

ORDRE DE L'EXCELLENCE



RÉCIPIENDAIRE SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

Les besoins en matière de santé mentale des personnes ayant des démêlés avec la justice

Brève revue exploratoire de la littérature

Commission de la santé mentale du Canada
commissionsantementale.ca

À propos du présent document

Le présent rapport s'appuie sur une revue exploratoire réalisée par une équipe de chercheurs de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), qui a analysé les documents de recherche et de politique existants sur les besoins en matière de soins de santé mentale des personnes ayant des démêlés avec le système de justice pénale du Canada et de pays pairs. Il vise à orienter les recherches futures et l'élaboration de politiques en mettant en évidence les faits actuellement connus sur ce sujet et les éventuelles lacunes en matière de connaissances dans la documentation sur la santé mentale dans le système de justice pénale. Bien qu'il mette en lumière la recherche sur la prévalence des problèmes de santé mentale/maladies mentales dans le système de justice pénale, l'expérience des personnes ayant des démêlés avec la justice et vivant avec des problèmes de santé mentale/maladies mentales, ainsi que les pratiques et les principes prometteurs quant aux soins de santé mentale, le rapport ne prétend pas constituer une revue exhaustive de la littérature.

Remerciements

Le présent rapport a été préparé par :

Andrew Galley, Ph. D., analyste de la recherche et des politiques, direction nationale de l'ACSM

Frank Sirotych, Ph. D., directeur, Recherche et évaluation, ACSM Toronto

Sara Rodrigues, Ph. D., chercheure principale et analyste des politiques, direction nationale de l'ACSM

À la direction nationale de l'ACSM, Fardous Hosseiny, Payal Jain, Dina Bayoumy et Brianna Green ont aidé à la production du présent rapport. L'équipe de l'ACSM tient également à remercier Mackenzie Claggett, Julia Gonsalves, Harshita Sandhu et Shannon Vocino, étudiants de deuxième cycle à l'Université de Toronto, qui ont contribué à la préparation du présent rapport par l'entremise de Public Good Initiative. L'équipe tient aussi à adresser ses remerciements à Jennifer Ratcliff et à Justin Dickie (ACSM Ontario) pour leur contribution à la relecture.

L'ACSM et la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) tiennent à reconnaître les territoires ancestraux non cédés sur lesquels elles exercent leurs activités et leur relation avec les peuples autochtones habitant sur ces territoires et partout au Canada.

Le bureau national de l'ACSM est situé sur la terre connue aujourd'hui comme la ville de Toronto et sur les territoires traditionnels et non cédés des Mississaugas de New Credit, des Haudenosaunee et des Hurons-Wendats.

Les bureaux principaux de la CSMC sont situés sur les territoires traditionnels et non cédés du peuple algonquin. Ces terres accueillent aujourd'hui de nombreux membres de diverses communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Nous souhaitons remercier les Aînés et les gardiens de la terre, passés et présents, et saluer la force et la résilience des peuples autochtones partout au Canada.

This document is available in English.

Indications concernant la citation

Citation suggérée : Commission de la santé mentale du Canada. (2020). *Les besoins en matière de santé mentale des personnes ayant des démêlés avec la justice : Brève revue exploratoire de la littérature*. Ottawa, Canada.

© 2020, Commission de la santé mentale du Canada

Les points de vue exprimés dans le présent document représentent uniquement ceux de la Commission de la santé mentale du Canada.

ISBN : 978-1-77318-203-2

Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada



Les points de vue présentés ici représentent uniquement les points de vue de la Commission de la santé mentale du Canada. Le présent matériel a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada.

Table des matières

Sommaire	i
Qui éprouve des problèmes de santé mentale dans le système de justice pénale?	ii
Taux de prévalence et risques pour la santé mentale.....	ii
Quelles sont les voies menant à l'implication des personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale/maladies mentales dans le système de justice?	ii
Quels sont les expériences et les besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale/maladies mentales qui ont affaire avec le système de justice?	iii
Décrire l'expérience des personnes ayant des démêlés avec la justice	iii
Facteurs favorables et obstacles à l'accès aux soins de santé mentale au sein du système judiciaire.....	v
Quelles pratiques prometteuses et fondées sur des données probantes répondent aux besoins en santé mentale au sein du système de justice pénale et dans la communauté, après la libération? ...	vi
Déjudiciarisation en santé mentale et solutions de rechange à l'incarcération.....	vi
Interventions et modèles de soins pour les personnes en détention	vii
Remise en liberté, réinsertion, probation et libération conditionnelle	viii
Quels principes et concepts devraient orienter l'élaboration de programmes et de politiques adaptés aux personnes ayant des démêlés avec la justice?	x
Parité et équivalence dans les soins de santé	x
Continuité des soins.....	xi
Réconciliation et équité	xi
Jurisprudence thérapeutique et équité procédurale	xii
Réforme du système	xii
Sommaire : Que savons-nous et qu'avons-nous besoin de savoir?.....	xii
État général de la recherche : Forces et faiblesses	xii
Recommandations précises de recherches plus poussées et de politiques	xiii
Conclusion	xiv
Les besoins en matière de santé mentale des personnes ayant des démêlés avec la justice :	
introduction	1
La santé mentale : source de préoccupation dans le système de justice pénale	1
Contexte politique actuel au Canada	2
Portée, questions de recherche et méthodes	7
Structure du rapport	9
Qui éprouve des problèmes de santé mentale dans le système de justice pénale?	11
Taux de prévalence et risques pour la santé mentale	11
Au Canada.....	12
Comparaison entre les estimations de la prévalence au Canada et à l'échelle internationale	22
Quelles sont les voies menant à l'implication judiciaire des personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale?.....	26
Déterminants directs de l'implication judiciaire	27
Déterminants indirects de l'implication judiciaire	29
Facteurs criminogènes.....	29
Déterminants sociaux de la santé	31
Facteurs structurels à l'origine de l'implication judiciaire	32

Limites et possibilités dans la littérature sur la prévalence	34
Quels sont les expériences et les besoins des personnes aux prises avec des maladies mentales ou des problèmes de santé mentale qui ont des démêlés avec la justice?	36
Décrire les expériences des personnes ayant des démêlés avec la justice	37
Transition, perturbations et discontinuité	37
Coercition, choix et changement	40
Isolement	42
Stigmatisation et honte.....	45
Automutilation et tendances suicidaires.....	47
Voies d'accès et mesures de contrôle : Accéder aux soins de santé mentale au sein du système de justice	49
Déjudiciarisation et tribunaux.....	49
Soins institutionnels en détention	51
Services correctionnels communautaires et soins	53
Limites et occasions dans la littérature sur l'accès et les expériences vécues	54
Quelles pratiques exemplaires fondées sur des données probantes répondent aux besoins en matière de santé mentale dans le système de justice pénale et dans la communauté après la libération?	55
Déjudiciarisation en santé mentale et solutions de rechange à l'incarcération	56
Mécanismes de déjudiciarisation, incluant les tribunaux spécialisés	56
Modèles d'intervention et de soins pour les personnes en détention	61
Programmes et approches spécialisés	61
Modèles de prestation de soins de santé mentale	64
Mise en liberté, réinsertion, probation, et libération conditionnelle	68
Interventions axées sur le client	68
Interventions axées sur le système	72
Collaborations intersectorielles	74
Limites et occasions dans la littérature sur les pratiques fondées sur des données probantes prometteuses	76
Quels principes et concepts doivent être à la base de l'élaboration de programmes et de politiques adaptés aux personnes qui ont des démêlés avec la justice?	78
Parité et équivalence des soins de santé	79
Indépendance des normes de soins cliniques.....	81
Continuité des soins	82
Réconciliation et équité	83
Programmation respectueuse des valeurs culturelles	84
Programmation adaptée au genre	85
Rétablissement	85
Jurisprudence thérapeutique et équité procédurale	86
Réforme systémique	86
Restriction du recours à l'isolement et au confinement	87
Transparence et responsabilité.....	87
Intégration et coordination intersectorielles	87
Résumé : Que savons-nous et qu'ignorons-nous?	89

État global de la recherche : Forces et faiblesses.....	89
Recommandations spécifiques pour les futures recherches et politiques.....	91
Conclusion.....	94
Annexe : Tableaux de consignation des données.....	96
Références	98

Sommaire

Le présent rapport analyse la littérature récente sur les besoins en santé mentale des personnes ayant des démêlés avec la justice au Canada. Il s'agit d'une brève étude exploratoire conceptuelle de sources universitaires et politiques sur le sujet, visant à identifier les domaines de discussion prioritaires actuels et à venir. Pour bon nombre d'observateurs critiques, les prisons et les pénitenciers sont aujourd'hui des lieux de confinement où placer les personnes ayant des problèmes de santé mentale/maladies mentales à l'abri des regards. Les chercheurs et les décideurs politiques conviennent que les personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale/maladies mentales sont surreprésentées dans les systèmes de justice pénale, au Canada et ailleurs dans le monde.

Nous avons examiné la littérature à travers le prisme de l'équité et des droits de la personne, en partant du principe que les personnes impliquées dans le système de justice, y compris les personnes reconnues coupables de crimes, conservent leur droit à des soins de santé adéquats (y compris les soins de santé mentale), et que l'identité a une incidence sur le rapport d'une personne avec le système de justice pénale – à la fois en tant qu'individu et en tant que membre de groupes vivant un désavantage structurel et de l'oppression. Tout au long du rapport, nous faisons ressortir deux thèmes principaux : la difficulté d'assurer la sécurité tout en fournissant des soins, et le chevauchement entre le rétablissement de la santé mentale et la réadaptation criminogène.

Le rapport applique son examen de la littérature à cinq questions de recherche concernant les besoins en santé mentale dans le système de justice pénale du Canada :

1. Parmi les personnes qui ont affaire au système canadien de justice pénale, lesquelles éprouvent des problèmes de santé mentale/maladies mentales, et de quel genre?
2. Quelles sont les expériences des personnes ayant des démêlés avec la justice qui vivent avec des problèmes de santé mentale et/ou des maladies mentales? À quels obstacles font-elles face pour accéder à des soins de santé mentale? En quoi ces expériences varient-elles lorsque l'on tient compte de plusieurs axes d'identité?
3. Quelles pratiques fondées sur des données probantes et quels cadres des programmes, politiques, normes et services prometteurs soutiennent le mieux la santé mentale des personnes qui ont affaire au système de justice pénale?
4. Quels sont les concepts et les valeurs clés qui doivent orienter la conception et l'exécution des programmes, des politiques et des services s'adressant aux personnes ayant des démêlés avec la justice qui ont des problèmes de santé mentale et/ou des maladies mentales? Comment ces programmes, politiques et services sont-ils et peuvent-ils être adaptés aux populations prioritaires?
5. Quelles sont les forces et les limites des données probantes existantes, et quelles sont les possibilités pour la recherche future, la mesure du rendement et le suivi des programmes?

Qui éprouve des problèmes de santé mentale dans le système de justice pénale?

Taux de prévalence et risques pour la santé mentale

Le taux de problèmes de santé mentale/maladies mentales chez les personnes ayant des démêlés avec la justice est très élevé – beaucoup plus que dans la population générale –, et l'écart se creuse avec le temps. Les chiffres exacts communiqués dépendent des sources de données utilisées et des définitions opérationnelles de « maladie mentale », de « problème de santé mentale » ou de « besoins ».

Les symptômes découlant de traumatismes et d'expériences de violence verbale, physique, émotionnelle ou sexuelle n'ont pas toujours été reconnus comme des besoins de soins de santé mentale qui devraient faire l'objet d'une évaluation, mais des recherches récentes indiquent que les antécédents de traumatisme et de violence sont plus nombreux chez les personnes impliquées dans le système de justice que dans la collectivité. Les taux de tentative de suicide et d'idées suicidaires sont aussi extrêmement élevés dans les prisons canadiennes, soit de 3 à 11 fois le taux observé dans la collectivité, selon la population – les Premières Nations, les Inuits et les Métis (PNIM) étant particulièrement vulnérables.

Au Canada, les taux de prévalence de problèmes de santé mentale/maladies mentales dans le milieu carcéral sont comparables à ceux qu'enregistrent les États-Unis (É.-U.), le Royaume-Uni (RU), l'Australie et la Nouvelle-Zélande (NZ).

Quelles sont les voies menant à l'implication des personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale/maladies mentales dans le système de justice?

Il existe une gamme de déterminants et de facteurs prédictifs qui augmentent la probabilité que les personnes ayant des problèmes de santé mentale/maladies mentales aient affaire au système de justice pénale. Ces déterminants peuvent être directs (p. ex., symptômes ou diagnostic de maladie mentale) ou indirects (p. ex., facteurs de risque criminogènes, comme des problèmes de comportement ou de conduite, le manque d'accès aux déterminants sociaux de la santé et les déterminants structurels tels que les conditions politiques et historiques ou la marginalisation en fonction de la race, l'identification en tant que PNIM et/ou le genre).

Les personnes vivant avec une maladie mentale qui sont aussi en situation d'itinérance sont parmi les sous-groupes de personnes sans-abri les plus susceptibles d'être confrontées au système de justice pénale, en particulier parce qu'elles sont souvent accusées de délits de nuisance et d'infractions commises pour assurer leur survie.

La possibilité d'une nouvelle arrestation est une autre voie menant à l'implication judiciaire des personnes ayant des problèmes de santé mentale/maladies mentales. Les personnes incarcérées qui ont une maladie mentale grave sont moins susceptibles de se voir accorder une libération conditionnelle totale, et quand elles sont libérées sur parole, elles sont moins susceptibles de pouvoir se conformer aux conditions de leur probation et de leur libération conditionnelle, les rendant ainsi plus vulnérables à une nouvelle arrestation ou à une réincarcération. Les plus importants facteurs prédictifs d'implication judiciaire comprennent le manque d'aiguillage vers les services et une lourde charge administrative sur la personne (p. ex., réunions ou conditions à respecter). Les mesures de soutien au logement sont

reconnues comme un facteur nécessaire dans la prévention des implications judiciaires récurrentes des personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale/maladies mentales.

De nombreux chercheurs et experts attribuent également la surreprésentation croissante des populations prioritaires dans le système de justice pénale à une série de réductions simultanées et importantes du financement des services sociaux et des programmes communautaires qui ont prouvé leur efficacité dans les milieux correctionnels.

Quels sont les expériences et les besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale/maladies mentales qui ont affaire avec le système de justice?

Décrire l'expérience des personnes ayant des démêlés avec la justice

Notre revue de la littérature a permis de dégager les thèmes suivants.

TRANSITION, PERTURBATION ET DISCONTINUITÉ

Les personnes ayant des démêlés avec la justice qui ont des problèmes de santé mentale/maladies mentales sont confrontées à plusieurs reprises à des perturbations et à des changements en raison de leurs déplacements fréquents entre les établissements, les tribunaux, les services offerts, les logements précaires et l'itinérance. Cette discontinuité est exacerbée par les tendances observées au sein des systèmes judiciaire et correctionnel au Canada : le nombre de personnes purgeant une peine d'emprisonnement était en baisse dans 6 des 10 provinces et 2 des 3 territoires en 2019, alors que 8 provinces et territoires comptent aujourd'hui un plus grand nombre d'adultes placés en détention provisoire que purgeant une peine d'emprisonnement. Même si les prisons offraient des environnements thérapeutiques adéquats, répondre aux besoins de santé mentale complexes demande du temps, et les séjours en prison sont généralement courts et leur durée peut être imprévisible, car les libérations sont déterminées par les tribunaux; ce qui réduit l'efficacité des interventions en santé mentale, sauf si elles se poursuivent dans la collectivité. Le resserrement des évaluations des risques et des conditions de mise en liberté sous caution entraîne une hausse des populations carcérales.

Les personnes qui vivent avec des maladies mentales, en particulier si elles sont libérées du tribunal, sont touchées de façon disproportionnée par ces changements, car elles sont libérées sans leurs effets personnels – y compris leurs médicaments et documents d'identité – qui peuvent être détenus dans des établissements provinciaux très dispersés, situés à des heures de route. Il a aussi été constaté à l'échelle internationale qu'au cours des deux semaines suivant leur libération d'un établissement provincial, les personnes courent un risque plus élevé de décès, en particulier par usage de substances et par suicide. Il s'agit d'une période où l'incertitude quant au logement, aux soins de santé et à l'avenir est à son apogée; la stabilité de la santé mentale est menacée; et des services de transition inadéquats peuvent rendre les personnes vulnérables.

COERCITION, CHOIX ET CHANGEMENT

Dans le contexte canadien où les ressources communautaires en santé mentale sont insuffisantes, l'implication judiciaire peut s'avérer l'un des rares moyens d'accéder à des soins de santé mentale. Mais le prix à payer pour y accéder est souvent d'être criminalisé et de potentiellement entrer dans un cycle de manquement aux conditions de libération sous caution ou être condamné à l'incarcération dans un

établissement où l'accès aux services de soins est administré dans un environnement anti-thérapeutique.

L'implication judiciaire, même si elle conduit à une peine en milieu ouvert ou à la déjudiciarisation, entraîne des restrictions et, dans certains cas, de nouvelles formes de chaos telles que la coercition institutionnelle, la ridiculisation et la violence; la complexité des conditions imposées et l'anxiété liée à la crainte de manquer les rendez-vous. Les formes de déjudiciarisation devant les tribunaux (p. ex., tribunaux de santé mentale) reposent sur l'hypothèse que la criminalisation est attribuable à la mauvaise gestion des symptômes d'une maladie mentale en raison du non-respect du traitement et/ou de services de santé mentale communautaires inadéquats ou inaccessibles, offrant et imposant à la fois de nouvelles formes de responsabilité.

SÉGRÉGATION ET ISOLEMENT

La ségrégation et l'isolement des personnes incarcérées qui vivent avec des maladies mentales ou qui en manifestent les symptômes sont fréquents. Beaucoup plus fréquents que chez leurs homologues qui n'ont aucune maladie mentale. Selon la littérature, la ségrégation est l'intervention institutionnelle la plus courante à l'égard d'une maladie mentale, en particulier dans le cas d'idées suicidaires, même si la sécurité et la santé mentale des personnes incarcérées ayant des maladies mentales sont souvent considérablement compromises par l'isolement et la ségrégation.

Au début des années 2010, la multiplication des lois sur la lutte contre le crime au Canada a entraîné une diminution des visites et des taux de libération conditionnelle. Les personnes incarcérées vivant avec des maladies mentales ont été touchées de manière disproportionnée par ces lois, même si elles sont déjà moins susceptibles de recevoir des visites ou d'obtenir un droit de visite.

L'enquêteur correctionnel du Canada soutient que le recours à l'isolement pour gérer les personnes qui ont une maladie mentale ne respecte pas les données probantes actuelles, les pratiques exemplaires ou l'expertise en matière de services correctionnels, qui indiquent toutes que les facteurs qui préviennent l'automutilation en prison sont la réduction du temps enfermé dans une cellule, l'accès à l'emploi, l'accès à des services de consultation individuelle, la participation à des programmes, ainsi que des contacts réguliers avec la famille et/ou les proches.

STIGMATISATION ET HONTE

Les personnes vivant avec une maladie mentale grave sont souvent plus visibles pour la police en raison de leur plus grande visibilité dans les espaces publics. Elles sont souvent perçues comme un risque et une menace pour la sécurité publique, ce qui renforce non seulement les attitudes stigmatisantes à leur égard, mais augmente aussi leur risque d'être appréhendées. Certaines personnes ayant des maladies mentales peuvent entrer dans le système de justice pénale sans diagnostic, car elles proviennent de collectivités où la stigmatisation, combinée à un accès limité aux services de santé, réduit les taux de sensibilisation et de recherche d'aide.

Les experts canadiens soutiennent que, au sein du système de justice pénale, les personnes qui vivent avec des maladies mentales sont souvent définies par leur diagnostic. Cette étiquette les suit et contribue à leur isolement social perçu et réel, et nuit à leur capacité à réintégrer leur communauté une fois libérées.

Les attitudes et les comportements stigmatisants adoptés par les professionnels du système correctionnel et les fournisseurs de soins de santé mentale communautaires – qui se sentent parfois mal préparés à servir les clients impliqués judiciairement – ont des conséquences néfastes sur l'expérience des personnes ayant des démêlés avec la justice vivant avec des maladies mentales.

AUTOMUTILATION ET TENDANCES SUICIDAIRES

Habituellement, les personnes incarcérées ne s'automutilent pas pour manipuler les agents correctionnels. Un nombre considérable de recherches confirment que les mesures disciplinaires ou punitives n'atténuent guère le risque ou les taux d'automutilation chez les personnes incarcérées.

Facteurs favorables et obstacles à l'accès aux soins de santé mentale au sein du système judiciaire

DÉJUDICIARISATION ET TRIBUNAUX

Déjudiciarisation fait référence aux programmes permettant de surseoir ou de suspendre les accusations, ou d'adopter d'autres procédures de détermination de la peine si un accusé consent à suivre un traitement. Les programmes de déjudiciarisation sont reconnus comme des facteurs facilitants importants de l'accès aux soins pour les personnes ayant des démêlés avec la justice. Cependant, cela est en partie dû à la pénurie de soins.

Les personnes ayant comparu devant les tribunaux de santé mentale ou devant les tribunaux ordinaires offrant des services de soutien liés à la santé mentale présentaient des niveaux élevés de besoins non satisfaits et n'avaient pas été aiguillées vers des mesures de soutien avant d'être confrontées au système judiciaire. La déjudiciarisation spécialisée pour les jeunes peut s'avérer particulièrement efficace, car les problèmes de santé mentale et l'implication judiciaire coïncident souvent avec le début de l'âge adulte, et les programmes de soutien peuvent avoir une incidence importante à cet égard.

SOINS INSTITUTIONNELS EN DÉTENTION

Au Canada, on observe une pénurie d'effectifs et des taux de roulement très élevés au sein des services de soins de santé mentale des établissements correctionnels. Les taux de postes vacants sont élevés dans les institutions fédérales et provinciales, avoisinant 8,5 % dans l'ensemble et environ 30 % pour les rôles spécifiques (p. ex., psychologue). De façon plus précise, l'usage de substances, le risque de suicide et les troubles d'adaptation (problèmes de santé mentale causés par l'incarcération) occupent les membres du personnel en santé mentale qui sont disponibles, de sorte que d'autres problèmes graves demeurent ignorés et sous-traités. La pharmacothérapie est largement reconnue comme jouant un rôle primordial – parfois exclusif – dans les soins de santé mentale offerts dans les établissements correctionnels. Dans les études qualitatives, les personnes ayant des démêlés avec la justice ont indiqué avoir l'impression qu'on leur administrait des médicaments dans le but de gérer leur comportement, et non de favoriser leur rétablissement.

La littérature indique que les soins de santé mentale en milieu correctionnel devraient avoir plusieurs composantes : dépistage à, ou peu après, l'admission; aiguillage vers une évaluation plus approfondie pour les personnes obtenant un résultat positif au dépistage; accès en tout temps aux soins d'urgence pour les personnes en crise (y compris la prévention du suicide); soins primaires dans tous les établissements et accès à des soins psychiatriques intermédiaires et spécialisés.

Bien que les outils de dépistage puissent être validés pour une utilisation par du personnel non spécialisé, l'observation informelle est également un élément clé du diagnostic et, en milieu

correctionnel, le personnel peut passer à côté des signes émergents de problèmes de santé mentale ou de crise qui ne correspondent pas à un comportement dramatique, étrange ou menaçant.

Les services de soins primaires offerts dans les institutions fédérales canadiennes sont surchargés, car les soins intermédiaires n'ont pas été financés universellement ou adéquatement, et les centres de traitement régionaux (qui offrent des soins tertiaires/intensifs) sont extrêmement limités en capacité en raison des critères d'admission très élevée; par conséquent, ceux qui ont besoin de ce niveau de soins n'y ont pas tous accès. À la suite de récentes vérifications des soins de santé mentale offerts dans le système correctionnel canadien, il a été recommandé de créer des unités de soins de santé mentale intermédiaires, d'assurer une dotation complète, de traiter les cas d'automutilation et d'idées suicidaires de façon appropriée, et de limiter la ségrégation afin d'améliorer l'accès à des soins de santé mentale de qualité.

SERVICES CORRECTIONNELS ET SOINS COMMUNAUTAIRES

Généralement, les gens qui ont déjà été incarcérés reviennent dans les quartiers qui sont souvent situés dans des zones très défavorisées, qui posent elles-mêmes des menaces pour le rétablissement de la santé mentale et qui représentent des facteurs de risque de recriminalisation. De telles circonstances peuvent perdurer même pour les personnes qui ont été mises en contact avec des services, puisque ces derniers sont souvent regroupés dans les mêmes quartiers où les personnes ont été d'abord confrontées aux facteurs déterminants de la criminalisation (p. ex., réseaux d'usage de substances, violence et, pour les femmes, violence et commerce du sexe). Ces circonstances peuvent contribuer à l'effet de « portes tournantes » et à la recriminalisation rapide des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale/maladies mentales, en particulier si les limites en matière de logement et d'emploi en raison de leurs démêlés avec la justice compliquent le respect du traitement.

Des examens des services de probation laissent entendre que le système n'aiguille pas fidèlement les probationnaires vers le niveau de service qui correspond à leurs besoins en matière de santé mentale. Les probationnaires à faible risque sont souvent dirigés vers des services spécialisés, alors que, souvent, les probationnaires ayant des besoins élevés n'ont pas accès à des soins de santé mentale coordonnés et axés sur la clientèle impliquée judiciairement.

Quelles pratiques prometteuses et fondées sur des données probantes répondent aux besoins en santé mentale au sein du système de justice pénale et dans la communauté, après la libération?

Déjudiciarisation en santé mentale et solutions de rechange à l'incarcération

MÉCANISMES DE DÉJUDICIARISATION, Y COMPRIS LES TRIBUNAUX SPÉCIALISÉS

Au Canada, les personnes vivant avec des maladies mentales peuvent être dirigées vers les tribunaux de santé mentale ou d'autres formes de déjudiciarisation devant les tribunaux. Les « accusés » qui ont une maladie mentale et qui choisissent de comparaître devant un tribunal de santé mentale sont ensuite tenus de se conformer à un programme de traitement personnalisé, élaboré par une équipe du tribunal de santé mentale, qui peut comprendre n'importe quel nombre ou combinaison de spécialistes du droit et de la santé mentale.

Les tribunaux de santé mentale sont évalués de plus en plus fréquemment, et sont souvent cités comme une pratique prometteuse dans la littérature sur les interventions, mais les évaluations sont encore en cours de développement. Dans certaines provinces, les programmes de déjudiciarisation en santé mentale ont été jugés les plus efficaces pour les personnes dont les besoins sont les moins complexes et les moins graves (en matière de santé mentale et de facteurs criminogènes).

La déjudiciarisation peut aider les gens à éviter le système judiciaire, mais on lui reproche de ne pas toujours aider les gens à accéder au système de santé mentale. Dans l'ensemble, il y a davantage de données probantes indiquant que les programmes de déjudiciarisation réduisent la durée d'incarcération que de données probantes indiquant qu'ils atténuent les symptômes ou améliorent la qualité de vie des personnes ayant des démêlés avec la justice vivant avec des maladies mentales. Les experts révèlent une meilleure amélioration du comportement criminel des personnes ayant des démêlés avec la justice qui sont aux prises avec une maladie mentale lorsque ces dernières participent à des programmes axés sur les déterminants sociaux de la santé (p. ex., l'itinérance ou le chômage), le risque criminogène (p. ex., la pensée criminelle et les réseaux antisociaux) et l'usage problématique de substances.

Interventions et modèles de soins pour les personnes en détention

APPROCHES ET PROGRAMMES SPÉCIALISÉS

La thérapie comportementale dialectique (TCD) et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) sont les interventions les plus couramment adaptées et efficaces pour les personnes incarcérées qui ont des maladies mentales. Dans l'ensemble, il a été établi que la TCD réduit efficacement le risque de récidive et améliore la participation aux soins de santé mentale. Son accent sur la maîtrise des émotions et les compétences interpersonnelles s'est révélé efficace pour réduire les symptômes chez les personnes vivant avec des maladies mentales difficiles à traiter associées à l'humeur et à la personnalité, ainsi que pour réduire la manifestation de tendances suicidaires et d'automutilation non suicidaire.

Plusieurs programmes ont été élaborés à l'appui des populations prioritaires en reconnaissant leurs besoins et expériences uniques à l'intérieur et à l'extérieur du système de justice pénale. La mise en place d'une clinique de santé pour les femmes incarcérées dans un grand établissement à sécurité maximale a permis d'améliorer l'accès à des « services complets et sexospécifiques en temps opportun ». La littérature traitant des programmes s'adressant expressément aux populations prioritaires tend à se concentrer sur les PNIM, ce qui ne signifie pas pour autant que ces programmes sont largement accessibles.

MODÈLES DE PRESTATION DE SOINS DE SANTÉ MENTALE

La plupart des acteurs s'entendent généralement sur la nécessité d'établir une série de normes minimales et de pratiques exemplaires pour s'assurer que les personnes ayant des démêlés avec la justice jouissent pleinement et également de leurs droits à des soins qui conviennent à leurs besoins en matière de santé mentale, conformément aux normes reconnues. L'examen des normes minimales et des pratiques exemplaires au sein des services de santé mentale et d'usage de substances dans les établissements correctionnels, réalisé par Livingston (2009), demeure un jalon important dans la synthèse des données probantes sur les modèles de soins :

- dépistage à l'admission et aiguillage vers une évaluation au besoin
- services de traitement adaptés au niveau des besoins

- prévention du suicide
- services de transition avant et après la remise en liberté
- services communautaires durant la supervision et la réinsertion.

Le modèle STAIR – dépistage, triage, évaluation, intervention et réinsertion – définit ce que certains considèrent comme les « conditions essentielles » à la prestation de services en milieu carcéral. Voici les composantes clés de ce modèle :

- **Dépistage.** La première étape consiste à utiliser des outils validés pour identifier les problèmes présentés qui nécessitent une intervention immédiate et procéder à l'aiguillage.
- **Triage.** Une évaluation détaillée des besoins en matière de santé mentale de l'individu et de son niveau actuel de fonctionnement est réalisée, puis le triage vers le service approprié est effectué.
- **Évaluation.** Un spécialiste procède à l'évaluation.
- **Intervention.** L'intervention doit être complète, agile et adaptée à la culture.
- **Réintégration.** La transition doit être planifiée longtemps avant la remise en liberté.

Certains chercheurs ont constaté que le modèle STAIR peut résoudre les problèmes de santé mentale les plus courants, réduire la demande sur les équipes déjà surchargées et améliorer le bien-être et la réhabilitation des personnes incarcérées.

Remise en liberté, réinsertion, probation et libération conditionnelle

INTERVENTIONS AXÉES SUR LE CLIENT

Au cours des 20 dernières années, plusieurs modèles valables fondés sur des données probantes ont vu le jour pour l'évaluation des risques, mais les experts notent que peu d'entre eux soutiennent la planification d'une intervention efficace. Les ouvrages reconnaissent le modèle risque-besoin-réceptivité (RBR), le traitement communautaire dynamique (TCD), le traitement communautaire dynamique médico-légal (TCDML) et le traitement communautaire dynamique judiciaire (TCDJ) et la gestion des cas judiciaires graves (GCJG).

Le modèle RBR est souvent reconnu comme le modèle le plus influent à inclure à la fois l'évaluation des risques et des approches pour traiter efficacement les personnes ayant des facteurs criminogènes. Il est reconnu comme un exemple parfait de pratique fondée sur des données probantes, car il est lié aux besoins réels des clients en matière de services humains. Le traitement est offert d'une manière qui prend en compte le style d'apprentissage, la motivation, les identités, les capacités et les points forts de la personne et est donc, en théorie, sensible à la santé mentale.

Le TCD est une série de services de traitement intensif et multidisciplinaire, de réadaptation et de soutien conçus pour ceux qui peuvent avoir de la difficulté ou trouver difficile de participer à la prestation de services de santé mentale typiques. Ce traitement est toutefois compromis par les besoins criminogènes des clients. Pour contourner le problème, le TCD peut être complété de manière à tenir compte du risque criminogène. On obtient ainsi des extensions du modèle appelées TCDML et GCJG. Le TCDML et la GCJG présentent des ensembles de données probantes limités mais prometteurs, mais différent du TCD par leur objectif double de réduire le risque de récidive et de favoriser le rétablissement.

En plus de ces modèles, la probation spécialisée est souvent citée comme un modèle prometteur et axé sur le client pour les personnes ayant des maladies mentales. Malgré leurs différences sur les plans du style de gestion, des caractéristiques structurelles et de la mise en œuvre des mandats de traitement, tous les programmes de probation spécialisés partagent certaines caractéristiques : la protection de la sécurité publique et la réhabilitation et le rétablissement des clients impliqués judiciairement.

INTERVENTIONS AXÉES SUR LE SYSTÈME

Certaines pratiques prometteuses en matière de réforme systémique sont axées sur les interventions de réinsertion sociale après la libération. L'examen des meilleures pratiques en matière de soins de santé mentale offerts aux personnes ayant des démêlés avec la justice réalisé par Livingston et autres en 2008 a fait ressortir les éléments suivants d'une réinsertion sociale et d'une supervision réussies : le dépistage en continu; la prévention de la révocation, y compris les incitatifs à la conformité et les interventions graduelles en cas de manquement; un modèle de gestion de cas spécialisé comme le TCDML ou la GCJG; et le nombre de dossiers spécialisés en santé mentale pour les agents de probation et de libération conditionnelle.

L'approche fondée sur les pratiques exemplaires en matière de planification de la libération et de la surveillance dans la collectivité est connue sous le nom de modèle APIC :

- *Assess* – évaluer en procédant à un inventaire des risques ou des besoins.
- *Plan* – planifier en déterminant les périodes critiques et en préparant les clients (p. ex., fourniture de médicaments adéquats jusqu'à ce que les fournisseurs de soins primaires assurent le suivi et préparation aux avantages de la réhabilitation).
- *Identify* – déterminer les services communautaires qui répondent aux besoins du client.
- *Co-ordinate* – assurer la mise en œuvre du plan en établissant des liens avec les intervenants et en évitant les lacunes en matière de soins.

Au Canada, le système correctionnel fédéral travaille à la mise en œuvre d'une planification globale depuis un certain temps, mais aucune évaluation indépendante des données probantes sur la qualité et l'efficacité de cette initiative n'a été réalisée. L'amélioration des processus de planification de la remise en liberté des personnes ayant une maladie mentale dépend des ressources communautaires (notamment le soutien à l'éducation, à l'emploi, au logement et aux services de garde d'enfants), et leur réussite repose sur la disponibilité de ces ressources et la disposition de ceux qui les administrent à travailler avec une clientèle ayant des antécédents d'implication judiciaire.

COLLABORATIONS INTERSECTORIELLES

Pour améliorer les soins de santé mentale au sein des systèmes judiciaire et correctionnel, il pourrait falloir reconnaître qu'aucun groupe d'intervenants ne possède l'expertise, les ressources et l'autorité nécessaires pour agir efficacement seul. Selon la situation donnée abordée, ces collaborations et alliances peuvent prendre plusieurs formes. Dans certains cas, les soins de santé en milieu carcéral – tant institutionnels que communautaires – explorent des stratégies d'équipes multidisciplinaires plus efficaces qui reconnaissent l'importance d'une expertise clinique indépendante.

Beaucoup réclament cette collaboration et ces examens des pratiques exemplaires afin de déterminer le fonctionnement de telles collaborations. Il y a toutefois moins d'évaluations empiriques sur la façon dont ces collaborations fonctionnent dans la pratique. Voici les éléments d'une collaboration

interagences et intergouvernementale réussies déterminés dans le cadre de l'examen des pratiques exemplaires réalisé par Livingston et autres (2008) :

- assurer la continuité entre les institutions par l'intermédiaire d'experts qui transcendent les frontières (en particulier des fournisseurs de soins autorisés à exercer leurs fonctions dans plusieurs lieux, comme les prisons et les hôpitaux);
- tenir régulièrement des réunions avec les intervenants;
- déterminer le leadership et la responsabilité au sein de l'équipe;
- établir une procédure de recherche de cas axée sur le dépistage hâtif;
- offrir une formation standardisée sur les questions de santé mentale et mieux faire connaître les options de déjudiciarisation et de traitement;
- procéder à des investissements publics dans les ressources communautaires.

En Ontario, un modèle de collaboration interministérielle est en place depuis 1997 sous la forme de comités de coordination des services à la personne et des services juridiques (CCSPSJ), qui disposent de comités provinciaux, régionaux et locaux, formés de représentants des ministères de la Santé, du procureur général, du solliciteur général, de la sécurité communautaire et des services correctionnels, ainsi que des services de police et des fournisseurs de services. Les comités fonctionnent comme des groupes de planification et trouvent des solutions aux lacunes et aux besoins identifiés des personnes qui ont des besoins particuliers aux points de jonction du système de justice pénale.

Quels principes et concepts devraient orienter l'élaboration de programmes et de politiques adaptés aux personnes ayant des démêlés avec la justice?

Parité et équivalence dans les soins de santé

Dans le contexte des soins de santé mentale offerts dans le système de justice pénale, la parité des soins comporte deux éléments importants : premièrement, une norme de soins de santé de qualité équivalente à celle que l'on trouve dans la collectivité; deuxièmement, l'assurance que les décisions médicales en matière de santé mentale sont prises indépendamment des décisions concernant les services correctionnels et l'administration de la justice. Ainsi, la parité signifie que le rétablissement en santé mentale n'est pas éclipsé par les facteurs criminogènes dans la planification de la réadaptation, mais reconnu en soi comme un droit de la personne.

L'une des principales priorités pour améliorer la qualité des soins dans les prisons est de s'assurer que le personnel des services correctionnels reçoit une formation sur les techniques d'intervention en cas de crise et de désescalade afin de mieux identifier les personnes incarcérées susceptibles d'avoir besoin de soins de santé mentale d'urgence.

En avril 2019, la Cour d'appel de l'Ontario a ordonné au gouvernement fédéral de procéder à un examen des pratiques d'isolement cellulaire indépendant de l'administration carcérale. Malgré cette politique, certains experts estiment que l'orientation et la surveillance à l'échelle nationale font défaut en ce qui concerne la fréquence et l'utilisation appropriée des contraintes physiques dans les centres de traitement régionaux, et que les modifications apportées au projet de loi -83* ne remédient pas

*Loi modifiant la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition et une autre loi.

complètement au manque de surveillance nécessaire pour assurer l'utilisation appropriée du pouvoir discrétionnaire et « ne protègent toujours pas adéquatement l'indépendance des services de santé des détenus ».

Continuité des soins

Le principe de continuité des soins est essentiel lors de la transition, que ce soit vers la détention, entre les établissements de détention (y compris l'admission et la sortie de l'hôpital) et vers la collectivité (remise en liberté ou sortie de l'hôpital). Afin d'assurer la continuité, les soins de santé offerts dans les services correctionnels devraient être intégrés à l'ensemble du système de soins de santé, en particulier dans les établissements provinciaux et territoriaux où les gens purgent de courtes peines ou sont en détention provisoire. Le manque de continuité des soins dans la collectivité pour les personnes ayant des démêlés avec la justice qui vivent avec des maladies mentales entraîne des circonstances où leur santé mentale et leur bien-être risquent de se détériorer dans les collectivités qui n'ont pas les ressources nécessaires pour assurer un traitement et un soutien continus.

Une première étape importante pour remédier à la situation est de prévoir des logements pour les personnes qui sont remises en liberté. La plupart des experts considèrent le logement comme une forme de soins et comme le facteur le plus déterminant de la réussite de la transition vers la collectivité.

Réconciliation et équité

Comme dans les précédents examens de cette littérature, nous observons que les femmes et les PNIM, en tant que groupes, font l'objet d'un plus grand nombre d'études que les populations d'immigrants, de réfugiés et de groupes ethnoculturels ou racialisés (IRER) ou les membres de la communauté bispirituelle, lesbienne, gaie, bisexuelle, transgenre, allosexuelle (2SLGBTQ+).

DES PROGRAMMES SÉCURITAIRES SUR LE PLAN CULTUREL

Des programmes de santé mentale sûrs et adaptés à la réalité culturelle s'appuyant sur une compréhension des expériences et des obstacles auxquels sont confrontées les populations prioritaires et visant à lutter contre la stigmatisation et à améliorer la qualité réelle et perçue des soins peuvent accroître le recours aux soins de santé mentale dans les établissements correctionnels.

Le Service correctionnel Canada (SCC) a mis en œuvre sa stratégie relative à la justice applicable aux Autochtones (SJA) pour remédier à la surreprésentation des PNIM dans le système correctionnel fédéral. Cependant, les critiques anti-oppression de la SJA par rapport aux femmes PNIM ont conclu que la stratégie s'avère inefficace pour réduire l'implication judiciaire, car elle n'aborde pas la violence structurelle touchant certaines communautés, notamment la pauvreté, le commerce du sexe, les maladies mentales non traitées et les dépendances.

PROGRAMMES ADAPTÉS AU GENRE

Lors de l'élaboration de modèles de soins risque-besoin-réceptivité, les pratiques tenant compte des traumatismes sont encouragées, compte tenu du fait que les traumatismes sont reconnus comme un facteur de risque (ainsi qu'un facteur d'accès aux soins primaires) de criminalisation chez les femmes. La littérature indique que les programmes sont axés sur le renforcement du contrôle interne et l'établissement de connexions interpersonnelles sûres. En outre, les outils de dépistage, la formation du personnel et les modèles de traitement doivent être validés séparément auprès des femmes afin de

remédier à l'utilisation inappropriée et excessive de diagnostics tels que le trouble de la personnalité limite et le manque de reconnaissance des troubles d'intériorisation.

RÉTABLISSEMENT

Le rétablissement est une approche qui sous-tend et oriente les services de santé mentale contemporains du monde entier. Voici les principes sur lesquels reposent les mesures de soutien en santé mentale axées sur le rétablissement :

- Sentiment d'appartenance à des réseaux de soutien
- Croyance en l'espoir et confiance dans l'essence d'un processus de rétablissement
- Confiance en soi pour surmonter la stigmatisation
- Raison d'être et sens à sa vie
- Sentiment de maîtrise de sa vie

Jurisprudence thérapeutique et équité procédurale

La jurisprudence thérapeutique signifie que, pour préserver la relation entre le crime et le châtement, la jurisprudence devrait tenir compte des problèmes de santé mentale des individus susceptibles d'avoir une incidence sur l'expérience de leur peine, en particulier compte tenu des conditions de confinement.

Réforme du système

Les experts s'entendent sur les recommandations pour une réforme des systèmes judiciaire et correctionnel en ce qui concerne les personnes ayant des problèmes de santé mentale/maladies mentales, notamment la limitation des pratiques de ségrégation et d'isolement, une transparence et une responsabilité accrues, et l'intégration et la coordination entre les secteurs.

Bien qu'il n'y ait pas de modèle idéal pour renforcer la coordination et la coopération entre les secteurs, l'enquêteur correctionnel du Canada propose ce qui suit :

- Développement de partenariats entre le système correctionnel et les hôpitaux provinciaux
- Recours accru aux fournisseurs communautaires
- Facilitation du transfert des services spécialisés vers les autorités de la santé dans les provinces

Sommaire : Que savons-nous et qu'avons-nous besoin de savoir?

État général de la recherche : Forces et faiblesses

Notre rapport confirme et approfondit les constatations suivantes d'une consultation des parties prenantes réalisée en 2015 et rapportée par Crocker et autres :

- Prévalence et risque – on observe un manque de données longitudinales et comparatives au Canada.
- Modèles de soins au sein des services correctionnels – il n'existe toujours pas d'étalons de référence pour les modèles de traitement qui incluent des solutions de rechange à la ségrégation et les modèles efficaces de formation du personnel.
- Gouvernance institutionnelle et réforme – nous manquons de connaissances sur l'efficacité et la rentabilité des politiques et des pratiques entourant les questions de santé mentale et de justice.

- Rétablissement et sécurité publique – nous devons en savoir plus sur la façon de mesurer et d'évaluer l'orientation des services à l'égard du rétablissement et le rapport entre le rétablissement et la sécurité publique.
- Collecte de données – nous devons concevoir des plates-formes de partage des données et de mise en commun des données à l'échelle nationale.

Au Canada, notre échantillon de la littérature est biaisé envers ceux qui sont en détention et, dans cette sphère, envers ceux qui sont détenus dans les établissements fédéraux. Les renseignements sur les populations en détention provinciale et territoriale sont plus limités. Les régions du pays enregistrant des taux d'incarcération très élevés (comme les provinces des Prairies et les territoires) sont pratiquement absentes de notre échantillon.

Dans le cas des populations carcérales (en particulier au sein des établissements fédéraux), on trouve une quantité relativement élevée d'information sur la prévalence, les diagnostics et les symptômes de maladie mentale, l'automutilation, les tendances suicidaires et l'incapacité. La littérature est relativement riche d'examen des déterminants de la criminalisation des personnes vivant avec des maladies mentales, reflet d'un intérêt de longue date pour la question. Les points de vue critiques sur le système judiciaire et sa façon de traiter les maladies mentales ne manquent pas. Dans notre échantillon de la littérature, on observe une absence flagrante d'attention aux populations d'IRER en ce qui concerne la santé mentale dans le contexte judiciaire. En outre, nous n'avons trouvé aucune recherche pertinente à jour visant les Canadiens 2SLGBTQ+, que ce soit en tant que groupe ou sur les expériences à l'intersection de la santé mentale, de l'implication judiciaire, du genre et de la sexualité.

Nous nous sommes penchés sur de nombreuses sources évaluant les pratiques prometteuses ou décrivant des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes en matière de modèles de soins de santé mentale et d'interventions spécialisées. Ce qui manque à notre échantillon, ce sont des études robustes sur l'intensification et la mise en œuvre à plus grande échelle de ces pratiques prometteuses.

Recommandations précises de recherches plus poussées et de politiques

Comme ci-dessus, nous corroborons et approfondissons la consultation de Crocker et autres (2015), qui proposait les défis suivants à étudier et à surmonter. Voici les recommandations adressées aux juridictions canadiennes :

- Soutenir les familles prenant soin de proches atteints de maladies mentales/problèmes de santé mentale qui sont impliqués judiciairement;
- Aider les services de santé mentale communautaires à gérer les comportements agressifs et à offrir des services coordonnés qui répondent aux besoins en santé mentale et tiennent compte des risques criminogènes;
- Établir une norme uniforme de haute qualité régissant les ressources spécialisées pour la santé mentale en milieu correctionnel, distincte des normes liées à l'usage de substances et à la prévention du suicide;
- Créer un modèle unifié de planification des soins et des congés qui enjambe le fossé culturel entre les services correctionnels et les services de santé mentale communautaires;

- Remédier à la réinsertion inadéquate, notamment en favorisant des services de santé mentale communautaires inclusifs pour les personnes ayant des antécédents judiciaires;
- Lutter contre la stigmatisation à l'égard de l'implication judiciaire et de la maladie mentale dans les médias et le discours public.

Nous voyons trois autres domaines nécessitant davantage d'efforts. Le premier est le développement d'études longitudinales suivant de manière fiable l'expérience des populations ayant des démêlés avec la justice qui ont des problèmes de santé mentale/maladies mentales dans leur parcours dans le système de justice pénale. Le deuxième domaine est l'élaboration d'un modèle de retombées collectives du rétablissement de la santé mentale au sein de la population dite « porte tournante » de personnes qui ont des implications judiciaires fréquentes – mais de faible intensité –, qui ont des besoins complexes en matière de santé mentale et dont la situation de logement est instable. Le troisième domaine est une exploration plus systématique du point de vue des utilisateurs des services de soins de santé mentale impliqués judiciairement combinant des données probantes prometteuses sur l'efficacité des programmes et des recherches collaboratives visant à établir des normes de soins acceptables et à lutter contre la honte et la stigmatisation entourant les maladies mentales, créant ainsi une réponse ascendante au modèle séquentiel d'interception (voir p. 51).

Conclusion

Au Canada, un nombre disproportionné de personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale/maladies mentales interagissent avec le système de justice pénale. Il est largement admis que le système de justice pénale est devenu un « système » de santé mentale inadéquat de dernier recours, sinon un système de soins, du moins un système de gestion. Les documents de recherche et de politique canadiens et internationaux indiquent qu'il y a plusieurs priorités et principes qui, si abordés, pourraient réunir les conditions nécessaires à la mise en œuvre d'un système axé sur le rétablissement qui ne compromet ni la santé mentale ni l'issue judiciaire des personnes ayant des démêlés avec la justice. Le moment est venu pour tous ceux qui ont un intérêt pour la question – chercheurs, décideurs et décideurs politiques, personnes ayant un savoir expérientiel, personnes ayant des démêlés avec la justice et leurs proches – de concevoir et d'adopter une approche collective à l'égard de cette question.

Les besoins en matière de santé mentale des personnes ayant des démêlés avec la justice : introduction

La santé mentale : source de préoccupation dans le système de justice pénale

Le présent rapport analyse la littérature récente sur les besoins en santé mentale* des personnes ayant des démêlés avec la justice† au Canada. Il s'agit d'une brève étude exploratoire conceptuelle de sources universitaires et politiques sur le sujet, visant à identifier les domaines de discussion prioritaires actuels et à venir. Pour bon nombre d'observateurs critiques, plutôt que de favoriser une vie entière en dehors des barreaux pour les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale, les prisons et les pénitenciers remplacent aujourd'hui simplement les hôpitaux comme lieux de confinement où placer les personnes ayant des maladies mentales à l'abri des regards.¹ Les chercheurs universitaires et les décideurs politiques conviennent que les personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale/maladies mentales sont surreprésentées dans les systèmes de justice pénale, au Canada et ailleurs dans le monde.

Au Canada et aux États-Unis (É.-U.) règne un consensus majoritaire, si ce n'est universel, quant à la (ré)émergence moderne de l'implication excessive de cette population avec la justice pénale. Des analyses récentes de désinstitutionalisation (ayant fait l'objet d'explorations plus détaillées [ci-dessous](#)) ont révélé que l'implication judiciaire des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale/maladies mentales s'explique en grande partie par la disparition des grands hôpitaux psychiatriques et le sous-développement des services communautaires nécessaires pour aider ces personnes à vivre une vie plus autonome.

Le présent examen vise à intégrer les perspectives multiples et à explorer les possibilités émergentes, plutôt que d'assumer un programme d'action unique. Dans cette optique, nous avons examiné la littérature à travers le prisme de l'équité et des droits de la personne au sein des systèmes judiciaire et correctionnel, en partant du principe que les personnes ayant des démêlés avec la justice (y compris celles condamnées pour des crimes) conservent leur droit à des soins de santé adéquats (y compris les soins de santé mentale) et que le contact avec le système de justice pénale est vécu différemment selon les gens – à la fois en tant qu'individus et en tant que membres de groupes subissant un désavantage et une oppression structurels. Tout au long du rapport, nous faisons ressortir deux thèmes principaux : le

* Dans le présent document, les références à la maladie mentale englobent l'usage problématique de substances, y compris les dépendances. De la même façon, les services de santé mentale/maladie mentale englobent l'ensemble du continuum de services liés à l'usage de substances et aux dépendances, même lorsque ceux-ci ne sont pas explicitement nommés.

† Dans le présent rapport, l'expression « personne(s) impliquée(s) judiciairement » fait référence aux personnes ayant une expérience/implication concrète ou directe avec le système de justice pénale. Bien que cette expression ne soit pas axée sur la personne, elle a été choisie pour faciliter la lecture au lieu d'employer, par exemple, « personne(s) ayant des démêlés avec le système judiciaire ». Il importe aussi de noter que, même si nous reconnaissons que les proches et les aidants de ceux qui ont affaire au système de justice pénale sont aussi, par extension, « impliqués judiciairement », tenir compte de leur expérience ou de leur point de vue dépassait le cadre de ce projet.

paradoxe de tenter d'assurer la sécurité tout en fournissant des soins et la tension qui en découle, et le chevauchement entre le rétablissement et la réhabilitation.

Le premier thème ressort de l'expérience d'être impliqué judiciairement tout en vivant avec des problèmes de santé mentale/maladies mentales. Les systèmes judiciaire et correctionnel sont responsables de la sécurité du public, ainsi que de la réhabilitation et de la réinsertion des personnes qui commettent une infraction. Au Canada, le système correctionnel a aussi l'obligation juridique de fournir des soins aux personnes sous sa garde ou sous sa supervision. Les gens reconnus coupables d'une infraction au Canada conservent tous les droits qui ne sont pas spécifiquement, ou par nécessité logique, restreints par leur peine (y compris – le plus important pour ce rapport – le droit aux soins de santé). Mais les systèmes judiciaires, et à plus forte raison les milieux carcéraux, ne sont pas conçus pour être thérapeutiques et, dans bien des cas, vont à l'encontre du développement et du maintien d'une bonne santé mentale.

Le deuxième thème fait ressortir les façons, pour les services axés sur la justice et sur la santé, de se parler de manière productive et d'apprendre les uns des autres. Le rapport entre les problèmes de santé mentale/maladies mentales et l'implication judiciaire est complexe (et exploré [ci-dessous](#)), mais les maladies mentales ne rendent pas les gens plus susceptibles de commettre des crimes.² Il est donc impérieux de trouver, dans la technique thérapeutique et les pratiques exemplaires, des parallèles entre aider les gens à se rétablir d'un problème de santé mentale et répondre aux besoins criminogènes.* Cette relation entre le rétablissement et la réhabilitation est parfois complémentaire, mais est aussi marquée par la tension, une caractéristique qui se reflète dans la discussion qui suit.

Contexte politique actuel au Canada

Le contexte multijuridictionnel des systèmes judiciaire, correctionnel et de soins de santé canadiens est complexe.^{3,4} Dans notre système où les pouvoirs sont répartis entre les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux, le droit pénal relève du gouvernement fédéral, mais l'administration de la justice dans les tribunaux criminels et la prestation des soins de santé relèvent en grande partie des provinces et des territoires.

Les services correctionnels sont à la fois sous la responsabilité du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux/territoriaux. Les personnes ayant des démêlés avec la justice qui reçoivent une peine communautaire (p. ex., probation, travail communautaire ou amende) ou une peine d'emprisonnement de moins de deux ans relèvent de la compétence provinciale/territoriale, de même que les personnes en détention provisoire dans les centres de détention (prisons) en attente de procès ou de détermination de la peine. Les personnes ayant des démêlés avec la justice qui sont condamnées à une peine d'emprisonnement de deux ans ou plus, quant à elles, relèvent du gouvernement fédéral.

Chaque province/territoire dispose de ses propres lois en matière de santé mentale et système de soins de santé. Comme les lois sur la santé mentale diffèrent, les interventions du système de justice pénale varient d'une province et d'un territoire à l'autre en conséquence des recouvrements entre les lois civiles

* Les besoins criminogènes sont des caractéristiques, des traits, des problèmes ou des questions directement liés à la probabilité qu'un individu récidive et commette un autre crime. Ils peuvent être définis comme les domaines de besoins dans lesquels l'accès au traitement réduira la probabilité de récidive. Comme discuté [ci-dessous](#), on les appelle aussi facteurs de risque dynamiques ou facteurs contribuant à l'implication judiciaire.

sur la santé mentale et le système de justice pénale.⁵ Par exemple, en raison des dispositions dans sa loi sur la santé mentale, l'Ontario est la seule province où un tribunal pénal peut ordonner une évaluation psychiatrique pour aider à la détermination de la peine ou à l'enquête sur le cautionnement.⁶ En Colombie-Britannique (C.-B.), les personnes jugées inaptes à subir un procès ou non criminellement responsables d'une infraction en raison d'une maladie mentale qui sont sous la responsabilité de la commission d'examen provinciale sont réputées consentir à être traitées. Inversement, en Ontario, les personnes sous la responsabilité de la commission d'examen provinciale peuvent refuser d'être traitées si elles sont aptes à consentir à un traitement en vertu des lois provinciales sur la santé mentale.⁷

De la même façon, la prestation des soins de santé mentale dans tous les établissements correctionnels est régie par les lois sur la santé mentale de leur province/territoire respectif, indépendamment du fait qu'il s'agisse d'établissements provinciaux/territoriaux ou fédéraux.⁸ La responsabilité de la prestation des soins de santé dans les établissements correctionnels et pénitentiaires varie toutefois d'un système correctionnel à l'autre. Conformément à la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* de 1992, le SCC (organisme gouvernemental fédéral) est tenu d'assurer la prestation des soins de santé mentale dans les prisons fédérales et dans certains sites communautaires sélectionnés pour faciliter la réinsertion sociale en fonction des conditions de libération conditionnelle.^{9,10} Des dispositions législatives particulières sont prévues à l'égard des soins nécessaires aux personnes incarcérées dans le système carcéral fédéral, mais pas dans les systèmes correctionnels provinciaux.¹¹ Actuellement, dans toutes les provinces sauf deux, la responsabilité de la prestation des soins de santé dans les établissements correctionnels provinciaux incombe au ministère provincial des Services correctionnels. La Nouvelle-Écosse (N.-É.) et l'Alberta ont transféré la responsabilité des soins de santé au sein des établissements correctionnels provinciaux à leur ministère de la Santé provincial respectif.¹²

Cette complexité pose des défis en matière de planification et de satisfaction des besoins en soins de santé mentale des personnes impliquées dans les systèmes judiciaire et correctionnel¹³ et donne lieu à des programmes et des services de santé mentale disparates au sein des systèmes judiciaire et correctionnel canadiens.¹⁴ Par exemple, des tribunaux spécialisés (appelés tribunaux de santé mentale) et des programmes de déjudiciarisation pour les personnes accusées ayant une maladie mentale et/ou un usage problématique de substances ont vu le jour à Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.), en N.-É., au Nouveau-Brunswick (N.-B.), au Québec, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta, en C.-B., au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.).¹⁵⁻¹⁷

L'objectif de ces initiatives est de fournir des soins spécialisés aux personnes qui comparaissent devant les tribunaux criminels et qui vivent avec une maladie mentale et/ou un usage problématique de substances, souvent en les détournant du système judiciaire traditionnel pour les diriger vers un volet spécial leur procurant le traitement et le soutien nécessaires au lieu de poursuites.¹⁸ Bien qu'elles partagent des objectifs généraux similaires – amélioration de l'accès aux services de santé mentale et de soutien, diminution du risque de récidive, amélioration du bien-être des personnes accusées vivant avec des maladies mentales –,¹⁹ ces initiatives varient d'un secteur de compétence à l'autre en ce qui concerne les critères d'admissibilité, les points d'intervention dans le processus judiciaire, le recours à des sanctions en cas de non-respect du traitement et les lignes directrices de procédure.²⁰ Peu d'administrations ont élaboré des cadres ou des normes pour la mise en œuvre et l'exécution de ces interventions.²¹⁻²³ De plus, il y a relativement peu de tribunaux de santé mentale au Canada (et ceux-ci sont situés principalement dans les grandes villes), et les ressources en santé mentale à l'appui des programmes de déjudiciarisation varient selon la localité,²⁴ résultant en inégalités d'accès à ces services.

Le système correctionnel doit relever des défis similaires dans la prestation des services de santé mentale. En dehors de l'Ontario et de la C.-B., qui ont mis en place un outil d'évaluation commun dans tous les centres de détention provisoire, peu d'établissements provinciaux disposent d'une approche normalisée pour identifier la présence d'une maladie mentale.²⁵ En outre, les transitions d'un pénitencier fédéral à la collectivité peuvent nuire à la continuité des soins, car la personne peut perdre l'assurance maladie provinciale/territoriale (y compris l'assurance-médicaments) lors de son incarcération dans une prison fédérale.^{26, 27} Cela contribue à limiter l'accès aux services de santé provinciaux nécessaires lors de la réinsertion sociale, le temps que la personne reçoive sa carte Santé provinciale ou territoriale et que les prestations d'invalidité soient rétablies.

Les services de santé mentale au sein des établissements provinciaux sont offerts de manière incohérente, privant de nombreuses personnes vivant avec des problèmes de santé mentale/maladies mentales d'un accès adéquat à un traitement et à des mesures de soutien.²⁸ Les services de santé mentale offerts par les services correctionnels fédéraux ne sont généralement pas offerts aux personnes incarcérées dans les établissements provinciaux, sauf si les agents correctionnels provinciaux ne sont pas en mesure de les aider.²⁹ Il existe également des différences entre les approches de planification de la libération des responsables du SCC et des autorités correctionnelles provinciales. La planification de la libération et les mesures de soutien à la remise en liberté graduelle sont des services de base offerts au niveau fédéral, mais ces services sont limités dans les systèmes correctionnels provinciaux,³⁰ en particulier chez les personnes incarcérées purgeant une peine dans les centres de détention locaux (prisons).

Malgré ces défis, d'importants efforts sont déployés en vue de répondre aux besoins en santé mentale des personnes impliquées dans les systèmes de justice pénale et les systèmes correctionnels. En 2012, le SCC a publié sa stratégie de santé mentale axée sur cinq priorités :

- Améliorer le dépistage initial et l'évaluation
- Fournir des soins de santé mentale primaires dans le milieu carcéral ordinaire
- Créer des unités de soins intermédiaires offrant des services de traitement spécialisés, des interventions et/ou des milieux thérapeutiques dans les prisons fédérales
- Mettre à niveau les installations et le personnel des centres de traitement régionaux (qui servent à la fois de pénitenciers et d'établissements psychiatriques) pour les personnes incarcérées aux prises avec une maladie aiguë ou des troubles cognitifs importants
- Améliorer le partenariat communautaire et offrir la planification de la libération et des mesures de soutien en santé mentale aux personnes en liberté conditionnelle dans la collectivité³¹

Un certain nombre de mesures ont été élaborées et mises en œuvre au Canada pour aborder et réduire les taux de surreprésentation au sein des populations prioritaires.* L'une d'elles est la Stratégie relative à la justice applicable aux Autochtones (SJA), dont l'objectif est de permettre aux communautés des PNIM[†] « d'accroître leur participation à l'administration locale de la justice » et « de substituer à la

* Dans le présent rapport, l'expression « populations prioritaires » englobe les groupes le plus à risque d'avoir des déterminants sociaux de la santé non satisfaits, notamment les PNIM; les femmes et les filles; les personnes handicapées; les personnes âgées; les membres de la communauté 2SLGBTQ+; les minorités de genre; et les populations d'IRER.

† Dans le présent rapport, un langage propre aux peuples est utilisé pour désigner les communautés PNIM au Canada. Le terme « autochtone » est conservé dans les titres et les citations, ainsi que dans le cas des citations directes, des références à la

justice traditionnelle des mesures de rechange rapides et efficaces, lorsque la situation s’y prête » (par. 1).^{32, *} Fondée en 1991, la SJA s’appuie sur deux grands volets de financement, le Fonds pour les programmes de justice communautaire et le Fonds sur le renforcement des capacités. Depuis sa création, la SJA a suscité beaucoup d’intérêt parmi les chercheurs (la question est abordée dans les sections suivantes). Elle n’est toutefois pas parvenue à mettre un terme à la surreprésentation des PNIM, qui s’est aggravée de façon constante au fil des ans, atteignant plus de 30 % des personnes purgeant une peine de ressort fédéral au Canada en 2020.³³

En outre, en 2012, la CSMC a publié la première stratégie pan-nationale de santé mentale au Canada : *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*.³⁴ La CSMC a réclamé une réduction de la surreprésentation des personnes qui ont des problèmes de santé mentale/maladies mentales dans le système de justice et la prestation de traitements, de services et de mesures de soutien appropriés aux personnes impliquées dans ce système. Voici les recommandations d’action présentées :

- Accroître la disponibilité des programmes de déjudiciarisation et des tribunaux de santé mentale afin de détourner les gens ayant des problèmes de santé mentale du système correctionnel.
- Offrir des traitements, mesures de soutien et services en santé mentale appropriés aux personnes impliquées dans le système correctionnel et veiller à ce qu’elles disposent d’un plan complet de remise en liberté dans la collectivité.
- Comblent les lacunes dans les programmes de traitement pour les personnes impliquées judiciairement ayant des besoins de santé mentale complexes et élaborer une stratégie pan-nationale de mesure des résultats des services de santé mentale en milieu correctionnel.
- Donner plus de pouvoir au système civil de santé mentale dans la fourniture de traitements et de services aux personnes impliquées dans le système de justice.
- Offrir des connaissances et de la formation au personnel des services policiers, des tribunaux et des services correctionnels et les renseigner au sujet des services locaux.

La CSMC a ensuite publié son *Cadre d’action* (le Cadre) présentant des façons d’accélérer l’adoption de la *Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* sur cinq ans.³⁵ Le Cadre appelle à une meilleure collaboration entre les secteurs de la santé, des dépendances, de l’éducation, de la justice et des services correctionnels. Il dénote également la nécessité d’accroître la disponibilité des services et des mesures de soutien axés sur le rétablissement dans le système de justice pénale et d’intervenir de façon précoce pour aider à empêcher les personnes ayant des problèmes de santé mentale d’entrer dans le système de justice. La CSMC a noté qu’elle pourrait soutenir ces domaines par l’établissement d’une collaboration intersectorielle avec des représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux, des experts en la matière et d’autres intervenants afin de dégager un consensus sur des actions précises qui pourraient être prises pour améliorer les services de santé mentale dans le système de justice pénale. La CSMC a également souligné le rôle de mobilisation des connaissances qu’elle pourrait jouer en

Stratégie relative à la justice applicable aux Autochtones du Canada et des populations autochtones d’Australie, où le terme est généralement la norme.

* La SJA comprend également la fourniture de services de déjudiciarisation (pour ceux qui commettent des crimes non violents contre les biens ou d’autres infractions moins graves), des peines de travaux communautaires et des programmes de guérison. La SJA vise à lutter contre la pauvreté et les problèmes de santé mentale et d’usage de substances dans le cadre d’un effort global de création de changements à long terme.

soutenant les initiatives de formation dans le système de justice pénale et en menant des recherches préliminaires sur les approches novatrices adoptées pour soutenir les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale dans le système judiciaire.

Plusieurs provinces et territoires ont aussi hiérarchisé les améliorations visant à répondre aux besoins des personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale dans les systèmes judiciaire et correctionnel dans leurs documents de stratégie de santé mentale respectifs. Il s'agit notamment des points suivants :

- Détourner les personnes vivant des problèmes de santé mentale du système judiciaire (Alberta, Saskatchewan, Ontario)³⁶⁻³⁸
- Améliorer l'accès aux services de traitement et de soutien pour les personnes impliquées dans les systèmes de justice pénale ou correctionnelle (Alberta, Manitoba, T.-N.-L., N.-É., Yukon)^{39, 40-43}
- Élaborer et soutenir des stratégies qui répondent aux besoins particuliers des PNIM impliqués judiciairement ayant des problèmes de santé mentale et d'usage de substances (C.-B.)⁴⁴
- Promouvoir une orientation axée sur le rétablissement au sein des services de santé mentale et des services judiciaires (Manitoba, N.-B., Île-du-Prince-Édouard)⁴⁵⁻⁴⁷
- Donner plus de pouvoir au système civil de santé mentale dans la fourniture de traitements et de services aux personnes impliquées dans le système correctionnel (Manitoba)⁴⁸
- Améliorer la coordination et les transitions entre les systèmes de santé et de justice (Alberta, Saskatchewan, T.-N.-L., Québec, Manitoba, N.-B.)⁴⁹⁻⁵⁵
- Réduire la stigmatisation au sein des services de santé et de justice (Saskatchewan, Manitoba)^{56,57}

S'appuyant sur les recommandations de la CSMC pour une stratégie de santé mentale pancanadienne dans les services correctionnels, le SCC, en collaboration avec des partenaires des services correctionnels provinciaux/territoriaux et la CSMC, a élaboré la *Stratégie sur la santé mentale en milieu correctionnel au Canada*.⁵⁸ Voici les sept éléments clés identifiés :

- La promotion de la santé mentale et la réduction de la stigmatisation
- Le dépistage précoce et l'évaluation continue des besoins en santé mentale
- La fourniture d'une gamme de traitements et de services en santé mentale pour soulager les symptômes, favoriser le rétablissement et le bien-être et permettre une participation active aux programmes correctionnels
- La prévention et la gestion des cas de suicide et d'automutilation
- Des services de soutien pour la transition entre la collectivité et le milieu institutionnel et le retour dans la collectivité
- Éducation et formation continues du personnel et sensibilisation à l'établissement de relations avec les partenaires communautaires

La complexité des systèmes correctionnel, de justice pénale et de santé mentale canadiens pose des défis dans la coordination et la fourniture de soins appropriés aux personnes vivant avec des problèmes de santé mentale/maladies mentales qui interagissent avec ces systèmes. Cependant, la combinaison susmentionnée de priorités politiques partagées entre les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux et d'initiatives stratégiques pancanadiennes constituent une base solide sur laquelle définir et diffuser les pratiques exemplaires, promouvoir la recherche fondée sur des données

probantes et améliorer la collaboration et la coordination dans la prestation de services aux personnes vivant avec une maladie mentale qui ont des démêlés avec la justice. Parallèlement, les décideurs au sein du système de justice pénale canadien prennent conscience des besoins particuliers des personnes ayant des démêlés avec la justice qui s'identifient à une ou plusieurs populations prioritaires et font des efforts pour répondre à ces besoins.

Portée, questions de recherche et méthodes

Cette brève revue exploratoire a pour but de donner un aperçu des connaissances et des sujets de débats actuels – tant dans le milieu universitaire que dans celui de la politique publique – au sujet d'une question très vaste et complexe. La portée englobe la prévalence des maladies mentales chez les personnes ayant des démêlés avec la justice et les besoins en matière de soins de santé mentale des personnes ayant des démêlés avec la justice vivant avec des maladies mentales au Canada.

« Implication » judiciaire englobe l'arrestation et l'inculpation, la déjudiciarisation et les tribunaux (y compris la caution), les peines communautaires ou d'emprisonnement (y compris la probation) et la réintégration et la réinsertion dans la collectivité à la remise en liberté (y compris la libération conditionnelle).^{*} La présente revue porte sur des travaux de recherche universitaire, notamment des recherches fondamentales, des revues de la littérature et exploratoires, des exposés de politique publique et des rapports, ainsi que des mémoires et des rapports de recherche produits par des organisations dont les travaux portent sur le système judiciaire, publiés entre 2009 et 2019. Bien que nous nous soyons principalement concentrés sur la littérature produite au Canada ou sur le contexte canadien, nous avons également examiné la documentation pertinente publiée dans ou sur d'autres pays (comme les É.-U., le RU, l'Australie et la Nouvelle-Zélande [NZ]).

Il était particulièrement important de déterminer la façon dont l'engagement partagé de la direction nationale de l'ACSM et de la CSMC à l'égard de la justice sociale et de l'intersectionnalité (p. ex., analyses sensibles à plusieurs axes d'identité et d'expérience) s'appliquerait à une revue exploratoire de cette littérature déjà complexe.

Dans cet univers d'expériences, de politiques et d'interventions, le rapport se penche sur la recherche et la politique dans une optique de justice sociale s'appuyant sur des cadres anti-oppression, décoloniaux et intersectionnels, notant les différences dans la façon dont des populations données – PNIM, jeunes, personnes de couleur et/ou femmes – sont constituées, analysées et traitées tout en exerçant leur propre pouvoir et en entretenant leur propre discours entourant leur santé mentale et leur implication judiciaire. Reposant sur la recherche secondaire, le présent rapport se concentre sur ce qui se trouve dans la littérature que nous avons découverte et analysée. Voilà pourquoi l'attention portée par le rapport sur la justice sociale et l'intersectionnalité sera souvent axée sur les lacunes, les absences et les silences dans cette littérature. Toutefois, dans la mesure du possible, nos méthodes ont été conçues pour rendre compte de la diversité des populations et des opinions touchées par la question.

^{*} Bien que très large, la portée du rapport comporte certaines exclusions importantes. La première est le domaine des interactions policières avec les personnes qui ont des problèmes de santé mentale/maladies mentales. Notre étude commence au moment où les gens sont « introduits » dans le système de justice. La seconde est que nous n'incluons pas l'étude des systèmes de santé mentale dans le contexte judiciaire au Canada, qui s'occupent des personnes déclarées non criminellement responsables de l'infraction dont elles sont accusées en raison d'une maladie mentale.

Le rapport applique son examen de la littérature à cinq questions de recherche concernant les besoins en santé mentale dans le système de justice pénale du Canada :

1. Parmi les personnes qui ont affaire au système canadien de justice pénale, lesquelles éprouvent des problèmes de santé mentale/maladies mentales, et de quel genre?
2. Quelles sont les expériences des personnes ayant des démêlés avec la justice qui vivent avec des problèmes de santé mentale et/ou des maladies mentales? À quels obstacles font-elles face pour accéder à des soins de santé mentale? En quoi ces expériences varient-elles lorsque l'on tient compte de plusieurs axes d'identité?
3. Quelles pratiques fondées sur des données probantes et quels cadres des programmes, politiques, normes et services prometteurs soutiennent le mieux la santé mentale des personnes qui ont affaire au système de justice pénale?
4. Quels sont les concepts et les valeurs clés qui doivent orienter la conception et l'exécution des programmes, des politiques et des services s'adressant aux personnes ayant des démêlés avec la justice qui ont des problèmes de santé mentale et/ou des maladies mentales? Comment ces programmes, politiques et services sont-ils et peuvent-ils être adaptés aux populations prioritaires?
5. Quelles sont les forces et les limites des données probantes existantes, et quelles sont les possibilités pour la recherche future, la mesure du rendement et le suivi des programmes?

Pour réaliser la présente revue exploratoire, nous avons commencé par définir des termes de recherche structurés. Des experts en la matière au sein de l'équipe de recherche ont dressé une liste complète des mots clés pertinents, déterminés en fonction des catégories suivantes : santé mentale de la population, populations prioritaires, stade d'implication judiciaire, besoins, concepts et formes d'intervention. Cette liste de 68 termes a ensuite été convertie en une structure qui a généré des termes de recherche booléens composés couvrant les éléments les plus essentiels souhaités.

Ces termes de recherche ont ensuite été appliqués à des bases de données universitaires (PsychINFO, PubMed, Criminal Justice Abstracts [EBSCO], Social Science Abstracts [EBSCO] et Google Scholar). Pour chaque requête de recherche effectuée, les 100 premiers résultats (triés par pertinence selon le moteur de recherche) ont été examinés, et tous les résultats répondant aux critères d'inclusion de base* ont été téléchargés dans une bibliothèque numérique. Toutes les citations étudiées – incluses ou non lors du contrôle – ont été retenues sous forme de fichiers PDF à inclure dans les données sous forme graphique. Ces résultats ont été complétés par du contenu recherché manuellement dans certaines revues très pertinentes comme l'*International Journal of Forensic Mental Health* et le *Canadian Journal of Community Mental Health*. Il s'est avéré fructueux de rechercher manuellement des informations dans des sources, particulièrement les revues qui n'ont pas de facteur d'impact et/ou ne sont pas indexées dans les bases de données.

Ainsi, ce sont 554 résultats en texte intégral qui répondaient aux critères de sélection de base. À la littérature universitaire examinée, nous avons ajouté 144 documents de politique canadienne et documents gouvernementaux. Cette dernière série de sources a été compilée au moyen de recherches simples sur des sites Web du gouvernement du Canada très pertinents, tels que le service de recherche du SCC, et de recommandations d'experts en la matière.

* Publications en anglais évaluées par les pairs au cours des 10 dernières années (janvier 2009 à juillet 2019) qui sont ressorties parmi les résultats pertinents à l'une des requêtes de recherche.

Un membre de l'équipe a ensuite filtré les titres et les résumés afin de déterminer l'inclusion dans l'étude. À ce stade, nous nous sommes concentrés sur les critères d'exclusion afin de respecter la portée de la littérature couverte, rejetant les documents axés sur des domaines hors-portée tels que les interactions policières avant l'arrestation et le système de santé mentale dans le contexte judiciaire. Nous sommes ainsi parvenus à 391 articles et documents.

Les articles ont finalement été divisés en deux catégories : ceux dont les conclusions, après un deuxième examen du résumé, traitaient directement de l'une des cinq questions de recherche; et ceux qui portaient sur la question plus large des besoins en santé mentale dans les populations ayant des démêlés avec la justice, mais étaient peu susceptibles d'aborder directement ces questions. Le premier groupe (n = 229) a été attribué aux membres de l'équipe pour une lecture complète et la production de rapports de lecture propres à la source (voir l'annexe). Le deuxième groupe (n = 162) a été inclus dans un index par thème (en fonction de l'examen du résumé) pour ajouter un portrait qualitatif des dimensions de la littérature plus large (mais ne font pas l'objet de la revue exploratoire).

Pour tenir compte de la totalité des emplacements sociaux/culturels, des expériences et des besoins uniques des personnes ayant des démêlés avec la justice vivant avec un problème de santé mentale et/ou une maladie mentale, chaque rapport de lecture contenait un ensemble cohérent d'invites permettant aux lecteurs de déterminer si les sources tenaient compte de la manière dont les axes d'identité influencent les interactions et les expériences des personnes impliquées judiciairement ayant des maladies mentales.*

Les membres de l'équipe de projet se sont rencontrés régulièrement pour comparer les thèmes émergents et les points d'intérêt, et ont collaboré afin de structurer la façon dont le rapport présenterait les thèmes émergents dans la documentation examinée.

Structure du rapport

Le corps du rapport suit la structure des questions de recherche, dans les cinq sections suivantes. À la fin de chaque section qui suit, nous examinons les lacunes et les possibilités que nous avons relevées dans la documentation examinée, toujours étant entendu que notre examen est rigoureux, mais pas exhaustif.

À la section suivante, nous abordons la question de notre population d'intérêt : que dit la littérature de recherche et de politique examinée au sujet des personnes ayant des démêlés avec la justice qui vivent avec des maladies mentales? Nous examinons dans un premier temps la littérature sur les taux de prévalence et les risques pour la santé mentale et notons une forte variabilité sur le plan des définitions, des échantillons et des domaines prioritaires, mais aussi une grande cohérence dans les domaines d'intérêt et de critique. Cette section traite aussi des déterminants de l'implication judiciaire chez les personnes vivant avec des maladies mentales, en faisant une distinction entre les théories sur l'influence

* Les rapports comportaient un espace permettant aux lecteurs d'indiquer les populations prioritaires (le cas échéant) reconnues par la source, les facteurs contextuels contribuant à l'interaction avec le système de justice pénale (le cas échéant) mentionnés par la source, et si la source faisait une critique ou des recommandations en matière de soins de santé mentale pour les populations prioritaires dans le système de justice pénale.

des facteurs directs (présence d'une maladie mentale), indirects (déterminants sociaux de la santé) et structurels (comme le racisme).

La section suivante explore la question des besoins en matière de soins de santé mentale propres aux personnes ayant des démêlés avec la justice, et l'expérience des personnes à la fois impliquées judiciairement et ayant des problèmes de santé mentale/maladies mentales. Elle présente une synthèse des études qui intègrent directement l'opinion des personnes ayant des démêlés avec la justice comme méthode de recherche ou qui aident à déduire des éléments de ces expériences par le biais d'analyses et d'examen. Dans la mesure où ces questions sont étayées par la documentation examinée, nous discutons des répercussions des identités multiples et transversales ou des structures d'oppression sur le fait de vivre avec des problèmes de santé mentale et d'être impliqué judiciairement.

Nous passons ensuite à la question des modèles, programmes, politiques et interventions qui ont été utilisés pour répondre aux besoins de soins de santé mentale des personnes ayant des démêlés avec la justice. Notre objectif est de nous concentrer sur la santé, plutôt que sur les besoins criminogènes, mais il est impossible de séparer complètement ces deux domaines, qui entrent parfois en conflit et se font parfois écho l'un à l'autre, tant sur le plan des objectifs que des méthodes. D'abord, nous nous intéressons à la littérature sur la déjudiciarisation et le traitement avant le procès et devant les tribunaux. Ensuite, nous nous concentrons sur le traitement sous diverses formes de garde en milieu fermé. Enfin, nous discutons de la littérature axée sur le traitement dans la collectivité (que ce soit après ou comme solution de rechange à la détention). Ce modèle combine des formes d'implication judiciaire juridiquement distinctes (comme la probation et la libération conditionnelle), renonçant à la précision afin de se concentrer spécifiquement sur l'emplacement et les conditions de soins de santé mentale.

Nous revenons ensuite à une vision plus large de la politique et de la pratique, en passant en revue les principes et les concepts qui, selon la documentation examinée, pourraient orienter la prestation de soins de santé mentale plus justes et plus efficaces aux personnes impliquées judiciairement. Ceux-ci vont des concepts qui sont universellement indiqués (comme l'équité en matière de procédure et l'indépendance clinique) aux principes comme la réconciliation et la sensibilité au genre, qui aident à situer les politiques et la pratique dans le contexte historique et social plus large. Cette section comprend également des arguments bien étayés, mais toujours généraux, concernant la réforme systémique.

Enfin, notre rapport résume la documentation examinée en mettant l'accent sur ses points forts, sur les domaines de possibilités et les défis lors des recherches à venir sur ce sujet. Ici, nous insistons sur la construction de ponts entre les points de vue du rétablissement de la santé mentale et de la criminologie sur la réhabilitation, à la fois en mettant fin à leurs divergences d'opinions et en reconnaissant les progrès méthodologiques communs et la possible réforme des services et des systèmes afin de mieux répondre aux besoins en santé mentale des personnes touchées par la loi.

Qui éprouve des problèmes de santé mentale dans le système de justice pénale?

PRINCIPALES CONSTATATIONS

- La prévalence de problèmes de santé mentale/maladies mentales est plus élevée chez les personnes ayant des démêlés avec la justice que dans la collectivité.
 - Cette prévalence accrue empire au fil du temps.
- Les taux de maladie mentale grave (p. ex., trouble dépressif caractérisé, trouble bipolaire et troubles psychotiques) sont de deux à trois fois plus élevés chez les personnes incarcérées par rapport à la collectivité.
- Les personnes ayant des démêlés avec la justice qui sont incarcérées sont près de trois fois plus susceptibles d'utiliser des médicaments psychotropes.
- Les expériences et les antécédents de traumatismes (p. ex., violence) sont plus courants chez les personnes ayant des démêlés avec la justice, en particulier chez les hommes et les femmes PNIM et chez les femmes non PNIM.
- Dans les établissements fédéraux, les cas de comportement d'automutilation ou d'automutilation non suicidaire ont plus que doublé ces dernières années, avec un moins grand nombre de personnes ayant des expériences plus fréquentes.

Cette section explore les dimensions de notre population d'intérêt : ceux qui se trouvent à la jonction de la maladie mentale et de la justice pénale au Canada. Cette question se divise en deux parties. Dans la première, nous résumons la littérature examinée concernant la prévalence de problèmes de santé mentale/maladies mentales chez les personnes ayant des démêlés avec la justice. Dans la seconde, nous passons en revue la littérature qui traite de l'inverse : comment ceux qui vivent avec des problèmes de santé mentale/maladies mentales se retrouvent-ils avec des démêlés avec le système de justice?

Taux de prévalence et risques pour la santé mentale

Le taux de prévalence de problèmes de santé mentale/maladies mentales est très élevé chez les personnes ayant des démêlés avec la justice. Il est nettement plus élevé que dans la population générale, et l'écart s'accroît avec le temps.⁵⁹⁻⁶³ Les chiffres exacts communiqués dépendent des sources de données utilisées et des définitions opérationnelles de « maladie mentale », de « problème de santé mentale » ou de « besoins ».

Bien qu'il existe des normes pour le diagnostic officiel de maladies mentales données, il n'existe aucune norme universellement acceptée – au Canada ou à l'échelle internationale – relative à un taux de prévalence de référence chez les personnes incarcérées ou celles qui se situent ailleurs dans le continuum de l'implication judiciaire. Les personnes incarcérées sont de loin les plus couramment évaluées pour la prévalence dans la littérature examinée et, au Canada, il est beaucoup plus facile d'obtenir des renseignements sur les prisons fédérales que sur les établissements provinciaux et territoriaux. En revanche, les études bien construites sur la prévalence chez les personnes impliquées judiciairement devant les tribunaux ou dans les services correctionnels communautaires sont encore

plus rares.⁶⁴ Notre période d'étude – de 2009 à 2019 – englobe également des changements importants dans la façon dont le SCC assure le suivi des résultats de dépistage des problèmes de santé mentale, avec l'adoption d'une tenue de dossiers plus universelle et numérisée, qui facilite l'étude de plus importants échantillons.

Nous présentons les informations de prévalence examinées depuis le très large (tout symptôme de mauvaise santé mentale), en passant par tout diagnostic, jusqu'à la présence d'une maladie mentale grave, et les discussions sur la prévalence de traumatismes, d'automutilation et de tendances suicidaires. Lorsqu'ils sont disponibles, nous accordons la priorité aux chiffres plus récents, aux échantillons plus représentatifs et téléologiques, et aux chiffres officiels.

Bien que la surreprésentation des personnes vivant avec des maladies mentales dans le système de justice pénale soit un sujet de préoccupation identifié, il est tout aussi important de reconnaître que la plupart des personnes vivant avec une maladie mentale grave n'ont pas affaire au système de justice pénale. Comme nous l'explorons plus en détail ci-dessous, la victimisation et l'automutilation sont plus préoccupantes que les infractions commises pour les personnes vivant avec des maladies mentales.⁶⁵

Au Canada

PRÉVALENCE DE TOUT SYMPTÔME DE SANTÉ MENTALE

La définition la plus large possible de la prévalence est une évaluation de la présence de tout symptôme de mauvaise santé mentale ou de maladie mentale au niveau de la population. Les diagnostics de maladie mentale sont généralement faits en contrôlant la présence de plusieurs symptômes et en évaluant l'incapacité ou la souffrance. Par conséquent, ces taux sont les plus élevés et doivent être interprétés avec prudence lors de l'évaluation des besoins en matière de soins, en particulier des besoins non satisfaits.

Prévalence de tout symptôme de santé mentale		
Étude citée	Échantillon et mesure utilisés	Prévalence
L'Enquêteur correctionnel du Canada, 2011; (65) Stewart et autres, 2009	1 209 hommes, dont 177 PNIM; admissions consécutives dans les pénitenciers fédéraux; SIDTMEI	Globalement, de possibles problèmes de santé mentale ont été dépistés dans 38 % des cas : <ul style="list-style-type: none"> • PNIM : 44 % • Non PNIM : 37 %
Brown et autres, 2015 (66)	491 hommes et 31 femmes, dont 40 personnes PNIM; échantillon non aléatoire de centres de détention et d'établissements correctionnels de l'Ontario, RAI-MH	Globalement, 41 % ont signalé un ou plusieurs symptômes actuels graves de problème de santé mentale : <ul style="list-style-type: none"> • Hommes : 41 % • Femmes : 48 % • Ensemble des PNIM : 75 %

Prévalence de tout symptôme de santé mentale		
Étude citée	Échantillon et mesure utilisés	Prévalence
Lafortune, 2010 (86)	500 hommes et 171 femmes incarcérés dans des établissements correctionnels provinciaux du Québec; échantillon aléatoire stratifié; dossiers administratifs correctionnels	Globalement, un problème de santé mentale a été dépisté dans 34 % des cas : <ul style="list-style-type: none"> • Femmes : 42 % • Hommes : 31 %

SIDTMEI = Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale; RAI-MH = Resident Assessment Instrument — Mental Health (instrument d'évaluation des pensionnaires en santé mentale)

En raison de sa portée, cette méthode d'évaluation de la prévalence était moins fréquente dans la littérature récente examinée. Nous n'avons trouvé aucune étude sur quelque mesure des symptômes que ce soit dans d'autres parties des systèmes judiciaire (tribunaux) et correctionnel (services correctionnels communautaires).

Le rapport 2011 de l'enquêteur correctionnel du Canada s'est penché sur la prévalence de symptômes de problèmes de santé mentale graves. Le rapport indique que les maladies mentales sont sous-déclarées dans les prisons en raison de la stigmatisation et (au moment où le rapport a été produit) du manque de dépistage universel.⁶⁶

En Ontario, un échantillon volontaire de personnes en détention comparait les taux de symptômes entre les populations en détention provisoire* et les populations purgeant une peine, hommes et femmes, PNIM et non PNIM. Les personnes purgeant des peines (pas en détention provisoire) ou sous d'autres formes de détention (détention d'immigrants, violation de libération conditionnelle, etc.) étaient beaucoup plus susceptibles de manifester des symptômes actuels graves, tout comme les femmes et l'ensemble des PNIM. Selon la pondération de l'échantillon pour représenter toutes les personnes incarcérées en Ontario, les auteurs ont estimé que 13 % des personnes en détention provinciale pourraient avoir des besoins en matière de soins de santé mentale non satisfaits.⁶⁷

PRÉVALENCE DE TOUT DIAGNOSTIC DE MALADIE MENTALE

Les documents sur la prévalence de tout diagnostic de maladie mentale reconnue (y compris les maladies mentales graves), mais aussi les diagnostics d'usage problématique de substances et de troubles de la personnalité, sont plus courants que la littérature sur « tout symptôme ». Comme les traumatismes sont souvent exclus de cette littérature, nous les traitons séparément. Ici, nous avons trouvé plus de renseignements à jour et cohérents pour le Canada au niveau fédéral, et un peu plus d'études au niveau provincial (nous n'avons trouvé aucune étude à jour sur la prévalence au niveau des territoires, en dépit des taux élevés d'incarcération observés dans ces régions).⁶⁸

* Personnes en attente de procès ou de détermination de la peine (pas condamnées officiellement).

Prévalence de tout diagnostic de santé mentale		
Étude citée	Échantillon et mesure utilisés	Prévalence
Gretten et Clift, 2011 (89)	120 jeunes garçons et 54 jeunes filles; échantillon non aléatoire de centres de détention provinciaux pour jeunes en C.-B.; DISC-IV	92 % des jeunes garçons et 100 % des jeunes filles répondaient aux critères d'un ou de plusieurs diagnostics tirés du DSM-IV : <ul style="list-style-type: none"> • Trouble lié à l'usage d'une substance – garçons 86 %; filles : 100 % • Trouble des conduites – garçons 73 %; filles : 84 % • Trouble anxieux – garçons 18 %; filles : 30 % • Trouble de l'humeur – garçons 6 %; filles : 7 % • Schizophrénie – garçons 1 %; filles : 2 %
Khan et autres, 2016 (69)	13 919 jeunes et jeunes adultes (12-24 ans); échantillon de la population au sein de centres correctionnels provinciaux pour jeunes et adultes de l'Ontario; données administratives : données provinciales de facturation des médecins	<ul style="list-style-type: none"> • 42 % ont consulté un médecin pour des services de santé mentale en détention; parmi eux, le diagnostic primaire était : • Schizophrénie : 9 % • Trouble de l'humeur : 12 % • Trouble lié à l'usage d'une substance : 21 % • Trouble anxieux : 49 % • Autre diagnostic : 9 %
Service correctionnel Canada, 2017 (74) Service correctionnel Canada, 2018 (101)	154 femmes dans les pénitenciers fédéraux; échantillon aléatoire systématique; SCID-I et SCID-II	79 % répondaient aux critères d'un ou de plusieurs diagnostics tirés du DSM : <ul style="list-style-type: none"> • Trouble de l'humeur : 22 % • Trouble psychotique : 5 % • Trouble lié à l'usage d'une substance : 76 % • Trouble anxieux : 54 % • Trouble alimentaire : 11 % Prévalence à vie de trouble de la personnalité : <ul style="list-style-type: none"> • Trouble de la personnalité limite : 33 % • Trouble de la personnalité antisociale : 49 %

Prévalence de tout diagnostic de santé mentale		
Étude citée	Échantillon et mesure utilisés	Prévalence
Beaudette et autres, 2016; Service correctionnel Canada, 2015; Service correctionnel Canada, 2013 (75, 78, 79)	1 110 hommes (dont 230 PNIM); admissions consécutives dans les pénitenciers fédéraux; SCID-I et SCID-II	73 % répondaient aux critères d'un ou de plusieurs diagnostics courants tirés du DSM (PNIM : 83 %; non PNIM : 60 %) : <ul style="list-style-type: none"> • Trouble de l'humeur : 17 % (PNIM : 19 %; non PNIM : 17 %) • Trouble psychotique : 3 % (PNIM : 2 %; non PNIM : 4 %) • Trouble lié à l'usage d'une substance : 50 % (PNIM : 77 %; non PNIM : 43 %) • Trouble anxieux : 30 % (PNIM : 32%; non PNIM : 29 %) • Trouble alimentaire : 1 % (PNIM : 2 %; non PNIM : 1 %) Prévalence à vie de trouble de la personnalité : <ul style="list-style-type: none"> • Trouble de la personnalité limite : 16 % (PNIM : 22 %; non PNIM : 14 %) • Trouble de la personnalité antisociale : 44 % (PNIM : 60%; non PNIM : 40 %)
Sittner, Hartshorn et autres, 2016 (77)	94 jeunes des Premières Nations arrêtés provenant de deux réserves aux États-Unis et deux réserves au Canada; échantillon non aléatoire; DISC-IV	67 % répondaient aux critères d'un ou de plusieurs diagnostics tirés du DSM : <ul style="list-style-type: none"> • Trouble lié à l'usage d'une substance : 50 % • Trouble des conduites : 53 % • Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention : 8 % • Dépression : 5 %
Lafortune, 2010 (86)	500 hommes et 171 femmes incarcérés dans des établissements correctionnels provinciaux du Québec; échantillon aléatoire stratifié; données administratives : consultations médicales enregistrées par le biais de l'assurance maladie provinciale	61 % avaient obtenu au moins un diagnostic de santé mentale dans les cinq ans précédant l'incarcération : <ul style="list-style-type: none"> • Au moins un diagnostic : 58 % des hommes • Au moins un diagnostic : 70 % des femmes

Prévalence de tout diagnostic de santé mentale		
Étude citée	Échantillon et mesure utilisés	Prévalence
Green et autres, 2016 (103)	99 hommes et 21 femmes incarcérés dans des établissements correctionnels provinciaux de l'Ontario; échantillon non aléatoire; diagnostic autodéclaré	Diagnostic autodéclaré de problème à vie ou d'un traitement antérieur de : <ul style="list-style-type: none"> • Dépression : 42 % • Trouble bipolaire ou dysthymique : 21 % • Schizophrénie : 5 %

DISC-IV = Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (programme d'entrevues diagnostiques pour enfants – version IV); SCID-I = Structured Clinical Interview for DSM Axis I Disorders (entrevue clinique structurée pour les troubles de l'axe I du DSM); SCID-II = Structured Clinical Interview for DSM Axis II Disorders (entrevue clinique structurée pour les troubles de l'axe II du DSM)

Les taux de prévalence dans ces études ont tendance à être extrêmement élevés par rapport à la collectivité,* mais ils sont aussi biaisés envers quelques diagnostics qui ont des corrélations importantes avec l'implication judiciaire – trouble lié à l'usage d'une substance ou trouble de la personnalité (troubles de la personnalité antisociale et trouble de la personnalité limite chez les adultes, troubles des conduites chez les jeunes). On observe souvent des prévalences démesurées dans ces deux catégories par rapport à d'autres problèmes de santé mentale, comme les troubles psychotiques et les troubles de l'humeur; dans de nombreux échantillons de personnes détenues, l'usage problématique de substances touche quatre personnes sur cinq.⁶⁹⁻⁷²

Les études qui analysent les différences entre les populations tiennent généralement compte des femmes, des PNIM ou des deux, par rapport à un groupe de référence formé d'hommes non PNIM. Pour ces deux populations d'intérêt, les taux de prévalence de tout diagnostic de maladie mentale – et la dominance conceptuelle du trouble lié à l'usage d'une substance[†] comme diagnostic – sont encore plus élevés qu'au sein du reste de la population incarcérée.⁷³⁻⁷⁶ Une seule étude examinée présentait ces deux taux de prévalence pour les personnes ayant des démêlés avec la justice hors détention, ce qui confirme que les troubles de la personnalité et l'usage problématique de substances ont joué un rôle important dans les arrestations de jeunes PNIM impliqués judiciairement au Canada et aux États-Unis.⁷⁷

Depuis 2013, le service correctionnel fédéral du Canada a mis en place des mesures de dépistage plus universelles des personnes admises en prison et est en mesure de fournir des données plus cohérentes sur la prévalence. L'information publiée montre une importante comorbidité entre l'usage de substances et d'autres diagnostics de santé mentale. Les troubles anxieux sont aussi un diagnostic important au sein de l'échantillon.⁷⁸⁻⁸⁰

Le service correctionnel fédéral a également des données récentes sur la prévalence chez les femmes incarcérées. Tout comme chez les hommes, la catégorie la plus élevée de prévalence est l'usage problématique d'alcool et de substances et le trouble de la personnalité antisociale, bien qu'il s'agisse

* À titre de comparaison, les taux de prévalence dans la population générale sont accessibles auprès de Statistique Canada.

† L'expression « trouble lié à l'usage d'une substance » a été retenue dans le présent document lorsqu'elle était utilisée dans la littérature comme une catégorie de diagnostic et d'analyse, afin d'assurer une représentation précise de nos sources.

d'estimations à vie. Les taux de troubles anxieux parmi ces échantillons de femmes purgeant une peine fédérale étaient encore plus élevés. La prévalence était aussi plus élevée chez les femmes PNIM.⁸¹ Ces échantillons récents concordent globalement avec les estimations fournies dans d'autres sources, comme l'enquêteur correctionnel du Canada.^{82, 83} Une prévalence plus élevée chez les femmes incarcérées a également été constatée régulièrement depuis au moins les 15 dernières années.^{84, 85}

Au niveau provincial, une partie de la littérature était fondée sur l'examen d'études menées en Alberta, en Ontario et au Québec parmi les populations d'adultes en détention; et en Ontario et en Saskatchewan, parmi les jeunes en détention. Comme ailleurs, les définitions et les mesures utilisées variaient considérablement, et les études ont révélé des taux de prévalence à vie de 91,7 % de tout trouble chez les hommes incarcérés en Alberta⁸⁶ (avec un lourd fardeau de trouble lié à l'usage d'une substance) à 33,8 % de prévalence de tout trouble à l'admission dans un établissement provincial au Québec. Les chercheurs qui ont examiné l'étude québécoise ont noté que les maladies schizophréniques et psychotiques étaient plus susceptibles d'être détectées que les troubles de l'humeur comme la dépression, et que la comparaison du taux de dépistage avec le taux auquel les personnes ont déclaré elles-mêmes un diagnostic au cours des cinq dernières années (61 %) suggérait la possibilité d'un taux élevé de faux négatifs au dépistage, par opposition aux estimations de la prévalence à vie.⁸⁷

Une étude portant sur des jeunes reconnus coupables d'infractions avec violence, détenus en Saskatchewan et évalués par une équipe de soins de santé mentale, a constaté une prévalence de plus de 90 % d'au moins un diagnostic de maladie mentale, les troubles de comportement perturbateur étant le plus commun, suivis par des diagnostics concomitants (parmi lesquels les troubles liés à l'usage d'une substance étaient un facteur dominant).⁸⁸ Ces taux de prévalence étaient semblables à ceux observés dans un échantillon de jeunes détenus en Ontario dans les années 1990, dont plus de 80 % répondaient aux critères d'au moins un diagnostic de maladie mentale.⁸⁹ Une étude a utilisé un échantillon de dépistage de 205 « jeunes délinquants » incarcérés en C.-B. Utilisant l'expression « trouble mental », elle rapporte que 92 % des jeunes garçons et 100 % des jeunes filles répondaient aux critères, mais sa définition est assez large, et comprend « l'exposition à la violence physique » et « l'exposition à la violence sexuelle ». Par conséquent, les auteurs notent que les taux sont plus élevés que ceux rapportés ailleurs.⁹⁰

PRÉVALENCE DE MALADIE MENTALE GRAVE

« Maladie mentale grave » (parfois appelée « maladie mentale sérieuse » ou « maladie mentale importante ») est une expression générique regroupant un nombre limité de catégories de diagnostic – généralement les troubles psychotiques (comme la schizophrénie), le trouble bipolaire et le trouble dépressif caractérisé. La nature limitée de la définition tend à rendre les taux de prévalence plus cohérents dans la documentation examinée.

Prévalence de maladie mentale grave		
Étude citée	Échantillon et mesure utilisés	Prévalence
Beaudette et autres, 2016; (75) Service correctionnel Canada, 2015 (78)	1 110 hommes (dont 230 PNIM); admissions consécutives dans les pénitenciers fédéraux; SCID-I et SCID-II	12 % répondaient aux critères de maladie mentale grave (trouble bipolaire, dépression majeure, trouble psychotique) :

Prévalence de maladie mentale grave		
Étude citée	Échantillon et mesure utilisés	Prévalence
		<ul style="list-style-type: none"> • Trouble bipolaire I : 2 % • Trouble dépressif caractérisé : 7 % • Trouble psychotique : 3 %
Service correctionnel Canada, 2018 (73)	246 femmes dans les pénitenciers fédéraux; SCID-I et SCID-II	52 % répondaient aux critères d'expérience de maladie mentale grave au cours de leur vie 18 % répondaient aux critères de maladie mentale grave actuelle
Lafortune, 2010 (86)	500 hommes et 171 femmes incarcérés dans des établissements correctionnels provinciaux du Québec; échantillon aléatoire stratifié; données administratives : consultations médicales enregistrées par le biais de l'assurance maladie provinciale	30 % avaient reçu au moins un diagnostic de maladie mentale grave : <ul style="list-style-type: none"> • Trouble dépressif : 21 % • Psychose affective : 9 % • Trouble schizophrénique : 6 % • Autre psychose non organique : 7 %

SCID-I = Structured Clinical Interview for DSM Axis I Disorders (entrevue clinique structurée pour les troubles de l'axe I du DSM);
SCID-II = Structured Clinical Interview for DSM Axis II Disorders (entrevue clinique structurée pour les troubles de l'axe II du DSM)

Comme ci-dessus, cette littérature était principalement axée sur les personnes incarcérées au Canada. Tout comme dans les catégories susmentionnées, les chercheurs reconnaissent que la prévalence dans les populations incarcérées est très élevée – souvent citée comme étant deux, trois ou quatre fois supérieure aux taux observés dans la collectivité.⁹¹⁻⁹³ L'incidence du genre sur la prévalence est moins claire, mais permet néanmoins de conclure que les femmes sont plus touchées, des sources récentes faisant état d'effets peu clairs ou non significatifs⁹⁴⁻⁹⁶, ou de taux plus élevés chez les femmes.^{97, 98} Cependant, les taux excessifs par rapport à la collectivité ne sont pas aussi élevés qu'au chapitre des troubles liés à l'usage de substances et des troubles de la personnalité.

De récentes données de sondage et de dépistage au sein des services correctionnels canadiens indiquent, parmi les hommes purgeant une peine fédérale, un taux estimé d'entre 2 et 7 % pour les troubles psychotiques, et d'entre 15 et 19 % pour les troubles de l'humeur.⁹⁹⁻¹⁰¹ Par comparaison, le taux de prévalence de trouble dépressif caractérisé actuel dans la population canadienne a récemment été estimé à 5 %; et les troubles psychotiques, à 1,3 %.^{102, 103} Un autre procédé de présentation de la prévalence suggère un taux global de 14 % pour toute maladie mentale grave, et de 6 à 8 % des personnes purgeant une peine fédérale nécessitant une hospitalisation psychiatrique pour une maladie mentale aiguë à un moment donné au cours de leur peine.¹⁰⁴ Une enquête fédérale indique en outre que la prévalence de trouble de la personnalité limite (TPL) se situe entre 11 et 24 %, et que le TPL (ainsi

que les troubles psychotiques) présente les plus hauts facteurs de risque d'être gravement diminué par ses problèmes de santé mentale/maladie mentale.¹⁰⁵

On peut aussi mesurer la prévalence de maladie mentale grave à vie, plutôt qu'actuelle. Bien que cette mesure puisse donner une meilleure estimation des besoins futurs en matière de soins de santé mentale (car elle reflète la possibilité que les conditions en détention détériorent la santé mentale), elle était moins répandue dans les documents examinés. Dans un échantillon de délinquantes détenues sous responsabilité fédérale analysé en 2016, 52 % ont déclaré une prévalence à vie de maladie mentale grave, ce qui est beaucoup plus élevé que la prévalence actuelle.¹⁰⁶ Dans un échantillon similaire de délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale étudié entre 2012 et 2014, une distinction était faite entre les troubles de l'humeur (prévalence à vie : 30,2 %) et les troubles psychotiques (prévalence à vie : 4,7 %), tous deux supérieurs à la prévalence actuelle.¹⁰⁷

Une étude ontarienne récente reposait sur les autodéclarations de 125 volontaires détenus au sein d'un établissement provincial qui ont répondu à un sondage. Parmi cet échantillon, 42 % ont rapporté la dépression; 21 %, un trouble bipolaire, la manie, la maniaco-dépression ou la dysthymie; et 5 %, la schizophrénie.¹⁰⁸ Le sondage ne demandait pas si la condition était actuelle ou si elle avait été présente à tout moment dans la vie du participant.

Une troisième méthode d'évaluation de la prévalence des besoins en matière de soins de santé mentale chez les personnes vivant avec une maladie mentale grave consiste à examiner l'utilisation de médicaments psychotropes sur ordonnance en détention. Sans surprise, la prescription de médicaments psychotropes est plus répandue chez les Canadiens incarcérés dans un établissement fédéral que dans la population générale (respectivement 30 % et 8 %). Il n'est pas exclu que les taux plus élevés d'ordonnance active de médicament psychotrope par rapport à ceux observés dans la collectivité soient un signe d'utilisation non indiquée aux fins de contrôle du comportement, plutôt que d'une utilisation pour des raisons thérapeutiques.¹⁰⁹ Cependant, l'utilisation non indiquée – courante en médecine générale – semble concorder avec le taux de 36 % enregistré dans la collectivité, sans différence de groupe fondée sur le sexe ou l'identification (p. ex., PNIM).¹¹⁰ Des études qualitatives indiquent que les femmes incarcérées se voient prescrire des médicaments psychotropes comme forme de contrôle du comportement en détention, et non à des fins de rétablissement.¹¹¹

PRÉVALENCE DES TRAUMATISMES ET SÉQUELLES DE LA VIOLENCE

Les symptômes des traumatismes et des expériences de violence verbale, physique, émotionnelle ou sexuelle n'ont pas toujours été reconnus comme faisant partie des besoins en matière de soins de santé mentale qui devraient faire l'objet d'une évaluation.¹¹² Toutefois, les personnes incarcérées au Canada sont plus susceptibles que les personnes non impliquées judiciairement d'avoir été victimes de traumatismes, entre autres obstacles aux soins.¹¹³ Les traumatismes jouent un rôle particulièrement important dans les voies de l'implication judiciaire pour les femmes et les jeunes, et agissent souvent comme intermédiaires de facteurs structurels comme les antécédents d'oppression coloniale et de violence qui entraînent la surreprésentation des PNIM et d'autres groupes dans les systèmes judiciaire et carcéral au Canada. Les symptômes de traumatisme et de violence sont aussi d'une grande pertinence en tant que précurseurs et déterminants de maladies mentales qui peuvent être surreprésentées chez les personnes ayant des démêlés avec la justice, y compris la psychose.¹¹⁴

Antécédent de traumatisme et de violence		
Étude citée	Échantillon et mesure utilisés	Prévalence
Beaudette et autres, 2016 (75)	1 110 hommes (dont 230 PNIM); admissions consécutives dans les pénitenciers fédéraux; SCID-I et SCID-II	13 % répondaient aux critères d'expérience de trouble de stress post-traumatique (TSPT) au cours de leur vie; 11 % répondaient aux critères d'expérience actuelle
Service correctionnel Canada, 2017 (74)	154 femmes dans les pénitenciers fédéraux; échantillon aléatoire systématique; SCID-I et SCID-II	33 % répondaient aux critères de TSPT actuel
Service correctionnel Canada 2012 (111)	121 PNIM et 555 non PNIM au sein du système correctionnel fédéral et inscrits au programme de traitement de substitution à la méthadone; échantillon non aléatoire; données administratives	Antécédents de violence sexuelle – PNIM : 49 %; non PNIM : 29 % Antécédents de violence physique – PNIM : 62 %; non PNIM : 30 % Antécédents de violence psychologique – PNIM : 57 %; non PNIM : 35 %
Gretten et Clift, 2011 (67)	120 jeunes garçons et 54 jeunes filles; échantillon non aléatoire de centres de détention provinciaux pour jeunes en C.-B.; examen des dossiers correctionnels	Antécédents de violence sexuelle – jeunes garçons : 21 %; jeunes filles : 42 % Antécédents de violence physique – jeunes garçons : 61 %; jeunes filles : 54 % Négligence – jeunes garçons : 51 %; jeunes filles : 63 %

SCID-I = Structured Clinical Interview for DSM Axis I Disorders (entrevue clinique structurée pour les troubles de l'axe I du DSM);
SCID-II = Structured Clinical Interview for DSM Axis II Disorders (entrevue clinique structurée pour les troubles de l'axe II du DSM)

On ne retrouve pas les taux précis de prévalence de traumatismes et/ou d'expérience de violence pour les personnes incarcérées au Canada dans la littérature. Un échantillon de Canadiens incarcérés dans un établissement fédéral et suivant un traitement à la méthadone montrait des taux de déclaration d'antécédents de traumatismes et de violence beaucoup plus élevés chez les hommes PNIM que chez les hommes non PNIM.¹¹⁵ Ces taux élevés ont également été mesurés chez les jeunes impliqués judiciairement aux États-Unis.^{116, 117} En l'absence de données canadiennes précises, une étude suggère la comparaison avec les taux américains, où les études indiquent un taux compris entre 25 et 90 % chez les femmes incarcérées.^{118, 119}

AUTOMUTILATION ET TENDANCES SUICIDAIRES

L'un des plus graves risque et symptôme de détresse mentale en détention est l'automutilation, qui est rarement dans l'intention de se suicider. D'autres risques aigus comprennent les tentatives de suicide et le décès par suicide. L'automutilation, parfois appelée « comportement d'automutilation » et

« automutilation non suicidaire » (AMNS), a été définie comme « la destruction ou l'altération délibérée des tissus du corps sans intention suicidaire consciente » (Favazza, tel que cité dans Smith et autres, 2019, p. 21).¹²⁰ Une récente revue de la littérature indique que les chercheurs s'entendent sur le fait que les taux d'automutilation et de suicide chez les personnes en détention au Canada sont très élevés et sont supérieurs à ceux observés dans la collectivité.

Automutilation et tendances suicidaires		
Étude citée	Échantillon et mesure utilisés	Prévalence
Power, 2011; Power et autres, 2013	150 femmes détenues dans des établissements fédéraux (56 PNIM et 94 non PNIM); échantillon non aléatoire; questionnaire et QAD; 400 femmes incarcérées dans les pénitenciers fédéraux (143 PNIM et 257 non PNIM); échantillon aléatoire; examen des dossiers	<p>Questionnaire/échantillon QAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au moins une tentative de suicide ou incident d'AMNS : 61 % • Au moins un incident d'AMNS : 39 % • Au moins une tentative de suicide : 49 % • Antécédents d'AMNS et de tentative de suicide : 44 % • AMNS en prison : 16 % • Tentative de suicide en prison : 11 % <p>Échantillon d'examen des dossiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au moins une tentative de suicide ou incident d'AMNS : 46 % • Au moins un incident d'AMNS : 23 % • Au moins une tentative de suicide avant l'incarcération : 41 % • AMNS en prison : 11 %
Martin et autres, 2014	5 154 personnes incarcérées dans des prisons fédérales; totalité de la cohorte admise aux services correctionnels fédéraux en 2011; SIDTMEI	0,7 % ont eu un ou plusieurs incidents d'AMNS au cours de leurs 180 premiers jours d'incarcération
Lafortune, 2010 (86)	500 hommes et 171 femmes incarcérés dans des établissements correctionnels provinciaux du Québec; échantillon aléatoire stratifié; données administratives des services correctionnels :	<p>Globalement, 26 % avaient des antécédents de tentative de suicide :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hommes : 23 % • Femmes : 35 % <p>Risque de suicide dépisté à l'admission :</p>

Automutilation et tendances suicidaires		
Étude citée	Échantillon et mesure utilisés	Prévalence
		<ul style="list-style-type: none"> • Hommes : 4 % • Femmes : 4 %

SIDTMEI = Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale; QAD = Questionnaire sur l'automutilation chez les délinquant(e)s

Entre 2008 et 2013, les taux d'automutilation dans les prisons fédérales ont plus que doublé. De 2013 à 2014, le SCC a enregistré 578 incidents survenus chez seulement 60 femmes incarcérées. Les incidents sont très concentrés chez quelques individus ayant des expériences répétées. Les chercheurs qui étudient ce type d'automutilation recommandent des stratégies d'intervention complète, tenant compte des traumatismes.¹²¹ Le rapport de l'enquêteur correctionnel du Canada de 2018 a conclu à une surreprésentation des PNIM incarcérés dans les incidents d'automutilation.¹²² Un examen réalisé en 2019 (dans les prisons fédérales également) a estimé des taux de prévalence d'automutilation de 11 à 41 % pour les femmes, et de 14 à 35 % pour les hommes en fonction de plusieurs études récentes.¹²³

Une revue récente de la littérature indique que plus d'une personne en détention sur cinq (au niveau fédéral et dans les provinces et les territoires) a tenté de se suicider au moins une fois.¹²⁴ Les examens révèlent que les taux de suicide dans les prisons du Canada sont de 3 à 11 fois supérieurs à ceux observés dans la collectivité (selon la population).^{125, 126} En 2016, un PNIM sur trois admis dans des établissements correctionnels ontariens, et plus de la moitié de ceux placés en isolement, étaient à risque de suicide. Ce taux est sensiblement supérieur à celui des non PNIM.¹²⁷ Un rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé révèle que 16 % des hommes incarcérés dans un établissement à sécurité maximale ont rapporté au moins une tentative de suicide au cours des cinq années précédentes.¹²⁸

L'automutilation et les tendances suicidaires sont deux réactions possibles aux conditions de détention.¹²⁹⁻¹³² Bien que les jeunes en détention présentent un risque d'automutilation inférieur à celui observé chez les adultes, ils peuvent être plus susceptibles d'adopter des comportements d'automutilation en raison des conditions de détention. Leur risque d'automutilation et de suicide augmente considérablement s'ils sont placés dans des établissements pour adultes.¹³³ Les milieux à sécurité maximale augmentent aussi les taux d'automutilation chez les hommes adultes, ce qui laisse entendre que les établissements correctionnels ont aussi une influence sur les adultes.¹³⁴

Comparaison entre les estimations de la prévalence au Canada et à l'échelle internationale

Les taux canadiens de prévalence de maladie mentale en contexte correctionnel sont comparables à ceux observés aux É.-U., au RU, en Australie et en NZ.¹³⁵ Un autre méta-examen des jeunes hommes dans 10 pays a révélé des taux très élevés de troubles; les taux de troubles liés à l'usage de substances et de troubles de la personnalité étant beaucoup plus élevés que les diagnostics « graves » (axe I).¹³⁶

Taux de prévalence et d'incidents à l'échelle internationale		
Étude citée	Échantillon et mesure utilisés	Prévalence
James et Glaze, 2006 (137)	479 000 personnes incarcérées dans des prisons locales 705 600 personnes incarcérées dans les prisons d'État 78 800 personnes incarcérées dans des prisons fédérales aux É.-U.; échantillon aléatoire; SISFCF	Tout problème de santé mentale : <ul style="list-style-type: none"> • Prison locale : 64 % • Prison d'État : 56 % • Prison fédérale : 45 % Usage de substances ou dépendance : <ul style="list-style-type: none"> • Prison locale : 76 % • Prison d'État : 74 % • Prison fédérale : 64 %
Stoliker et Galli, 2019 (135)	1 537 hommes et 379 femmes de 50 ans et plus incarcérés dans des prisons d'État ou fédérales aux É.-U.; échantillon représentatif au niveau national; SISFCF	61 % ont déclaré des symptômes de problèmes de santé mentale (hommes : 60 %; femmes : 70 %) : <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes dépressifs : 55 % (hommes : 53 %; femmes : 63 %) • Symptômes de manie : 36 % (hommes : 34 %; femmes : 47 %) • Psychose : 11 % (hommes : 11 %; femmes : 11 %) • Forte consommation d'alcool : 20 % (hommes : 22 %; femmes : 11 %) • Forte consommation de drogues : 26 % (hommes : 26 %; femmes : 25 %) 23 % ont déclaré un diagnostic antérieur de santé mentale : <ul style="list-style-type: none"> • Trouble dépressif : 16 % (hommes : 14 %; femmes : 27 %) • Manie : 7 % (hommes : 5 %; femmes : 12 %) • Trouble psychotique : 4 % (hommes : 4 %; femmes : 4 %) • TSPT : 7 % (hommes : 6 %; femmes : 8 %) • Anxiété/Trouble panique : 7 % (hommes : 6 %; femmes : 13 %)
Colins et autres, 2010 (133)	15 études portant sur 3 401 adolescents de sexe masculin dans 10 pays; méta-analyse	Prévalence globale de 70 % d'au moins un diagnostic de santé mentale : <ul style="list-style-type: none"> • Trouble des conduites : 46 %

Taux de prévalence et d'incidents à l'échelle internationale		
Étude citée	Échantillon et mesure utilisés	Prévalence
		<ul style="list-style-type: none"> • Trouble lié à l'usage d'une substance : 45% • Trouble anxieux : 16 % • Trouble de l'humeur : 13 % • Trouble psychotique : 1 %
Fazel et Seewald, 2012 (132)	109 échantillons parmi 38 588 personnes incarcérées dans 24 pays; méta-analyse	Prévalence globale de 4 % pour la psychose et 11 % pour la dépression majeure : <ul style="list-style-type: none"> • Psychose – hommes : 4 %; femmes : 4 % • Dépression – hommes : 10 %; femmes : 14 %
Dixon-Gordon et autres, 2012 (129)	11 études portant sur 934 adolescents incarcérés et 26 712 adultes dans 5 pays; revue systématique	ANS en détention : <ul style="list-style-type: none"> • Adolescents : entre 5 et 24 % • Adultes : entre 0,1 et 10 % ANS au cours de la vie : <ul style="list-style-type: none"> • Adolescents : entre 7 et 11 % • Adultes : entre 15 et 48 %
Fazel et autres, 2017 (142)	3 906 suicides en prison dans 24 pays à revenu élevé; méta-analyses visant à établir des liens avec les taux de suicide de la population générale	Les taux de suicide en prison se situaient entre 23 pour 100 000 et 180 pour 180 000 dans les différents pays : <ul style="list-style-type: none"> • Canada : 27 suicides par 100 000 Les taux de suicide en prison par rapport à ceux dans la population générale étaient comparables entre les groupes et 14 fois supérieurs au sein des populations carcérales : <p>Le taux de suicide en prison au Canada est 2,3 fois supérieur à celui observé dans la population générale.</p>

SISFCF = Survey of Inmates in State and Federal Correctional Facilities (enquête sur les détenus dans les établissements pénitentiaires d'État et fédéraux); AMNS = Automutilation non suicidaire

Aux É.-U., des études révèlent que les taux de tout symptôme ou diagnostic de santé mentale sont très élevés, avec 56 à 76 % des prisonniers dans les prisons et les pénitenciers d'État répondant à au moins un critère (selon la population et la méthode). Comme dans les études susmentionnées, l'usage de substances (y compris la comorbidité) et les troubles de la personnalité sont des facteurs dominants

dans ces taux de prévalence très élevés.¹³⁷⁻¹⁴⁰ Pour la psychose, l'une des études ci-dessus indique 4,2 %; et pour la dépression majeure, 23,9 %, soit légèrement plus que ce qui est observé au Canada – mais avec la réserve de la forte variabilité entre les études.^{141, 142} Les différences entre les sexes identifiées dans et par la littérature canadienne (voulant que les femmes soient plus susceptibles que les hommes d'avoir un problème de santé mentale) se retrouvent aussi dans les études américaines.¹⁴³

En Australie, à l'admission en prison, 38 % des personnes ont déclaré des antécédents de maladie mentale. Les taux étaient plus élevés chez les femmes et plus faibles chez les Autochtones. Les jeunes impliqués judiciairement enregistraient des taux très élevés, avec 87 % ayant au moins un diagnostic de maladie mentale, les jeunes femmes et les jeunes Autochtones étant plus durement touchés. Une importante étude récente a identifié certaines des mêmes lacunes de recherche que nous avons repérées dans la littérature canadienne, à savoir le peu de données sur les personnes ayant des démêlés avec la justice hors détention.¹⁴⁴

Dans tous les pays à revenu élevé, le suicide chez les personnes incarcérées est toujours plus élevé que dans la collectivité. Le taux du Canada est légèrement supérieur à celui des É.-U., mais inférieur à celui observé dans la plupart des pays européens, ainsi qu'en Australie et en NZ. Ces résultats s'expliquent en partie par les différentes règles de comptage.^{145, 146}

Quelles sont les voies menant à l'implication judiciaire des personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale?

PRINCIPALES CONSTATATIONS

- La présence de maladie mentale est un facteur déterminant direct des taux accrus d'arrestation et d'implication judiciaire, ce qui soulève la probabilité de devenir impliqué judiciairement en raison de la visibilité accrue auprès de la police en raison de l'itinérance et/ou d'un usage problématique de substances.
 - L'usage problématique de substances, les troubles de la personnalité et la présence d'un TSPT sont parmi les principaux facteurs de risque d'implication judiciaire.
 - Les personnes aux prises avec une maladie mentale sont plus susceptibles d'être victimes de violence que d'en être les auteurs.
- Le manque d'accès aux déterminants sociaux de la santé – notamment les événements indésirables survenus durant l'enfance, le faible niveau d'éducation, le manque de logements, les faibles revenus et le sous-emploi – sont autant de facteurs qui contribuent à l'implication judiciaire des personnes ayant des problèmes de santé mentale/maladies mentales.
- Les facteurs structurels – comme la marginalisation, les antécédents d'oppression, le racisme, le sexisme et le patriarcat, la colonisation continue et la discrimination systémique – contribuent tous à la surreprésentation des populations prioritaires vivant avec des problèmes de santé mentale/maladies mentales dans le système de justice pénale.
- La désinstitutionnalisation a joué une contribution clé historique dans les taux disproportionnés d'implication judiciaire chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale/maladies mentales.
 - À partir des années 1950 à 1970, après la fermeture des hôpitaux, aucun investissement n'a été fait dans les mesures de soutien communautaires, ce qui s'est traduit par une hausse de l'implication judiciaire chez les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale/maladies mentales.

Il existe une gamme de déterminants et de facteurs prédictifs qui augmentent la probabilité que les personnes ayant des problèmes de santé mentale/maladies mentales aient affaire au système de justice pénale. Ces déterminants peuvent être directs (p. ex., symptômes de maladie mentale) ou indirects (p. ex., facteurs de risque criminogènes, comme des problèmes de comportement ou de conduite, le manque d'accès aux déterminants sociaux de la santé et les déterminants structurels tels que les conditions politiques et historiques ou la marginalisation en fonction de la race, l'identification en tant que PNIM et/ou le genre).

Au Canada, les chercheurs, les défenseurs et les décideurs politiques conviennent que la désinstitutionnalisation a eu une influence importante sur la surreprésentation des personnes qui ont des problèmes de santé mentale/maladies mentales dans le système de justice pénale. La désinstitutionnalisation a coïncidé avec des avancées dans les domaines des médicaments psychotropes et de la thérapie individuelle dans les années 1950 et 1960, créant ainsi les conditions nécessaires à

l'avancement des traitements communautaires. Parallèlement, les gouvernements subissaient une importante pression politique de la part du public canadien qui, mieux informé des causes et des traitements de la maladie mentale, a commencé à réagir contre les cas de négligence, de surpopulation et de violence, et réclamait la fermeture des institutions.¹⁴⁷ La désinstitutionnalisation a eu pour résultat critique de faire passer l'institutionnalisation automatique des personnes vivant avec des maladies mentales à la construction d'hôpitaux dans les villes et à la libération de ceux qui avaient été institutionnalisés. Entre 1959 et 1976, le nombre de lits dans les « hôpitaux psychiatriques » au Canada est passé de 65 000 à 21 000.¹⁴⁸

La désinstitutionnalisation s'est toutefois accompagnée d'une série de conséquences imprévues, dont une est la surreprésentation des personnes vivant avec des maladies mentales dans le système de justice pénale. Plus précisément, beaucoup de ceux qui ont été libérés dans la collectivité n'ont pas eu d'aide lors de leur transition, et les économies de coûts réalisées grâce à la fermeture des hôpitaux n'ont pas été suffisamment réinvesties dans des mesures de soutien adéquates et durables.^{149, 150} Au cours de la même période, le système de justice pénale a connu une expansion importante en raison des politiques de réduction de la criminalité.¹⁵¹ Il y a ensuite eu convergence dans la mesure où la réponse juridique à la maladie mentale est devenue plus complexe.¹⁵² Les études qui mesurent la prévalence de maladie mentale dans le système de justice pénale donnent à penser qu'une grande partie de la population croissante de personnes incarcérées sont les personnes vivant avec des maladies mentales qui auraient auparavant été hospitalisées.¹⁵³ En outre, à mesure que les services disparaissent ou deviennent inaccessibles en raison de leurs coûts ou de leurs délais d'attente, le système judiciaire reste l'un des rares moyens d'assurer l'accès à un traitement adéquat.¹⁵⁴ Pour de nombreuses personnes vivant avec des maladies mentales, une accusation criminelle peut être le seul moyen d'accéder à des soins psychiatriques (à condition d'être placées dans le système de santé mentale dans le contexte judiciaire).^{155, 156} D'autres études démontrent que, pour bon nombre de personnes vivant avec des problèmes de santé mentale/maladies mentales, l'interaction avec le système de justice (via une arrestation et/ou accusation criminelle) peut être la seule façon d'accéder aux rares ressources en santé mentale dans leur collectivité.¹⁵⁷ C'est le cas, en particulier, pour les jeunes souffrant de maladies mentales.¹⁵⁸

Déterminants directs de l'implication judiciaire

Selon un récent examen de la CSMC, les taux d'arrestation sont beaucoup plus élevés chez les personnes qui ont une maladie mentale grave que chez les personnes qui n'en ont pas.¹⁵⁹ L'accent mis sur les taux plus élevés d'arrestation chez les personnes vivant avec des maladies mentales n'a pas pour but de laisser entendre qu'elles sont plus violentes ou plus susceptibles de commettre une infraction criminelle. Généralement, la victimisation est plus préoccupante que l'infraction commise pour les personnes qui vivent avec des maladies mentales. Selon les données récentes de Statistique Canada s'appuyant sur l'Enquête sociale générale (ESG) de 2014 sur la sécurité des Canadiens (victimisation), 1 personne sur 10 présentant une incapacité liée à la santé mentale a été victime de violence au cours des 12 mois précédents, soit plus du double de la proportion observée dans la population en général. Les diagnostics psychiatriques les plus courants (y compris la dépression, l'anxiété et les troubles déficitaires de l'attention) n'ont aucune corrélation avec la violence. De plus, quand les gens souffrant d'une maladie

mentale grave deviennent violents, ils sont plus susceptibles de se faire du mal que d'en faire aux autres.¹⁶⁰

La présence de maladie mentale augmente le risque criminogène.¹⁶¹ En comparaison avec des personnes impliquées judiciairement n'ayant aucune maladie mentale grave, celles qui en ont une sont confrontées à des facteurs de risque criminogènes plus élevés.¹⁶² Des recherches récentes démontrent que la prévalence de psychose augmente la probabilité que les personnes aux prises avec des maladies mentales aient affaire avec le système de justice pénale.^{163, 164} Dans bien des cas, les infractions criminelles des personnes ayant des démêlés avec la justice qui ont un trouble lié à l'usage de substances sont liées à ce trouble.¹⁶⁵ Dans le petit nombre de cas où les personnes aux prises avec des maladies mentales commettent des crimes violents contre les autres, ces gestes sont influencés par un épisode de délire ou de psychose. Les données probantes indiquent que, dans la majorité des cas, la présence d'une maladie mentale n'est qu'indirectement liée au crime.¹⁶⁶

Ces taux disproportionnés – et le problème de la surreprésentation des personnes aux prises avec des maladies mentales dans le système de justice pénale – sont souvent examinés sous l'angle de la théorie de la visibilité. Cette théorie avance que les gens qui ont sérieusement besoin, mais qui ne peuvent pas ou n'ont pas les moyens, d'accéder aux soins de santé mentale font face à la stigmatisation et à la discrimination, ce qui augmente leur expression symptomatique et, par conséquent, leur « visibilité » auprès du public et de la police.¹⁶⁷ La visibilité est exacerbée par l'itinérance, et les personnes aux prises avec des maladies mentales qui sont aussi sans-abri sont plus susceptibles d'être repérées et arrêtées pour des infractions mineures, pour nuisance ou parce que les agents d'application de la loi croient que l'arrestation les contraindra à un traitement.¹⁶⁸

Les taux d'arrestation de certains groupes de personnes aux prises avec des maladies mentales sont particulièrement préoccupants. Les personnes qui ont des maladies mentales et sont aussi sans-abri sont parmi les sous-groupes d'itinérants les plus susceptibles de faire affaire avec le système de justice pénale, en particulier parce qu'elles commettent des délits de nuisance et des infractions pour assurer leur survie et subvenir à leurs besoins.¹⁶⁹⁻¹⁷¹ Bon nombre d'entre eux se livrent à un usage problématique de substances qui, en plus d'être une infraction pénale en soi, les amène souvent à consommer des drogues criminalisées, ce qui engendre parfois des comportements perturbateurs et agressifs qui découlent de l'intoxication ou donnant lieu au vol et/ou au commerce du sexe pour se procurer les fonds nécessaires pour satisfaire leur dépendance.¹⁷²

Ces taux accrus d'arrestation, et la hausse de l'implication judiciaire de façon plus générale, sont associés à la présence d'une maladie mentale en soi. Cette association est plus forte avec la présence de problèmes concomitants d'usage de substances, mais, bien qu'elle soit significative, cette association est faible.¹⁷³⁻¹⁷⁵ Dans les études sur les causes des crimes commis par des personnes vivant avec une maladie mentale grave, de 7 à 11 % s'expliquaient directement par des symptômes de maladie mentale grave.¹⁷⁶

Malheureusement, la présence de symptômes ou un diagnostic de maladie mentale peut faire en sorte qu'il est très difficile de naviguer dans le système de justice et, en définitive, d'en sortir. Les personnes aux prises avec des maladies mentales ont plus de difficulté à s'adapter à l'environnement et aux normes de la vie carcérale, et les conditions stressantes et souvent hostiles qui y prévalent peuvent entraîner une détérioration rapide de la santé mentale au point qu'elles dépérissent durant leur incarcération.¹⁷⁷ Les personnes incarcérées qui ont une maladie mentale grave sont moins susceptibles

de se voir accorder une libération conditionnelle totale,¹⁷⁸ et quand elles sont libérées sur parole, elles sont moins susceptibles de pouvoir se conformer aux conditions de leur probation et de leur libération conditionnelle, les rendant ainsi plus vulnérables à une nouvelle arrestation ou à une réincarcération.¹⁷⁹ Les personnes ayant des maladies mentales comparaissent très souvent devant les tribunaux parce qu'elles ont violé les conditions imposées par le tribunal,¹⁸⁰ ce qui accroît encore le risque de récidive. Les violations supplémentaires donnent ainsi lieu à l'imposition de conditions plus strictes qu'elles seront probablement encore moins outillées pour ou aptes à gérer.^{181, 182}

Une étude sur les personnes impliquées judiciairement ayant des maladies mentales qui sont réincarcérées après un an montre que 75 % d'entre elles le sont pour violation technique de leurs conditions de libération.¹⁸³ En Ontario, les conditions de libération sous caution sont de plus en plus complexes et vouent les personnes aux prises avec des maladies mentales à l'échec, en ce sens que leur risque de manquement à leurs conditions sont très élevés.^{184, 185} Par exemple, un rapport a révélé que 81 % des clients en libération sous caution avec surveillance ayant des problèmes d'usage de substances avaient une condition de libération sous caution d'abstinence de cette substance. D'autres études se sont penchées sur les facteurs qui influencent l'implication judiciaire continue des sans-abri atteints d'une maladie mentale. Selon Roy et autres (2016), parmi les facteurs déterminants de nouvelle arrestation les plus importants facteurs prédictifs d'implication judiciaire continue comprennent le manque d'aiguillage vers les services, suivi d'une lourde charge administrative sur la personne (p. ex., réunions ou conditions importantes à respecter).¹⁸⁶

Bien que la présence d'une maladie mentale représente un facteur de risque de délinquance, elle n'explique pas la plupart des comportements criminels dans la population.¹⁸⁷ Une étude portant sur les relations entre un éventail de maladies mentales chez les enfants et les adolescents et les infractions pénales commises par de jeunes adultes a révélé qu'après avoir tenu compte de la pauvreté et du statut d'arrestation des mineurs, le comportement criminel pouvait être attribué aux maladies mentales dans l'enfance dans 20,6 % des cas pour les femmes et 15,3 % des cas pour les hommes.¹⁸⁸ D'autres croient qu'il est essentiel que les législateurs et les décideurs politiques reconnaissent que les personnes ayant des démêlés avec la justice aux prises avec une maladie mentale grave ne forment pas un groupe homogène et que, comme mentionné précédemment, la présence d'une maladie mentale grave ne peut expliquer à elle seule le comportement délinquant.^{189, 190}

Déterminants indirects de l'implication judiciaire

Facteurs criminogènes

Les juristes et les experts du droit reconnaissent une série de facteurs de risque directement liés au comportement criminel ou à la « perpétration » d'un crime. Ces facteurs, appelés facteurs de risque criminogènes, peuvent être de nature statique ou dynamique, et les données probantes actuelles établissent huit principaux facteurs de risque de comportement criminogène qui ont été jugés applicables à un large éventail de personnes qui commettent des infractions pénales. Certains facteurs de risque criminogènes sont considérés comme statiques (antécédents criminels, nombre d'incarcérations antérieures et antécédents familiaux de criminalité); ils sont associés à la récidive, mais sont reconnus comme inaltérables par la prestation de services. Les facteurs de risque dynamiques sont ceux qui peuvent être modifiés au moyen de soutien thérapeutique. Il s'agit des attitudes procriminelles, des associés procriminels et de l'usage de substances.¹⁹¹ C'est cette dernière catégorie

qui doit être prise en considération dans la littérature sur la santé mentale et la justice pénale, notamment parce qu'elle tient compte du fait que les individus peuvent avoir des besoins qui ne sont pas nécessairement associés à leur comportement criminel, qui peuvent être traités et qui nécessitent un traitement.

La comorbidité, particulièrement la cooccurrence d'une maladie mentale et d'une dépendance à l'usage de substances, est en corrélation directe avec l'incarcération.¹⁹²⁻¹⁹⁴ Une ethnographie de neuf mois de personnes incarcérées vivant avec des maladies mentales a révélé que les personnes incarcérées ayant des problèmes de santé mentale sont celles qui ont des antécédents de troubles du développement et une combinaison d'usage problématique de substances, de maladies mentales liées à la personnalité et de maladies mentales graves.¹⁹⁵ Dans un échantillon de sans-abri impliqués judiciairement et atteints de maladies mentales, les principaux facteurs prédictifs d'implication judiciaire (au niveau individuel) étaient un usage problématique de substances et un faible contrôle des impulsions (associés à un trouble de la personnalité antisociale [TPA], à un TPL, ou du moins à des traits de troubles de la personnalité), ainsi que d'autres déterminants importants, notamment une victimisation récente et la présence d'un TSPT.¹⁹⁶

Des études dans le cadre desquelles on a comparé les taux de récidive chez des personnes aux prises ou non avec des maladies mentales concomitantes (troubles liés à l'usage d'une substance et maladies mentales) ont démontré que les personnes vivant avec des maladies mentales concomitantes étaient près de deux fois plus susceptibles de récidiver, même une fois les facteurs associés à la récidive neutralisés.¹⁹⁷ La même étude a révélé que les personnes qui ont des maladies mentales concomitantes obtenaient généralement de moins bons résultats (p. ex., taux d'isolement plus élevé en détention) que celles qui avaient un trouble lié à l'usage de substances ou une maladie mentale uniquement.¹⁹⁸ Une explication possible est que la coexistence d'un usage problématique de substances et de maladie mentale aura un effet néfaste sur le fonctionnement social d'un individu, notamment sur sa capacité à prendre des décisions morales et sur sa productivité.¹⁹⁹

La présence de facteurs criminogènes augmente le risque d'infraction. À l'inverse, il existe toute une gamme de facteurs de protection qui, lorsqu'ils sont présents ou accessibles aux personnes impliquées judiciairement ayant une maladie mentale, favorisent la diminution du risque de récidive et l'efficacité de la réinsertion sociale. Par exemple, une étude qui a comparé les personnes ayant des démêlés avec la justice vivant avec une maladie mentale qui ont réussi à demeurer dans la collectivité pendant un an avec celles qui sont retournées en détention au cours de cette même période a révélé que les partenaires et amis prosociaux, le soutien familial, l'engagement dans le travail ou le bénévolat, la participation aux mesures de soutien de la santé mentale et la motivation à rester dans la collectivité étaient tous des facteurs favorisant la réinsertion.²⁰⁰

L'un des défis à relever pour comprendre l'intersection entre une maladie mentale et les facteurs de risque criminogènes réside dans la complexité de la définition de la maladie mentale. Certains modèles pour comprendre la maladie mentale sont très larges et peuvent inclure des problèmes de comportement ou de conduite difficiles à différencier ou mal distingués des problèmes de santé mentale.

Déterminants sociaux de la santé

Si les circonstances qui conduisent à l'implication des personnes aux prises avec des maladies mentales dans le système de justice pénale sont parfois influencées par des facteurs de risque criminogènes statiques ou dynamiques, elles sont aussi souvent influencées par une combinaison complexe de facteurs sociaux. Ces facteurs, collectivement appelés « déterminants sociaux de la santé », ont une influence importante sur les résultats en matière de santé mentale. Ils comprennent le revenu et le statut social, le développement de la petite enfance, l'identification comme PNIM, les réseaux de soutien social, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, le genre, les pratiques de santé personnelles et les capacités d'adaptation, la sécurité alimentaire, l'accès aux services de santé, la race/le racisme et la culture.²⁰¹

Les expériences de discrimination, le racisme et les traumatismes historiques sont aussi des déterminants sociaux importants de la mauvaise santé de groupes donnés. Par exemple, les femmes sont confrontées à un plus grand nombre de déterminants sociaux de la santé négatifs (notamment la discrimination fondée sur le sexe) que les hommes.²⁰² Cela s'explique par l'expérience d'un plus grand nombre de maladies chroniques et d'épisodes d'invalidité de longue durée que les hommes.²⁰³ Un examen de 138 études basées sur la population portant sur la santé et les expériences de racisme autodéclarées a révélé que 36 % des résultats négatifs en matière de santé physique et 72 % des résultats négatifs en matière de santé mentale examinés étaient associés au racisme déclaré.²⁰⁴ L'identité des PNIM est aussi associée à de moins bons résultats sur le plan des déterminants sociaux de la santé comme les faibles revenus, les faibles niveaux d'éducation, une plus grande insécurité alimentaire et un logement inadéquat.²⁰⁵

Les chercheurs s'entendent pour dire que les déterminants sociaux de la santé ont beaucoup plus d'influence sur la santé et la maladie que les marqueurs ou les facteurs de risque biomédicaux et comportementaux typiques.²⁰⁶ On a également constaté qu'un certain nombre de ces déterminants sociaux sont associés à l'implication avec la justice pénale. Les recherches récentes sur l'état de santé des Canadiens ayant des démêlés avec la justice, incluant ceux vivant avec une maladie mentale, suggèrent que les événements indésirables survenus au cours de l'enfance (violence, négligence et traumatismes), le manque de logements, le faible niveau d'éducation, les faibles revenus et le chômage ou le sous-emploi sont autant de facteurs qui contribuent à l'implication judiciaire.²⁰⁷ Les antécédents de récidive, l'itinérance, les problèmes de santé physique et la stigmatisation sont d'autres associations risquées.²⁰⁸

La coprésence de l'itinérance et de problèmes de santé mentale/maladies mentales est souvent corrélée avec un comportement délinquant.^{209,210} Parmi les adultes sans-abri vivant avec des maladies mentales, les taux d'arrestation à vie se situent entre 62 et 90 %; et les taux d'incarcération à vie, entre 48 et 67 %. Les sans-abri atteints de maladies mentales font partie des sous-groupes de sans-abri le plus susceptibles d'avoir affaire au système de justice pénale, en particulier parce qu'ils commettent des délits de nuisance et des infractions pour assurer leur survie et subvenir à leurs besoins. Une analyse documentaire du SCC sur les vétérans impliqués judiciairement et leurs besoins en matière de santé mentale a permis d'identifier les mesures d'aide au logement comme un facteur nécessaire à la prévention de leur implication judiciaire continue.²¹¹

Parmi les autres déterminants sociaux de la santé qui contribuent à l'implication judiciaire, citons l'accès opportun aux soins de santé. Toutefois, le manque d'accès aux établissements de traitement est un

besoin encore non satisfait des personnes aux prises avec des maladies mentales graves partout au Canada.²¹² De nombreuses personnes qui ont une maladie mentale et sont arrêtées, en particulier les sans-abri, sont incapables d'être aiguillées assez rapidement pour une évaluation.²¹³ Plus spécifiquement, pour les personnes aux prises avec une maladie mentale, l'implication avec le système judiciaire peut être attribuable à des programmes communautaires mal financés, à la pénurie de lits d'hôpitaux et aux critères de plus en plus officiels et inflexibles d'engagement civil.²¹⁴ Une étude basée sur une population de 13 919 jeunes et jeunes adultes de 12 à 24 ans qui ont été incarcérés dans des centres correctionnels de l'Ontario a révélé que, pour 35 % de ceux qui avaient consulté un médecin en santé mentale au cours de l'incarcération, cette visite constituait leur premier contact avec les soins de santé mentale au cours des cinq dernières années. À leur tour, de nombreuses personnes vivant avec une maladie mentale qui sont arrêtées sont incapables d'être aiguillées assez rapidement pour une évaluation, et n'ont pas d'autre option que d'être détenues en prison en attendant un lit d'hôpital, avec des conséquences parfois fatales.²¹⁵

De nombreux experts qui travaillent à l'intersection de la justice pénale et de la santé mentale réclament l'abandon de l'« hypothèse de la criminalisation », puisqu'il existe des données probantes considérables indiquant que des facteurs autres que la criminalisation sont à l'origine de la hausse des taux d'arrestation chez les personnes ayant des maladies mentales, car elles courent un risque plus élevé de chômage, de pauvreté, de victimisation, d'éclatement familial, d'itinérance et de mauvaise santé physique, ainsi que de vivre dans des contextes où elles sont exposées à des substances criminalisées et au crime.^{216, 217}

Ces conditions sociales défavorables persisteront une fois que les personnes vivant avec des maladies mentales auront quitté le système de justice pénale et, souvent, y précipiteront leur retour. Comme la plupart des peines sont courtes et marquées par des transitions répétées, les études ont parfois traité ces privations comme un seul problème continu qui s'étend entre le système judiciaire et pénitentiaire et la collectivité.²¹⁸⁻²²⁰ En Australie, les personnes ayant des démêlés avec la justice aux prises avec une psychose et une dépendance comorbides qui sortent de prison sont confrontées à des problèmes de logement, de chômage et d'exclusion sociale, qui contribuent tous à un risque accru de décès dans les semaines et les mois suivant leur remise en liberté.²²¹

Facteurs structurels à l'origine de l'implication judiciaire

Les taux d'arrestation, le crime, l'incarcération et la victimisation sont en hausse au sein des populations prioritaires qui ont des problèmes de santé mentale/maladies mentales. La population des personnes incarcérées qui s'identifient comme des personnes de couleur ou comme membres d'une communauté PNIM a considérablement augmenté au cours des dernières années. Un rapport produit en 2013 indique que, au cours des cinq années qui ont précédé, le nombre de personnes incarcérées faisant partie d'une communauté racialisée a augmenté de 40 %.²²² La majorité d'entre eux s'identifient comme Noirs ou PNIM. De plus, bien qu'elles demeurent une faible minorité de personnes ayant des démêlés avec la justice, la population de femmes et de filles impliquées judiciairement et incarcérées est en hausse, non seulement au Canada, mais dans de nombreux pays.²²³ Les données probantes indiquent un certain nombre de facteurs structurels – marginalisation politique et socio-économique, influence persistante des antécédents d'oppression et discrimination systémique – contribuant à cette représentation accrue et à la surreprésentation de certaines populations prioritaires au sein du système de justice pénale. Dans la littérature, la prévalence plus élevée de ces facteurs dans les populations prioritaires – Canadiens de

race noire, communautés PNIM, femmes et filles, populations 2SLGBTQ+, jeunes et particulièrement les points d'intersection de ces identifications – est liée aux structures continuellement oppressives du colonialisme, au racisme, au sexisme et au patriarcat, ainsi qu'au capitalisme.²²⁴

La littérature indique que bon nombre des problèmes de santé mentale/maladies mentales (y compris l'usage problématique de substances) auxquels les populations prioritaires sont le plus à risque peuvent être directement liés à la marginalisation et à la discrimination historiques et actuelles. Pour les populations PNIM, les maladies mentales et l'usage problématique de substances et les dépendances sont liés à des expériences historiques et actuelles de traumatismes physiques, sexuels et émotionnels, de traumatismes intergénérationnels et d'usage problématique de substances²²⁵, et sont exacerbées par la marginalisation économique, la pauvreté et le manque d'accès aux ressources et aux traitements en santé mentale.²²⁶ Comme un groupe de chercheurs le souligne, là où les ressources en santé mentale communautaires sont rares, en particulier pour les jeunes, les taux de maladie mentale et d'incarcération augmentent.^{227, 228}

De nombreux chercheurs et experts attribuent également la surreprésentation croissante des populations prioritaires dans le système de justice pénale à une série de réductions simultanées et importantes du financement des services sociaux communautaires et des programmes qui ont prouvé leur efficacité dans les milieux correctionnels.²²⁹ Ces réductions de financement sont intervenues en même temps que des changements de politique qui ont imposé des règles de condamnation plus sévères et ont déplacé l'accent juridique vers la criminalisation des comportements et de la « déviance ». En conséquence, les personnes et les groupes les plus marginalisés dans la société canadienne avaient accès à encore moins de soutien et ressentaient plus profondément les effets de l'oppression.²³⁰ La population des peuples PNIM au Canada est en croissance rapide et, selon le recensement de 2016, représente 4,9 % de la population nationale. Pourtant, les peuples PNIM sont nettement surreprésentés dans le système correctionnel fédéral canadien, où ils représentent 30 % de la population des personnes incarcérées.²³¹ Cette surreprésentation est attribuable aux conséquences directes et indirectes de la colonisation historique et continue et des héritages culturels, sociaux et individuels qu'elle laisse dans leurs communautés et leurs familles.²³² En particulier, la pauvreté chronique, l'usage problématique de substances, les préjugés raciaux et la discrimination systémique dans l'application de la loi contribuent tous à l'interaction des PNIM avec le système de justice pénale.²³³ Les jeunes PNIM sont surreprésentés en raison d'antécédents multigénérationnels de violence, de violence sexuelle et de négligence, qui entraînent des traumatismes difficiles à traiter.^{234, 235} La réalité de la surreprésentation des PNIM dans le système de justice pénale canadien est la même dans toutes les nations anglophones ayant une histoire coloniale, car il existe un lien entre le génocide culturel, les traumatismes qui en résultent et les populations fortement impliquées avec la justice et la police.²³⁶

Pour beaucoup, la présence de problèmes de santé mentale/maladies mentales contribue à l'implication avec le système de justice pénale, mais l'identification à une maladie mentale est dépassée par les antécédents de violence et de traumatismes.²³⁷ Pour beaucoup de femmes PNIM incarcérées, l'implication avec le système de justice pénale est souvent marquée par ces antécédents, ainsi que par des expériences de violence chronique et de pauvreté.²³⁸

Limites et possibilités dans la littérature sur la prévalence

Les chercheurs ont décelé plusieurs défis liés à la détermination de la prévalence des symptômes, problèmes et maladies liés à la santé mentale dans le système de justice pénale. Les hommes incarcérés dans les institutions fédérales dominent dans la littérature sur la santé des personnes incarcérées. L'usage problématique de substances est un sujet prioritaire et l'attention portée aux autres indicateurs de santé mentale et aux populations est limitée.²³⁹

Dans l'ensemble, les données du gouvernement sur les indicateurs clés de la santé, y compris la présence de problèmes de santé mentale/maladies mentales, demeurent limitées.²⁴⁰ Au niveau fédéral, les données portent sur une gamme limitée de maladies mentales, puisque les services correctionnels fédéraux ont une capacité limitée à évaluer systématiquement un plus large éventail de maladies.²⁴¹ Par conséquent, lors de l'admission dans un pénitencier fédéral, il est impossible d'évaluer les capacités cognitives, le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (TDAH), l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) et d'autres maladies neurologiques.²⁴² Certains chercheurs ont conclu que l'absence de données gouvernementales sur les indicateurs de santé mentale est assez frappante, étant donné que les soins de santé et de santé mentale offerts dans les établissements correctionnels sont en grande partie fournis par les autorités et les organismes gouvernementaux.²⁴³

En plus des défis posés par la gamme des données recueillies, les experts et les chercheurs ont également identifié des lacunes dans la façon dont la présence et la prévalence de problèmes de santé mentale/maladies mentales sont évaluées au point d'entrée dans le système de justice pénale. Par exemple, les questionnaires et le personnel œuvrant au sein de certains contextes institutionnels (comme les institutions provinciales au Québec) ont soulevé des préoccupations quant à la validité des déclarations faites par les personnes nouvellement incarcérées lors du dépistage, et avaient l'impression que ces dernières étaient plus ouvertes à signaler certains symptômes (p. ex., anxiété aiguë ou agression) que d'autres (dépression).²⁴⁴ La possibilité que des personnes nouvellement incarcérées fassent de fausses déclarations au sujet de leurs symptômes ou hésitent à en parler a été soulevée par des chercheurs canadiens comme une source de préoccupation quant aux erreurs de diagnostic et aux surdiagnostics de maladies mentales.²⁴⁵ En plus d'une réticence à divulguer leurs symptômes, les individus peuvent aussi être dans le déni ou craindre d'être accusés de simuler la maladie. Le risque de diagnostic erroné ou de surdiagnostic peut aussi se poser au niveau clinique et au niveau des systèmes. Au niveau clinique, les erreurs cognitives sont possibles, y compris l'utilisation inappropriée des mesures et les biais dans les déclarations, ainsi que la réticence à modifier les diagnostics posés par des collègues.²⁴⁶ Au niveau du système, Martin et autres (2016) ont constaté que les institutions ne tiennent souvent pas compte de l'incidence du « stress d'admission » sur l'évaluation et recommandent que l'évaluation soit effectuée bien après l'admission, sauf en cas de besoin urgent. Ils concluent que les erreurs de diagnostic et les surdiagnostics devraient être mieux compris par le système correctionnel de manière à ne pas passer à côté des occasions d'améliorer la santé mentale et de façon à ce que le système n'intervienne pas à outrance dans les cas qui bénéficieraient de traitements de moindre intensité.²⁴⁷

Dans cette littérature, il n'existe pas d'accord standardisé et universel sur ce qui devrait être considéré comme une maladie mentale ou un problème de santé mentale dans une étude donnée sur une population. En l'absence d'un tel accord, les mesures adoptées par une étude sont guidées par les

données déjà disponibles ou par l'orientation de la littérature dans laquelle les chercheurs se voient exercer leurs activités. Par conséquent, la littérature est divisée entre les estimations à vie et les estimations actuelles, entre les catégories générales et particulières (troubles de personnalité et liés à l'usage d'une substance ou troubles psychotiques et de l'humeur), et entre les symptômes et les diagnostics officiels seulement. Cela souligne la nécessité d'identifier clairement un programme de recherche axé sur des problèmes particuliers et de définir une méthodologie qui permettra d'obtenir des réponses plus précises.

Quels sont les expériences et les besoins des personnes aux prises avec des maladies mentales ou des problèmes de santé mentale qui ont des démêlés avec la justice?

PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Les personnes qui ont des démêlés avec la justice et qui sont aux prises avec des maladies mentales ou des problèmes de santé mentale vivent constamment des perturbations et des changements puisqu'elles sont souvent ballotées entre divers établissements et tribunaux, qu'elles dépendent des services disponibles et qu'elles se retrouvent dans des logements précaires ou en situation d'itinérance.
- Dans le contexte des services de santé mentale communautaires sous-financés canadiens, avoir des démêlés avec la justice peut être l'un des seuls moyens pour certaines personnes de véritablement avoir le choix d'accéder aux soins. Mais elles obtiennent souvent cet accès au prix d'un dossier criminel et de la perte de leur liberté.
- Les détenus qui sont aux prises avec des maladies mentales ou des problèmes de santé mentale sont placés en isolement ou en confinement solitaire beaucoup plus souvent que les détenus qui n'ont pas de maladies mentales. Selon la littérature, l'isolement est la réaction la plus répandue face à une maladie mentale, particulièrement en ce qui concerne les pensées suicidaires, principalement en raison du sous-financement des soins.
- Les personnes aux prises avec des maladies mentales ou des problèmes de santé mentale sont souvent confrontées à une double stigmatisation; la stigmatisation associée à la santé mentale fait qu'elles sont perçues comme un risque, et celle associée à la détention les empêche d'avoir accès à diverses formes de soutien social et de services.
- Les personnes détenues qui font des tentatives de suicide ou qui s'automutilent sont souvent perçues comme des manipulateurs et soumises à des mesures disciplinaires de plus en plus sévères qui entraînent une dégradation de leur santé mentale.
- Les soins de santé mentale offerts dans les établissements correctionnels canadiens souffrent d'un manque chronique d'effectifs; les soins primaires sont débordés, car les soins intermédiaires et spécialisés ne disposent pas de suffisamment de ressources.

Dans cette section, nous effectuons une analyse de la littérature et de la documentation disponible qui met en lumière certains besoins, obstacles et facteurs de succès en matière de santé mentale et de soins de santé mentale. Ces besoins, obstacles et facteurs de succès existent à la fois dans le contexte de la justice et du milieu correctionnel et au sein de la communauté pour ceux qui ont eu des démêlés avec la justice ou qui sont à risque. De manière générale, la littérature fait état d'expériences et de besoins soit en recueillant directement des témoignages, soit en déduisant les expériences vécues par les personnes qui ont des démêlés avec la justice et qui sont aux prises avec des maladies mentales ou des problèmes de santé mentale. Selon la littérature analysée, les besoins en matière de soins de santé mentale des personnes ayant des démêlés avec la justice peuvent être résumés ainsi :

- recevoir des soins de santé mentale dans un environnement le moins restrictif possible, conformément aux principes de justice et de sécurité publique et aux *normes de détention*, afin de ne pas compromettre leur santé mentale;
- bénéficier d'une *continuité des soins* maintenue à toutes les étapes de transition, à l'entrée dans le système de justice comme à la sortie de celui-ci, avoir accès à des fournisseurs de soins réguliers, et ne pas subir de coupures de la médication ou des traitements ayant été jugés nécessaires par un clinicien;
- avoir accès aux déterminants sociaux de la bonne santé mentale, et d'abord et avant tout à un *logement sécuritaire et adéquat*, particulièrement au moment de la remise en liberté;
- que les mesures d'*isolement* soient soumises à des restrictions importantes;
- que les obstacles internes à l'accès aux services disponibles soient éliminés par le biais du *programme Inreach* (l'amélioration des connexions existantes), qui vise à réduire la stigmatisation et à aborder les préoccupations relatives à la qualité des soins;
- que tous les services de soins de santé soient dispensés conformément aux mêmes *normes de qualité et d'indépendance clinique* que les services dans la communauté qui sont financés de manière adéquate.

Les sous-sections suivantes décrivent notre examen des thèmes particuliers, dans la littérature, qui sont liés à ces besoins ainsi qu'aux obstacles pour y répondre et aux moyens d'y parvenir.

Décrire les expériences des personnes ayant des démêlés avec la justice

Transition, perturbations et discontinuité

La littérature trace un parallèle marqué entre les préoccupations relatives à la continuité des soins et les difficultés liées aux perturbations constantes des conditions socioéconomiques et environnementales auxquelles sont confrontées les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou des maladies mentales qui ont des démêlés avec la justice. Les expériences des personnes aux prises avec des maladies mentales font état d'une tension entre stabilité et instabilité qui est présente à diverses étapes de leur parcours dans le système de justice, et qui peut entraver encore davantage leurs efforts pour se rétablir. La littérature canadienne portant sur ce thème a tendance à mettre l'accent sur les examens des systèmes correctionnels provinciaux et territoriaux, ainsi que sur les transitions entre la communauté, les tribunaux et la détention provisoire.

Selon ceux qui soutiennent le système de justice, le parallèle entre la continuité des soins et les perturbations constantes qui affectent la vie des personnes ayant des démêlés avec la justice qui sont aux prises avec des maladies mentales est un problème pour les « habitués », c'est-à-dire des personnes qui sont des « utilisateurs » fréquents, mais de faible intensité, du système de justice et du système correctionnel et qui alternent entre des peines brèves purgées dans des établissements de détention provinciaux/territoriaux ou locaux et des épisodes de pauvreté et d'itinérance. Ces personnes ont souvent de nouveaux démêlés avec la justice en raison d'un manquement à leurs conditions de remise en liberté ou de probation parce que les soins de santé mentale inadéquats qu'ils reçoivent affectent leur capacité à prendre de bonnes décisions et à bien gérer leur vie.²⁴⁸ Bien des fournisseurs de services en sont venus à trouver cette expérience en quelque sorte normale; les prisons deviennent le premier

point de contact *de facto* pour obtenir des soins de santé mentale, bien qu'ils soient fragmentaires et discontinus.^{249,250}

Les courts séjours en détention, que ce soit en détention provisoire ou à la suite d'une condamnation pour une infraction relativement mineure, rendent la prestation de soins de santé mentale très difficile d'un point de vue pratique.²⁵¹ Même si une prison était un environnement thérapeutique convenable, les besoins complexes de soins de santé mentale prennent du temps à se régler, et les séjours en prison sont souvent brefs, mais peuvent également s'étirer en longueur en raison des libérations décidées par le tribunal. Cela réduit l'efficacité des interventions en matière de santé mentale à moins que la continuité soit assurée dans la communauté.²⁵²

Entrer en détention, que ce soit en détention provisoire ou à la suite d'une condamnation, représente une perturbation considérable pour les personnes qui reçoivent déjà des soins. Leur traitement est souvent suspendu jusqu'à ce qu'ils aient fait l'objet d'un dépistage dans l'établissement où ils sont détenus, et même une fois le dépistage fait, les prescriptions de médicaments et les séries de traitements qui avaient cours à l'extérieur du centre de détention ne sont pas nécessairement maintenus. Cela peut être lié à un désaccord sur le diagnostic, qui s'appuie souvent sur des dépistages effectués par des non-professionnels en santé mentale, ou à des préoccupations réelles ou perçues en lien avec des comportements de recherche de drogues, de simulation ou de recherche d'attention.²⁵³

La nature changeante de la population des centres de détention provinciaux et territoriaux représente un défi en ce qui concerne la prestation des services. En 2019, le nombre de personnes qui purgeaient une peine d'emprisonnement était en diminution dans six des dix provinces et dans deux des trois territoires, alors que huit provinces et territoires comptent maintenant plus d'adultes en détention provisoire que de personnes qui purgent une peine d'emprisonnement.²⁵⁴ En Ontario, en 2015, 60 % des détenus étaient en détention provisoire.²⁵⁵ La durée incertaine de leur séjour en prison fait en sorte qu'il est complexe de leur fournir du soutien en matière de réadaptation et de logement (en fait, les personnes en détention provisoire n'ont habituellement pas accès à la plupart des programmes correctionnels, ou même à des soins de santé à proprement parler).²⁵⁶

L'augmentation de la population carcérale en détention provisoire découle d'un risque évalué plus élevé pour les personnes accusées au criminel, ce qui entraîne des conditions de remise en liberté plus strictes (que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou des maladies mentales graves sont plus susceptibles d'enfreindre) ou des cautions plus élevées — ce qui peut être associé à l'échec répété de respecter les conditions précédentes.²⁵⁷⁻²⁵⁹ Par exemple, un rapport a révélé que 81 % des clients des programmes de supervision de mise en liberté sous caution qui avaient des problèmes de consommation de substance devaient, dans le cadre de leurs conditions, s'abstenir de consommer la substance en question.²⁶⁰ Le même rapport a aussi révélé que la surpopulation carcérale associée aux bris de conditions fait en sorte que l'isolement est utilisé plus couramment comme moyen de contrôle.²⁶¹

Dans les établissements de détention canadiens, les besoins en matière de soins de santé sont comblés par le biais d'une mosaïque de services qui sont habituellement gérés directement par les établissements, et qui font appel aux services d'urgence externes au besoin.²⁶² Pour les détenus les plus malades, qui peuvent faire face à des crises de santé mentale répétées au cours de leur incarcération, les changements fréquents d'environnement — qu'ils soient placés en isolement ou transportés jusqu'à l'unité psychiatrique d'un hôpital, puis ramenés en détention — sont une source supplémentaire de

peur et d'anxiété.^{263,264} Sans des services de grande qualité qui transcendent la frontière entre la prison et le système de santé, les personnes qui retournent en détention après avoir obtenu leur congé d'une unité psychiatrique judiciaire se désengagent de leurs soins et affichent un taux de réhospitalisation très élevé.²⁶⁵

Sortir de détention peut aussi engendrer plusieurs perturbations des traitements pour des problèmes de santé mentale qui peuvent entraver le rétablissement. Les personnes qui sortent de détention font face à des difficultés lorsqu'elles perdent la couverture en matière de soins de santé à laquelle elles avaient droit en détention, qu'elles doivent faire refaire leurs pièces d'identité et refaire valoir leur droit à divers avantages sociaux, et qu'elles doivent trouver un nouveau logement, un nouvel emploi et un nouvel accès aux soins primaires.²⁶⁶ Les personnes aux prises avec des maladies mentales, particulièrement si elles sont relâchées par le tribunal, sont affectées de manière disproportionnée, étant libérées sans leurs possessions — y compris leurs médicaments et leurs pièces d'identité — qui peuvent avoir été conservées dans des établissements provinciaux éloignés qui se trouvent parfois à plusieurs heures de route.^{267,268} Ce phénomène est également décrit dans la littérature internationale. Dans une étude longitudinale qui avait pour but de dresser le portrait des expériences vécues par les personnes aux prises avec des maladies mentales ayant eu des démêlés avec la justice au Texas, l'état de santé mentale s'est avéré le facteur prédictif le plus significatif (suivi du genre) des obstacles à l'accès à un emploi et à un logement à la suite d'une libération.²⁶⁹ Dans une étude australienne, on a rapporté que les personnes vivant avec une psychose comorbide et une dépendance qui quittaient la prison se retrouvaient sans logement ou dans un logement médiocre, sans emploi et exclues socialement, autant de facteurs statistiquement significatifs qui contribuent à faire augmenter le risque de décès dans les semaines ou les mois qui suivent la libération.²⁷⁰

Le logement est systématiquement cité comme étant l'un des plus importants, sinon le plus important, déterminants pour les personnes vivant avec des maladies mentales graves de parvenir à un rétablissement stable.²⁷¹⁻²⁷⁴ Être envoyé en détention représente un facteur de risque considérable d'itinérance en raison de la perte du bail,²⁷⁵ et les personnes qui ont des besoins croisés en matière de logement, de santé mentale et de justice au Canada ont des difficultés à se trouver un logement après leur libération à cause des critères d'admissibilité restrictifs²⁷⁶ et de la diminution générale du nombre de logements abordables disponibles.

Ces expériences de perturbations ont de graves conséquences. Au cours des deux semaines qui suivent la libération d'une personne détenue dans un établissement provincial, celle-ci est plus à risque de décès, particulièrement à la suite d'un abus de substance ou d'un suicide, ce qui a également été démontré dans la littérature internationale. C'est au cours de cette période que l'incertitude entourant les questions du logement, des soins de santé et de l'avenir est à son comble; la stabilité de la santé mentale est menacée et des services de transition inadéquats peuvent rendre les personnes libérées vulnérables.²⁷⁷⁻²⁷⁹ Si leurs problèmes de santé mentale n'ont pas été gérés pendant leur incarcération, les répercussions peuvent être encore plus importantes.²⁸⁰ Les facteurs liés au genre et à l'âge ont un impact important sur la manière dont ces perturbations sont vécues,²⁸¹ puisque les femmes, et particulièrement les femmes plus âgées, trouvent difficile de s'adapter au manque de ressources et de mécanismes de soutien spécialisés, aux mesures d'adaptation limitées en détention et après la libération et au retour vers les milieux qui ont mené à leur criminalisation.²⁸²

Coercition, choix et changement

Pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou des maladies mentales, avoir des démêlés avec la justice peut représenter une combinaison paradoxale d'occasions de changement et d'expériences de coercition. Dans le contexte canadien, dans lequel les services de santé mentale communautaires sont sous-financés, avoir des démêlés avec la justice peut représenter l'une des rares façons d'avoir accès à des soins de santé mentale.^{283,284} Mais cet accès aux services s'accompagne souvent du fardeau que représente un dossier criminel et du risque de tomber dans un cercle vicieux de bris de conditions ou de peines d'emprisonnement pendant lesquelles l'accès aux services de soins est administré dans un environnement antithérapeutique.²⁸⁵⁻²⁸⁷

Par exemple, les personnes ayant des démêlés avec la justice qui participent à des programmes de déjudiciarisation pour des motifs de santé mentale peuvent percevoir, dans une certaine mesure, ces programmes comme une occasion d'apporter des changements positifs dans leur vie, alors même qu'elles en perçoivent l'aspect coercitif. Des études portant sur des hommes (et une femme) qui ont réussi un programme d'un tribunal de santé mentale* en Ontario, ainsi que sur des hommes sous ordonnance de traitement au Royaume-Uni et au Danemark, ont tiré des conclusions qui établissent des parallèles quant à la façon dont les participants perçoivent ces formes de traitement : comme une intervention pour aplanir leurs difficultés chaotiques, tout en leur donnant le choix de réparer les relations brisées et de se bâtir une vie plus stable.²⁸⁸⁻²⁹⁰

Mais le fait d'avoir des démêlés avec le système de justice, même en cas de peine non carcérale ou de déjudiciarisation, entraîne des restrictions et, dans certains cas, de nouvelles formes de chaos. La même étude ontarienne a montré que les participants aux programmes des tribunaux de santé mentale ont « accepté » (c.-à-d. qu'ils y ont accordé moins d'attention) la ridiculisation et la violence physique de la part des constables de la cour comme étant un aspect normal des mêmes démêlés avec la justice qui leur permettent d'avoir accès aux services.²⁹¹ Dans l'étude menée au Royaume-Uni, les ordonnances de traitement étaient perçues de manière négative parce que les participants craignaient qu'il soit trop complexe de respecter les conditions imposées et qu'ils souffraient d'anxiété à l'idée de manquer l'un de leurs nombreux rendez-vous.²⁹²

Les diverses formes de programmes de déjudiciarisation (comme les programmes des tribunaux de santé mentale) sont fondées sur la présomption que les symptômes de maladie mentale non gérés sont liés à la criminalisation en raison de la non-adhésion au traitement ou de services de santé mentale communautaires inadéquats ou inaccessibles.²⁹³ Dans le cadre de ces programmes de déjudiciarisation, la promesse d'une disposition clémente est souvent conditionnelle à l'acceptation du traitement.²⁹⁴ Cette menace implicite ou explicite de sanctions judiciaires criminelles pour favoriser l'adhésion au traitement est communément appelée « levier judiciaire » dans la littérature.²⁹⁵⁻²⁹⁸ Les processus de déjudiciarisation fusionnent donc les soins et le contrôle, dans le but explicite d'« améliorer . . . l'intégration des programmes de services sociaux et de santé mentale existants au système de justice pénale » (p. 5).²⁹⁹ Certains programmes de déjudiciarisation peuvent impliquer que la personne reconnaisse sa responsabilité criminelle pour l'infraction commise et, dans certaines juridictions, peuvent aussi exiger qu'elle présente un plaidoyer de culpabilité en bonne et due forme pour être

*Les programmes des tribunaux de santé mentale sont en quelque sorte un processus judiciaire alternatif axé sur la résolution des problèmes pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale qui sont accusées d'avoir commis un crime. Ce modèle et les données sur lesquelles il s'appuie sont décrits plus en détails [ci-dessous](#).

admissible au programme,³⁰⁰ Ils ont évolué à partir des anciens tribunaux consacrés en matière de drogues dans le cadre d'un modèle de justice axé sur la résolution des problèmes ou sur le bien-être — sauf que la possession de drogue était et est encore souvent une infraction criminelle, tandis qu'être atteint d'une maladie ne l'est pas. Les conditions relatives au traitement et requises pour participer à un programme de déjudiciarisation peuvent donc être perçues comme étant coercitives, puisqu'elles impliquent un engagement à suivre le traitement.³⁰¹⁻³⁰³ Cependant, des recherches préliminaires menées aux États-Unis n'ont pas permis de démontrer l'existence d'un lien entre l'utilisation du levier judiciaire criminel et la coercition perçue, la satisfaction quant au traitement et l'adhésion à celui-ci.³⁰⁴

Pour les personnes en détention, la coercition est vécue avec beaucoup plus d'intensité, incluant dans un contexte de soins. Avoir accès à des soins de santé mentale en détention est un droit, mais les détenus et le personnel de correction perçoivent souvent les besoins en matière de soins de santé des personnes détenues comme un élément flou derrière les questions liées à la sécurité institutionnelle, à la sécurité du personnel et au contrôle du comportement.³⁰⁵

Une étude significative sur les établissements de détention a montré que ni les soins ni le contrôle ne sont le thème entièrement dominant en ce qui concerne les politiques et pratiques en matière de santé mentale en détention au Canada, mais que ces deux thèmes coexistent — l'accès aux soins psychiatriques pourrait découler à la fois des symptômes psychiatriques et des comportements perturbateurs.³⁰⁶ Les femmes, y compris les femmes plus âgées, ont des expériences particulièrement intenses en ce qui a trait à la contestation de la nature et de la validité d'interventions médicales particulières dans les centres de détention canadiens. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de bénéficier de soins infirmiers, de travail social et de soins psychologiques en détention. Le genre joue un rôle important dans la prestation des soins de santé mentale, peu importe l'état clinique et les problèmes de comportement.³⁰⁷ Mais les femmes indiquent fréquemment qu'elles perçoivent les médicaments psychiatriques comme un moyen de contrôler leur comportement, et l'absence de conseillers cliniquement indépendants pathologise leurs histoires liées aux traumatismes et à la santé mentale.^{308,309}

Bien que le fait d'avoir des démêlés avec la justice puisse, dans certains cas, ouvrir la porte à l'accès aux soins, une vaste étude canadienne a montré que la mise en œuvre d'un système universel de dépistage des problèmes de santé mentale dans les établissements fédéraux n'a pas permis de combler les lacunes en matière d'accès aux soins des groupes qui faisaient déjà face à des difficultés pour accéder aux soins à l'extérieur des pénitenciers — notamment certains groupes ethniques incluant les Canadiens noirs ou d'origine asiatique. Les auteurs ont conclu que les obstacles structurels comme le manque de ressources ou les politiques restrictives ne sont pas le seul type d'obstacles à l'accès aux soins. L'expérience vécue de la stigmatisation entourant le diagnostic, l'accès aux soins de santé mentale et les préoccupations relatives à la qualité des soins (qui peuvent découler de causes structurelles/historiques) montre que la voix des personnes incarcérées doit être prise en considération dans l'élaboration des soins.³¹⁰

Les expériences vécues par les jeunes en ce qui concerne les soins et le contrôle sont différentes de celles vécues par les adultes. Dans certains cas, la coercition est beaucoup plus marquée et dommageable, car certains facteurs développementaux sont à la fois ignorés et utilisés pour écarter les raisons et les points de vue constructifs des jeunes sur les soins. Les jeunes sont tenus responsables de leurs réactions impulsives face au stress engendré par la détention, et les cycles d'infractions et de

sanctions font en sorte que des approches plus axées sur le renforcement des capacités ne peuvent être mises en place, même lorsque les établissements adoptent officiellement ces approches.^{311,312}

Isolement

L'isolement, sous forme de confinement solitaire, est toujours utilisé dans les établissements de détention canadiens malgré les critiques constantes des experts en justice pénale et des défenseurs des droits des détenus.³¹³⁻³¹⁸ Notre revue de la littérature a montré qu'il n'est pas inhabituel pour les personnes aux prises avec une maladie mentale ou qui présentent des symptômes de maladie mentale d'être placées en isolement ou en confinement solitaire, et que les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale sont placées en isolement beaucoup plus souvent que leurs codétenus qui n'ont pas de maladie mentale. L'isolement est perçu comme la seule façon d'héberger les détenus qui ont des symptômes aigus.³¹⁹ Dans bien des cas, l'isolement devient la solution par défaut, soit parce que les services nécessaires ne sont pas disponibles, soit parce que les détenus refusent les soins de santé mentale. L'isolement devient donc un moyen de gérer le comportement de ces détenus, et cela fait parfois empirer les symptômes au point où les soins peuvent être donnés contre la volonté du détenu.³²⁰ Selon la littérature, l'isolement est la réaction la plus répandue face à une maladie mentale, particulièrement en ce qui concerne les pensées suicidaires,³²¹ même si la sécurité et la santé mentale des personnes incarcérées aux prises avec des maladies mentales sont souvent compromises par l'isolement et le confinement solitaire.³²² De plus, les personnes incarcérées et ayant des maladies mentales sont accusées de contrevenir aux règlements de manière disproportionnée et sont par conséquent plus susceptibles de se retrouver en confinement solitaire à de nombreuses reprises.³²³

Au cours des dernières décennies, une série de modifications apportées aux procédures et aux politiques ont contribué à faire augmenter la prévalence du recours à l'isolement et au confinement solitaire pour les détenus aux prises avec des problèmes de santé mentale ou des maladies mentales. Par exemple, depuis quelques années, on note une diminution des visites en personne dans les pénitenciers provinciaux ontariens. Un rapport récent indique que 25 des 26 établissements provinciaux sont considérés comme des prisons à sécurité maximale, dans lesquelles les politiques en vigueur font en sorte que les visites sont régulièrement refusées.³²⁴ De telles « politiques d'isolement » s'appliquent également aux espaces de guérison spécialement destinés aux membres des PNIM, comme les jardins et les espaces de cérémonie; en date de 2017, ceux bâtis au Vanier Centre for Women n'avaient même jamais été utilisés.³²⁵ Au début des années 2010, la multiplication des lois sévères contre la criminalité au Canada a mis un frein aux visites et a fait réduire le taux de libérations conditionnelles. Les personnes détenues aux prises avec des maladies mentales ont été affectées par ces lois de manière disproportionnée, alors qu'elles sont déjà moins susceptibles de recevoir des visites ou d'avoir le droit d'en recevoir.³²⁶

L'isolement, en restreignant les contacts humains et les visites, éloigne les personnes ayant des maladies mentales de leurs réseaux sociaux et de leurs systèmes de soutien et augmente le risque qu'elles deviennent violentes en s'automutilant et qu'elles soient victimes de discrimination.^{327,328} Les personnes détenues vivant avec des maladies mentales sont plus vulnérables face aux facteurs de stress psychologique et à la souffrance émotionnelle.³²⁹ Alors que les contacts sociaux et l'interaction avec les autres les aideraient à atteindre et à maintenir un certain bien-être psychologique, elles sont plutôt souvent placées dans des unités d'isolement, ce qui engendre du stress et de la souffrance et compromet leur bien-être psychologique. Pour Haney (2017), l'expérience de l'isolement est

intrinsèquement « déstabilisante sur le plan psychologique, car cela sape la conscience de soi et l'identité sociale de la personne isolée et érode sa connexion avec une réalité sociale partagée » (p. 321).³³⁰ Il affirme que l'isolement et le confinement solitaire exacerbent les symptômes ressentis par les personnes aux prises avec des maladies mentales graves, comme la schizophrénie. Notre analyse de la littérature a également montré que les conditions dans lesquelles se déroule l'isolement sont souvent délétères : un rapport indiquait que les personnes isolées sont placées dans des cellules qui offrent des conditions de vie médiocres et contreproductives (comme des lumières vives qui ne sont jamais tamisées).³³¹

Selon l'ECC, les personnes détenues dans des prisons fédérales qui présentent des symptômes psychiatriques aigus qui ne peuvent être prises en charge de manière appropriée ou dont on ne peut prendre soin de manière adéquate sont habituellement placées en surveillance étroite en cas de risque de suicide 24 h/24, généralement dans des cellules d'isolement ou d'observation à long terme qui sont bien souvent dépourvues de stimuli.³³² De la même manière, une étude menée auprès de détenus plus âgés au Canada a montré que les personnes placées en isolement pour des raisons disciplinaires étaient plus susceptibles d'être atteintes d'une maladie mentale.³³³

En 2017, SCC a déclaré que les hommes détenus atteints de troubles de la personnalité combinés à une autre forme de maladie mentale affichaient le plus haut taux de placement en isolement de tout type.³³⁴ Les détenus qui expriment des pensées suicidaires et qui ont des comportements d'automutilation sont souvent placés en isolement.³³⁵⁻³³⁹ Bien qu'elles représentent souvent un danger pour elles-mêmes, la plupart des personnes qui s'automutilent ne représentent pas de danger pour autrui; avoir recours à des interventions de sécurité pour gérer leur comportement peut en fait avoir l'effet contraire.³⁴⁰ L'ECC continue à répertorier les cas où la gestion de l'automutilation s'est faite par le biais du placement en isolement presque continu et de la contrainte dans des environnements caractérisés par le dénuement.³⁴¹ L'ECC soutient que l'utilisation de l'isolement pour gérer l'automutilation n'est pas cohérente avec les données probantes, les pratiques exemplaires et l'expertise correctionnelle actuelles, qui relèvent toutes les mêmes facteurs qui contribuent à prévenir l'automutilation en prison : passer moins de temps enfermé dans une cellule, avoir accès à du counselling individuel, participer à des programmes et avoir des contacts réguliers avec les membres de sa famille.³⁴²

Plusieurs études ont montré que les personnes qui appartiennent à un ou plusieurs groupes en quête d'équité sont plus susceptibles de vivre des expériences d'incarcération impliquant l'isolement, notamment le confinement solitaire. Dans une étude, des personnes détenues noires qui avaient été évaluées comme présentant un faible risque de récidive et ayant des facteurs criminogènes globaux moins élevés étaient 1,5 fois plus susceptibles d'être détenues dans des établissements à sécurité maximale offrant une programmation et des occasions d'emploi, d'éducation, de réhabilitation et de socialisation limitées.³⁴³ De plus, les hommes membres des PNIM ontariens, une fois placés en isolement, y passent en moyenne 15 jours consécutifs, soit deux de plus que la moyenne pour les hommes qui ne font pas partie des PNIM.³⁴⁴

Pour plusieurs, le confinement solitaire engendre un cercle vicieux, puisque l'isolement et le dénuement qui le caractérisent exacerbent les comportements à corriger au lieu de les éliminer. Les personnes détenues aux prises avec une maladie mentale sont souvent placées en isolement, et certains chercheurs suggèrent que cela contribue au fait que les personnes détenues ont souvent peur de

demander de l'aide.³⁴⁵ Ces personnes peuvent également vivre de la colère et un dérèglement émotionnel, ce qui peut engendrer des comportements qualifiés de « problèmes » disciplinaires et mener au placement en isolement.³⁴⁶ Au Canada, l'expérience et le décès d'Ashley Smith, âgée de 18 ans, demeurent pertinents à cet égard. Au milieu des années 2000, Ashley Smith a été placée en détention provisoire au New Brunswick Youth Centre à plusieurs reprises en trois ans, période pendant laquelle elle a été impliquée dans de nombreux incidents au centre et a fait de nombreuses tentatives d'automutilation.

Lorsqu'Ashley Smith a eu 18 ans, une requête en vertu de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* canadienne a fait en sorte qu'elle s'est retrouvée dans le système pénal pour adultes; elle a ensuite été transférée 17 fois entre 8 établissements différents sur une période de 11 mois. Au cours de cette période, son comportement directement causé par sa maladie mentale lui a valu de faire l'objet de mesures restrictives continues.^{347,348} Elle était étroitement surveillée et enfermée dans des cellules extrêmement dépouillées desquelles tout était retiré, même les tuiles du plancher, et soumise à une privation sensorielle. En conséquence directe de son confinement solitaire continu et prolongé, son état psychologique s'est détérioré et sa tendance à l'automutilation s'est aggravée. Pourtant, sa maladie mentale n'a jamais été suffisamment prise en considération, et ses tentatives de résistance n'étaient pas perçues comme un signe de sa détresse et de son sentiment d'impuissance et d'isolement. Ashley Smith a elle-même dit :

Ça ne peut pas être pire que de vivre une vie comme la mienne. . . . Quand j'essayais de me pendre, je faisais juste des conneries pour attirer leur attention et pour qu'ils s'occupent de moi. Maintenant c'est différent. Je veux juste qu'ils foutent le camp et qu'ils me laissent toute seule. Ce n'est plus une blague. (p. 23).³⁴⁹

Certains suggèrent que plus les conditions dans lesquelles elle était incarcérée devenaient punitives, moins elle était susceptible d'être reconnue comme une personne souffrant de maladie mentale qui pourrait bénéficier d'un traitement.³⁵⁰ D'autres experts ont conclu que sa maladie mentale n'a jamais été traitée parce que les préoccupations relatives à la sécurité institutionnelle étaient constamment priorisées face aux problèmes de santé mentale d'une personne détenue.³⁵¹

Les données probantes montrent que les effets dommageables du confinement solitaire apparaissent en l'espace de quelques jours et ne font qu'empirer par la suite. Parmi ces effets, on retrouve l'anxiété, la dépression, la colère, les pensées confuses, la déformation perceptive, la paranoïa et la psychose, la léthargie, l'insomnie, les palpitations et l'anorexie.³⁵² Les personnes détenues placées en isolement rapportent les conditions suivantes : dépression, sentiment d'être « épuisé de vivre », troubles alimentaires ou du sommeil, et peur de perdre l'esprit.³⁵³ Pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale préexistants, les symptômes peuvent se poursuivre après l'isolement et affecter la réintégration de la personne au sein de la communauté carcérale régulière.³⁵⁴ L'isolement a aussi souvent été pointé du doigt comme faisant augmenter le risque de tentative de suicide et de suicide.³⁵⁵⁻³⁵⁸ Des rapports récents montrent que les cadres supérieurs des établissements correctionnels ne sont pas conscients des problèmes de santé mentale vécus par les personnes placées en isolement.³⁵⁹

Les conséquences de l'isolement et du confinement solitaire sont si délétères que les experts nationaux et internationaux s'entendent pour dire qu'il faudrait qu'il soit « absolument interdit » de placer une personne vivant avec une maladie mentale en isolement prolongé.³⁶⁰ En 2012, l'ECC a aligné sa position sur celle de l'ancien rapporteur spécial de l'ONU sur la torture, qui affirme que l'isolement ne fonctionne

pas pour réhabiliter les personnes vulnérables face à la maladie mentale et que par conséquent, cette pratique est contraire aux objectifs de tout système de justice pénale. Face aux expériences négatives vécues par les détenus placés en isolement, l'ombudsman de l'Ontario recommande de mettre fin à l'isolement à durée indéterminée, de mettre en place un examen et une supervision indépendants des placements en isolement, de rendre obligatoires l'évaluation de la santé mentale et le traitement des détenus, ainsi que l'élaboration de plans de réinsertion, et de fournir au personnel une formation sur les droits des détenus et sur les effets de l'isolement sur leur santé.³⁶¹

Stigmatisation et honte

La stigmatisation toujours associée à la maladie mentale est non seulement un facteur majeur de la surreprésentation des personnes aux prises avec des maladies mentales dans le système de justice, comme nous l'avons dit plus tôt, mais cette stigmatisation a également un impact considérable et unique sur leur expérience du système.^{362,363} La stigmatisation et la honte jouent un rôle dans les circonstances dans lesquelles les personnes ayant des maladies mentales se retrouvent dans le système de justice et influencent les expériences vécues par ces personnes dans le système.

Pour les personnes aux prises avec la maladie mentale, et particulièrement pour les personnes vivant avec une maladie mentale grave, la stigmatisation est souvent un facteur contributif de leur entrée et de leur retour dans le système de justice pénale. Par exemple, certaines personnes ayant une maladie mentale peuvent se retrouver dans le système de justice sans avoir reçu de diagnostic, car elles viennent de communautés où la stigmatisation, combinée à l'accès limité aux services de santé, réduit les taux de sensibilisation et de recherche d'aide.³⁶⁴ Les personnes qui ont des démêlés avec la justice et qui souffrent de maladie mentale ont de la difficulté à avoir accès à des services communautaires, ce qui peut renforcer l'idée selon laquelle le retour dans le système de justice est l'un des seuls moyens d'obtenir un traitement.³⁶⁵ Les personnes aux prises avec une maladie mentale grave, comme nous l'avons mentionné plus tôt, attirent souvent plus l'attention de la police en raison de leur plus grande visibilité dans les espaces publics. À ce titre, elles sont aussi souvent perçues comme un risque ou une menace à la sécurité publique, ce qui a non seulement pour effet de renforcer l'attitude stigmatisante envers les personnes vivant avec une maladie mentale,³⁶⁶ mais aussi de faire augmenter leurs risques d'être arrêtées.³⁶⁷

Lorsque les personnes ayant une maladie mentale ont des démêlés avec la justice, elles continuent à être stigmatisées et à ressentir les répercussions de la stigmatisation. Lors de leur premier contact avec le système de justice, elles peuvent être poussées à participer à un traitement pour éviter des poursuites judiciaires. Bien qu'il soit conçu pour représenter une déjudiciarisation des poursuites et une voie vers les traitements, pour certains, le simple nom « tribunal de santé mentale » est stigmatisant, et dans certains domaines, le nom de ces tribunaux a été modifié pour soutenir la réduction de la stigmatisation.^{368,*} Pour certains experts, les tribunaux de santé mentale amplifient la stigmatisation, car ils véhiculent l'idée selon laquelle les personnes aux prises avec la maladie mentale ont besoin d'établissements et de mesures de contrôle exceptionnels. En fait, la racine du problème semble résider dans le comblement des lacunes et l'élimination des pénuries de main-d'œuvre dans le secteur des services de santé mentale communautaires.³⁶⁹ Dans d'autres juridictions, notamment au Royaume-Uni, une étude a montré que certaines personnes ont refusé de s'inscrire à des programmes de

* Un tel changement de nom s'est produit à London, en Ontario, alors que le tribunal de santé mentale a été renommé le « Tribunal thérapeutique pour les Jeunes ».

déjudiciarisation ou de consentir à y participer, car elles avaient peur d'être stigmatisées si elles y participaient. Elles percevaient ces programmes de déjudiciarisation comme étant pires que les ordonnances de traitement de l'alcoolisme ou des toxicomanies.³⁷⁰ Des experts canadiens affirment qu'au sein du système de justice pénale, les personnes vivant avec des maladies mentales sont souvent définies par leur diagnostic, ce qui implique entre autres que « l'étiquette » qui leur est apposée leur colle à la peau et contribue à leur isolement social perçu et réel^{371,372} tout en freinant leur capacité à réintégrer leur communauté une fois libérées.³⁷³

Pour les personnes détenues, l'influence de la stigmatisation et de la honte persiste et a un effet néfaste sur leur capacité ou leur volonté à demander de l'aide. Le milieu carcéral est caractérisé par une culture qui valorise la rudesse et la dureté, et qui décourage la vulnérabilité — rien pour favoriser un comportement de recherche d'aide³⁷⁴ — ce qui empêche les personnes de s'autodéclarer comme ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale par peur de représailles ou du jugement des autres. Cela est particulièrement vrai pour les hommes qui ont des démêlés avec la justice, qui sont moins susceptibles de demander de l'aide que les femmes.³⁷⁵ Ce phénomène est d'autant plus marqué chez les détenus qui ont des comportements d'automutilation liés à des problèmes de santé mentale, car ils ont trop honte d'en parler et craignent d'être stigmatisés ou de faire l'objet de mesures disciplinaires.³⁷⁶ Les personnes incarcérées qui déclarent avoir des pensées suicidaires, ou dont le comportement change en raison des symptômes d'une maladie mentale, savent qu'elles peuvent être isolées et placées en surveillance étroite en cas de risque de suicide, mais cette perspective leur inspire de la crainte. Elles peuvent par conséquent dissimuler intentionnellement leurs symptômes.³⁷⁷

Les attitudes et comportements stigmatisants perpétrés par les professionnels du milieu correctionnel et par les fournisseurs de soins de santé mentale communautaires ont un effet néfaste sur les expériences vécues par les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale qui ont des démêlés avec la justice.^{378,379} Une recherche récente portant sur la prévalence et la comorbidité menée par SCC est axée sur l'incapacité d'une personne nouvellement admise à se montrer responsable. Elles sont vues comme des personnes qui ont des symptômes de maladie mentale de plus en plus importants en tant que population, et qui ne veulent pas s'impliquer dans les plans correctionnels de réadaptation et de réinsertion dans la communauté.³⁸⁰ D'autres études ont montré que les ressources de santé mentale communautaires peuvent être réticentes à offrir du soutien à des personnes vivant avec une maladie mentale grave qui ont des démêlés avec la justice, car elles se sentent mal outillées pour gérer des comportements problématiques.^{381,382} Les personnes qui ont des démêlés avec la justice sont plus susceptibles de se voir refuser un logement supervisé par un fournisseur de logements que les autres demandeurs en raison de « leurs besoins de soutien trop importants ». (p. 103).³⁸³ Ces conclusions ont aussi été confirmées dans une recherche australienne récente qui a montré que les personnes aux prises avec une maladie mentale qui ont ou qui ont eu des démêlés avec la justice étaient considérées comme présentant un « risque élevé » par les professionnels en santé mentale communautaire et qu'elles étaient plus susceptibles de se voir refuser l'accès aux services.³⁸⁴

Les effets néfastes de la stigmatisation sont souvent exacerbés par des expériences d'oppression, bien que la littérature sur ce sujet demeure très limitée. Dans les cas où un traitement de santé mentale est imposé, les personnes incarcérées atteintes d'une maladie mentale grave risquent de choisir de ne pas participer, car leur statut marginalisé peut générer des attitudes négatives envers les services de santé mentale.^{385,386} Plus spécifiquement, l'expression de symptômes chez les personnes aux prises avec une maladie mentale ayant des démêlés avec la justice qui font partie d'une population prioritaire

quelconque pourrait être mal comprise ou mal interprétée par le personnel.³⁸⁷ L'expérience de la stigmatisation est également associée au genre, puisqu'elle se manifeste différemment pour les hommes et les femmes. Une étude qualitative qui portait sur les femmes plus âgées qui n'étaient plus incarcérées a montré que leur statut « d'ex-prisonnières » les rendait susceptibles d'être victimes de discrimination fondée sur le genre et de stigmatisation.³⁸⁸ Dans l'ensemble, cependant, il existe très peu de littérature de recherche canadienne ou internationale qui prend en considération les liens entre la stigmatisation associée à la maladie mentale, les démêlés avec la justice et l'appartenance à une ou plusieurs populations prioritaires.

La stigmatisation persiste une fois que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale ressortent du système de justice pénale. Les histoires de ceux qui ont des accusations en instance comme de ceux qui sont libérés les rendent susceptibles d'être visés par des politiques d'exclusion qui les empêchent d'avoir accès à des services communautaires, puisque les fournisseurs sont réticents à accepter les personnes faisant l'objet d'accusations criminelles, même si ces accusations sont toujours en instance.^{389,390}

Automutilation et tendances suicidaires

Une recherche récente a permis d'identifier et d'examiner les facteurs contributifs de l'automutilation et des tendances suicidaires chez les personnes ayant des démêlés avec la justice. Les chercheurs se sont plus strictement intéressés aux expériences vécues par des personnes incarcérées, laissant de côté celles évoluant dans des milieux correctionnels communautaires (comme les personnes en probation ou en liberté conditionnelle). Les données probantes indiquent que les hommes et les femmes incarcérés signalent des comportements d'automutilation, bien qu'en proportions différentes, et que les personnes qui ont des comportements d'automutilation ou des pensées suicidaires n'ont pas toutes reçu un diagnostic de maladie mentale.³⁹¹ La littérature indique que les facteurs de risque associés à l'automutilation et aux tendances suicidaires sont multiples et interreliés, et qu'ils constituent une réponse à une situation particulière vécue par la personne ou à des facteurs institutionnels.

Au niveau individuel, les personnes incarcérées ont principalement recours à l'automutilation pour faire face à des émotions négatives,³⁹² pour réguler leur humeur³⁹³ ou pour faire face aux symptômes d'une maladie mentale.³⁹⁴ Parmi les autres motivations individuelles notées, on retrouve le besoin de communiquer, l'évitement de la violence, l'autopunition et la recherche de sensations.³⁹⁵ Les chercheurs se sont penchés sur les facteurs associés à l'automutilation et aux tendances suicidaires chez les personnes incarcérées qui appartiennent à une ou plusieurs populations prioritaires. Plusieurs études ont montré que les hommes sont plus susceptibles que les femmes de s'automutiler en raison de sentiments directement associés au fait d'être incarcéré, tandis que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de s'automutiler en raison de sentiments associés à la souffrance émotionnelle et à des traumatismes passés.³⁹⁶ Les personnes membres des PNIM sont plus susceptibles de s'automutiler que les personnes qui ne font pas partie des PNIM.³⁹⁷ Un rapport publié en 2000 portant spécifiquement sur les femmes faisant partie des PNIM incarcérées au Canada montre que les expériences de détention, et plus particulièrement les expériences d'isolement, étaient associées à un comportement d'automutilation,³⁹⁸ bien que des recherches supplémentaires soient nécessaires pour déterminer s'il existe des différences en ce qui concerne les causes du comportement d'automutilation chez les personnes détenues membres des PNIM et chez celles qui ne font pas partie des PNIM.³⁹⁹ Une étude récente portant sur les tendances suicidaires au sein d'un groupe de personnes détenues plus âgées a

montré que plus de 10 % des personnes sondées avaient eu des pensées suicidaires, mais n'en avaient jamais parlé par crainte de représailles.⁴⁰⁰

De manière générale, les personnes détenues n'ont pas des comportements d'automutilation pour manipuler le personnel de correction.⁴⁰¹ Néanmoins, une partie de la littérature étudiée suggère que la force de cette perception a des effets néfastes sur le personnel de correction, qui perçoit les comportements d'automutilation comme une menace envers leur autorité qui, associée au fait d'être témoin de gestes d'automutilation, contribue à générer des sentiments de frustration, de détresse, de choc, d'échec et d'épuisement professionnel chez le personnel de correction.⁴⁰² Des experts affirment que les comportements d'automutilation sont des signes de détresse mentale qui nécessitent un traitement et doivent être perçus ainsi par le personnel de correction, qui doit recevoir des formations appropriées pour être en mesure de soutenir les personnes incarcérées qui s'automutilent.⁴⁰³

D'autres études ont porté sur les facteurs institutionnels associés à l'automutilation, aux tendances suicidaires et au suicide chez les personnes détenues. Dans certaines de ces études, les facteurs institutionnels examinés n'étaient pas associés aux taux de suicide dans les établissements de détention, ce qui suggère que les suicides en milieu correctionnel découlent probablement de l'interrelation complexe de divers facteurs, et non simplement attribuables au milieu carcéral.⁴⁰⁴ Il semble exister une relation entre les conditions de confinement et la propension à l'automutilation : plus les conditions deviennent contraignantes et restrictives, plus les comportements d'automutilation sont probables.⁴⁰⁵

Étant donné que l'isolement et le confinement solitaire sont souvent utilisés dans les établissements de détention en réponse à des comportements d'automutilation et à l'expression de tendances suicidaires, les pratiques d'isolement et de confinement solitaire sont très présentes, et fortement critiquées, dans la littérature portant sur les comportements d'automutilation. Un nombre considérable d'études confirment que les mesures disciplinaires ou punitives ne sont que peu efficaces pour atténuer le risque ou réduire les taux de prévalence de comportements d'automutilation chez les personnes incarcérées.⁴⁰⁶ Pourtant, ces pratiques continuent à être utilisées sur une base régulière. À l'opposé, la littérature suggère qu'en fait, ces pratiques exacerbent les symptômes de maladie mentale et peuvent donc engendrer des comportements d'automutilation.⁴⁰⁷ L'ECC signale qu'une confusion considérable règne quant à ce qui constitue une situation nécessitant l'usage de la force lorsqu'il est question d'utiliser de l'équipement de contrainte physique pour gérer les comportements d'automutilation. Cette confusion illustre bien l'absence d'harmonisation entre les pratiques liées à sécurité et les interventions liées aux soins de santé dans la gestion des comportements d'automutilation. Cette situation est troublante pour le personnel de première ligne qui gère les incidents et pour ceux qui examinent les incidents ayant nécessité l'usage de la force dans le but de contrôler l'aspect légal et la conformité aux politiques en vigueur. En ce qui concerne ceux qui effectuent l'examen des pratiques, l'ECC soulève des préoccupations à savoir dans quelle mesure les personnes incarcérées qui présentent des comportements d'automutilation consentent librement à être contraintes physiquement alors qu'elles sont entourées d'agents correctionnels en uniforme et lourdement équipés.⁴⁰⁸

La littérature met également en lumière une gamme de préoccupations liées au système correctionnel dans son ensemble, particulièrement en ce qui concerne les interventions des agents correctionnels face à des incidents d'automutilation ou de suicide (tentatives et décès). L'ECC a déclaré en 2012 que des lignes directrices récentes sur la gestion de l'automutilation n'ont pas permis d'accroître la conformité

aux normes de soins.⁴⁰⁹ Ce rapport indique qu'il y a plusieurs sujets qui sont source de préoccupation au niveau du système carcéral, notamment :

- soutien et formation inadéquats pour le personnel
- peu ou pas de partage de l'information entre le personnel de correction et les professionnels de la santé et de la santé mentale impliqués dans les soins de la personne détenue
- le fait que les comportements d'automutilation continuent à être perçus comme des enjeux de sécurité, ce qui entraîne un recours excessif à des mesures de contrôle ou à des mesures disciplinaires comme le transfert des détenus qui s'automutilent vers des établissements à sécurité maximale alors qu'ils ne représentent une menace que pour eux-mêmes.⁴¹⁰

L'ECC souligne être intervenu à quelques reprises dans la gestion des comportements d'automutilation de personnes incarcérées pour lesquelles il n'y avait aucun plan de traitement en place, alors que le personnel n'était pas certain de savoir comment élaborer un plan de traitement. Cette préoccupation relative aux mécanismes en place pour gérer les comportements d'automutilation a d'abord été soulevée dans un rapport annuel antérieur, dans lequel l'ECC affirmait que les décès en détention résultent d'une combinaison de « problèmes de conformité lors de la gestion de situations impliquant une détresse médicale » et d'incohérences dans la qualité et la disponibilité des soins de santé professionnels d'une région à l'autre et d'un établissement à l'autre (p. 28).⁴¹¹

Voies d'accès et mesures de contrôle : Accéder aux soins de santé mentale au sein du système de justice

Déjudiciarisation et tribunaux

Les préoccupations relatives à la surreprésentation des personnes ayant des problèmes de santé mentale dans le système de justice ne datent pas d'hier, et les systèmes de justice, dont ceux du Canada, s'efforcent de s'adapter à cette réalité. Les données probantes montrent que passablement moins de personnes vivant avec des maladies mentales graves sont incarcérées au Canada qu'il y a 20 ans, d'une part parce que les taux d'incarcération globaux sont plus bas, et d'autre part en raison de l'augmentation de l'utilisation du verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux (NRCTM).⁴¹² Toutefois, étant donné le nombre élevé de personnes qui ne répondent pas strictement aux critères de NRCTM, mais dont les problèmes de santé mentale sont clairement à l'origine de leurs démêlés avec la justice, plusieurs juridictions au Canada et ailleurs dans le monde ont mis sur pied des programmes de déjudiciarisation avant procès ou présentenciels destinés aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale comme alternative à une peine d'emprisonnement.

Les programmes de déjudiciarisation ont pour but de faire arrêter ou de suspendre les procédures, ou encore d'opter pour d'autres processus de détermination de la peine, si une personne accusée consent à suivre un traitement. La personne accusée peut devoir montrer qu'elle accepte la responsabilité de l'infraction dont elle est accusée et, dans certaines juridictions, elle peut devoir enregistrer un plaidoyer de culpabilité. Le modèle le plus étudié de ce type de programmes est le modèle des tribunaux de santé

mentale,* qui fait appel à des équipes multidisciplinaires qui regroupent des professionnels en santé mentale et des professionnels du milieu judiciaire et qui utilise des mesures non accusatoires pour soutenir le rétablissement de la santé mentale et pour prévenir les récidives.⁴¹³ En plus de la déjudiciarisation, certains programmes des tribunaux de santé mentale traitent aussi de questions liées à la pertinence de tenir un procès, aux cautions et aux sentences.

Les programmes de déjudiciarisation sont considérés comme d'importants facilitateurs de l'accès aux soins pour les personnes qui ont des démêlés avec la justice, bien qu'ils soient en partie la conséquence de la rareté des soins. Les personnes qui comparaissent devant les tribunaux de santé mentale, ou devant les tribunaux réguliers avec des services de soutien en santé mentale, avaient énormément de besoins non comblés et manquaient de connexions avec les mécanismes de soutien avant de se retrouver dans le système de justice.⁴¹⁴ Les programmes de déjudiciarisation spécialisés pour les jeunes peuvent s'avérer particulièrement efficaces, car les problèmes de santé mentale et les démêlés avec la justice apparaissent souvent simultanément au début de l'âge adulte; une programmation axée sur le soutien peut faire une différence considérable à cet égard.

En l'absence de programmes de déjudiciarisation spécialement conçus pour offrir le soutien continu nécessaire au rétablissement, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale peuvent rapidement se retrouver à nouveau en détention à la suite de violations techniques de leurs conditions de probation ou de liberté conditionnelle.⁴¹⁵ Toutefois, les programmes de déjudiciarisation, qui font planer la menace implicite ou explicite d'un retour des accusations criminelles si le traitement n'est pas suivi, peuvent être perçus comme une autre forme de coercition et de criminalisation.⁴¹⁶ La question de savoir si ces programmes réduisent ou augmentent la stigmatisation entourant les problèmes de santé mentale fait encore l'objet d'un vif débat.⁴¹⁷

Étant donné que les programmes de déjudiciarisation sont discrétionnaires, ils peuvent véhiculer des biais liés au genre ou à la race, ou à des facteurs structurels qui façonnent les démêlés avec la justice des personnes visées. Des études menées aux États-Unis et au Canada montrent que les femmes blanches plus âgées sont plus susceptibles, comparativement à l'ensemble des personnes accusées, d'être référées aux tribunaux de santé mentale (et à l'inverse, les hommes noirs jeunes sont moins susceptibles de l'être).^{418,419} Dans une étude menée à Winnipeg, les personnes membres des PNIM étaient moins susceptibles que les personnes blanches d'être transférées vers les tribunaux de santé mentale,⁴²⁰ une conclusion qui concorde avec celles d'études similaires menées en Australie.⁴²¹ Une étude ontarienne a également fourni des données qualitatives qui suggèrent que les populations racialisées ont accès à moins de programmes de déjudiciarisation en santé mentale dans cette province et a recommandé que le système de justice commence à suivre les données relatives à la race et à promouvoir la compétence culturelle dans la prestation des services.⁴²²

En plus des caractéristiques non cliniques des personnes accusées d'une infraction, la gravité de l'infraction constitue un facteur déterminant en vue d'une éventuelle déjudiciarisation visant à suivre un traitement de santé mentale, qu'il s'agisse de dépistage et d'évaluation pour les jeunes⁴²³ ou d'un

*Le modèle des tribunaux de santé mentale et d'autres programmes de déjudiciarisation sont décrits plus en détail dans la section suivante, qui porte sur les pratiques prometteuses. Nous examinons ici le rôle que jouent ces programmes dans l'expérience des soins et de la recherche de soins.

tribunal de santé mentale, les accusations les plus graves étant moins susceptibles d'être déjudiciarisées.⁴²⁴

Soins institutionnels en détention

Les soins de santé mentale en détention devraient inclure plusieurs composantes :

- dépistage à l'admission, ou le plus tôt possible
- Orientation vers une évaluation plus poussée pour ceux dont le dépistage est positif
- accès à des soins d'urgence 24 h/24, 7 jours/7 pour les personnes en crise, incluant la prévention du suicide
- soins primaires dans tous les établissements
- accès à des soins psychiatriques intermédiaires et spécialisés pour les personnes qui en ont besoin⁴²⁵

En pratique, la priorisation de la sécurité et du contrôle institutionnels, dans un contexte de ressources limitées et d'obstacles divers, fait en sorte qu'il est très difficile d'avoir accès à des soins de santé mentale en détention.

Le dépistage des problèmes de santé mentale au moment de l'admission en détention est de plus en plus répandu et est aujourd'hui, du moins dans les politiques, universel dans les établissements de détention canadiens. Il s'agit aussi d'une intervention stratégique répandue à l'échelle internationale, probablement parce qu'elle est notamment facile à mettre en œuvre dans le cadre de programmes spéciaux ou d'investissements dans des modèles de soins avancés. Les évaluations initiales effectuées en détention utilisent souvent des outils simplifiés conçus pour être utilisés par des personnes qui ne sont pas des professionnels de la santé mentale (comme le personnel de correction). Il est accepté que le dépistage soit effectué par des personnes qui ne sont pas des professionnels de la santé mentale si les outils sont validés, mais le taux de faux négatifs est élevé lorsque ces outils sont utilisés auprès de la population carcérale⁴²⁶ et le manque d'indépendance clinique peut mettre un accent particulier sur les symptômes déclarés, le comportement et les motivations de la personne évaluée. Le personnel de correction peut être plus porté à interpréter les réponses comme une recherche d'attention ou de médicaments, ou comme de la simulation.⁴²⁷ Bien que les outils de dépistage puissent être validés pour être utilisés par du personnel non spécialisé, l'observation informelle est également un élément clé du diagnostic, et en milieu carcéral, le personnel peut passer à côté de signes émergents de problèmes de santé mentale ou de crises passant pour de simples comportements dramatiques, étranges ou menaçants.⁴²⁸ Un dépistage efficace et des soins de santé mentale de qualité pourraient permettre d'améliorer l'accès aux soins dans la communauté et représenter un tournant décisif dans la vie des personnes ayant des démêlés avec la justice. Cependant, le milieu correctionnel est généralement antithérapeutique, et l'ampleur des défis relatifs à la prestation des soins est incommensurable.^{429,430}

Au Canada, les soins de santé mentale en détention font constamment face à une pénurie de personnel et à un taux de roulement très élevé. Le taux de postes vacants est élevé dans les établissements fédéraux et provinciaux; il se situe autour de 8,5 % dans l'ensemble et grimpe jusqu'à 30 % en ce qui concerne les postes spécialisés (dont celui de psychologue).⁴³¹ Les postes en santé mentale en milieu correctionnel sont généralement perçus comme des emplois moins désirables dans un domaine hautement compétitif, ce qui signifie que les établissements fonctionnent en deçà de leur capacité. Par conséquent, le personnel de correction se retrouve à accomplir plus de tâches liées aux soins,

notamment le triage et les évaluations du risque moins formelles, alors que les fonctions premières du personnel de correction sont de maintenir la sécurité au sein de l'établissement, de gérer les personnes détenues et d'assurer la sécurité de l'ensemble du personnel.⁴³² Les services de soins primaires des établissements carcéraux canadiens sont surchargés parce que les soins intermédiaires ne sont pas financés adéquatement, ni de manière universelle, et parce que les centres de traitement régionaux (qui fournissent des soins tertiaires ou intensifs) ont des capacités extrêmement limitées et des critères d'admission très stricts. Ce ne sont pas toutes les personnes qui ont besoin de ce type de soins qui peuvent y avoir accès.⁴³³ Plus particulièrement, le personnel en santé mentale disponible s'occupe de la consommation de substances, du risque de suicide et des problèmes d'adaptation (problèmes de santé mentale causés par l'admission en détention), tandis que d'autres problèmes graves sont insuffisamment dépistés et, par conséquent, insuffisamment traités.⁴³⁴

Dans les pénitenciers fédéraux, il existe également des obstacles à l'échelle du système, notamment les infrastructures vieillissantes et une administration correctionnelle qui peine grandement à assurer les fonctions qui lui sont confiées en lien avec les soins et à se conformer aux normes relatives à la qualité des soins, surtout lorsqu'il est questions des détenus plus âgés.⁴³⁵⁻⁴³⁷ Au cours des dix dernières années, de nombreux rapports critiques et vérifications ont souligné des lacunes en ce qui a trait à la disponibilité et à la qualité des soins, y compris pour la prévention du suicide, au sein du système correctionnel canadien. Les recommandations soutenues résultant de ces vérifications incluaient notamment :

- Mettre sur pied des unités de soins intermédiaires en santé mentale
- Comblent les postes de professionnels en santé mentale vacants
- Traiter l'automutilation et les tendances suicidaires comme des problèmes de santé mentale plutôt que comme des problèmes disciplinaires
- Restreindre le plus possible le recours à l'isolement^{438,439}

L'accès à des soins de santé mentale dans les centres de détention pour la jeunesse est également jugé inadéquat.^{440,441}

Le rôle primordial des traitements pharmacologiques dans les soins de santé mentale offerts dans les établissements carcéraux est largement reconnu et constitue parfois l'unique forme de traitement offerte. Facile à administrer, il s'agit de la méthode de traitement la plus utilisée. Dans des études qualitatives, les personnes détenues, particulièrement les femmes, signalent avoir perçu les traitements pharmacologiques non pas comme une intervention visant à favoriser le rétablissement, mais plutôt comme un moyen de gérer les comportements.^{442,443} À l'opposé, la recherche de substances et d'attention constitue une perpétuelle préoccupation relative à la sécurité et les prescriptions cliniques peuvent, dans ce contexte, être remises en question ou arrêtées par le personnel correctionnel. Bien que cette situation ne s'applique pas à diverses autres formes de thérapie, comme le counselling, celles-ci sont difficiles à administrer en raison des déplacements, des confinements, des longues listes d'attente, des emprisonnements de courte durée et d'une mauvaise gestion des priorités.^{444,445} Dans les établissements provinciaux destinés aux emprisonnements de courte durée, la programmation disponible a tendance à être plus « générique » et non adaptée au genre ou à la culture.^{446,447}

Services correctionnels communautaires et soins

La majeure partie de la littérature canadienne que nous avons examinée était axée sur la réinsertion des personnes ayant eu des démêlés avec la justice dans la communauté, spécifiquement après avoir purgé une peine d'emprisonnement. Puisque la réinsertion est une étape à haut risque, la recherche se concentre sur le danger de récidive et sur la possibilité de briser les cycles de récidive, particulièrement pour les personnes ayant des besoins importants en matière de soutien (comme les personnes aux prises avec une maladie mentale qui ont purgé une peine d'emprisonnement). Dernièrement, SCC a mis en place des stratégies visant à assurer une meilleure liaison avec les services avant et après la libération d'un établissement carcéral fédéral et a publié de nombreuses évaluations de ces initiatives. Celles-ci comprennent des modèles de planification prélibération plus élaborés et des partenariats avec des services communautaires; cette forme de préparation peut faciliter la prise en charge des soins après la libération.⁴⁴⁸⁻⁴⁵¹ Le dossier d'appui est souvent axé sur la sécurité publique et sur les coûts.⁴⁵²

Les personnes qui ont purgé une peine d'emprisonnement reviennent souvent dans les mêmes quartiers qu'avant d'être détenues, dans des zones hautement défavorisées qui posent des menaces au rétablissement de leur santé mentale et qui comportent divers facteurs de risque de recriminalisation.⁴⁵³ De telles situations peuvent se produire même pour des personnes qui ont un accès adéquat aux services, puisque ceux-ci sont souvent regroupés dans les mêmes quartiers où elles ont initialement été confrontées à des déterminants de la criminalisation, comme les réseaux de consommation de substances, la violence et, pour les femmes, l'exploitation et la prostitution.⁴⁵⁴ Ces circonstances peuvent contribuer au phénomène des « portes tournantes », c'est-à-dire à la recriminalisation rapide des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou des maladies mentales, particulièrement si les restrictions relatives au logement et à l'emploi associées au fait d'avoir eu des démêlés avec la justice font en sorte qu'il est difficile de poursuivre le traitement.⁴⁵⁵

Les personnes qui passent de la détention à la supervision en communauté peuvent être hébergées dans des centres correctionnels communautaires, qui sont des résidences gérées par les services correctionnels pour les personnes en libération conditionnelle. Des données obtenues par le biais de vérifications récentes indiquent que ces centres ne répondent pas aux besoins des résidents aux prises avec des problèmes de santé mentale parce qu'ils manquent souvent de personnel médical adéquat (comme des infirmières) et que les agents de probation essaient de combler ces lacunes alors qu'ils n'ont reçu aucune formation spécialisée.⁴⁵⁶

Les personnes qui bénéficient d'une libération conditionnelle reçoivent souvent des services continus de réadaptation judiciaire pour les soutenir dans leur réinsertion, et ces services peuvent être couplés à des soins de santé mentale pour ceux qui en ont besoin. Selon les modèles de pratiques exemplaires utilisés dans le milieu correctionnel pour orienter l'évaluation et les traitements (décrits plus en détails ci-dessous), le niveau de besoins criminogènes et de problèmes de santé mentale doit déterminer l'intensité des services offerts et l'ampleur de la coordination nécessaire entre les services correctionnels et les fournisseurs de soins de santé mentale. Un récent examen des services de probation canadiens suggère que le système ne fait pas correspondre adéquatement les besoins des probationnaires en matière de santé mentale aux niveaux de services offerts, les probationnaires à faible risque étant souvent dirigés vers les services spécialisés tandis que les probationnaires ayant un risque élevé n'ont souvent pas accès à des soins de santé mentale coordonnés et axés sur la justice.⁴⁵⁷

Limites et occasions dans la littérature sur l'accès et les expériences vécues

La littérature sur l'accès aux soins de santé mentale dans le système de justice pénale et les expériences vécues que nous avons examinée consiste en une série de fragments isolés : des études de cas sur le décès d'une personne en détention, de la théorie ancrée dans la pratique, ainsi que des enquêtes phénoménologiques qui retracent les expériences des personnes ayant des démêlés avec la justice et des déductions à propos des expériences vécues dans des études qui abordent indirectement le sujet de l'expérience.

Bien que la majeure partie de cette littérature soit informative et rigoureuse, cet échantillon de littérature présente toutefois deux limites considérables. D'abord, les expériences des personnes ayant eu des démêlés avec la justice qui font partie d'une ou de plusieurs populations prioritaires sont pratiquement absentes. Le point de vue des femmes en tant que groupe est parfois abordé, et bien que les expériences des membres des PNIM puissent parfois être déduites des rapports sur les résultats, ces rapports ne fournissent guère de contexte, et il est rare que les membres des PNIM aient l'occasion de s'exprimer eux-mêmes. Exception faite d'une seule étude de cas, le point de vue des personnes racialisées au Canada est absent.⁴⁵⁸

La deuxième limite, qui constitue également une occasion, est l'absence d'études bien structurées portant sur le « parcours des patients » pour accéder aux soins en santé mentale à partir du système de justice pénale et tout au long de ces soins, ou sur l'absence des soins de santé mentale dans le système correctionnel. Ce type de point de vue peut se dégager d'enquêtes sur des décès, puis engendrer des recommandations pour une réforme urgente. Mais les études qui combinent une approche longitudinale et des comptes-rendus de première main de personnes ayant un savoir expérientiel pourraient aider à élaborer un programme de soins de santé mentale plus proactif et systémique dans les milieux de la justice et des services correctionnels.

Quelles pratiques exemplaires fondées sur des données probantes répondent aux besoins en matière de santé mentale dans le système de justice pénale et dans la communauté après la libération?

PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Les tribunaux de santé mentale et les autres types de programmes de déjudiciarisation font l'objet d'une évaluation positive au Canada, même s'ils continuent à évoluer et dépendent de la disponibilité des ressources en santé mentale appropriées dans la communauté.
- La thérapie comportementale dialectique (TCD) et la thérapie comportementale et cognitive (TCC) font partie des pratiques fondées sur des données probantes qui peuvent combler certains besoins en matière de santé mentale et de facteurs criminogènes de manière efficace.
- Il existe certains modèles de pratiques exemplaires en matière de soins de santé mentale en milieu correctionnel, comme le modèle STAIR (dépistage, triage, évaluation, intervention et réinsertion). Toutefois, ces modèles ne sont pas mis en œuvre de manière universelle au Canada.
- Quelques modèles différents qui combinent la santé mentale et la réadaptation criminogène pour les personnes qui sortent de détention ont obtenu des résultats mitigés, notamment des modèles fondés sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité, des modèles de traitement communautaire actif et des modèles de probation spécialisée. Il s'agit d'un domaine de recherche et d'innovation actif.
- Les pratiques exemplaires entourant la libération et la planification de la supervision constituent l'approche APIC (évaluation d'un répertoire de risques/besoins, planification d'une période critique post-libération, identification des services appropriés, coordination entre les intervenants).
- Pour améliorer les soins de santé mentale dans le système de justice et le système correctionnel, il peut être nécessaire de reconnaître qu'aucun groupe d'intervenants n'a l'expertise, les ressources ou l'autorité nécessaires pour agir seul de manière efficace. Des collaborations intersectorielles, comme les Human Services and Justice Coordinating Committees (HSJCC) en Ontario, travaillent à l'élaboration de modèles prometteurs.

La littérature répertorie une gamme de pratiques fondées sur des données probantes et de pratiques prometteuses qui visent à répondre aux besoins en matière de santé mentale à la fois dans le système de justice et une fois que les personnes ayant eu des démêlés avec la justice sont libérées et réinsérées dans la communauté. Plusieurs de ces pratiques peuvent être décrites comme des versions des modèles de soins par paliers élaborés dans un contexte de soins de santé mentale communautaires adaptées au système de justice.^{459,*} La littérature relève des programmes fondés sur des données probantes et prometteurs destinés aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et des maladies

* Voir aussi le [modèle de soins par paliers](#) de l'ACSM.

mentales à chaque point d'intersection possible avec le système de justice pénale, de la déjudiciarisation à la libération et à la réinsertion. Les données ont également mis en lumière plusieurs interventions systémiques qui peuvent être considérées comme des pratiques fondées sur des données probantes et des pratiques prometteuses. Ces programmes et pratiques sont décrits ci-dessous.

Déjudiciarisation en santé mentale et solutions de rechange à l'incarcération

Mécanismes de déjudiciarisation, incluant les tribunaux spécialisés

Les programmes de déjudiciarisation en santé mentale sont conçus pour faire sortir les personnes aux prises avec des maladies mentales du système de justice pénale et pour les rediriger vers des traitements de santé mentale communautaires et vers d'autres formes de soutien. Des programmes de déjudiciarisation sont offerts à divers points de jonction tout au long du processus de justice pénale, mais ils peuvent être divisés en deux grandes catégories : les programmes de déjudiciarisation présentenciels et les programmes de déjudiciarisation postsentenciels.⁴⁶⁰ Les programmes présentenciels impliquent une déjudiciarisation avant que des accusations criminelles aient été portées. Les personnes évitent de faire l'objet d'accusations pour une infraction mineure; elles sont plutôt déjudiciarisées afin de suivre un traitement de santé mentale et n'ont pas d'autre interaction avec le système de justice pénale. À l'inverse, les programmes de déjudiciarisation postsentenciels qui sont mis en œuvre après le dépôt d'accusations sont généralement conditionnels à l'acceptation de la personne accusée de suivre un traitement dans la communauté pour gérer ses problèmes de santé mentale ou sa maladie mentale. Ils sont conçus pour permettre aux personnes qui commettent des infractions mineures et qui ne bénéficieraient pas de services de santé mentale autrement d'éviter la détention et de recevoir des traitements appropriés.⁴⁶¹

Trois types de programmes de déjudiciarisation postsentenciels sont décrits dans la littérature : la déjudiciarisation en prison, les programmes de déjudiciarisation traditionnels et les tribunaux de santé mentale.* Les programmes de déjudiciarisation en prison (qui ne sont pas utilisés au Canada) sont habituellement mis en œuvre par les agents de liaison du centre de détention, qui effectuent des évaluations de santé mentale et qui mettent en place des plans de traitement pour les personnes concernées en collaboration avec les fournisseurs de services de santé mentale communautaires afin de faciliter leur mise en liberté sous caution avec l'autorisation du procureur, du juge et de l'avocat de la défense.

Les programmes de déjudiciarisation traditionnels emploient des cliniciens en santé mentale, qui travaillent souvent au palais de justice. Ils mènent des évaluations et, au cours des négociations avec le procureur et l'avocat de la défense, ils élaborent un plan de traitement pour aider les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale à obtenir une mise en liberté sous caution. Les causes sont habituellement poursuivies pendant une courte période pour assurer que la personne accusée est bien mise en relation avec les services dont elle a besoin et qu'elle suit le traitement nécessaire avant de

* Bien que la littérature décrive aussi des programmes de déjudiciarisation post-incarcération, qui prennent la forme de services correctionnels communautaires et de traitements communautaires dynamiques légaux, la présente section porte uniquement sur les programmes de déjudiciarisation pré-incarcération, étant donné que l'évaluation des programmes post-incarcération s'est limitée à un résultat de recherche. Les tribunaux pour vétérans sont un autre type de tribunaux spécialisés pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale mentionnés dans la littérature, bien que nous n'ayons trouvé aucune évaluation détaillée de leur fonctionnement ou de leurs résultats dans la littérature étudiée.

mettre fin aux procédures ou de faire tomber les accusations. La déjudiciarisation peut avoir lieu dans divers tribunaux et devant divers juges, mais elle est laissée à la discrétion du procureur.

À l'inverse, les tribunaux de santé mentale sont des initiatives dans le cadre desquelles les procédures de déjudiciarisation ont lieu dans un tribunal spécialisé ayant un seul rôle. Le juge, le procureur de la Couronne et l'avocat de garde/de la défense peuvent suivre une formation spécialisée pour travailler avec des personnes ayant des maladies mentales graves, et travaillent fréquemment en collaboration, conjointement avec le personnel de liaison du tribunal de santé mentale, pour diriger les personnes ayant des démêlés avec la justice vers les traitements et le soutien dont elles ont besoin. Les personnes « accusées » aux prises avec une maladie mentale qui choisissent de participer à un tribunal de santé mentale doivent ensuite respecter un programme de traitement personnalisé déterminé par l'équipe du tribunal de santé mentale, qui compte un nombre et une combinaison indéterminés de professionnels de la justice ou de la santé mentale. Ces tribunaux contrôlent souvent l'adhésion au traitement du participant, et la promesse de voir les accusations être abandonnées est souvent utilisée comme incitatif. En un sens, de telles interventions donnent l'occasion à la personne déjudiciarisée d'échanger sa criminalisation contre un accès à des soins de santé mentale, ou utilisent la menace d'accusations criminelles pour inciter la personne à accepter les soins.

Au Canada, les programmes de déjudiciarisation varient d'une juridiction à l'autre; dans certains cas, les accusations sont retirées à partir du moment où un plan de déjudiciarisation est mis en place, tandis que d'autres tribunaux exigent un plaidoyer de culpabilité pour que la personne accusée puisse être admise *au tribunal de santé mentale.^{462,463} Les tribunaux de santé mentale tentent plus spécifiquement de trouver une réponse axée sur la réadaptation à des infractions qui auraient autrement fait l'objet d'accusations criminelles. L'objectif des tribunaux de santé mentale est de s'intéresser aux causes sous-jacentes des comportements criminels et de promouvoir la philosophie de la jurisprudence thérapeutique.⁴⁶⁴

RÉSULTATS ÉMERGENTS

Les initiatives de déjudiciarisation, particulièrement les tribunaux de santé mentale, sont évaluées à une fréquence de plus en plus élevée et sont souvent citées comme des pratiques prometteuses dans la littérature portant sur les interventions, qui définit une série de facteurs et de conditions nécessaires pour que les interventions de déjudiciarisation soient réussies. Pour certains, la déjudiciarisation est un succès lorsqu'elle va plus loin que de simplement faire en sorte que les ressources fournissent un traitement aux problèmes de santé mentale et de consommation de substances.

Les programmes de déjudiciarisation en détention sont particulièrement efficaces pour réduire les récidives et passablement efficaces pour réduire le nombre de jours d'incarcération et de consommation de substances tout en accroissant l'utilisation des services et en améliorant la qualité de vie.⁴⁶⁵ Les programmes de déjudiciarisation traditionnels sont passablement efficaces pour réduire les récidives, le nombre de jours d'incarcération et la consommation de substances tout en améliorant la qualité de vie.⁴⁶⁶

L'examen des tribunaux de santé mentale a montré que ceux-ci réduisent le risque de récidive et les besoins criminogènes.^{467,468} Les tribunaux de santé mentale ont une plus grande efficacité lorsqu'ils contrôlent et sanctionnent le non-respect du traitement et des exigences comportementales et qu'ils

C'est également le cas de certains tribunaux de santé mentale aux États-Unis (voir Frank et McGuire, 2010).

fournissent des services de soutien visant à réduire ou à éliminer certains risques criminogènes, socioéconomiques et environnementaux.⁴⁶⁹ L'un des tribunaux de santé mentale étudiés s'est montré particulièrement efficace pour réduire les récidives et accroître l'utilisation des services, et passablement efficace pour réduire le nombre de jours d'incarcération et la consommation de substances, ainsi que pour améliorer l'état de santé mentale.⁴⁷⁰ Une analyse effectuée en 2019, qui portait sur les processus et sur les résultats des tribunaux de santé mentale, a montré que les participants ont exprimé un degré de satisfaction élevé et un sentiment de justice quant au processus, et ont affirmé avoir perçu un faible degré de coercition.⁴⁷¹

Certains textes récents s'intéressent également aux résultats des programmes de déjudiciarisation canadiens. Des recherches menées en Ontario et en Alberta ont mis en lumière des taux de récidive très faibles parmi les personnes ayant participé à un programme, ainsi qu'une diminution des accusations, des comparutions et du recours à des soins médicaux d'urgence.⁴⁷² Une récente évaluation du tribunal de santé mentale de Winnipeg a montré des résultats similaires. Cette évaluation a montré que depuis 2012, il y a eu une diminution du nombre de jours passés en détention, qui est passé de 6,4 jours par mois à 2,8 jours par mois.⁴⁷³ Les évaluateurs ont également noté que « le programme a retenu une proportion élevée de clients, a entraîné une diminution du nombre de jours passés en détention et a permis de réduire les accusations de la plupart des participants » (p. 77).⁴⁷⁴ Dans une évaluation des programmes de déjudiciarisation en santé mentale ontariens (incluant un tribunal de santé mentale), les interventions se sont avérées plus efficaces auprès des personnes ayant le moins de besoins cliniques, faisant l'objet des accusations les moins graves et ayant le moins d'antécédents criminels.⁴⁷⁵

D'autres évaluations ont également conclu que les tribunaux de santé mentale ont un effet positif sur l'accès aux services de santé mentale. Un rapport signale que les défendeurs ont obtenu plus de traitements en participant aux tribunaux de santé mentale qu'avant d'y participer, et qu'ils ont obtenu davantage de traitements que des défendeurs similaires face aux tribunaux de justice pénale traditionnels.⁴⁷⁶ Une conception d'étude avant-après d'un tribunal de santé mentale canadien au Nouveau-Brunswick a montré que le tribunal de santé mentale avait un effet positif sur le rétablissement en ce qui concerne les problèmes cognitifs et les taux de dépression. Ces conclusions étaient les mêmes pour les participants des deux sexes.⁴⁷⁷ Une évaluation précoce du tribunal de santé mentale du N.-B. a montré que les personnes qui y ont participé ont reçu des soins de santé mentale pendant une plus longue période qu'elles en avaient reçus en détention et qu'elles avaient été beaucoup moins susceptibles d'être incarcérées que les personnes ayant des démêlés avec la justice et des problèmes de santé mentale qui n'avaient pas comparu devant un tribunal de santé mentale.⁴⁷⁸ Une autre évaluation du même tribunal de santé mentale a mis en lumière des changements statistiquement significatifs en ce qui concerne la diminution modeste des facteurs criminogènes et en matière de santé mentale associés au fonctionnement des participants au cours des douze mois précédant leur participation au tribunal de santé mentale.⁴⁷⁹ L'évaluation d'un autre tribunal de santé mentale du Canada Atlantique (maintenant appelé tribunal de mieux-être) situé à Dartmouth, en Nouvelle-Écosse, a montré que l'approche d'équipe de gestion des cas non-accusatoire utilisée a permis d'élaborer des plans de traitement qui ont engendré des meilleurs résultats en matière de consommation de substances et de réceptivité à la réadaptation criminogène.⁴⁸⁰

L'analyse des programmes de déjudiciarisation met l'accent sur quatre facteurs de réussite : l'identification précoce des clients, les services intégrés découlant de la collaboration inter-agences et intergouvernementale, les réunions constantes des membres de l'équipe responsable des services et

l'implication des gestionnaires de cas dans l'ensemble des secteurs concernés (continuité des soins).^{481,482} La réussite des programmes de déjudiciarisation dépend également de la disponibilité du « personnel hautement qualifié, d'un système judiciaire qui est familier avec cette approche et qui y est favorable, et d'une collaboration efficace avec les fournisseurs de services communautaires et de services de santé mentale » (p. 17).⁴⁸³ Ces experts insistent sur le fait qu'une approche d'équipe multidisciplinaire au sein de laquelle le travail des juges et des avocats est complété par celui de psychiatres, de psychologues et de travailleurs sociaux qui collaborent pour déterminer la meilleure manière de répondre aux besoins particuliers d'une personne doit être normalisée.⁴⁸⁴

Des recommandations similaires ont été faites spécifiquement pour les jeunes, qui sont souvent dirigés vers des programmes de déjudiciarisation à titre de mesure préventive et d'intervention précoce, mais qui sont réticents à y participer. Par exemple, un processus d'évaluation d'un tribunal de santé mentale pour la jeunesse de Toronto a montré qu'impliquer les jeunes et leurs familles dans les traitements est efficace pour diminuer les récidives, pour améliorer le bien-être des jeunes et pour accroître la sécurité de la communauté.⁴⁸⁵ De plus, les auteurs recommandent quatre éléments qui permettraient de rendre les tribunaux de santé mentale plus inclusifs pour les populations de jeunes : (1) « que ces tribunaux soient hautement structurés et qu'ils ciblent les compétences et les croyances des personnes »; (2) « qu'ils incluent une composante cognitive qui aborde des domaines comme la gestion de la colère »; (3) « qu'ils impliquent les familles dans le traitement et qu'ils visent à réduire les facteurs de risque familiaux »; et (4) « qu'ils abordent une gamme de facteurs de risque associés à divers contextes » qui peuvent compromettre l'adhésion au traitement (p. 20-21).⁴⁸⁶ Ils en sont également arrivés à la conclusion que les jeunes s'impliqueraient davantage s'ils pouvaient participer plus activement à leur traitement, s'ils avaient des incitatifs pour compléter leur traitement (récompenses verbales ou tangibles), et s'ils pouvaient communiquer plus fréquemment avec leurs fournisseurs de soins.⁴⁸⁷

LES DÉFIS ET LIMITES DES MÉCANISMES DE DÉJUDICIARISATION

Bien que les tribunaux de santé mentale soient apparus à la fin des années 1990, peu d'évaluations de ces interventions et de leurs effets sont disponibles, malgré le grand nombre d'initiatives de ce type mises en place en Amérique du Nord et à l'échelle internationale. Un examen systématique effectué en 2011 axé sur les types de programmes de déjudiciarisation pré-incarcération et post-incarcération a identifié, décrit et évalué l'efficacité de ces programmes en lien avec les taux de récidive, l'utilisation des services de santé mentale, la consommation de substances, le nombre de jours d'incarcération, la qualité de vie et l'état de santé mentale.⁴⁸⁸ Cet examen a permis de conclure qu'aucune méthode n'était très efficace dans chacune de ces catégories.

Les évaluateurs et les chercheurs demeurent prudents et critiques face à la mise en application des mécanismes de déjudiciarisation et des tribunaux de santé mentale. L'examen de certains tribunaux de santé mentale a montré que puisque les évaluations n'ont été entamées que récemment, il n'est pas encore possible de mettre en évidence une diminution statistiquement significative des récidives.⁴⁸⁹ Par exemple, des détracteurs ont avancé que les programmes de déjudiciarisation, et notamment les tribunaux de santé mentale, représentent une intervention dispendieuse qui, en raison de critères d'admission très stricts, ne soutient qu'une petite minorité de personnes.^{490,491} D'autres affirment qu'au mieux, les programmes de déjudiciarisation offrent un accès potentiel aux ressources de santé mentale communautaires, mais que ces ressources ne sont pas toujours disponibles rapidement et ne répondent pas toujours aux besoins spécifiques des personnes ayant des démêlés avec la justice.⁴⁹² Certains affirment que la « déjudiciarisation » est un succès, car elle aide certaines personnes à éviter le système

de justice pénale, mais la critiquent, car elle ne permet pas toujours à ces personnes d'accéder au système de santé mentale. Une évaluation a montré que les programmes de déjudiciarisation en détention n'ont qu'une efficacité limitée pour accroître l'utilisation des services et qu'il n'existe pas de preuves de leur efficacité à améliorer l'état de santé mentale des participants.⁴⁹³ Une autre évaluation d'un tribunal de santé mentale n'a permis de trouver que peu de preuves de l'amélioration de la qualité de vie.⁴⁹⁴

Malgré l'existence d'ententes de coopération entre les tribunaux, les centres de détention provisoire et les systèmes de soins de santé mentale, les mécanismes de déjudiciarisation ne permettent pas toujours de diriger les personnes vers les soins de santé mentale spécifiques dont elles ont besoin.^{495,496} Dans bien des cas, les personnes sont dirigées vers des soins de santé mentale « *statu quo* », et non vers les soins spécialisés conçus pour aborder aussi les besoins criminogènes.⁴⁹⁷ Certains affirment que les tribunaux de santé mentale ne réduisent pas réellement la marginalisation des personnes aux prises avec des maladies mentales, mais qu'ils favorisent en fait une forme unique d'exclusion sociale ayant pour but de réduire les comportements à risque en récompensant les efforts individuels (promotion de l'autorégulation et de la participation aux interventions psychiatriques) plutôt qu'une réforme du système.⁴⁹⁸ Des analyses montrent que certaines populations sont naturellement plus en mesure de réussir; les personnes qui terminent un programme avec succès ont tendance à être plus âgées et à avoir un nombre moyen de besoins cliniques moins élevés, ainsi qu'à afficher des scores de gravité d'infractions non-violentes plus faibles.⁴⁹⁹

La littérature soulève des préoccupations supplémentaires à propos de la façon dont les programmes de déjudiciarisation et les tribunaux de santé mentale sont évalués. Dans l'ensemble, les données probantes selon lesquelles les programmes de déjudiciarisation réduisent le temps passé en détention sont plus solides que celles selon lesquelles ils améliorent les symptômes ou la qualité de vie des personnes aux prises avec des maladies mentales qui ont des démêlés avec la justice; en effet, les études qui évaluent l'efficacité des tribunaux de santé mentale et des autres initiatives de déjudiciarisation, tant au Canada que sur la scène internationale, ont tendance à évaluer l'efficacité en fonction de critères associés à la justice (comme la réduction des récidives ou du temps passé en détention) plutôt qu'en fonction des résultats cliniques objectifs qu'elles génèrent (comme la diminution de la consommation problématique de substances ou la réduction de l'utilisation des services de santé mentale).⁵⁰⁰ De plus, les capacités limitées et les critères d'admissibilité restrictifs font en sorte que les tribunaux de santé mentale excluent un nombre considérable de personnes.⁵⁰¹ Certaines études mettent en garde contre l'établissement d'une « relation causale directe » entre la participation à un tribunal de santé mentale et l'amélioration des résultats de santé mentale, puisque ceux qui « fonctionnent » déjà mieux sont plus susceptibles de participer aux programmes des tribunaux de santé mentale (p. 499).⁵⁰² Les auteurs soulignent que « l'une des limites des tribunaux de santé mentale est qu'aucun de ces tribunaux n'a eu recours à un instrument d'évaluation des risques théorique et empirique pour aider à la gestion des cas et à la planification des traitements, et qu'ils ne s'inspirent pas de modèles efficaces de réadaptation correctionnelle » (p. 489).⁵⁰³ Bien que les personnes ayant des besoins plus importants puissent avoir plus de difficulté à trouver des fournisseurs de services prêts à les accepter en dépit du fait qu'elles font l'objet d'accusations criminelles, certaines études n'ont pas trouvé d'argument empirique en faveur de limiter la disponibilité de la déjudiciarisation aux personnes ayant commis les infractions les moins graves et

recommandent plutôt de l'élargir puisqu'aucune donnée probante ne montre que les personnes accusées de crimes violents présentent un risque plus élevé.⁵⁰⁴

Les données probantes analysées regorgent de recommandations qui pourraient améliorer les processus et les résultats des initiatives de déjudiciarisation. D'un côté, des experts affirment que les comportements criminels des personnes aux prises avec une maladie mentale et ayant des démêlés avec la justice peuvent être davantage réduits par le biais de programmes axés sur les déterminants sociaux de la santé (comme l'itinérance ou le chômage), sur le risque criminogène (comme la pensée criminelle et les réseaux antisociaux) et sur la consommation problématique de substances.⁵⁰⁵ D'autres affirment quant à eux que pour faire augmenter le taux de réussite chez les personnes dont la santé mentale est moins bonne, les tribunaux de santé mentale doivent mettre en place « des protocoles de supervision et d'intervention visant à mieux encadrer les cas de non-conformité, ou considérer que la non-conformité persistante est un motif d'exclusion du tribunal de santé mentale » (p. 499).⁵⁰⁶ Il a été proposé que les juges, les premiers intervenants et les intervenants en justice pour la jeunesse suivent une formation de sensibilisation et acquérir des connaissances sur la santé mentale afin d'être plus au fait des interventions liées à la déjudiciarisation et de pouvoir prendre des décisions qui orientent les personnes vers ces mécanismes.⁵⁰⁷ Parmi les autres moyens d'améliorer le taux de réussite et de réduire les récidives, on retrouve l'application de mesures axées sur la résolution de problèmes, comme être proactif, poser des questions et travailler en collaboration avec les fournisseurs de services pour créer des ordonnances judiciaires personnalisées; dialoguer directement avec les défenseurs; s'assurer que les juges connaissent les services disponibles à l'échelle locale; exiger la présentation de rapports pour discuter des progrès accomplis; autoriser le recours à des sanctions alternatives dans les cas de non-conformités; et privilégier les approches collaboratives et non accusatoires (sans que cela compromette les intérêts du défendeur).⁵⁰⁸

Modèles d'intervention et de soins pour les personnes en détention

Programmes et approches spécialisés

La littérature met aussi en lumière des programmes et approches spécialisés prometteurs qui ont été mis en œuvre au Canada et dans des administrations comparables. Certains de ces programmes et approches sont spécifiquement conçus pour les personnes incarcérées, tandis que d'autres s'adressent au personnel qui soutient les personnes détenues. Les programmes habituellement mis en place par le système de justice pénale sont axés sur les besoins criminogènes traditionnels (comme les attitudes antisociales, la résolution de problèmes ou les styles de pensée). Une autre approche utilisée consiste à adapter les interventions en santé mentale structurées aux populations ayant des démêlés avec la justice, en mettant l'accent sur les caractéristiques cliniques associées à la criminalité, comme l'intolérance à la frustration, les aptitudes sociales peu développées et l'impression de vivre dans un environnement hostile ou menaçant.⁵⁰⁹

Il existe plusieurs programmes et approches thérapeutiques fondés sur des données probantes adaptés pour les personnes incarcérées aux prises avec des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale. Le modèle séquentiel des interceptions en est un bon exemple; il vise à prévenir des démêlés avec la justice subséquents à différents moments-clés dans la trajectoire de la personne à travers le système de justice (chaque flèche représente un point d'interception potentiel) :

interactions avec les forces de l'ordre → détention initiale et audience → prisons et tribunaux → peine d'emprisonnement → services correctionnels communautaires (réadmission, probation, caution)⁵¹⁰

Par exemple, l'ECC reconnaît et recommande le Service de prévention avec l'aide de pairs comme une pratique exemplaire de soutien en santé mentale. Mis en place en 2009 à l'Établissement de Stony Mountain, un établissement avec des niveaux de sécurité multiples situé au Manitoba, ce service confidentiel offre des interventions par les pairs en situation de crise pour tous les niveaux de sécurité et pour toutes les populations. Trois ou quatre pairs aidants sont disponibles en tout temps; il s'agit de détenus formés par divers organismes communautaires, qui leur apprennent à travailler avec les personnes qui ont vécu des traumatismes, ou qui vivent de l'anxiété ou une dépression et qui leur en apprennent davantage sur la prévention du suicide et sur la santé mentale en général.⁵¹¹ L'ECC signale que ce service a permis de réduire les incidents d'automutilation et le recours à l'isolement pour les détenus vulnérables.⁵¹²

Les interventions qui sont le plus souvent adaptées sont la TCD et la TCC, que la littérature qualifie d'interventions efficaces auprès des personnes incarcérées aux prises avec des maladies mentales. Les centres de détention reçoivent régulièrement des personnes qui ont des antécédents de comportements d'automutilation et peuvent ainsi jouer un rôle important dans la mise en œuvre et dans la durabilité des interventions thérapeutiques qui peuvent répondre aux besoins des personnes détenues à cet égard.^{513,514} Une analyse de la littérature qualitative systématique qui avait pour but d'évaluer la TCD en milieu correctionnel et judiciaire partout dans le monde souligne l'efficacité de ce type de thérapie pour réduire les récidives. Cette évaluation indique que le contrôle des émotions et les habiletés interpersonnelles sont des éléments de programme qui se sont avérés efficaces pour la gestion des maladies mentales difficiles à traiter (comme le trouble de la personnalité limite [TPL]).⁵¹⁵ D'autres indiquent que la TCD est efficace auprès des populations vivant avec des maladies mentales sévères, particulièrement auprès des personnes ayant un TPL. Combinée à des entrevues motivationnelles, la TCD peut favoriser l'adhésion au traitement de personnes qui n'auraient pas la motivation nécessaire autrement.⁵¹⁶ Une autre étude portant sur l'efficacité de la TCD auprès des personnes ayant un TPL, qui était axée sur les personnes ayant des antécédents de harcèlement, a montré que la réussite du programme d'une durée de six mois avait fait diminuer de manière significative les nouvelles arrestations pour harcèlement, comparativement à ceux qui n'avaient pas suivi le traitement jusqu'au bout et aux taux de récidive publiés pour les cas de harcèlement.⁵¹⁷ Une étude menée aux États-Unis avait pour but d'évaluer l'efficacité de la bibliothérapie — une forme de TCD autonome — chez une population de détenus masculins.⁵¹⁸ Les hommes incarcérés dans les centres de détention ont signalé une réduction de leurs symptômes de dépression liés aux mesures de contrôle. Les résultats étaient cliniquement significatifs pour environ la moitié des participants, et ils ont été en mesure de maintenir cette réduction au cours du mois suivant la fin de la thérapie.⁵¹⁹ La TCD et la TCC ont aussi été adaptées pour réduire les taux élevés d'automutilation non suicidaire chez les personnes incarcérées, mais certains érudits continuent à critiquer le contexte dans lequel ces interventions sont mises en œuvre, soulignant le défi que représente la prestation de services thérapeutiques dans un contexte fondamentalement antithérapeutique comme un centre de détention.⁵²⁰

L'un des domaines clés de la littérature portant sur les programmes spécialisés est leur efficacité à traiter les comportements d'automutilation, l'automutilation non suicidaire et les pensées suicidaires chez les personnes incarcérées atteintes de maladies mentales spécifiques. Par exemple, la thérapie de groupe sur le contrôle des émotions, un programme de traitement de 14 semaines, est une intervention

psychologique spécifiquement conçue pour les personnes ayant un TPL. Ce programme met l'accent sur les « conséquences de l'évitement d'émotions non désirées et est axé sur l'enseignement du contrôle des émotions et sur la réduction de l'évitement expérientiel et des comportements d'automutilation », et il s'est avéré efficace pour réduire de manière efficace les taux de comportements d'automutilation et d'automutilation non-suicidaire chez les personnes incarcérées (p. 43).⁵²¹ Une étude de cohorte rétrospective de la population générale qui utilisait les registres d'autodéclaration des centres de détention a montré que les personnes détenues qui avaient participé à un atelier de sensibilisation au suicide ont connu une diminution de la fréquence de leurs épisodes d'automutilation.⁵²²

La littérature met également en lumière des programmes qui ont été mis en place pour soutenir les populations prioritaires en reconnaissant leurs besoins et leurs expériences uniques dans le système de justice pénale et à l'extérieur de celui-ci. Une évaluation a permis de déterminer, par le biais de groupes de discussion regroupant des personnes détenues et des fournisseurs de soins de santé de l'établissement concerné, qu'une clinique de santé destinée aux femmes incarcérées dans un important établissement à sécurité maximale a amélioré l'accès à des « services complets spécifiques au genre en temps opportun » (p. 284).⁵²³ Ces services comprenaient l'accès aux soins médicaux et aux soins de santé mentale et la recherche d'occasions d'obtenir du soutien en lien avec le logement, le transport, les dépendances et la violence conjugale au moment de la libération. Les personnes détenues qui ont participé à ce programme ont trouvé que le personnel était « compétent et empathique » (p. 284).⁵²⁴ À l'inverse, bien que le programme ait permis à ces femmes d'avoir accès aux soins de santé rapidement et qu'il ait répondu à leurs besoins non comblés en matière de santé, il n'a pas permis de régler les problèmes liés à la fragmentation des services de soins de santé, notamment les défis d'ordre administratif associés à l'assurance-maladie, aux bris de service, aux installations et aux programmes de courte durée, au manque de coordination entre les établissements et à l'impression d'être une « patiente non désirée » (p. 287).⁵²⁵

La littérature portant sur la programmation destinée aux populations prioritaires est souvent axée sur les populations des PNIM. Plus spécifiquement, de telles interventions ciblent les comportements d'automutilation et l'automutilation non suicidaire chez les membres des PNIM qui ont des démêlés avec la justice. Une étude récente a montré que les interventions adaptées aux valeurs culturelles sont primordiales pour réduire les comportements d'automutilation et l'automutilation non suicidaire chez les personnes incarcérées membres des PNIM. Une étude qualitative orientée autour d'une série de groupes de discussion incluant des membres du personnel de correction et des personnes membres des PNIM ayant des antécédents de comportements d'automutilation et d'automutilation non suicidaire a utilisé un modèle de cercle de partage respectueux des valeurs culturelles pour recenser les expériences des participants tout en laissant une place à la prière, aux rituels de purification, à la présence de guérisseurs dans la pièce, à des règles convenues, à la participation d'anciens et à l'utilisation d'une plume comme bâton d'orateur.⁵²⁶ La majorité des personnes qui avaient eu des démêlés avec la justice qui ont participé à cette étude avaient vécu des traumatismes et des abus dans leur enfance et avaient des antécédents familiaux de dépendance aux substances. La plupart d'entre elles avaient déjà des comportements d'automutilation, principalement des lacérations, avant d'être incarcérées.⁵²⁷ Les auteurs ont conclu qu'une approche respectueuse des valeurs culturelles permet de mettre l'accent sur les expériences uniques vécues par les membres des PNIM qui ont des démêlés avec la justice et qui se retrouvent déconnectés de leur culture lorsqu'ils sont incarcérés. Les groupes de discussion ont révélé des expériences partagées par le personnel et les clients, qui se sont entendus sur l'importance de

traiter la personne entière et non uniquement les comportements d'automutilation, d'établir une « alliance thérapeutique » et d'aider les clients à développer des stratégies d'adaptation. L'approche du cercle de partage a permis de créer un environnement ouvert et sans jugement dans lequel les clients ont pu partager leurs expériences, mais également se reconnecter à leur culture.⁵²⁸

À l'échelle internationale, il existe des données probantes sur l'élaboration et l'efficacité d'une programmation destinée aux femmes incarcérées centrée sur les jeunes et adaptée au genre. Un bon exemple de ce genre de programmation est le programme Access, au Royaume-Uni, qui consiste en une intervention psychologique face aux incidents d'automutilation chez les jeunes qui ont des démêlés avec la justice. Ce programme inclut de l'activité physique et du renforcement de l'estime de soi, et on y traite du sentiment de désespoir.⁵²⁹ Un programme mis sur pied à Hong Kong associait la T CD et les concepts de psychologie positive pour traiter les symptômes d'anxiété et de dépression, ainsi que les facteurs de risque criminogènes.⁵³⁰ Des femmes ayant des besoins modérés à élevés recrutées pour vivre dans une unité spécialisée ont utilisé leurs compétences émotionnelles positives entre elles et dans le cadre de la programmation. Le programme a permis de réduire les symptômes d'anxiété et de dépression, dont environ la moitié étaient cliniquement significatifs (bien qu'il n'y avait aucun groupe de contrôle).⁵³¹

Modèles de prestation de soins de santé mentale

Les modèles de prestation de soins ont pour but d'assurer que les besoins en matière de soins de santé des personnes ayant des démêlés avec la justice sont comblés pendant leur détention et qu'ils soient prêts à être libérés et en mesure d'obtenir des services après leur libération. Dans la littérature analysée, il y a un certain consensus sur une série de normes minimales et de pratiques exemplaires visant à garantir que les personnes qui ont des démêlés avec la justice ont pleinement droit aux soins appropriés pour répondre à leurs besoins en matière de santé mentale, conformément aux normes reconnues.⁵³² La majeure partie de ce travail, tout comme celui portant sur d'autres thèmes dans ce document, est axé sur les expériences vécues par les personnes incarcérées. La plupart de ces modèles découlent de la reconnaissance du fait que les maladies mentales passent souvent inaperçues chez les personnes incarcérées et, par le fait même, ne sont pas traitées.⁵³³ Notre analyse nous a également permis de trouver des évaluations de quelques modèles qui ont été spécifiquement élaborées pour mettre en œuvre des pratiques exemplaires. Les deux points de vue tournent autour d'un intérêt à mettre en place des soins de santé équitables et efficaces dans les établissements carcéraux.

L'examen des normes minimales et des pratiques exemplaires en matière de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie en milieu correctionnel effectué par Livingston en 2009 est encore aujourd'hui un jalon important de la synthèse des données probantes sur les modèles de soins.⁵³⁴ Les normes et les pratiques exemplaires sont fondées sur un contexte de droits de la personne et de principes correctionnels, mais elles tiennent également compte de la tension entre les priorités cliniques et les priorités liées à la sécurité dans les établissements correctionnels et s'appuient sur le principe selon lequel les soins fournis en milieu correctionnel devraient être de la même qualité que ceux offerts dans la communauté. Le modèle de soins est divisé en cinq éléments :

- dépistage à l'admission et évaluation au besoin
- services de traitements adaptés au niveau de besoin
- prévention du suicide
- services de transition avant et après la libération

- services communautaires pendant la période de supervision et la réinsertion.⁵³⁵

En raison de l'espace limité, un résumé complet des pratiques exemplaires définies dans ce modèle de Livingston n'est pas possible; il est recommandé de lire le manuel. De manière générale, les pratiques mettent en lumière quelques éléments de succès qui contribuent à définir des pratiques efficaces, soulignant que les services devraient être

- fournis en fonction d'un continuum d'intensité
- intégrés aux systèmes et entre ceux-ci
- adaptés au niveau de besoin
- adaptables à des populations diversifiées
- évalués pour recueillir des données aux fins d'amélioration.⁵³⁶

Au Canada, les modèles de prestation de soins de santé mentale utilisés dans les établissements correctionnels varient grandement. Une proportion importante de la littérature analysée concernait les principes et les normes sur lesquels les modèles de soins utilisés dans les établissements correctionnels doivent s'appuyer. Cela est d'autant plus pertinent étant donné que les besoins des personnes qui ont des démêlés avec la justice et les normes de soins proposées dans les systèmes correctionnels peuvent être très différents de ce qui se voit dans la communauté. En bref, on recommande que pour les personnes incarcérées, les « services essentiels » . . . incluent le dépistage des problèmes de santé mentale à l'admission, des services de traitement de courte et de longue durée, des programmes qui répondent à leurs besoins pendant leur détention, ainsi que la préparation à la libération et la liaison avec les services de santé mentale communautaire lors de la libération. » (p. 504).⁵³⁷

De nombreux universitaires et spécialistes des politiques affirment que le modèle de soins doit inclure un dépistage approprié et pertinent (effectué par un professionnel), une évaluation et une stabilisation. En ce qui concerne les pratiques exemplaires en matière de soins de santé mentale pour les personnes incarcérées, les interventions suivantes sont répertoriées : le dépistage et l'évaluation, des traitements de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie entièrement disponibles et conformes aux normes communautaires et une réinsertion planifiée en coordination avec les fournisseurs de soins dans la communauté (collaboration et expertise clinique).^{538,539} La littérature insiste sur l'importance de ces interventions, qu'elles soient destinées à la population générale ou à des populations prioritaires distinctes.⁵⁴⁰

Certains érudits reconnaissent que des populations différentes ont besoin de services différents, particulièrement lorsqu'elles sont incarcérées pour de courtes ou de longues périodes. Dans les établissements de détention de courte durée, ces chercheurs recommandent les objectifs suivants : le dépistage, l'évaluation et la stabilisation, ainsi qu'un processus de transfert vers les organismes communautaires approprié. Dans les établissements fédéraux de détention de plus longue durée, un continuum de soins complet doit être fourni.⁵⁴¹

En ce qui a trait au dépistage et à l'évaluation, certains affirment que les instruments de dépistage sont essentiels pour que le système de justice soit plus équitable pour les personnes incarcérées, puisque de tels instruments pourraient fournir au personnel de correction « les connaissances de base nécessaires pour identifier les personnes détenues qui présentent un risque élevé de décès ou de conséquences médicales graves » en raison d'une maladie mentale (p. 6).⁵⁴² Étant donné que les soins et les

traitements de santé mentale ne sont pas la mission première des établissements de détention, les membres du personnel ont besoin de formation pour reconnaître les symptômes de maladie mentale et les signes d'automutilation.^{543,544} Certains recommandent que le Canada élabore une stratégie nationale pour aborder la question des problèmes de santé mentale et des maladies mentales axée sur une meilleure formation du personnel (y compris de la formation sur la désescalade), sur des plans de gestion clinique et sur la mise en place d'unités spécialisées pour traiter les personnes qui ont des comportements d'automutilation.⁵⁴⁵

D'autres études portent sur les éléments sur lesquels reposent les modèles de soins destinés aux personnes incarcérées aux prises avec des problèmes de consommation de substances et des maladies mentales concomitantes. Certains croient que les traitements des maladies mentales et des dépendances doivent être intégrés et holistiques. Si elles étaient intégrées, les équipes qui s'occupent des problèmes de consommation de substances, des soins de santé mentale et des soins de santé primaires pourraient travailler à regrouper les services lorsque c'est possible, à améliorer la liaison et les communications entre fournisseurs de soins et à s'engager à offrir des soins coopératifs aux résultats mesurables.⁵⁴⁶ Si elles étaient holistiques, les équipes offriraient des interventions de faible niveau et flexibles (comme la pleine conscience), tireraient profit de la disponibilité de leurs mentors aux points de transition et s'assureraient que des fonds suffisants sont alloués pour assurer que le traitement est adapté au genre et aux traumatismes vécus.⁵⁴⁷ À l'échelle systémique, ces auteurs recommandent la mise en place de comités pour gérer les traitements des personnes vivant avec des troubles concomitants.

D'autres articles sur les modèles de prestation des soins portaient sur les aspects des problèmes de santé mentale et des maladies mentales qui sont actuellement pris en considération dans les établissements correctionnels ou dans le système de justice en général. Un rapport sur les programmes de SCC publié en 2008 indiquait qu'ils sont axés sur la prévention de la violence, la gestion des émotions, « le raisonnement et la réadaptation » et la consommation de substances, et qu'une programmation en santé mentale est offerte aux femmes détenues incarcérées qui éprouvent des difficultés émotionnelles et comportementales et dont les compétences de base sont diminuées en raison de déficiences psychiatriques sévères (p. 44).⁵⁴⁸ Des rapports et des études plus récents portent sur les concepts et principes fondamentaux qui doivent être abordés. Ceux-ci sont nettement différents et comprennent des recommandations que les établissements (et le système en général) examinent; ils concernent la relation entre les conditions de confinement (comme l'isolement et le dénuement), la propension aux comportements d'automutilation et les répercussions des interventions impliquant le recours à la force sur la santé mentale.⁵⁴⁹

La littérature identifie certains modèles spécifiques visant à améliorer les interventions du système de justice en lien avec les maladies mentales dans les établissements carcéraux. Au Canada, les jeunes qui sont reconnus coupables d'une infraction violente grave faisant partie d'une courte liste en vertu de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* peuvent être condamnés à un placement et à une surveillance dans le cadre d'un programme intensif de réadaptation, qui offre un plan de traitement pour la durée de la peine à purger et des références. L'admissibilité à ces programmes est conditionnelle à la présence d'un diagnostic de maladie mentale, à une déclaration d'engagement à se conformer au plan et à l'approbation du tribunal.⁵⁵⁰ Bien que le diagnostic et la spécificité de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* aient été considérés prometteurs, certains auteurs soulèvent des questions à savoir si le transfert vers les tribunaux pour adultes et la validité culturelle/liée au genre des

outils de dépistage affectent l'accès.⁵⁵¹ (De plus, il existe d'autres modèles visant la libération et la réinsertion comme le modèle APIC, mais ce sont principalement des interventions à l'échelle du système qui sont décrites dans la prochaine section.)

La plupart des modèles de prestation des soins ont été élaborés pour favoriser l'identification et la détection des personnes incarcérées atteintes de maladies mentales. Le modèle STAIR (dépistage, triage, évaluation, intervention et réinsertion) met en lumière ce que certains considèrent comme les « exigences essentielles » de la prestation des services en milieu correctionnel (p. 106).⁵⁵² Les éléments clés de ce modèle sont les suivants :

- **Dépistage** Première étape : des outils validés doivent être utilisés pour déceler les problèmes énoncés qui nécessitent une intervention immédiate et pour orienter la personne vers les services nécessaires.
- **Triage** Les besoins en matière de santé mentale et le niveau actuel de fonctionnement sont évalués en détail, en effectuant un triage vers les services.
- **Évaluation** Évaluation par un spécialiste.
- **Intervention** L'intervention doit être exhaustive, agile et adaptée à la culture.
- **Réinsertion** Les besoins relatifs à la transition doivent être planifiés avant la libération.

Des chercheurs affirment que le modèle STAIR peut servir à aborder d'autres problèmes de santé plus communs, réduire la pression sur des équipes déjà débordées et améliorer le bien-être et la réinsertion des personnes incarcérées.⁵⁵³

La littérature internationale mentionne aussi la variabilité des modèles de prestation des soins. En Nouvelle-Zélande, le modèle de soins en prison (prison model of care (PMOC)) a été utilisé pour améliorer la détection des maladies mentales chez les personnes incarcérées et a fait l'objet d'études approfondies. Le PMOC divise le cheminement des soins en cinq étapes : le dépistage, l'orientation, l'évaluation, le traitement et la planification de la libération. Dans une étude portant sur la mise en œuvre du PMOC dans cinq établissements, qui sont passés d'un modèle d'équipe accompagnatrice à un modèle de traitement actif en milieu communautaire (TAC) multidisciplinaire, les résultats, bien que limités, ont été positifs, montrant une amélioration de l'identification des besoins et de la surveillance, ainsi qu'une légère augmentation de l'adoption des services.⁵⁵⁴ Une étude portant sur l'efficacité des trois premières étapes a montré que l'orientation était suivie d'une entrevue de triage menée par une infirmière accompagnatrice en santé mentale, elle-même suivie d'une évaluation psychiatrique complète. Les auteurs concluent qu'un tel résultat exige un important effort de collaboration entre les services de santé correctionnels et les services de santé mentale d'accompagnement de l'établissement carcéral.⁵⁵⁵ Dans certains cas, le PMOC a été adapté aux populations prioritaires de la Nouvelle-Zélande, particulièrement pour les personnes autochtones incarcérées. Cependant, la littérature montre que l'efficacité de ces éléments était limitée parce qu'il n'y avait pas assez de personnel disponible pour accorder la priorité au dépistage et interpréter les symptômes de cette population prioritaire.⁵⁵⁶

Mise en liberté, réinsertion, probation, et libération conditionnelle

Interventions axées sur le client

La littérature évoque une série de modèles d'évaluation et de réinsertion axés sur le client qui sont destinés aux personnes aux prises avec une maladie mentale qui sont sur le point d'être libérées, réinsérées, en probation ou en liberté conditionnelle. Les interventions en matière de soins de santé mentale qui visent les personnes ayant des démêlés avec la justice qui sont libérées ou qui purgent une peine dans la collectivité sont souvent des adaptations de programmes de réinsertion axés sur le risque criminogène, ou des ajouts à de tels programmes. Au cours des 20 dernières années, plusieurs modèles fondés sur des données probantes valides ont été créés pour l'évaluation des risques, mais les experts remarquent que peu de ces modèles s'appuient sur la planification pour mener des interventions efficaces.⁵⁵⁷ Afin de combler cette lacune, plusieurs nouveaux modèles qui contribuent non seulement à la conception d'instruments de prédiction des risques, mais qui fournissent également des orientations sur les traitements efficaces pour les personnes qui ont des démêlés avec la justice ont vu le jour. La littérature reconnaît les modèles Risque-besoin-réceptivité (RBR), TAC, traitement actif et adapté en milieu communautaire (TAAC) et Forensic Intensive Case Management (FICM).

MODÈLE RISQUE-BESOIN-RÉCEPTIVITÉ

Le modèle RBR est souvent reconnu comme le modèle le plus influent qui inclut l'évaluation du risque et des approches visant à traiter efficacement les personnes qui ont des démêlés avec la justice. Ce modèle est reconnu comme un exemple phare de la pratique fondée sur des données probantes en raison de son lien avec les besoins réels de services humains des clients.⁵⁵⁸ Le modèle RBR est fondé sur trois principes de base :

- **Risque** Évaluer les facteurs de risque de récidive et ajuster le niveau de service en fonction de leur intensité.
- **Besoin** Axer les objectifs du traitement sur les besoins spécifiques de la personne qui l'ont amenée à commettre des infractions.
- **Réceptivité** Fournir le traitement en tenant compte du style d'apprentissage, de la motivation, de l'identité, des aptitudes et des forces de la personne.^{559,560}

Le modèle RBR reconnaît que les facteurs de risque criminogènes sont multiples et incluent certaines particularités individuelles (comme les cognitions, les attitudes et les comportements antisociaux) et des facteurs socio-environnementaux (comme le soutien familial ou l'absence de celui-ci, les problèmes conjugaux, l'influence négative des pairs, les problèmes scolaires ou professionnels et le manque d'occasions de pratiquer des loisirs ou des passe-temps. Les principes de RBR ont été appliqués à la « gestion » des personnes aux prises avec une maladie mentale qui ont des démêlés avec la justice et qui sont sous la supervision du système correctionnel communautaire. Des chercheurs ont obtenu des résultats positifs pour réduire les récidives à l'aide de modèles de simulation RBR.

Dans les modèles RBR, les maladies mentales sont traitées comme des variables associées à la « réceptivité » et il est recommandé de les inclure pour s'assurer que les clients adhèrent au traitement, ce qui peut potentiellement rendre l'accès aux soins de santé mentale subsidiaire aux applications du modèle RBR.* Le cadre de ce modèle pose l'hypothèse que le degré de coordination entre la justice

* Compare Guebert et Oliver (2014).

pénale et les systèmes de santé mentale doivent être déterminés par les besoins criminogènes de la personne et par son degré de « déficience » fonctionnelle. Dans ce cadre, les probationnaires aux prises avec une maladie mentale reçoivent un plan de supervision et de traitement élaboré conjointement par le personnel de correction et le personnel de soins de santé mentale. Si les besoins criminogènes et le risque augmentent, la supervision correctionnelle est accrue en conséquence. Partant de là, il est recommandé que « des degrés de déficience fonctionnelle plus élevés s'accompagnent d'un traitement de santé mentale intensif et d'une augmentation de l'intensité des services. . . ce qui requiert une meilleure coordination et une intégration des services de santé mentale et des services correctionnels » (p. 76-77).⁵⁶¹

Bien que la recherche sur le modèle RBR ait donné des résultats positifs, les experts reconnaissent que la majeure partie de son succès repose sur la disponibilité des services appropriés, sur l'intégrité du programme et sur le taux de réussite des participants au programme.⁵⁶² D'autres suggèrent que bien que le modèle RBR semble convenir aux adolescents et aux adultes, les besoins spécifiques des adolescents sont différents de ceux des adultes et, par conséquent, ce modèle doit être incorporé à des programmes spécifiquement destinés aux adolescents, particulièrement dans le cas des programmes de TCC.⁵⁶³

MODÈLES DE TRAITEMENT COMMUNAUTAIRE ACTIF

Le traitement communautaire actif (TCA) est aussi une pratique prometteuse pour les personnes ayant des maladies mentales graves qui sortent de détention à la suite d'une libération pour réinsertion ou qui sont en probation ou en liberté conditionnelle. Le TCA consiste en une gamme de services intensifs et multidisciplinaires de traitement, de réadaptation et de soutien conçus pour ceux qui pourraient avoir de la difficulté ou être réticents à obtenir des services de santé mentale traditionnels. Il a pour but de guider les personnes tout au long de leur rétablissement et de les soutenir pour qu'elles puissent vivre dans la collectivité.* La littérature montre que le TCA a engendré des résultats positifs pour les personnes ayant des démêlés avec la justice et vivant avec des maladies mentales modérées à graves qui sortent de détention, mais elle souligne également certains défis toujours présents. Des données suggèrent que lorsque le TCA inclut de la supervision formelle, cela peut avoir un impact positif sur le taux de récidive. Cette conclusion s'est avérée fondée à l'échelle internationale comme au Canada.⁵⁶⁴ Certains experts concluent que les modèles de TCA traditionnels peuvent accroître l'adhésion au traitement de santé mentale et contribuer à la réduction des symptômes, mais ils demeurent sceptiques quant à leur capacité à réellement garder les personnes aux prises avec des maladies mentales loin du système de justice pénale.^{565,566}

Un essai clinique randomisé de TCA pour les personnes vivant avec une psychose ayant fait l'objet d'un diagnostic précoce a utilisé les dossiers criminels pour évaluer les résultats et a montré que l'intervention n'a pas permis de réduire le risque de condamnation, y compris pour des infractions avec violence.⁵⁶⁷ Un autre article qui portait sur les effets des interventions cliniques sur le taux de récidive chez les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et des maladies mentales soulève des incertitudes quant à l'efficacité du TCA pour réduire les récidives, même si les auteurs en sont

* Une équipe de TCA fournit des traitements psychiatriques et des médicaments, aide les personnes à accéder aux services communautaires et à maintenir cet accès et leur offre du soutien dans leurs activités quotidiennes. Dans l'ensemble, les équipes de TCA sont multidisciplinaires et regroupent des infirmières, des ergothérapeutes, des psychiatres, des pairs aidants, des spécialistes des dépendances et des travailleurs sociaux qui s'assurent que du soutien est disponible en tout temps.

arrivés à la conclusion que le TCA est efficace pour traiter des maladies mentales graves.⁵⁶⁸ Certains soulignent que malgré leur potentiel, les interventions structurées et les programmes spécialisés peinent à engendrer des changements positifs au niveau des taux de récidive, principalement en raison du sous-financement chronique.⁵⁶⁹

Afin de surmonter ces défis, certains érudits recommandent d'améliorer le TCA en y incluant les risques criminogènes pour en faire une extension des modèles maintenant connus sous les noms de TAAC et FICM. Les modèles TAAC et FICM génèrent des données probantes limitées, mais prometteuses. Leur objectif diffère de celui du TCA; ils ont pour but de prévenir les réarrestations, de recevoir des références des établissements de détention locaux, d'incorporer des agents de probation aux équipes et d'organiser de l'hébergement supervisé pour les personnes aux prises avec des maladies mentales ou des problèmes de consommation de substances graves.⁵⁷⁰ De telles interventions contribuent à assurer que les personnes qui quittent les établissements de détention ont accès aux biens et services essentiels et offrent un soutien instrumental important.

PROBATION SPÉCIALISÉE

En plus des modèles RBR, TCA, TAAC et FICM, la probation spécialisée est fréquemment citée comme un modèle axé sur le client prometteur pour les personnes aux prises avec une maladie mentale. Malgré des variations au niveau du fonctionnement, comme un style de gestion de cas, des caractéristiques structurelles et la mise en œuvre de mandats de traitement, les programmes de probation spécialisée ont des caractéristiques communes : la protection de la sécurité publique ainsi que la réadaptation et le rétablissement des clients.⁵⁷¹ Des recherches démontrent que les agents de libération conditionnelle et de probation qui gèrent exclusivement des cas de probationnaires vivant avec une maladie mentale sont plus en mesure d'élaborer des stratégies et des routines efficaces pour faire ce travail; ils peuvent ainsi concevoir et mettre en place des protocoles de supervision pour aborder certaines problématiques spécifiques à cette population et sont mieux outillés pour le faire.⁵⁷² Lorsqu'ils étaient comparés aux agents de probation « réguliers », les agents de probation spécialisés s'identifiaient eux-mêmes comme ayant une formation « considérable » en santé mentale et étaient plus susceptibles de se décrire comme étant « très efficaces » pour réduire les risques d'infraction à court terme et pour améliorer le bien-être mental de leurs probationnaires.⁵⁷³ Les agents de probation spécialisés étaient aussi plus enthousiastes à propos de l'intégration des ressources et de la coordination des soins avec les fournisseurs de traitements communautaires et les organismes de services sociaux, et mieux outillés pour le faire. De plus, ils étaient plus susceptibles que les agents de probation réguliers de créer des équipes et de jouer un rôle actif auprès des autres organismes.⁵⁷⁴ En entrevue, des personnes ayant eu des démêlés avec la justice ont exprimé des perceptions différentes des agents de probations spécialisés et des agents de probation réguliers. Elles trouvaient que les agents de probation qui géraient des cas réguliers étaient plus susceptibles d'attribuer les ennuis avec la justice d'une personne à des facteurs individuels comme des compétences sociales limitées. De plus, les personnes ayant des démêlés avec la justice ont eu l'impression que les agents de probation spécialisés étaient plus susceptibles de mentionner que le but des libérations conditionnelles est de faciliter l'accès aux services de santé mentale. Des études qui visaient à recueillir le point de vue des probationnaires eux-mêmes ont montré qu'ils voient la probation comme une deuxième chance, mais que le programme demeure une expérience frustrante, car il n'offre qu'une aide et un soutien limités pour répondre à leurs besoins essentiels tout en maintenant des attentes inflexibles et excessivement élevées.⁵⁷⁵

Une étude menée aux États-Unis qui visait à comparer les expériences de probationnaires avec trois types de pratiques relatives à la probation à l'aide d'un instrument quantitatif validé et de données tirées d'entrevues qualitatives a conclu que la probation spécialisée en santé mentale obtenait de meilleurs résultats en termes de relations que la probation régulière, et que la probation gérée par une équipe du tribunal de santé mentale obtenait les scores les plus élevés.⁵⁷⁶ Les expériences des probationnaires indiquaient que la probation gérée par une équipe du tribunal de santé mentale permettait de créer des relations plus coopératives et plus basées sur la confiance entre les agents de probation et leurs clients en raison de sa structure « multirelationnelle », grâce à laquelle les cas sont gérés de manière coopérative par une équipe de spécialistes. Les meilleurs résultats relatifs aux relations n'étaient pas attribuables au fait que les agents de probation imposaient des conditions de probation moins sévères ou plus permissives, mais plutôt parce que les agents de probation étaient plus transparents par rapport aux obligations et aux sanctions qu'ils avaient à gérer.⁵⁷⁷

En plus des expériences des probationnaires, une partie de la littérature prenait en considération les répercussions de la probation spécialisée sur la sécurité publique. Une étude longitudinale basée sur l'observation visait à déterminer si la probation spécialisée engendrait des résultats relatifs à la sécurité publique plus positifs que la probation traditionnelle en comparant les résultats de deux groupes de probationnaires. Au début de l'étude, les chances des probationnaires traditionnels d'être arrêtés à nouveau étaient 2,68 fois plus élevées que celles des bénéficiaires de la probation spécialisée. À la phase de suivi, deux ans plus tard, la probabilité estimée de réarrestation pour les probationnaires traditionnels était de 51,8 %, tandis qu'elle était de seulement 28,6 % pour les bénéficiaires de la probation spécialisée.⁵⁷⁸ Comme mentionné ci-dessus, les auteurs attribuent des différences au nombre moins élevé de cas que les agents de probation spécialisée ont à gérer, aux relations que les agents de probation spécialisée sont en mesure de bâtir avec leurs clients et à la participation plus directe des agents de probation spécialisée dans les plans de traitement et les taux de conformité de leurs clients.⁵⁷⁹

AUTRES MODÈLES ET PROGRAMMES

Au Canada, des modèles de logement supervisé ont été mis en place pour soutenir la réinsertion. Plusieurs de ces modèles sont fondés sur l'approche « Logement d'abord ». Dans le cadre du projet At Home/Chez Soi, qui a fait l'objet d'études approfondies, le tiers des participants avait eu des démêlés avec la justice. Bien que ce projet se soit avéré efficace pour maintenir l'occupation du logement, des études ont montré qu'il n'était pas efficace pour prévenir d'éventuels nouveaux démêlés avec la justice.⁵⁸⁰ Afin de surmonter ce défi, certains experts ont recommandé que ces programmes incluent une perspective criminogène.⁵⁸¹

En plus de ces modèles, d'autres modèles communautaires axés sur la personne ont été proposés au Canada et à l'échelle internationale. Au Canada, plusieurs de ces modèles sont conçus pour les personnes membres des communautés PNIM qui ont des démêlés avec la justice. Une enquête exploratoire a montré qu'au cours des dernières années, la proportion de personnes membres des PNIM ayant eu des démêlés avec la justice qui ont obtenu des libérations conditionnelles liées à leur santé mentale a augmenté.⁵⁸² Une présentation qui portait sur les programmes et services destinés aux femmes membres des PNIM dans les établissements de détention ontariens a mis en lumière trois programmes, First Voice, Understanding the Journey et The Healing Journey, qui étaient susceptibles de contribuer à la réussite de la réinsertion.⁵⁸³ Qu'il s'agisse de soutenir les femmes autochtones pour qu'elles suivent une voie qui exclut la détention ou de prévenir la récidive après leur libération, les méthodes traditionnelles comme les pavillons de ressourcement, les cercles d'influence, les techniques

de libération émotionnelle, la thérapie par des activités responsables et la communication narrative étaient utilisés avec succès. Par le biais de ces approches, les femmes membres des PNIM étaient autonomisées pour tirer de la fierté de leur culture et de leur langue, ce qui avait des répercussions positives sur leur santé mentale et sur leur bien-être général.⁵⁸⁴

À l'échelle internationale, le modèle d'intervention en temps critique (critical time intervention (CTI)) a été utilisé avec succès au Royaume-Uni auprès de groupes de personnes aux prises avec des maladies mentales graves qui avaient des démêlés avec la justice. Le modèle CTI implique un processus en trois étapes qui jumelle la personne avec un travailleur du CTI pour concevoir un plan de traitement personnalisé fondé sur la liaison avec les fournisseurs de services communautaires, pour surveiller la mise en œuvre du plan de services et pour assurer le transfert des soins et de la supervision vers les mécanismes de soutien communautaires à long terme.⁵⁸⁵

La littérature souligne aussi une gamme de pratiques fondées sur des données probantes prometteuses en matière de soins de santé mentale qui ont été adaptées avec succès pour réduire le taux de récidive chez les personnes qui sortent de détention. La TCD axée sur la récidive en est un bon exemple; elle répond aux besoins criminogènes tout en offrant du soutien à la personne pour qu'elle développe des habiletés interpersonnelles et pour qu'elle accepte de se conformer aux normes de la communauté. Une étude a examiné quatre programmes comparables axés sur la récidive ; chacun de ces programmes avait permis de réduire le taux de récidive chez les populations ayant des démêlés avec la justice, mais pas chez les personnes vivant avec des maladies mentales.⁵⁸⁶ Chaque programme était conçu pour aider les personnes ayant des démêlés avec la justice à résoudre des problèmes et à développer ou améliorer leurs capacités de traitement cognitif ou de raisonnement moral.⁵⁸⁷

Interventions axées sur le système

Les interventions fondées sur des données probantes dans les établissements carcéraux doivent être appuyées par un modèle de soins rationnel et stratégique; les programmes de réinsertion et de soins dans la collectivité prometteurs ont besoin d'un soutien similaire. L'analyse des meilleures pratiques en matière de soins de santé mentale pour les personnes ayant des démêlés avec la justice effectuée par Livingston et al en 2008 inclut les facteurs de succès de la réinsertion et de la supervision dans la collectivité suivants :

- dépistage continu
- prévention de la révocation de la liberté conditionnelle, incluant des incitatifs à la conformité et des réponses graduées aux bris de conditions
- un modèle de gestion de cas spécialisé (comme le TAAC ou le FICM, décrits ci-dessus)
- charge de travail appropriée pour les agents de probation et de libération conditionnelle spécialisés⁵⁸⁸

L'approche fondée sur des pratiques exemplaires pour la planification de la libération et de la supervision dans la collectivité est connue sous le nom de modèle APIC :

- Évaluer par la création d'un répertoire des risques et des besoins
- Planifier en identifiant les périodes critiques et en préparant les clients, notamment en fournissant une médication adéquate jusqu'au suivi des fournisseurs de soins primaires et en préparant le rétablissement des prestations

- Identifier les services adaptés aux besoins du client offerts dans la collectivité
- Coordonner la mise en œuvre du plan en communiquant avec les intervenants et en remédiant aux lacunes relatives aux soins

La mise en œuvre d'un modèle comme l'APIC relève de l'organisme gouvernemental qui supervise le client. Par exemple, SCC reconnaît que ni les interventions pré-libération, ni les interventions post-libération prises seules n'assurent une adhésion conséquente au traitement de santé mentale ou de réadaptation. Cette adhésion permet de réduire les taux d'hospitalisation, de consommation de substances, de réincarcération et de décès, et représente par conséquent un résultat intermédiaire important. Les conclusions en ce qui concerne la nécessité d'une planification englobante sont similaires pour des programmes de renommée internationale au Royaume-Uni et en Australie.⁵⁸⁹

Au Canada, le système correctionnel fédéral cherche à mettre en place des mécanismes de planification intégrés depuis un moment, bien qu'on ne dispose pas d'évaluations indépendantes quant à leur qualité ou à leur efficacité. Depuis 2005, SCC dirige une initiative sur la santé mentale dans la collectivité (ISMC) qui comporte deux éléments : la planification du congé clinique et l'orientation vers des services de santé mentale communautaires pour les personnes qui sortent de détention. Une évaluation préliminaire de son efficacité a été effectuée en 2010 et une évaluation complète a été menée en 2014 à partir des données de la police et de SCC,, mais le seul résultat d'intérêt était une réduction du taux de récidive. Les évaluations ont montré que la liaison avec les services de santé mentale communautaires, qui comprennent souvent un TCA adapté pour répondre aux besoins criminogènes, était efficace pour réduire le taux de récidive, mais que la planification du congé clinique ne montrait pas cette efficacité. Les évaluateurs recommandaient d'inclure l'aide au logement et les services de courtage au modèle ISMC, mais nous ignorons si ces éléments ont été ajoutés, ni dans quelle mesure ils ont eu du succès.

^{590,591}

L'évaluation d'un programme irlandais offre une base de comparaison internationale pour l'ISMC. Cette évaluation d'un programme de planification pré-libération au sein du service correctionnel irlandais recense les mêmes facteurs déterminants de la réforme du système : des services communautaires fragmentés et une période critique à risque élevé à la suite de la libération. Les résultats de ce programme étaient la sécurité du logement et l'adhésion aux services de soutien en santé mentale, ainsi que le taux de récidive (en fonction des données relatives à la réincarcération). Le programme incluait le soutien familial et le suivi du transfert des soins par le biais d'une ligne de soutien téléphonique. L'évaluation a montré une amélioration du taux de liaison avec les soins de santé mentale et une amélioration des résultats relatifs au logement, mais n'a montré qu'une réduction minime, ou aucune réduction, du risque de réincarcération.⁵⁹²

Certaines provinces ont mis sur pied des programmes de transition communautaire pour les personnes qui sont libérées des établissements carcéraux provinciaux axés sur les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie. Le projet d'équipes de transition de la Colombie-Britannique est principalement axé sur les problèmes de consommation d'opioïdes. Dans l'échantillon de littérature que nous avons analysé, nous n'avons trouvé aucune évaluation actuelle de l'efficacité de ces programmes.^{593,594}

Les processus de planification améliorés destinés aux personnes aux prises avec une maladie mentale qui sortent de détention dépendent des ressources communautaires, notamment du soutien à

l'éducation, à l'emploi, au logement et à la garde d'enfants, et leur succès est influencé par la disponibilité de ces ressources et de la volonté de ceux et celles qui les administrent de s'impliquer auprès de clients qui ont eu des démêlés avec la justice. Les femmes ont parfois des besoins en matière de planification de la libération plus élevés que ceux des hommes, et celles qui ont purgé des peines plus longues peuvent avoir coupé les ponts avec leur famille ou avec d'autres filets de sécurité.^{595,596}

Collaborations intersectorielles

Pour améliorer les soins de santé mentale dans le système de justice et le système correctionnel, il peut être nécessaire de reconnaître qu'aucun groupe d'intervenants n'a l'expertise, les ressources ou l'autorité nécessaires pour agir seul de manière efficace. En fonction de la situation spécifique abordée, ces collaborations peuvent prendre des formes diverses. Dans certains cas, les services de soins de santé en milieu correctionnel (dans les établissements comme dans la collectivité) explorent des stratégies faisant appel à des équipes multidisciplinaires plus efficaces qui reconnaissent l'importance de l'expertise clinique indépendante. Afin de réduire la surreprésentation des personnes aux prises avec des maladies mentales dans le système de justice pénale, les gouvernements reconnaissent la nécessité de mettre en place des organismes de collaboration interministérielle, et des intervenants mettent leurs propres réseaux à contribution pour changer les choses. Les tribunaux de santé mentale et les modèles de soins en milieu correctionnel qui font appel à des équipes multidisciplinaires seraient également des exemples de collaboration intersectorielle.

De nombreuses voix s'élèvent pour réclamer ce type de collaboration et de revue des pratiques exemplaires pour savoir de quelle manière ces collaborations peuvent fonctionner. Cependant, il existe moins d'évaluations empiriques portant sur la manière dont de telles collaborations ont fonctionné en pratique.⁵⁹⁷ En ce qui concerne les stratégies de déjudiciarisation, comme les tribunaux de santé mentale, l'examen des pratiques exemplaires effectué par Livingston et al. en 2008 répertorie les éléments liés au succès de la collaboration interinstitutions et intergouvernementale suivants :

- Assurer la continuité d'un établissement à l'autre par le biais d'experts des liaisons (particulièrement les fournisseurs de soins autorisés à exercer dans différents endroits, comme les prisons et les hôpitaux)
- Réunions régulières avec les intervenants
- Déterminer le leadership et les responsabilités au sein de l'équipe
- Mettre en place une procédure de dépistage qui met l'accent sur l'identification précoce
- Offrir une formation normalisée sur les problématiques de santé mentale et accroître la sensibilisation aux autres options de déjudiciarisation et de traitement
- Investissements publics dans les ressources communautaires⁵⁹⁸

Ce dernier élément peut être un facteur déterminant du succès des tribunaux de santé mentale et d'autres programmes similaires. Les résultats peuvent dépendre de la disponibilité des déterminants sociaux de la santé mentale, comme le logement, l'emploi ou le soutien du revenu; les partenariats communautaires sont donc d'une importance cruciale.⁵⁹⁹ Dewa et al (2012) ont également publié une revue des facteurs de réussite des programmes de soutien juridique en Ontario, qui sont articulés comme des collaborations entre les secteurs de la santé mentale et de la justice, ce qui vient ajouter les éléments suivants à la liste ci-dessus :

- les fournisseurs de soutien à la santé doivent se forger une place au sein des systèmes judiciaires locaux par le biais de partenariats et de la formation
- prendre le temps nécessaire pour apaiser les tensions inhérentes entre le système de santé mentale et le système de justice en fournissant des formations spécialisées pour aider les membres des équipes à comprendre le point de vue de leurs collègues
- apprendre à fournir des services de santé mentale à une vaste population, incluant des personnes qui présentent des problèmes de consommation de substances et des troubles du comportement concomitants
- investissement public dans la coordination des services entre les ressources hospitalières, judiciaires et communautaires
- initiatives antidiscrimination incluant des incitatifs, de la formation et, au besoin, des sanctions⁶⁰⁰

En ce qui concerne les soins de santé en détention, beaucoup d'intervenants privilégient l'option visant à transférer les responsabilités et le budget des autorités responsables de l'administration du centre correctionnel aux autorités de santé régulières de la juridiction concernée. Au Canada, les autorités de santé provinciales gèrent déjà les services de soins de santé mentale légaux (même si les commissions d'examen font toujours partie du système de justice), et ces services sont déjà des partenaires importants des soins psychiatriques émergents dans certaines provinces.⁶⁰¹ Les arguments en faveur de l'intégration des professionnels du système de santé dans les établissements correctionnels sont nombreux. Parmi ces arguments, on retrouve une plus grande expérience de la gestion et de l'innovation dans les systèmes de soins de santé, un meilleur moral et une diminution de l'isolement professionnel pour les professionnels de la santé qui travaillent dans les centres correctionnels, la possibilité d'utiliser une approche plus en douceur pour les patients tout au long de leurs transitions, et la nécessaire indépendance de la prise de décisions cliniques liées à des questions disciplinaires ou institutionnelles.^{602-607,*} Plusieurs juridictions canadiennes en sont à l'étape de négocier de tels partenariats ou transitions, mais nous n'avons pas trouvé de renseignements à jour en ce qui concerne le modèle spécifique qui est mis en œuvre dans notre échantillon.

LES HSJCC EN ONTARIO

En Ontario, un modèle collaboratif interministériel est en place depuis 1997 sous la forme des Human Services and Justice Coordinating Committees (HSJCC), qui ont des comités provinciaux, régionaux et locaux qui regroupent des représentants des ministères de la Santé, du procureur général, du solliciteur général, de la sécurité communautaire et des services correctionnels, ainsi que des membres des services de police et des fournisseurs de services de soutien aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de consommation de substances, des déficiences développementales, le syndrome d'alcoolisme fœtal ou des lésions cérébrales acquises qui se retrouvent dans le système de justice. Les comités locaux et régionaux fonctionnent comme des tables de planification, regroupant des professionnels de la justice et des fournisseurs de services sociaux pour coordonner les services d'un secteur à l'autre et pour élaborer des solutions pour combler les lacunes et les besoins des personnes ayant des besoins particuliers aux points de jonction du système de justice pénale. Le comité provincial soutient les efforts collectifs des comités régionaux et locaux, fait la promotion de la cohérence des approches utilisées dans l'ensemble de la province (tout en tenant compte de la diversité régionale),

* Pour des données du Royaume-Uni., consulter Awofeso (2010).

repère les problématiques liées aux services et aux politiques provinciaux, et prépare les recommandations politiques pour le gouvernement en ce qui concerne l'amélioration des services et des procédures en place aux points de jonction du système de justice et du système de services sociaux. Le comité provincial fait également la promotion de l'échange de connaissances par le biais d'un congrès biennal qui tient lieu de communauté de pratique pour les professionnels des domaines de la justice et de la santé en général, ainsi que par le biais d'un site Web qui comprend un répertoire de ressources et la description des projets menés par les comités locaux, régionaux et provinciaux.* Pour l'instant, ce modèle semble être unique à l'Ontario, bien que des initiatives similaires en soient aux premières étapes à d'autres endroits.

Les Centres de justice communautaire (CJC) pourraient représenter un nouveau modèle de regroupement et de prestation des services qui combine des fonctions judiciaires donnant accès aux services de santé et aux services sociaux, à la fois dans le but d'améliorer la sécurité publique et d'offrir un accès à une vaste gamme de services aux populations qui sont à risque d'avoir des démêlés avec la justice. Plus particulièrement, les CJC sont considérés comme une potentielle réponse au cercle vicieux de la détention de courte durée en établissement provincial et de l'itinérance vécue par les personnes vulnérables, y compris celles aux prises avec des maladies mentales. Ils pourraient être administrés à l'échelle des provinces, et trois d'entre eux sont en préparation en Ontario, mais jusqu'ici, aucun modèle concernant la manière dont les équipes disciplinaires pourraient agir n'a été publié ou évalué au Canada.⁶⁰⁸

Limites et occasions dans la littérature sur les pratiques fondées sur des données probantes prometteuses

Dans une récente analyse de la littérature sur la santé mentale et les démêlés avec la justice, McCormick et al. (2015) ont décrit un fossé conceptuel entre les études cliniques élargies pour considérer les personnes qui ont des démêlés avec la justice comme une population spéciale, et la littérature sur l'approche RBR, qui traite la santé mentale comme un possible facteur de récidive. Pour le premier type d'étude, la surreprésentation des personnes aux prises avec des maladies mentales dans le système de justice est un problème non résolu. De telles études s'intéressent à la prévalence, au risque et aux raisons des maladies mentales dont souffre cette population. Pour le deuxième type d'étude, la santé mentale est uniquement pertinente dans la mesure où des symptômes spécifiques interfèrent avec la réadaptation criminelle ou posent un risque criminogène.⁶⁰⁹

Ce schéma en quelque sorte simplifié aide à interpréter la littérature analysée comme un tout, particulièrement en ce qui concerne les interventions, les programmes, les modèles de soins et les politiques. Le fait que les soins de santé mentale jouent ce double rôle, parfois superposé et parfois en opposition, dans le traitement des personnes qui ont des démêlés avec la justice représente à la fois une limite et une occasion. Les interventions strictement liées à la maladie mentale (fondées exclusivement sur le droit aux soins) et celles associées à la réadaptation peuvent être confrontées à un accès restreint

* Pour de plus amples renseignements, consulter le comité des services sociaux et de la coordination de la justice à l'adresse hsjcc.on.ca.

et à une faible acceptabilité ou à une faible qualité perçue, particulièrement chez les personnes en détention.*

Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour comprendre quels facteurs influencent le succès de la mise en œuvre des modèles fondés sur les données probantes ou sur les pratiques exemplaires, notamment l'acceptabilité et la désirabilité intrinsèque pour les clients et les adaptations au système de justice et au milieu correctionnel qui passent à la fois par les modèles de soins de santé mentale et par les établissements et les programmes actuels.

* Comparer Cross et al (2012) et Simpson et Jones (2018).

Quels principes et concepts doivent être à la base de l'élaboration de programmes et de politiques adaptés aux personnes qui ont des démêlés avec la justice?

PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Les personnes qui ont des démêlés avec la justice, ou qui en ont eu dans le passé, ne reçoivent pas des soins comparables à ceux que reçoivent leurs homologues de la collectivité.
 - Ils sont régulièrement confrontés à des obstacles pour obtenir des soins de santé mentale de qualité élevée : les programmes de traitement clinique sont limités, l'environnement thérapeutique n'est pas nécessairement approprié et les praticiens possédant les compétences spécialisées appropriées ne sont pas toujours disponibles pour leur offrir le soutien dont ils ont besoin.
- Les établissements correctionnels de partout au pays font face à une pénurie de professionnels de la santé mentale.
- Les professionnels de la santé mentale qui sont en poste ont de la difficulté à obtenir et à maintenir l'autonomie dans la prise de décisions dont ils ont besoin pour s'assurer de répondre au mieux aux besoins de ceux qui requièrent leurs services.
- L'intégration des soins de santé non-correctionnels aux soins de santé correctionnels est essentielle pour diminuer les interruptions des soins de santé mentale entre le système de justice et la collectivité.
 - Un logement abordable et propice est essentiel à cet égard afin d'assurer que les personnes peuvent poursuivre leur parcours de rétablissement.
- Les personnes membres des PNIM qui ont des démêlés avec la justice tirent profit de l'accès à des traitements, à une programmation et à des mécanismes de soutien qui sont respectueux des valeurs culturelles et qui répondent à leurs besoins spécifiques; les femmes tirent aussi des avantages d'une programmation adaptée au genre.
- Le rétablissement, la jurisprudence thérapeutique et l'équité procédurale sont cités comme étant des approches qui engendrent des résultats positifs pour les personnes qui ont des démêlés avec la justice.
- Les juridictions canadiennes doivent faire des progrès significatifs pour réformer le système, y compris en ce qui concerne la restriction du recours à l'isolement et l'intégration des secteurs de la santé et de la justice.
- Des investissements dans les services de soins de santé mentale sont essentiels pour assurer qu'ils soient accessibles et adéquatement outillés pour soutenir les clients qui ont des démêlés avec la justice et les orienter vers des services et du soutien intégrés.

Parité et équivalence des soins de santé

La parité est la notion selon laquelle la santé mentale devrait avoir le même statut que la santé physique et devrait être valorisée de manière proportionnelle et équitable dans le système de soins de santé. Dans le contexte des soins de santé mentale au sein du système de justice pénale, la parité des soins comporte deux éléments importants : premièrement, une norme relative à la qualité des soins de santé équivalente à celle de la collectivité, et deuxièmement, l'assurance que les décisions d'ordre médical liées à la santé mentale sont prises indépendamment des décisions relatives au système correctionnel et à l'administration de la justice.

La littérature répétait constamment les mêmes recommandations voulant que les services de soins de santé (y compris en matière de santé mentale) que reçoivent les personnes incarcérées soient équivalents à ceux reçus par leurs homologues de la collectivité.* Par conséquent, la parité signifie que le rétablissement de la santé mentale ne doit pas être éclipsé par les besoins criminogènes dans la planification de la réinsertion, et qu'il soit reconnu comme un droit de la personne.⁶¹⁰ Ces recommandations sont fondées sur le droit à l'équivalence des soins, un élément des [Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus](#), de l'Assemblée générale des Nations-Unies, une résolution adoptée et proclamée en 1990.⁶¹¹ Cependant, certaines juridictions peuvent être confrontées à des obstacles systémiques qui les empêchent d'adopter le principe de l'équivalence des soins ou de le faire respecter à l'échelle nationale. Dans ces juridictions, y compris au Canada, la prestation des soins de santé relève des autorités provinciales ou territoriales dans de nombreux centres de détention. Il en résulte une mosaïque d'ententes relatives à la prestation des soins qui ne sont pas régies par des normes de qualité nationales.^{612,613}

La littérature portant sur l'équivalence de la qualité des soins fournis aux personnes ayant des démêlés avec la justice s'harmonise à l'un de deux domaines d'intérêt. Le premier est lié aux défis auxquels les personnes incarcérées font face quant à la prestation des soins, qui réduisent la probabilité qu'elles aient accès à des soins de santé mentale de qualité élevée.⁶¹⁴ Par exemple, l'ECC indique que SCC trouve difficile de répondre aux besoins des femmes qui ont des comportements d'automutilation chroniques en raison du manque de programmes de traitement clinique ou d'environnements thérapeutiques appropriés.⁶¹⁵ Dans de tels cas, les femmes sont transférées en détention légale provinciale. Bien que cela ait généré des améliorations considérables de la santé mentale générale, cela rappelle que les transferts ne devraient pas se substituer aux traitements.⁶¹⁶ De tels obstacles ont été relevés dans des établissements correctionnels ontariens, et ils sont attribuables aux normes relatives aux soins de santé étonnamment limitées par rapport à celles de la collectivité, ainsi qu'à des taux de vacance élevés en ce qui concerne les postes en soins de santé dans les établissements carcéraux.⁶¹⁷

EN DÉTENTION

Des études et des rapports mettent en lumière ce problème en signalant que même avec la plus sérieuse des intentions de réformer les systèmes correctionnels, ceux-ci ne se spécialisent pas dans la conception et l'administration de soins de santé modernes.⁶¹⁸ Cette notion visant la création d'un système de soins de santé intégré qui répond aux besoins des personnes en détention, ainsi que celles de la collectivité, était également reconnue comme une solution prometteuse dans le contexte canadien, non seulement parce que les principes de soins en milieu correctionnel s'harmoniseraient à

* Comparer Cross et al (2012) et Simpson et Jones (2018).

ceux de la collectivité, mais aussi parce que les ministères de la Santé, et non les systèmes de justice, seraient responsables des soins de santé mentale prodigués aux personnes incarcérées.^{619,620} En Nouvelle-Écosse et en Alberta, la responsabilité des soins de santé a été transférée du système de justice aux ministères de la Santé, ce qui semble engendrer une meilleure continuité des soins ainsi qu'une réduction des coûts et du taux de récidive.⁶²¹ Au Royaume-Uni, le [*National Service Framework for Mental Health*](#) avait pour but d'aborder ces problèmes en mettant l'accent sur l'importance d'une stratégie de santé mentale intégrée qui s'adresse simultanément aux personnes incarcérées et à la collectivité.⁶²²

Assurer et maintenir la qualité des soins nécessite également une tenue rigoureuse des dossiers relatifs aux indicateurs des soins de santé.⁶²³ Non seulement cela inclut de consigner la proportion de personnes incarcérées qui ont accès à des traitements pharmacologiques ou de psychothérapie, mais cela implique également de consigner leurs impressions à savoir si les traitements sont fournis de manière juste et équitable, ainsi que leur avis sur l'efficacité de ces traitements. De plus, cela implique de prendre en considération de manière à la fois quantitative et qualitative les facteurs environnementaux spécifiques au milieu carcéral, soit les taux d'automutilation chez les personnes incarcérées et leurs expériences d'agression, l'exposition à des risques environnementaux, le degré d'activité physique quotidien et l'adhésion à l'éducation, à l'emploi et à la formation professionnelle,⁶²⁴ qui sont tous des éléments nécessaires à l'approche holistique des soins de santé. Une façon de repérer les risques dans les établissements carcéraux de manière proactive est de renforcer les mesures de sécurité qui répondent aux besoins des personnes incarcérées qui sont à risque de développer une maladie mentale ou qui subissent une aggravation des symptômes d'une maladie mentale déjà diagnostiquée.⁶²⁵ Les administrateurs et les agents correctionnels des établissements de détention doivent pouvoir reconnaître les signes de maladie mentale autour d'eux et de « jouer un rôle actif dans l'observation et le contrôle de leur milieu » (p. 25).⁶²⁶ La littérature recommande aussi d'éduquer le personnel de correction à propos de l'automutilation chez les personnes incarcérées pour qu'il soit en mesure d'associer l'automutilation à des problématiques de santé mentale sous-jacentes et souvent non diagnostiquées.⁶²⁷ L'un des domaines prioritaires identifiés dans la littérature pour améliorer la qualité des soins dans les établissements correctionnels est d'assurer que le personnel de correction reçoive des formations sur les interventions en situation de crise et sur les techniques de désescalade pour qu'il soit plus en mesure de déceler les personnes incarcérées qui sont à risque de vivre des urgences de santé mentale.⁶²⁸ La formation par rotation de postes entre les membres du personnel de soins de santé et les membres du personnel de correction au sein des établissements permet d'accroître le respect mutuel, d'échanger des connaissances et d'améliorer les pratiques dans ce domaine.⁶²⁹

DANS LA COMMUNAUTÉ

Le deuxième élément de la littérature dans ce domaine concerne le manque de services de soins de santé mentale communautaires adéquats et accessibles, particulièrement ceux qui sont fournis par des spécialistes formés pour travailler avec les personnes qui ont des démêlés avec la justice (ce qui contribue à ce qu'elles évitent de se retrouver en détention).⁶³⁰ Ceux qui veulent de meilleurs soins pour les personnes qui ont des démêlés avec la justice doivent également militer pour des réinvestissements tant dans les mécanismes communautaires de soutien en santé mentale et dans les lits en psychiatrie.⁶³¹ Ici aussi, l'intégration est pertinente puisqu'il a été proposé que les approches collaboratives qui impliquent des dossiers partagés et des services intégrés peuvent faire en sorte que ceux qui soutiennent les clients qui ont des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale travaillent

activement ensemble pour fournir un soutien global. L'amélioration de la liaison entre le système correctionnel et les services de santé mentale communautaire au Canada est considérée comme un accomplissement récent considérable. Il est possible que de telles connexions puissent contribuer à améliorer la capacité des services de santé mentale à accepter des clients qui ont des démêlés avec la justice tout en intervenant à un point critique et en les aidant à éviter la réincarcération.⁶³²

Indépendance des normes de soins cliniques

Les décisions cliniques doivent être prises indépendamment des décisions disciplinaires ou relatives à la sécurité, et cela doit se refléter dans la structure des organismes de justice et de correction qui peuvent avoir affaire à des personnes ayant des besoins en matière de soins de santé mentale. Dans son plus récent rapport, l'ECC, ainsi que d'autres intervenants, recommande que l'indépendance des soins cliniques soit considérée comme étant primordiale et que les établissements carcéraux puissent y parvenir en séparant le personnel et l'aspect budgétaire des soins de santé et de l'administration de l'établissement de détention.⁶³³ Pourtant, l'indépendance des soins cliniques est un sujet de préoccupation depuis longtemps dans les systèmes correctionnels provinciaux et fédéral.

L'indépendance des soins cliniques implique notamment que le personnel de soins de santé des établissements carcéraux ne relève pas des administrateurs correctionnels lorsqu'il doit prendre des décisions qui concernent le caractère approprié ou non de l'usage de la force ou du recours à la contrainte ou à l'isolement, ou le besoin de soins de santé avancés, spécialisés ou nouveaux.⁶³⁴⁻⁶³⁶

Cependant, l'indépendance clinique est considérée comme une préoccupation constante, particulièrement dans le système correctionnel fédéral, parce que les responsabilités des travailleurs de la santé sont souvent à la limite de la prestation des soins et de l'administration de mesures disciplinaires.⁶³⁷

L'importance de l'indépendance des fournisseurs de soins de santé a été identifiée par les commentateurs experts des récentes modifications au projet de loi C-83, qui modifiait la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* afin, entre autres, d'éliminer le recours à l'isolement administratif et disciplinaire. Ivan Zinger, par exemple, a affirmé que le projet de loi « enracinerait l'indépendance clinique et l'autonomie des professionnels des soins de santé en milieu correctionnel dans la législation. Cette mesure ferait effectivement en sorte que les décisions cliniques ne pourraient être infirmées ou ignorées par le personnel non médical de l'établissement » (Paragraphe 7).⁶³⁸

La distinction entre le traitement médical et l'usage physique de la force pour prévenir les crises dans les établissements correctionnels est mise en lumière dans la littérature étudiée. L'ECC évoque une politique de SCC qui met en garde contre l'utilisation de la contention comme traitement médical. La politique considère plutôt l'utilisation de la contention comme un « usage de la force à déclaration obligatoire » soumis aux garanties procédurales applicables, y compris à la surveillance pendant toute la durée de la contention (p. 15).⁶³⁹ En avril 2019, la Cour d'appel de l'Ontario a ordonné au gouvernement fédéral d'établir un processus d'examen des pratiques liées au confinement solitaire indépendant des administrateurs des établissements correctionnels.⁶⁴⁰ Malgré cette politique, certains experts sont d'avis qu'une orientation et une supervision nationales quant à la fréquence et à la pertinence du recours à la contention dans les centres de traitement régionaux sont nécessaires,⁶⁴¹ et que les modifications apportées au projet de loi C-83 ne permettent pas d'assurer la supervision nécessaire pour garantir que

le pouvoir discrétionnaire est utilisé de manière appropriée, et ne permettent pas non plus de « protéger l'indépendance des soins de santé fournis aux détenus » (paragraphe 3).⁶⁴²

L'indépendance clinique est reconnue comme l'un des principes fondamentaux de tout modèle de services de santé en milieu correctionnel. Le récent examen indépendant des Services correctionnels de l'Ontario, *Services correctionnels de l'Ontario : Axes de réforme*, mettait en lumière la nécessité de l'indépendance clinique, concluant qu'il faut que « les professionnels de la santé puissent faire leur travail et assurer leurs services de manière indépendante en tenant compte de la sécurité publique et du contexte sécurisé du milieu carcéral. » (p. 247).⁶⁴³

Afin de maintenir l'indépendance des soins cliniques sans influencer négativement les tentatives d'intégration des soins, SCC travaille à l'élaboration graduelle d'un poste de défenseur des clients pour assurer que les besoins des personnes détenues ne sont pas négligés.⁶⁴⁴ Pour y parvenir, certains chercheurs ont pris en considération les voix des personnes incarcérées en ce qui a trait à l'indépendance clinique. La recherche actuelle révèle que les personnes qui ont des démêlés avec la justice remarquent et valorisent l'indépendance clinique, ou l'autonomie des cliniciens, à la fois dans les situations urgentes et dans les situations non urgentes.⁶⁴⁵ Une étude qui portait sur le point de vue des « patients détenus » sur les services psychiatriques dans les établissements de détention a montré que l'autonomie des cliniciens est essentielle pour assurer que les services complémentaires, comme les séances de groupe, la représentation et la promotion des relations interpersonnelles et des liens sociaux, soient fournis de manière à répondre aux besoins de ceux qui accèdent à des services psychiatriques en détention.⁶⁴⁶ Cette étude conclut que si l'autonomie clinique est compromise ou empêchée, les cliniciens ne sont pas en mesure de fournir des services adaptés et centrés sur la personne, et que les services qu'ils offrent alors ne répondent pas adéquatement aux besoins matériels et immatériels des personnes qui en ont le plus besoin.⁶⁴⁷

Continuité des soins

Le concept de continuité des soins implique que les relations cliniques, la psychothérapie, les programmes de counselling et l'accès aux médicaments doivent suivre la personne lors des transitions et ne doivent pas être interrompus pour des raisons non cliniques. La littérature insiste sur l'importance du principe de la continuité des soins lors des transitions, que ce soit lors de l'admission en détention, lors d'un transfert d'un établissement de détention à un autre (y compris vers un hôpital, ou à la sortie d'un hôpital), et lors du retour dans la collectivité (à partir d'un centre de détention ou d'un hôpital). Bien que le thème de la continuité des soins lors des transitions à la suite d'une détention soit généralement abordé comme un élément à prendre en compte pour prévenir la réapparition des symptômes de maladie mentale et pour réduire le taux de récurrence, la continuité des soins à la suite d'un séjour à l'hôpital en raison de problèmes de santé mentale est vue comme une manière d'éviter à la personne de se retrouver dans le système de justice.⁶⁴⁸⁻⁶⁵⁰

Afin d'assurer la continuité, les soins de santé fournis en milieu correctionnel doivent être intégrés à l'ensemble du système de soins de santé, particulièrement dans les établissements provinciaux et territoriaux où les personnes détenues purgent des peines de courte durée ou sont en détention provisoire.⁶⁵¹ Certains experts affirment que l'intégration des soins permettrait d'améliorer la santé et le bien-être des personnes qui ont des démêlés avec la justice dans les centres de détention et d'assurer la

continuité des soins à leur retour dans la collectivité. Non seulement la continuité permet d'améliorer les résultats de santé des personnes qui ont des démêlés avec la justice après leur libération, mais elle présente aussi des avantages économiques.⁶⁵²⁻⁶⁵⁴ Néanmoins, la littérature analysée recense des obstacles liés au fonctionnement et aux infrastructures qui compromettent l'efficacité du travail intersectoriel, comme la nécessité pour les travailleurs de la santé d'obtenir des autorisations pour visiter les établissements carcéraux et le risque de refus ou de perturbations inattendus.⁶⁵⁵ D'autres chercheurs signalent que le manque de continuité des soins dans la collectivité pour les personnes aux prises avec des maladies mentales qui ont des démêlés avec la justice engendre des situations dans lesquelles leur santé mentale et leur bien-être risquent de se détériorer lorsque la collectivité ne possède pas les ressources appropriées pour offrir des traitements et du soutien de manière ininterrompue.⁶⁵⁶

La littérature étudiée accorde la priorité à la continuité des soins dans la collectivité après la libération.⁶⁵⁷ Un premier pas important en ce sens est de trouver un logement aux personnes qui sortent de détention.⁶⁵⁸ La plupart des experts associent le logement à une forme de soins et calculent que le logement est un facteur unique parmi les plus déterminants du succès de la transition vers la collectivité. Les personnes qui ont des démêlés avec la justice sont elles-mêmes grandement préoccupées par la question du logement puisqu'elle les maintient en contact avec les soins et leur donne une chance d'éviter les mauvaises habitudes et fréquentations qui ont initialement pu contribuer à leur incarcération.⁶⁵⁹

Un autre élément à prendre en compte en ce qui a trait à la continuité des soins après la libération est le dépistage des besoins et des risques en matière de santé mentale et l'offre d'options de traitement appropriées.⁶⁶⁰ La littérature indique que la continuité des soins après la libération est particulièrement importante pour prévenir la réapparition des symptômes des jeunes qui sortent de détention et reviennent dans la collectivité.⁶⁶¹ Les données administratives basées sur la population des établissements correctionnels ontariens de 2010 à 2012 montrent que les jeunes aux prises avec des maladies mentales qui entrent dans le système correctionnel avaient eu peu de contacts avec les services de santé communautaires et recevaient souvent des soins de santé mentale pour la première fois alors qu'ils étaient en détention.⁶⁶² Cela montre que le manque de continuité des soins dans la collectivité peut représenter un risque plus élevé d'incarcération pour les personnes qui sont aux prises avec une maladie mentale grave.

Réconciliation et équité

Les soins de santé mentale administrés dans le système de justice et dans le système correctionnel doivent tenir compte de certains facteurs structurels qui influencent la vie des personnes qui ont des démêlés avec la justice, notamment les abus liés aux traumatismes intergénérationnels, aux agressions physiques et sexuelles liées au genre et au patriarcat, et les problèmes communautaires qui découlent de l'oppression raciale et coloniale. La sensibilisation aux multiples dimensions de ces problèmes est assez présente dans la littérature que nous avons analysée, mais certains groupes marginalisés sont plus visibles que d'autres, et la littérature est nettement moins axée sur la compréhension de ce que ces différences impliquent en termes de structuration des soins de santé mentale et de politiques de justice.

D'autres analyses de la littérature ont également montré que les femmes et les personnes membres des PNIM, à titre de groupes étudiés, sont beaucoup plus présentes dans la littérature que les populations d'immigrants, réfugiés, groupes ethnoculturels ou racialisés (IRER) ou LGBTQ2+.*

Programmation respectueuse des valeurs culturelles

La littérature étudiait soulignait constamment l'importance d'une programmation en santé mentale respectueuse des valeurs culturelles et réactive. Une telle programmation, qui s'appuie sur la compréhension des expériences et des difficultés vécues par les populations prioritaires et qui vise à réduire la stigmatisation et à améliorer la qualité perçue et réelle des soins, peut faire augmenter l'adhésion aux soins de santé mentale dans les établissements correctionnels.^{663,664} Au Canada, il est crucial que la programmation soit respectueuse des valeurs culturelles compte tenu des expériences vécues par les personnes membres des PNIM. En 2012, la Société de schizophrénie de l'Ontario a montré que souvent, les personnes membres des PNIM incarcérées sont « forcées de choisir entre une programmation respectueuse de leurs valeurs culturelles et la possibilité de rester près de leur communauté et de maintenir les liens familiaux » puisque les rares services offerts sont souvent éloignés de leur communauté d'un point de vue géographique (p. 23). Il n'y a pas qu'au Canada que l'on constate un manque de programmations respectueuses des valeurs culturelles adaptées aux besoins spécifiques des groupes racialisés ou des personnes membres des PNIM au sein du système de justice. Dans les établissements correctionnels d'Australie, où les personnes autochtones sont également surreprésentées parmi les personnes incarcérées atteintes de maladies mentales, il a été recommandé de travailler en collaboration avec les communautés autochtones pour assurer que les programmes de déjudiciarisation soient adaptés à leur culture.⁶⁶⁵

L'ECC indique que SCC fait toujours face à des difficultés pour s'adapter à la diversité dans le système de justice pénale.⁶⁶⁶ Cependant, malgré l'accroissement de la sensibilisation des chercheurs, des décideurs politiques et des experts du système de justice aux questions liées spécifiquement aux personnes incarcérées membres des PNIM, et malgré les recommandations visant à répondre adéquatement à leurs besoins particuliers, les obstacles sont toujours nombreux dans les établissements correctionnels canadiens. Le rapport annuel 2008-2009 de l'ECC suggérait de nommer un sous-commissaire aux services correctionnels aux autochtones pour répondre aux préoccupations spécifiques des personnes membres des PNIM qui sont incarcérées dans des établissements fédéraux. Cette nomination impliquerait également de concevoir une programmation spécifiquement destinée aux personnes membres des PNIM qui laisseraient plus de place aux plans de guérison et aux évaluations des Anciens.⁶⁶⁷ De plus, l'ECC recommandait l'élaboration d'un programme de formation national sur la sensibilisation à la diversité afin d'assurer que le personnel de correction reçoivent la formation nécessaire en matière de compétence culturelle, de diversité et de sensibilité.⁶⁶⁸ Il recommandait également de créer un poste d'agent de liaison à l'ethnicité dans chaque établissement correctionnel; ce dernier serait responsable de trouver les moyens de répondre aux besoins spécifiques des personnes racialisées incarcérées.⁶⁶⁹ En 2013, l'ECC a suggéré d'identifier les personnes incarcérées atteintes de maladies mentales graves, de faire examiner ces cas par des experts en santé externes et de concevoir des plans de traitement axés sur la santé spécialement pour elles. Dans l'ensemble, ces recommandations devraient assurer que les personnes incarcérées racialisées ont accès à des

*Comparer à Société de schizophrénie de l'Ontario (2012).

traitements respectueux de leurs valeurs culturelles, ce qui est reconnu pour réduire le risque de récidive et la surreprésentation de ces groupes dans les établissements correctionnels.⁶⁷⁰

Comme nous l'avons mentionné plus tôt, l'ECC a mis en œuvre sa Stratégie relative à la justice applicable aux Autochtones (SJA) afin d'aborder le problème de la surreprésentation des personnes membres des PNIM dans le système correctionnel fédéral. Cependant, une critique récente anti-oppression de la SJA portant sur les femmes autochtones a conclu que celle-ci ne s'était pas avérée efficace pour réduire les démêlés avec le système de justice puisqu'elle ne tient pas compte des facteurs structurels de la criminalité dans certaines communautés, notamment la pauvreté, la violence, la prostitution, les maladies mentales et les problèmes de consommation de substances.⁶⁷¹

En plus de la SJA, plusieurs mesures ont été mises en place pour mieux cerner les besoins d'une population carcérale de plus en plus diversifiée au point de vue ethnoracial et culturel. SCC a modifié sa structure organisationnelle pour soutenir ces travaux. Des comités sur la diversité ont vu le jour (des comités consultatifs ethnoculturels nationaux et régionaux, un comité consultatif national sur la diversité, un comité national sur la diversité), des programmes culturels et des activités de sensibilisation ont été ajoutés, des formations sur la sensibilité et la diversité ont été mises sur pied, et des initiatives ayant pour but d'augmenter la représentation des groupes d'équité en emploi (du recrutement ciblé, un comité sur la diversité et l'équité en emploi et des programmes de mentorat et de leadership) ont été lancées.⁶⁷²

Programmation adaptée au genre

La littérature analysée mettait également l'accent sur la nécessité d'assurer que les programmes d'évaluation et de traitement des établissements correctionnels sont adaptés au genre, ce qu'ils se doivent d'être pour être efficaces. Les pratiques fondées sur les traumatismes sont privilégiées lors de l'élaboration de modèles de soins RBR puisque les traumatismes sont reconnus comme étant des facteurs de risque (et un facteur de soins primaires) de la criminalisation des femmes.⁶⁷³ La littérature suggère que les programmes soient axés sur l'augmentation du locus de contrôle interne et sur l'établissement de relations interpersonnelles sécuritaires.⁶⁷⁴ Elle suggère aussi que les modèles RBR peuvent être efficaces avec les femmes et les hommes si des éléments adaptés au genre y sont inclus. Néanmoins, les outils de dépistage, la formation du personnel et les modèles de traitement doivent être validés séparément avec les femmes pour mettre fin à l'utilisation inappropriée et abusive de diagnostics comme le TPL et au manque de reconnaissance des troubles d'intériorisation.⁶⁷⁵ Dans l'ensemble, la littérature indique que l'intégration de considérations liées au genre et aux traumatismes dans l'élaboration de stratégies d'évaluation et de traitement est susceptible d'améliorer l'efficacité des programmes de réadaptation.⁶⁷⁶ Il est probable que cette intégration engendre une diminution des récidives et contribue à prévenir les démêlés avec la justice initiaux.⁶⁷⁷

Rétablissement

Le rétablissement n'est plus un concept nouveau dans la littérature sur la santé mentale.⁶⁷⁸ Il s'agit plutôt d'une approche qui appuie et qui oriente les services de santé mentale modernes partout dans le monde.⁶⁷⁹ Selon la littérature, les démêlés avec le système de justice pénale sont un obstacle au rétablissement pour les personnes itinérantes aux prises avec des maladies mentales graves (comme un trouble dépressif majeur) et des problèmes de consommation de substances (comme l'alcoolisme).⁶⁸⁰

Toutefois, une fois que les personnes ayant des maladies mentales sont incarcérées, le rétablissement demeure un objectif essentiel des programmes qui leur sont offerts. Ce concept s'avère particulièrement important pour les jeunes qui ont des démêlés avec la justice et qui ont des problèmes de santé mentale puisque les jeunes se retrouvent dans un contexte dans lequel ils peuvent recevoir des soins et développer des stratégies d'adaptation efficaces face à leurs symptômes persistants afin qu'ils puissent mener une vie enrichissante dans leur communauté et se fixer des objectifs pour leur avenir.⁶⁸¹ La littérature fait état de plusieurs principes à prendre en considération dans l'élaboration de programmes de traitements de santé mentale axés sur le rétablissement :⁶⁸²

- un sentiment de proximité avec des réseaux de soutien
- la croyance au fait que l'espoir et la confiance sont à la base du processus de rétablissement
- la confiance en soi-même pour surmonter la stigmatisation
- le sentiment d'avoir un but et un sens à sa vie
- le sentiment d'être en contrôle de sa vie⁶⁸³

Mis ensemble, ces cinq principes constituent un cadre souvent appelé CHIME (connectedness, hope and optimism, identity, meaning and purpose, empowerment).⁶⁸⁴ De plus, un rapport multidisciplinaire produit par des intervenants canadiens cite deux autres principes sur lesquels les modèles de soins destinés aux personnes aux prises avec des maladies mentales qui ont des démêlés avec la justice s'appuient. Ces principes ont pour but d'assurer, d'un point de vue conceptuel, que les services sont orientés sur le rétablissement et qu'ils favorisent une relation productive et positive entre la sécurité publique et le rétablissement.⁶⁸⁵

Jurisprudence thérapeutique et équité procédurale

La jurisprudence thérapeutique est une approche multidisciplinaire de la réforme qui a pour but d'avoir un impact positif sur la santé mentale et sur le bien-être des personnes qui ont des démêlés avec la justice.⁶⁸⁶ Elle vise à préserver le lien entre le crime et la punition, mais elle reconnaît que la jurisprudence doit tenir compte des problèmes de santé mentale de la personne et de sa capacité à influencer la dimension expérientielle de la peine à purger, particulièrement en cas de confinement solitaire.⁶⁸⁷ Dans la littérature, les chercheurs et les experts insistent sur l'importance de ce principe, particulièrement parce que la philosophie qui domine le système de justice pénale a tendance à favoriser la sécurité publique d'une manière incompatible avec les approches thérapeutiques.⁶⁸⁸ En termes pratiques, l'ECC recommande que le personnel de sécurité de première ligne privilégie des approches qui facilitent les réponses thérapeutiques au lieu d'intensifier les mesures de sécurité face à une criminalité directement associée à des besoins en matière de santé mentale non comblés.^{689,690}

Réforme systémique

La littérature étudiée indique que la notion de réforme systémique s'appuie sur la nécessité de reconnaître les déficiences structurelles du système de soins de santé mentale en milieu correctionnel. Elle est recommandée aux administrateurs, qui doivent comprendre les vulnérabilités en matière de santé mentale des personnes incarcérées qui affichent des comportements d'automutilation.⁶⁹¹ Cependant, même lorsque les personnes aux prises avec des maladies mentales se retrouvent dans le

système de justice pénale, la littérature indique que les obstacles aux soins aggravent l'état de santé mentale des personnes qui ont des démêlés avec la justice. Les paragraphes qui suivent énoncent les domaines spécifiques du système de justice pénale pour lesquels une réforme est recommandée dans la littérature.

Restriction du recours à l'isolement et au confinement

Des préoccupations sont fréquemment soulevées dans la littérature quant à la prévalence de l'utilisation du confinement solitaire pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale au Canada. Dans de telles situations, la littérature recommande de restreindre, et même d'interdire, le recours à l'isolement et d'investir des ressources dans les programmes de loisirs et de visites familiales en personne.^{692,693} De plus, dans l'éventualité où le confinement solitaire s'avère nécessaire, les administrateurs devraient organiser des visites quotidiennes d'un professionnel de la santé mentale pour évaluer la tolérance de la personne à l'isolement.⁶⁹⁴

Transparence et responsabilité

Selon SCC, la stratégie en matière de santé mentale promet l'élaboration de plans pour intervenir dans les secteurs prioritaires, mais ces plans n'ont pas encore été rendus publics.⁶⁹⁵ Cela soulève des préoccupations relatives à la transparence, particulièrement dans un contexte où les centres de détention n'arrivent pas à respecter les normes en matière de droits de la personne.⁶⁹⁶ Dans de tels cas, la littérature recommande aux tribunaux de rendre les autorités correctionnelles responsables.⁶⁹⁷

Intégration et coordination intersectorielles

Des recommandations visant un système intégré axé sur les besoins spécifiques des personnes qui ont des démêlés avec la justice, et non sur la métrique des ministères, ont été mises de l'avant pour les jeunes qui ont des démêlés avec la justice.⁶⁹⁸ Dans l'ensemble, la littérature reconnaît la nécessité d'améliorer la coordination des services offerts aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.⁶⁹⁹

Bien qu'il n'existe pas de modèle idéal pour améliorer la coordination et la coopération intersectorielles, l'ECC suggère

- de bâtir des partenariats entre le système correctionnel et les hôpitaux provinciaux
- d'accroître le recours à des fournisseurs communautaires
- de faciliter le transfert des soins spécialisés aux autorités provinciales responsables des soins de santé.⁷⁰⁰⁻⁷⁰²

Ces suggestions sont censées améliorer la manière dont les services de santé sont offerts dans les services correctionnels du Canada; il a été démontré qu'elles permettent d'améliorer les réactions au traitement chez les personnes incarcérées aux prises avec des maladies mentales graves.^{703,704}

Afin que l'intégration du système de justice pénale et du système de soins de santé soit un succès, un rapport sur les recommandations formulées lors d'une réunion avec des intervenants clés énonce plusieurs principes directeurs.⁷⁰⁵ Ces principes font référence à l'importance d'assurer la cohérence des données, la transparence et le partage de l'information (par le biais de groupes d'experts interministériels) pour fournir des services personnalisés complets et pour s'attaquer aux facteurs de risque pour prévenir les ennuis avec la justice.⁷⁰⁶ Il faut assurément reconnaître qu'il est complexe d'instaurer la coordination et la coopération entre le système de justice pénale et le système de soins de

santé. Toutefois, la littérature attache de la valeur à de tels investissements pour réduire le taux de récurrence, améliorer le bien-être des personnes aux prises avec des maladies mentales graves et réduire les coûts.⁷⁰⁷

Résumé : Que savons-nous et qu'ignorons-nous?

État global de la recherche : Forces et faiblesses

Nous avons analysé un vaste échantillon de la littérature portant sur nos questions de recherche; il s'agit d'articles publiés (pour la plupart) au cours des 10 dernières années dans le cadre de recherches académiques et de l'élaboration de politiques publiques. La portée des potentielles lectures sur le sujet est très large et, compte tenu du temps dont nous disposons, nous ne pouvons prétendre avoir examiné toute cette littérature de manière exhaustive. Cependant, beaucoup des forces et des faiblesses répertoriées ci-dessous sont le reflet d'autres analyses de la littérature effectuées récemment sur ce sujet ou sur des sujets similaires; nous sommes donc sûrs de pouvoir conclure que la présente analyse montre un portrait crédible de la situation entourant ce sujet et des secteurs vers lesquels les chercheurs intéressés devraient se tourner ensuite.

En novembre 2014, des professionnels de la santé et de la justice, des universitaires et des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou des maladies mentales qui ont eu des démêlés avec la justice se sont réunis dans le cadre de la réunion du Calendrier de recherche national sur la santé mentale, la justice et la sécurité pour définir des priorités de recherche liées à l'intersection des systèmes de santé mentale, de justice pénale et de sécurité publique. Les domaines suivants ont été identifiés comme nécessitant de plus amples recherches par le biais du processus examen et de consultation simultanés :

- Les données longitudinales et comparatives sur la prévalence et le risque au Canada sont insuffisantes. Nous n'en connaissons pas assez sur les différences interprovinciales et les profils de maladies mentales qui sont liés à différents domaines du système de justice (comme le système correctionnel communautaire, les maisons de correction et les pénitenciers).
- En ce qui concerne les modèles de soins en milieu correctionnel, nous ne disposons toujours pas d'étalons de référence pour les modèles de traitement qui comprennent des alternatives à l'isolement et des modèles de formation du personnel efficaces.
- En ce qui concerne la gouvernance institutionnelle et la réforme, nous ne possédons pas toutes les connaissances nécessaires sur l'efficacité et la rentabilité des politiques et des pratiques entourant les problématiques liées à la santé mentale et au système de justice.
- En ce qui concerne le rétablissement et la sécurité publique, nous devons en apprendre davantage sur la relation entre le rétablissement et la sécurité publique, sur les meilleurs modèles de services de logement et de soutien, et sur la manière de mesurer et d'évaluer l'orientation des services sur le rétablissement.
- Finalement, en ce qui concerne la collecte des données, nous devons bâtir des plateformes de partage de données et mettre nos données nationales en commun.⁷⁰⁸

Nos conclusions viennent confirmer et étoffer celles de l'analyse de Crocker et al en 2015. Au Canada, notre échantillon de littérature est axé sur les personnes en détention et, parmi celles-ci, celles qui sont détenues dans des établissements fédéraux. Il est fort probable que ce soit attribuable à une combinaison de facteurs liés à l'échantillonnage, les personnes incarcérées dans les établissements fédéraux représentant une population de potentiels participants à la recherche relativement stable dans

le temps et littéralement captive, et de mécanismes formels de transparence. Le système correctionnel du gouvernement fédéral possède à la fois un solide service de recherche interne et une sentinelle indépendante qui produisent des rapports détaillés de grande qualité.

Les renseignements sur les populations provinciales et territoriales en détention ont tendance à se retrouver dans la littérature à un degré qui correspond à leur population générale; ainsi, les renseignements sur les détenus d'Ontario et de Colombie-Britannique prédominent dans la littérature en anglais. Les paramètres de notre étude, qui écartait la littérature publiée dans d'autres langues que l'anglais, a sans doute limité notre capacité à examiner les études produites au Québec, qui représentent par conséquent un futur domaine d'étude important. Les régions du pays qui affichent des taux d'incarcération très élevés, comme les provinces des Prairies et les territoires, sont pratiquement absentes de notre échantillon. Il n'existe pas de norme commune relative à ce que les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent signaler à propos des populations qui ont des démêlés avec la justice ni sur la manière dont ils doivent le faire. Certaines exceptions, comme les rapports de l'Ontario sur l'isolement, sont le résultat d'ordonnances judiciaires imposées par le gouvernement.

Pour les populations en détention (particulièrement dans les établissements fédéraux), on retrouve une quantité assez importante de renseignements sur la prévalence des symptômes et diagnostics de maladies mentales, de l'automutilation, des tendances suicidaires et des déficiences. Comme nous l'avons mentionné dans la section sur la [prévalence](#), la qualité et les définitions de notre échantillon varient de manière considérable, et il s'appuie de manière excessive sur des échantillons de commodité comme les cohortes d'admission et les réponses volontaires à des sondages distribués de manière non aléatoire. Il y a beaucoup moins de données actuelles canadiennes disponibles sur les populations qui ont des démêlés avec la justice, mais qui ne sont pas en détention. L'étude de ces populations est souvent axée sur l'examen qualitatif approfondi des expériences personnelles ou sur les évaluations de programmes. En ce qui concerne la prévalence et le risque, les besoins en matière de services et de soins surpassent continuellement l'accès.

La littérature portant sur les déterminants de la criminalisation des personnes aux prises avec une maladie mentale est relativement abondante, ce qui reflète les préoccupations de longue date par rapport à cette problématique. Les points de vue critiques à l'égard du système de justice et de sa façon de traiter les maladies mentales sont nombreux. Cependant, il y a de nettes différences au niveau du degré d'attention accordé aux expériences des populations prioritaires. La littérature sur les expériences spécifiques des femmes est relativement abondante et évoque en quoi leurs besoins en matière de santé mentale sont différents de ceux des hommes, les déterminants de leurs démêlés avec la justice et la nécessité de mettre en place une programmation adaptée au genre. La littérature s'intéresse également à la surreprésentation des personnes membres des PNIM dans le système de justice et le système correctionnel canadiens et relate certaines interventions respectueuses des valeurs culturelles et réactives à celles-ci. Le contexte du colonialisme et du racisme structurel est souvent admis comme un fait, mais n'est que peu exploré en lien avec la santé mentale.

Dans notre échantillon de la littérature, l'attention accordée à la santé mentale dans le système de justice de groupes racialisés comme les Canadiens noirs ou d'origine asiatique est inexistante. Cette lacune s'est confirmée à la suite de recherches plus spécifiques dans la littérature que nous avons ajoutées à notre analyse. Dans le cadre de la portée du présent projet, les raisons qui expliquent cette situation ne sont pas entièrement claires, et tenter de les expliquer relèverait de la spéculation. Une

conclusion de recherche bien établie permet d'affirmer que certains groupes ethniques et culturels sont beaucoup moins susceptibles que d'autres de demander ou d'accepter de recevoir des soins de santé mentale.⁷⁰⁹ Cependant, sur la base de cette conclusion, il serait particulièrement intéressant de mener d'autres recherches afin d'explorer les expériences de ces groupes. Nous n'avons pas été en mesure de trouver des recherches actuelles pertinentes sur les Canadiennes et les Canadiens 2SLGBTQ+, ni pour les étudier à titre de groupe, ni pour recenser leurs expériences liées à la santé mentale, au système de justice, au genre et à la sexualité.

Nous avons examiné de nombreuses sources qui évaluaient les pratiques prometteuses ou qui décrivaient des pratiques fondées sur des données probantes et exemplaires en lien avec les modèles de soins de santé mentale et les interventions spécialisées. Cela demeure un domaine de recherche dynamique, mais il existe un noyau de conclusions largement admises sur les thérapies efficaces, pourvu que les gens puissent y avoir accès. Il manquait dans notre échantillon des études solides sur la mise en œuvre progressive à grande échelle de ces pratiques prometteuses. Toutefois, l'absence de telles études n'est probablement pas attribuable à un manque d'intérêt de la part des chercheurs et des défenseurs des droits, mais plutôt au fait que nombre de ces pratiques sont encore embryonnaires.

En général, on peut affirmer que dans le contexte canadien, et dans une certaine mesure, à l'échelle internationale aussi, il existe un consensus considérable sur plusieurs dimensions du lien entre les maladies mentales et les démêlés avec la justice, et que nous disposons d'un éventail de connaissances en ce qui concerne les options possibles pour parvenir à des résultats plus positifs et plus sains dans ce domaine. Cependant, la nature du système de justice et du système correctionnel fait en sorte qu'il est difficile de définir une voie à suivre, sans parler de la rareté sous-jacente des ressources de santé mentale communautaires. Il semble que de nombreuses voix sont toujours négligées dans ce dialogue.

Recommandations spécifiques pour les futures recherches et politiques

Tout comme dans la section précédente, nous étoffons ici les recommandations récemment explorées par les intervenants des domaines de la santé mentale et de la justice publiées par Crocker et al en 2015. Cet article formule les recommandations suivantes quant aux prochains défis à étudier et à surmonter. Les auteurs recommandent que les autorités canadiennes

- soutiennent les familles qui s'occupent de proches aux prises avec des maladies mentales ou des problèmes de santé mentale et qui ont des démêlés avec la justice
- soutiennent les services de santé mentale communautaires qui traitent les comportements agressifs et qui offrent des services coordonnés pour répondre aux besoins en matière de santé mentale en tenant compte des risques criminogènes
- établissent une norme cohérente de grande qualité relative à la santé mentale en milieu correctionnel, distincte des normes relatives à la consommation de substances et à la prévention du suicide, qui offre des alternatives à l'isolement et qui soit partagée entre les divers établissements et juridictions
- utilisent un modèle de soins et de planification du congé unifié qui permette de combler le fossé entre le système correctionnel et les services de santé mentale offerts dans la collectivité
- règlent les problèmes liés aux réinsertions inadéquates, notamment en faisant la promotion des services de santé mentale communautaires auprès des personnes qui ont eu des démêlés avec la

justice, promeuvent un logement sécuritaire et adéquat, des services de soutien, des agents de probation spécialisés en santé mentale, ainsi qu'en jouant un rôle de liaison entre les différents services et en améliorant les communications intersectorielles

- s'attaquent à la stigmatisation entourant les démêlés avec la justice et la maladie mentale dans les médias et le discours public.⁷¹⁰

Nous concluons le présent rapport en exposant trois domaines dans lesquels des recherches plus poussées et un leadership éclairé pourraient s'avérer particulièrement constructifs en nous appuyant sur notre lecture de la littérature récente. Le premier de ces domaines est le développement d'études longitudinales sur les populations ayant des démêlés avec la justice et aux prises avec des problèmes de santé mentale ou des maladies mentales, plus particulièrement sur la majeure partie de ces populations qui ne purgent pas de sentences de longue durée dans des établissements fédéraux, qui sont en mesure de rendre compte de leurs expériences de manière fiable tout au long du processus judiciaire. Ces études pourraient utiliser des techniques d'échantillonnage ciblées de grande qualité pour suivre les participants dans les différents contextes associés à la détention, à la supervision, à la réadaptation, au rétablissement, au logement et à l'itinérance. L'envergure et la portée de telles recherches pourraient elles aussi faire l'objet de recherches et utiliser des moyens de créer des relations plus durables et plus solides entre les chercheurs et les participants. Ce type de relations permettrait aux chercheurs de mieux comprendre le parcours des participants et les obstacles aux soins à divers points de jonction avec le système de justice pénale.

Le deuxième domaine est l'élaboration d'un modèle d'incidence collective pour le rétablissement de la santé mentale au sein de la population dite « de portes tournantes » composée de personnes ayant de fréquents démêlés mineurs avec la justice, qui ont des besoins en matière de santé mentale complexes et qui font face à une instabilité du logement. L'incidence collective implique que plusieurs intervenants s'entendent sur une vision mesurable unique, souvent un résultat unique, et négocient entre eux quant à la manière dont chacun peut contribuer au changement à l'aide de ses propres ressources, forces et valeurs. C'est souvent une seule entité, ou une organisation facilitatrice, qui dirige la coordination de l'incidence collective, et ces modèles peuvent être adaptés et reproduits pour chaque province ou territoire. Les établissements correctionnels hébergent constamment des personnes qui sont incapables de respecter les conditions de leur libération essentiellement en raison d'infractions mineures associées à leurs problèmes de santé mentale, et la réforme des pratiques relatives aux libérations sous conditions et à leur supervision devrait s'inscrire dans le processus d'incidence collective.⁷¹¹

Le troisième domaine d'intérêt consiste à étudier de manière plus systématique le point de vue des bénéficiaires de soins de santé mentale qui ont des démêlés avec la justice. Il combinerait les données probantes prometteuses (mais préliminaires) relatives à l'efficacité des programmes et la recherche collaborative sur des questions liées à l'établissement de normes acceptables de qualité des soins afin de vaincre la honte et la stigmatisation qui entourent les maladies mentales, de prévenir la victimisation des personnes au sein du système de justice et du système correctionnel et de définir une voie d'accès aux services et aux mécanismes de soutien fondée sur les besoins des utilisateurs, créant ainsi une réponse qui part de la base au modèle séquentiel. Cela permettrait de faciliter le partage des connaissances et des pratiques prometteuses qui visent à répondre aux besoins des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et des maladies mentales dans le système de justice et à minimiser leurs futurs démêlés avec ce système. Cela permettrait également d'assurer que la prestation

du soutien et des services axés sur le rétablissement correspond aux besoins et aux préférences des usagers.

Conclusion

Au Canada, un nombre disproportionnellement élevé de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale ont des démêlés avec le système de justice pénale. Non seulement ces personnes présentent des taux plus élevés de criminalisation en raison de leur maladie mentale, mais une fois qu'elles entrent dans le système de justice, elles font également face à des obstacles pour avoir accès à des services de santé mentale équitables, sécuritaires, respectueux des valeurs culturelles et adaptés au genre; elles vivent aussi de la stigmatisation après leur libération et présentent un risque plus élevé de réincarcération. Les personnes incarcérées en raison de leurs démêlés avec la justice risquent de voir leur santé mentale se détériorer, qu'elles aient ou non reçu un diagnostic de maladie mentale ou de consommation problématique de substances.

Les objectifs de cette analyse de la littérature rapide étaient de

- rendre compte de la littérature qui tient compte de la proportion de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou des maladies mentales qui ont des démêlés avec le système de justice et déterminer de quelle manière ces taux se comparent à ceux des populations prioritaires au Canada
- répertorier ce que la littérature indique à propos des services et des mécanismes de soutien actuellement désignés comme des pratiques exemplaires pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou avec des maladies mentales qui ont des démêlés avec la justice
- déterminer ce que les différents auteurs concluent à propos des obstacles auxquels cette population est confrontée lorsqu'elle s'efforce de répondre à ses besoins en santé mentale afin de mettre en lumière les disparités qui existent entre les diverses populations prioritaires
- répertorier les concepts fondés sur des données probantes et les principes directeurs que les experts recommandent d'intégrer à la conception et à la mise en œuvre des services et des programmes de santé mentale destinés aux personnes qui ont des démêlés avec la justice.

Nous avons noté un large consensus quant au fait que le système de justice pénale est devenu un « système » de santé mentale inapproprié de dernier recours; peut-être pas un système de soins, mais certainement d'un système de gestion. La recherche à ce sujet au Canada est axée sur les personnes qui sont en détention et, accessoirement, sur la meilleure manière d'empêcher les gens d'entrer en détention. Il y a moins de renseignements disponibles sur la manière dont les normes de détention elles-mêmes peuvent être responsables de la détérioration de la santé mentale, sur le rôle joué par les traumatismes dans le lien qui existe entre le système de santé mentale et le système de justice, et à savoir s'il est préférable de séparer les besoins en matière de soins de santé mentale des risques criminogènes.

Étant donné que ce problème est largement reconnu, malgré des frontières contestées, les modèles de pratique au sein du système de justice et du système de santé mentale font l'objet de nombreuses innovations. Nombre de pratiques prometteuses ont commencé à fournir des données préliminaires qui tendent à montrer qu'elles sont efficaces pour répondre aux besoins en matière de soins de santé mentale des personnes qui ont des démêlés avec la justice. Cependant, la diversité des approches utilisées, et les difficultés qui entourent le renforcement de ces pratiques sont la conséquence de

l'absence de consensus quant à une réponse de l'ensemble de la société à une problématique centrale de surreprésentation.

Tout au long de nos recherches et de la rédaction de cet article, nous nous sommes efforcés, dans la mesure du possible, d'examiner la littérature étudiée dans une optique d'intersectionnalité afin de rendre compte des expériences et des besoins des personnes qui ont des démêlés avec la justice de la manière la plus significative possible. Puisque beaucoup de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou des maladies mentales sont susceptibles de faire partie d'au moins une population prioritaire, les membres de ces groupes font face à des obstacles supplémentaires uniques en ce qui concerne les programmes et services. Étant donné que les modèles relatifs à la santé mentale et aux maladies mentales sont profondément influencés par l'identité et la culture, il s'agit d'un domaine dans lequel il est particulièrement complexe d'adopter un point de vue intersectionnel à partir de la littérature secondaire, et il est urgent que de nouvelles voix prennent part à la discussion.

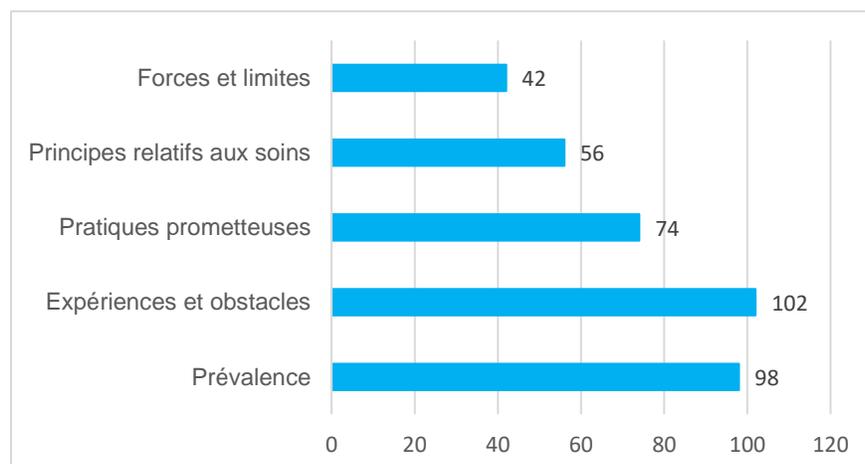
La littérature canadienne et la littérature internationale portant sur la recherche et sur les politiques répertorient plusieurs priorités et principes qui, s'ils sont pris en compte, pourraient jeter les bases d'un système axé sur le rétablissement qui ne compromettrait, ni les résultats en matière de santé mentale, ni les résultats en matière de justice des personnes qui ont des démêlés avec la justice. Les soins de santé mentale ne sont pas accessibles s'ils ne sont pas fournis dans un contexte qui respecte les principes des droits de la personne, de la justice et de la sécurité publique. À chaque point d'entrée ou de transition, la continuité et la cohérence sont primordiales. Pour que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou des maladies mentales qui ont des démêlés avec la justice puissent bénéficier de soins et de programmes de santé mentale et être réinsérées dans la collectivité en ayant la possibilité d'obtenir de bons résultats, la santé mentale doit être prise en considération de manière proportionnelle et équitable dans le système de justice pénale. Il est temps pour tous ceux qui ont un intérêt dans cette question, qu'il s'agisse de chercheurs, de décideurs politiques, de personnes ayant un vécu expérientiel, de personnes ayant des démêlés avec la justice ou de leurs proches, d'imaginer et de mettre en œuvre une approche collective.

Annexe : Tableaux de consignation des données

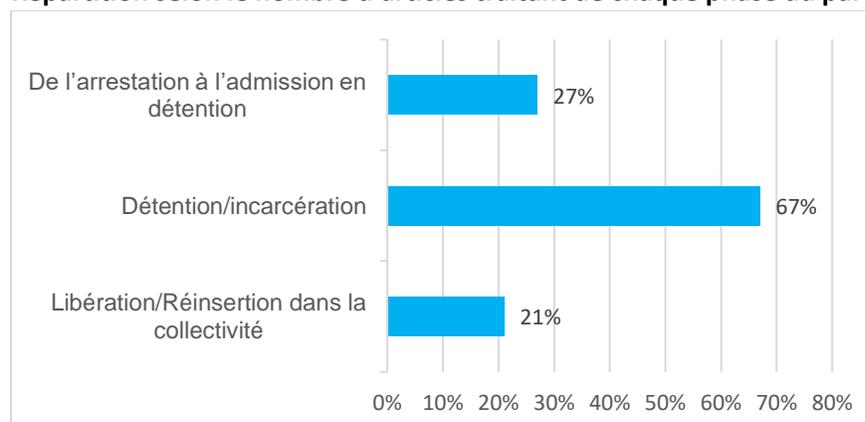
Respectait les critères d'inclusion pour l'acquisition (résultats de recherche en anglais)	765
Exclus lors du premier examen du titre/du résumé (non pertinent au sujet de la recherche)	-373
Exclus lors du deuxième examen du titre/du résumé (ne répondait pas directement à la question de recherche)	-163
Nombre d'articles examinés en entier	229

Les tableaux suivants illustrent dans quelle mesure les articles examinés portaient sur les dimensions pertinentes de l'analyse. Dans tous les cas, le nombre d'articles étudiés ne totalisera pas 100 % puisque plusieurs articles couvraient plus d'une dimension de recherche.

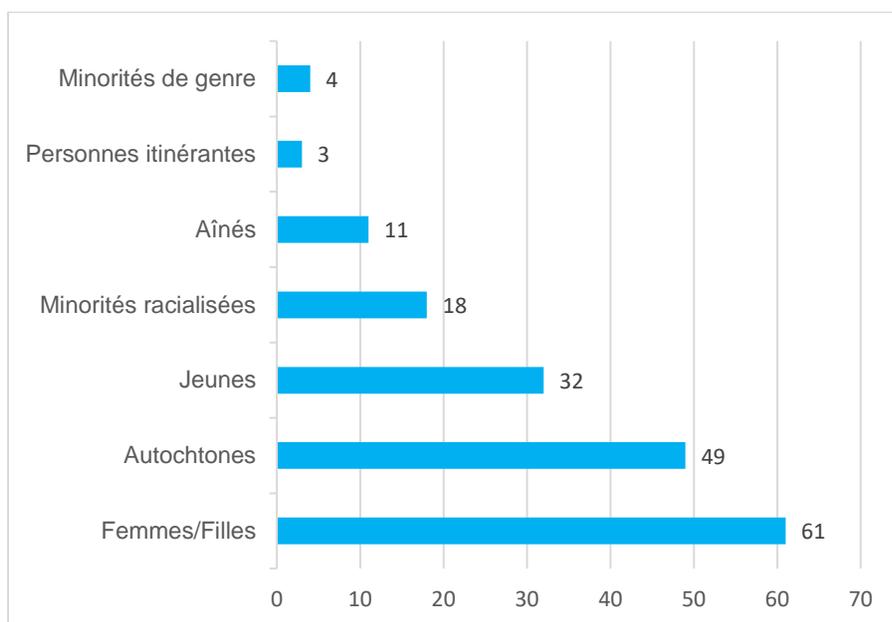
Répartition selon le nombre d'articles traitant de chaque question de recherche



Répartition selon le nombre d'articles traitant de chaque phase du parcours dans le système de justice



Répartition selon le nombre d'articles traitant de chaque population d'intérêt



Références

- ¹ Chaimowitz, G. (2012). The criminalization of people with mental illness (document de position). *Canadian Journal of Psychiatry*, volume 57, insert 1-6.
- ² Cotter, A. (23 avril 2014). Les armes à feu et les crimes violents au Canada, 2012 (Cat. n° 85-002-x). *Juristat*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2014001/article/11925-fra.htm>.
- ³ Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Seto, M. C., Roy, L., Leclair, M. C., Brink, J., Simpson, A. I. F. et Côté, G. (2015). Research priorities in mental health, justice, and safety: A multidisciplinary stakeholder report. *International Journal of Forensic Mental Health*, volume 14, p. 205-217. <https://doi.org/10.1080/14999013.2015.1073197>.
- ⁴ Simpson, A. I. F., McMaster, J. J. et Cohen, S. N. (2013). Challenges for Canada in meeting the needs of persons with serious mental illness in prison. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 41, p. 501-509.
- ⁵ Schneider, R. D. (2015). *Les personnes aux prises avec une maladie mentale - Comment elles se sont retrouvées dans le système de justice pénale et comment nous pourrions les sortir de là*. Ministère de la Justice du Canada. <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jr/mental/index.html>.
- ⁶ Schneider, R. D. (2015). *Les personnes aux prises avec une maladie mentale - Comment elles se sont retrouvées dans le système de justice pénale et comment nous pourrions les sortir de là*.
- ⁷ Schneider. (2015).
- ⁸ Simpson et autres. (2013). *Challenges for Canada in meeting the needs of persons with serious mental illness in prison*.
- ⁹ Service correctionnel Canada. (2019). *Services de santé*. <https://www.csc-scc.gc.ca/sante/index-fra.shtml>.
- ¹⁰ Service correctionnel Canada. (2017). *Services de santé*. <https://www.csc-scc.gc.ca/politiques-et-lois/800-cd-fra.shtml>.
- ¹¹ Société de schizophrénie de l'Ontario. (2012). *Provincial correctional response to individuals with mental illnesses in Ontario: A review of the literature*. <https://www.schizophrenia.on.ca/SSO/media/SOO/PolicyAndAdvocacy/Papers/Provincial-Corrections-Literature-Review-Final-March-2012.pdf>.
- ¹² Société de schizophrénie de l'Ontario. (2012). *Provincial correctional response to individuals with mental illnesses in Ontario: A review of the literature* ».
- ¹³ Simpson et autres. (2013).
- ¹⁴ Flegel, K. et Bouchard, F. (2013). Let us get prison health care out of jail. *CMAJ*, volume 185, p. 281. <https://doi.org/10.1503/cmaj.130149>.
- ¹⁵ Trach, N. et Mardon, A. (27 octobre 2016). Looking at mental health courts: Should Alberta pursue them? *Law Now*, 41(2). <https://www.lawnow.org/looking-at-mental-health-courts-should-alberta-pursue-them/>.
- ¹⁶ Cour provinciale de l'Alberta. (2020). *Mental health court*. <https://albertacourts.ca/pc/areas-of-law/criminal/mental-health-court>.
- ¹⁷ Cour provinciale de la Colombie-Britannique. (2020). *Specialized courts*. <https://www.provincialcourt.bc.ca/about-the-court/specialized-courts#VictorialIntegratedCourt>.
- ¹⁸ Dupuis, T., McKay, R. et Nicol, J. (2013). *Questions d'actualité en santé mentale au Canada – La santé mentale et le système de justice pénale : Étude générale*. (publication n° 2013-88-F). Bibliothèque du Parlement. https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/201388E?
- ¹⁹ Baba, S. (6 février 2018). Canadian developments in alternative sentencing: Mental health courts (partie 2) [blogue]. *Revue de droit et santé de McGill*. <https://mjlh.mcgill.ca/2018/02/06/canadian-developments-in-alternative-sentencing-mental-health-courts-part-2/>.

-
- ²⁰ Slinger, E. et Roesch, R. (2010). Problem-solving courts in Canada: A review and a call for empirically-based evaluation methods. *International Journal of Law and Psychiatry*, volume 33, p. 258-264. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2010.06.008>.
- ²¹ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2006). *Un cadre pour les services de déjudiciarisation et de soutien aux tribunaux dans le domaine de la santé mentale*. <http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/mentalhealth/mentalhealth.aspx#4>.
- ²² Hall, N. et Weaver, C. (2008). *A framework for diversion of persons with a mental disorder in BC*. <https://cmha.bc.ca/wp-content/uploads/2016/07/DiversionFramework.pdf>.
- ²³ Services de santé de l'Alberta. (2018). *Provincial mental health diversion program: Service operating requirements*. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/amh/if-amh-pmhdps-service-operating-requirements.pdf>.
- ²⁴ Crocker et autres. (2015). *Research priorities in mental health, justice, and safety: A multidisciplinary stakeholder report*.
- ²⁵ Chaimowitz, G. (2012). *The criminalization of people with mental illness*.
- ²⁶ Dupuis et autres. (2013). *Questions d'actualité en santé mentale au Canada – La santé mentale et le système de justice pénale : Étude générale*.
- ²⁷ Delveaux, K., MacDonald, C., McConnell, A., Bradley, S., Crawford, A. et Tse, F. (2017). *Évaluation des Services de santé du SCC* (dossier n° 394-2-96). Service correctionnel Canada. <https://www.csc-scc.gc.ca/publications/005007-2017-fra.shtml>.
- ²⁸ Service correctionnel Canada. (2019). *Services de santé*.
- ²⁹ Service correctionnel Canada. (2019). *Services de santé*.
- ³⁰ Service correctionnel Canada. (2019). *Services de santé*.
- ³¹ Service correctionnel Canada. (2019). *Stratégie en matière de santé mentale*. <https://www.csc-scc.gc.ca/publications/005007-3043-fr.shtml>.
- ³² Ministère de la Justice du Canada. (2018). *Stratégie relative à la justice applicable aux Autochtones*. <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/ja-aj/fi09-fs09.html>.
- ³³ Bureau de l'enquêteur correctionnel. (21 janvier 2020). *Les Autochtones sous garde fédérale dépassent les 30 % - Énoncé des enjeux et défi de l'enquêteur correctionnel* [communiqué]. <https://www.oci-bec.gc.ca/cnt/comm/press/press20200121-fra.aspx>.
- ³⁴ Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_FRE.pdf.
- ³⁵ Commission de la santé mentale du Canada. (2016). *Pour faire progresser la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada : Cadre d'action (2017-2022)*. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-08/pour_faire_progresser_la_Strategie_en_matiere_de_sante_mentale_pour_le_canada_cadre_dac.pdf.
- ³⁶ Services de santé de l'Alberta. (2017). *Valuing mental health: Next steps*. <https://open.alberta.ca/dataset/25812976-049c-43c9-9494-77526c6f6ddd/resource/684600a3-a0ea-440c-a053-38a4cef83de9/download/alberta-mental-health-review-next-steps-2017.pdf>.
- ³⁷ Stockdale Winder, F. (2014). *Working together for change: A 10 - year mental health and addictions action plan for Saskatchewan*. Régie de la santé de la Saskatchewan. https://pubsaskdev.blob.core.windows.net/pubsask-prod/99244/99244-Mental_Health_and_Addictions_Action_Plan_Full_Report.pdf.
- ³⁸ Gouvernement de l'Ontario. (2011). *Esprit ouvert, esprit sain – Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances*. http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/mental_health2011/mentalhealth_rep2011.pdf.

-
- ³⁹ Services de santé de l'Alberta. (2017). *Valuing mental health: Next steps*.
- ⁴⁰ Gouvernement du Manitoba. (2011). *Rising to the challenge: A strategic plan for the mental health and well-being of Manitobans*. <https://www.gov.mb.ca/health/mh/docs/challenge.Pdf>.
- ⁴¹ Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. (2017). *The way forward — Towards recovery: The mental health and addictions action plan for Newfoundland and Labrador*. https://www.health.gov.nl.ca/health/mentalhealth_committee/mentalhealth/pdf/mentalhealth_addictions_plan.pdf.
- ⁴² Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse. (2017). *Together we can: The plan to improve mental health and addictions care for Nova Scotians*. <https://novascotia.ca/dhw/mental-health/reports/Mental-Health-and-Addictions-Strategy-Together-We-Can.pdf>.
- ⁴³ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon. (2016). *Forward together: Yukon mental wellness strategy 2016-2026*. <http://www.hss.gov.yk.ca/pdf/mentalwellnessstrategy.pdf>.
<http://www.hss.gov.yk.ca/forwardtogether.php>.
- ⁴⁴ Régie de la santé des Premières Nations, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et Santé Canada. (2013). *A path forward: BC First Nations and Aboriginal people's mental wellness and substance use – 10 year plan*. https://www.fnha.ca/Documents/FNHA_MWSU.pdf.
- ⁴⁵ Gouvernement du Manitoba. (2011). *Rising to the challenge: A strategic plan for the mental health and well-being of Manitobans*.
- ⁴⁶ Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (2017). *Plan du Nouveau-Brunswick pour les familles – Soutenir les personnes ayant des dépendances et des problèmes de santé mentale*. https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/eco-bce/Promo/family_plan/santementale.pdf.
- ⁴⁷ Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. (2016). *Avancer ensemble – Stratégie relative à la santé mentale et à la toxicomanie*. https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/publications/pei_mentalhealthaddictions_strategy_moving_forward_fre.pdf.
- ⁴⁸ Gouvernement du Manitoba. (2011). *Rising to the challenge*.
- ⁴⁹ Commission de la santé mentale du Canada. (2016). *Pour faire progresser la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada : Cadre d'action (2017-2022)*.
- ⁵⁰ Services de santé de l'Alberta. (2017). *Valuing mental health*.
- ⁵¹ Stockdale Winder, F. (2014). *Working together for change: A 10 - year mental health and addictions action plan for Saskatchewan*.
- ⁵² Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. (2017). *The way forward — Towards recovery: The mental health and addictions action plan for Newfoundland and Labrador*.
- ⁵³ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319/>.
- ⁵⁴ Gouvernement du Manitoba. (2011). *Rising to the challenge*.
- ⁵⁵ Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. (2016). *Avancer ensemble – Stratégie relative à la santé mentale et à la toxicomanie*.
- ⁵⁶ Stockdale Winder. (2014).
- ⁵⁷ Gouvernement du Manitoba. (2011). *Rising to the challenge*.
- ⁵⁸ Service correctionnel Canada. (2019). *Stratégie sur la santé mentale*.
- ⁵⁹ Dupuis et autres. (2013).
- ⁶⁰ Schneider, R. D. (2010). Mental health courts and diversion programs: A global survey. *International Journal of Law and Psychiatry* volume 33, p. 201-206. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2010.07.001>.
- ⁶¹ Ferrazzi, P. et Krupa, T. (2016). Re: Mental health rehabilitation in therapeutic jurisprudence: Theoretical improvements. *International Journal of Law and Psychiatry*, volume 46, p. 42-49. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.028>.

-
- ⁶² Sapers, H. (2012). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2011-2012*. L'Enquêteur correctionnel du Canada. http://www.publications.gc.ca/collections/collection_2012/bec-oci/PS100-2012-fra.pdf.
- ⁶³ Institut canadien d'information sur la santé (2008). *Santé mentale, délinquance et activité criminelle*. https://secure.cihi.ca/free_products/mh_crime_full_report_apr11_08_f.pdf.
- ⁶⁴ Kouyoumdjian, F. G., Schuler, A., Hwang, S. W. et Matheson, F. I. (2015). Research on the health of people who experience detention or incarceration in Canada: A scoping review. *BMC Public Health*, 15, article 419, p. 1-8.
- ⁶⁵ Hiday, V. A. et Wales, H. W. (2013). Mental illness and the law. In C. S. Aneshensel, J. C. Phelan et A. Bierman (éditeurs.), *Handbook of the sociology of mental health* (2^e édition, p. 563-582). Springer.
- ⁶⁶ Sapers, H. (2011). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2010-2011*. L'Enquêteur correctionnel du Canada. <https://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20102011-fra.aspx>.
- ⁶⁷ Brown, G. P., Hirdes, J. P. et Fries, B. E. (2015). Measuring the prevalence of current, severe symptoms of mental health problems in a Canadian correctional population: Implications for delivery of mental health services for inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, volume 59, p. 27-50. <https://doi.org/10.1177/0306624X13507040>.
- ⁶⁸ Zinger, I. (18 juin 2012). *La santé mentale dans le système correctionnel fédéral* [exposé de conférence]. Conférence annuelle de l'Association canadienne des commissions et conseil des droits de la personne, Winnipeg, Manitoba. <https://www.oci-bec.gc.ca/cnt/comm/pdf/presentations/presentations20120618-fra.pdf>.
- ⁶⁹ Khan, S., Chiu, M., Simpson, A. I. F., Guttman, A., Jembere, N. et Kurdyak, P. (2016). Use of mental health services by youths and young adults before and during correctional custody: A population-based study. *Psychiatric Services*, volume 67, p. 790-793. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500085>.
- ⁷⁰ Kouyoumdjian, F., Schuler, A., Matheson, F. I. et Hwang, S. W. (2016). Health status of prisoners in Canada: Narrative review. *Canadian Family Physician*, volume 62, p. 215-222.
- ⁷¹ Sapers, H. (2014). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2013-2014*. L'Enquêteur correctionnel du Canada. <https://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/pdf/annrpt/annrpt20132014-fra.pdf>.
- ⁷² Comité permanent de la sécurité publique et nationale. (2010). *La santé mentale et la toxicomanie dans le système correctionnel fédéral*. <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/403/SECU/Reports/RP4864852/securp04/securp04-f.pdf>.
- ⁷³ Service correctionnel Canada. (2018). *Prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillons de la population carcérale et à l'admission* (document n° R-420) [résumé de recherche]. <https://www.csc-scc.gc.ca/005/008/092/r-420-fr.pdf>.
- ⁷⁴ Service correctionnel Canada. (2017). *Prévalence des troubles mentaux actuels chez les délinquantes détenues au SCC* (document n° ERR-16-23). <https://www.csc-scc.gc.ca/recherche/err-16-23-fra.shtml>.
- ⁷⁵ Beaudette, J. N. et Stewart, L. A. (2016). National prevalence of mental disorders among incoming Canadian male offenders. *Canadian Journal of Psychiatry*, volume 61, p. 624-632. <https://doi.org/10.1177/0706743716639929>.
- ⁷⁶ Sapers, H. (2009). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2008-2009*. L'Enquêteur correctionnel du Canada. <https://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20082009-fra.aspx>.
- ⁷⁷ Sittner Hartshorn, K. J., Whitbeck, L. B. et Prentice, P. (2015). Substance use disorders, comorbidity, and arrest among Indigenous adolescents. *Crime and Delinquency*, volume 61, p. 1311-1332. <https://doi.org/10.1177/0011128712466372>.
- ⁷⁸ Service correctionnel Canada. (2015). *La prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale nouvellement admis* (document n° R-357) [résumé de recherche]. <https://www.csc-scc.gc.ca/005/008/092/005008-0357-fra.pdf>.
- ⁷⁹ Service correctionnel Canada. (2013). *La prévalence des troubles mentaux chez les délinquants sous responsabilité fédérale nouvellement admis : régions de l'Atlantique, de l'Ontario et du Pacifique* (document n° ERR-13-3). <https://www.csc-scc.gc.ca/005/008/092/err13-3-fra.pdf>.

-
- ⁸⁰ Service correctionnel Canada. (2013). *La prévalence des troubles mentaux chez les délinquants sous responsabilité fédérale nouvellement admis : régions de l'Atlantique, de l'Ontario et du Pacifique*.
- ⁸¹ Service correctionnel Canada. (2018). *Prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillon de la population carcérale* (document n° R-406) [résumé de recherche]. <https://www.csc-scc.gc.ca/research/092/r-406-fr.pdf>.
- ⁸² Zinger, I. (18 juin 2012). *La santé mentale dans le système correctionnel fédéral* [exposé de conférence].
- ⁸³ Comité permanent de la sécurité publique et nationale. (2010). *La santé mentale et la toxicomanie dans le système correctionnel fédéral*.
- ⁸⁴ Sapers, H. (2009). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2008-2009*.
- ⁸⁵ Peters, Y. (2003). *Federally sentenced women with mental disabilities: A dark corner in Canadian human rights*. Réseau d'action des femmes handicapées du Canada (DAWN). <https://www.caefs.ca/wp-content/uploads/2013/05/dawn1.pdf>.
- ⁸⁶ Kouyoumdjian, Schuler et autres. (2016). Health status of prisoners in Canada: Narrative review.
- ⁸⁷ Lafortune, D. (2010). Prevalence and screening of mental disorders in short-term correctional facilities. *International Journal of Law and Psychiatry*, volume 33, p. 94-100. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.12.004>.
- ⁸⁸ Guebert, A. F. et Olver, M. E. (2014). An examination of criminogenic needs, mental health concerns, and recidivism in a sample of violent young offenders: Implications for risk, need, and responsivity. *International Journal of Forensic Mental Health*, volume 13, p. 295-310. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.955220>.
- ⁸⁹ Kouyoumdjian, Schuler et autres. (2016).
- ⁹⁰ Gretton, H. M. et Clift, R. J. (2011). The mental health needs of incarcerated youth in British Columbia, Canada. *International Journal of Law and Psychiatry*, volume 34, p. 109-115. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2011.02.004>.
- ⁹¹ Simpson et autres. (2013).
- ⁹² Institut canadien d'information sur la santé (2008). *Mental health, delinquency and criminal activity*.
- ⁹³ Almond, K., Simeonov, D., Dunn, M. et Gatson, J. (2014). *Stranded without personal belongings: Putting offenders with mental health issues at risk* [webinaire]. Human Services and Justice Coordinating Committee. <https://hsjc.on.ca/stranded-without-personal-belongings-putting-offenders-with-mental-health-issues-at-risk/>.
- ⁹⁴ Service correctionnel Canada. (2017). *Prévalence des troubles mentaux actuels chez les délinquantes détenues au SCC* (document n° ERR-16-23).
- ⁹⁵ Simpson et autres. (2013).
- ⁹⁶ Brown, G. P., Stewart, L. A., Rabinowitz, T., Boudreau, H. et Wright, A. J. (2018). Approved and off-label use of prescribed psychotropic medications among federal Canadian inmates. *Canadian Journal of Psychiatry*, volume 63, p. 683-691. <https://doi.org/10.1177/0706743718773734>.
- ⁹⁷ Comité permanent de la sécurité publique et nationale. (2010).
- ⁹⁸ Service correctionnel Canada. (2018). *Prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillons de la population carcérale et à l'admission* (document N° R-420).
- ⁹⁹ Beaudette et Stewart. (2016). National prevalence of mental disorders among incoming Canadian male offenders.
- ¹⁰⁰ Service correctionnel Canada. (2015). *La prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale nouvellement admis* (document n° R-357).
- ¹⁰¹ Service correctionnel Canada. (2013). *La prévalence des troubles mentaux chez les délinquants sous responsabilité fédérale nouvellement admis : régions de l'Atlantique, de l'Ontario et du Pacifique*.
- ¹⁰² Patten, S. B., Wang, J. L., Williams, J. V. A., Currie, S., Beck, C. A., Maxwell, C. J. et El-Guebaly, N. (2006). Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, volume 51, p. 84-90. <https://doi.org/10.1177/070674370605100204>.
- ¹⁰³ Statistique Canada (2020). *Indicateurs de la santé mentale* (tableau 13-10-0465-01). https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310046501&request_locale=fr.

-
- ¹⁰⁴ Zinger. (18 juin 2012).
- ¹⁰⁵ Service correctionnel Canada. (2013). La prévalence des troubles mentaux chez les délinquants sous responsabilité fédérale nouvellement admis : régions de l'Atlantique, de l'Ontario et du Pacifique.
- ¹⁰⁶ Service correctionnel Canada. (2018). *Prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillon de la population carcérale* (document n° R-406).
- ¹⁰⁷ Beaudette et Stewart. (2016).
- ¹⁰⁸ Green, S., Foran, J. et Kouyoumdjian, F. G. (2016). Access to primary care in adults in a provincial correctional facility in Ontario. *BMC Research Notes*, 9, article 461. <https://doi.org/10.1186/s13104-016-1935-4>.
- ¹⁰⁹ Sapers, H. (2014). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2013-2014*.
- ¹¹⁰ Brown et autres. (2018). Approved and off-label use of prescribed psychotropic medications among federal Canadian inmates.
- ¹¹¹ Kilty, J. M. (2012). "It's like they don't want you to get better": Psy control of women in the carceral context. *Feminism and Psychology*, volume 22, p. 162-182. <https://doi.org/10.1177/0959353512439188>.
- ¹¹² Matheson, F. I., Brazil, A., Doherty, S. et Forrester, P. (2015). A call for help: Women offenders' reflections on trauma care. *Women and Criminal Justice*, volume 25, p. 241-255. <https://doi.org/10.1080/08974454.2014.909760>.
- ¹¹³ *Services correctionnels de l'Ontario : Axes de réforme. Examen indépendant des Services correctionnels de l'Ontario*. (2017). https://www.mcscs.jus.gov.on.ca/french/Servicescorrectionnels/Examenind%C3%A9pendantdesServicescorrectionnelsdelOntario/Examenind%C3%A9pendantdesServicescorrectionnelsdel%E2%80%99OntarioAxesder%C3%A9forme_fr.html.
- ¹¹⁴ Kennedy, S. C., Tripodi, S. J. et Pettus-Davis, C. (2013). The relationship between childhood abuse and psychosis for women prisoners: Assessing the importance of frequency and type of victimization. *Psychiatric Quarterly*, 84, p. 439-453. <https://doi.org/10.1007/s11126-013-9258-2>.
- ¹¹⁵ Service correctionnel Canada. (2012). *Comparer les antécédents de traitement en santé mentale et de violence des participants autochtones et non autochtones au Programme national de traitement d'entretien à la méthadone (PNTEM)* (document n° RS-12-08) [résumé de recherche]. <https://www.csc-scc.gc.ca/005/008/092/rs12-08-fra.pdf>.
- ¹¹⁶ Penner, E. K., Roesch, R. et Viljoen, J. L. (2011). Young offenders in custody: An international comparison of mental health services. *International Journal of Forensic Mental Health*, volume 10, p. 215-232. <https://doi.org/10.1080/14999013.2011.598427>.
- ¹¹⁷ Rankin, J., Winsa, P. et Ng, H. (13 mars 2013). Unequal justice: Aboriginal and Black inmates disproportionately fill Ontario jails. *Toronto Star*. https://www.thestar.com/news/insight/2013/03/01/unequal_justice_aboriginal_and_black_inmates_disproportionately_fill_ontario_jails.html.
- ¹¹⁸ Green et autres. (2016). Access to primary care in adults in a provincial correctional facility in Ontario.
- ¹¹⁹ Gottfried, E. D. et Christopher, S. C. (2017). Mental disorders among criminal offenders: A review of the literature. *Journal of Correctional Health Care*, volume 23, p. 336-346. <https://doi.org/10.1177/1078345817716180>.
- ¹²⁰ Smith H. P., Sitren, A. H. et King, S. (2019). "A call to action" : mental illness and self-injurious behavior occurring in jails and prisons. *Journal of Health and Human Services Administration*, volume 14(4) p. 16-44.
- ¹²¹ Sapers, H. (2015). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2014-2015*. L'Enquêteur correctionnel du Canada. <https://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/pdf/annrpt/annrpt20142015-fra.pdf>.
- ¹²² Zinger, I. (2018). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2017-2018*. L'Enquêteur correctionnel du Canada. <https://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20172018-fra.aspx>.
- ¹²³ Smith et autres. (2019). "A call to action" : mental illness and self-injurious behavior occurring in jails and prisons.
- ¹²⁴ Kouyoumdjian, Schuler et autres. (2016).

-
- ¹²⁵ Simpson et autres. (2013).
- ¹²⁶ Stall, N. (19 février 2013). Agony behind bars [article de journal]. *CMAJ*, volume 185, p. 202-204. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-4391>.
- ¹²⁷ *Services correctionnels de l'Ontario : Axes de réforme. Examen indépendant des Services correctionnels de l'Ontario*. (2017).
- ¹²⁸ Institut canadien d'information sur la santé (2008).
- ¹²⁹ Zinger. (18 juin 2012).
- ¹³⁰ Tam, K. et Derkzen, D. (2014). *Exposure to trauma among women offenders: A review of the literature* (rapport n° R-333). Service correctionnel Canada http://www.publications.gc.ca/collections/collection_2016/scc-csc/PS83-3-333-fra.pdf.
- ¹³¹ Martin, M. S., Dorken, S. K., Colman, I., McKenzie, K. et Simpson, A. I. F. (2014). The incidence and prediction of self-injury among sentenced prisoners. *Canadian Journal of Psychiatry*, volume 59, p. 259-267. <https://doi.org/10.1177/070674371405900505>.
- ¹³² Dixon-Gordon, K., Harrison, N. et Roesch, R. (2012). Non-suicidal self-injury within offender populations: A systematic review. *International Journal of Forensic Mental Health*, volume 11, p. 33-50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>.
- ¹³³ Cesaroni, C. et Peterson-Badali, M. (2017). Ashley Smith and incarcerated young women: Marginalized at any age. *Canadian Journal of Law and Society*, volume 32, p. 249-267. <https://doi.org/10.1017/cls.2017.11>.
- ¹³⁴ Institut canadien d'information sur la santé (2008).
- ¹³⁵ Fazel, S. et Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis. *British Journal of Psychiatry*, volume 200, p. 364-373. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>.
- ¹³⁶ Colins, O., Vermeiren, R., Vreugdenhil, C., van den Brink, W., Doreleijers, T. et Broekaert, E. (2010). Psychiatric disorders in detained male adolescents: A systematic literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, volume 55, p. 255-263. <https://doi.org/10.1177/070674371005500409>.
- ¹³⁷ Gottfried et Christopher. (2017). Mental disorders among criminal offenders: A review of the literature.
- ¹³⁸ Stoliker, B. E. et Galli, P. M. (2019). An examination of mental health and psychiatric care among older prisoners in the United States. *Victims and Offenders*, volume 14, p. 480-509. <https://doi.org/10.1080/15564886.2019.1608883>.
- ¹³⁹ Moyes, H. C. A., Heath, J. J. et Dean, L. V. (2016). What can be done to improve outcomes for prisoners with a dual diagnosis? *Advances in Dual Diagnosis*, volume 9, p. 14-25. <https://doi.org/10.1108/ADD-07-2015-0016>.
- ¹⁴⁰ James, D. J. et Glaze, L. E. (2006). Mental health problems of prison and jail inmates. *Bureau of Justice Statistics Special Report*. <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/mhppji.pdf>.
- ¹⁴¹ Gottfried et Christopher. (2017).
- ¹⁴² Gottfried et Christopher. (2017).
- ¹⁴³ Moyes et autres. (2016). What can be done to improve outcomes for prisoners with a dual diagnosis?
- ¹⁴⁴ Dean, K., Parsons, V., Yee, N., Mackinnon, T., Chaplow, D. et Lines, K. (2013). *The justice system and mental health: A review of the literature*. Commission nationale de la santé mentale du gouvernement australien. <https://www.mentalhealthcommission.gov.au/getmedia/8e26fc6a-da7b-4b34-a724-536f10af375a/Monitoring/The-justice-system-and-mental-health.pdf>.
- ¹⁴⁵ Dean et autres. (2013). *The justice system and mental health: A review of the literature*.
- ¹⁴⁶ Fazel, S., Ramesh, T. et Hawton, K. (2017). Suicide in prisons: An international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry*, volume 4, p. 946-952. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30430-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30430-3).
- ¹⁴⁷ McLachlin, B. (2010). Medicine and the law: The challenges of mental illness. *Dalhousie Law Journal*, volume 33, p. 15-33.
- ¹⁴⁸ Chaimowitz. (2012).

-
- ¹⁴⁹ Chaimowitz. (2012).
- ¹⁵⁰ Kolodziejczak, O. et Sinclair, S. J. (2018). Barriers and facilitators to effective mental health care in correctional settings. *Journal of Correctional Health Care*, volume 24, p. 253-263. <https://doi.org/10.1177/1078345818781566>.
- ¹⁵¹ Kolodziejczak et Sinclair. (2018). Barriers and facilitators to effective mental health care in correctional settings.
- ¹⁵² Medicine and the law: The challenges of mental illness.
- ¹⁵³ McLachlin, B. (2010). Medicine and the law: The challenges of mental illness.
- ¹⁵⁴ McLachlin. (2010).
- ¹⁵⁵ McLachlin. (2010).
- ¹⁵⁶ Coalition pour la sécurité, la santé et le bien-être des communautés. (2009). *La santé mentale des jeunes et la justice : Renforcer l'intégration et la coordination* [compte rendu de la conférence]. <https://www.securitepublique.gc.ca/lbrr/archives/cnmcs-plcng/cn31432-fra.pdf>.
- ¹⁵⁷ McLachlin. (2010).
- ¹⁵⁸ Coalition pour la sécurité, la santé et le bien-être des communautés. (2009). *La santé mentale des jeunes et la justice : Renforcer l'intégration et la coordination*.
- ¹⁵⁹ Brink, J., Livingston, J., Desmarais, S., Greaves, C., Maxwell, V., Michalak, E., Parent, R., Verdun-Jones, S. et Weaver, C. (2011). *Étude portant sur les perceptions des personnes aux prises avec une maladie mentale à l'égard de la police et sur leurs interactions avec elle*. Commission de la santé mentale du Canada. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Law_How_People_with_Mental_Illness_Perceive_Interactive_Police_Study_FRE_1.pdf.
- ¹⁶⁰ Brink et autres (2011). *Étude portant sur les perceptions des personnes aux prises avec une maladie mentale à l'égard de la police et sur leurs interactions avec elle*.
- ¹⁶¹ Wilson, A. B., Bonfine, N., Farkas, K. J. et Duda-Banwar, J. (2017). Translating interventions that target criminogenic risk factors for use in community based mental health settings. *Community Mental Health Journal*, 53, p. 893-900. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0119-6>.
- ¹⁶² Wilson et autres (2017). Translating interventions that target criminogenic risk factors for use in community based mental health settings.
- ¹⁶³ Vogel, L. (2010). Pan-Canadian strategy being developed to tackle mental health in prisons [article de journal]. *CMAJ*, 182, E819-820. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-3722>.
- ¹⁶⁴ Michalski, J. H. (2017). Mental health issues and the Canadian criminal justice system. *Contemporary Justice Review*, volume 20, p. 2-25. <https://doi.org/10.1080/10282580.2016.1226817>.
- ¹⁶⁵ Hiday, V. A. et Burns, P. J. (2010). Mental illness and the criminal justice system. In Brown, T. N. et Scheid, T. L. (éditeurs), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (2^e édition, p. 478-498). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316471289>.
- ¹⁶⁶ Institut canadien d'information sur la santé (2008).
- ¹⁶⁷ Sinha, M. (2009). *Une recherche sur la faisabilité de recueillir des données sur les adultes et les jeunes souffrant de problèmes de santé mentale qui ont des démêlés avec le système de justice pénale* [N° 85-561-M-no. 16 au catalogue]. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-561-m/2009016/section-a-fra.htm>.
- ¹⁶⁸ Sinha, M. (2009). *Une recherche sur la faisabilité de recueillir des données sur les adultes et les jeunes souffrant de problèmes de santé mentale qui ont des démêlés avec le système de justice pénale*.
- ¹⁶⁹ Institut canadien d'information sur la santé (2008).
- ¹⁷⁰ Sinha. (2009).
- ¹⁷¹ Roy, L., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Latimer, E., Gozdzik, A., O'Campo, P. et Rae, J. (2016). Profiles of criminal justice system involvement of mentally ill homeless adults. *International Journal of Law and Psychiatry*, volume 45, p. 75-88.
- ¹⁷² Institut canadien d'information sur la santé (2008).
- ¹⁷³ Institut canadien d'information sur la santé (2008).

-
- ¹⁷⁴ Kennedy et autres. (2013). The relationship between childhood abuse and psychosis for women prisoners: Assessing the importance of frequency and type of victimization.
- ¹⁷⁵ Sinha. (2009).
- ¹⁷⁶ Peterson, J. K., Skeem, J. L., Hart, E., Vidal, S. et Keith, F. (2010). Analyzing offense patterns as a function of mental illness to test the criminalization process. *Psychiatric Services*, volume 61, p. 1217-1222. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.12.1217>.
- ¹⁷⁷ Haney, C. (2017). "Madness" and penal confinement: Some observations on mental illness and prison pain. *Punishment and Society*, 19, p. 310-326. <https://doi.org/10.1177/1462474517705389>.
- ¹⁷⁸ Simpson et autres. (2013).
- ¹⁷⁹ Peterson, J. et Heinz, K. (2016). Understanding offenders with serious mental illness in the criminal justice system. *Mitchell Hamline Law Review*, volume 42, p. 538-563. <http://open.mitchellhamline.edu/mhlr/vol42/iss2/3>.
- ¹⁸⁰ Simpson et autres. (2013).
- ¹⁸¹ Desai, A. (2013). *Vers un réseau intégré : travailler ensemble pour éviter la criminalisation de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale* (2^e édition). Société Saint-Léonard du Canada. <http://www.stleonards.ca/wp-content/uploads/2013/05/Vers-un-r%C3%A9seau-int%C3%A9gr%C3%A9-Travailler-ensemble-pour-%C3%A9viter-la-criminalisation-de-personnes-aux-prises-avec-des-probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-mentale-2008.pdf>.
- ¹⁸² Redlich, A. D. et Cusack, K. J. (2010). Mental health treatment in criminal justice settings. In B. L. Levin, K. D. Hennessy et J. Petrila (éditeurs), *Mental health services: A public health perspective* (3^e édition, p. 421-440). Oxford University Press.
- ¹⁸³ Copeland, W. E., Miller-Johnson, S., Keeler, G., Angold, A. et Costello, E. J. (2007). Childhood psychiatric disorders and young adult crime: A prospective, population-based study. *American Journal of Psychiatry*, volume 164, p. 1668-1675. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06122026>.
- ¹⁸⁴ Société John Howard de l'Ontario. (2015). *Unlocking change: Decriminalizing mental health issues in Ontario*. <http://www.johnhoward.on.ca/wp-content/uploads/2015/07/Unlocking-Change-Final-August-2015.pdf>.
- ¹⁸⁵ Simpson et autres. (2013).
- ¹⁸⁶ Roy et autres. (2016). Profiles of criminal justice system involvement of mentally ill homeless adults.
- ¹⁸⁷ Penner et autres. (2011). Young offenders in custody: An international comparison of mental health services.
- ¹⁸⁸ Copeland et autres. (2007). Childhood psychiatric disorders and young adult crime: A prospective, population-based study.
- ¹⁸⁹ Dean et autres. (2013).
- ¹⁹⁰ Hiday, V. A. (1995). The social context of mental illness and violence. *Journal of Health and Social Behavior*, volume 36(2), p. 122-137.
- ¹⁹¹ Tomlinson, M. F. (2018). A theoretical and empirical review of dialectical behavior therapy within forensic psychiatric and correctional settings worldwide. *International Journal of Forensic Mental Health*, volume 17, p. 72-95. <https://doi.org/10.1080/14999013.2017.1416003>.
- ¹⁹² Dumais, A., Côté, G., Larue, C., Goulet, M. H. et Pelletier, J.-F. (2014). Clinical characteristics and service use of incarcerated males with severe mental disorders: A comparative case-control study with patients found not criminally responsible. *Issues in Mental Health Nursing*, volume 35, p. 597-603. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.861885>.
- ¹⁹³ Galanek, J. D. (2013). The cultural construction of mental illness in prison: A perfect storm of pathology. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 37, p. 195-225. <https://doi.org/10.1007/s11013-012-9295-6>.
- ¹⁹⁴ Wilton, G. et Stewart, L. A. (2017). Outcomes of offenders with co-occurring substance use disorders and mental disorders. *Psychiatric Services*, 68, p. 704-709. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500391>.
- ¹⁹⁵ Galanek, J. D. (2013). The cultural construction of mental illness in prison: A perfect storm of pathology.
- ¹⁹⁶ Roy et autres. (2016).

-
- ¹⁹⁷ Wilton et Stewart. (2017). Outcomes of offenders with co-occurring substance use disorders and mental disorders.
- ¹⁹⁸ Wilton et Stewart. (2017).
- ¹⁹⁹ Roy et autres. (2016).
- ²⁰⁰ Service correctionnel Canada. (2015). *Facteurs de résilience liés à la mise en liberté réussie des délinquants atteints d'un trouble mental* (document n° R-336) [résumé de recherche]. <https://www.csc-scc.gc.ca/research/092/005008-r336-fra.pdf>.
- ²⁰¹ Raphael, D. (2016). Social determinants of health: Key issues and themes. In D. Raphael (éditeur), *Social determinants of health: Canadian perspectives* (3^e édition, p. 3-31). Canadian Scholars Press.
- ²⁰² Mikkonen, J. et Raphael, D. (2010). *Social determinants of health: The Canadian facts*. https://www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf.
- ²⁰³ Mikkonen, J. et Raphael, D. (2010). *Social determinants of health: The Canadian facts*.
- ²⁰⁴ Paradies, Y. (2006). A systematic review of empirical research of self-reported racism and health. *International Journal of Epidemiology*, volume 35, p. 888-901. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl056>.
- ²⁰⁵ Mikkonen et Raphael. (2010).
- ²⁰⁶ Mikkonen et Raphael. (2010).
- ²⁰⁷ Kouyoumdjian, Schuler et autres. (2016).
- ²⁰⁸ Kouyoumdjian, Schuler et autres. (2016).
- ²⁰⁹ Kouyoumdjian, Schuler et autres. (2016).
- ²¹⁰ Roy et autres. (2016).
- ²¹¹ Service correctionnel Canada. (2018). *Besoins en santé mentale des vétérans au sein du système correctionnel canadien : un bref aperçu* (document n° R-409) [résumé de recherche]. <https://www.csc-scc.gc.ca/005/008/092/r-409-fr.pdf>.
- ²¹² Chaimowitz. (2012).
- ²¹³ Chaimowitz. (2012).
- ²¹⁴ Butler, A. (2014). *Mental illness and the criminal justice system: A review of global perspectives and promising practices*. Centre international pour la réforme du droit criminel et la politique en matière de justice pénale. https://icclr.org/wp-content/uploads/2019/06/Mental-Illness-and-the-Criminal-Justice-System_Butler_ICCLR_0.pdf?x37853.
- ²¹⁵ McLachlin. (2010).
- ²¹⁶ Butler, A. (2014). *Mental illness and the criminal justice system: A review of global perspectives and promising practices*.
- ²¹⁷ Livingston, J.D. (2016). Criminal justice responses to people with mental illnesses. In J. V. Roberts et M. G. Grossman (éditeurs), *Criminal justice in Canada: A reader* (5^e édition, p. 199-210). Nelson Education.
- ²¹⁸ McLeod, K. E. et Martin, R. E. (2018). Health in correctional facilities is health in our communities [commentaire]. *CMAJ*, volume 190, e274-e275. <https://doi.org/10.1503/cmaj.171357>.
- ²¹⁹ Mikkonen et Raphael. (2010).
- ²²⁰ Bakken, N. W. et Visher, C. A. (2018). Successful reintegration and mental health: An examination of gender differences among reentering offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 45, p. 1121-1135. <https://doi.org/10.1177/0093854818774384>.
- ²²¹ Denton, M., Foster, M. et Bland, R. (2017). How the prison-to-community transition risk environment influences the experience of men with co-occurring mental health and substance use disorder. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 50, p. 39-55. <https://doi.org/10.1177/0004865815620703>.
- ²²² Sapers, H. (2013). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2012-2013*. L'Enquêteur correctionnel du Canada. <https://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/pdf/annrpt/annrpt20122013-fra.pdf>.

-
- ²²³ de Vogel, V. et Nicholls, T. L. (2016). Gender matters: An introduction to the special issues on women and girls. *International Journal of Forensic Mental Health*, volume 15, p. 1-25. <https://doi.org/10.1080/14999013.2016.1141439>.
- ²²⁴ Reitmanova, S. et Henderson, R. (2016). Aboriginal women and the Canadian criminal justice system. *Critical Social Work*, volume 17(2), p. 1-19. <https://doi.org/10.22329/csw.v17i2.5899>.
- ²²⁵ Reitmanova et Henderson. (2016). Aboriginal women and the Canadian criminal justice system.
- ²²⁶ Cross, L. E., Morrison, W., Peterson, P. et Domene, J. F. (2012). Investigating positive psychology approaches in case management and residential programming with incarcerated youth. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 46, p. 63-84.
- ²²⁷ Cross et autres. (2012). Investigating positive psychology approaches in case management and residential programming with incarcerated youth.
- ²²⁸ Coalition pour la sécurité, la santé et le bien-être des communautés. (2009).
- ²²⁹ Coalition pour la sécurité, la santé et le bien-être des communautés. (2009).
- ²³⁰ Coalition pour la sécurité, la santé et le bien-être des communautés. (2009).
- ²³¹ Bureau de l'enquêteur correctionnel. (21 janvier 2020). *Les Autochtones sous garde fédérale dépassent les 30 % - Énoncé des enjeux et défi de l'enquêteur correctionnel*.
- ²³² Roy et autres. (2016).
- ²³³ Roy et autres. (2016).
- ²³⁴ Rankin et autres. (13 mars 2013) Unequal justice: Aboriginal and Black inmates disproportionately fill Ontario jails.
- ²³⁵ Coalition pour la sécurité, la santé et le bien-être des communautés. (2009).
- ²³⁶ Gutierrez, L., Chadwick, N. et Wanamaker, K. A. (2018). Culturally relevant programming versus the status quo: A meta-analytic review of the effectiveness of treatment of Indigenous offenders. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, volume 60, p. 321-353. <https://doi.org/10.3138/cjccj.2017-0020.r2>.
- ²³⁷ de Vogel et Nicholls. (2016). Gender matters: An introduction to the special issues on women and girls.
- ²³⁸ McLeod-Shabogesic, D. et Kruger, L. A. (2015, November 17). *Meeting the needs of Aboriginal women in Ontario corrections through programs and services* [présentation]. Toronto, Ontario. Human Services and Justice Coordinating Committee. <https://hsjcc.on.ca/wp-content/uploads/Meeting-the-Needs-of-Aboriginal-Women-in-Ontario-Corrections-Through-Programs-and-Services-2015-11-17.pdf>.
- ²³⁹ Kouyoumdjian, Schuler et autres. (2016).
- ²⁴⁰ Kouyoumdjian, Schuler et autres. (2016).
- ²⁴¹ Hiday et Wales. (2013). Mental illness and the law.
- ²⁴² Hiday et Wales. (2013).
- ²⁴³ Kouyoumdjian et autres. (2015). Research on the health of people who experience detention or incarceration in Canada: A scoping review.
- ²⁴⁴ Lafortune, D. (2010). Prevalence and screening of mental disorders in short-term correctional facilities.
- ²⁴⁵ Martin, M. S., Hynes, K., Hatcher, S. et Colman, I. (2016). Diagnostic error in correctional mental health: Prevalence, causes, and consequences. *Journal of Correctional Health Care*, 22(2), p. 109-117. <https://doi.org/10.1177/1078345816634327>.
- ²⁴⁶ Martin et autres. (2016). Diagnostic error in correctional mental health: Prevalence, causes, and consequences.
- ²⁴⁷ Martin et autres. (2016).
- ²⁴⁸ Société John Howard de l'Ontario, (2015). *Unlocking change : Decriminalizing mental health issues in Ontario*.
- ²⁴⁹ Simpson et al. (2013).
- ²⁵⁰ Société John Howard de l'Ontario, (2015).

-
- ²⁵¹ Olley, M. C., Nicholls, T. L. et Brink, J. (2009). Mentally ill individuals in limbo : Obstacles and opportunities for providing psychiatric services to corrections inmates with mental illness. *Behavioral Sciences and the Law*, vol. 27 (2003), p. 811-831.
- ²⁵² Moore, K. E., Folk, J. B., Boren, E. A., Tangney, J. P., Fischer, S. et Schrader, S. W. (2018). Pilot study of a brief dialectical behavior therapy skills group for jail inmates. *Psychological Services*, vol. 15, p. 1-98.
- ²⁵³ Oliffe, J. L., Hanberg, D., Hannan-Leith, M. N., Bergen, C. et Martin, R. E. (2018). « Do you want to go forward or do you want to go under? » : Men's mental health in and out of prison. *American Journal of Men's Health*, vol. 12(5), p. 1235-1246.
- ²⁵⁴ Malakieh, J. (2019). Statistiques sur les services correctionnels pour les adultes et les jeunes au Canada, 2017-2018 (Cat. no 85-002-X). *Juristat*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2019001/article/00010-fra.htm>
- ²⁵⁵ Société John Howard de l'Ontario, (2015).
- ²⁵⁶ Société John Howard de l'Ontario, (2016). *Fractured care : Public health opportunities in Ontario's correctional institutions*. <https://johnhoward.on.ca/wp-content/uploads/2016/04/Fractured-Care-Final.pdf>
- ²⁵⁷ Simpson et al. (2013).
- ²⁵⁸ *Services correctionnels de l'Ontario : Axes de réforme : Examen indépendant des Services correctionnels de l'Ontario*. (2017).
- ²⁵⁹ Mikkonen et Raphael. (2010).
- ²⁶⁰ Société John Howard de l'Ontario, (2015).
- ²⁶¹ Société John Howard de l'Ontario, (2015).
- ²⁶² Trach et Mardon. (27 octobre 2016). Looking at mental health courts : Should Alberta pursue them?
- ²⁶³ Bursac, R., Raffa, L., Solimo, A., Bell, C. et Ford, E. (2018). Boundary-spanning care : Reducing psychiatric rehospitalization and self-injury in a jail population. *Journal of Correctional Health Care*, vol. 24, p. 365-370. <https://doi.org/10.1177/1078345818792055>
- ²⁶⁴ Zinger, I. (2018). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel, 2017-2018*.
- ²⁶⁵ Bursac et al. (2018). Boundary-spanning care : Reducing psychiatric rehospitalization and self-injury in a jail population.
- ²⁶⁶ Oliffe et al. (2018). « Do you want to go forward or do you want to go under? » : Men's mental health in and out of prison.
- ²⁶⁷ Simpson et al. (2013).
- ²⁶⁸ Institut canadien d'information sur la santé (2008).
- ²⁶⁹ Bakken et Visher. (2018). Successful reintegration and mental health : An examination of gender differences among reentering offenders.
- ²⁷⁰ Denton et al. (2017). How the prison-to-community transition risk environment influences the experience of men with co-occurring mental health and substance use disorder.
- ²⁷¹ Housing, Health, and Justice Community of Interest. (2019). *Closed quarters : Challenges and opportunities in stabilizing housing and mental health across the justice sector*. Evidence Exchange Network. https://www.eenet.ca/sites/default/files/2018/Housing%20Health%20and%20Justice%20COI%20Report-%20Final%20-%20Feb%2014%202019_0.pdf
- ²⁷² Société John Howard de l'Ontario, (2017). *The counter point*, Vol. 8. <https://johnhoward.on.ca/wp-content/uploads/2017/03/Counterpoint-Health-Care.pdf>
- ²⁷³ Møllerhøj, J. et Stølen, L. O. (2018). « First and foremost a human being . . . » : User perspectives on mental health services from 50 mentally disordered offenders. *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 72, p. 593-598. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1502352>
- ²⁷⁴ Commission de la santé mentale du Canada, (2014). *Rapport final du projet pancanadien : Projet pancanadien At Home/Chez Soi* .

https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_At_Home_Report_%252528National_Cross-Site%252529_FRE_0.pdf

²⁷⁵ Housing, Health, and Justice Community of Interest. (2019). *Closed quarters : Challenges and opportunities in stabilizing housing and mental health across the justice sector.*

²⁷⁶ Housing, Health, and Justice Community of Interest. (2019).

²⁷⁷ Kouyoumdjian, F. G., Kiefer, L., Wobeser, W., Gonzalez, A. et Hwang, S. W. (2016). Mortality over 12 years of follow-up in people admitted to provincial custody in Ontario : A prospective cohort study. *CMAJ Open*, 4, e153-e161. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20150098>

²⁷⁸ Dean et al. (2013).

²⁷⁹ Denton et al. (2017).

²⁸⁰ Société John Howard de l'Ontario, (2017). *The counter point*, Vol. 8.

²⁸¹ Kouyoumdjian, Kiefer et al. (2016). Mortality over 12 years of follow-up in people admitted to provincial custody in Ontario : A prospective cohort study.

²⁸² Shantz, L. R. et Frigon, S. (2009). Aging, women and health : From the pains of imprisonment to the pains of reintegration. *International Journal of Prisoner Health*, vol. 5, p. 3-15. <https://doi.org/10.1080/17449200802692045>

²⁸³ Chaimowitz. (2012).

²⁸⁴ Peters, Y. (2003). *Federally sentenced women with mental disabilities : A dark corner in Canadian human rights.*

²⁸⁵ Martin, M. S., Potter, B. K., Crocker, A. G., Wells, G. A., Grace, R. M. et Colman, I. (2018). Mental health treatment patterns following screening at intake to prison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 86, p. 15-23. <https://doi.org/10.1037/ccp0000259>

²⁸⁶ Société John Howard de l'Ontario, (2015).

²⁸⁷ Frank, R. G. et McGuire, T. G. (2010). Mental health treatment and criminal justice outcomes. Dans P. J. Cook, J. Ludwig et McCrary, J. (Éd.), *Controlling crime : Strategies and tradeoffs* (p. 167-207). University of Chicago Press.

²⁸⁸ Møllerhøj et Stølen. (2018). « First and foremost a human being . . . » : User perspectives on mental health services from 50 mentally disordered offenders.

²⁸⁹ Martin et al. (2018). Mental health treatment patterns following screening at intake to prison.

²⁹⁰ Nordberg, A. (2015). Liminality and mental health court diversion : An interpretative phenomenological analysis of offender experiences. *British Journal of Social Work*, vol. 45, p. 2441-2457. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcu104>

²⁹¹ Nordberg, A. (2015). Liminality and mental health court diversion : An interpretative phenomenological analysis of offender experiences.

²⁹² Martin et al. (2018).

²⁹³ Redlich, A. D., Steadman, H. J. Robbins, P. C. et Swanson, J. W. (2006). Use of the criminal justice system to leverage mental health treatment : Effects on treatment adherence and satisfaction. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 34, p. 292-299. <http://jaapl.org/content/jaapl/34/3/292.full.pdf>

²⁹⁴ Monahan, J., Redlich, A. D., Robbins, P. C., Swanson, J., Appelbaum, P. S., Petrila, J. D., Steadman, H. J., Swartz, M., Angell, B. et McNiel, D. E. (2005). Use of leverage to improve adherence to psychiatric treatment in the community. *Psychiatric Services*, vol. 56, p. 37-44. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.1.37>

²⁹⁵ Monahan et al. (2005). Use of leverage to improve adherence to psychiatric treatment in the community.

²⁹⁶ Hiday, V. A. (1995). The social context of mental illness and violence.

²⁹⁷ Burns, T., Yeeles, K., Molodynski, A., Nightingale, H., Vazquez-Montes, M., Sheehan, K. et Linsell, L. (2011). Pressures to adhere to treatment ("leverage") in English mental healthcare. *British Journal of Psychiatry*, vol. 199, p. 145-150. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.086827>

²⁹⁸ McNiel, D. E., Gormley, B. et Binder, R. L. (2013). Leverage, the treatment relationships, and treatment participation. *Psychiatric Services*, vol. 64(5), p. 431-436.

-
- ²⁹⁹ Livingston, J. D., Weaver, C., Hall, N. et Verdun-Jones, S. (2008). *Criminal justice diversion for persons with mental disorders: A review of best practices*. Association canadienne pour la santé mentale (Colombie-Britannique). <https://cmha.bc.ca/wp-content/uploads/2016/07/DiversionBestPractices.pdf>
- ³⁰⁰ Frank et McGuire. (2010). *Mental health treatment and criminal justice outcomes*.
- ³⁰¹ Frank et McGuire. (2010).
- ³⁰² Nordberg, A. (2015). Liminality and mental health court diversion : An interpretative phenomenological analysis of offender experiences.
- ³⁰³ Munetz, M. R., Ritter, C., Teller, J. L. S. et Bonfine, N. (2014). Mental health court and assisted outpatient treatment : Perceived coercion, procedural justice, and program impact. *Psychiatric Services*, vol. 65, p. 352-358. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.1.37>
- ³⁰⁴ Munetz et al. (2014). Mental health court and assisted outpatient treatment : Perceived coercion, procedural justice, and program impact.
- ³⁰⁵ Galanek. (2013).
- ³⁰⁶ Archambault, K., Joubert, D. et Brown, G. (2013). Gender, psychiatric symptomatology, problem behaviors and mental health treatment in a Canadian provincial correctional population : Disentangling the associations between care and institutional control. *International Journal of Forensic Mental Health*, vol. 12, p. 93-106. <https://doi.org/10.1080/14999013.2013.787560>
- ³⁰⁷ Archambault et al. (2013). Gender, psychiatric symptomatology, problem behaviors and mental health treatment in a Canadian provincial correctional population : Disentangling the associations between care and institutional control.
- ³⁰⁸ Brown et al. (2018).
- ³⁰⁹ Shantz et Frigon. (2009). Aging, women and health : From the pains of imprisonment to the pains of reintegration.
- ³¹⁰ Martin et al. (2018).
- ³¹¹ Cesaroni et Peterson-Badali. (2017). Ashley Smith and incarcerated young women : Marginalized at any age.
- ³¹² Cross et al. (2012).
- ³¹³ Sapers, H. (2012). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel, 2011-2012*.
- ³¹⁴ Stall, N. (19 février 2013). Agony behind bars.
- ³¹⁵ Haney, C. (2017). « Madness » and penal confinement : Some observations on mental illness and prison pain.
- ³¹⁶ Kelsall, D. (2014). Cruel and usual punishment : Solitary confinement in Canadian prisons [éditorial]. *CMAJ*, 186, 1345. <https://doi.org/10.1503/cmaj.141419>
- ³¹⁷ Webster, P. (6 janvier 2015). Controls over solitary confinement needed [article de presse]. *CMAJ*, 187, e3-e4. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-4943>
- ³¹⁸ Webster, P. (2019). Canadian prisons face new legal challenges over mental health. *Lancet Psychiatry*, vol. 6, 567-569. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30228-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30228-7)
- Sapers, H. (2011). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel, 2010-2011*.
- ³²⁰ Olley et al. (2009). Mentally ill individuals in limbo : Obstacles and opportunities for providing psychiatric services to corrections inmates with mental illness.
- ³²¹ Iftene, A. (2016). Unlocking the doors to Canadian older inmate mental health data : Rates and potential legal responses. *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 47, p. 36-44. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.032>
- ³²² Haney. (2017).
- ³²³ Kolodziejczak et Sinclair. (2018).
- ³²⁴ *Services correctionnels de l'Ontario : Axes de réforme : Examen indépendant des Services correctionnels de l'Ontario*. (2017).
- ³²⁵ *Services correctionnels de l'Ontario : Axes de réforme : Examen indépendant des Services correctionnels de l'Ontario*. (2017).

-
- ³²⁶ Chaimowitz. (2012).
- ³²⁷ Institut canadien d'information sur la santé. (2008).
- ³²⁸ Société John Howard de l'Ontario, (2017).
- ³²⁹ Haney. (2017).
- ³³⁰ Haney. (2017).
- ³³¹ Dubé, P. (2017). *Les oubliés de la surveillance*. Ombudsman Ontario.
https://www.ombudsman.on.ca/Files/sitemedia/Documents/Resources/Reports/SORT/Out_of_Oversight-FR-accessible.pdf
- Sapers, H. (2013). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel, 2012-2013*.
- ³³³ Iftene, A. (2016). Unlocking the doors to Canadian older inmate mental health data : Rates and potential legal responses.
- ³³⁴ Service correctionnel Canada. (2017). *Troubles mentaux concomitants : prévalence et incidence sur les résultats en établissement* (Document no R-379) [Faits saillants de la recherche]. <https://www.csc-scc.gc.ca/005/008/092/r-379-fra.pdf>
- ³³⁵ *Services correctionnels de l'Ontario : Axes de réforme : Examen indépendant des Services correctionnels de l'Ontario*. (2017).
- ³³⁶ Redlich et Cusack. (2010). Mental health treatment in criminal justice settings.
- ³³⁷ Webster, P. (2019). Canadian prisons face new legal challenges over mental health.
- ³³⁸ Sapers. (2011).
- ³³⁹ Olley et al. (2009).
- ³⁴⁰ Sapers. (2011).
- ³⁴¹ Sapers. (2011).
- ³⁴² Sapers. (2011).
- ³⁴³ de Vogel et Nicholls. (2016).
- ³⁴⁴ *Services correctionnels de l'Ontario : Axes de réforme : Examen indépendant des Services correctionnels de l'Ontario*. (2017).
- ³⁴⁵ Iftene. (2016).
- ³⁴⁶ Iftene. (2016).
- ³⁴⁷ Bromwich, R. et Kilty, J. M. (2017). Droit, vulnérabilités et isolement cellulaire : Qu'avons-nous appris de la mort d'Ashley Smith en détention? *Revue canadienne Droit et société*, vol. 32, p. 157-164.
<https://doi.org/10.1017/cls.2017.10>
- ³⁴⁸ Kaiser-Derrick, E. (2017). Intensifying the incarceration of the vulnerable legal subject : Correctional treatment of Ashley Smith as a source of legal norms. *Revue canadienne Droit et société*, vol. 32, p. 229-248.
<https://doi.org/10.1017/cls.2017.7>
- ³⁴⁹ Office of the New Brunswick Ombudsman and Child and Youth Advocate. (2008). The Ashley Smith Report.
<https://www.ombudnb.ca/site/images/PDFs/AshleySmith-e.pdf>
- ³⁵⁰ Kaiser-Derrick, E. (2017). Intensifying the incarceration of the vulnerable legal subject : Correctional treatment of Ashley Smith as a source of legal norms.
- ³⁵¹ Kaiser-Derrick. (2017).
- ³⁵² Kelsall, D. (2014). Cruel and usual punishment : Solitary confinement in Canadian prisons.
- ³⁵³ Dubé, P. (2017). *Les oubliés de la surveillance*.
- ³⁵⁴ Webster, P. (2015). Controls over solitary confinement needed.
- ³⁵⁵ Service correctionnel Canada. (2017). *Troubles mentaux concomitants : prévalence et incidence sur les résultats en établissement*.
- ³⁵⁶ Société de schizophrénie de l'Ontario. (2012).
- ³⁵⁷ Société John Howard de l'Ontario, (2017).

-
- ³⁵⁸Simpson et al. (2013).
- ³⁵⁹ Dubé. (2017).
- ³⁶⁰ Sapers. (2012).
- ³⁶¹ Dubé. (2017).
- ³⁶² Chaimowitz. (2012).
- ³⁶³ McLeod et Martin. (2018). La santé dans les établissements de détention, c'est la santé dans nos communautés.
- ³⁶⁴ Tait, C. L., Mela, M., Boothman, G. et Stoops, M. A. (2017). The lived experience of paroled offenders with fetal alcohol spectrum disorder and comorbid psychiatric disorder. *Transcultural Psychiatry*, vol. 54, p. 107-124. <https://doi.org/10.1177/1363461516689216>
- ³⁶⁵ Redlich et Cusack. (2010).
- ³⁶⁶ Sinha. (2009).
- ³⁶⁷ McLachlin. (2010).
- ³⁶⁸ Coalition pour la sécurité, la santé et le bien-être des communautés. (2009).
- ³⁶⁹ Redlich et Cusack. (2010).
- ³⁷⁰ Manjunath, A., Gillham, R., Semele, C. et Taylor, P. J. (2018). Serving a community sentence with a mental health treatment requirement : Offenders' perspectives. *Criminal Behaviour and Mental Health*, vol. 28, p. 492-502. <https://doi.org/10.1002/cbm.2096>
- ³⁷¹ Derrick, A. (2010). "We shall not cease from exploration" : Narratives from the Hyde inquiry about mental health and criminal justice. *Dalhousie Law Journal*, vol. 33, p. 35-62.
- ³⁷² Manjunath et al. (2018). Serving a community sentence with a mental health treatment requirement : Offenders' perspectives.
- ³⁷³ Martin et al. (2018).
- ³⁷⁴ Peterson et Heinz. (2016). Understanding offenders with serious mental illness in the criminal justice system.
- ³⁷⁵ Power, J., Usher, A. M. et Beaudette, J. N. (2015). Non-suicidal self-injury in male offenders : Initiation, motivations, emotions, and precipitating events. *International Journal of Forensic Mental Health*, vol. 14, p. 147-160. <https://doi.org/10.1080/14999013.2015.1073196>
- ³⁷⁶ Power, Usher et Beaudette. (2015). Non-suicidal self-injury in male offenders : Initiation, motivations, emotions, and precipitating events.
- ³⁷⁷Simpson et al. (2013).
- ³⁷⁸ Service correctionnel Canada. (2013). La prévalence des troubles mentaux chez les délinquants sous responsabilité fédérale nouvellement admis : régions de l'Atlantique, de l'Ontario et du Pacifique.
- ³⁷⁹ Commission de la santé mentale du Canada, (2014).
- ³⁸⁰ Commission de la santé mentale du Canada, (2014).
- ³⁸¹ Seto, M. C., Basarke, S., Healey, L. V. et Sirotych, F. (2018). Correlates of mental health diversion completion in a Canadian consortium. *International Journal of Forensic Mental Health*, vol. 17, p. 1-12. <https://doi.org/10.1080/14999013.2017.1405123>
- ³⁸² Crocker et al. (2015).
- ³⁸³ Sirotych, F., Durbin, A., Suttor, G., Um, S. et Fang, L. (2018). Seeking supportive housing : Characteristics, needs and outcomes of applicants to the Access Point. Access Point. <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2018/04/The-Access-Point-Waiting-List-Analysis-Full-Report.pdf>
- ³⁸⁴ Denton, et al. (2017).
- ³⁸⁵ Denton et al. (2017).
- ³⁸⁶ Simpson, A. I. F. et Jones, R. M. (2018). Two challenges affecting access to care for inmates with serious mental illness : Detecting illness and acceptable services. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 63, p. 648-650. <https://doi.org/10.1177/0706743718792844>

-
- ³⁸⁷ Tam, L. (2017). Agitation and sudden death : Containing Black detainee affect. *American Quarterly*, vol. 69, p. 339-345. <https://doi.org/10.1353/aq.2017.0030>
- ³⁸⁸ Martin et al. (2018).
- ³⁸⁹ Redlich et Cusack. (2010).
- ³⁹⁰ Sirotich et al. (2018). Seeking supportive housing : Characteristics, needs and outcomes of applicants to the Access Point.
- ³⁹¹ Cesaroni et Peterson-Badali. (2017).
- ³⁹² Beaudette, J., Power, J. et Ritchie, M. (2018). Enquête adaptée à la culture et respectueuse des valeurs culturelles sur la cessation de l'automutilation chez les délinquants autochtones : Points de vue du personnel et des délinquants. *Canadian Journal of Native Studies*, vol. 38(2), p. 1-23.
- Sapers, H. (2015). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel, 2014-2015*.
- ³⁹⁴ Sapers. (2015).
- ³⁹⁵ Sapers. (2015).
- ³⁹⁶ Khan et al. (2016). Use of mental health services by youths and young adults before and during correctional custody : A population-based study.
- ³⁹⁷ Sapers. (2015).
- ³⁹⁸ Shaw, M. (2000). Women, violence and disorder in prison. Dans : K. Hannah-Moffat et M. Shaw (éd.). *An Ideal prison? Critical essays on Women's Imprisonment in Canada* (p. 61-70). Fernwood Publishing.
- ³⁹⁹ Usher, A., Power, J. et Wilton, G. (2010). *Automutilation en milieu carcéral - évaluation, intervention et prévention* (Document no 2010-no R-220). Service correctionnel Canada. <https://www.csc-scc.gc.ca/recherche/005008-0220-fra.shtml>
- ⁴⁰⁰ Iftene. (2016).
- ⁴⁰¹ Sapers. (2015).
- ⁴⁰² Sapers. (2015).
- ⁴⁰³ Sapers. (2015).
- ⁴⁰⁴ McLachlin. (2010).
- ⁴⁰⁵ Hiday et Wales. (2013).
- ⁴⁰⁶ Sapers. (2015).
- ⁴⁰⁷ Sapers. (2015).
- ⁴⁰⁸ Hiday et Wales. (2013).
- ⁴⁰⁹ Ferrazzi et Krupa. (2016). Re : Mental health rehabilitation in therapeutic jurisprudence : Theoretical improvements.
- ⁴¹⁰ Ferrazzi et Krupa. (2016).
- ⁴¹¹ Sapers. (2009).
- ⁴¹² Dumais et al. (2014). Clinical characteristics and service use of incarcerated males with severe mental disorders : A comparative case-control study with patients found not criminally responsible.
- ⁴¹³ Campbell, M. A., Adams, N., Ennis, A. et Canales, D. (2015). *Prospective evaluation of the Nova Scotia mental health court: An examination of short term outcomes*. University of New Brunswick Centre for Criminal Justice Studies. https://www.courts.ns.ca/provincial_court/NSPC_documents/Evaluation_Report_NS_MHC_15_04_16.pdf
- ⁴¹⁴ Durbin, A., Sirotich, F. et Durbin, J. (2014). Predictors of unmet need for medical care among justice-involved persons with mental illness. *Psychiatric Services*, vol. 65, p. 826-829. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300301>
- ⁴¹⁵ Peterson et Heinz. (2016).
- ⁴¹⁶ Nordberg, A. (2016). Therapeutic governmentality and biopower in a Canadian mental health court. *Biosocieties*, vol. 11, p. 240-261. <https://doi.org/10.1057/biosoc.2015.36>
- ⁴¹⁷ Kaiser-Derrick. (2017).

-
- ⁴¹⁸ Redlich et Cusack. (2010).
- ⁴¹⁹ Frank et McGuire. (2010).
- ⁴²⁰ Watts, J. et Weinrath, M. (2017). The Winnipeg mental health court : Preliminary findings on program implementation and criminal justice outcomes. *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 36, p. 67-82. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2017-005>
- ⁴²¹ Dean et al. (2013).
Association canadienne pour la santé mentale (Ontario). (2019). *Racialized populations and mental health court diversion*. <http://ontario.cmha.ca/wp-content/uploads/2019/05/Racialized-Populations-and-MH-Court-Diversion-May-2019.pdf>
- ⁴²³ Penner, et al. (2011).
- ⁴²⁴ Sirotych et al. (2018).
- ⁴²⁵ Livingston, J.D. (2009). *Mental health and substance use services in correctional settings : A review of minimum standards and best practices*. International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy. https://icclr.org/wp-content/uploads/2019/06/Mental_Health.pdf?x37853
- ⁴²⁶ Dean et al. (2013).
- ⁴²⁷ Kolodziejczak et Sinclair. (2018).
- ⁴²⁸ Haney. (2017).
- ⁴²⁹ Besney, J. D., Angel, C., Pyne, D., Martell, R., Keenan, L. et Ahmed, R. (2018). Addressing women's unmet health care needs in a Canadian remand centre : Catalyst for improved health? *Journal of Correctional Health Care*, vol. 24, p. 276-294. <https://doi.org/10.1177/1078345818780731>
- ⁴³⁰ Tamburello, A. C. et Ferguson, E. (2016). Better prescribing in correctional facilities. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 27, p. 29-33. <https://doi.org/10.1353/hpu.2016.0055>
- ⁴³¹ Société John Howard de l'Ontario, (2016). *Fractured care : Public health opportunities in Ontario's correctional institutions*.
- ⁴³² Malakieh, J. H. (2017). Mental health issues and the Canadian criminal justice system.
- ⁴³³ Dupuis et al. (2013).
- ⁴³⁴ Crocker et al. (2015).
- ⁴³⁵ Hiday et Wales. (2013).
- ⁴³⁶ Iftene. (2016).
- ⁴³⁷ Haesen, S., Merkt, H., Imber, A., Elger, B. et Wangmo, T. (2019). Substance use and other mental health disorders among older prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 62, p. 20-31. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.10.004>
- ⁴³⁸ Zinger. (2018).
- ⁴³⁹ Sapers. (2014).
- ⁴⁴⁰ Khan et al. (2016).
- ⁴⁴¹ Cossy, L. S. et Miller, L. T. (2013). A descriptive study of primary health care practices in Ontario's youth custody facilities. *Paediatrics and Child Health*, vol. 18, p. 523-528. <https://doi.org/10.1093/pch/18.10.523>
- ⁴⁴² Brown et al. (2018).
- ⁴⁴³ Archambault et al. (2013).
- ⁴⁴⁴ Oliffe et al. (2018).
- ⁴⁴⁵ Redlich et Cusack. (2010).
- ⁴⁴⁶ Sapers. (2011).
- ⁴⁴⁷ Besney et al. (2018). Addressing women's unmet health care needs in a Canadian remand centre : Catalyst for improved health?
- ⁴⁴⁸ Dupuis et al. (2013).

-
- ⁴⁴⁹ Sapers. (2014).
- ⁴⁵⁰ Service correctionnel Canada. (2018). *Analyse documentaire sur les difficultés liées à l'accès aux services et aux soins de santé pour les délinquants aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie pendant leur transition de l'incarcération vers la collectivité* (Document no R-398) [Faits saillants de la recherche]. <https://www.csc-scc.gc.ca/research/r-398-fr.shtml>
- ⁴⁵¹ Dumais et al. (2014).
- ⁴⁵² Michalski. (2017).
- ⁴⁵³ Kouyoumdjian et al. (2015).
- ⁴⁵⁴ Shantz et Frigon. (2009).
- ⁴⁵⁵ Service correctionnel Canada. (2018). *Analyse documentaire sur les difficultés liées à l'accès aux services et aux soins de santé pour les délinquants aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie pendant leur transition de l'incarcération vers la collectivité*
- ⁴⁵⁶ Sapers, H. (2014).
- ⁴⁵⁷ Livingston, J. D., Chu, K., Milne, T. et Brink, J. (2015). Probationers mandated to receive forensic mental health services in Canada : Risks/needs, service delivery, and intermediate outcomes. *Psychology, Public Policy, and Law*, vol. 21, p. 72-84. <https://doi.org/10.1037/law0000031>
- ⁴⁵⁸ Tam, L. (2017). Agitation and sudden death : Containing Black detainee affect.
- ⁴⁵⁹ Livingston et al. (2008). *Criminal justice diversion for persons with mental disorders: A review of best practices*.
- ⁴⁶⁰ Sirotych, F. (2009). The criminal justice outcomes of jail diversion programs for persons with mental illness : A review of the evidence. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 37, p. 461-472. <http://jaapl.org/content/37/4/461>
- ⁴⁶¹ Butler, A. (2014).
- ⁴⁶² Desai, A. (2013). *Towards an integrated network : Working together to avoid criminalization of people with mental health problems*.
- Redlich et Cusack. (2010).
- ⁴⁶⁴ Schneider, R. D. (2010). Mental health courts and diversion programs : A global survey.
- ⁴⁶⁵ Schneider. (2010).
- ⁴⁶⁶ Schneider. (2010).
- ⁴⁶⁷ Campbell, M. A., Canales, D. D., Wei, R., Totten, A. E., Macaulay, W. A. C. et Wershler, J. L. (2015). Multidimensional evaluation of a mental health court : Adherence to the risk-need-responsivity model. *Law and Human Behavior*, p. 489-502. <https://doi.org/10.1037/lhb0000135>
- ⁴⁶⁸ Michalski. (2017).
- ⁴⁶⁹ Institut canadien d'information sur la santé (2008).
- ⁴⁷⁰ Institut canadien d'information sur la santé (2008).
- ⁴⁷¹ Schneider. (2010).
- ⁴⁷² Institut canadien d'information sur la santé (2008).
- ⁴⁷³ Watts et Weinrath. (2017). The Winnipeg mental health court : Preliminary findings on program implementation and criminal justice outcomes.
- ⁴⁷⁴ Watts et Weinrath. (2017).
- ⁴⁷⁵ Seto et al. (2018). Correlates of mental health diversion completion in a Canadian consortium. Institut canadien d'information sur la santé (2008).
- ⁴⁷⁷ Schneider. (2010).
- ⁴⁷⁸ Schneider. (2010).
- ⁴⁷⁹ Schneider. (2010).

-
- ⁴⁸⁰ Campbell, Adams et al. (2015). *Prospective evaluation of the Nova Scotia mental health court: An examination of short term outcomes*.
- ⁴⁸¹ Schneider. (2010).
Redlich et Cusack. (2010).
- ⁴⁸³ Kutcher, S. et McDougall, A. (2010). Problems with access to adolescent mental health care can lead to dealings with the criminal justice system. *Paediatrics and Child Health*, vol. 14, p. 15-18.
<https://doi.org/10.1093/pch/14.1.15>
- ⁴⁸⁴ Schneider. (2010).
- ⁴⁸⁵ Davis, K. M., Peterson-Badali, M. et Skilling, T. A. (2016). A theoretical evaluation of a youth mental health court program model. *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 45, p. 17-24.
<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.003>
- ⁴⁸⁶ Davis et al. (2016). A theoretical evaluation of a youth mental health court program model.
- ⁴⁸⁷ Davis et al. (2016).
- ⁴⁸⁸ Lange, S., Rehm, J. et Popova, S. (2011). The effectiveness of criminal justice diversion initiatives in North America : A systematic literature review. *International Journal of Forensic Mental Health*, vol. 10, p. 200-214.
<https://doi.org/10.1080/14999013.2011.598218>
- ⁴⁸⁹ Campbell, Adams et al. (2015).
- ⁴⁹⁰ Dean et al. (2013).
- ⁴⁹¹ Dean et al. (2013).
- ⁴⁹² Dean et al. (2013).
- ⁴⁹³ Institut canadien d'information sur la santé (2008).
- ⁴⁹⁴ Campbell, Canales et al. (2015). Multidimensional evaluation of a mental health court : Adherence to the risk-need-responsivity model.
- ⁴⁹⁵ Boothroyd, R. A., Polythress, N. G., McGaha, A. et Petrila, J. (2003). The Broward mental health court : Process, outcomes, and service utilization. *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 26, p. 55-71.
[https://doi.org/10.1016/s0160-2527\(02\)00203-0](https://doi.org/10.1016/s0160-2527(02)00203-0)
- ⁴⁹⁶ Broner, N. Lattimore, P. K., Cowell, A. J. et Schlenger, W. E. (2004). Effects of diversion on adults with co-occurring mental illness and substance use : outcomes from a national multi-site study. *Behavioral Sciences and the Law*, vol. 22 (2003), p. 519-541. <https://doi.org/10.1002/bsl.605>
- ⁴⁹⁷ Broner, et al. (2004). Effects of diversion on adults with co-occurring mental illness and substance use : Outcomes from a national multi-site study.
- ⁴⁹⁸ MacDonald, S.-A. et Michaud, A.-A. D. (2015). Social exclusion in a Mental Health Court? *Intersectionalities*, vol. 4, p. 51-75. <https://journals.library.mun.ca/ojs/index.php/IJ/article/view/1279/1238>
- ⁴⁹⁹ MacDonald et Michaud. (2015). Social exclusion in a Mental Health Court?
- ⁵⁰⁰ Schneider. (2010).
- ⁵⁰¹ Redlich et Cusack. (2010).
- ⁵⁰² Campbell, Canales et al. (2015).
- ⁵⁰³ Campbell, Canales et al. (2015).
- ⁵⁰⁴ Denton et al. (2017).
- ⁵⁰⁵ Kouyoumdjian et al. (2015).
- ⁵⁰⁶ Campbell, Canales et al. (2015).
- ⁵⁰⁷ Campbell, Canales et al. (2015).
- ⁵⁰⁸ Livingston et al. (2008).
- ⁵⁰⁹ Galietta, M., Fineran, V., Fava, J. et Rosenfeld, B. (2010). Antisocial and psychopathic individuals. Dans D. McKay, S. Taylor, J. S. Abramowitz et Taylor, S. (éditoriaux), *Cognitive-Behavioral therapy for refractory cases : Turning failure into success* (p. 385-405). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12070-018>

-
- ⁵¹⁰ Redlich et Cusack. (2010).
- ⁵¹¹ Zinger. (2018).
- ⁵¹² Zinger. (2018).
- ⁵¹³ Smith et al. (2019).
- ⁵¹⁴ Sapers. (2015).
- ⁵¹⁵ Tomlinson, M. F. (2018). A theoretical and empirical review of dialectical behavior therapy within forensic psychiatric and correctional settings worldwide.
- ⁵¹⁶ Rotter, M. et Carr, W. A. (2011). Targeting criminal recidivism in mentally ill offenders : Structured clinical approaches. *Community Mental Health Journal*, vol. 47, p. 723-726. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9391-z>
- ⁵¹⁷ Rotter et Carr. (2011). Targeting criminal recidivism in mentally ill offenders : Structured clinical approaches.
- ⁵¹⁸ Pardini, J., Scogin, F., Schriver, J. et Domino, M. (2014). Efficacy and process of cognitive bibliotherapy for the treatment of depression in jail and prison inmates. *Psychological Services*, vol. 11, p. 141-152.
- ⁵¹⁹ Pardini, et al. (2014). Efficacy and process of cognitive bibliotherapy for the treatment of depression in jail and prison inmates.
- ⁵²⁰ Smith et al. (2019).
- ⁵²¹ Dixon-Gordon et al. (2012). Non-suicidal self-injury within offender populations : A systematic review.
- ⁵²² Martin et al. (2014). The incidence and prediction of self-injury among sentenced prisoners.
- ⁵²³ Besney et al. (2018).
- ⁵²⁴ Besney et al. (2018).
- ⁵²⁵ Besney et al. (2018).
- ⁵²⁶ Beaudette et al. (2018). Enquête adaptée à la culture et respectueuse des valeurs culturelles sur la cessation de l'automutilation chez les délinquants autochtones : Points de vue du personnel et des délinquants.
- ⁵²⁷ Beaudette et al. (2018).
- ⁵²⁸ Beaudette et al. (2018).
- ⁵²⁹ Dixon-Gordon et al. (2012).
- ⁵³⁰ Mak, V. W. M., Ho, S. M. Y., Kwong, R. W. Y. et Li, W. L. (2018). A gender-responsive treatment facility in correctional services : The development of psychological gymnasium for women offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 62, p. 1062-1079. <https://doi.org/10.1177/0306624X16667572>
- ⁵³¹ Mak et al. (2018). A gender-responsive treatment facility in correctional services : The development of psychological gymnasium for women offenders.
- ⁵³² Comité permanent de la sécurité publique et nationale. (2010).
- ⁵³³ Pillai, K., Rouse, P., McKenna, B., Skipworth, J., Cavney, J., Tapsell, R., Simpson, A. et Madell, D. (2016). From positive screen to engagement in treatment : A preliminary study of the impact of a new model of care for prisoners with serious mental illness. *BMC Psychiatry*, vol. 16, article 9, p. 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0711-2>
- ⁵³⁴ Livingston, J. D., 2009. *Mental health and substance use services in correctional settings : A review of minimum standards and best practices*.
- ⁵³⁵ Livingston. (2009).
- ⁵³⁶ Livingston. (2009).
- ⁵³⁷ Simpson et al. (2013).
- ⁵³⁸ Simpson et al. (2013).
- ⁵³⁹ Livingston. (2009).
- ⁵⁴⁰ Sapers. (2014).
- ⁵⁴¹ Simpson et al. (2013).

-
- ⁵⁴² Vaughan, A. D., Zabkiewicz, D. M. et Verdun-Jones, S. N. (2018). In custody deaths of men related to mental illness and substance use : A cross-sectional analysis of administrative records in Ontario, Canada. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, vol. 48, p. 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2017.03.002>
- ⁵⁴³ Institut canadien d'information sur la santé (2008).
- ⁵⁴⁴ Sapers. (2009).
- ⁵⁴⁵ Sapers. (2009).
- ⁵⁴⁶ Moyes, et al. (2016).
- ⁵⁴⁷ Moyes, et al. (2016).
- ⁵⁴⁸ Institut canadien d'information sur la santé (2008).
- ⁵⁴⁹ Zinger. (18 juin 2012).
- ⁵⁵⁰ Coalition pour la sécurité, la santé et le bien-être des communautés. (2009).
- ⁵⁵¹ Coalition pour la sécurité, la santé et le bien-être des communautés. (2009).
- ⁵⁵² Forrester, A., Till, A., Simpson, A. et Shaw, J. (2018). Mental illness and the provision of mental health services in prison. *British Medical Bulletin*, vol. 127, p. 101-109. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldy027>
- ⁵⁵³ Forrester et al. (2018). Mental illness and the provision of mental health services in prison.
- ⁵⁵⁴ McKenna, B., Skipworth, J., Tapsell, R., Pillai, K., Madell, D., Simpson, J., Cavney, C. et Rouse, P. (2018). Impact of an assertive community treatment model of care on the treatment of prisoners with a serious mental illness. *Australasian Psychiatry*, vol. 26, p. 285-289. <https://doi.org/10.1177/1039856217748247>
- ⁵⁵⁵ Pillai et al. (2016). From positive screen to engagement in treatment : A preliminary study of the impact of a new model of care for prisoners with serious mental illness.
- ⁵⁵⁶ Forrester et al. (2018).
- ⁵⁵⁷ Bonta, J. et Andrews, D. A. (2007). *Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité*. Sécurité publique Canada. <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/index-fr.aspx>
- ⁵⁵⁸ Hiday et Burns. (2010). Mental illness and the criminal justice system.
- ⁵⁵⁹ Dean et al. (2013).
- ⁵⁶⁰ Bonta et Andrews. (2007). *Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité*.
- Livingston et al. (2015). Probationers mandated to receive forensic mental health services in Canada : Risks/needs, service delivery, and intermediate outcomes.
- ⁵⁶² Hiday et Burns. (2010).
- ⁵⁶³ Tomlinson. (2018).
- ⁵⁶⁴ Dean et al. (2013).
- ⁵⁶⁵ Simpson et al. (2013).
- ⁵⁶⁶ Rotter et Carr. (2011).
- ⁵⁶⁷ Dean et al. (2013).
- ⁵⁶⁸ Rotter et Carr. (2011).
- ⁵⁶⁹ Leutwyler, H., Hubbard, E. et Zahnd, E. (2017). Case management helps prevent criminal justice recidivism for people with serious mental illness. *International Journal of Prisoner Health*, vol. 13, p. 168-172. <https://doi.org/10.1108/IJPH-06-2016-0021>
- ⁵⁷⁰ Simpson et al. (2013).
- ⁵⁷¹ Babchuk, L. C., Lurigio, A. J., Canada, K. E. et Epperson, M. W. (2012). Responding to probationers with mental illness. *Federal Probation*, vol. 76(2), p. 41-48. https://www.uscourts.gov/sites/default/files/76_2_8_0.pdf
- ⁵⁷² Babchuk et al. (2012). Responding to probationers with mental illness.
- ⁵⁷³ Babchuk et al. (2012).

-
- ⁵⁷⁴ Babchuk et al. (2012).
- ⁵⁷⁵ Epperson, M. et Lurigio, A. (2016). *Comparative evaluation of court-based responses to offenders with mental illnesses* (publication du NCJRS no 2010-IJ-CX-0033). U.S. Justice Department. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/249894.pdf>
- ⁵⁷⁶ Epperson, M. W., Thompson, J. G., Lurigio, A. J. et Kim, S. (2017). Unpacking the relationship between probationers with serious mental illnesses and probation officers : A mixed-methods examination. *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 56, p. 188-216. <https://doi.org/10.1080/10509674.2017.1290005>
- ⁵⁷⁷ Epperson et al. (2017). Unpacking the relationship between probationers with serious mental illnesses and probation officers : A mixed-methods examination.
- ⁵⁷⁸ Skeem, J. L., Manchak, S. et Montoya, L. (2017). Comparing public safety outcomes for traditional probation vs specialty mental health probation. *JAMA Psychiatry*, vol. 74, p. 942-948. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1384>
- ⁵⁷⁹ Skeem et al. (2017). Comparing public safety outcomes for traditional probation vs specialty mental health probation.
- ⁵⁸⁰ Commission de la santé mentale du Canada, (2014).
- ⁵⁸¹ Leclair, M. C., Deveaux, F., Roy, L., Goulet, M.-H., Latimer, E. A. et Crocker, A. G. (2019). The impact of Housing First on criminal justice outcomes among homeless people with mental illness : A systematic review. *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 64, p. 525-530. <https://doi.org/10.1177/0706743718815902>
- ⁵⁸² Service correctionnel Canada. (2014). Tendances concernant les conditions de mise en liberté liées à la santé mentale imposées à des délinquants sous surveillance dans la collectivité (Document no RS-14-16) [Recherche en un coup d'œil]. <https://www.csc-scc.gc.ca/005/008/092/005008-rs14-16-fra.pdf>
- ⁵⁸³ McLeod-Shabogesic et Kruger. (25 novembre 2015). *Meeting the needs of Aboriginal women in Ontario corrections through programs and services*.
- ⁵⁸⁴ Bamarki, R. (2016). Blocking their path to prison : Song and music as healing methods for Canada's Aboriginal women. *Canadian Journal of Native Studies*, vol. 36(1), p. 1-27. <https://iportal.usask.ca/index.php?sid=750553989&id=61958&t=details>
- ⁵⁸⁵ Hiday et Burns. (2010).
- ⁵⁸⁶ Rotter et Carr. (2011).
- ⁵⁸⁷ Rotter et Carr. (2011).
- ⁵⁸⁸ Livingston et al. (2008).
- ⁵⁸⁹ Dean et al. (2013).
- ⁵⁹⁰ Stewart, L. A., Farrell-MacDonald, S. et Feeley, S. (2017). The impact of a community mental health initiative on outcomes for offenders with a serious mental disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, vol. 27, p. 371-384. <https://doi.org/10.1002/cbm.2005>
- ⁵⁹¹ Service correctionnel Canada. (2014). *Incidence de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité (ISMC)* (Document no R-337) [Recherche en un coup d'œil]. <https://www.csc-scc.gc.ca/005/008/092/005008-0337-fra.pdf>
- ⁵⁹² Smith, D., Harnett, S., Flanagan, A., Hennessy, S., Gill, P., Quigley, N., Carey, C., McGhee, M., McManus, A., Kennedy, M., Kelly, E., Carey, J., Concannon, A., Kennedy, H. G. et Mohan, D. (2018). Beyond the walls : An evaluation of a pre-release planning (PREP) programme for sentenced mentally disordered offenders. *Frontiers in Psychiatry*, vol. 9, article 549. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00549>
- ⁵⁹³ Services de santé mentale et de lutte contre la consommation de substances (C.-B.). (30 janvier 2019). Les équipes de transition communautaire ont pour but de prévenir les décès par surdose chez les personnes récemment libérées d'un établissement de détention [Communiqué de presse]. <http://www.bcmhsus.ca/news/Pages/Community-transition-teams-aim-to-prevent-overdose-deaths-among-people-recently-released-from-a-correctional-facility.aspx>
- ⁵⁹⁴ Services de santé de l'Alberta. (sans date). *Corrections transition team*. <https://www.albertahealthservices.ca/findhealth/service.aspx?id=1068452>

-
- ⁵⁹⁵Société de schizophrénie de l'Ontario. (2012).
- ⁵⁹⁶ Housing, Health, and Justice Community of Interest. (2019).
- ⁵⁹⁷ Chircop, A., Bassett, R. et Taylor, E. (2014). Evidence on how to practice intersectoral collaboration for health equity: A scoping review. *Critical Public Health*, vol. 25, p. 178-191. <https://doi.org/10.1080/09581596.2014.887831>
- Livingston et al. (2008).
- ⁵⁹⁹ Tribunaux de la Nouvelle-Écosse. (2019). *Nova Scotia's wellness courts : Progressing justice*. https://courts.ns.ca/documents/WellnessCourtsReport_Nov5.pdf
- ⁶⁰⁰ Dewa, C. S., Trojanowski, L., Cheng, C. et Sirotych, F. (2012). Lessons from a Canadian province : Examining collaborations between the mental health and justice sectors. *International Journal of Public Health*, vol. 57, p. 7-14. <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0268-2>
- ⁶⁰¹ Olley et al. (2009).
- ⁶⁰² *Services correctionnels de l'Ontario : Axes de réforme : Examen indépendant des Services correctionnels de l'Ontario*. (2017).
- ⁶⁰³ Sapers. (2015).
- ⁶⁰⁴ Zinger. (2018).
- ⁶⁰⁵ Service correctionnel Canada. (2015). *Facteurs de résilience liés à la mise en liberté réussie des délinquants atteints d'un trouble mental* (Document no R-336).
- ⁶⁰⁶ McLeod et Martin. (2018).
- ⁶⁰⁷ Société John Howard de l'Ontario, (2016).
- ⁶⁰⁸ Ministère du procureur général de l'Ontario, Division du droit criminel. (2018). *Centres de justice communautaire* [Présentation]. Réunion du Comité des services sociaux et de la coordination de la justice. <https://hsjcc.on.ca/wp-content/uploads/NY-HSJCC-Community-Justice-Centres.pdf>
- ⁶⁰⁹ McCormick, S., Peterson-Badali, M. et Skilling, T. A. (2015). Mental health and justice system involvement : A conceptual analysis of the literature. *Psychology, Public Policy, and Law*, vol. 21, p. 213-225. <https://doi.org/10.1037/law0000033>
- ⁶¹⁰ Commission de la santé mentale du Canada, (2014). *Rapport final du projet pancanadien : Projet pancanadien At Home/Chez Soi* .
- ⁶¹¹ Dean et al. (2013).
- ⁶¹² Chaimowitz. (2012).
- ⁶¹³ Dean et al. (2013).
- ⁶¹⁴ Chaimowitz. (2012).
- ⁶¹⁵ Sapers. (2011).
- ⁶¹⁶ Sapers. (2011).
- ⁶¹⁷ Société John Howard de l'Ontario, (2015).
- ⁶¹⁸ Service, J. (2010). *Sous mandat Un examen de la mise en œuvre de la « Stratégie en matière de santé mentale » du Service correctionnel du Canada* Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada <https://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/oth-aut/oth-aut20100923-fra.aspx>
- ⁶¹⁹ McLeod et Martin. (2018).
- ⁶²⁰ Société John Howard de l'Ontario, (2016).
- ⁶²¹ Société John Howard de l'Ontario, (2016).
- ⁶²² Awofeso, N. (2010). Preventing suicides in prison settings : The role of mental health promotion policies and programs. *Advances in Mental Health*, vol. 9, p. 255-262. <https://doi.org/10.5172/jamh.9.3.255>
- ⁶²³ Kolodziejczak et Sinclair. (2018).
- ⁶²⁴ Kolodziejczak et Sinclair. (2018).
- ⁶²⁵ Smith et al. (2019).

-
- ⁶²⁶ Smith et al. (2019).
- ⁶²⁷ Smith et al. (2019).
- ⁶²⁸ Société de schizophrénie de l'Ontario. (2012).
- ⁶²⁹ Smith et al. (2019).
- ⁶³⁰ Chaimowitz. (2012).
- ⁶³¹ Chaimowitz. (2012).
- ⁶³² Service, J. (2010). *Sous mandat Un examen de la mise en œuvre de la « Stratégie en matière de santé mentale » du Service correctionnel du Canada*
- ⁶³³ Smith et al. (2019).
- ⁶³⁴ Sapers. (2015).
- ⁶³⁵ Zinger. (2018).
- ⁶³⁶ Service. (2010).
- ⁶³⁷ Smith et al. (2019).
- ⁶³⁸ Zinger, I. (2018, November 20). Comments submitted to meeting 137 of Canada's Public Safety. <https://openparliament.ca/committees/public-safety/42-1/137/dr-ivan-zinger-1/>
- ⁶³⁹ Sapers. (2011).
- ⁶⁴⁰ Webster. (2019).
- ⁶⁴¹ Webster. (2019).
- ⁶⁴² Carter, I. (2018, November 19). Letter to Hon. John McKay, M.P., chair of the standing committee on public safety and national security — Re: Bill C-83, Corrections and Conditional Release Act amendments. Canadian Bar Association. <https://www.cba.org/CMSPages/GetFile.aspx?guid=96b44312-6a63-4e7a-a14f-952217652995>
- ⁶⁴³ *Services correctionnels de l'Ontario : Axes de réforme : Examen indépendant des Services correctionnels de l'Ontario*. (2017).
- ⁶⁴⁴ *Services correctionnels de l'Ontario : Axes de réforme : Examen indépendant des Services correctionnels de l'Ontario*. (2017).
- ⁶⁴⁵ Jacobs, L. A. et Giordano, S. N. J. (2018). « It's not like therapy » : Patient-inmate perspectives on jail psychiatric services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, vol. 45, p. 265-275. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0821-2>
- ⁶⁴⁶ Jacobs et Giordano. (2018). « It's not like therapy » : Patient-inmate perspectives on jail psychiatric services.
- ⁶⁴⁷ Jacobs et Giordano. (2018).
- ⁶⁴⁸ Penner et al. (2011).
- ⁶⁴⁹ Hancock, N., Smith-Merry, J. et McKenzie, K. (2018). Facilitating people living with severe and persistent mental illness to transition from prison to community : A qualitative exploration of staff experiences. *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 12, article 45, p. 45-54. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0225-z>
- ⁶⁵⁰ Khan et al. (2016).
- ⁶⁵¹ McLeod et Martin. (2018).
- ⁶⁵² McLeod et Martin. (2018).
- ⁶⁵³ Hancock et al. (2018). Facilitating people living with severe and persistent mental illness to transition from prison to community : A qualitative exploration of staff experiences. *Supra*, note 602
- ⁶⁵⁴ Dean et al. (2013).
- ⁶⁵⁵ Hancock et al. (2018).
- ⁶⁵⁶ Dean et al. (2013).
- ⁶⁵⁷ Penner et al. (2011).
- ⁶⁵⁸ Hancock et al. (2018).
- ⁶⁵⁹ Hancock et al. (2018).

-
- ⁶⁶⁰ Penner et al. (2011).
- ⁶⁶¹ Penner et al. (2011).
- ⁶⁶² Khan et al. (2016).
- ⁶⁶³ Martin et al. (2018).
- ⁶⁶⁴ Frank et McGuire. (2010).
- ⁶⁶⁵ Dean et al. (2013).
- ⁶⁶⁶ Sapers. (2013).
- ⁶⁶⁷ Sapers. (2009).
- ⁶⁶⁸ Sapers. (2013).
- ⁶⁶⁹ Sapers. (2013).
- ⁶⁷⁰ Sapers. (2013).
- ⁶⁷¹ Sapers. (2013).
- ⁶⁷² Sapers. (2013).
- ⁶⁷³ Matheson et al. (2015). A call for help : Women offenders' reflections on trauma care.
- ⁶⁷⁴ Reitmanova et Henderson. (2016).
- ⁶⁷⁵ Reitmanova et Henderson. (2016).
- ⁶⁷⁶ Matheson et al. (2015).
- ⁶⁷⁷ Michalski. (2017).
- ⁶⁷⁸ Ferrazzi et Krupa. (2016).
- ⁶⁷⁹ Slade, M., Adams, N. et O'Hagan, M. (2012). Recovery : Past progress and future challenges. *International Review of Psychiatry*, vol. 24, p. 1-4. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.644847>
- ⁶⁸⁰ Cour provinciale de l'Alberta. (2020). *Mental health court*. <https://albertacourts.ca/pc/areas-of-law/criminal/mental-health-court>
- ⁶⁸¹ Coalition pour la sécurité, la santé et le bien-être des communautés. (2009).
- ⁶⁸² Ferrazzi et Krupa. (2016).
- ⁶⁸³ Ferrazzi et Krupa. (2016).
- ⁶⁸⁴ Ferrazzi et Krupa. (2016).
- ⁶⁸⁵ Crocker et al. (2015).
- ⁶⁸⁶ Ferrazzi et Krupa. (2016).
- ⁶⁸⁷ Kerr, L. (2017). Sentencing Ashley Smith : How prison conditions relate to the aims of punishment. *Revue canadienne Droit et société*, vol. 32, p. 187-207. <https://doi.org/10.1017/cls.2017.14>
- ⁶⁸⁸ Société de schizophrénie de l'Ontario. (2012).
- ⁶⁸⁹ Schneider. (2010).
- ⁶⁹⁰ Sapers. (2012).
- ⁶⁹¹ Smith et al. (2019).
- ⁶⁹² Webster. (2019).
- ⁶⁹³ Wilton et Stewart. (2017).
- ⁶⁹⁴ Zinger. (2018).
- ⁶⁹⁵ Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale. (2012). *Stratégie sur la santé mentale en milieu correctionnel au Canada Un partenariat fédéral-provincial-territorial*. Service correctionnel Canada. http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/scc-csc/PS84-26-2012-fra.pdf
- ⁶⁹⁶ Rogan, M. (2018). Human rights approaches to suicide in prison : Implications for policy, practice and research. *Health and Justice*, vol. 6, article 15. <https://doi.org/10.1186/s40352-018-0075-4>
- ⁶⁹⁷ Rogan, M. (2018). Human rights approaches to suicide in prison : Implications for policy, practice and research.

-
- ⁶⁹⁸ Coalition pour la sécurité, la santé et le bien-être des communautés. (2009).
- ⁶⁹⁹ Michalski. (2017).
- ⁷⁰⁰ Michalski. (2017).
- ⁷⁰¹ Simpson et al. (2013).
- ⁷⁰² Sapers. (2011).
- ⁷⁰³ Sapers. (2011).
- ⁷⁰⁴ Simpson et al. (2013).
- ⁷⁰⁵ Crocker et al. (2015).
- ⁷⁰⁶ Crocker et al. (2015).
- ⁷⁰⁷ Redlich et Cusack. (2010).
- ⁷⁰⁸ Crocker et al. (2015).
- ⁷⁰⁹ Martin et al. (2018).
- ⁷¹⁰ Crocker et al. (2015).
- ⁷¹¹ Coalition pour la sécurité, la santé et le bien-être des communautés. (2009).



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada



Commission de la santé mentale du Canada

Bureau 1210, 350 rue Albert
Ottawa, ON K1R 1A4

Tel : 613.683.3755
Fax : 613.798.2989

infocsmc@commissionsantementale.ca
www.commissionsantementale.ca

[🐦 @CSMC_MHCC](https://twitter.com/CSMC_MHCC) [f /theMHCC](https://www.facebook.com/theMHCC) [▶ /1MHCC](https://www.youtube.com/channel/UC1MHCC) [📷 @theMHCC](https://www.instagram.com/theMHCC)

[in /Commission de la santé mentale du Canada](https://www.linkedin.com/company/commission-de-la-santé-mentale-du-canada)