sherbrooke est, bureau 704, Montréal, Qc, H2K 4L5.

BREF HISTORIQUE SUR LES TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES DANS LES PÉNITENCIERS FÉDÉRAUX

Les traitements psychiatriques et psychologiques des détenus n'étaient pas disponibles dans les pénitenciers fédéraux avant 1945. C'est après la Seconde Guerre mondiale que le gouvernement fédéral du Canada construit un premier hôpital psychiatrique à Kingston en lui donnant le mandat de traiter les détenus qui souffrent de troubles mentaux graves. Cet établissement demeurera le seul disponible jusqu'en 1972, date à laquelle le gouvernement canadien construit graduellement d'autres centres psychiatriques dans chaque région administrative du Canada, notamment à Abbotsford, en Colombie-Britannique, à Saskatoon, en Saskatchewan et à Dorchester, au Nouveau Brunswick.

Au Québec, au lieu de construire un centre psychiatrique propre au Service, l'Administration régionale choisit de conclure une entente avec le gouvernement provincial qui avait un hôpital psychiatrique à sécurité maximale, soit l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Dans le cadre de cette entente, les détenus fédéraux souffrant de maladie mentale y sont admis pour recevoir des soins psychiatriques. Une fois le traitement complété, ils sont renvoyés à leur pénitencier où leur cas est étudié en vue d'une libération conditionnelle selon les procédures prévues par la loi.

Dans ces établissements, les services psychologiques étaient intégrés, avant 1956, aux soins médicaux et psychiatriques. Afin d'offrir des soins psychologiques aux détenus dont l'état ne nécessitait pas une hospitalisation en milieu psychiatrique, le Service correctionnel du Canada a dû rendre ces soins disponibles dans les établissements correctionnels réguliers. En 1955, un premier psychologue fut engagé pour travailler au pénitencier de Saint-Vincent de Paul en plaçant ses services parmi ceux de la gestion des cas, connus à ce moment sous le nom de Services de classement. En 1960, le Service employait 6 ou 7 psychologues pour l'ensemble du Canada. Au début des années 1970, leur nombre avait atteint environ une cinquantaine. Qui plus est, le Conseil du Trésor du Canada adopte à ce moment le principe de recruter le personnel de psychologie selon les normes utilisées dans les pénitenciers américains. Celles-ci fixent la proportion de dotation des psychologues de un pour 100 à 250 détenus dans le cas des établissements correctionnels réguliers et à un psychologue pour 40 détenus en milieu psychiatrique ou dans les Centres régionaux de réception (R. E. Watkins, 1992). Aujourd'hui, on constate que les coûts des soins psychologiques n'ont pas cessé d'augmenter. Le nombre de ces professionnels approche 100 dans tous les établissements correctionnels fédéraux du Canada, sans compter les coûts reliés aux services de psychologie privatisés. À titre d'exemple, dans la seule région du Québec, en 1992, le coût des soins

psychologiques a atteint 1 442 500 dollars canadiens, en plus de 19 psychologues fonctionnaires employés par les établissements correctionnels.

Au cours de la décennie 1980-1990, les services psychologiques ont continué à connaître un essor malgré les restrictions budgétaires du gouvernement fédéral. Les besoins étaient justifiés par des résultats des commissions d'enquête dont les deux plus marquantes sont l'Enquête Pépino et l'Enquête Ruygrock. Cette dernière porte le nom d'une jeune femme de 21 ans, Cécilia Ruygrock, tuée à son lieu de travail, soit une maison de transition où résidait l'agresseur qui y était en libération conditionnelle. Cette victime fut d'abord agressée sexuellement puis tuée. Ces enquêtes ont montré que le Service correctionnel du Canada (S.C.C.) ne faisait pas systématiquement des évaluations psychologiques et psychiatriques de ces criminels avant de les libérer. On pense que celles-ci auraient pu aider à mieux prédire les risques de commettre des nouvelles violences et aussi déterminer les traitements psychologiques requis pour minimiser ces risques. Le rapport recommande d'exiger de rendre disponibles ces évaluations lors des études en vue de la libération conditionnelle de tout délinquant violent et dangereux.

Par ailleurs, pour répondre aux demandes de la population canadienne qui exigeait de meilleures protections contre les récidives violentes de cette catégorie de criminels, le législateur a dû modifier, en 1989, la *Loi sur les pénitenciers*. Les sentences sont devenues plus sévères et les libérations conditionnelles plus difficiles à obtenir pour cette catégorie de délinquants. Cette loi oblige aussi le S.C.C. à faire en sorte que chaque détenu ait accès aux soins qui peuvent faciliter sa réadaptation et sa réinsertion sociale.

Comme il fallait se conformer à cette loi, les autorités pénitentiaires devaient déterminer les besoins de traitement de la clientèle. Le Service correctionnel du Canada a commandé une étude permettant de connaître la prévalence des troubles mentaux chez tous les détenus incarcérés dans les pénitenciers fédéraux.

Les résultats ont montré que les troubles mentaux sévères ainsi que les autres troubles psychologiques étaient plus élevés parmi la population carcérale que dans la population générale (Hodgins et Coté, 1990; Motiuk et Porporino, 1991). D'où la mise en place d'une série de stratégies visant à mieux répondre aux besoins de la clientèle en matière de santé mentale.

PROBLÈMES

Dans les établissements correctionnels, les détenus ont accès aux soins de santé mentale à leur demande ou pour se conformer aux plans de traitement établis par le service de gestion des cas. Lorsqu'un délinquant est libéré dans la communauté, il est tenu de respecter des conditions de libération

imposées par la Commission nationale des libérations conditionnelles (C.N.L.C.) dont les suivis psychologiques. Ceux-ci visent à réduire le risque d'implication du délinquant dans des activités criminelles, à maîtriser les comportements pouvant nuire à son bon fonctionnement dans la collectivité, à améliorer la santé mentale de l'intéressé et à faciliter sa croissance personnelle.

Parallèlement à l'importance grandissante de la psychologie au sein des établissements pénitentiaires canadiens, il se développait entre 1970 et 1980 un courant de pensée chez des chercheurs qui mettaient en doute l'efficacité des traitements psychologiques en milieux correctionnels adultes et juvéniles. D'une part, il y a ceux qui soutiennent que les traitements correctionnels ont en général des effets positifs sur ceux qui en bénéficient (Andrew et coll., 1990; Cullen et Gilbert, 1982) et qu'ils ont une influence sur la diminution de la récidive (Dwyer et Amberson, 1975; Maleztky, 1984; Palmer, 1983; Ross et Gendreau, 1979; 1981 & 1987). D'autre part, il y a ceux qui disent au contraire que rien ne fonctionne dans le traitement des délinquants (Bailey, 1966; Annis, 1979; Logan, 1972; Wilson, 1975; Martinson, 1974; Lab et Whitehead, 1988; Wilson, 1975; Walker, 1989). Cette controverse concerne tant le traitement des délinquants adultes que celui des délinquants juvéniles.

Lorsqu'on examine à fond ces études, la conclusion générale qui s'en dégage est qu'on est loin d'avoir atteint un consensus sur la question et que beaucoup de ces recherches servent davantage à étaler les idéologies et les opinions des auteurs qu'à fournir des preuves scientifiques irréfutables. Il faut donc faire d'autres études scientifiques plus concluantes. Mais pour y parvenir, il faudra surmonter des difficultés méthodologiques qui subsistent, en particulier celles associées aux contextes du traitement à l'intérieur des établissements correctionnels et aux politiques de transfert des détenus d'un établissement à un autre.

À titre d'exemple, les pratiques d'imposer des traitements psychologiques en ne tenant compte que des conclusions issues des évaluations fournies aux agents de gestion des cas soulèvent des objections sur la motivation réelle des clients qui s'y soumettent. On affirme à ce sujet que ces délinquants suivent le traitement pour améliorer leur dossier lors des études pour des libérations conditionnelles. On va jusqu'à supposer que c'est devenu un procédé utilisé par les délinquants pour forcer les décideurs en obtenant des recommandations favorables du personnel traitant. D'autres considèrent que des décideurs, qui sont des membres des commissions nationales des libérations conditionnelles, imposeraient des suivis thérapeutiques à des délinquants qui n'en auraient pas besoin dans le seul but de se « couvrir » en cas de récidives spectaculaires attirant l'attention des médias, donc du public.

Beaucoup de changements de thérapeutes se produisent également durant une même sentence. On sait que les pénitenciers fédéraux comportent des établissements groupés en quatre niveaux de sécurité : minimum, médium, maximum et unité à sécurité maximale élevée. Certains de ceux-ci offrent des programmes de traitement psychologique spécialisés qui ne sont pas disponibles dans les autres établissements correctionnels fédéraux du Québec. On utilise le processus de transfert pour alléger le niveau de sécurité de l'établissement où un délinquant purge sa sentence et pour donner l'accès à d'autres programmes non disponibles sur place, ou encore pour permettre au délinquant de se rapprocher de sa famille. De tels transferts entraînent des changements de thérapeutes et bousculent les traitements psychologiques en cours. Malheureusement, on note qu'on n'échange pas suffisamment d'informations relatives aux méthodes et aux objectifs des traitements qui étaient en cours lors de ces déplacements. Cela se répercute sur la motivation des clients qui se voient faire des répétitions dans leurs processus thérapeutiques et qui ont l'impression de recommencer à zéro un traitement qui leur paraissait presque complété. On voit donc que ces changements d'établissement correctionnel peuvent modifier négativement la motivation au traitement. Certains cliniciens soutiennent qu'il est néfaste de provoquer un bris des liens thérapeutiques établis car les clients touchés hésiteraient à reprendre leurs processus thérapeutiques de peur de ne pouvoir les compléter avant que ne surviennent d'autres transferts. Des insatisfactions à ce niveau sont exprimées dans des commentaires négatifs concernant les rotations fréquentes des employés du Service et des répétitions des suivis thérapeutiques. Les délinquants vont jusqu'à nier la valeur des suivis thérapeutiques offerts dans les établissements correctionnels pour privilégier ceux qui se donnent durant les périodes de libération conditionnelle. Ces problèmes qui peuvent influencer négativement la motivation au traitement portent à se questionner sur le niveau de motivation de la clientèle en suivis thérapeutiques durant la libération ainsi que sur la pertinence de ces activités thérapeutiques. C'est la raison qui nous amène à vouloir étudier ces variables chez une clientèle en libération conditionnelle. La motivation est définie ici comme le désir exprimé par le client de suivre le traitement alors que la pertinence désigne le fait de traiter des individus qui ont des problèmes de santé mentale ou de comportements. Ceux-ci correspondent à des diagnostics cliniques figurant dans les rapports soumis par les professionnels qui offrent ou recommandent les traitements psychologiques. On doit souligner que le but de l'étude n'est pas de vérifier si les professionnels font de bons diagnostics en fonction des critères du DSM III-R, mais s'ils perçoivent des problèmes de santé mentale pour justifier le fait de traiter ou de référer quelqu'un en traitement, si cette clientèle est motivée pour subir ces traitements et si ces traitements sont considérés comme pertinents.

MÉTHODOLOGIE

a) Clientèle

Deux méthodologies ont été considérées pour mener la présente étude : procéder par un échantillonnage ou faire une enquête. Selon les statistiques de gestion du Service correctionnel du Canada, au cours des mois d'avril, mai, juin et juillet 1993, il y avait respectivement 3 086, 3 096, 3 062 et 3 107 délinquants en libération sous surveillance dans les deux districts administratifs de libération du Québec. Dans le seul District Montréal métropolitain, il y avait, en mars et en août 1993, 1 790 et 1 779 délinquants sous surveillance.

Malheureusement, il n'y a pas de statistiques compilées sur l'ensemble des suivis thérapeutiques. Les seules données disponibles se rapportaient au mois d'octobre 1993 et avaient été produites à la demande de l'Administration régionale du Québec, qui voulait faire un dénombrement des cas en suivis thérapeutiques pour une prévision des dépenses à encourir jusqu'à la fin de l'année financière 1993-1994. Il a été établi à ce moment que 153 délinquants bénéficiaient d'un suivi thérapeutique dans le District Montréal métropolitain. Cette compilation fut réalisée sur une période de trois semaines se terminant le 10 octobre 1993.

Pour initier la présente étude, on a consulté les gestionnaires des bureaux sectoriels de libération pour avoir une idée du nombre des sujets à couvrir en vue de cette recherche. On avait obtenu une estimation globale d'environ 140 à 180 clients susceptibles d'être en suivi thérapeutique au cours d'une même période d'un mois. Ce nombre ne semblait pas être trop grand pour envisager d'inclure tous les sujets dans l'étude. Ceci éliminait la possibilité de procéder par échantillonnage. La méthode retenue fut donc de mener une enquête sur tous les cas des bureaux sectoriels du District Montréal métropolitain; on maximise ainsi l'exactitude des informations. Le délai fixé pour compléter la cueillette des données était de 4 mois, soit entre le 1^{er} avril et le 31 juillet 1993. Chaque bureau sectoriel choisissait un mois au cours de cette période pour faire la cueillette des données. On lui demandait d'inclure tous les sujets qui suivaient des traitements psychologiques, psychiatriques et sexologiques. On n'a pas cru nécessaire d'exiger que l'on rejoigne ceux qui terminaient leur traitement ni ceux qui changeaient de district administratif pour éviter des difficultés relatives à la consultation des dossiers et d'interroger ces clients. Rien n'indique que cette procédure pouvait influencer négativement la validité scientifique des résultats.

b) Instrument de cueillette des données

Une grille d'analyse a été construite et validée de la façon suivante : une première ébauche rédigée sur quatre pages a été présentée lors d'une

réunion régulière des responsables des bureaux sectoriels des libérations du District Montréal métropolitain. Les commentaires reçus ont servi à faire une nouvelle version que devaient réviser les agents de gestion de cas communautaires. Ceux-ci forment le personnel qui fournit les données de l'étude. Leurs commentaires recommandaient de simplifier la façon de noter les réponses ainsi que d'alléger les expressions scientifiques utilisées. Les règles suivantes étaient appliquées aux commentaires reçus : éliminer toute question désapprouvée par au moins trois personnes consultées. S'il y avait une reformulation majeure apportée à l'une ou l'autre question, on devait refaire une nouvelle consultation sur ces changements. Lorsqu'il s'agissait d'une amélioration mineure touchant la clarté par exemple, on l'insérait tout simplement.

En procédant ainsi, nous avons éliminé deux questions perçues comme pouvant devenir des sous-questions. Trois questions non essentielles ont été supprimées pour réduire le temps nécessaire pour remplir la grille à la demande de deux responsables de bureau sectoriel. Nous avons ainsi gardé 9 questions pour réaliser l'étude. Les consignes données stipulaient de chercher l'information dans les rapports psychologiques et psychiatriques disponibles dans les dossiers des délinquants ou d'interroger les délinquants et les professionnels traitants lorsque l'information ne s'y trouvait pas. On devait également remplir une grille pour chaque délinquant.

L'identification des sujets n'a pas causé de problèmes, car ce groupe fait l'objet de contrôles des dépenses. Ceci exige de tenir une liste à jour sur ces clients dans chaque bureau sectoriel. Ces listes ont été utilisées pour répertorier les sujets de l'étude.

Voici les informations à trouver dans les dossiers de chaque délinquant :

- les diagnostics de troubles de santé mentale figurant dans les évaluations psychologiques et psychiatriques ;
- les catégories des professionnels traitants :
 - suivis psychologiques seulement
 - suivis sexologiques seulement
 - suivis assurés par une combinaison de professionnels (exemple : psychologue et sexologue, psychiatre et psychologue...)
 - suivis psychiatriques seulement
 - suivis à l'intérieur des programmes spécialisés ;
- le nombre de ceux qui étaient en traitement juste avant leur libération ;
- fréquence des rencontres avec les professionnels traitants :
 - rencontres deux fois par semaine

- rencontre une fois par semaine
- rencontre une fois toutes les 2 semaines
- rencontre une fois toutes les 3 semaines
- rencontre une fois par mois ;
- statuts légaux des bénéficiaires de suivis thérapeutiques :
 - en libération d'office
 - en semi-liberté
 - en libération conditionnelle totale.

Voici les informations à obtenir auprès des délinquants :

- motivation au traitement, c'est-à-dire volonté exprimée par le sujet pour suivre le traitement en cours ;
- pertinence du traitement, c'est-à-dire existence de problèmes de santé mentale ou de comportement qui justifient les besoins du traitement tels qu'ils sont soulignés dans les rapports des professionnels traitants.

PRÉSENTATION DES DONNÉES

Neuf bureaux sectoriels de libération ont respecté les délais exigés par l'étude. En raison des vacances et des congés de maladie des employés, les compilations des données ont été effectuées en juillet et en août 1993 dans un autre bureau sectoriel. Cette différence de dates n'est pas une variable susceptible d'invalider les résultats.

Les données ont été fournies sur des grilles d'analyse distribuées par les responsables de secteur aux employés qui assuraient la surveillance des libérés conditionnels répertoriés pour cette étude. On ne demandait pas de fournir des renseignements sur des sujets qui quittaient le district administratif, surtout si les employés n'avaient plus accès aux dossiers pour y extraire les renseignements demandés. Lorsqu'il survient des réincarcérations, les processus administratifs aboutissant au transfert des dossiers d'un centre de gestion à un autre sont généralement souples pour permettre de compléter les grilles d'analyse avant de procéder au transfert effectif des dossiers. Quand le transfert était accéléré, on n'exigeait pas de démarches afin d'obtenir les données non recueillies. On devait exclure tout simplement ces sujets de l'étude. Malgré de telles consignes, il ne semble pas que cela se soit produit pour plus de 5 sujets.

POPULATION ÉTUDIÉE ET CONCENTRATION DES SUJETS PAR GROUPE PROFESSIONNEL

Comment se distribue la population étudiée dans chaque bureau sectoriel de libération du District Montréal métropolitain ? Le tableau 1 groupe

les 150 sujets étudiés, tous des hommes. Ce nombre correspond à 8,4 % de l'ensemble des cas sous surveillance dans le district en août 1993 et représente aussi le taux de la population des délinquants en libération qui se soumettent aux suivis thérapeutiques. Il équivaut à 98 % des sujets en suivis thérapeutiques répertoriés le 10 octobre 1993 par l'Administration régionale du Québec.

Selon le tableau ci-après, 85,3 % des sujets étaient suivis par des psychologues, 1,3 % par des sexologues, 2,6 % par des psychiatres, 2,6 % avaient des suivis offerts en même temps par deux catégories de professionnels et 7,9 % avaient des suivis thérapeutiques dans le cadre de programmes spécialisés.

Tableau 1
Distribution des sujets en suivis psychologiques
selon les bureaux de secteurs le 31 mai 1993

Secteur	Total général	Totaux de cas en suivi psychologique seulement	Totaux de cas en suivi sexologique	Totaux de cas en suivis multiples	Totaux de cas en suivi psychiatrique	Totaux de cas en programme spécialisé
Lafontaine	39	36	0	1	0	2
P.S.I. (1)	5	5	0	0	0	0
C.C.C. Martineau	7	6	0	0	0	1
Longueuil	18	17	0	0	0	1
C.C.C. Ogilvy	5	3	0	0	0	2
Langelier	29	24	1	2	1	1
Ville-Marie	20	15	1	0	3	1
C.C.C. Sherbrooke	8	7	0	1	0	0
Granby	19	15	0	0	0	4
Total général	150	128	2	4	4	12
Total en %	100 %	85,3 %	1,3 %	2,6 %	2,6 %	7,9 %

(1) P.S.I. : Programme Surveillance intensive

En comparant les pourcentages des professionnels qui traitent la clientèle étudiée avec ceux des diagnostics cliniques obtenus, on constate que des services psychologiques sont utilisés dans des proportions assez proches de celles de l'ensemble des diagnostics des troubles de santé mentale, soit 85,3 % (suivis offerts par des psychologues) contre 81 %

(diagnostics de troubles de santé mentale obtenus en excluant les proportions des catégories : autres diagnostics et aucun diagnostic ; voir aussi le tableau 3). Le pourcentage des troubles psychotiques équivaut à la moitié de celui des cas référés aux suivis offerts par des psychiatres, soit 2,6 % contre 1,33 %. Cette différence peut s'expliquer par le fait que des sujets présentant d'autres diagnostics peuvent requérir des soins psychiatriques sans qu'il y ait de symptômes d'ordre psychotique. On ne peut pas associer aux autres professionnels, à des diagnostics cliniques spécifiques pour faire une analyse comparative. En se basant sur les distributions ci-dessus, on constate que la référence aux spécialités professionnelles semble respecter la sévérité des problématiques de santé mentale de la clientèle.

DISTRIBUTION DES SUJETS EN FONCTION DU GENRE DE LIBÉRATION

L'une des questions que l'on se pose sur les utilisateurs des suivis psychologiques est leur statut légal au moment de l'étude. Ceci revient à savoir la concentration des clients en suivi psychologique par rapport aux différentes catégories de libérations conditionnelles octroyées. D'après le tableau ci-dessous, 68 % des sujets étaient en semi-liberté, 16,6 % étaient en libération d'office et 15,3 % étaient en libération conditionnelle totale.

Tableau 2
Distribution des sujets par statut légal de libération conditionnelle

Statuts légaux de libération conditionnelle	Totaux	Pourcentage
Libération d'office	25	16,6
Semi-liberté	102	68
Libération conditionnelle totale	23	15,3
Total	150	99,9

Selon les résultats ci-dessus, la plus forte concentration de la clientèle se retrouve donc parmi ceux qui sont en semi-liberté. Ceci suggère que les suivis psychologiques peuvent constituer une forme d'intervention permettant de raccourcir l'incarcération lorsqu'ils sont perçus comme un moyen efficace de réduire les risques de récidives.

PRÉVALENCE DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE

Pour savoir si les sujets en traitement avaient des troubles de santé mentale, on a relevé les diagnostics cliniques posés par les professionnels traitants selon les catégories de la classification du DSM III-R. Le plus

grand souci n'a pas été de vérifier si chaque diagnostic remplissait tous les critères exigés par le DSM III-R mais d'identifier ceux qui avaient été jugés comme présentant des troubles de santé mentale pour les référer ou pour amorcer les traitements. Les employés qui remplissaient les grilles d'analyse devaient se contenter de relever les diagnostics indiqués dans les évaluations psychiatriques et psychologiques remises au Service correctionnel du Canada.

Le tableau 3 résume ces diagnostics. Il est à noter que la catégorie des doubles diagnostics représente les cas où il apparaissait plus d'un diagnostic clinique.

Tableau 3
Taux des troubles mentaux chez les délinquants
bénéficiaires des suivis thérapeutiques

Diagnostics cliniques du DSM III-R	Totaux des sujets	Pourcentages
Troubles psychosexuels	6	4
Abus de substances	21	14
Troubles d'adaptation	9	6
Troubles de l'humeur	10	6,67
Troubles psychotiques	2	1,33
Troubles de personnalité	37	24,67
Troubles organiques	1	,67
Troubles d'anxiété	1	,33
Autres diagnostics (carence affective, violence conjugale, etc.)	12	8,0
Aucun diagnostic	16	10,67
Doubles diagnostics	35	23,33
Total	150	99,67

Selon le tableau 3, 81 % des sujets avaient des diagnostics décrits comme des troubles de santé mentale par le DSM III-R., 8 % avaient des diagnostics différents de ceux des troubles mentaux, notamment présence de carence affective et violence conjugale, et 10,67 % n'avaient aucun diagnostic de trouble de santé mentale. Les taux les plus élevés sont : 24,67 % pour les troubles de personnalité, 23,33 % pour les doubles diagnostics, 14 % pour les abus des substances toxiques et 6,67 % pour les troubles de l'humeur.

LA POPULATION QUI UTILISE LES TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES DURANT L'INCARCÉRATION ET LES LIBÉRATIONS CONDITIONNELLES

Pour savoir si les clients en suivi thérapeutique diffèrent durant l'incarcération et durant la période de libération, nous avons identifié ceux qui avaient eu un suivi psychologique dans les mois qui précèdent leur libération des établissements correctionnels. Les résultats montrent que 61,3 % des sujets avaient été en traitement dans les mois précédant leur libération. Le reste des clients l'étaient pour la première fois. Il n'y a pas eu de réponses fournies pour 1,3 % des cas. Ces données confirment que la majorité des utilisateurs des services de santé mentale durant l'incarcération vont continuer à les utiliser durant leur libération conditionnelle. Autrement dit, ceux qui ont des traitements psychologiques durant l'incarcération sont les mêmes clients de ces services une fois libéré dans la communauté. C'est une constatation qui milite en faveur d'une cohérence de l'ensemble des services psychologiques qui doivent être bien intégrés aux différents niveaux de la gestion de la sentence. Pour ce faire, il faut assurer une coordination efficace des services de façon à favoriser la continuité des traitements d'un endroit à un autre, à maintenir la motivation au traitement et à optimiser l'emploi des ressources professionnelles. À toutes les étapes de la peine, le traitement devrait être bien décrit au point de vue des méthodes employées, des objectifs poursuivis et des résultats atteints afin d'éviter des dédoublements et des pertes de la motivation chez la clientèle.

DURÉES DES SUIVIS THÉRAPEUTIQUES

Afin de connaître combien de temps dure le suivi thérapeutique de la clientèle, on a compilé les données statistiques sur cet aspect. Le tableau 4 rapporte la durée des traitements de plus de 6 mois pour chaque catégorie de diagnostics cliniques.

Les résultats obtenus montrent que 98 clients (65,33 %) étaient en suivi psychologique depuis moins de 6 mois. Le tableau 4 ne rapporte que ceux dont le traitement dépassait 6 mois. On a obtenu la répartition suivante : 28 clients (18,66 %) sont en traitement depuis 7 à 12 mois, 16 clients (10,66) de 1 à 2 ans, et 8 clients (5,33 %) depuis plus de 2 ans. Ceux qui sont en suivis depuis plus que 12 mois ne représentent pas un assez grand pourcentage pour conclure qu'il y a un grand nombre de clients qui demeure en traitement plus longtemps que nécessaire. Les traitements s'étalant sur plus de 2 ans comportent 50 % des individus ayant des troubles de personnalité. Il est à noter qu'on y retrouve la catégorie des troubles de personnalité antisociale.

Tableau 4
Suivis thérapeutiques dépassant six mois, chez des délinquants en libération
en fonction des diagnostics cliniques du DSM III-R

Diagnostics cliniques du DSM III-R	Distribution des sujets en fonction de la durée du suivi thérapeutique		
	7 à 12 mois	de 1 à 2 ans	plus de 2 ans
Troubles psychosexuels	3	0	0
Abus de substances	4	2	0
Troubles d'adaptation	1	2	0
Troubles de l'humeur	3	2	0
Troubles psychotiques	0	0	1
Troubles de personnalité	5	4	7
Troubles organiques	0	0	0
Troubles d'anxiété	0	0	0
Autres diagnostics	2	0	0
Aucun diagnostic	0	0	0
Doubles diagnostics	10	6	0
Total des sujets	28 (18,66 %)	16 (10,66 %)	8 (5,33 %)
Moyenne	2,54	1,45	0,72
Variance	9,62	5,85	5,67

FRÉQUENCE DES RENCONTRES DES SUIVIS THÉRAPEUTIQUES

Une variable qui affecte directement le coût des services psychologiques privatisés est la fréquence des rencontres entre clients et professionnels traitants. C'est une préoccupation qui se justifie en raison des difficultés économiques actuelles, et du fait que la facturation des services psychologiques privatisés se fait à l'acte, c'est-à-dire selon le nombre d'heures de rencontres que le professionnel consacre à son client. La compilation des fréquences des entrevues thérapeutiques donne les distributions suivantes : un seul sujet (représentant ,6 % de tous les sujets) était vu deux fois par semaine au moment de l'étude, 43 délinquants (28,6 % de tous les sujets) étaient vus une fois par semaine, 95 (63,3 % de tous les cas) étaient vus une fois toutes les deux semaines, 2 délinquants (correspondant à 1,3 %) étaient vus une fois toutes les trois semaines, et 9 sujets (soit 6 %) étaient vus une fois par mois. Chaque rencontre dure une heure.

En général, ces fréquences paraissent convenir aux besoins de gestion de la clientèle. En effet, les périodes de libérations octroyées se divisent généralement en phases de 4 à 6 mois renouvelables au cours desquelles des libérés conditionnels séjournent d'abord dans des maisons de transition avant d'obtenir d'une libération conditionnelle totale. C'est souvent dans la première phase que la majorité ont des conditions de libération exigeant de se soumettre aux traitements psychologiques. Durant cette période, les suivis thérapeutiques sont offerts de façon intensive pour favoriser une meilleure intégration dans la communauté après la période d'incarcération.

Nos résultats auraient pu être comparés à ceux d'autres services, mais on déplore le manque d'études semblables pour pouvoir faire une telle analyse scientifique. On doit se contenter de comparer nos résultats à ceux obtenus lors d'une enquête effectuée sur la clientèle des Centres locaux des services communautaires du Québec (Marchand et Perreault, 1992). Celle-ci concluait qu'il s'agissait d'une clientèle adulte requérant une psychothérapie brève de moins de 12 rencontres.

La durée et la fréquence des suivis thérapeutiques soulèvent souvent des polémiques parmi les spécialistes. Malgré des divergences de points de vue, tout le monde semble s'entendre pour dire que les durées dépendent de la complexité des problèmes présentés par des clients, mais aussi des orientations théoriques de ceux qui se prononcent sur cette question. Quant aux fréquences des rencontres de suivis thérapeutiques de la clientèle du S.C.C., le Service autorise au départ 4 rencontres le premier mois et une fois tous les quinze jours ensuite. Pour les durées de traitement de 4 mois à 6 mois, le nombre des entrevues généralement payées au professionnel va de 10 à 14 séances. On voit donc qu'il n'y a pas un grand écart avec les durées moyennes des suivis en C.L.S.C. Il faut noter que des fréquences plus intensives peuvent être autorisées cas par cas, selon les besoins de chaque client.

PERTINENCE DES SUIVIS

Dans cette étude, la pertinence des suivis thérapeutiques est définie comme une constatation de troubles de comportements ou de santé mentale requérant des interventions psychologiques. On trouve ces renseignements dans les rapports d'évaluation fournis par les professionnels traitants lorsqu'ils justifient, amorcent ou recommandent une telle démarche thérapeutique.

Le tableau 5 rapporte les distributions sur l'estimation du degré de pertinence des suivis thérapeutiques : 94,66 % des délinquants ont des suivis thérapeutiques jugés comme au moins pertinents tandis que 5,33 % ne sont pas pertinents. C'est la catégorie des clients qui n'ont pas de diagnostics cliniques qui comprend le plus grand nombre de ceux qu'on considère

comme ayant des suivis thérapeutiques perçus comme d'aucune pertinence. On pourrait reprocher à cette estimation d'être subjective en l'absence de critères objectifs statistiquement gradués.

Tout en étant en partie d'accord avec une telle affirmation, nous estimons que les réponses des agents de surveillance, parce qu'elles tiennent compte des rapports d'évaluation reçus des professionnels traitants et s'appuient sur leur degré de connaissances accumulées au cours des entrevues avec leurs clients, nous permettent de considérer leurs appréciations comme fiables et valides.

Tableau 5
Pertinence des suivis thérapeutiques des délinquants en libération
en fonction des diagnostics cliniques du DSM III-R

Diagnostics cliniques du DSM III-R.	Distribution des cas par niveau de pertinence perçue		
	Très pertinent	Moyennement pertinent	Aucune pertinence
Troubles psychosexuels	4	2	0
Abus de substances	12	8	1
Troubles d'adaptation	4	5	0
Troubles de l'humeur	7	3	0
Troubles psychotiques	0	2	0
Troubles de personnalité	27	10	0
Troubles organiques	0	1	0
Troubles d'anxiété	1	0	0
Autres diagnostics	12	0	0
Aucun diagnostic	8	2	6
Doubles diagnostics	25	9	1
Total	100 (66,66 %)	42 (28 %)	8 (5,33 %)
Moyenne	9,09	3,81	,72
Variance	29,64	11,47	5,67

MOTIVATION AU TRAITEMENT

Généralement, on associe la motivation du client aux progrès qu'il peut réaliser au cours d'un traitement psychologique. Cette considération exige qu'on s'assure d'une motivation minimale justifiant la poursuite du traitement psychologique. Pour connaître ce niveau de motivation de la

clientèle on a procédé de deux façons : l'auto-évaluation des sujets étudiés et l'estimation des agents de surveillance de ces mêmes sujets. C'est dire que nous avons réalisé deux estimations de la motivation sur chaque sujet.

Le tableau 6 contient des résultats qui montrent que les délinquants se décrivent comme au moins moyennement motivés dans une proportion de 80 % et que les agents de surveillance estiment à 84 % ce même niveau de motivation.

Le coefficient de concordance entre ces deux classifications se situe à ,75 (degré de liberté : 139, obtenu en excluant les 9 sujets chez qui les agents ne pouvaient pas se prononcer ; pour le premier groupe, la moyenne est de 1,55 et la variance y est de ,549 ; pour le second groupe, la moyenne des réponses des agents de surveillance est de 1,58 tandis que la variance est de ,459). Les différences observées entre les deux classifications ne sont pas statistiquement significatives au test de Student. On en conclut qu'on peut utiliser aussi bien des agents de surveillance que des délinquants en suivis thérapeutiques pour estimer la motivation au traitement. Toutefois, pour éviter que les délinquants soient à la fois juges et parties, on suggère d'utiliser, en pratique, l'estimation de la motivation fournie par des employés du S.C.C.

Aux agents de surveillance, nous avons posé une question supplémentaire permettant de savoir combien de sujets se montrent au moins moyennement motivés parce qu'ils se disent obligés de se soumettre au traitement par la Commission nationale des libérations conditionnelles. Le nombre de ces cas représente 12 %. Dans le tableau 6, on voit qu'il y a aussi 10 % des sujets considérés par le personnel comme non motivés et 6 % pour lesquels les agents ne pouvaient se prononcer.

Tableau 6

Estimation de la motivation au traitement par les agents de surveillance et par les délinquants en libération conditionnelle bénéficiant d'un suivi thérapeutique

Degrés de motivation	Classement des agents de surveillance : total des sujets	Classements des délinquants qui suivent le traitement : total des sujets
Très motivés	72 (48 %)	87 (58 %)
Moyennement motivés	54 (36 %)	33 (22 %)
Aucune motivation	15 (10 %)	30 (20 %)
On ne peut se prononcer	9 (6 %)	non applicable
Total des sujets	150 (100 %)	150 (100 %)

PROGRÈS RÉALISÉS LORS DU TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE

Le tableau 7 montre que 52 % des sujets étudiés font des progrès au cours de leur suivi thérapeutique, que les agents ne pouvaient se prononcer pour 38,6 % des cas et qu'ils ne constataient pas de changements pour 9,33 % des cas.

Tableau 7

Estimation des progrès perçus par les agents responsables de la surveillance chez des libérés conditionnels bénéficiant d'un suivi thérapeutique psychologique en fonction des diagnostics cliniques du DSM III-R.

Catégories de diagnostics cliniques du DSM III-R	Distribution des sujets selon les progrès perçus par les agents de surveillance		
	Total des réponses « oui »	Total des réponses « non »	Total des réponses « On ne peut se prononcer »
Troubles psychosexuels	3	0	3
Abus de substances	8	5	8
Troubles de l'humeur	4	2	3
Troubles d'adaptation	9	0	1
Troubles psychotiques	0	0	2
Troubles de personnalité	19	2	16
Troubles organiques	0	0	1
Troubles d'anxiété	1	0	0
Autres diagnostics	7	0	5
Aucun diagnostic	6	3	7
Doubles diagnostics	21	2	12
Total	78 (52 %)	14 (9,33 %)	58 (38,66 %)
Moyenne	7,09	1,27	5,27
Variance	22,47	4,30	16,33

Certains commentaires figurant à la fin des protocoles des grilles d'analyse permettent d'expliquer en partie les difficultés qu'ont eues les agents de surveillance pour se prononcer sur les progrès de certains clients. On dit que beaucoup de ces cas venaient tout juste d'amorcer leur traitement, de sorte que les employés ne pouvaient en faire une quelconque estimation. On pense que les progrès de certains sujets ne sont pas observables sur un plan clinique et qu'il faut utiliser des tests psychologiques

objectifs pour les constater. Malgré ces explications acceptables, le nombre de ces cas paraît élevé et d'autres études sont nécessaires pour cerner ces difficultés.

DISCUSSIONS ET CONCLUSIONS

Le but de cette étude était de connaître la prévalence des troubles de santé mentale, l'utilisation des ressources professionnelles, la pertinence des suivis psychologiques imposés par la Commission nationale des libérations conditionnelles, la motivation au traitement psychologique, les progrès réalisés au cours des suivis thérapeutiques, la population qui utilise les suivis thérapeutiques durant l'incarcération et durant les libérations conditionnelles et la durée et la fréquence des traitements. Les résultats montrent que 81 % des clients en suivi thérapeutique avaient des diagnostics de troubles de santé mentale recensés par le DSM III-R et que 23,33 % de ces cas étaient des doubles diagnostics. Cette prévalence des problèmes de santé mentale permet de dire que les services de traitement psychologique sont offerts aux délinquants qui en ont besoin. Les agents de surveillance estiment à 94,66 % le total de ceux qui ont un suivi psychologique considéré comme moyennement ou très pertinent. Ils évaluent à 84 % les délinquants qui sont motivés pour suivre leurs traitements.

Tel qu'on l'a déjà indiqué, 23,33 % des diagnostics sont des doubles diagnostics. Il s'agit d'un pourcentage élevé qui incite à recommander d'être prudent lorsqu'il faut recourir aux services autres que la psychologie et la psychiatrie. En effet, des expériences cliniques montrent que les non-spécialistes ont tendance à isoler les problèmes de santé mentale sous un angle de diagnostic unidimensionnel alors qu'il peut y avoir interaction de plusieurs problèmes interreliés.

52 % des délinquants en traitement montrent des progrès dans leurs comportements ou l'état de leur santé mentale. 61,3 % avaient bénéficié d'un suivi thérapeutique durant les mois qui précédaient leur libération conditionnelle. Pour cette raison, on ne peut pas conclure facilement que ces progrès sont uniquement attribuables aux traitements en cours, car les variables d'étude n'étaient pas conçues de façon à analyser l'interaction et la complémentarité des divers traitements.

Les durées des traitements observées chez la clientèle du S.C.C. se comparent bien à celles des C.L.S.C. du Québec, tel que l'a montré une enquête. En effet, on a obtenu une plus forte concentration des durées de traitement de moins de 4 à 6 mois, soit pour 65,33 % des cas dont les durées totalisent 10 à 14 rencontres par client. Les psychologues reçoivent en traitement 85,3 % des clients ; 7,9 % des sujets sont traités dans le cadre de programmes spécifiques ; 2,6 % sont suivis par plus qu'une catégorie des

professionnels; 2,6 % sont suivis par des psychiatres et, 1,3 % sont traités par des sexologues.

Le pourcentage des sujets qui demeurent en traitement au-delà d'un an représente 34,66 %. On n'est pas en mesure d'expliquer ces données. On a vu que les troubles de personnalité constituent le groupe de clients qui demeurent le plus longtemps en traitement. D'autres études nous paraissent nécessaires pour comprendre les problématiques associées à ces longueurs de traitement. Au point de vue des progrès réalisés par la clientèle, les agents de surveillance ne pouvaient pas se prononcer pour 38,66 % des cas. Ce chiffre paraît également élevé. Il peut s'expliquer en partie par le fait que certains sujets venaient d'amorcer leur traitement. On doit tout de même se questionner sur d'autres dimensions de ces services, notamment le mode de prestation, le choix des thérapeutes ou des spécialistes et l'efficacité scientifique des méthodes de traitement utilisées pour résoudre des problèmes de délinquance, pour n'en citer que quelques-unes.

Les sujets qui profitent d'un suivi thérapeutique avant leur libération représentent 61,3 % de tous les clients en traitement dans le district de libération étudié. Ce pourcentage élevé suggère que les utilisateurs des services de santé mentale sont généralement les mêmes durant l'incarcération et durant les libérations conditionnelles. On en conclut que les services de santé mentale devraient être bien coordonnés pour réduire les répétitions, les dédoublements, les effets de saturation au traitement et les inefficacités dues au fait que les professionnels travaillent avec l'impression qu'ils doivent réinventer la roue lors de tout début des traitements psychologiques.

En général, la présente étude donne des résultats encourageants sur la motivation au traitement des délinquants en libération conditionnelle, sur la pertinence des suivis psychologiques et sur l'utilisation des professionnels de la santé mentale. Nos résultats contredisent certaines perceptions négatives disséminées dans les milieux correctionnels, notamment sur la pertinence des suivis psychologiques et sur la motivation des libérés conditionnels. Ainsi, on peut dire que les suivis psychologiques des délinquants se font dans des conditions favorables au traitement. Même si cette étude donne des résultats optimistes, il ne faudrait pas conclure trop vite que la question est réglée scientifiquement une fois pour toutes. En effet, on a étudié des variables du traitement qui touchent des délinquants en libération dans un seul district administratif du Québec. Nous identifions d'autres variables à étudier pour pouvoir tirer des conclusions définitives. Ce sont des variables relatives au personnel traitant, notamment aux modalités et aux contextes des traitements ainsi qu'aux méthodes utilisées par les professionnels traitants.

RÉFÉRENCES

- ANDREW, D. A., ZINGLER, I.; HOGE, R. D.; BONTA, J.; GENDREAU, P. et CULLEN, F. T. (1990), « Does correctional treatment work? A clinical relevant and psychologically informed meta-analysis », *Criminology*, vol. 28, n° 3, pp. 369-404.
- ANNIS, H. M. (1979), « Treatment in corrections : Matinson was right », *Canadian Psychology*, vol. 22, pp. 321-326.
- BAILEY, W. C. (1966), « Correctional outcome : An evaluation of 100 reports », *Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science*, vol. 57, pp. 153-160.
- CULLEN, F. T. et GILBERT, K. E. (1982), *Reaffirming rehabilitation*, Cincinnati, Anderson Publishing Company.
- DWYER, M. et AMBERSON, J. I. (1975), « Sex offender treatment program : A follow up study », *American Journal of Social Psychiatry*, vol. 4, pp. 56-60.
- GENDREAU, P. et ROSS, R. (1979), « Effective correctional treatment : Bibliotherapy for cynics », *Crime and Delinquency*, vol. 25, pp. 463-489.
- GENDREAU, P. et ROSS, R. (1981), « Treatment in corrections : Martinson was wrong ! », *Canadian Psychology*, vol. 22, pp. 332-338.
- GENDREAU, P. et ROSS, R. (1987), « Revivification of rehabilitation : evidence from 1980's », *Justice Quarterly*, vol. 4, pp. 349-407.
- HODGINS, S. et CÔTÉ, G. (1990), « The prevalence of mental disorder among penitentiary inmates », *Canada's Mental Health*, vol. 38, pp. 1-5.
- LAB, S. P. et WHITEHEAD, J. T. (1988), « An analysis of juvenile correctional treatment », *Crime and delinquency*, vol. 34, pp. 60-83.
- MALETZKY, B. M. (1980), « Self-referred versus court-referred sexually deviant patients : success with assisted covert sensitisation », *Behaviour therapy*, vol. 47, pp. 306-314.
- MARCHAND, D. et PERREAULT N. (1992), « La psychologie en Centres locaux des services communautaires : au-delà des mythes », *Psychologie Québec*, vol. 5, n° 5, pp. 1 et 4.
- MARTINSON, R. M. (1974), « What works? Questions and answers about prison reform », *The Public Interest*, vol. 35, pp. 22-54
- MOTIUK, L. L. et PORPORINO, F. J. (1991), *The prevalence, nature and severity of mental health problems among federal male in Canadian penitentiaries*, Report n° 24, Research and statistics Branch, Correctional Service of Canada.
- PALMER, T. (1983), « The "effectiveness" issue today : An overview », *Federal Probation*, vol. 46, pp. 3-10.
- WALKER, S. (1989), *Sense and Nonsense about Crime : A Policy Guide*, Californie, Books/Cole.
- WATKINS, R. E. (1992), *A historical review of the role and practice of psychology in the field of corrections*, Correctional Service of Canada, Draft report.
- WILSON, J. Q. (1975), *Thinking about crime*, New York, Basic Books.