

Université de Montréal

**L'adhérence au traitement pharmacologique comme élément de la gestion du risque
chez les détenus présentant des troubles de santé mentale**

Par

Kim Regaudie

Département de criminologie, Université de Montréal

Faculté des arts et sciences

Rapport de stage présenté en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)

En criminologie option stage – profil intervention clinique

Novembre 2015

©Copyright Kim Regaudie, 2015

RÉSUMÉ

Certains détenus présentent des troubles de santé mentale qui peuvent les avoir menés sur le chemin de la criminalité. Par conséquent, il devient important que ces individus respectent les traitements qui leur sont prescrits. Afin d'explorer la relation entre l'adhérence au traitement pharmacologique et la gestion du risque de récidive, des entrevues qualitatives ont été effectuées auprès de certains agents de libération conditionnelle travaillant auprès d'une clientèle délinquante particulièrement à risque, soit celle du Centre régional de santé mentale du Service correctionnel du Canada. Les principaux résultats obtenus des entrevues montrent la diversité des perceptions de l'observance qu'ont les agents de libération conditionnelle. En effet, les ALC lient plusieurs problématiques à l'adhérence, mais à des degrés variés. Certains accordent plus d'importance au trafic, à la toxicomanie ou aux croyances des détenus face à la maladie et au traitement. De plus, tous lient l'adhérence au traitement à la gestion du risque de récidive, mais l'incluent différemment dans leur analyse. Certains la considèrent de manière systématique, d'autres sur une base de cas par cas. Ils peuvent l'intégrer au niveau de l'adaptation en établissement ou encore au niveau du respect des règles. En conclusion, de plus amples recherches sont nécessaires afin de bien définir la relation entre l'adhérence et la gestion du risque.

Mots clés : adhérence, observance, gestion du risque, récidive, délinquance, troubles de santé mentale, Service correctionnel du Canada, Centre régional de santé mentale, toxicomanie, agent de libération conditionnelle

ABSTRACT

Some inmates present mental health issues that could explain the crimes they committed. It becomes important that those individuals follow their prescription. To explore the relationship between adherence to treatment and recidivism risk management, qualitative interviews were done with parole officers working with inmates particularly at risk: those serving their sentence at the Regional Mental Health Center of the Correctional service of Canada. Main results offer only an exploration of the problematic, especially because the parole officers offer various opinions. Drug trafficking, substance abuse and inmates' beliefs about mental health and medication are all associated with treatment adherence by the parole officers, but on varying degrees of importance. Although they all link adherence to risk management, they include it differently in their analysis. Some parole officers consider adherence systematically, others on an individual basis; some include it in the inmate's adaptation to the prison life aspect, others in the inmate's compliance with the rules. To conclude, more research is needed to clearly define the relationship between adherence and risk management.

Key words: adherence, observance, risk management, recidivism, criminality, mental health issues, Correctional service of Canada, Regional Mental Health Center, addiction, parole officer.

Table des matières

SIGLES ET ABRÉVIATIONS	7
1. INTRODUCTION.....	8
2. RECENSION DES ÉCRITS	10
2.1 Délinquance et santé mentale	10
2.2 L'adhérence au traitement	12
2.2.1 Définition.....	12
2.2.2 Adhérence et maladies chroniques.....	13
2.2.3 Adhérence et troubles de santé mentale.....	14
2.2.4 Facteurs de risque et de protection.....	18
2.2.5 Mesurer l'adhérence	23
2.2.6 Les solutions	25
2.3 Modèles théoriques.....	26
2.3.1 Health Belief model (Becker, 1974) et Beliefs about medication (Horne).....	26
2.3.2 Autodétermination et motivation intrinsèque (Deci et Ryan).....	33
2.3.3 Théories subjectives de la maladie (Groeben et Scheele, 1982).....	35
2.3.4 Stade de motivation au changement (Prochaska, Di Clemente et Norcross)	38
2.4 Trafic des médicaments psychotropes	41
2.5 Adhérence et gestion du risque	47
2.6 Connaissances, attitudes et rôles des non-médecins	49
2.6.1 Connaissances et rôles.....	49
2.6.2 Attitudes.....	55
3. MILIEU DE STAGE	57
4. DESCRIPTION ET JUSTIFICATION DES ACTIVITÉS RÉALISÉES DURANT LE STAGE	66
4.1 Méthodologie retenue pour le volet académique	70
5. PRÉSENTATION DU MATÉRIEL	72
5.1 Adhérence et non-adhérence.....	72
5.1.1 Manifestation du phénomène.....	72
5.1.2 Non-reconnaissance de la maladie	73
5.1.3 Diagnostics récents et diagnostics d'Axe 2.....	73
5.1.4 Toxicomanie.....	74

5.1.5	<i>Influence du milieu</i>	75
5.1.6	<i>Traitement</i>	75
5.2	Conséquences de la non-adhérence	76
5.2.1	<i>Pour l'individu</i>	76
5.2.2	<i>Pour l'entourage et pour l'organisation</i>	76
5.3	Solutions au problème de non-adhérence	77
5.3.1	<i>Par rapport à l'individu</i>	77
5.3.2	<i>Par rapport au milieu</i>	77
5.3.3	<i>Par rapport au traitement</i>	78
5.4	Trafic de médicaments	78
5.4.1	<i>Manifestation du phénomène</i>	78
5.4.2	<i>Avantages du trafic pour la personne détenue</i>	79
5.4.3	<i>Non-reconnaissance de la maladie</i>	80
5.4.4	<i>Diagnostic d'Axe 2</i>	80
5.4.5	<i>Connaissance du problème</i>	80
5.4.6	<i>Intervention</i>	81
5.5	Conséquences du trafic.....	81
5.5.1	<i>Pour l'individu</i>	81
5.5.2	<i>Pour autrui</i>	82
5.6	Solutions au trafic.....	82
5.6.1	<i>Au niveau du système</i>	82
5.6.2	<i>Au niveau des individus</i>	83
5.6.3	<i>Au niveau du traitement</i>	83
5.7	Gestion du risque de récurrence	83
5.7.1	<i>Adhérence et non-adhérence</i>	83
5.7.2	<i>Mesure</i>	85
5.7.3	<i>Trafic</i>	85
5.8	Connaissance de la médication par les ALC	86
5.8.1	<i>Familles de médicaments</i>	86
5.8.2	<i>Posologie</i>	87
5.8.3	<i>Effets secondaires</i>	87

5.8.4	<i>Importance d'une bonne connaissance pour leur travail</i>	87
5.8.5	<i>Source des connaissances</i>	89
5.8.6	<i>Utilité d'une formation</i>	89
5.9	Connaissance des problèmes de santé mentale par les ALC	89
5.9.1	<i>Source des connaissances</i>	89
5.9.2	<i>Importance d'une bonne connaissance pour leur travail</i>	89
5.9.3	<i>Utilité d'une formation</i>	90
5.9.4	<i>Importance des caractéristiques sécuritaires du milieu</i>	91
5.10	Croyances relatives à la santé et aux médicaments	91
5.11	Préparation au changement	92
5.12	Qualité de la motivation.....	93
5.13	Représentations de la maladie.....	94
6.	ANALYSE ET INTERPRÉTATION.....	95
7.	CONCLUSION.....	107
8.	BIBLIOGRAPHIE	110
	ANNEXE 1	115

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ALC	Agent de libération conditionnelle
BMQ	Beliefs about Medicine Questionnaire
CRSM	Centre régional de santé mentale
DSM	Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders
HBM	Health Belief Model
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
LSCMLC	Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition
OMS	Organisme mondial de la santé
RSCMLC	Règlements sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition
SCC	Service correctionnel du Canada
USD	Unité spéciale de détention
USI	Unité de soutien intensif

1. INTRODUCTION

La problématique étudiée dans le cadre de ce stage, réalisé au Centre régional de santé mentale (CRSM), est celle de l'adhérence au traitement pharmacologique comme facteur lié à la gestion du risque de récidive. Dans un premier temps, il s'agira de définir ce qu'est l'adhérence et de vérifier si elle pose problème chez les détenus du CRSM. Il faudra déterminer si l'adhérence au traitement pharmacologique est mesurée dans cet établissement et si oui, de quelle façon. Il sera aussi intéressant de voir si l'adhérence est considérée, voire intégrée, par les agents de libération conditionnelle (ALC) lors de l'évaluation du risque de récidive des détenus présentant des troubles de santé mentale. Si tel est le cas, il sera pertinent d'explorer de quelle façon elle est intégrée et considérée: quels aspects du comportement du détenu sont considérés? Certains sont-ils plus fortement liés à l'adhérence? En quoi sont-ils liés au risque de récidive? Quelles sont les solutions envisagées par les ALC afin d'améliorer la situation? Afin d'explorer ces différents thèmes, des entrevues qualitatives ont été effectuées avec les ALC travaillant auprès des différentes clientèles du CRSM.

Le stage a eu lieu au Centre régional de santé mentale (CRSM). Il s'agit d'un centre de traitement situé au sein de l'Établissement Archambault, pénitencier fédéral. Le CRSM est composé de 5 unités ayant chacune une clientèle particulière. La première, nommée 1C, est un milieu d'admission, d'évaluation et de stabilisation. Les détenus y résidant sont soit en processus d'évaluation visant à définir un diagnostic au niveau de la santé mentale, soit hébergés temporairement parce que leur état mental s'est détérioré et doit être stabilisé pour qu'ils puissent réintégrer leur unité d'origine. Dans le cas du 1B, le principal lieu du présent stage, l'unité répond aux besoins des détenus nécessitant des soins aigus. Cette clientèle présente souvent une multitude de diagnostics sur le plan de la santé mentale, mais a

également des besoins sur le plan de la santé physique. Pour ce qui est de l'unité 2B, elle cible plutôt les détenus dont le trouble de personnalité est la problématique principale. Enfin, le 2C et le 2D correspondent aux unités de réinsertion sociale. Les détenus s'y retrouvant présentent donc une certaine autonomie et sont en voie d'être redirigés vers le pénitencier pouvant répondre à leurs besoins criminogènes. L'objectif principal des intervenants qui travaillent au CRSM est d'abord et avant tout de stabiliser l'état mental des détenus. Il s'agit d'un centre de traitement psychiatrique en premier lieu et ce n'est qu'une fois que l'état mental du détenu est stabilisé que les besoins criminogènes seront considérés. Le milieu de stage est décrit plus en détail dans le chapitre 3.

Les pages qui suivent contiennent d'abord une recension des écrits scientifiques dont les différentes sections portent sur : la délinquance et la santé mentale, l'adhérence au traitement, les théories s'y rattachant, le trafic de drogues et de médicaments ainsi que son lien avec l'adhérence, le lien entre l'adhérence et le risque de récidive criminelle, puis une section sur les connaissances, attitudes et rôles des non-médecins. Le chapitre suivant contient une description du milieu où le stage et le projet se sont déroulés. Le chapitre 4 rend compte des activités réalisées durant le stage et des apprentissages qui s'en sont suivis en lien avec les objectifs cliniques qui ont été fixés au départ. Le chapitre 5 présente le contenu pertinent tiré des entrevues réalisées avec les agents de libération conditionnelle, suivi de l'analyse de ce matériel. Une conclusion met en lumière les principaux résultats et contient les recommandations qui en découlent. Cette section élabore également des pistes de recherche.

2. RECENSION DES ÉCRITS

Dans ce chapitre, la relation entre la délinquance et les troubles de santé mentale, la définition de l'adhérence au traitement et les différentes composantes de cette problématique seront abordées. Différentes théories seront présentées, suivies d'une section concernant le trafic de médicaments ainsi qu'une abordant le lien entre l'adhérence et la gestion du risque. Finalement, les connaissances, attitudes et rôles des non-médecins travaillant auprès d'une clientèle avec des troubles de santé mentale seront discutés.

2.1 Délinquance et santé mentale

Les individus ayant des troubles de santé mentale sont surreprésentés dans les établissements carcéraux (Brink, Doherty, & Boer, 2001). Par contre, les raisons qui justifient cet état sont loin d'être claires ni endossées de manière unanime. Que ce soit parce que l'incarcération pour des délits mineurs permet d'accéder aux services de soins plus rapidement, parce que des comportements perturbant l'ordre public mènent rapidement à une arrestation ou à une détention temporaire, ou encore parce que les troubles de santé mentale sont liés aux comportements criminels, aucune de ces raisons ne semble expliquer complètement la surreprésentation observée dans les milieux carcéraux (Brink et al., 2001).

Brink et ses collaborateurs (2001) ont effectué une étude de prévalence des troubles de santé mentale auprès de 267 hommes nouvellement admis au Centre régional de traitement en Colombie Britannique entre le mois de février et le mois de septembre 1999. Ils ont utilisé une version informatisée du *Structured Clinical Interview for DSM Disorders* (SCID) pour les diagnostics d'axe 1. Grâce à cet instrument, les auteurs ont mesuré les taux de prévalence des diagnostics actuels (sur 1 mois) et ceux pour toute la durée de vie. Selon leurs résultats, le taux de prévalence des troubles de santé mentale d'axe 1 s'élève à 84.2%,

diagnostics actuels et pour la durée de vie confondus. Les auteurs comparent ce pourcentage aux taux de prévalence observés dans les villes de Saint-Louis (37%) et d'Edmonton (40.7%). La surreprésentation des individus ayant un trouble de santé mentale, tous diagnostics confondus, en milieu carcéral est évidente selon cette étude.

L'étude de Lafortune (2010) sur la prévalence et le dépistage des troubles de santé mentale dans les milieux de détention de courte durée va dans le même sens. En effet, cet auteur conclut qu'entre 2002 et 2007, 61% des délinquants s'étant retrouvés en milieu de détention de courte durée ont reçu un diagnostic de trouble de santé mentale et que 33.8% répondaient au critère de « problème de santé mentale dépisté » dans leur dossier correctionnel. Suite à une recension systématique de 22 études récentes, Brink (2005) conclut qu'entre 55% et 80% des délinquants en milieu carcéral présentent un trouble de santé mentale.

Une étude de Vacheret et Lafortune (2011) met en lumière des préoccupations importantes face à l'incarcération des délinquants ayant un trouble de santé mentale. L'une d'elles concerne la prise en charge de ces individus. Il ressort de leurs données que les soins offerts aux détenus servent parfois plutôt à maintenir l'ordre et à contrôler leurs comportements perçus comme perturbateurs et dangereux pour la sécurité par les intervenants.

Les taux de prévalence élevés justifient l'intérêt pour cette clientèle. L'attention attribuée à l'impact de l'adhérence au traitement sur la gestion du risque de récidive criminel sera expliquée dans la section sur l'adhérence et les troubles de santé mentale.

La prochaine section contient une définition de l'adhérence ainsi que différents éléments concernant cette problématique.

2.2 L'adhérence au traitement

2.2.1 Définition

Il convient de définir ce qui sera considéré comme étant l'adhérence au traitement dans le cadre du présent projet. Il s'agit d'évaluer jusqu'à quel point le comportement d'une personne quant à son plan de traitement correspond aux recommandations du médecin traitant (Coutu et al., 2004; Sabaté, 2003). Gallois, Vallée et Le Noc définissent l'observance ou l'adhérence comme la « participation active du patient à la définition du traitement à suivre » (p. 403, 2006). Il peut s'agir tant de médication que d'un changement de diète ou d'exercice physique. Azrin et Teichner (1998) font référence à la définition de Goldsmith (1979) pour qui l'observance thérapeutique correspond à la proportion des médicaments prescrits que le patient prend tels qu'indiqués. Le patient est observant lorsqu'il prend entre 80% et 100% de ses médicaments prescrits. On peut aussi distinguer différents types d'inobservance : interruption prématurée du traitement et oubli de dose ou baisse de posologie (Gasquet, Bloch, Cazeneuve, Perrin, & Bouhassira, 2001). Lafortune, Brunelle, Chagnon, Collin et Guay (2007-2011) différencient, quant à eux, l'observance de l'adhérence. L'observance concerne les comportements de santé alors que l'adhérence concerne plutôt les croyances liées à la santé. Mcintosh, Conlon, Lawrie et Stanfield (2009) différencient les concepts de *non-compliance*, non-adhérence et non-concordance. Pour ces auteurs, la *non-compliance* souligne l'importance du rôle du médecin au moment de trouver une solution alors que les croyances du patient reliées à sa santé sont considérées comme des barrières à surmonter. La non-adhérence cible plutôt des problèmes au niveau de l'alliance thérapeutique entre le patient et son médecin, qui normalement déterminent ensemble le meilleur traitement possible. Quant à la notion de non-concordance, elle implique que le patient peut arrêter la prise de la médication prescrite, même si elle est efficace. Horne (2006) va dans le même sens dans sa distinction de la *compliance*, l'adhérence et la

concordance. Sabaté (2003) distingue également l'adhérence de la *compliance* qui, contrairement à l'adhérence, ne nécessite pas l'accord du patient. Cette distinction est particulièrement importante à établir étant donné le contexte de ce projet. En effet, en milieu carcéral, le personnel traitant étant placé en situation d'autorité par rapport au détenu, ce dernier ne donne pas forcément son accord. Même s'il est consentant à prendre sa médication, il ne fait que se conformer à la demande. La définition utilisée sera celle de Lafortune, Brunelle, Chagnon, Collin et Guay et qui a été (2007-2011) mentionnée ci-haut. L'observance et l'adhérence seront utilisées en considérant le comportement du détenu et ses croyances quant à sa santé, sa maladie et son traitement. Cette définition semble la plus appropriée dans un contexte carcéral en lien avec la contrainte du milieu, les comportements et les croyances que les détenus peuvent avoir.

2.2.2 Adhérence et maladies chroniques

La problématique de l'adhérence est présente et importante à travers le monde, tant dans les pays industrialisés que dans les pays en voie de développement (Sabaté, 2003). Différentes études rapportent des taux se rapprochant continuellement de 50% pour l'adhérence dans les cas de maladies chroniques (Pogge, Singer, & Harvey, 2005; Sabaté, 2003). Par exemple, pour l'hypertension, la Chine, la Gambie, les Seychelles et les États-Unis rapportent respectivement que 43%, 27%, 26% et 51% des patients adhèrent à leur traitement (Sabaté, 2003). Toujours selon le rapport de l'Organisation mondiale de la santé, en Australie, seulement 43% des patients souffrants d'asthme adhèrent à leur prescription 100% du temps et seulement 28% utilisent leur prescription de médication préventive. Dans le cas de l'asthme, le problème le plus évident est un sous-usage de la médication préventive comme prescrit, ce qui mène à un usage plus grand du traitement ponctuel pour les crises d'asthme (Sabaté, 2003). Pour ce qui est du diabète, selon le rapport de l'OMS, les taux d'adhérence varient grandement selon le type de traitement et la mesure choisie, mais en

moyenne seulement 20% des patients souffrant de diabète de type 1 vérifient leur taux de glucose dans le sang autant de fois par jour que prescrit (Sabaté, 2003).

Les problèmes d'adhérence aux traitements des maladies chroniques entraînent de plus grands risques de morbidité et de mortalité (Sabaté, 2003). L'adhérence est importante dans le cas des maladies chroniques qui ne peuvent être contrôlées que par la médication et par la modification des comportements liés au style de vie (Coutu et al., 2004). Il est donc important d'aborder cette problématique puisqu'elle affecte grandement l'efficacité du traitement.

La problématique de l'adhérence plus spécifiquement associée aux troubles de santé mentale sera maintenant abordé. Ce qui est présenté dans cette section vient valider la pertinence du projet de stage.

2.2.3 Adhérence et troubles de santé mentale

Magura, Laudet, Mahmood, Rosenblum et Knight (2002) soulèvent qu'une mauvaise adhérence à la médication est un obstacle majeur à l'efficacité du traitement pour les patients souffrant d'un trouble de santé mentale chronique. Spécifiquement, pour la dépression, les recherches citées par l'OMS rapportent des taux d'adhérence entre 40 et 70%. Elles soulignent que le niveau d'adhérence a été positivement lié aux résultats du traitement, et ce peu importe le type d'antidépresseur utilisé (Sabaté, 2003). Chez les patients ayant un diagnostic de schizophrénie, les taux de non-adhérence sont estimés à 50% par année suite à la résolution d'une crise aiguë et les coûts directs associés à la non-adhérence sont évalués à 800 millions de dollars (Dixon, Weiden, & Torres, 1997). Pour toutes les maladies confondues, le coût de la non-adhérence au traitement est estimé à 100 milliards de dollars par année aux États-Unis (Centorrino et al., 2001).

Les conséquences de la non-adhérence sont nombreuses, notamment une augmentation des risques potentiellement mortels pour l'individu (Sabaté, 2003). Selon le rapport de l'OMS, une mauvaise adhérence entraîne des rechutes plus intenses, ce qui peut également aggraver la maladie et augmenter les risques que le patient ne réponde plus au traitement. La non-adhérence entraîne également une augmentation du risque de dépendance à la médication (Sabaté, 2003). Cet aspect est particulièrement important puisque la clientèle visée par ce projet présente souvent une concomitance des troubles de santé mentale et de dépendance à la drogue. L'OMS rapporte aussi une augmentation des risques d'abstinence et de sevrage. Certains traitements produisent des symptômes de sevrages désagréables si les recommandations du médecin ne sont pas respectées (Sabaté, 2003). De plus, ce rapport soulève l'augmentation du risque de développer une résistance aux thérapies, du risque de toxicité et du risque d'accident pour certains médicaments qui nécessitent, par exemple de ne pas prendre d'alcool ou ne pas conduire (Sabaté, 2003).

McIntosh et ses collaborateurs (2009) rapportent que, malgré l'efficacité de la médication antipsychotique, presque 90% des patients vont rechuter dans les cinq premières années suivant un épisode de crise et que le déterminant le plus important de la rechute est l'arrêt d'une médication antipsychotique efficace. Ces mêmes auteurs soulignent que 50% des patients souffrants de schizophrénie n'adhèrent pas à leur médication un an après leur sortie de l'hôpital. Chez les hommes souffrants de ce trouble mental, la non-adhérence explique la majorité de la variance en ce qui concerne la rechute (Pogge et al., 2005).

Centorrino et ses collaborateurs (2001) ainsi que Azrin et Teichner (1998) soulèvent le lien qui existe entre la non-adhérence et les rechutes, les nouvelles hospitalisations et une faible efficacité du traitement chez les patients ayant un trouble de santé mentale sévère. D'autres auteurs appuient également cet énoncé (Baillargeon, Contreras, Grady, Black, &

Murray, 2000; Gasquet et al., 2001; Williams, Rodin, Ryan, Grolnick, & Deci, 1998). Dans le cas des urgences psychiatriques, le meilleur prédicteur de la détérioration à court terme est la non-adhérence (Cremniter, Payan, Meidinger, Batista, & Fermanian, 2001). On voit donc par ces résultats que la non-adhérence au traitement génère des problèmes importants, que ce soit pour le patient, pour le système de santé ou pour l'économie.

Dans le cas d'une clientèle criminalisée, l'adhérence devient particulièrement importante, surtout si le fait d'être non adhérent à la médication entraîne des comportements violents chez des individus présentant des troubles de santé mentale (Swartz, Swanson, & Hiday, 1998). Ces auteurs supposent que la non-adhérence à la médication aurait un effet sur les comportements violents par l'intermédiaire d'un trouble d'abus de substance concomitant et préexistant. Ils ont donc effectué une recherche auprès de patients présentant différents troubles de santé mentale admis de manière non volontaire afin d'évaluer l'effet conjoint de la non-adhérence et de l'abus de substance sur l'augmentation du risque de comportements violents. Leurs résultats montrent que la combinaison de la non-adhérence à la médication et d'un problème d'abus d'alcool ou de drogues est associée significativement à des comportements violents en communauté. Les résultats de Castillo et Alarid (2011) soulignent également le rôle de l'alcool dans l'augmentation du risque de nouvelle arrestation pour un délit violent chez des délinquants avec un trouble de santé mentale.

Dubreucq, Joyal et Millaud (2005) arrivent à des conclusions semblables suite à leur recension systématique des écrits. Ces auteurs soulignent que les individus souffrant de troubles mentaux graves sont les plus à risques de comportements violents envers autrui et présentent certaines caractéristiques : antécédents de violence, non-adhérence à la médication antipsychotique et au suivi, abus d'alcool ou de drogues, pensées ou fantasmes violents, symptômes psychotiques aigus et lésions cérébrales. Après leur analyse des

différentes recherches, Dubreucq et ses collaborateurs en arrivent à trois conclusions. Dans un premier temps, ils affirment qu'en excluant l'abus d'alcool ou de drogues, les individus présentant des troubles mentaux graves présentent un risque de comportements violents envers autrui en moyenne 4 fois plus élevé que dans la population générale, et ce même en prenant en considération l'âge, le sexe et le statut socioéconomique. Leur deuxième conclusion est que l'abus d'alcool ou de drogues peut augmenter jusqu'à deux fois le risque de comportements violents des individus présentant un trouble de santé mentale grave. Finalement, ils ajoutent que les facteurs influençant le risque de comportements violents dans la population générale influencent également le risque chez les patients.

Tel que soulevé dans le paragraphe précédent, la concomitance entre les troubles de santé mentale sévères et l'abus d'alcool ou de substance entraîne une augmentation du risque de comportements violents envers autrui. Santé Canada (Rush et al., 2002) rapporte en effet que les troubles concomitants sont devenus une priorité nationale, donnant ainsi suite aux recommandations du Comité permanent de lutte à la toxicomanie du gouvernement du Québec en 1996 et 1997. Ce rapport rappelle les résultats d'une étude épidémiologique effectuée aux États-Unis et souligne que « le taux de prévalence des troubles liés aux substances chez les individus atteints de troubles mentaux sévères concomitants était de 29% par comparaison à 16% dans la population générale » (p.21, Rush et al., 2002).

Khazaal et Zullino (2012) apportent différentes hypothèses quant au sens de l'association entre les troubles de santé mentale et les troubles d'abus de substance. La première hypothèse suggérée par ces auteurs veut que les troubles mentaux favorisent le développement des troubles d'abus de substances étant donné : un risque plus élevé d'être en contact avec les drogues, l'impulsivité due aux troubles de santé mentale ou à une possible automédication par l'usage de drogues ou d'alcool. Leur seconde hypothèse est

l'inverse de la première et veut qu'un trouble d'abus de substances soit présent au départ et amène le développement d'un ou des troubles de santé mentale à cause de l'effet des substances chimiques dans le cerveau et des effets d'un environnement plus stressant. Finalement, ces auteurs suggèrent que ces deux problématiques auraient en commun des facteurs de risque favorisant ainsi leur concomitance.

2.2.4 Facteurs de risque et de protection

Une multitude d'auteurs se sont intéressés aux facteurs associés à l'adhérence. Ils peuvent être classifiés selon trois catégories : ceux qui sont liés au patient, au traitement et au médecin.

2.2.4.1 Facteurs liés au patient

Un facteur important dans le cadre du présent projet est la perception de contrainte des patients face à leur traitement. Il est probable qu'un délinquant incarcéré dans un centre de traitement en santé mentale vive une certaine forme de contrainte quant à la prise de médication. Rain, Steadman et Robins (2003) se sont intéressés à la relation entre la contrainte perçue par des patients en psychiatrie et l'adhérence au traitement après l'hospitalisation. Selon leurs résultats, un plus haut niveau de contrainte perçue est corrélé avec une meilleure adhérence autorapportée après un mois, mais pas aux autres moments de suivi, ni avec l'adhérence rapportée par le pharmacien. Leurs résultats démontrent également que la contrainte perçue est corrélée positivement avec l'adhérence autorapportée à la médication lorsque celle-ci est injectable.

Centorrino et ses collaborateurs (2001) se sont intéressés aux différents facteurs associés à une meilleure adhérence aux visites de suivi chez des patients ayant un accompagnement psychiatrique externe. Leurs résultats montrent une adhérence significativement plus élevée chez les patients dans une phase aiguë de la maladie,

présentant un trouble de la personnalité, ayant complété une éducation postsecondaire ou vivant seuls. Une autre étude indique cependant qu'une plus faible sévérité des symptômes au temps de référence est associée avec une meilleure adhérence un an plus tard, tout comme le fait de vivre dans un logement subventionné et avoir vécu moins d'évènements stressants (Magura et al., 2002). Sabaté (2003) rapporte également que, dans le cas de la dépression, la comorbidité psychiatrique ainsi que certains traits de personnalité auraient un effet négatif sur l'adhérence. À l'inverse, des indications claires sur la gestion des symptômes de la maladie ainsi qu'une mauvaise compréhension de ceux-ci auraient un effet sur l'adhérence.

Horne et Weinman (1999) concluent, suite à leur étude, que trois facteurs expliqueraient la majorité de la variance de l'adhérence, soit les croyances du patient à propos du traitement, le type de maladie et l'âge. Brown et ses collaborateurs (2005) ainsi que Howland (2007) soulignent également le lien entre les croyances à propos de la médication et l'adhérence autorapportée ainsi que la sévérité des symptômes. Howland (2007) soutient aussi que le désespoir, une faible capacité d'introspection, le déni, les pensées délirantes et une détérioration cognitive sont des facteurs qui peuvent appartenir au trouble de santé mentale et qui affectent la capacité ou la volonté du patient à suivre correctement son traitement pharmacologique. La disparition des symptômes ou la guérison peut également entraîner un arrêt du traitement puisque les patients risquent de croire que la médication n'est alors plus nécessaire (Howland, 2007).

D'autres auteurs affirment que l'inobservance par interruption du traitement et l'inobservance par oubli de doses ou baisse de posologie n'auraient pas les mêmes facteurs de risque (Gasquet et al., 2001). Les patients qui sont inobservants par interruption du traitement ont un niveau d'éducation plus élevé et leurs connaissances quant à la médication

proviennent de sources non médicales, alors que les patients qui oublient des doses ou baissent la posologie sont plutôt des femmes.

Chez une clientèle adolescente suivant un traitement d'antipsychotique, l'abus de substance serait lié à la non-adhérence, alors que la croyance que leur médication est efficace serait liée à l'adhérence au traitement (Pogge et al., 2005). D'autres études lient également l'abus de substance à la non-adhérence au traitement (Magura et al., 2002).

Chez une clientèle adulte en situation d'urgence psychiatrique, le meilleur prédicteur de l'adhérence selon l'étude de Cremniter et ses collaborateurs (2001) serait la présence d'antécédents psychiatriques. D'autres prédicteurs de la bonne adhérence selon la même étude sont l'état civil (célibataire), l'âge (plus âgé) ainsi que l'hostilité manifestée (plus faible) envers le médecin. Baillargeon, Contreras, Grady, Black et Murray (2000) soulèvent également que l'âge plus élevé serait lié à une meilleure adhérence, tout comme le genre (masculin). Un statut socioéconomique faible, une plus grande distance du lieu de traitement, l'analphabétisme, le coût élevé de la médication, l'oubli, la mauvaise compréhension des instructions sur la prise de médication, une connaissance des symptômes et du traitement, des habiletés de gestion des symptômes et du traitement inadéquates, les inquiétudes face aux effets secondaires, la croyance du patient qu'il n'a pas besoin du traitement, le stress psychosocial, la dépression et une faible motivation auraient tous des impacts négatifs sur l'adhérence. Par contre, le soutien familial, la croyance que le traitement est efficace, la perception du risque relié à la maladie ainsi que la motivation auraient un impact positif (Sabaté, 2003). En résumé, la perception d'une contrainte, l'âge, la sévérité des symptômes ainsi que les croyances envers la maladie et le traitement ressortent comme des facteurs de risque important en lien avec le niveau d'adhérence des patients.

2.2.4.2 Facteurs liés au traitement

Centorrino et ses collaborateurs (2001) ont trouvé que l'adhérence aux visites de suivi chez des patients accompagnés en psychiatrie externe était significativement plus élevée lorsque les visites étaient prévues de manière routinière, qu'elles étaient moins espacées dans le temps et qu'elles concernaient plutôt la psychothérapie que la pharmacothérapie. Gasquet et ses collaborateurs (2001) soulignent que lorsque le traitement est prescrit pour plus de 6 mois, cela risque d'entraîner une inobservance par modification de posologie. Par contre, si ce traitement implique la prise de plusieurs doses par jour, cela risque d'entraîner une interruption de traitement. D'autres auteurs rapportent que le type d'antidépresseur utilisé, soit un antidépresseur tricyclique, serait lié à une meilleure adhérence (Baillargeon et al., 2000).

De son côté, Sabaté (2003) souligne que la complexité du régime de médicament, les effets secondaires, la fréquence des doses et l'absence d'indications claires sur la prise de médicament entraîneraient une adhérence plus faible. Par contre, une fréquence de prise de médicaments plus basse, une plus petite quantité de comprimés par jour, une monothérapie ainsi que des consignes claires sur la gestion du traitement auraient un effet positif sur l'adhérence. Mitchell (2007) ajoute que la majorité des gens préfèrent prendre des médicaments le moins longtemps possible ce qui fait de la longueur du traitement un facteur de risque de l'arrêt de traitement. Howland (2007) relève qu'une efficacité insuffisante ou des effets secondaires intolérables pour les patients sont des facteurs fréquemment nommés pour justifier une mauvaise adhérence, tout comme la complexité du régime médicamenteux et le prix élevé des médicaments.

Bref les principaux éléments liés au traitement qui ont un impact négatif sur l'adhérence sont : la complexité du régime médicamenteux, le nombre de doses à prendre par jour et leur fréquence, la durée du traitement et les effets secondaires indésirables.

2.2.4.3 Facteurs liés au médecin

Certains auteurs se sont intéressés à l'impact de l'alliance thérapeutique sur les résultats du traitement. En effet, Krupnick, Sotsky et Simmens (1996) ont examiné cette relation chez des patients dépressifs en suivi externe recevant soit de la psychothérapie interpersonnelle, de la thérapie cognitive comportementale, de l'imipramine avec une prise en charge clinique ou un placebo avec une prise en charge clinique. Leurs résultats démontrent que l'alliance thérapeutique a un impact significatif sur le résultat du traitement dans tous les cas évalués dans leur étude. C'est aussi ce que constatent Duvanel, Zbinden et Goerg (1990).

Sabaté (2003) souligne également qu'une mauvaise relation entre le patient et son médecin a un effet négatif sur l'adhérence alors qu'une bonne relation entre les deux a un effet positif sur l'adhérence. Dans le même ordre d'idée, lorsque le médecin ne transmet pas d'information à son patient sur le traitement qu'il lui donne, cela peut engendrer une inobservance par interruption de traitement. Lorsque le médecin n'informe pas l'entourage du patient, cela peut engendrer plutôt une inobservance par modification de la posologie (Gasquet et al., 2001). Selon la même étude, lorsque le médecin transmet de l'information sur la durée du traitement, cela augmenterait le risque d'interruption précoce du traitement, mais diminuerait le risque d'une modification de la posologie par le patient.

Sabaté (2003) relève différents facteurs liés à l'interaction entre le médecin traitant et le patient qui influencent l'adhérence au traitement ainsi que les résultats du traitement. Il s'agit du style de communication du médecin (fournir de l'information, discours positif, poser

des questions précises sur l'adhérence au patient), de la clarté du diagnostic et des conseils sur le traitement pour l'adhérence au traitement à court terme, du suivi du traitement, de l'inclusion du patient dans le processus de traitement, ainsi que de la cordialité et l'empathie du médecin. Dans le même document, l'auteur soulève des facteurs liés au médecin ou au système de santé ayant un impact sur l'adhérence dans le cas spécifique de la dépression. En effet, une mauvaise éducation du patient sur sa santé, un manque de connaissance et de formation des médecins à propos de la gestion du traitement, une compréhension inadéquate de la maladie, des consultations courtes ainsi qu'une mauvaise implantation des interventions éducatives seraient liés à une moins bonne adhérence alors qu'une intervention à facettes multiples pour les soins de base améliorerait l'adhérence (Sabaté, 2003).

Plusieurs facteurs associés au médecin semblent pertinents, mais ce sont l'alliance thérapeutique, le style de communication et l'attitude générale du médecin qui semblent les plus importants.

2.2.5 Mesurer l'adhérence

Plusieurs auteurs rapportent des problèmes importants quant à la mesure de l'adhérence. On distingue deux types de mesure: les mesures objectives, comme les indicateurs biologiques ou le décompte de comprimés et les mesures subjectives, comme les rapports autorévélés. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a résumé les différents types de mesures ainsi que leurs avantages et leurs désavantages (Sabaté, 2003). Dans un premier temps, il existe des mesures autorévélées de l'adhérence qui peuvent être recueillies tant auprès des patients que du personnel traitant. Cependant, le personnel traitant tend à surestimer les comportements d'adhérence des patients (Pogge et al., 2005; Sabaté, 2003).

Chez les patients, on peut supposer que la désirabilité sociale ait un impact sur les résultats (Laurier & Lafortune, 2008; Pogge et al., 2005), particulièrement dans un milieu

carcéral. En effet, on peut penser que la non-adhérence à la médication chez un détenu peut avoir une influence sur sa cote de sécurité et sur la possibilité d'obtenir une libération conditionnelle. Sachant cela, le détenu risque de vouloir démontrer une bonne adhérence au traitement. Il existe également certains questionnaires standardisés pour les patients. Selon l'OMS, il serait préférable qu'ils soient spécifiques à certains comportements puisque les caractéristiques individuelles des patients et les traits de personnalité sont de faibles prédicteurs de l'adhérence.

Le décompte des comprimés restants ainsi que les mécanismes de comptage électronique sont d'autres moyens de mesurer l'adhérence. Cependant, dans les deux cas, il est impossible de savoir si le patient a bel et bien pris la médication ou s'il l'a simplement jetée (Williams et al., 1998). Par ailleurs, le mécanisme de comptage électronique est une méthode assez coûteuse et ne peut donc pas être utilisé à grande échelle. Finalement, il y a les techniques de mesure biologiques, soit par prise de sang ou prélèvement capillaire. Elles nécessitent du personnel spécialisé, tant pour le prélèvement des échantillons que pour l'analyse (Sabaté, 2003). De plus, selon le type de substance et le métabolisme de l'individu, le délai avant que la médication soit éliminée du système varie grandement. Les risques d'identifier des patients comme non adhérents alors qu'ils le sont augmentent donc grandement.

Azrin et Teichner (1998) soulignent également les problèmes de validité des différents types de mesure de l'adhérence. En effets, ces auteurs affirment que les rapports autorévélés des patients, les rapports de la famille, les archives des pharmacies, les mesures des résultats cliniques et les tests sanguins sont les types de mesure ayant une validité problématique. Ils rapportent également que le décompte des comprimés est la mesure objective la plus utilisée. Elle serait valide lorsqu'appliquée de manière discrète, sans que le

patient en ait connaissance. Velligan, Pharm, Pharm et Miller (2003) soulèvent quant à eux que l'enregistrement des prescriptions comme mesure de l'adhérence aurait tendance à sous-estimer le problème. En effet, cela mesure le nombre de jours durant lesquels la médication est disponible plutôt que la quantité de médicaments ingérée.

Il est important de considérer la validité des différents types de mesure afin de pouvoir en tenir compte dans le milieu de réalisation du projet dans la mesure où les agents de libération conditionnelle (ALC) se serviraient d'un des types de mesure dans leur évaluation du risque de récurrence.

2.2.6 Les solutions

La non-adhérence à la prescription risque d'être souvent problématique, particulièrement dans le cas des troubles de santé mentale sévère, que ce soit avec ou sans concomitance d'un trouble d'abus de substance. Tel que mentionné ci-haut, cela augmente le risque de violence envers autrui, en plus des risques de conséquences néfastes sur la santé de l'individu et sur l'efficacité du traitement.

Des chercheurs se sont intéressés aux facteurs à considérer afin d'améliorer l'adhérence au traitement. Williams et ses collaborateurs (1998) considèrent que, selon leurs résultats, les interventions visant une augmentation de l'adhérence au traitement devraient se concentrer sur le soutien à l'autonomie du patient afin d'améliorer l'autorégulation qui elle permettra d'améliorer le niveau d'adhérence. D'autres auteurs énoncent que, même si la recherche a permis d'identifier les facteurs prédisant l'adhérence, les interventions utilisées n'ont pas permis d'atteindre l'objectif, soit l'amélioration du niveau d'adhérence au traitement (Coutu et al., 2004). Cremniter et ses collaborateurs (2001) soulèvent quant à eux l'importance d'accorder une attention particulière aux patients vus en psychiatrie pour la première fois ou ceux présentant une hostilité continue, car selon les résultats de leur étude

en urgence psychiatrique, ce sont ceux qui ont tendance à être le moins adhérents. Concernant les antidépresseurs, Brown, Battista, Bruehlman, Sereika, Thase et Dunbar-Jacob (2005) relèvent que les médecins devraient non seulement expliquer aux patients comment prendre leur médication, mais aussi leur donner des informations sur les effets à court et long terme des médicaments, la manière dont ils fonctionnent et spécifier que les antidépresseurs ne causent pas de dépendance chimique.

Des chercheurs se sont intéressés à l'évaluation de différentes méthodes d'intervention visant l'augmentation de l'adhérence au traitement. C'est le cas de Azrin et Teichner (1998) qui ont évalué trois formes d'information transmise à des patients présentant un trouble de santé mentale chronique en consultation externe d'un centre communautaire en santé mentale : une séance d'information sur la médication et ses bienfaits, une série de directives sur toutes les étapes comportementales de la prise de médication (de la prise de rendez-vous jusqu'à la prise actuelle du médicament) et les mêmes directives transmises en présence de la famille. Leurs résultats indiquent que l'adhérence à la médication peut être grandement augmentée grâce à des directives précises et des stratégies concernant la prise de médication.

La prochaine section traite des différents modèles théoriques encadrant la problématique de l'adhérence dans le présent projet.

2.3 Modèles théoriques

2.3.1 Health Belief model (Becker, 1974) et Beliefs about medication (Horne)

D'un point de vue historique, le développement du modèle du *Health Belief Model* (HBM) remonte aux années 50, aux États-Unis, alors que le *Public Health Service* et ses chercheurs étaient confrontés à des problèmes au niveau de la prévention de certaines

maladies (Rosenstock, 1974b). Les responsables des programmes de prévention souhaitaient expliquer le comportement des individus en mettant en lumière les facteurs facilitants ou nuisant à une réponse favorable envers les programmes de prévention (Strecher & Rosenstock, 1997). C'est donc dans ce contexte que le HBM a pris forme afin d'expliquer les comportements de santé préventifs (Rosenstock, 1974b).

Le HBM étend l'utilité des variables sociopsychologiques à l'explication des comportements de santé préventifs (Rosenstock, 1974b). Selon le modèle, la motivation de l'individu est fonction de son espérance d'atteindre l'objectif qu'il s'est fixé en ce qui concerne sa santé (Maiman & Becker, 1974). Plus l'espérance d'atteinte de l'objectif fixé est élevée, plus la motivation à adopter des comportements permettant de l'atteindre sera élevée.

Le *Health Belief Model* (HBM) propose deux idées principales. La première veut que la volonté de l'individu à agir relativement à une maladie précise soit déterminée par la perception de sa vulnérabilité à cette maladie et par sa perception de la sévérité des conséquences d'être malade. La deuxième est que l'évaluation faite par l'individu des actions préconisées pour faire face à la maladie se produit en fonction de sa perception de leur efficacité et de leur faisabilité versus sa perception des barrières et des coûts de ce qu'il doit faire (Rosenstock, 1974b).

Rosenstock (1974a) rapporte différents types de comportements de santé. Mis à part les comportements préventifs et les comportements de maladie, ce sont les comportements du malade qui apparaissent les plus pertinents. En effet, les comportements des détenus ayant un diagnostic de trouble de santé mentale et ayant une ou des prescriptions de médicaments psychotropes sont au cœur du présent projet. Les comportements du malade sont définis comme: « les activités entreprises par ceux qui se considèrent comme malades dans l'objectif de guérir » (Rosenstock, 1974a, p.27).

Becker (1974b) soutient que les croyances et les perceptions du malade sont modifiables. Une fois que nous savons quelles composantes du modèle sont en deçà d'un niveau considéré comme nécessaire à l'adhérence, il devrait être possible d'adapter l'intervention en ciblant les besoins spécifiques de chaque patient (Becker, 1974b). L'auteur rapporte plusieurs études tentant de vérifier l'applicabilité du HBM à l'adhérence. Becker (1974b) s'attarde tout d'abord aux recherches tentant de valider si la perception de vulnérabilité permet d'expliquer une part de l'adhérence. Il conclut, après révision de ces études, que cette composante du modèle a une valeur explicative et prédictive.

Becker (1974b) estime que le rôle de la composante de sévérité perçue du HBM est semblable à celui de la vulnérabilité perçue. En effet, Becker (1974b) rapporte les études de Heinzelman (1920), Gordis et al. (1969), Charney et al. (1967), Becker et al. (1972,1974), ainsi que de Francis et al. (1969). Il en arrive à la conclusion que l'estimation que fait le patient de la sévérité de la maladie est un facteur prédicteur de l'adhérence au régime médicamenteux prescrit (Becker, 1974b). L'auteur explique de différentes manières ces résultats. Il suppose que la présence de symptômes physiques augmente la gravité perçue de la maladie pour le patient et le motive à suivre les prescriptions du médecin traitant. Cependant, cette motivation n'est présente que durant la période où les symptômes persistent. Becker (1974b) souligne plusieurs études montrant que les patients diminuent leur adhérence à leur régime médicamenteux ou cessent de suivre leur traitement lorsqu'ils se sentent mieux et que les symptômes diminuent ou disparaissent.

En ce qui concerne la perception des avantages et des coûts, Becker (1974b) indique que les recherches démontrent une association positive entre la croyance que la médication est efficace et l'adhérence, ainsi qu'entre la croyance que les médecins peuvent guérir la maladie et la présence aux rendez-vous. Également, les études rapportées par l'auteur

indiquent que la perception des différents coûts possibles est liée négativement à l'adhérence (Becker, 1974b). L'auteur constate, grâce à différentes recherches, que plusieurs variables sont liées à la non-adhérence : coûts financiers, complexité et durée du traitement ainsi que les effets secondaires. En conclusion, Becker (1974b) stipule que la perception des avantages et des coûts est également une variable prédictive de l'adhérence et de la non-adhérence.

Strecher and Rosenstock (1997) résument bien les résultats rapportés par Becker concernant toutes les variables du modèle. Ils concluent que la perception des coûts est la variable la plus prédictive. Ils spécifient que la vulnérabilité perçue est un meilleur prédicteur pour les comportements préventifs comparativement aux comportements du malade. L'effet est inverse pour la perception des avantages. Quant à la gravité perçue, c'est la variable la moins prédictive du comportement, mais elle est fortement liée au comportement du malade. De plus, Harrison, Mullen et Green (1992) ont effectué une méta-analyse basée sur 16 articles concernant le *Health Belief Model* chez les adultes. Suite à leurs analyses, ils concluent qu'il y a une relation positive significative entre les dimensions du modèle et les comportements de santé.

Kasl (1974) s'est attardé au lien qui pourrait exister entre le HBM et les maladies chroniques. Plus spécifiquement, il s'est intéressé au lien entre le modèle et l'adhérence ainsi que le maintien du traitement, ce qui est intéressant considérant la clientèle étudiée dans le présent projet. Cet auteur rapporte que selon les études, les caractéristiques sociodémographiques des patients ne sont pas toujours reliées à l'adhérence et ne seraient pas de bons prédicteurs de l'adhérence ou de la non-adhérence. Cependant, une variable semble ressortir de manière constante comme étant prédictive de la non-adhérence : l'isolement social (Kasl, 1974). Cet aspect semble particulièrement important dans le cadre

de ce projet étant donné que les détenus souffrant de troubles de santé mentale n'ont souvent aucun soutien social.

Le *Health Belief Model* est un modèle général qui se consacre aux croyances entourant la maladie. Horne et Weinman (1999) se sont plutôt concentrés sur celles entourant la médication, développant ainsi le *Beliefs about medication model*. Ces auteurs, en collaboration avec Hankins (1999), établissent différentes catégories de croyances. Dans un premier temps, ils divisent les croyances générales des spécifiques. Les premières portent sur les médicaments en général et les secondes sur une médication précise prescrite pour une maladie donnée (Horne & Weinman, 1999). Horne et ses collaborateurs (1999) ont démontré que les croyances associées à une médication particulière sont regroupées selon deux sous-catégories : les opinions par rapport à la nécessité de la médication prescrite afin de maintenir leur état de santé et celles en lien avec les inquiétudes face aux aspects négatifs potentiels de prendre la médication. Les auteurs ont également déterminé des catégories pour les croyances générales : celles sur la nature des médicaments et la perception qu'ils sont dommageables et devraient être évités si possible, ainsi que les perceptions sur la façon dont les médecins utilisent la médication.

À l'aide du *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BMQ), Horne et Weinman (1999) ont tenté de décrire la distribution des deux catégories de croyances spécifiques parmi des patients atteints de différentes maladies chroniques, de déterminer si les croyances des patients envers leurs médicaments influencent l'utilisation qu'ils en font, mais surtout si elles sont de meilleurs prédicteurs de l'adhérence que les facteurs démographiques et cliniques (type de maladie et nombre de médicaments prescrits). Selon leurs résultats, trois facteurs expliqueraient une grande partie de la variance de l'adhérence : les croyances des patients à propos de leur médication, le type de maladie et l'âge. Les auteurs ont également trouvé que

les croyances envers la médication étaient de meilleurs prédicteurs de l'adhérence que les facteurs démographiques et cliniques. Leurs analyses ont démontré que de fortes croyances sur les inquiétudes face aux aspects négatifs de la médication sont associées à une adhérence rapportée plus faible.

Les résultats de Horne et Weinman (1999) appuient leur hypothèse que l'adhérence est influencée par une analyse coûts-bénéfices faite par les patients. En effet, les scores de l'échelle «nécessité-inquiétudes» (différence entre les échelles « nécessité » et « inquiétudes ») corrèlent plus fortement avec l'adhérence que les scores des échelles «nécessités» et «inquiétudes» individuellement. De plus, les patients qui obtiennent des scores plus élevés à l'échelle «inquiétude» qu'à l'échelle «nécessité» sont significativement moins adhérents. En ce qui concerne le type de maladie, les résultats démontrent que certaines maladies et leur traitement présentent plus de barrières à l'adhérence que d'autres.

Aikens, Nease, Nau, Klinkman et Shwenk (2005) se sont intéressés à la relation entre les croyances sur l'efficacité des antidépresseurs (croyance spécifique) et l'adhérence à ces médicaments. En contrôlant l'effet de différentes variables, dont les caractéristiques démographiques, la désirabilité sociale et les caractéristiques dépressives des 81 patients de leur étude, seules les croyances face à la nécessité des antidépresseurs et les inquiétudes face à ces médicaments expliquaient l'adhérence à la médication. Précisément, l'adhérence était plus élevée chez les patients dont la perception de la nécessité de la médication était plus élevée que l'inquiétude face à la prise de médication. Chez les patients dont les inquiétudes étaient plus importantes que leurs croyances face à la nécessité des antidépresseurs, l'adhérence était plus faible (Aikens et al., 2005). Après avoir validé le BMQ auprès de patients recevant un traitement pour la dépression, Brown et ses collaborateurs (2005) concluent que les croyances face à la médication sont significativement associées à

l'adhérence autorapportée. Également, ces auteurs soulignent la relation entre la sévérité des symptômes dépressifs, ainsi que les croyances spécifiques face aux antidépresseurs et le comportement de prise de médication autorapportée.

Clatworthy, Bowskill, Rank, Parham et Horne (2007) ont vérifié si les croyances face à la maladie et face à la médication étaient également en lien avec l'adhérence chez les patients présentant un trouble bipolaire. Ils ont différencié la non-adhérence intentionnelle et non intentionnelle. La non-adhérence intentionnelle était associée aux inquiétudes des patients quant à la médication prescrite suite à l'expérience d'effets secondaires, mais aussi à leurs croyances qu'une utilisation régulière de la médication peut mener à des effets néfastes dans le futur. Elle était également associée aux doutes que les patients peuvent avoir face à la nécessité de la médication qui étaient, quant à eux, liés aux perceptions du patient quant à sa maladie (n'accepte pas le diagnostic, croyance que le trouble n'est pas contrôlable, croyance que ce n'est pas une maladie chronique) (Clatworthy et al., 2007). De leur côté, Perkins et ses collaborateurs (2006) se sont intéressés aux prédicteurs de l'adhérence à la médication psychotrope et ils concluent que les croyances face à la nécessité du traitement ainsi que les bienfaits de la médication antipsychotiques pourraient être des cibles d'intervention afin d'améliorer l'adhérence à la médication à long terme.

Clifford, Barber et Horne (2008) distinguent également les individus adhérents, non adhérents non intentionnellement et non adhérents intentionnellement à une nouvelle médication pour une maladie chronique. En utilisant le BMQ, ils ont mesuré les croyances de nécessité et les inquiétudes face à la médication. Selon leurs résultats, les non adhérents intentionnels ont de faibles perceptions de la nécessité de leur médication et plus d'inquiétudes face à la prise de médicament en comparaison aux individus adhérents. Les non-adhérents intentionnels donnent également plus de poids à leurs inquiétudes qu'à la

nécessité du traitement en comparaison avec les individus adhérents et les individus non adhérents non intentionnellement (Clifford et al., 2008). Les individus non adhérents de manière non intentionnelle et les individus adhérents ne diffèrent pas quant à leurs croyances sur la nécessité du traitement et les inquiétudes.

Byrne, Deane et Caputi (2008) se sont intéressés aux croyances des médecins traitants face aux patients qui n'adhèrent pas à leur traitement, à leurs croyances face à la médication ainsi qu'à l'impact des croyances sur les efforts des médecins à améliorer l'adhérence des patients. Leurs résultats indiquent que les croyances des médecins à propos de leur propre capacité à améliorer l'adhérence prédisent significativement leurs efforts concrets à l'améliorer. Leur pessimisme face aux résultats ainsi que leur empathie pour le patient ont prédit les résultats attendus.

Williams et ses collaborateurs (1998) ont également pu lier les barrières perçues de manière significative à l'adhérence. Ils font également le lien entre les barrières perçues, l'adhérence et l'autodétermination. En effet, suite à leurs analyses statistiques, ils arrivent à la conclusion que l'autodétermination agit comme facteur médiateur dans la relation entre les barrières perçues et l'adhérence (Williams et al., 1998). Selon les auteurs, les résultats suggèrent que les individus qui sont plus autodéterminés percevraient moins de barrières à l'adhérence. Le prochain modèle théorique concerne la motivation et l'autodétermination.

2.3.2 Autodétermination et motivation intrinsèque (Deci et Ryan)

Deci and Ryan (1985) définissent la motivation comme étant l'énergie et la direction du comportement. L'énergie correspond tant aux besoins innés (ceux qui doivent être satisfaits pour que l'organisme soit en santé) qu'aux besoins acquis dans les interactions avec l'environnement. La direction du comportement concerne plutôt les procédures et structures de l'organisme qui donnent un sens aux stimuli internes et externes, ainsi dirigeant

l'action pour satisfaire les besoins. Les théories de la motivation s'intéressent donc aux raisons derrière les comportements humains (Deci & Ryan, 1985). Également, les auteurs donnent le nom de motivation intrinsèque à l'énergie permettant l'activité et le développement des structures internes.

Les recherches sur la motivation intrinsèque se basent sur l'hypothèse que les organismes tendent à aller vers et à mieux fonctionner dans des situations qui fournissent un certain niveau de stimulation (Deci & Ryan, 1985). Selon différents travaux rapportés par ces auteurs, les êtres humains semblent avoir besoin d'un niveau de stimulation optimal (Deci & Ryan, 1985).

Deci et Ryan (1985) soulèvent que pour qu'un comportement soit réellement motivé intrinsèquement, l'individu doit être libre de toutes pressions et récompenses. Ils suggèrent donc que la motivation intrinsèque est en cause lorsque le comportement est perçu comme autonome. C'est ce qu'ils appellent l'autodétermination, c'est-à-dire lorsque l'action est libre de tous contrôles. C'est pourquoi certains théoriciens ont proposé que les activités motivées intrinsèquement soient basées sur un besoin d'autodétermination (Deci & Ryan, 1985). Les individus auraient besoin de produire des comportements par choix plutôt qu'en fonction des résultats. Il existe donc une distinction entre les comportements autonomes, ceux que les individus produisent lorsqu'ils se sentent libres de choisir et d'agir parce que le comportement est important pour eux, et les comportements contrôlés, ceux que les individus produisent lorsqu'ils se sentent sous la pression de forces externes ou intrapsychiques (Williams et al., 1998). La motivation intrinsèque vs extrinsèque est importante dans le cadre du présent projet considérant que cela favorise le maintien d'un comportement à long terme. De plus, les détenus pourraient avoir tendance à faire ce qui leur est demandé (prendre sa médication ou non telle que prescrite) en raison de la pression du système carcéral.

Williams et ses collaborateurs (1998) se sont intéressés à la motivation intrinsèque et l'autodétermination en lien avec l'adhérence à la médication à long terme. Ces auteurs émettent l'hypothèse que la perception qu'ont les patients du soutien à l'autonomie offert par leur médecin sera liée à l'adhérence à long terme à la médication et que l'autodétermination des patients sera un facteur médiateur dans cette relation. Leurs résultats démontrent que l'autodétermination (motivation intrinsèque) des patients est en effet un facteur médiateur dans la relation entre leur adhérence à long terme à la médication et leur perception du support d'autonomie de leur médecin. Selon leurs analyses statistiques, l'autodétermination explique 68% de la variance pour l'adhérence en plus d'être la seule variable ayant une corrélation partielle significative avec l'adhérence. Par conséquent, l'autodétermination est fortement liée à l'adhérence mesurée par les rapports autorévélés et le décompte des comprimés. Pour Williams et ses collaborateurs (1998), cela corrobore le lien entre le modèle de l'autodétermination et l'adhérence à la médication. Dans la prochaine section, les théories subjectives de la maladie seront expliquées.

2.3.3 Théories subjectives de la maladie (Groeben et Scheele, 1982)

Selon le modèle des théories subjectives de la maladie, l'individu émet des hypothèses sur lui-même et sur le monde qui l'entoure (Flick, Moscovici, Creau, & Vezna, 1993). En reliant les hypothèses sur un même thème, cela forme la théorie qui est dite subjective, car elle se base sur les perceptions et les interprétations de l'individu, plutôt que sur des faits comme les théories scientifiques. Flick et ses collaborateurs (1993) fournissent également une définition des théories subjectives qui, selon eux, se veut métaphorique. En effet, ces théories pourraient être définies comme le savoir et les schèmes d'explication que les individus se créent par rapport à certaines situations et qui se reflètent dans leur comportement.

Les théories subjectives ne remplissent pas le même rôle que les théories scientifiques et n'ont donc pas la même fonction. Flick et ses collaborateurs (1993) expliquent que les théories subjectives permettent de définir la situation et d'encoder rapidement les différents éléments, d'expliquer les événements après leur occurrence, de prévoir les événements futurs, de formuler plus facilement des recommandations, de contrôler ou de diriger l'action ainsi que d'optimiser le sentiment de la valeur de l'individu. Grâce aux théories subjectives, l'individu devient en quelque sorte un expert d'un domaine donné de sa vie (Flick et al., 1993).

Dans le cadre du présent projet, une attention particulière sera donnée aux théories subjectives de la maladie. Celles-ci contiennent des informations ou des connaissances sur la cause des maladies, sur leur évolution, sur les traitements recommandés et possibles ainsi que sur leur efficacité (Flick et al., 1993; Holzinger, Löffler, Müller, Priebe, & Angermeyer, 2002). Selon l'étude allemande de Rolf Verres et de son groupe de travail (1986, cité dans Flick et al., 1993), les sujets atteints de maladies mortelles comme le cancer ou le sida attachent énormément d'importance aux théories subjectives quant aux solutions pour vaincre la maladie et les inquiétudes envers celle-ci.

Holzinger, Löffker, Müller, Priebe et Angermeyer (2002) ont quant à eux effectué une étude sur les théories subjectives de la maladie de patients schizophrènes. Ces auteurs ont cherché à définir quelles étaient les théories subjectives que ces patients avaient de la maladie ainsi qu'à déterminer la valeur des dites théories à prédire l'adhérence aux médicaments antipsychotiques. Ils ont donc passé l'*Interview on Subjective Illness Theory* à 77 patients schizophrènes à leur sortie de l'hôpital, prenant tous de la clozapine. En plus des théories subjectives de la maladie, les chercheurs ont évalué des déterminants potentiels de l'adhérence grâce à la neuvième version du *Present State Examination*, à l'*UKU Side Effect*

Rating Scale, à une liste pour l'évaluation des effets des drogues psychotiques par les patients ainsi qu'une échelle de l'alliance thérapeutique. L'adhérence a été mesurée grâce à des entrevues avec les patients ainsi qu'avec une personne significative lors de leur congé de l'hôpital et 3 mois plus tard.

Outre l'exploration des théories subjectives de la maladie des patients, Holzinger et ses collaborateurs (2002) ont émis trois hypothèses quant à l'aspect prédictif de l'adhérence par les théories subjectives en combinaison avec d'autres variables (effets secondaires, alliance thérapeutique, etc.) : les patients qui se perçoivent comme étant malades sont plus adhérents à la médication antipsychotique que les patients qui ne se perçoivent pas comme étant malades, les patients qui attribuent leur maladie à des facteurs biologiques sont plus adhérents que ceux qui l'attribuent à des facteurs psychosociaux et les patients qui voient leur maladie comme étant chronique sont moins adhérents que ceux qui s'attendent à une amélioration ou qui craignent une rechute.

Les résultats de leur étude ne vont toutefois pas dans le sens de leurs hypothèses. En effet, Holzinger et ses collaborateurs (2002) rapportent que les trois composantes des théories subjectives, soit que le patient se considère comme malade, la cause qu'il attribue à sa maladie, ainsi que le pronostic, n'ont pas d'influence statistique significative sur l'adhérence alors que l'alliance thérapeutique, l'illusion de grandeur et l'attitude envers les drogues psychotropes en ont une. Ils expliquent leurs résultats par différents facteurs. En effet, les chercheurs soulignent qu'il est possible que leur échantillon fût trop sélectif et homogène pour faire ressortir une variance significative des théories subjectives de la maladie comme variable indépendante et de l'adhérence comme variable dépendante afin qu'une relation statistiquement significative ressorte. Une autre raison expliquant l'absence de relation significative entre les deux variables serait la mesure de l'adhérence utilisée, soit

une mesure autorapportée dont la validité est parfois contestée, malgré qu'il y avait un accord interjuge satisfaisant entre le patient et la personne significative (par exemple ami, conjoint, parent) (Holzinger et al., 2002). Les auteurs suggèrent également que les croyances des patients quant à la nature, la cause et au pronostic de leur maladie pourraient n'être que faiblement liées à leur décision concernant le choix du traitement et l'adhérence au traitement choisi. Par exemple, la décision de poursuivre ou non le traitement de clozapine pourrait dépendre de facteurs plus concrets comme le fait de subir des prises de sang régulièrement (Holzinger et al., 2002).

Pour leur part, Watson et ses collaborateurs (2006) ont évalué la relation entre les perceptions de la maladie des patients après une rechute psychotique récente, leurs réponses émotionnelles ainsi que leurs attitudes face à la médication. Les auteurs concluent que des perceptions négatives de la maladie en ce qui concerne la psychose sont reliées à la dépression, à l'anxiété et à l'estime de soi qui à leur tour sont liées aux symptômes de maintenance et de récurrence.

2.3.4 Stade de motivation au changement (*Prochaska, Di Clemente et Norcross*)

Prochaska, Di Clemente et Norcross (1995) se sont intéressés au processus de changement et à son maintien. Ils ont consacré leurs recherches à la compréhension du processus de changement individuel des individus lorsqu'ils tentent de changer de manière autonome.

Prochaska et Di Clemente (1995) comptent six stades de changement : précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien et résiliation. Les auteurs soulèvent l'importance de considérer le stade auquel l'individu en est avant d'entamer une démarche de changement. Selon leurs recherches, ceux qui tentent d'effectuer un

changement pour lequel ils ne sont pas prêts échouent systématiquement, de même que ceux qui demeurent à un stade qu'ils ont déjà maîtrisé.

À chacun des stades de changement correspondent différentes caractéristiques. Pour ce qui est du premier stade, la précontemplation, les individus qui s'y trouvent n'ont généralement aucune intention de changer leur comportement et ne reconnaissent pas qu'ils ont un problème (Prochaska et al., 1995). Les précontemplateurs ne chercheront pas à changer leur comportement, mais chercheront plutôt une manière de faire cesser la pression extérieure qu'ils reçoivent. Advenant un changement de comportement, ce sera à court terme et seulement jusqu'à ce que la pression cesse. Les précontemplateurs sont résistants au changement. Ils perçoivent la situation comme étant sans espoir, donc ils évitent le plus possible d'entendre parler du problème (Prochaska et al., 1995).

Dans le cas de la contemplation, les individus qui à ce stade reconnaissent avoir un comportement à changer et commencent à penser au changement. Cependant, leur compréhension en est limitée et ils discernent difficilement les causes. Les contemplateurs considèrent différentes avenues pour résoudre leur problème, mais ne sont pas nécessairement prêts à entreprendre les démarches pour y arriver. La transition vers le stade de la préparation s'effectue par deux changements marqués (Prochaska et al., 1995). Dans un premier temps, les contemplateurs commencent à se concentrer sur la solution plutôt que sur le problème. Puis, ils pensent plus au futur qu'au passé. La fin du stade de la contemplation entraîne de l'anticipation, de l'activité, de l'anxiété et de l'excitation.

Le stade de préparation est celui où les individus font des plans concrets en vue d'entamer un réel changement. Une étape importante de ce stade est de faire connaître leur intention de changer à son entourage (Prochaska et al., 1995). Certains préparateurs peuvent être engagés envers le changement et sembler prêts à passer à l'action, mais se

questionner sur les bienfaits de passer à l'action. Durant le stade de préparation, des petits changements comportementaux apparaissent en prévision de l'action à venir.

Le stade suivant est celui de l'action. C'est à ce niveau que le changement se produit, tant du point de vue du comportement que de l'environnement (Prochaska et al., 1995). C'est souvent ici que l'individu reçoit le plus d'encouragement et de soutien de la part de son entourage puisque les changements sont observables. Prochaska, Norcross et Di Clemente (1995) soulignent cependant que le soutien et les encouragements sont d'autant plus nécessaires durant les stades de précontemplation, de contemplation ainsi que durant ceux suivant l'action afin de favoriser un processus de changement durable.

Un fois à l'étape du maintien, l'individu travaille à consolider et à maintenir les changements apportés jusqu'à maintenant, il tente de prévenir et d'éviter les rechutes (Prochaska et al., 1995). Le stade du maintien nécessite une reconnaissance de la part de l'individu qu'il peut être à risque de rechuter. Ce faisant, l'individu peut mettre en place différents moyens afin de faire face aux risques de rechute. Le dernier stade est la résiliation. À ce point-ci, l'individu ne ressent plus de tentation, il ne présente plus de risque de rechute, et cela sans efforts constants de la part de l'individu (Prochaska et al., 1995).

Prochaska et Norcross (2001) ont effectué une recension des études empiriques publiées portant sur les stades de changement et les résultats du traitement. Cette recension leur a permis de tirer différentes conclusions. Entre autres, ces auteurs soulignent que le thérapeute n'a pas le même rôle selon le stade de changement de son client. Par exemple, au stade de la préparation, le thérapeute est comme un entraîneur d'expérience qui peut fournir un plan d'action ou encore réviser celui de son client. Prochaska et Norcross (2001) rapportent aussi que selon une de leurs études publiées en 1999 avec des sujets présentant différents troubles de santé mentale, ils ont pu prédire l'abandon de la thérapie avec 90%

d'exactitude grâce à des variables reliées aux différents stades de changement. Le stade de changement auquel les individus se situent permettrait également de prédire le résultat du traitement (Prochaska & Norcross, 2001). En effet, selon ces auteurs, il semblerait que les progrès faits par les clients durant un traitement dépendent grandement du stade de changement auquel ils se situent au départ.

À la lumière de ces informations, il devient important de considérer le stade de changement auquel les détenus se trouvent par rapport à leur maladie et à leur traitement. En effet, il devrait dès lors être plus simple d'intervenir de manière efficace pour favoriser l'adhérence (le changement) du détenu au traitement psychotrope.

2.4 Trafic des médicaments psychotropes

Peu d'études existent quant au trafic des médicaments psychotropes. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM, 2012) dans son rapport sur la consommation et la pharmacodépendance des médicaments psychotropes souligne la relation entre l'usage de drogue, la criminalité, les troubles de santé mentale et le mésusage et la consommation de médicament en milieu pénitentiaire. Ce même rapport soulève différentes sources d'information quant au trafic de médicament. Notamment, l'INSERM soutient que les données sur le trafic proviennent généralement de recherches qualitatives ou encore de recherches décrivant la consommation de drogue (incluant les médicaments psychotropes) durant la peine d'emprisonnement. L'Institut cite un rapport du groupe de travail sur la lutte contre l'introduction de drogues en prison (Jean, 1996) révélant l'existence de trafic de drogues et de médicaments dans les établissements carcéraux en France puisque tous ont effectué des saisies de substances psychotropes. Ce même rapport souligne également que les professionnels du milieu ont observé une augmentation des demandes de prescription de médicaments psychotropes lors d'un resserrement des

politiques face aux substances illicites mettant ainsi en lien la consommation de drogue et la consommation de médicaments.

Le rapport de l'INSERM (2012) cite également un rapport non diffusé de Bouhnik, Jacob, Maillard et Touze de 1999 sur l'amplification des risques chez les usagers de drogues par intraveineuse face à la prison, la polyconsommation et la substitution. Ce serait pour pallier un manque et au sevrage que certains toxicomanes se tourneraient vers les médicaments psychotropes une fois incarcérés, alors que dans d'autres cas, c'est plutôt une forme d'adaptation au milieu (INSERM, 2012).

Le trafic de médicament a également un impact sur le traitement des détenus en ayant réellement besoin. En effet, le rapport de l'INSERM (2012) cite le document de Fernandez et Druhle de 2010 qui souligne qu'un médecin craignant d'alimenter le trafic dans l'établissement fournira une prescription insuffisante pour traiter l'individu. Ce dernier se tournera alors vers les trafiquants pour obtenir la médication dont il a besoin. D'un autre côté, en se basant sur 102 entrevues qualitatives de détenu(e)s, Jaeger et Monceau (1995) soutiennent que les médicaments psychotropes serviraient peut-être de régulateur des tensions, offrant ainsi un contrôle des comportements des détenus ce qui peut contribuer à la sécurité de tous.

Les médicaments utilisés aux fins de trafic proviendraient du détournement des prescriptions, elles-mêmes servant de monnaie d'échange selon les sources citées dans le rapport de l'INSERM (2012). Khosrokhavar en 2004, cité dans le même rapport, souligne la pression que les trafiquants vont mettre sur les consommateurs afin de vendre leur inventaire ainsi que sur les possesseurs de prescriptions de médicaments pour se procurer les médicaments recherchés par leurs clients (INSERM, 2012). Une étude longitudinale sur la prévalence du mésusage des benzodiazépines en prison et sur l'importance de la méthode

d'analyse révèle que, sur 103 prélèvements chez des détenus ayant reçu une prescription pour ce type de médicament, 24.3% n'en avaient pas dans leur échantillon d'urine et 48.5% avaient un autre type de benzodiazépine que celle qui leur était prescrite (Borrey et al., 2003). De l'autre côté, on retrouvait la présence de benzodiazépines dans l'échantillon d'urine de détenus qui n'avaient pas de prescription pour ce type de médicament. Ces résultats viennent appuyer la présence de trafic dans les établissements. Cela laisse également penser que certains détenus qui auraient réellement besoin de leur médicament n'adhèrent pas au traitement en raison du trafic, que ce soit par choix ou suite à la pression subite par les codétenus.

Au Canada, différentes méthodes ont été adoptées pour contrecarrer le trafic de substances et de médicaments au sein des établissements pénitentiaires. En effet, le Service correctionnel du Canada (SCC) a implanté des dispositifs de détection des drogues de haute technologie ainsi qu'une escouade canine (Wiebe & Nesbitt, 2000). Le Centre de recherche en toxicomanie du SCC a publié un état de la recherche en 2011 sur l'utilisation des scanners à ions dans les établissements correctionnels à l'international (Johnson & Dastouri, 2011). Les scanners à ions sont des dispositifs de détection de drogues mesurant la « *trajectoire des particules lorsqu'elles sont exposées à un champ électrique* » (Johnson & Dastouri, 2011). Ainsi, la vitesse de déplacement des particules permet d'identifier le type de substance. Les scanners à ions peuvent donc être utilisés aux entrées des établissements pénitentiaires et dans les salles de courrier puisqu'ils ont une capacité de détection très grande, même pour de simples traces. Les auteurs soulignent que malgré les avantages des scanners à ions (efficacité, portabilité, faibles coûts d'achat et d'entretien), ils identifient plusieurs faux positifs puisque la mesure se fait à l'échelle des nanogrammes. De plus, il semblerait que ces dispositifs soient plus efficaces pour détecter des drogues en poudre ou liquides, donc les pilules et les feuilles (comme la marijuana) sont plus difficilement

déTECTABLES (Johnson & Dastouri, 2011). Les auteurs concluent que les scanners à ions permettent de détecter la plupart des drogues, mais produisent trop de faux positifs et sont limités dans la détection de certaines substances. Ils notent également que des études supplémentaires seraient nécessaires particulièrement quant à l'impact de l'utilisation de ces dispositifs sur le trafic de drogues et la consommation de drogues par les détenus.

L'utilisation de chiens détecteurs de drogues est également une méthode utilisée dans les établissements pénitentiaires au Canada. Cheverie et Johnson (2011) se sont intéressés à l'utilisation des chiens détecteurs de drogues à l'échelle internationale. Un seul chien qualifié actif permettant de fouiller les bâtiments, les corridors et les zones hors périmètres est utilisé par le SCC alors que tous les autres sont des chiens passifs et servent plutôt à fouiller les détenus et les visiteurs en étant guidés par un maître-chien (Cheverie & Johnson, 2011). Les auteurs ont trouvé peu d'études sur l'efficacité des chiens détecteurs à repérer la drogue et sur leur impact sur le trafic de drogues et de médicaments. Selon les études trouvées, les chiens détecteurs auraient un effet dissuasif sur les détenus concernant le trafic de drogues et de médicaments.

Le SCC se réserve également le droit de fouiller les visiteurs lorsqu'ils ont des motifs raisonnables de croire qu'ils transportent des articles de contrebande (Wiebe & Nesbitt, 2000). Ces pratiques ont été mises en doute par des poursuites judiciaires visant le respect des droits garantis par la *Charte canadienne des droits et libertés*, forçant ainsi une amélioration des procédures et des pratiques visant l'interception des articles destinés au trafic. En effet, comme Wiebe et Nesbitt (2000) le rapportent, le SCC tend de plus en plus à transférer l'information au service de police afin qu'une enquête ait lieu et à interdire l'accès aux établissements aux individus concernés par le trafic.

L'analyse d'échantillons d'urine est une autre technique utilisée permettant de limiter tant la problématique de toxicomanie que le trafic (Wiebe & Nesbitt, 2000). En effet, cette méthode permet de détecter s'il y a présence ou non de drogue ou de médicaments dans l'urine. La *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC) ainsi que le *Règlement sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (RSCMLC) (Service correctionnel du Canada, 2007) énoncent les lignes directrices et la mise en application de la politique concernant le contrôle au hasard d'échantillons d'urine. En effet, il peut être demandé de fournir un échantillon d'urine aux détenus lorsqu'il y a un motif raisonnable de croire qu'ils consomment des substances illicites, lorsque cela fait partie des conditions de participation à un programme de traitement de la toxicomanie, lorsqu'un programme ou une activité nécessite un contact avec la communauté ou dans le cadre du programme de contrôle au hasard d'échantillons d'urine (MacPherson & Fraser, 2004). L'objectif de ce programme est de prévenir l'usage et le trafic de drogues ou de médicaments au sein du pénitencier afin d'assurer la sécurité de l'établissement et de protéger les individus s'y trouvant. Dans le cas du trafic de médicaments, l'analyse d'urine pourrait permettre de détecter qui, parmi les délinquants, prend quel type de médicaments et de valider si ce médicament lui a été prescrit ou s'il le prend de manière illégale.

Le SCC a également mis en place des unités de soutien intensif (USI) pour certains délinquants avec un problème de toxicomanie dans le but de les encadrer plus étroitement durant une période donnée où ils ont plus de difficulté à vivre avec leur problématique. La surveillance y est constante afin de diminuer les occasions et les intérêts liés à la consommation de substances (Wiebe & Nesbitt, 2000). En effet, le SCC a créé en février 2000 une USI par région, donc cinq au total (Varis, 2001). Les délinquants y sont par choix et ont signé un contrat d'engagement prévoyant des tests de dépistage de drogues et des fouilles plus fréquentes que ce que la loi permet pour diminuer au maximum l'accessibilité

aux drogues (Varis, 2001). Ceux qui ne respectent pas l'entente sont renvoyés de l'unité pour une période minimale de 30 jours après laquelle ils peuvent effectuer une nouvelle demande d'admission à l'USI. Également, l'accès à ces unités est restreint aux délinquants qui y résident, les visiteurs sont sensibilisés à l'objectif de l'unité et une vigilance plus importante est présente, notamment pas une utilisation plus grande des détecteurs ioniques (Varis, 2001).

Grant, Varis et Lefebvre (2005) ont effectué une étude pour évaluer les répercussions des USI. Deux-cent-quarante-six délinquants de sexe masculin ont accepté de participer à l'étude sur une possibilité de 309. Tous ont été admis au sein d'une USI sur une période de 11 mois. Le suivi des délinquants s'est effectué sur une période de 8 à 24 mois après l'étude pour savoir le type de mise en liberté qu'ils ont obtenu et la période qu'ils ont passée dans la collectivité. Le changement de comportement a été évalué par une liste de contrôle sur une base mensuelle, les accusations d'infractions disciplinaires, les données sur les fouilles et les saisies ainsi que les résultats des tests de dépistage. Également, des groupes de référence ont été utilisés pour évaluer les résultats (période avant la mise en liberté, le type de mise en liberté et la réincarcération éventuelle ou non du délinquant). Leurs résultats démontrent que l'objectif de réduction des drogues et de l'alcool dans les unités est atteint puisque moins de substances interdites ont été trouvées durant les fouilles et la détection de drogue dans les tests de dépistage est passée de 15% avant l'admission à 3% après l'admission dans l'USI (Grant et al., 2005). De plus, les délinquants ayant participé aux USI obtenaient plus de mises en liberté discrétionnaire que le groupe de référence (62% contre 46%). Les réincarcérations et les récidives étaient également moins fréquentes pour les participants des USI versus ceux du groupe de référence. Les USI semblent donc être une méthode efficace pour traiter la toxicomanie et pour mettre un frein au trafic pour les délinquants ayant la volonté de travailler sur cet aspect.

McVie (2001) offre une conclusion intéressante quant au trafic de médicaments. En effet, cet auteur soutient que pour faire face au problème des drogues en milieu carcéral, il faut s'y attaquer tant au niveau de l'offre, soit le trafic, qu'au niveau de la demande, soit la toxicomanie. Par conséquent, il suggère une approche équilibrée de prévention et de traitement de la toxicomanie ainsi que de mesures d'application de la loi.

La section qui suit présente le lien pouvant exister entre l'adhérence au médicament et la gestion du risque de récidive criminel.

2.5 Adhérence et gestion du risque

Il est possible de penser que, pour un délinquant dont le trouble mental est étroitement lié à ses délits, la non-adhérence au traitement pharmacologique peut avoir des effets dévastateurs sur le risque de récidive criminelle et sur la réinsertion sociale éventuelle. Plusieurs articles ont été cités démontrant le lien entre le risque de comportements violents, la non-adhérence et l'abus de substance. Afin d'établir un lien entre la non-adhérence et le risque de récidive, il convient d'explorer comment le risque de récidive est mesuré.

Différents outils sont disponibles, dont l'Évaluation du risque à court terme et traitabilité (version française du *Short-Term Assessment of Risk and Treatability*) (Crocker, 2007) qui est un outil spécialisé pour les détenus présentant un trouble de santé mentale. Il s'agit d'un outil de type « jugement professionnel structuré » qui permet d'évaluer à court terme sept types de risque : risque de violence, d'automutilation, de suicide, d'abus de substance, d'évasion, d'autonégligence et de victimisation. Il comporte plusieurs items : habiletés sociales, relations, emploi, loisirs, auto soins, état mental, état émotionnel, utilisation de substances, contrôle des impulsions, déclencheurs externes, soutien social, ressources matérielles, attitudes, observance de la médication, respect des règlements,

conduite, introspection, plans, adaptation, traitabilité et certains items liés à des cas spécifiques (Crocker, 2007).

Les items particulièrement intéressants pour le présent projet sont ceux associés à la santé mentale. Entre autres, les auteurs définissent l'état mental comme se rapportant aux symptômes des troubles graves de santé mentale, surtout en ce qui concerne les perturbations de la pensée et de l'affect (Crocker, 2007). Plus précisément, cela implique la présence de délires, d'hallucinations, de compulsions, de paranoïa, de troubles de la pensée, de confusion et de désorientation, de l'altération du jugement, de pensées bizarres ainsi qu'une mauvaise concentration. L'utilisation de substances est également un item pertinent étant donné sa relation à la non-adhérence et aux comportements violents, telle que mentionnée plus tôt. On parle ici d'un usage de substances ayant des effets négatifs sur l'individu ou sur son entourage, de consommation de substances illicites, d'absence de discernement, d'usage de substances vendues sous prescription ou non, du déni du besoin de traitement, de l'intoxication, d'une consommation hors de contrôle et d'une dépendance. Cela inclut donc la prise de médicaments qui n'ont pas été prescrits ou l'usage des médicaments prescrits autrement que de la manière recommandée par le médecin.

La pertinence de l'outil d'Évaluation du risque à court terme et traitabilité dans le cadre de ce projet se retrouve au niveau de l'item d'observance de la médication. En effet, des articles ont été présentés dans les pages précédentes quant aux conséquences de la non-observance sur la maladie sur le comportement de l'individu et sur le risque de violence et de rechute associé. De telles études ont amené les créateurs de l'outil à intégrer cet élément dans l'évaluation du risque. Selon la traduction française de Crocker (2007), l'item « observance de la médication » implique que l'individu ne prenne pas sa médication, qu'il choisisse de prendre uniquement certains médicaments ou qu'il ne respecte pas la posologie

prescrite. Il est à noter enfin que l'outil présente de bonnes propriétés psychométriques (Braithwaite, Charette, Crocker, & Reyes, 2010; Nicholls, Brink, Desmarais, Webster, & Martin, 2006; Nicholls, Petersen, Brink, & Webster, 2011).

À notre connaissance, aucune recherche n'a exploré spécifiquement la relation entre la non-adhérence à la médication et le risque de récurrence. Plusieurs articles ont été cités mettant en lumière la relation entre la non-adhérence, l'abus de substance et le risque de comportements violents. Cependant, la relation entre la non-adhérence à la médication antipsychotique et le risque de récurrence tel qu'évalué par les agents de libération conditionnelle n'est pas directement abordée. Cela génère plusieurs questionnements quant à l'existence de cette relation et quant à sa nature : la non-adhérence est-elle considérée dans l'évaluation effectuée? Si oui, comment ce facteur est-il intégré dans l'évaluation? Pourquoi l'est-il si la littérature scientifique n'aborde pas cette relation? Quels sont les facteurs à considérer quant à la non-adhérence et le risque de récurrence? Quelles connaissances ont les agents de libération conditionnelle des problèmes de santé mentale et de la médication psychotrope au moment d'effectuer leur analyse? Le présent projet vise à répondre à ces nombreuses questions. La question des connaissances nécessaires aux professionnels travaillant auprès d'individus présentant des troubles de santé mentale est d'ailleurs abordée dans la section qui suit.

2.6 Connaissances, attitudes et rôles des non-médecins

2.6.1 Connaissances et rôles

De nos jours, la plupart des professionnels sont appelés à remplir différents rôles et fonctions au sein d'équipes multidisciplinaires. Les médecins ne sont donc plus les seuls à œuvrer auprès des patients présentant des troubles de santé mentale. Les professionnels des sciences sociales ont également un rôle à jouer auprès d'eux. Ce rôle peut varier selon

le travail effectué auprès de la clientèle et le milieu dans lequel le professionnel évolue. Dans le cas des agents de libération conditionnelle (ALC), le rôle peut en être un de dépisteur, d'intervenant favorisant l'apprentissage de diverses habiletés, d'intervenant en lien avec la médication ou de membre d'une équipe multidisciplinaire.

Miller (2002) soutient que pour bien remplir ces différents rôles, le professionnel doit posséder les connaissances nécessaires sur les catégories diagnostiques afin de mieux faire face aux symptômes, aux effets de la médication ainsi qu'aux problèmes d'adaptation du patient. Cette auteure propose que quatre éléments soient à la base des connaissances nécessaires pour contribuer à l'établissement d'un diagnostic: l'approche biopsychosociale, le DSM, les études interculturelles ainsi que le jugement clinique et la prise de décision. Elle affirme que les professionnels des sciences sociales doivent utiliser les connaissances de l'approche biopsychosociale dans leurs interprétations de l'expérience de la santé mentale chez un individu. Le DSM devrait être un indicateur des catégories et diagnostics de la santé mentale (Miller, 2002). Le troisième élément, les connaissances provenant des études interculturelles, suggère qu'il est important de maintenir un doute professionnel face aux outils et au processus diagnostiques. Comme le rappelle Miller, la littérature scientifique supporte certaines pratiques cliniques en santé mentale sensibles à la diversité culturelle. Dans le cas du jugement clinique, l'auteur affirme que son utilité dans le processus diagnostique provient des habiletés d'analyse et de prise de décision face à la multitude d'informations entourant un phénomène complexe comme la santé mentale.

En tant qu'intervenant auprès d'une clientèle présentant des troubles de santé mentale, les ALC peuvent travailler avec des détenus ayant un traitement avec de la médication psychotrope. Par conséquent, des connaissances en lien avec la médication sont nécessaires à leur travail. Selon Farmer et Bentley (2002), les professionnels en sciences

sociales travaillant en santé mentale doivent composer avec deux modèles face à la médication : le modèle médical et le modèle d'expérience vécue par le patient. À l'origine, le modèle médical adopte une approche de causalité face à la maladie et au traitement. Il postule qu'une fois la cause trouvée, un traitement approprié réglera le problème (Farmer & Bentley, 2002). Cependant, comme les auteurs le notent, ce modèle change graduellement puisque les recherches scientifiques tendent à démontrer que l'aspect biologique interagit avec l'environnement dans lequel évolue l'individu, ce qui a un impact sur la maladie. Farmer et Bentley (2002) soulignent que les professionnels en sciences sociales travaillant en santé mentale doivent retenir du modèle médical des connaissances générales et de base en psychopharmacologie, soit concernant les processus de pharmacocinétique, de pharmacodynamique et de neurotransmission.

La pharmacocinétique concerne la manière dont le corps du patient répond à l'ingestion de la médication. Les auteurs nomment que cet aspect est important pour le travail des professionnels puisqu'ils peuvent ainsi expliquer à la clientèle ce qui se produit avec la médication une fois qu'elle est ingérée, les aider à comprendre le dosage et le type de médication choisi et à trouver des solutions à des problèmes reliés à la dose, aux réactions au médicament ainsi qu'aux effets secondaires désagréables.

Le processus de pharmacodynamique est important à connaître pour les professionnels des sciences sociales parce qu'il permet de comprendre les effets du médicament sur le corps. Farmer et Bentley (2002) expliquent par exemple que si un patient prenant du Lithium mentionne qu'il prend une dose plus faible que celle prescrite, le professionnel pourra lui expliquer que le médicament n'aura aucun effet, alors que s'il prend une dose trop élevée, cela peut causer la mort puisque ce médicament a un haut taux de toxicité et un faible indice thérapeutique.

Des connaissances de base en neurotransmission sont également nécessaires pour les professionnels en sciences sociales afin qu'ils puissent comprendre et expliquer les raisons justifiant la prise de médication, tant pour eux-mêmes que pour les patients et leur famille (Farmer & Bentley, 2002). Ces auteurs expliquent également que les professionnels doivent être en mesure de connaître les effets secondaires néfastes, leur manifestation ainsi que leur prise en charge. Farmer et Bentley (2002) affirment même que les professionnels en sciences sociales travaillant avec une clientèle prenant des médicaments psychotropes bénéficieraient de cours ou de formations sur ce type de médicaments ainsi que sur les symptômes traités par celui-ci. Moses et Kirk (2006) ainsi que Bentley, Walsh et Farmer (2005) soutiennent également cet aspect. Farmer et Bentley (2002) suggèrent même que les professionnels aient à portée de main un document sur la médication pour s'y référer en cas de besoin. Bentley, Farmer et Phillips (1991) soutiennent que les programmes d'études en sciences sociales devraient comprendre des cours sur la psychopharmacologie afin d'améliorer les connaissances des futurs professionnels dans le milieu.

Si le modèle médical est important à comprendre pour les professionnels en sciences sociales, selon Farmer et Bentley (2002) le modèle d'expérience vécue par le client est tout aussi important. Cette approche peut correspondre aux théories subjectives de la maladie expliquées plus tôt, au *Health Belief Model* et au *Beliefs about medication*. En effet, elle correspond à la manière personnelle et socialement influencée dont le patient voit, vit et comprend le trouble mental ainsi que l'usage de la médication psychiatrique (Farmer & Bentley, 2002). Il permet aux professionnels d'être sensibilisés aux idées et croyances que peuvent avoir les clients face à leur maladie et à la médication psychotrope. Ainsi, le professionnel utilise des stratégies d'autonomisation (*empowerment*) et met en pratique le modèle de partenariat pour travailler avec les idées et les croyances de ses clients. Selon Farmer et Bentley (2002), il s'agit pour le professionnel de se concentrer sur les buts et

valeurs du client, de développer une approche thérapeutique centrée sur le client, d'établir des relations par des rôles, par l'implication et par la communauté dans le but de remplacer la perte de culture, d'histoire et d'identité, et d'impliquer le client et sa famille dans la prise de décision. Il s'agit également de respecter les forces et les limites du client, de revoir la conception de la relation clinicien-client, de définir le rôle du professionnel comme étant une ressource et de prendre en considération la perspective de la famille (Farmer & Bentley, 2002).

Puisque les deux modèles sont importants à considérer, les professionnels des sciences sociales doivent les combiner dans leur travail au quotidien. Farmer et Bentley (2002) soulignent que le professionnel ayant un rôle d'intervenant en lien avec la médication psychotrope devra interpréter et verbaliser les résultats du modèle médical au client en expliquant, par exemple, pourquoi il est important de prendre la médication telle que prescrite et en aidant le client à comprendre comment leur vision des choses influence leur usage de la médication. Ce faisant, le professionnel peut aider à suivre les effets secondaires physiques, psychologiques et sociaux de la médication pour faciliter la prise en charge du traitement par le client (Farmer & Bentley, 2002).

De ces deux modèles découlent également des tâches et des buts pour les professionnels en sciences sociales. Farmer et Bentley (2002) nomment entre autres la capacité de collaborer avec le médecin et le personnel médical, la compréhension de l'expérience vécue par le client et le sens de la médication, le suivi des effets secondaires et la facilitation de la prise en charge autonome du traitement par le client.

Les professionnels en sciences sociales sont appelés à travailler dans des équipes multidisciplinaires. Comme Sands et Angell (2002) le soulignent, le résultat de la collaboration d'une équipe est plus grand que la capacité d'un seul professionnel à aider un

client. Cependant, lorsque les membres d'une même équipe n'ont pas la même perspective ou les mêmes valeurs, cela peut causer des conflits. Sands et Angell (2002) soulèvent différentes sources de conflit. Entre autres, ces auteurs rapportent que lorsque différents professionnels d'une même équipe ont des rôles similaires, certains peuvent croire que certaines tâches leur reviennent de droit et juger que d'autres professionnels n'ont pas à les effectuer. Également, des conflits au niveau des valeurs d'intervention peuvent émerger au sein d'une équipe. Les auteurs donnent l'exemple de la décision d'envoyer un patient en résidence supervisée alors que le patient souhaite plutôt un milieu de vie où il aura son indépendance. Certains professionnels des sciences sociales souhaiteront suivre le choix du patient en prônant son droit à l'autodétermination, alors qu'un psychiatre s'inquiètera du risque que l'adhérence au traitement diminue à cause du manque de supervision dans un milieu de vie pour personnes autonomes (Sands & Angell, 2002).

Dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, les professionnels des sciences sociales ont différents objectifs: évaluation du client, planification du traitement et de la sortie, implantation d'un plan de traitement intégré, du suivi des progrès, révision du plan d'intervention ainsi que de l'évaluation et l'amélioration du système (Sands & Angell, 2002). Pour ce qui est de l'évaluation du client, il s'agit de récolter les informations nécessaires à une bonne évaluation du cas et de les interpréter. Les professionnels en sciences sociales vont utiliser les informations obtenues lors de l'évaluation pour planifier le traitement et la sortie du patient. Sands et Angell (2002) soulignent qu'il s'agit d'identifier les besoins du client et d'offrir les services disponibles pour y répondre. Le suivi des progrès du patient permet d'évaluer l'évolution de sa situation et de sa maladie pour mieux adapter le plan d'intervention à sa réalité (Sands & Angell, 2002). Finalement, les professionnels des sciences sociales peuvent être appelés à évaluer les services offerts afin de les améliorer et faire en sorte qu'ils répondent au mieux aux besoins des patients.

2.6.2 Attitudes

Les attitudes que peuvent avoir les professionnels des sciences sociales envers la médication psychotrope pourraient avoir un impact sur leur comportement et leur travail auprès d'une clientèle présentant des troubles de santé mentale. Bradley (2003) affirme que les professionnels des sciences sociales doivent être conscients de l'impact de leurs croyances et attitudes envers la médication psychotrope dans leur prise de décision lorsqu'il font une référence à un médecin ou un psychiatre.

Moses et Kirk (2006) se sont intéressés aux attitudes des professionnels en sciences sociales envers la médication psychotrope prescrite aux enfants et adolescents. Selon les résultats de leur sondage, les professionnels des sciences sociales voient la médication psychotrope comme étant aidante et nécessaire, mais aussi comme pouvant avoir des effets néfastes. Ils croient aussi que la médication est nécessaire et efficace dans le cas des troubles de santé mentale sévères chez les adolescents. Les professionnels pensent également que la médication ne devrait être utilisée qu'en dernier recours, après qu'on ait tenté d'autres approches thérapeutiques, ou conjointement avec ces autres méthodes. Ces perceptions ou croyances peuvent influencer l'orientation que les professionnels des sciences sociales donnent au plan de traitement. En effet, on peut supposer qu'un professionnel qui croit que le recours à la médication est un dernier recours risque de tarder à référer son client à un médecin alors qu'un médicament pourrait être aidant.

Dans l'échantillon de Bentley et ses collaborateurs (2005), 16% des professionnels en sciences sociales affirment que leur plus grande contribution aux résultats positifs du traitement psychiatrique de leurs clients est d'avoir adopté des attitudes positives ainsi que des croyances supportant la médication. Moses et Kirk (2006) soutiennent que la littérature scientifique des années 70 et 80 faisait état de attitudes négatives envers la médication

psychotrope de la part des professionnels des sciences sociales. Cependant, la littérature plus récente suggère une attitude supportant et facilitant l'usage des médicaments psychotropes. En effet, les résultats de Bentley et ses collaborateurs (1991) ainsi que Roskin, Carsen, Rabiner et Marell (1988) indiquent que professionnels des sciences sociales ont des attitudes plus positives envers la médication psychotrope que d'autres professionnels en santé mentale.

3. MILIEU DE STAGE

Le Service correctionnel du Canada (SCC) est un organisme relevant du Ministère de la Sécurité publique du Canada et qui a pour mandat la gestion des délinquants ayant été condamnés à une peine de deux ans ou plus. Cet organisme gère également les délinquants en surveillance dans la communauté suite à leur libération conditionnelle. Le mandat premier est donc de protéger la société. Pour ce faire, le SCC s'est doté d'une mission claire traduisant cinq valeurs fondamentales : « Le Service correctionnel du Canada, en tant que composante du système de justice pénale et dans la reconnaissance de la primauté du droit, contribue à la sécurité publique en incitant activement et en aidant les délinquants à devenir des citoyens respectueux des lois, tout en exerçant sur eux un contrôle raisonnable, sûr, sécuritaire et humain» (Service correctionnel du Canada, 2012). Les cinq valeurs fondamentales sont donc : le respect de la dignité et des droits de tous, la croyance que les délinquants ont le potentiel de vivre en tant que citoyens respectueux des lois, la qualité des rapports humains comme pierre angulaire de la mission, le partage d'information ainsi que l'ouverture et l'intégrité. De cette mission et de ces valeurs découlent des priorités sur lesquelles le SCC se concentre pour être en mesure de gérer la population de délinquants et de contribuer à la sécurité du public. Ces priorités sont : la transition sécuritaire des délinquants dans la collectivité, la sécurité du personnel et des délinquants dans les établissements, la capacité d'intervenir de manière optimale auprès des délinquants autochtones, la capacité de répondre aux besoins des délinquants ayant des troubles de santé mentale, « des pratiques de gestion efficaces et efficientes qui reflètent un leadership axé sur les valeurs » (Service correctionnel du Canada, 2012) et, finalement, « des relations productives avec une diversité croissante de partenaires, d'intervenants et d'autres parties intéressées contribuant à la sécurité publique » (Service correctionnel du Canada, 2012).

Le commissaire du Service correctionnel, qui dirige le SCC, relève du ministre de la Sécurité publique et il est soutenu par un comité de direction formé par des cadres de niveaux national et régional. Le SCC gère plusieurs établissements correctionnels, pavillons de ressourcement pour Autochtones, établissements résidentiels communautaires et bureaux de libération conditionnelle. Les différents établissements correctionnels peuvent avoir différentes cotes de sécurité, soit minimum, moyen, maximum ou super-maximum. Le complexe Sainte-Anne-des-Plaines comprend l'Établissement Sainte-Anne-des-Plaines (minimum), l'Établissement Archambault (médium), le Centre régional de réception (considéré comme un maximum) et l'Unité spéciale de détention (USD) (maximum). L'USD fait partie du Centre régional de réception et vise les détenus particulièrement violents pouvant mettre tant les autres détenus que les membres du personnel en danger par leur comportement. L'USD se veut une unité d'évaluation des comportements violents. Afin de quantifier leur progrès, les détenus sont évalués tous les quatre mois par un comité composé des directeurs des établissements à sécurité maximale. Ces derniers décident alors du maintien du détenu à l'USD ou de son retour dans un établissement à sécurité maximale.

Le Centre régional de santé mentale (CRSM) se situe au sein de l'Établissement Archambault et est, quant à lui, considéré comme un multiniveau. En effet, il accueille des détenus ayant des troubles de santé mentale et de différentes cotes sécuritaires. La cote sécuritaire est le résultat de l'évaluation du risque de récidive faite par l'agent de libération conditionnelle du détenu. L'Établissement Archambault était considéré comme un pénitencier à sécurité maximum jusqu'en 1997. Par la suite, il est devenu un établissement à sécurité moyenne. Il est important de noter que le CRSM est le seul centre de traitement psychiatrique dans la région du Québec. Il accueille donc des détenus provenant de tous les pénitenciers fédéraux.

Au CRSM, quatre unités de traitement permettent d'accueillir des détenus ayant différentes problématiques de santé mentale. L'unité 1C en est une de soins aigus. En effet, les détenus qui y sont admis présentent un risque élevé en lien avec leur état mental instable. Ce risque, pouvant être dirigé soit envers eux-mêmes ou envers autrui, doit être géré dans un environnement plus structuré. Par conséquent, l'unité 1C sert également d'isolement préventif et disciplinaire pour les détenus du CRSM. On y retrouve, par exemple, les détenus en crise ou à risque suicidaire élevé ainsi que ceux qui nécessitent une évaluation psychologique ou psychiatrique. Plusieurs services cliniques sont dispensés aux détenus jusqu'à ce que leur état soit suffisamment stable pour permettre leur intégration dans une des autres unités (unités de traitement), leur retour dans leur établissement ou encore leur libération dans la collectivité. Cette unité compte 11 cellules régulières, 6 cellules avec caméra ainsi qu'une salle commune pour les détenus. Les objectifs sont variés : évaluation, collecte d'information, observation soutenue, clarification du diagnostic, stabilisation de l'état mental, traitement psychiatrique et ajustement pharmacologique, enseignement de la maladie et du traitement, gestion de la crise suicidaire, gestion de l'automutilation, gestion de la crise comportementale et suivi psychologique.

L'unité de traitement des troubles de personnalité (2B) a pour mandat d'offrir un milieu de vie transitoire aux détenus qui présentent un dysfonctionnement et/ou des problématiques en lien au trouble de personnalité limite. Afin d'être intégrés au sein de cette unité, les détenus doivent démontrer leur motivation à entreprendre un cheminement personnel notamment grâce à une lettre de motivation et à leur bonne collaboration. L'objectif est un retour en population carcérale régulière ou une réinsertion sociale après que l'état mental du détenu soit stabilisé et/ou que son fonctionnement général au niveau comportemental et relationnel se soit amélioré. Les services cliniques offerts sont : thérapie de groupe selon l'approche basée sur la mentalisation (interprétation des actions comme ayant un sens au

niveau intentionnel), suivi individuel et de groupe. La durée minimale est de huit mois incluant la période d'évaluation qui se fait sur place. Les aspects spécifiques ciblés par le traitement sont divers, soit les troubles de comportement (suicide, automutilation, agressivité, difficulté avec l'autorité), distorsions cognitives, gestion des émotions et de l'impulsivité, habiletés sociales, relations interpersonnelles et responsabilisation. L'unité contient 22 cellules, dont 16 ciblés pour la mentalisation ainsi qu'une salle commune.

Les unités de soins psychiatriques (2C et 2D) sont destinées aux détenus qui présentent des symptômes psychiatriques envahissants et/ou persistants qui ne peuvent être gérés en établissement régulier. Les diagnostics présentés sont souvent de la catégorie des troubles psychotiques, tels que la schizophrénie, ou encore des troubles de l'humeur. Ces détenus présentent un besoin d'accès rapide et continu à des services en santé mentale ainsi qu'un besoin d'encadrement plus élevé que celui offert dans un établissement régulier. Il s'agit donc de stabiliser leur état mental et de traiter leurs symptômes, de les accompagner dans l'acceptation de la maladie ainsi que l'adhérence au traitement, de favoriser l'amélioration de leur capacité d'adaptation et l'acquisition de compétences psychosociales ainsi que de travailler sur certains facteurs criminogènes. Pour ce faire, les services comprennent une intervention interdisciplinaire, des activités cliniques de groupe ainsi qu'un milieu de vie structuré où le détenu doit s'investir. L'intervention vise la diminution des distorsions cognitives ou des dysfonctions comportementales et émotionnelles par l'approche cognitive comportementale, ainsi que le traitement des facteurs criminogènes liés aux symptômes de la maladie telles que la violence et la toxicomanie. La rangée 2C comprend 30 cellules et une salle commune alors que la rangée 2D est composée de 26 cellules et d'une salle commune.

À l'unité de soin (1B), lieu principal du stage et du projet, on retrouve une clientèle qui présente un tableau clinique très complexe. En effet, les détenus s'y retrouvant ont très peu d'autonomie, présentant autant des troubles de santé mentale que des problèmes au niveau de la santé physique. Ils souffrent également d'importants déficits tant fonctionnels qu'intellectuels, s'ajoutant au trouble mental. Au niveau des types de délits commis par la clientèle, il s'agit majoritairement de délits contre la personne, de meurtres ou d'homicides et, plus faiblement, de délits sexuels. Par conséquent, la plupart des détenus ont reçu une sentence vie. En ce qui concerne les différents troubles diagnostiqués, il s'agit, en grande majorité, d'une comorbidité de troubles à l'axe 1 (troubles cliniques majeurs), l'axe 2 (trouble de personnalité et déficience intellectuelle) et des troubles liés aux substances. Les différents professionnels travaillant auprès de la clientèle de cette unité visent la stabilisation de l'état mental et le traitement des symptômes, l'adhérence au traitement, les activités de la vie quotidienne, le développement de l'autonomie ainsi que l'accompagnement et/ou la supervision. Ces objectifs sont atteints grâce à un milieu de vie structuré, l'animation d'activités cliniques adaptées, la supervision des tâches quotidiennes, l'animation de réunions de rangée ainsi que le recours au «repos de contact» volontaire (prévention de l'agitation, l'hyperstimulation et les comportements à risque). L'unité comprend 27 cellules ainsi qu'une salle commune.

Le CRSM offre des services spécialisés visant 3 objectifs : l'évaluation de l'état de santé mentale, l'évaluation de l'état physique et finalement, la gestion du détenu au niveau du plan correctionnel. La mission du SCC étant la réhabilitation sociale des détenus, plusieurs professionnels travaillent quotidiennement auprès de la clientèle du CRSM. Les infirmières se chargent de prodiguer les soins physiques et de faire une évaluation globale et précise de l'état de santé mentale. Les psychiatres s'occupent de l'évaluation et des diagnostics ainsi que de la gestion de la médication psychotrope, donc les prescriptions et

l'ajustement des doses. Les psychologues, quant à eux, assurent le suivi psychologique et la psychothérapie des détenus. Les psychoéducateurs, présents auprès des détenus au quotidien, s'occupent de l'animation dans la salle commune et de l'animation des activités de groupes. Ces quatre groupes de professionnels travaillent au niveau des deux premiers objectifs du CRSM. Le travail de l'agent de libération conditionnelle se situe plutôt au niveau du troisième objectif. Il s'agit de rassembler tous ces aspects afin d'en faire une évaluation complète. Les agents de correction sont également des membres importants de l'équipe puisqu'ils s'occupent d'assurer la sécurité des détenus et du personnel par une surveillance et une présence constante. Certains sont même attirés à certains détenus et s'occupent d'évaluer leur comportement dans le milieu de vie. L'objectif ultime est de stabiliser l'état mental et physique du détenu pour pouvoir le rediriger vers son établissement d'origine où il pourra travailler concrètement à modifier ses facteurs criminogènes. Ce processus se fait en deux étapes. Dans un premier temps, le congé est donné par le psychiatre lorsque l'équipe juge que l'état mental du détenu est stabilisé. Par la suite, le détenu doit obtenir son congé du CRSM, ce qui est autorisé par le « conseil multidisciplinaire ». Grâce à ce processus, on peut recommander que le détenu reçoive des services du programme d'Initiative en santé mentale en établissement (ISME) lorsqu'il retournera dans son établissement d'origine. On peut donc voir qu'il existe une multidisciplinarité au sein du CRSM, mais aussi entre les établissements impliqués dans la gestion du cas.

Les lois et politiques qui encadrent le CRSM sont globalement les mêmes que celles qui encadrent le SCC. Concernant les premières, il s'agit de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition (LSCMLC) et le Règlement sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition (RSCMLC) (Service correctionnel du Canada, 2007). En effet, ces deux lois obligent le SCC à offrir des services de santé essentiels, incluant les services en santé mentale, aux détenus incarcérés dans leurs

établissements, ainsi qu'à fournir un accès raisonnable aux soins de santé qui sont non essentiels (Service correctionnel du Canada, 2010). Au niveau des politiques, il s'agit des Directives du commissaire et des Instructions permanentes (Service correctionnel du Canada, 2007) qui guident et encadrent clairement le travail de tous les membres du personnel du SCC, et donc du CRSM. Ces politiques sont des lignes directrices très claires concernant les procédures et le travail du personnel.

Différents aspects sont à considérer au niveau déontologique. Dans un premier temps, en travaillant au sein d'une équipe multidisciplinaire, l'intervenant est appelé à collaborer avec des collègues membres d'Ordres professionnels différents ayant souvent leur propre code de déontologie. Il est donc important de prendre cela en considération et de s'en informer auprès des dits professionnels. Par ailleurs, certains d'entre eux sont tenus au secret professionnel envers leur client. Un débat a souvent lieu dans les milieux où plusieurs professionnels travaillent auprès d'un même individu : quelles informations peuvent ou doivent être communiquées et à qui? Cela peut avoir un impact important sur l'information à laquelle les uns et les autres ont accès. En tant que stagiaire, j'étais tenue aux mêmes standards et règles de confidentialités que les différents professionnels avec qui j'ai collaboré. Par exemple, lors de ma participation aux entrevues des psychologues avec les détenus, les psychologues m'ont informé que le contenu précis de la rencontre devait rester confidentiel et que je devrais les consulter avant de transmettre quelque information que ce soit.

Un autre aspect important concerne la protection des renseignements professionnels et de l'information confidentielle. En effet, tous les membres du personnel du SCC, y compris les stagiaires, sont tenus de respecter la confidentialité des renseignements personnels, tant des détenus que du personnel, qui pourraient être préjudiciables à l'individu, à sa réputation

ou à son entourage si cette information est divulguée. J'ai donc dû être prudente quant aux renseignements que j'ai utilisés dans le cadre de mon projet et de mon stage.

Finalement, tout projet mis en place au sein du SCC doit être congruent et aller dans le sens de sa mission, qui a été citée ci-haut. Autrement dit, au même titre que toutes les autres actions menées, mon projet doit contribuer à la réalisation des principes de la mission du SCC.

D'un point de vue éthique, différents enjeux se sont présentés. En effet, la clientèle du CRSM peut être considérée comme vulnérable étant donné ses nombreuses difficultés, tant au niveau de la santé mentale, de la santé physique ou la précarité du réseau social. Les détenus du CRSM sont souvent parmi les plus démunis et manquant de ressources. Éthiquement, on peut se demander comment répondre à leurs besoins particuliers sans s'éloigner du mandat principal de l'établissement, soit la protection de la société?

Dans certains cas, leur état mental ou encore certains symptômes de leurs troubles mentaux ne leur permettent pas d'être en mesure de prendre des décisions éclairées concernant leur traitement. La famille étant souvent absente, certains détenus se retrouvent sous des mesures de protection juridique comme la curatelle publique. Le psychiatre peut se voir obligé de demander une ordonnance afin d'imposer un traitement psychiatrique face au refus de le recevoir. Cela implique différentes mesures au sein du milieu afin de s'assurer que le détenu prend bel et bien le traitement prescrit. Il peut s'agir, par exemple, de le maintenir en observation dans l'unité de stabilisation et d'évaluation 1C ou encore de demander au détenu d'ouvrir la bouche pour s'assurer qu'il a bel et bien avalé la médication prescrite. D'un point de vue éthique, on peut se demander si on n'empiète pas sur les libertés individuelles des détenus.

Le CRSM a pour mandat principal de stabiliser l'état mental des personnes détenues, ce qui peut prendre un certain temps. Un second mandat est également de travailler à modifier les facteurs criminogènes du détenu dans le but de réduire le risque de récidive. Cependant, afin d'en arriver au deuxième mandat, le premier doit être suffisamment accompli. En effet, un détenu doit avoir un état mental stable avant de pouvoir se concentrer et travailler sur ses facteurs criminogènes. Comme la stabilisation peut prendre du temps, certains détenus arrivent à leur date de libération d'office, soit au deux tiers de leur sentence, sans avoir pu travailler sur leurs facteurs criminogènes. L'équipe se retrouve donc à remettre en liberté, même si elle est conditionnelle, des détenus sans avoir pu tenter de réduire le risque de récidive. Éthiquement, cela peut poser problème étant donné qu'on ne peut garantir la protection de la société dans une telle situation, mais d'un autre côté, sans un état mental stable, les détenus ne sont pas en mesure de travailler leurs facteurs criminogènes.

Il faut enfin souligner l'importance du consentement éclairé lors de la participation à un projet de recherche ou, comme dans ce cas-ci, un projet de stage. Tous les participants à ce projet ont été informés de l'implication de leur participation et de l'utilisation qui serait faite des informations récoltées.

4. DESCRIPTION ET JUSTIFICATION DES ACTIVITÉS RÉALISÉES DURANT LE STAGE

Plusieurs objectifs cliniques et académiques étaient rattachés à ce stage au CRSM. Les objectifs cliniques découlaient de ma présence au sein de l'organisme et du contact avec les différentes clientèles qu'il dessert. Le premier concerne la familiarisation avec le milieu et consiste à connaître, identifier et comprendre les éléments de contexte du SCC. Cela inclut la structure et les buts poursuivis par cet organisme, la clientèle et les modes d'intervention auprès de celle-ci, les services offerts, leurs limites ainsi que les politiques et les procédures encadrant le milieu. J'ai dû également comprendre mon rôle comme intervenante au sein de l'organisme, situer le mandat spécifique du CRSM par rapport à celui du SCC, identifier les principales législations et les politiques gouvernementales reliées à la mission du CRSM ainsi que comprendre leur impact sur la clientèle et l'organisme.

Le second objectif concernait le processus d'évaluation et d'analyse menant à un diagnostic. Pour ce faire, il était important de développer différentes habiletés : réguler de façon optimale la relation avec la clientèle, recueillir les données pertinentes, les ordonner, organiser et analyser pour en arriver à justifier des conclusions ou des recommandations.

Le troisième objectif concernait l'élaboration d'un plan d'intervention, ce qui impliquait l'acquisition des habiletés suivantes: formuler des objectifs d'intervention clairs et précis en collaboration avec les individus et les groupes impliqués; adapter le plan d'intervention aux besoins et aux capacités du client¹, gérer son temps et utiliser les moyens d'intervention appropriés, utiliser les ressources disponibles et expliquer clairement le rationnel derrière le plan d'intervention.

¹ Particulièrement important considérant les problématiques multiples de la clientèle de l'unité 1B du CRSM où le stage a eu lieu

La mise en œuvre d'un plan d'intervention était le quatrième objectif. Il impliquait de pouvoir identifier les ressources, difficultés et besoins du client, d'accueillir et d'accompagner ce dernier dans sa démarche de changement, de mobiliser les ressources pertinentes, de garder un équilibre entre l'aide et le contrôle, de responsabiliser le détenu face à ses choix et être capable de situer et d'expliquer notre rôle à chaque étape du plan d'intervention.

Le dernier objectif clinique concernait l'intégration de la théorie et la pratique. Il s'agissait d'établir des liens entre ce qui est su, observé et éprouvé avec la clientèle, de reconnaître quand il est indiqué d'imposer un cadre ou de l'assouplir, d'identifier les informations récoltées auparavant dans les entretiens ainsi que de synthétiser et d'établir des liens entre les connaissances théoriques et ce qui peut être observé dans la pratique.

Les objectifs académiques concernaient plus spécifiquement la problématique déterminée ci-haut. Il s'agissait tout d'abord de comprendre de manière globale la problématique de l'adhérence ainsi que son impact sur le traitement et la gestion du risque de récidive de détenus fédéraux présentant des troubles de santé mentale. Ensuite, il était important de cerner les perceptions des intervenants vis-à-vis du lien entre l'adhérence au traitement pharmacologique et le risque de récidive.

Plusieurs moyens ont été utilisés pour atteindre les différents objectifs ci-haut mentionnés. En ce qui concerne la connaissance du milieu, le contact avec les différents professionnels y travaillant, la lecture de documents, la recherche d'informations ainsi que les présences dans le milieu ont été les modalités mises en place. En effet, en participant aux comités d'équipe des différentes unités, j'ai pu bien identifier les enjeux des clientèles de chacune des unités. Également, j'ai pu comprendre le rôle des différents intervenants et professionnels œuvrant auprès des détenus ainsi que la façon dont leur travail respectif vise les mêmes objectifs : la stabilisation de l'état mental en premier lieu, puis le travail des

facteurs criminogènes. J'ai également consulté plusieurs documents fournis par le milieu afin de mieux cerner le rôle et la mission du CRSM ainsi que sa position au sein du SCC. C'est grâce aux comités d'équipe et aux documents consultés que j'ai compris que le rôle du CRSM était d'abord et avant tout de stabiliser l'état mental des détenus. Ma présence dans le milieu m'a aussi permis d'observer et de prendre conscience du caractère sécuritaire du milieu. Par exemple, il n'est pas possible pour les psychoéducateurs d'être dans la salle commune de l'unité s'ils ne sont pas au moins deux et ils ne peuvent pas circuler dans la rangée de chambres des détenus sans la présence d'agents correctionnels. Ces mesures sont préventives afin d'éviter des situations d'agressivité envers les intervenants ou même des situations de prise d'otage ou de séquestration. Cela m'a également permis de prendre conscience que malgré les grandes difficultés psychopathologiques des personnes détenues au CRSM, ces dernières demeurent avant tout des détenus fédéraux.

Pour ce qui est de l'évaluation diagnostique et analyse, de l'élaboration d'un plan d'intervention et de la mise en œuvre de celui-ci ainsi que l'intégration de la théorie à la pratique, j'ai dans un premier temps assisté aux activités de groupe pour en observer le fonctionnement. J'en suis venue à coanimer l'activité gestion du stress avec ma superviseure. Lorsque l'activité a pris fin, j'ai aidé ma superviseure à rédiger les rapports individuels des détenus ayant participé à l'activité. Ces rapports ont été inclus dans les dossiers des détenus et serviront aux agents de libération conditionnelle dans leur évaluation du risque de récidive. J'ai également pris en charge un des cas dont était responsable ma superviseure. J'ai lu le dossier et observé le comportement du détenu dans la salle commune. J'ai pris connaissance des différents rapports concernant ses interactions avec les autres détenus. J'en suis venue à proposer un nouvel objectif pour le plan de cheminement clinique. Conjointement avec ma superviseure et la psychologue du détenu, nous avons actualisé ce nouvel objectif sous forme de contrat comportemental que le détenu pratiquait

lors de nos rencontres hebdomadaires. En effet, après ma collecte d'information, j'en suis venue à la conclusion que le détenu se déresponsabilisait dans toutes les situations de conflits qu'il vivait. Il s'agissait donc qu'il prenne conscience de ses propres comportements et réactions et de le centrer sur ce qu'il pouvait contrôler, tout en considérant ses capacités adaptatives limitées en lien avec ses nombreux diagnostics. Le détenu devait donc nous suggérer une situation où il avait vécu un conflit avec un codétenu. Par la suite, je décortiquais la situation avec lui en le centrant sur ses comportements : ce qu'il avait dit ou fait, était-il positif? Était-ce utile? Était-ce bon pour lui? Était-ce bon pour les autres? Finalement, nous cherchions ensemble des comportements alternatifs et des solutions positives à la situation.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'intégration de la théorie à la pratique, j'ai aussi assisté à des entrevues menées par différents professionnels. J'ai observé plusieurs rencontres de différents psychologues avec plusieurs détenus. Cela m'a permis d'observer différentes façons d'intervenir et de voir comment les psychologues s'adaptaient aux problématiques variées de chacun des détenus. Avant chaque rencontre, le psychologue me donnait un résumé des problématiques du détenu que nous allions rencontrer ainsi que les objectifs lors des rencontres. Ces résumés me permettaient déjà de formuler des hypothèses cliniques à valider grâce à mes observations durant la rencontre. Une fois la rencontre avec le détenu terminée, nous avions une discussion clinique autour de mes impressions et hypothèses en lien avec les comportements et pensées du détenu observés lors de l'entrevue. Cela m'a permis de développer mon sens de l'observation et de savoir à quels éléments porter attention en rencontre pour valider ou infirmer mes hypothèses cliniques.

Afin d'atteindre les différents objectifs académiques mentionnés ci-haut, une recension des écrits et la lecture d'articles scientifiques ont permis de développer une bonne

compréhension de la problématique de l'adhérence. Aussi, des entrevues ont été réalisées avec les agents de libération conditionnelle afin d'avoir leur point de vue quant au lien entre l'adhérence au traitement et le risque de récidive chez les détenus présentant des troubles de santé mentale pour justifier ou non la nécessité d'en prendre compte dans la gestion du risque de récidive. Ces entrevues ont également ajouté un point de vue pratique et clinique à la compréhension de la problématique de l'adhérence au traitement pharmacologique.

4.1 Méthodologie retenue pour le volet académique

Étant donné le peu de données disponibles liant l'adhérence au traitement pharmacologique et la gestion du risque de récidive, une collecte de données qualitatives a été choisie. Cela a permis une exploration de la problématique étudiée. Paillé (2007) définit la recherche qualitative comme étant « une méthodologie de la proximité » (p. 432). Cet auteur signifie d'ailleurs que la méthodologie qualitative permet d'être proche notamment, mais non exclusivement, de l'expérience observée directement, de son contexte, de son sens, du discours et du vécu des individus. En ce sens, la méthodologie qualitative a été choisie afin d'accéder à un contenu peu étudié quant à la problématique choisie, ainsi qu'à la réalité terrain qui y est associée.

Sur les cinq ALC travaillant auprès de la clientèle du CRSM, trois d'entre eux ont été rencontrés. Dans le cas des deux autres, l'un venait tout juste d'arriver au CRSM et l'autre a pris un congé longue durée peu de temps avant la période d'entrevue. Une psychoéducatrice ayant complété le processus pour devenir agente de libération conditionnelle a aussi été questionnée. Dans notre échantillon, nous comptons donc 3 femmes et un homme. Les participants ont entre 0 et 7 ans d'expérience comme agent de libération conditionnelle auprès de détenus ayant des troubles de santé mentale. Tous ont eu à suivre un nombre

important de détenus qui prenaient de la médication antipsychotique, mais ils n'ont pas été en mesure de fournir un nombre précis.

Les questions d'entrevue ont abordé la problématique de l'adhérence, le problème de trafic en milieu carcéral ainsi que les connaissances des ALC face à la médication et aux troubles mentaux (voir Annexe 1). Les ALC ont tous signé un formulaire de consentement afin de participer au projet et autoriser que les entrevues soient enregistrées, puis transcrites sous forme de verbatim. Comme ce projet s'insère dans un stage d'intervention clinique, il n'a pas été nécessaire d'effectuer une demande de certificat éthique ni auprès de l'université, ni auprès du milieu de stage.

Sur la base des thèmes abordés, une première codification du contenu des entrevues a été effectuée, puis une seconde en utilisant les concepts clés des modèles théoriques présentés dans la recension des écrits. Une fois la codification effectuée, nous avons procédé à une analyse du contenu de chacun des codes afin de mettre en lumière les éléments communs et les opinions différentes d'un ALC à l'autre.

5. PRÉSENTATION DU MATÉRIEL

Dans cette section sont présentés les éléments marquants et importants ressortis de l'analyse du contenu des entrevues avec les agents de libération conditionnelle. Le matériel a été divisé en plusieurs sections : adhérence et non-adhérence, conséquences de la non-adhérence, solutions au problème de la non-adhérence, trafic de médicaments, conséquences du trafic, solutions au trafic, gestion du risque de récidive, connaissances de la médication, connaissances des problèmes de santé mentale, croyances relatives à la santé mentale et aux médicaments, préparation au changement, qualité de la motivation et représentations de la maladie.

5.1 Adhérence et non-adhérence

5.1.1 Manifestation du phénomène

Dans l'ensemble, les agents de libération conditionnelle (ALC) rencontrés rapportent différents éléments quant à la manifestation du phénomène de la non-adhérence chez les détenus. D'abord, ils soulignent que cette problématique n'affecte pas tout le monde, mais qu'elle est particulièrement liée à certaines problématiques comme le trafic et la toxicomanie. Un premier ALC souligne cependant que dans certains cas, il peut s'agir de non-adhérence simple sans que le trafic ou la toxicomanie soient présents. Cet ALC rapporte également que la non-adhérence peut refléter une prise de contrôle du détenu face à la prise de médication, dans le sens où il choisira quand il va la prendre et ce qu'il prendra parmi ses prescriptions.

Deux autres ALC soulèvent l'impact des effets secondaires et de l'étiquette de « malade mental » sur l'adhérence des détenus. Ils soulignent tous deux que les stéréotypes associés à la santé mentale peuvent affecter l'image délinquante du détenu, ce qui pourrait l'amener à cesser de prendre sa médication. Ils rapportent également que certains détenus vont simuler des symptômes afin d'obtenir certains médicaments précis ou encore vont tenter

de simuler les effets du traitement afin de ne pas prendre leur médication. Un ALC souligne qu'à cause de ces différents comportements, il devient problématique d'identifier qu'un détenu donné n'est pas adhérent, cela s'ajoutant aux délais de réapparition des symptômes après l'arrêt d'un traitement.

5.1.2 Non-reconnaissance de la maladie

Tous les ALC sont d'accord pour dire que la non reconnaissance de la maladie est un facteur important lorsqu'il est question de non-adhérence. Il est également question de la non-reconnaissance du besoin du traitement. En effet, pourquoi prendre une médication lorsqu'on ne se croit pas malade? Certains détenus n'acceptent pas le traitement, d'autres ne veulent tout simplement pas traiter leur maladie pour différentes raisons. Un ALC soulève que certains détenus se croient guéris lorsqu'ils obtiennent leur congé du Centre régional de santé mentale (CRSM), donc remettent en question la nécessité de leur médication et cessent de la prendre.

5.1.3 Diagnostics récents et diagnostics d'Axe 2

Trois ALC sur quatre soulèvent que le temps écoulé depuis le diagnostic a un impact sur l'adhérence au traitement. Ils notent que plus le diagnostic est récent, moins il y a reconnaissance de la maladie et plus il y a de risques que le détenu soit non adhérent. Un d'entre eux souligne également que l'adhérence peut dépendre du diagnostic, des symptômes et du type de médicament prescrit.

Un autre ALC soulève qu'un diagnostic de trouble de personnalité est particulièrement lié avec la non-adhérence. Selon lui, un détenu avec un diagnostic d'Axe 2 sera moins adhérent et cherchera à profiter de la moindre faille pour éviter de prendre sa médication et s'en servir à d'autres fins (toxicomanie, trafic).

5.1.4 Toxicomanie

Trois ALC sur quatre parlent de la toxicomanie comme d'un facteur important au niveau de la non-adhérence. Ils s'accordent pour dire que la concomitance des troubles de santé mentale et de la toxicomanie est très importante auprès de la clientèle délinquante et que cela complexifie le tableau clinique et le traitement. En effet, il devient difficile d'établir cause exacte des symptômes ou encore de trouver le bon traitement pour un détenu dépendant aux médicaments. La concomitance des deux problématiques entraîne différents éléments : rechute, remplacement des médicaments par des drogues, utilisation des médicaments à des fins de consommation, mélange des médicaments et des drogues, etc. Un des trois ALC souligne que la toxicomanie a surtout un impact lorsque le détenu se retrouve en liberté dans la communauté. Il souligne que la personne libérée risque de se tourner vers la toxicomanie à défaut d'avoir accès aux ressources et à son traitement, elle va donc s'automédicamenter en utilisant des drogues plus accessibles.

Exactement. Faire des petits mix, pis des remplacements pis de... Ça pas le même... Ça pas les mêmes effets. Ça je pense que c'est une autre réalité, qu'à l'extérieur ils manquent de ressources pour suivre ces personnes-là parce que ce n'est pas vrai que... en tout cas, moi je ne pense pas qu'en rencontrant la personne une fois aux 3 mois, si moindrement elle n'est pas à l'aise avec la médic pis qu'à comprend pas l'importance de prendre sa médication, ben je pense que la personne va... va s'en... contrefoutre que... de vouloir poursuivre. Pis, elle va laisser ça...

5.1.5 Influence du milieu

Les ALC sont tous d'accord pour dire qu'un détenu non adhérent à son traitement le sera, peu importe le milieu dans lequel il se retrouve. Cependant, un niveau accru d'encadrement et de supervision peut avoir un effet chez un détenu qui est adhérent. Également, un ALC souligne que si la médication est gérée par le milieu où se trouve le détenu, cela facilite le suivi et le contrôle de l'adhérence. Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque le détenu gère lui-même sa médication, comme dans un appartement supervisé, il devient plus difficile de faire le suivi de l'adhérence du détenu. Les ALC soulignent tous que le manque de suivi, d'encadrement et de ressource en communauté nuit grandement à l'adhérence d'un détenu, en plus de l'accessibilité aux drogues.

5.1.6 Traitement

Deux ALC soulèvent que le type de médicament prescrit pour une même problématique varie d'un milieu à l'autre et d'un psychiatre à l'autre. L'un d'entre eux souligne que les critères justifiant le choix de tel ou tel médicament ne sont pas universels. Par conséquent, certains médicaments ne sont pas prescrits ou sont retirés du traitement du détenu selon les préférences du psychiatre ou son milieu de formation.

C'est toute une game. Tel psychiatre a fait ses études à telle université, pis telle université a prôné telle médication, donc le psychiatre va y suggérer ça en premier lieu. Pis, si ça fonctionne, ben on oublie les autres. Pis, ici c'est un petit peu la même chose t'sais (...)

5.2 Conséquences de la non-adhérence

5.2.1 Pour l'individu

Chaque ALC rapporte que la non-adhérence peut avoir différentes conséquences qui concernent la santé physique et mentale du détenu. Les participants parlent entre autres de désorganisation comportementale, de rechute, de consommation, de décompensation psychotique, d'une augmentation des symptômes positifs, d'une augmentation du risque suicidaire, de l'augmentation de l'impulsivité et d'accumulation de comprimés que ce soit pour un suicide planifié ou encore pour la consommation.

5.2.2 Pour l'entourage et pour l'organisation

La non-adhérence implique également des risques pour autrui. Selon les ALC, cela peut affecter la sécurité du personnel et des autres détenus étant donné que la non-adhérence entraîne une instabilité mentale qui à son tour peut amener une augmentation des actes violents en établissement.

Cette instabilité mentale entraîne également un risque pour la société, car elle peut entraîner une augmentation des comportements agressifs et des symptômes positifs comme des voix mandatoires. Les ALC lient également une augmentation des délits en lien avec l'instabilité mentale causée par la non-adhérence au traitement. Un des ALC lie clairement la non-adhérence et le risque de récidive dans le cas des détenus où la problématique de santé mentale est un facteur criminogène, par conséquent cela entraîne des conséquences au niveau de la sécurité du public.

5.3 Solutions au problème de non-adhérence

5.3.1 Par rapport à l'individu

Pour les ALC, les solutions à la problématique de la non-adhérence concernent d'abord le détenu lui-même. Il s'agirait entre autres de faire de l'enseignement et d'expliquer autant la maladie que ses symptômes, mais aussi d'expliquer le traitement et ses effets, tant positifs que négatifs. L'objectif ultime de cet enseignement selon un ALC serait de développer la reconnaissance de la maladie. Un des ALC souligne également l'importance de responsabiliser le détenu face à sa maladie et à son traitement.

5.3.2 Par rapport au milieu

Par rapport à ce qui pourrait être fait au niveau du milieu, chacun des ALC amène des solutions différentes. Selon un premier, il faut ajuster l'encadrement en fonction des besoins de chaque détenu et assurer une surveillance au niveau de la prise de médication. Il ajoute qu'il est important de bien connaître le dossier du détenu afin de prescrire le bon traitement, en lien avec d'autres problématiques comme la toxicomanie.

Un second ALC souligne l'importance de l'implication du personnel sécuritaire par rapport au suivi et à la surveillance de la prise de médication. Il affirme qu'il devrait y avoir des tests médicaux pour identifier et vérifier quels médicaments sont réellement ingérés par les détenus. Un système de conséquences immédiates ainsi qu'un suivi plus rapide au niveau des rapports seraient utiles selon cet ALC.

Un autre ALC rapporte que, déjà, l'implantation de l'Initiative en santé mentale en établissement (ISME) aide à assurer un suivi de la prise de médicaments des détenus qui quittent le CRSM pour un établissement en population régulière. Cet ALC identifie également des solutions à implanter au niveau de la communauté. À son avis, il faudrait qu'il y ait plus de ressources en communauté pour favoriser l'accessibilité aux services. Cela favoriserait

l'enseignement au niveau de la maladie et du traitement puisque cette activité nécessite temps et personnel. Il ajoute que plus de campagnes de sensibilisation aideraient à diminuer les stéréotypes et l'étiquetage associés aux troubles de santé mentale.

Finalement, le dernier ALC soutient la mise en place de mesures de contrôle supplémentaires dans le milieu, comme la présence plus fréquente et plus nombreuse de l'escouade canine et la collaboration des officiers pour la surveillance de la prise de médication.

5.3.3 Par rapport au traitement

Dans le cas des solutions qui peuvent être apportées par rapport au traitement, les ALC sont unanimes. Pour les détenus qui ne reconnaissent pas leur maladie et qui sont réellement non-adhérents, il s'agirait de favoriser les médicaments injectables ainsi que les ordonnances de traitement. Un des ALC souligne également qu'il est important de prescrire le bon traitement en fonction des besoins de l'individu, en tenant compte bien sûr de la cooccurrence de différentes problématiques comme la toxicomanie.

5.4 Trafic de médicaments

5.4.1 Manifestation du phénomène

Tous les ALC sont d'accord pour dire que le trafic est une problématique importante au CRSM et qu'elle prend sa source au sein des toxicomanies dont souffrent plusieurs détenus. Ils s'accordent également pour dire que le trafic de médicaments est plus présent au CRSM que dans d'autres pénitenciers ou d'autres centres de traitement à cause de l'accessibilité plus grande aux médicaments en comparaison avec le tabac ou la drogue. Les ALC soulignent aussi que certains détenus plus vulnérables subissent la pression de ceux ayant plus d'habiletés sociales afin qu'ils donnent leur médication.

Plusieurs exemples de méthodes sont fournis par les ALC pour obtenir les médicaments. Entre autres, les détenus vont cacher les pilules, vont cracher ce qu'ils avalent, vont mettre un condom dans le fond de leur gorge pour récupérer les pilules ingérées, vont vomir leurs comprimés ou même simuler des symptômes pour obtenir des médicaments dont ils n'ont pas besoin pour ensuite les proposer à autrui. Les détenus vont également modifier le mode d'ingestion des médicaments afin d'obtenir un effet quelconque (ex. : «sniffer» la pilule après l'avoir écrasée au lieu de l'avaler).

Le trafic est utilisé à des fins de toxicomanie, mais aussi pour obtenir un statut selon les ALC. En effet, ils expliquent que les détenus ont droit à un certain montant d'achats par semaine à la cantine ainsi qu'un maximum de valeur en termes de matériel dans leur cellule. Ils trafiquent donc leur médicament ou la médication des autres en les intimidant pour l'obtenir afin d'acquérir plus de biens à la cantine. Les ALC affirment que la médication est également échangée contre des services, par exemple faire le ménage du détenu en échange de la pilule recherchée, ou encore lui préparer à manger, ou même contre des faveurs sexuelles. Les médicaments deviennent donc une monnaie d'échange pour des services, des biens ou du sexe, ou tout simplement pour obtenir un statut et avoir plus de pouvoir. Les ALC concluent que les détenus tentent de reprendre la position de pouvoir qu'ils possédaient à l'extérieur à l'intérieur des murs et que le trafic fait partie de la culture carcérale.

5.4.2 Avantages du trafic pour la personne détenue

Les ALC soulèvent que le trafic est, d'une certaine manière, avantageux pour les détenus puisqu'il leur permet de posséder plus que ce qui leur est permis. Le trafic leur permet de se faire servir par les autres détenus qui sont endettés envers eux. Les détenus répètent donc leurs comportements délinquants et recréent à l'intérieur des murs les groupes criminalisés. Deux ALC soulignent également que le trafic permet à certains détenus de vivre

leur peine d'emprisonnement de manière plus agréable dû à l'état d'intoxication créée par l'ingestion de certains médicaments. Un ALC note également l'absence de conséquences immédiates facilitant ainsi le trafic.

5.4.3 Non-reconnaissance de la maladie

Un seul ALC souligne que la non-reconnaissance de la maladie facilite la vente et le trafic de médicaments puisque le détenu ne croit pas qu'il a besoin du médicament.

5.4.4 Diagnostic d'Axe 2

Deux ALC soulignent que, généralement, ce sont plutôt les détenus avec un trouble de personnalité qui initient ou gèrent le trafic de médicament au CRSM puisqu'ils sont moins vulnérables. Ils vont donc mettre de la pression sur les détenus possédant moins d'habiletés pour s'affirmer afin de réquisitionner leur médication dans le but de la trafiquer.

Pis ya peut-être quelqu'un qui était adhérent au départ qui avec la pression ben finalement refile une pilule sur deux t'sais... ça devient un autre problème...

Un des deux ALC indique qu'en population régulière, ce sont plutôt les motards qui vont être à la tête des réseaux de trafic en établissement puisqu'ils reprennent la place qu'ils avaient en communauté.

5.4.5 Connaissance du problème

Tous les ALC affirment que le trafic a toujours été présent et le sera toujours en établissement. Le personnel prend connaissance du problème grâce aux informations transmises par les détenus lorsqu'une relation de confiance est établie. Un des ALC affirme que le trafic est tellement habituel que les détenus en parlent ouvertement dans les activités

de groupe toxico. Tous sont également d'accord pour dire que la problématique du trafic et la problématique de la non-adhérence sont particulièrement liées.

Certains ALC soulignent que le type de trafic effectué dépend du milieu et de l'accessibilité aux substances. Au CRSM, il s'agirait surtout de trafic de médicament alors qu'en population régulière, il s'agirait plutôt de trafic de drogue et de tabac. Au contraire, un autre ALC affirme qu'il y a autant de trafic de médicament en population régulière qu'au CRSM. Ce serait même pire dans certains pavillons puisque les détenus peuvent faire entrer autant des pilules que de la drogue, que la surveillance est moins accrue et qu'il y a plus de possibilités de mettre de la pression sur ses codétenus. Cet ALC soutient également que le trafic est plus présent en population régulière, les détenus présentant plus de traits «délinquants» que ceux du CRSM.

5.4.6 Intervention

Seuls deux ALC parlent des interventions effectuées dans les cas de trafic de médicament. L'un affirme que l'intervention va dépendre de l'importance du trafic, pouvant aller jusqu'à un transfert en isolement préventif. Le «sens» du trafic, c'est-à-dire les justifications derrière celui-ci pour le détenu, est également interrogé. L'autre souligne que des rapports de renseignements protégés sont rédigés, mais qu'il y a rarement des conséquences immédiates.

5.5 Conséquences du trafic

5.5.1 Pour l'individu

Le trafic, étant illégal, n'est évidemment pas toléré en établissement et peut avoir différentes conséquences sur l'individu. Parmi celles-ci figurent : l'isolement préventif, l'augmentation de la cote de sécurité, le transfert dans un autre établissement, l'endettement envers les autres détenus, la détention, la déstabilisation de l'état de santé mentale et

physique du détenu, la création de nouveaux symptômes et des effets secondaires désagréables dus au mélange non prescrit de substances. Un ALC souligne que le trafiquant se soucie peu du bien-être de ses clients et pose rarement des questions sur les raisons poussant un détenu à vouloir un médicament précis. À titre d'exemple, l'ALC parle d'un détenu qui a décidé d'accumuler la médication dans le but de se suicider.

5.5.2 Pour autrui

Les risques du trafic pour autrui sont sensiblement les mêmes que ceux associés à la non-adhérence. De manière plus précise, les ALC parlent : d'instabilité et d'imprévisibilité, d'impact sur le lien de confiance avec les intervenants, d'augmentation de la dangerosité, d'accumulation de dettes, de cantine, de la pression entraînant des échanges sexuels, d'échanges de cantine et de repas, d'intimidation, d'augmentation des bagarres, de comportements imprévisibles, de risques de prises d'otages et d'augmentation des conflits entre les détenus. Un ALC résume le tout en évoquant l'augmentation des actes de délinquance, l'augmentation de la violence et l'augmentation de la toxicomanie qui peut mener à un nouveau délit.

5.6 Solutions au trafic

5.6.1 Au niveau du système

Trois des ALC sont d'accord pour dire que l'augmentation de la sécurité dynamique en établissement permettrait un meilleur contrôle du trafic de médicament. Ils parlent entre autres de l'importance de la relation de confiance et du fait que la présence des intervenants auprès des détenus favorise la confiance et la communication. La disponibilité des infirmières pour assurer la prise de médication et l'implication des agents correctionnels pour superviser la prise de médicaments sont également des éléments que les ALC identifient. L'un d'entre eux évoque également la mise en place de conséquences directes pour les trafiquants. Un

autre ALC soutient qu'il n'est pas nécessaire de surveiller tous les détenus qui prennent de la médication, mais de superviser surtout ceux qui ont des prescriptions populaires pour le trafic. Il soutient également l'importance de s'assurer du bien-fondé de la demande du détenu pour obtenir une prescription précise avant de la lui donner.

5.6.2 Au niveau des individus

L'enseignement sur la maladie et les médicaments est l'approche priorisée par les ALC en tant que solution au trafic auprès des individus. Selon eux, cela préviendrait le trafic en insistant sur l'importance des médicaments, mais aussi sur le danger qu'ils représentent lorsqu'ils sont mal utilisés.

5.6.3 Au niveau du traitement

Un ALC pense qu'en favorisant la médication injectable, cela empêcherait ou réduirait grandement le trafic, ces médicaments ne pouvant être récupérés ni trafiqués.

5.7 Gestion du risque de récidive

5.7.1 Adhérence et non-adhérence

Les ALC ne sont pas unanimes quant à leur représentation de la non-adhérence comme élément de la gestion du risque de récidive. Un premier ALC soutient qu'il faut évaluer si la non-adhérence augmente réellement le risque de récidive tout en ajoutant que cette évaluation est difficile étant donné le manque de transparence de certains détenus. Le trouble de santé mentale doit être un facteur criminogène afin que la non-adhérence soit intégrée dans la gestion du risque de récidive criminelle. Cet ALC affirme qu'il faut évaluer la situation au cas par cas, chacun n'étant pas nécessairement à risque de récidive s'il est non-adhérent à sa médication. Par exemple, il affirme que certains détenus pourraient être

maintenus en communauté si une intervention est faite par rapport à leur non-adhérence. En de tels cas, la libération conditionnelle n'aurait pas nécessairement à être suspendue.

Sauf que... Est-ce qu'elle représente un risque pour autrui? Est-ce que le risque est accru, est-ce qu'elle va récidiver? Pas nécessairement. Chaque personne est très différente, pis ça, ça ne veut pas dire que c'est une cause à effet. Donc ça, il faut évaluer chaque cas, pis en fonction de ça, on va gérer le risque. Donc, il y a des gens qui sont très délirants, mais qui vont être assumés en communauté.

Un second ALC soutient quant à lui que la non-adhérence devrait être intégrée dans la gestion du risque de récidive. Il observe toutefois que la cote de sécurité des détenus n'augmente pas nécessairement lorsqu'ils n'adhèrent pas à leur traitement ou qu'ils consomment illégalement des médicaments.

Un troisième ALC soutient que l'adhérence est très importante au niveau de la gestion du risque de récidive parce que le respect du traitement recommandé a un impact direct sur le comportement du détenu. Cet ALC maintient qu'une importance plus grande devrait être accordée à l'adhérence dans l'évaluation du risque de récidive. Il souhaite que les ALC aient accès aux informations médicales contenues dans le dossier psychiatrique, que ce soit le diagnostic, les symptômes ou le type de médicament prescrit, puisque tous ces éléments auraient un impact important sur le comportement. Ces informations faciliteraient donc la compréhension des agissements des détenus. De plus, comme les ALC sont imputables de leurs décisions en matière de gestion du risque de récidive, cet ALC considère que ces informations sont importantes au moment de prendre des décisions juste et éclairée.

Finalement, le dernier ALC considère simplement que la non-adhérence entraîne une augmentation du risque de récidive.

5.7.2 Mesure

Un ALC affirme qu'ils n'utilisent pas d'échelle pour mesurer le risque de récidive par rapport à la non-adhérence. Seuls l'observation et le jugement cliniques soutiendraient la prise de décision. Un autre ALC pense que la non-adhérence peut être indirectement mesurée à l'aide du respect des règles et du conformisme institutionnel. Finalement, le dernier ALC affirme que la non-adhérence est déjà considérée dans l'évaluation du risque de récidive.

5.7.3 Trafic

Les ALC amènent différents points pertinents quant à la question du trafic et du risque de récidive. Dans un premier temps, l'un d'eux souligne qu'un des problèmes importants dans la problématique du trafic est le manque de transparence des détenus. Cela rend l'évaluation du risque de récidive et l'intervention très difficile puisque la stabilité, la prévisibilité et le niveau de dangerosité du détenu sont inconnus.

Tu vois le canard au-dessus de l'eau là, mais les pattes se font aller en dessous pis tu sais jamais si il va te sauter en pleine face.

Le manque de transparence nuit à la relation de confiance et rend cet ALC hésitant au moment de faire une éventuelle recommandation de libération conditionnelle. Le trafic est vu comme la reproduction des comportements délinquants au sein même de l'établissement, ce qui démontrerait une absence de cheminement positif. D'un autre côté, les ALC soulignent que les détenus ont avantage à être honnêtes par rapport à leur participation au trafic, puisque cela offre un élément à partir duquel ils peuvent aider les détenus dans leur cheminement

Un second ALC soutient que le trafic est considéré dans la gestion du risque de récidive en termes d'attitude et de collaboration du détenu (respect des règles et collaboration au traitement). Cet ALC soutient également qu'un détenu transparent vis-à-vis le trafic qu'il effectue ne sera pas évalué ni traité de la même manière qu'un détenu qui est malhonnête face à cet aspect.

Un ALC souligne quant à lui l'importance de distinguer le trafic comme une manifestation du comportement délinquant du trafic répondant au besoin de consommer d'un toxicomane. Pour ce professionnel, le trafic est plutôt un problème d'adaptation en établissement, un non-respect des règlements. Il soutient également que le trafic de médicaments laisse présager le trafic d'autres substances, ce qui a une grande importance au niveau sécuritaire. Il s'agit donc d'évaluer si le trafic est la manifestation de valeurs délinquantes ancrées, un élément très important au niveau du risque de récidive.

Finalement, le dernier ALC lie le trafic au risque de récidive de différentes manières. Il mentionne d'abord que le trafic est un acte illégal en soi donc qu'il engendre une augmentation des délits commis par le détenu. Le trafic entraînerait aussi une augmentation des actes de violence selon cet ALC puisque les médicaments ne sont pas consommés par les détenus qui en ont réellement besoin. L'augmentation de la toxicomanie suite au trafic pourrait également entraîner un nouveau délit chez les détenus pour qui cette problématique est un facteur criminogène.

5.8 Connaissance de la médication par les ALC

5.8.1 Familles de médicaments

La connaissance des ALC quant aux familles de médicaments reste assez générale. Tous connaissent les familles de produits, mais ne sauraient différencier précisément deux médicaments de la même famille. Un ALC indique que pour en avoir une meilleure

connaissance, il faut être en contact constant avec le milieu puisque la médecine évolue rapidement. Deux ALC soulignent que leur connaissance de cet aspect est limitée, car ils n'ont pas accès au dossier psychiatrique.

5.8.2 Posologie

La posologie des médicaments n'est pas un aspect très connu des ALC. Selon eux, ils arrivent à savoir si une dose est trop élevée ou très faible grâce à leur expérience professionnelle auprès de la clientèle. Toutefois, ils ne sauraient déterminer quelle dose est donnée, ni pourquoi.

5.8.3 Effets secondaires

Tous les ALC estiment avoir une connaissance générale des effets secondaires des médicaments. Ils les associent plutôt aux familles de médicaments qu'aux médicaments précis.

5.8.4 Importance d'une bonne connaissance pour leur travail

Selon les ALC, la posologie ne semble pas un aspect important à connaître dans le cadre de leur travail au niveau de la gestion du risque de récidive. Cependant, ils s'accordent pour dire qu'une connaissance globale de la médication est importante. Les quatre ALC regrettent de ne pas avoir accès aux informations psychiatriques sur la médication du détenu. Selon eux, elles sont très importantes dans le cadre de leur travail. En effet, ils soutiennent que la famille de médicament prescrit leur donne au moins une idée de à quoi ils devraient s'attendre au niveau comportemental en rencontre avec les détenus.

Pour moi [la posologie] ce ne serait pas pertinent. Ce qui est plus pertinent c'est : est-ce qu'il la prend, qu'est-ce qu'il prend, la famille pour moi c'est pertinent par exemple...

Il leur semble également important de connaître les effets tant positifs que négatifs de la médication sur le comportement et la vie du détenu. En effet, les ALC doivent différencier les effets de la médication du comportement habituel du détenu. Également, selon les ALC, la connaissance des différents aspects de la médication leur permet de bien évaluer les capacités d'analyse, de travail sur soi et d'introspection du délinquant. Ces différents éléments font partie des rapports d'évaluation de l'état mental et du comportement du détenu que les ALC doivent compléter.

Ben oui c'est import... C'est sûr que c'est important pour justement euh... t'sais quelqu'un que tu vas voir pis que tu le rencontres, pis il est fatigué, il n'a pas d'énergie puis euh... il n'est pas capable de remplir euh... ses responsabilités, que ce soit ses tâches, de participer aux activités... pis toi tu vois ça comme un manque de motivation, mais que finalement c'est un effet secondaire de tel type de médicament...

Un des ALC soulève l'importance de connaître le mode de prise de la médication (par voie orale ou par injection). Il affirme que cela a un impact sur la préparation du plan de libération, car toutes les ressources ne gèrent pas nécessairement les différents modes de prise de la médication. Il est donc très important à savoir afin de trouver une ressource adaptée aux besoins du détenu.

Deux des ALC pensent qu'il est très important d'avoir une bonne connaissance de base des médicaments ne serait-ce que pour comprendre les propos du détenu durant la rencontre, savoir s'il est honnête ou au contraire s'il leur dit n'importe quoi afin d'arriver à ses fins.

Un des ALC déplore grandement le manque d'accès au dossier psychiatrique, tout comme ses collègues. Toutefois, il ajoute que chacun devrait être autonome dans l'acquisition de connaissances sur la médication dans le but d'avoir sa propre opinion clinique plutôt que de se fier aux connaissances, opinions et observations d'autres membres du personnel.

5.8.5 Source des connaissances

Selon les ALC, leurs connaissances sur la médication proviennent surtout du contact avec la clientèle et le milieu, mais aussi de leur formation universitaire, de conférences et de l'enseignement fait par les psychiatres.

5.8.6 Utilité d'une formation

Trois des ALC soutiennent qu'une formation en psychopharmacologie pourrait être utile, sans être nécessaire ou essentiel. Par exemple, elle serait pertinente pour un nouvel agent de libération afin d'avoir des connaissances de base. Ils pensent cependant que des formations au besoin ou de rappels, ainsi qu'un guide de référence pourraient être pertinents.

5.9 Connaissance des problèmes de santé mentale par les ALC

5.9.1 Source des connaissances

Les connaissances en matière de problèmes de santé mentale des ALC proviennent, selon eux, de leurs expériences de travail précédentes, de leur formation universitaire, des formations et conférences offertes par le Service correctionnel, mais aussi de leur contact avec la clientèle et le milieu.

5.9.2 Importance d'une bonne connaissance pour leur travail

Deux des ALC affirment que des connaissances préalables sont aidantes et facilitantes au moment d'être en contact et d'intervenir auprès de la clientèle ainsi que pour

s'adapter à un milieu tel que le CRSM. Mais il leur semble également possible d'apprendre au fur et à mesure. Un des deux ALC souligne qu'il est surtout important d'être capable de travailler en équipe et d'avoir au minimum un intérêt pour la clientèle délinquante présentant un trouble de santé mentale.

Pour les deux autres ALC, des connaissances en santé mentale préalables sont importantes pour différentes raisons. Pour l'un d'entre eux, il est important d'être conscient des limites associées aux différents troubles rencontrés. De bonnes connaissances de base seraient nécessaires afin d'offrir le meilleur service possible à la clientèle. Ces connaissances permettent aussi d'utiliser des méthodes d'intervention adaptées, par exemple face à un délire ou une psychose. Un autre participant est plutôt d'avis que les connaissances en santé mentale sont pertinentes puisque les ALC doivent savoir de quelle manière un trouble influence le risque de récidive et a un impact sur le comportement du délinquant.

Ben oui. C'est très important parce que on a besoin de savoir dans quel état d'esprit est le client pis de quelle façon ça influence le risque. T'sais t'as certaines pathologies qui sont en lien direct avec l'augmentation du risque, pis le travail d'un ALC c'est d'évaluer le risque. Donc c'est certain que t'as besoin de connaître les pathologies pis ce que ça implique comme conséquences sur le comportement du délinquant.

5.9.3 Utilité d'une formation

Trois ALC discutent de l'utilité de formations sur les troubles de santé mentale. L'un d'entre eux pense que seules des formations au besoin seraient utiles. Un autre pense qu'une formation obligatoire du nouveau personnel serait essentielle et pertinente. Cet ALC perçoit un besoin de conscientisation quant aux troubles de santé mentale, symptômes et effets de la maladie sur le comportement auprès de tous les membres du personnel travaillant auprès de la clientèle. Il ajoute que, même dans les pénitenciers réguliers, de plus

en plus de délinquants présentent des troubles de santé mentale. Enfin, le troisième ALC soutient que de telles formations préalables à l'emploi seraient pertinentes puisqu'elles faciliteraient l'évaluation du risque.

5.9.4 Importance des caractéristiques sécuritaires du milieu

Trois ALC soulignent l'importance de considérer les caractéristiques sécuritaires du milieu dans lequel ils travaillent. En effet, bien que le CRSM soit un centre de traitement, il demeure un pénitencier. De la même manière, bien que la clientèle présente des troubles de santé mentale et s'y retrouve dans un but de stabilisation de l'état mentale, elle demeure une clientèle délinquante. Les normes, procédures et règles sont les mêmes que dans tous les établissements pénitentiaires fédéraux. Par conséquent, les ALC indiquent que l'aspect sécuritaire du milieu qui a un grand impact sur le travail du personnel ainsi que sur les manières d'agir.

5.10 Croyances relatives à la santé et aux médicaments

Les ALC rapportent différentes croyances qu'ont certains détenus et qui vont jouer sur l'adhérence ou non à leur traitement. Dans un premier temps, ils soulignent l'importance que les détenus reconnaissent qu'ils sont malades et qu'ils croient en la nécessité du traitement. Ils abordent tous la nécessité d'informer les détenus sur la maladie, mais aussi sur les effets négatifs et positifs de la médication. Selon eux, cela permettrait de favoriser la compréhension du traitement ainsi que la perception qu'il est nécessaire à leur bien-être. Ils s'accordent pour dire que les effets secondaires ont un grand impact sur l'adhérence à la médication puisque cela génère des inquiétudes face au traitement reçu. Un des ALC soulève aussi que certains détenus qui adhéraient à leur traitement au CRSM vont cesser de prendre leur médication lorsqu'ils quittent le centre de traitement parce qu'ils se croient

guéris. Par conséquent, comme ils ne se croient plus malades, ils ne voient plus la nécessité de continuer à prendre une médication qui leur apporte des effets secondaires désagréables.

Dans d'autres cas, ben ils peuvent se dire que, étant donné qu'ils sont pu malade, ils quittent le CRSM, ben un peu la même raison que tantôt là, c'est pu nécessaire pour eux de prendre leur médication, c'est une croyance qu'ils vont avoir.

5.11 Préparation au changement

Plusieurs éléments concernant les différentes étapes du processus de changement sont apportés par les ALC. Ils disent que le niveau de réflexion du détenu face à sa maladie va jouer sur l'adhérence à la médication. Ils estiment que le manque de transparence, la manipulation, le mensonge et le manque de fiabilité démontrent un désengagement face au processus de changement. Pour eux, ces comportements reproduisent des comportements délinquants et montrent qu'aucun changement, même superficiel ou conformiste n'a eu lieu.

Dans d'autres cas, le manque de transparence et d'honnêteté rend difficile l'établissement d'un portrait clinique clair et donc d'un traitement approprié. Les ALC soulignent que tous ces aspects rendent difficile l'évaluation de la préparation au changement : le détenu est-il dans un processus de changement réel en lien avec les facteurs contributifs à la criminalité ou se conforme-t-il plutôt aux exigences du milieu?

Il convient également, selon les ALC, d'adapter l'encadrement et les interventions effectuées aux besoins du détenu quant à son processus de changement. Pour certains, il s'agira de mettre en place une surveillance accrue alors que pour d'autres, il faudra responsabiliser les personnes face à leur maladie et à leur traitement.

5.12 Qualité de la motivation

Les ALC affirment que la motivation derrière la non-adhérence ou le trafic peut varier grandement d'un détenu à l'autre. Dans certains cas, la non-adhérence du détenu provient d'une perception de non nécessité du traitement, alors que dans d'autres, le détenu est non-adhérent parce qu'il subit de la pression pour donner sa médication. Dans le cas du trafic, il peut subir de la pression afin de demander à son entourage de lui transmettre des comprimés durant la période de visite. Certains détenus sont incapables de vivre avec les symptômes de la maladie et, plutôt que de prendre la médication qui leur est prescrite, ils vont s'auto médicamenter par l'usage de drogues ou utiliser des médicaments non prescrits qu'ils se procurent grâce au trafic selon les propos des ALC. Pour plusieurs agents, l'étiquette de « malade mental » est une motivation à arrêter le traitement, surtout pour les détenus qui sont en population régulière. La moins grande supervision de la prise de médication en pénitencier régulier peut également inciter un détenu vers la non-adhérence.

Toujours dans le cas du trafic, les ALC soulignent que certains détenus sont motivés par l'appât du gain. Certaines médications sont très recherchées pour leurs effets, ce qui va leur permettre de les échanger contre des produits supplémentaires, des services ou tout simplement pour avoir un statut plus élevé auprès des codétenus. D'autres vont simplement vendre les médicaments dont ils ne veulent pas. Des détenus vont même aller jusqu'à simuler des symptômes dans le but d'obtenir une médication précise afin de la vendre ou de s'intoxiquer avec selon les dires des ALC. Cet aspect amène les ALC à suggérer que le médecin s'assure de la motivation du détenu lorsqu'il demande une nouvelle médication en lien avec de nouveaux symptômes.

Certains détenus sont motivés à donner des informations sur le trafic de médicaments en établissement dans le but d'acheter la paix puisque quand il devient trop important, tous les détenus paient le prix (interventions sécuritaires, fouilles, surveillance accrue). Selon les

ALC, cet aspect est facilité par la présence d'une relation de confiance entre les intervenants et les détenus. Également, une motivation à ne pas faire du trafic peut consister en l'évitement des conséquences qui y sont associées (règlements de compte entre détenus, mesure d'isolement, augmentation de la cote de sécurité).

Les ALC rapportent également que certains détenus sont traités contre leur gré grâce à une ordonnance de traitement émise par un tribunal à la demande du psychiatre. Cette ordonnance permet une supervision plus grande du détenu qui n'a pas le choix de prendre sa médication. Cependant, comme la motivation n'est pas intrinsèque, lorsque la supervision diminue, par exemple lorsque le détenu est libéré, l'adhérence diminue grandement également. Les ALC soulignent qu'ils ne vont pas simplement prendre note de la non-adhérence ou du trafic, mais aussi chercher à comprendre les raisons et les motivations derrière ces comportements. Ils doivent tenter de différencier la faible motivation du détenu face au changement des effets secondaires de son traitement, comme la fatigue et le manque d'énergie.

5.13 Représentations de la maladie

Un des ALC souligne que la représentation de la maladie que se font les professionnels est importante au niveau de la compréhension des limites que la maladie impose aux détenus. Un autre agent indique que certains détenus peuvent se représenter leur maladie de manière positive, ce qui a un impact direct sur la prise de médicaments.

Ben c'est ça, la reconnaissance de la maladie... Y'a peut-être aussi des gens qui sont bien dans leur... dans leur... hum comment je pourrais dire ça... dans leur maladie. C'est toujours ça qu'ils ont connu. D'arriver à, je prends par exemple quelqu'un qui a des hallucinations, mais que pour lui ces hallucinations-là sont agréables... euh je fais référence à un monsieur que lui y'entendait un moment donné du violon dans sa tête.

6. ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Dans la recension des écrits, peu de données ont été trouvées sur l'adhérence aux médicaments psychotropes auprès d'une clientèle délinquante adulte. Les données proviennent surtout d'échantillons d'individus présentant des troubles de santé mentale sans acte de délinquance (Centorrino et al., 2001; Howland, 2007; Perkins et al., 2006; Sabaté, 2003; Velligan et al., 2003). Il est malgré tout possible d'établir certains liens entre les éléments théoriques rapportés dans la recension des écrits et les propos des agents de libération conditionnelle interviewés.

L'aspect au cœur de ce projet est l'importance de la non-adhérence au traitement antipsychotique et ses liens avec la gestion du risque de récidive criminelle. Au niveau de la recherche, peu d'éléments lient ces deux aspects. Même dans la pratique, tous ne sont pas d'accord quant à l'intégration de la non-adhérence au sein de l'évaluation du risque de récidive ni quant à la manière de l'intégrer. Certains ALC soutiennent que la non-adhérence devrait être intégrée de manière systématique dans l'évaluation du risque de récidive à cause de l'impact direct de la médication et de la maladie mentale sur le comportement du détenu. D'autres affirment plutôt qu'il faut l'évaluer au cas par cas en fonction du rôle du trouble de santé mentale dans la délinquance du détenu. Dans tous les cas, les données scientifiques appuient indirectement le discours des ALC. En effet, plusieurs études mettent en lien les comportements violents, la non-adhérence et l'abus de substance (Castillo & Alarid, 2011; Dubreucq et al., 2005; Swartz et al., 1998).

La recherche a permis de développer certains outils pour évaluer la non-adhérence, dont l'Évaluation du risque à court terme et traitabilité (Crocker, 2007). Cependant, les ALC mentionnent ne pas utiliser d'outils standardisés pour inclure l'adhérence à leur évaluation du risque de récidive. C'est plutôt leur jugement clinique qui soutient la prise de décision quant à

l'inclusion ou non de la non-adhérence dans l'évaluation. Certains l'intègrent dans différents aspects de leur évaluation, comme le respect des règles et le conformisme institutionnel.

Plusieurs éléments rapportés par les ALC font référence à différents modèles théoriques de la maladie mentale et du traitement. En effet, lorsqu'ils parlent de reconnaissance, ou dans ce cas-ci de non reconnaissance de la maladie, cela peut faire référence au stade de précontemplation des stades de changement de Prochaska et Di Clemente (1995). Rappelons qu'au stade de précontemplation, aucun changement n'est recherché, il y a souvent absence de reconnaissance du problème. S'il y a un changement, l'objectif est de faire cesser la pression extérieure et ce changement demeure temporaire. Dans un milieu carcéral où la contrainte est omniprésente, il serait important de considérer les stades de changement afin de faire progresser l'individu et l'amener à une reconnaissance de sa maladie. Selon les propos des ALC, cet aspect a un impact direct sur l'adhérence au traitement psychotrope. Un ALC lie d'ailleurs la non-reconnaissance de la maladie et le trafic de médicaments puisque, comme le détenu ne se croit pas malade, il ne considère pas avoir besoin du traitement et peut trouver cela plus rentable de trafiquer sa médication.

On peut également établir le lien entre le changement temporaire effectué au stade de précontemplation dans le but de diminuer la pression extérieure et la notion de motivation extrinsèque. En effet, il est normal que le changement ne soit pas permanent puisque l'individu ne l'effectue pas pour lui-même, mais bien à cause d'éléments externes à lui (Deci & Ryan, 1985). Tous les ALC abordent le concept de motivation derrière les choix et les comportements des détenus. Par exemple, on se rappelle que, selon les ALC, certains détenus vont cesser de prendre leur médication et la trafiquer parce que d'autres détenus leur font subir de la pression. D'autres vont prendre leur médication parce qu'ils n'ont pas

d'autres choix étant donné qu'ils sont sous une ordonnance de traitement. Il serait donc pertinent de tenter d'amener les détenus présentant des troubles de santé mentale à développer leur autodétermination face à leur traitement afin que leur choix d'être adhérent au traitement soit motivé intrinsèquement. Cela pourrait peut-être amener une meilleure adhérence à leur traitement à long terme. Le développement de l'autodétermination pourrait s'effectuer entre autre grâce à l'enseignement sur le trouble de santé mental et sur le traitement.

Un autre aspect théorique qu'on retrouve dans les propos des ALC concerne les *Health Belief Model* (Becker, 1974a) et le *Beliefs about medication* (Horne & Weinman, 1999). Outre la reconnaissance de la maladie, les deux autres éléments les plus souvent rapportés par les ALC comme ayant une grande influence sur l'adhérence aux médicaments psychotropes sont les croyances de nécessité du traitement ainsi que les inquiétudes face au traitement que peuvent avoir les détenus. Un des ALC souligne en effet que lorsque les détenus quittent le CRSM, certains croient qu'ils sont guéris et ne voient donc plus l'intérêt ni la nécessité de poursuivre le traitement. Cela est appuyé par les résultats de Howland (2007) qui montrent qu'une disparition des symptômes ou une guérison peut entraîner un arrêt du traitement puisque l'individu perçoit qu'il n'est plus nécessaire. Un autre ALC soutient également que le fait qu'un détenu ne croit pas que sa médication soit nécessaire pour lui est un facteur facilitant la vente et le trafic de son traitement. À notre connaissance, cet aspect ne semble pas avoir été étudié dans les recherches scientifiques. Ces modèles ont été étudiés et validés auprès de clientèles présentant des troubles de santé mentale dans divers contextes, mais dans aucun cas la délinquance n'était considérée. Comme les ALC affirment clairement que les croyances des détenus ont un impact sur l'adhérence à leur traitement, il serait pertinent de valider si la délinquance apporte de nouveaux éléments aux modèles. En effet, certains facteurs associés spécifiquement à la délinquance pourraient

également avoir un impact au niveau des croyances des détenus quant à leur maladie et à leur traitement. On peut penser, entre autres, aux valeurs antisociales, à l'importance de l'image du délinquant, au conflit avec l'autorité ou toute forme de cadre et de règle.

Dans la recension des écrits, plusieurs études sur les facteurs favorisant ou nuisant à l'adhérence ont été rapportées (références?). Un des facteurs qui semblent importants auprès des délinquants adultes ayant des troubles de santé mentale est l'étiquette de « malade mental » qui semble avoir un impact sur l'adhérence au traitement pharmacologique. En effet, cet élément est mentionné à plusieurs reprises par plusieurs agents de libération conditionnelle, cependant aucune étude n'a porté sur ce lien à notre connaissance. L'importance de l'image de dur est un élément qu'on peut observer chez les délinquants, que ce soit pour une question de statut ou même de sécurité. Il est possible que ce soit un facteur spécifique à la clientèle délinquante. Farmer et Bentley (2002) souligne l'importance du modèle de l'expérience vécue pour les intervenants auprès de cette clientèle. Ces auteurs affirment l'importance pour les professionnels de faire preuve de sensibilité aux croyances, valeurs et idées des clients face à la maladie et la médication. Par conséquent, les ALC semblent avoir raison de dire que l'étiquette de « malade mental » a un impact sur l'adhérence au traitement chez les délinquants adultes. Farmer et Bentley encouragent les professionnels à amener les clients vers l'autonomisation (*empowerment*) en les considérant comme des partenaires. Cela peut cependant aller en contradiction avec le rôle d'autorité que les ALC ont envers les détenus en étant responsable de la gestion de cas et de la recommandation pour une libération conditionnelle éventuelle. Afin de faire face à ce conflit de rôle, l'utilisation des membres de l'équipe multidisciplinaire œuvrant auprès des détenus serait une solution à envisager afin de favoriser l'autonomisation des détenus.

Les ALC rapportent qu'un diagnostic récent est propice à amener une non-reconnaissance de la maladie qui elle entraîne plus facilement une non-adhérence au traitement. Une seule étude mentionnée ci-haut aborde indirectement cet aspect, en mentionnant qu'un faible *insight* et le déni peuvent affecter la capacité ou la volonté du patient à suivre son traitement (Howland, 2007). Cet auteur mentionne cependant que le faible *insight* et le déni sont des éléments qui peuvent provenir du trouble mental.

Un ALC soutient que les détenus avec un trouble de personnalité sont moins adhérents que ceux qui n'en ont pas parce qu'ils vont chercher à utiliser leur médication à d'autres fins comme la toxicomanie ou le trafic. Cependant, cela est contradictoire avec l'étude de Centorrino et ses collaborateurs (2001) qui supporte que l'adhérence soit meilleure chez les patients atteints de troubles de personnalité. Cela peut être expliqué de différente manière. En effet, le type de trouble de personnalité peut faire la différence. On peut supposer qu'un individu ayant un trouble de personnalité antisociale caractérisé un non-respect chronique des droits d'autrui et des lois (Association, 2000) aura tendance à ne pas respecter les consignes de son médecin quant à un traitement donné. D'un autre côté, un individu avec un trouble de personnalité obsessionnelle compulsive caractérisé par une préoccupation de l'ordre, du perfectionnisme et du contrôle (Association, 2000) aura plutôt tendance à respecter, peut-être abusivement, les consignes associées à la prise de son traitement, à moins que cela perturbe la routine découlant du trouble. Cependant, aucune donnée n'est fournie concernant le type de trouble de personnalité considéré dans l'étude de Centorrino et ses collaborateurs (2001).

Centorrino et ses collaborateurs (2001) ont également trouvé que les individus avec un trouble d'abus de substance étaient moins adhérents, particulièrement au traitement pharmacologique comparativement à la psychothérapie. Pogge, Singer et Harvey (2005)

soutiennent aussi que l'abus de substance est lié à la non-adhérence. Le discours des ALC va dans le même sens. Cependant, les ALC affirment qu'il y a une différence d'impact en fonction du milieu du détenu. Selon leurs dires, il semblerait que l'impact de la toxicomanie est plus grand en communauté. En effet, les drogues deviennent alors une source d'automédication plus facilement accessible que la prescription des antipsychotiques à cause des listes d'attente, du manque d'accessibilité aux ressources et du manque de ressources. Les résultats de McIntosh et ses collaborateurs (2009) appuient cette explication puisque, selon leur étude, 50% des hommes souffrant de schizophrénie ne sont pas adhérent à la médication psychotrope à leur sortie de l'hôpital, donc une fois en communauté.

Certains auteurs appuient même que la concomitance de la non-adhérence aux antipsychotiques et d'un trouble d'abus de substance a un effet sur l'augmentation des comportements violents chez les individus avec un trouble de santé mentale (Castillo & Alarid, 2011; Dubreucq et al., 2005; Rush et al., 2002; Swartz et al., 1998). Cet aspect est particulièrement important puisque les ALC soutiennent que la concomitance du trouble d'abus de substance et des troubles de santé mentale est très fréquente chez les délinquants. Comme le travail des ALC est d'évaluer le risque de récidive et d'utiliser les ressources disponibles pour tenter de le réduire, la non-adhérence devient un facteur d'importance à considérer.

Les solutions envisagées par les ALC sur la problématique de la non-adhérence des détenus souffrant de trouble de santé mentale sont diversifiées. Ils sont au courant des aspects importants à considérer afin d'améliorer l'adhérence d'un détenu. Ils affirment qu'il faut favoriser la reconnaissance et la compréhension de la maladie, mais aussi du traitement. Pour ce faire, l'enseignement est la méthode privilégiée par tous les ALC. Un

d'entre eux affirme également que la responsabilisation du détenu face à sa maladie et à son traitement est un aspect primordial. C'est ce que Williams et ses collaborateurs (1998) soutiennent, c'est-à-dire l'importance de favoriser l'autonomie de l'individu pour favoriser l'autorégulation de sa maladie et du traitement. L'étude de Azrin et Teichner (1998) vient appuyer l'enseignement comme méthode pour améliorer l'adhérence à la médication psychotrope, mais selon des conditions particulières. En effet, selon leurs résultats, les directives entourant la prise de médication doivent être précises et l'enseignement doit également concerner des stratégies à ce sujet. D'un autre côté, Haynes, Ackloo, Sahota, McDonald et Yao (2008) concluent, suite à leur recension systématique des écrits sur les interventions visant l'amélioration de l'adhérence, que plusieurs interventions simples augmentent l'adhérence, mais que les effets sont incohérents d'une étude à l'autre. Ces auteurs notent également que la majorité des méthodes pour améliorer l'adhérence aux traitements pour les problèmes de santé chronique sont complexes et peu efficaces.

Les données sur les interventions à faire pour améliorer l'adhérence concernent surtout des interventions sur l'individu. Cependant, dans un contexte carcéral où plusieurs individus délinquants se côtoient et où plusieurs autres facteurs sont en jeu (ex. : sécurité des détenus, sécurité du personnel ou trafic), d'autres mesures peuvent être pertinentes. Tous les ALC soulignent l'importance d'une surveillance accrue au niveau de la prise de médication et de l'implication plus grande du personnel sécuritaire. Aussi, ils suggèrent la mise en place d'un meilleur suivi de la prise de médication, d'un système de conséquences rapides et immédiates ainsi que l'implication plus fréquente de l'escouade canine. En lien avec le type de traitement, les ALC préconisent également le recours plus fréquent aux médicaments psychotropes injectables et aux ordonnances de traitement. La majorité des solutions envisagées par les ALC sont des formes de contraintes extérieures et l'étude de Rain, Steadman et Robins (2003) appuie cette approche. En effet, leurs résultats démontrent

une corrélation positive entre la contrainte perçue et l'adhérence autorapportée aux médicaments injectables.

Concernant le trafic de médicaments psychotropes, le discours des ALC va généralement dans le même sens que les données scientifiques. Si les quelques données existantes sur le trafic de médicaments en milieu carcéral proviennent d'études qualitatives (INSERM, 2012), la connaissance de cette problématique par le personnel provient essentiellement d'informations que leur transmettent les détenus lorsqu'une relation de confiance est établie. Les ALC lient la toxicomanie et le trafic de médicament, tout comme l'INSERM (2012). Étant donné que le CRSM a la particularité d'être un centre de traitement au sein d'un pénitencier, certains ALC ont l'impression qu'on y trouve plus de trafic de médicaments que dans les pénitenciers réguliers. Ce point n'est pas appuyé par les recherches, aucune donnée n'ayant été trouvée sur le sujet. De plus, cela ne fait pas l'unanimité même au sein des ALC. En effet, l'un d'eux souligne que le trafic de médicaments est plus présent en population régulière qu'au CRSM. Ce participant souligne également que le côté délinquant est beaucoup plus présent en population régulière qu'au CRSM.

Certains ALC soutiennent qu'au CRSM les délinquants avec un trouble de la personnalité sont à la tête du trafic de médicament. Plus construits, ils mettraient de la pression sur les détenus plus vulnérables et présentant moins d'habiletés pour s'affirmer. Le rapport de l'INSERM (2012) vient appuyer les dires des ALC voulant que certains détenus mettent de la pression sur d'autres afin d'obtenir les prescriptions ou les médicaments. Selon le rapport, ces individus pourraient également pousser les consommateurs à acheter.

Un des aspects importants apportés par les ALC est que la motivation derrière le trafic peut également concerner une question de statut à maintenir auprès des codétenus. À

notre connaissance, aucune étude n'a été effectuée sur cet aspect. Cependant, dans un but d'intervention au niveau individuel, la motivation des détenus à faire du trafic semble pertinente afin d'identifier les bonnes cibles d'intervention. Également, cela implique la reproduction de comportements délinquants que certains détenus manifestaient probablement en communauté selon les ALC.

Certains ALC mentionnent que le trafic de médicaments alimente les toxicomanies. L'état d'intoxication créé par la prise de certains médicaments permettrait à certains détenus de vivre leur peine d'emprisonnement de manière plus agréable. Le rapport de l'INSERM (2012) vient soutenir le lien entre toxicomanie et trafic puisque, des professionnels du milieu carcéral ayant observé une augmentation des demandes de prescription pour des médicaments psychotropes lorsque les politiques face aux substances illicites se resserrent.

Aucune étude ne relie le trafic à l'évaluation du risque de récidive. Pourtant, les ALC font cette association, que ce soit par manque de transparence, impact sur la relation de confiance et les recommandations éventuelles pour une libération inconditionnelle ou impossibilité de connaître la stabilité, la prévisibilité et le niveau de dangerosité des détenus. Cela est soutenu par MacPherson et Fraser (2004) qui ajoutent que le trafic a un impact sur la sécurité au sein des établissements considérant que la consommation et le trafic rendent les détenus instables et imprévisibles.

Outre l'impact sur la qualité du traitement reçu chez les détenus en ayant réellement besoin (INSERM, 2012), aucune autre étude sur les conséquences du trafic n'a été trouvée. Cependant, les ALC mentionnent plusieurs conséquences possibles, tant pour l'individu concerné que pour autrui, notamment les risques pour la sécurité d'autrui (augmentation de l'imprévisibilité et de l'impulsivité des détenus, augmentation des comportements agressifs), ceux en lien avec le suicide (accessibilité aux médicaments) ou la santé (mélanges contre-

indiqués, allergies, instabilité mentale). Enfin, aucune étude n'a été trouvée concernant les solutions envisagées au trafic dans les établissements carcéraux alors que les ALC en envisagent plusieurs tant au niveau du système que des individus et du traitement.

Comme mentionné précédemment, très peu d'études existent sur les interventions faites pour répondre au trafic. Seul le rapport de l'INSERM (2012) mentionne l'impact du resserrement des politiques sur le trafic de substances illicites. Cela dit, certains ALC parlent d'interventions. L'un mentionne qu'elles dépendent grandement de l'importance du trafic, du sens et des raisons derrière celui-ci. Un autre ALC mentionne que mis à part la rédaction de rapports de renseignements protégés qui prennent du temps, il n'y a pas vraiment de conséquences immédiates pour un détenu qui se fait prendre à trafiquer.

Le niveau de connaissance des agents de libération conditionnelle quant à la médication et à la santé mentale, ainsi qu'à l'importance de ces connaissances dans le cadre de leur travail ont également été considérés. Il est possible de conclure que les ALC ont une connaissance générale des différents aspects de la médication (famille de médicament, posologie, effets secondaires). Selon la littérature scientifique, des connaissances générales sur la médication sont suffisantes pour les intervenants auprès des clientèles en santé mentale (Farmer & Bentley, 2002; Miller, 2002). Farmer et Bentley insistent particulièrement sur le modèle d'expérience vécue par le client. Ils soutiennent en effet que les professionnels des sciences sociales travaillant auprès d'une clientèle en santé mentale devront prendre conscience et utiliser les idées et croyances que leur client peut avoir face à la maladie mentale ainsi que face à la médication psychotrope.

Mis à part le niveau de connaissance, les ALC soutiennent que certains types de connaissances sont plus importants que d'autres dans le cadre de leur travail. Cependant, ils ajoutent qu'il leur est difficile de les acquérir puisqu'ils n'ont pas accès au dossier

psychiatrique des détenus. Sands et Angell (2002) soulignent d'ailleurs que des conflits de valeurs ou de perspectives peuvent survenir dans des équipes multidisciplinaires. En lien avec l'accès limité aux informations que les ALC jugent nécessaires pour accomplir leur travail, ces auteurs soulignent en effet que lorsque plusieurs professionnels occupent des rôles communs, cela peut entraîner une confusion au niveau des tâches qui en découlent. Les ALC doivent aussi planifier la libération éventuelle des détenus qu'ils suivent. Malheureusement, cette planification peut être complexe lorsqu'ils n'obtiennent pas toutes les informations nécessaires, particulièrement lorsqu'on considère l'accessibilité limitée aux services spécialisés en communauté (Sands & Angell, 2002).

Les ALC considèrent que la famille de médicament que le détenu prend guide leurs attentes comportementales envers le détenu. Les effets secondaires sont également particulièrement pertinents puisque les ALC doivent pouvoir différencier ce qui appartient à la maladie ou au détenu lui-même de ce qui appartient aux effets tant positifs que négatifs de la médication. C'est également ce que soutiennent Farmer et Bentley (2002). En effet, ces auteurs affirment que des connaissances générales et de base sur la médication (modèle médical) sont nécessaires pour les professionnels travaillant auprès d'une clientèle avec des troubles de santé mentale afin qu'ils comprennent les effets de la médication sur leur client (neurotransmission), l'expérience du client face à sa médication (pharmacocinétique) ainsi que l'impact de la médication sur les interventions à faire avec le client (pharmacodynamique).

En ce qui concerne l'importance des connaissances de la santé mentale, certains ALC soutiennent qu'il est possible d'acquérir les connaissances au contact de la clientèle. D'autres considèrent que des connaissances préalables sont importantes ne serait-ce que pour comprendre les limitations des clients en lien avec leur trouble, mais aussi pour

connaître l'impact de la maladie mentale sur le risque de récidive criminelle et le comportement des détenus. Miller (2002) abonde plutôt dans le sens de ces derniers. En effet, l'auteur soutient qu'il est nécessaire pour les professionnels en sciences sociales de connaître les catégories diagnostiques afin de reconnaître les symptômes, de mieux y faire face, de reconnaître les effets voulus et non voulus de la médication et de comprendre les problèmes d'adaptation du client.

7. CONCLUSION

Ce rapport de stages s'intéresse de manière générale à l'adhérence aux médicaments psychotropes comme éléments de la gestion du risque de récidive. Une attention a été accordée aux différentes problématiques liées, soit la toxicomanie et le trafic de médicaments. Un intérêt face aux connaissances des agents de libération conditionnelle concernant la médication et les troubles de santé mentale ainsi que l'importance accordée à ces connaissances dans le cadre de leur travail a aussi été alloué. Il en ressort différentes conclusions et pistes de recherche. Entre autres, les ALC considèrent que l'adhérence au traitement vaut la peine d'être considérée dans la gestion du risque de récidive criminelle, certains de manière systématique, d'autre sur une base individuelle. Cette relation nécessite une plus ample exploration afin de la confirmer ou l'infirmier.

Notons aussi que les ALC soulèvent certains facteurs qui, selon eux, ont un impact sur l'adhérence au traitement, mais qui semble être lié uniquement à la délinquance. Un de ces facteurs est l'image de «dur» du délinquant qui serait en contradiction avec l'étiquette du «malade mental». Cela pousserait les détenus à ne pas respecter leur traitement, voir à trafiquer leur médication. Il s'agit d'une nouvelle information quant à cette problématique et cela nécessite d'être étudiée davantage.

Différentes pistes de solution ont été évoquées par les ALC. Ils encouragent fortement les contraintes sécuritaires (escouade canine, supervision constante de la prise de médicament, etc.) ainsi que des pistes d'intervention, particulièrement l'éducation sur la maladie et le traitement. D'un autre côté, les études sont peu cohérentes quant à l'efficacité des différents types d'intervention. Cela mérite de plus amples recherches. D'ailleurs, la récence du diagnostic, le déni et la faible capacité d'introspection pourraient devenir d'intéressantes cibles d'intervention. Également, les détenus ayant un trouble de la

personnalité ont été ciblés par les ALC comme étant peu adhérents, alors que les données scientifiques vont plutôt en sens contraire. Cet aspect mériterait d'être étudié plus en profondeur.

Le trafic et la toxicomanie semblent également être au cœur de la problématique de non adhérence auprès des détenus du CRSM pour les ALC. Très peu d'études lient ces différents éléments entre eux, par conséquent, cette piste de recherche semble plus que pertinente afin de mieux comprendre l'interaction entre ces éléments, l'adhérence au traitement et la gestion du risque de récidive.

Rappelons également que le jugement clinique est à la base de l'intégration de l'adhérence à l'évaluation du risque de récidive selon les ALC. Or, un outil d'évaluation pourrait venir structurer le jugement clinique des ALC : l'Évaluation du risque à court terme et traitabilité. Cet outil mériterait d'être intégré dans l'évaluation du risque de récidive puisqu'il considère également l'adhérence au traitement.

Plusieurs modèles théoriques ont été abordés et ont pu être mis en lien avec le discours des ALC ainsi que la réalité de leur travail, particulièrement le *Health Belief Model*, le *Beliefs about medication model* et les théories subjectives de la maladie. Rappelons que les ALC mentionnent fréquemment l'impact de la non-reconnaissance de la maladie, la croyance de ne pas être malade et celle que la médication n'est pas nécessaire. Cependant, ces modèles n'ont pas été validés auprès d'une clientèle délinquante présentant des troubles de santé mentale. Par conséquent, leur application auprès de cette clientèle demeure incertaine.

Étant donné la taille très réduite de l'échantillon, les résultats sont difficilement généralisables. Puisque peu de recherches scientifiques relie l'adhérence aux médicaments psychotropes à la gestion du risque de récidive, il s'avère que ce projet propose des pistes de recherche originales. Notons également que d'autres professionnels

œuvrent auprès des détenus du CRSM. Il serait pertinent et intéressant d'explorer aussi leur perception et de mettre en commun les points de vue afin de compléter le portrait de cette problématique complexe et peu documentée. Le présent projet s'est limité aux ALC travaillant au CRSM. Or, il pourrait être intéressant d'élargir l'échantillon auprès des ALC et des professionnels œuvrant des établissements en population régulière. Une dernière limite de ce projet relève de la méthode de recrutement des participants. En effet, aucun critère d'exclusion n'a été émis, le recrutement s'est fait à notre demande individuelle auprès des ALC directement.

8. BIBLIOGRAPHIE

- Aikens, J.E., Nease, D.E., Nau, D.P., Klinkman, M.S., & Schwenk, T.L. (2005). Adherence to maintenance-phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication. *Ann Fam Med*, 3(1), 23-30. doi: 10.1370/afm.238
- Association, American Psychiatric. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR®*: American Psychiatric Pub.
- Azrin, Nathan H., & Teichner, Gordon. (1998). Evaluation of an instructional program for improving medication compliance for chronically mentally ill outpatients. *Behaviour Research & Therapy*, 36(9), 849-861. doi: 10.1016/S0005-7967(98)00036-9
- Baillargeon, Jacques, Contreras, Salvador, Grady, James J., Black, Sandra A., & Murray, Owen. (2000). Compliance with antidepressant medication among prison inmates with depressive disorders. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 51(11), 1444-1446.
- Becker, Marshall H. (1974a). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Thorofare, N.J.: C.B. Slack.
- Becker, Marshall H. (1974b). The Health Belief Model and Sick Role Behavior. In H. B. Marshall (Ed.), *The Health Belief Model and Personal Health Behavior* (pp. 82-92). Thorofare, NJ: C.B. Slack.
- Bentley, Kia J., Farmer, Rosemary L., & Phillips, M. Elizabeth. (1991). Student Knowledge of and Attitudes toward Psychotropic Drugs. *Journal of Social Work Education*, 27(3), 279-289. doi: 10.1080/10437797.1991.10672200
- Bentley, Kia J., Walsh, Joseph, & Farmer, Rosemary L. (2005). Social Work Roles and Activities Regarding Psychiatric Medication: Results of a National Survey. *Social Work*, 50(4), 295-303. doi: 10.1093/sw/50.4.295
- Borrey, D., Meyer, E., Duchateau, L., Lambert, W., Van Peteghem, C., & Leenheer, APDe. (2003). RESEARCH REPORT: Longitudinal study on the prevalence of benzodiazepine (mis)use in a prison: importance of the analytical strategy. *Addiction*, 98(10), 1427-1432. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00527.x>
- Bradley, Sarah S. (2003). The Psychology of the Psychopharmacology Triangle. *Social Work in Mental Health*, 1(4), 29-50. doi: 10.1300/J200v01n04_03
- Braithwaite, Erika, Charette, Yanick, Crocker, Anne G., & Reyes, Andrea. (2010). The Predictive Validity of Clinical Ratings of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(4), 271-281. doi: 10.1080/14999013.2010.534378
- Brink, J. (2005). Epidemiology of mental illness in a correctional system. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(5), 536-541. doi: 10.1097/01.yco.0000179493.15688.78
- Brink, J., Doherty, D., & Boer, A. (2001). Mental disorder in federal offenders: A Canadian prevalence study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24(4-5), 339-356. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0160-2527\(01\)00071-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0160-2527(01)00071-1)
- Brown, Charlotte PhD, Battista, Deena R., Bruehlman, Richard M. D., Sereika, Susan S., Thase, Michael E., & Dunbar-Jacob, Jacqueline PhD. (2005). Beliefs About Antidepressant Medications in Primary Care Patients: Relationship to Self-Reported Adherence. *Medical Care December*, 43(12), 1203-1207.
- Byrne, M. K., Deane, F. P., & Caputi, P. (2008). Mental health clinicians' beliefs about medicines, attitudes, and expectations of improved medication adherence in patients. *Eval Health Prof*, 31(4), 390-403. doi: 10.1177/0163278708324441
- Castillo, Eladio D., & Alarid, Leanne Fiftal. (2011). Factors Associated With Recidivism Among Offenders With Mental Illness. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 55(1), 98-117. doi: 10.1177/0306624X09359502

- Centorrino, Franca, Hernan, Miguel A., Drago-ferrante, Giuseppa, Rendall, Melanie, Apicella, Anthony, L'Angar, Gabriela, & Baldessarini, Ross J. (2001). Factors associated with noncompliance with psychiatric outpatient visits. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 52(3), 378-380.
- Cheverie, M., & Johnson, S. . (2011). Examen de l'utilisation de chiens détecteurs de drogues dans les établissements correctionnels à l'échelle internationale (Vol. RR-11-02): Centre de recherche en toxicomanie - Service correctionnel du Canada.
- Clatworthy, Jane, Bowskill, Richard, Rank, Tim, Parham, Rhian, & Horne, Rob. (2007). Adherence to medication in bipolar disorder: a qualitative study exploring the role of patients' beliefs about the condition and its treatment. *Bipolar Disorders*, 9(6), 656-664.
- Clifford, S., Barber, N., & Horne, R. (2008). Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: application of the Necessity-Concerns Framework. *J Psychosom Res*, 64(1), 41-46. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.05.004
- Coutu, Marie-France, Marchand, André, Dupuis, Gilles, O'Connor, Kieron, Turgeon, Lyse, & Nielsen, Tore. (2004). Une piste pour favoriser l'adhésion au plan de soins ? [«How to improve compliance ? »]. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 9(4), 17-24.
- Cremniter, Didier, Payan, Christine, Meidinger, Antoine, Batista, Guillermo, & Fermanian, Jacques. (2001). Predictors of short-term deterioration and compliance in psychiatric emergency patients : a prospective study of 457 patients referred to the emergency room of a general hospital. *Psychiatry research*, 104(1), 49-59.
- Crocker, Anne G. . (2007). Évaluation du risque à court terme et traitabilité: un guide d'évaluation et de planification (M. Grenier, Trans.). In I. u. e. s. m. Douglas (Ed.). Canada.
- Deci, Edward L., & Ryan, Richard M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Dixon, Lisa, Weiden, Peter, & Torres, Michael. (1997). Assertive community treatment and medication compliance in the homeless mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1302-1304.
- Dubreucq, J. L., Joyal, C., & Millaud, F. (2005, 2005). *Dangerosité et prédictivité de la violence : Risque de violence et troubles mentaux graves [Risk of violence and serious mental disorders]*.
- Duvanel, Baise, Zbinden, Eric, & Goerg, Danielle. (1990). Congruence patients - thérapeutes et dropout en psychiatrie ambulatoire publique. *Sciences sociales et santé*, 49-71.
- Farmer, Rosemary, & Bentley, Kia J. (2002). Social Workers as Medication Facilitators. In K. J. Bentley (Ed.), *Social Work Practice in Mental Health: Contemporary Roles, Tasks, and Techniques* (pp. 211-229). Canada: The Wadsworth Groupe.
- Flick, U., Moscovici, S., Creau, A., & Vezna, S. (1993). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie : théories subjectives et représentatives sociales*. France: L'Harmattan.
- Gallois, Pierre, Vallée, Jean-Pierre, & Le Noc, Yves. (2006). L'observance des prescriptions médicales: quels sont les facteurs en cause? Comment l'améliorer? *Médecine*, 2(9), 402-406.
- Gasquet, I., Bloch, J., Cazeneuve, B., Perrin, E., & Bouhassira, M. (2001, 2001). *Déterminants de l'observance thérapeutique des antidépresseurs [Factors determining compliance with antidepressants]*, France.
- Grant, Brian A, Varis, David D, & Lefebvre, Derek. (2005). Les unités de soutien intensif (USI) pour les délinquants toxicomanes ou alcooliques sous responsabilité fédérale:

- analyse des répercussions: Rapport de recherche no R-151, Ottawa (Ontario), Service correctionnel du Canada.
- Harrison, J. A., Mullen, P. D., & Green, L. W. (1992). A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults [Une méta-analyse des études utilisant le modèle des représentations de la santé portant sur les adultes]. *Health education research*, 7-1, 107-116.
- Haynes, Brian R., Ackloo, Elizabeth, Sahota, Navdeep, McDonald, Pauline Heather, & Yao, Xiaomei. (2008). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4).
- Holzinger, Anita, Löffler, Walter, Müller, Peter, Priebe, Stefan, & Angermeyer, Matthias C. (2002). Subjective illness theory and antipsychotic medication compliance by patients with schizophrenia. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(9), 597-603.
- Horne, R. (2006). Compliance, adherence, and concordance: implications for asthma treatment. *Chest*, 130(1 Suppl), 65S-72S. doi: 10.1378/chest.130.1_suppl.65S
- Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of psychosomatic research*, 47(6), 555-567.
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The Beliefs about Medicines Questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health*, 14(1), 1-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08870449908407311>
- Howland, Robert H. (2007). Medication Adherence. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 45(9), 15-19.
- INSERM. (2012). Médicaments psychotropes: consommations et pharmacodépendances (Collection Expertise collective ed.). Paris: Inserm.
- Jaeger, M., & Monceau, M. (1995). La consommation des médicaments psychotropes en prison. *Soins*(598), 41-44.
- Jean, JP. (1996). Groupe de travail sur la lutte contre l'introduction de drogues en prison et sur l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes incarcérés. *Ministère de la justice*.
- Johnson, S., & Dastouri, S. (2011). Examen de l'utilisation des scanners à ions dans les établissements correctionnels à l'échelle internationale (Vol. RR-11-01): Centre de recherche en toxicomanie - Service correctionnel du Canada.
- Kasl, Stanislas V. (1974). The Health Belief Model and Behavior Related to Chronic Illness. In H. B. Marshall (Ed.), *The Health Belief Model and Personal Health Behavior* (pp. 106-127). Thorofare, NJ: C.B. Slack.
- Khazaal, Yasser, & Zullino, Daniele. (2012). Dépendances aux substances et comorbidités psychiatriques: tendances actuelles.
- Krupnick, Janice L., Sotsky, Stuart M., & Simmens, Sam. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539. doi: 10.1037/0022-006X.64.3.532
- Lafortune, D. (2010). Prevalence and screening of mental disorders in short-term correctional facilities. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(2), 94-100. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.12.004>
- Lafortune, D., Brunelle, N., Chagnon, F., Collin, J., & Guay, J.-P. (2007-2011). Les traitements psychopharmacologiques prescrits aux jeunes placés en centres de réadaptation : croyances liées aux médicaments et observance du traitement. Centre de réadaptation: IRSC.

- Laurier, C., & Lafortune, D. (2008). L'observance de la prescription de médicaments psychotropes en centre de réadaptation telle qu'évaluée par un éducateur et par l'adolescent lui-même. *Revue de psychoéducation*, 37(2), 189-209.
- MacPherson, P., & Fraser, C. (2004). Le contrôle au hasard d'échantillons d'urine comme moyen de combattre la consommation de drogues en milieu carcéral: un examen des enjeux: Rapport de recherche no R-149, Ottawa (Ontario), Service correctionnel du Canada.
- Magura, Stephen, Laudet, Alexandre B., Mahmood, Daneyal, Rosenblum, Andrew, & Knight, Edward. (2002). Adherence to medication regimens and participation in dual-focus self-help groups. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 53(3), 310-316.
- Maiman, Lois A., & Becker, Marshall H. (1974). The Health Belief Model: Origins and Correlates. In M. H. Becker (Ed.), *The Health Belief Model and Personal Health Behavior* (pp. 9-26). Thorofare, NJ: C.B. Slack.
- McIntosh, Andrew, Conlon, Louise, Lawrie, Stephen, & Stanfield, Andrew C. (2009). Compliance therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4).
- McVie, F. (2001). L'alcool et la drogue dans le système correctionnel fédéral: les problèmes et les défis. *Forum—Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 13(3), 7-9.
- Miller, Jaclyn. (2002). Social Workers as Diagnosticians. In K. J. Bentley (Ed.), *Social Work Practice in Mental Health, Contemporary Roles, Tasks, and Techniques* (pp. 43-72). Canada: The Wadsworth Groupe.
- Mitchell, Alex J. (2007). Adherence behaviour with psychotropic medication is a form of self-medication. *Medical Hypotheses*, 68(1), 12-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mehy.2006.07.005>
- Moses, Tally, & Kirk, Stuart A. (2006). Social Workers' Attitudes about Psychotropic Drug Treatment with Youths. *Social Work*, 51(3), 211-222. doi: 10.1093/sw/51.3.211
- Nicholls, Tonia L., Brink, Johann, Desmarais, Sarah L., Webster, Christopher D., & Martin, Mary-Lou. (2006). The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): A Prospective Validation Study in a Forensic Psychiatric Sample. *Assessment*, 13(3), 313-327.
- Nicholls, Tonia L., Petersen, Karen L., Brink, Johann, & Webster, Christopher. (2011). A Clinical and Risk Profile of Forensic Psychiatric Patients: Treatment Team STARTs in a Canadian Service. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(3), 187-199. doi: 10.1080/14999013.2011.600234
- Paillé, Pierre. (2007). La recherche qualitative: une méthodologie de la proximité. In H. Dorvil (Ed.), *Problèmes sociaux: Théories et méthodologies de la recherche. Tome III* (Vol. 3): PUQ.
- Perkins, Diana O., Johnson, Jacqueline L., Hamer, Robert M., Zipursky, Robert B., Keefe, Richard S., Centorrino, Franca, . . . Lieberman, Jeffrey A. (2006). Predictors of antipsychotic medication adherence in patients recovering from a first psychotic episode. *Schizophrenia Research*, 83(1), 53-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2005.10.016>
- Pogge, David L., Singer, Melissa Biren, & Harvey, Philip D. (2005). Rates and Predictors of Adherence with Atypical Antipsychotic Medication: A Follow-Up Study of Adolescent Inpatients. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(6), 901-912.
- Prochaska, James O., & Norcross, John C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 443-448. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.443>
- Prochaska, James O., Norcross, John C., & DiClemente, Carlo C. (1995). *Changing for good*. New York: Avon Books.

- Rain, Sarah D., Steadman, Henry J., & Robbins, Pamela Clark. (2003). Perceived coercion and treatment adherence in an outpatient commitment program. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 54(3), 399-401.
- Rosenstock, Irwin M. (1974a). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. In M. H. Becker (Ed.), *The Health Belief Model and Personal Health Behavior* (pp. 27-59). Thorofare, NJ: C.B. Slack.
- Rosenstock, Irwin M. (1974b). Historical Origins of the Health Belief Model. In M. H. Becker (Ed.), *The Health Belief Model and Personal Health Behavior* (pp. 1-8). Thorofare, NJ: C.B. Slack.
- Roskin, Gerald, Carsen, Marjorie L., Rabiner, Charles J., & Marell, Susan K. (1988). Attitudes toward patients among different mental health professional groups. *Comprehensive Psychiatry*, 29(2), 188-194. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0010-440X\(88\)90013-2](http://dx.doi.org/10.1016/0010-440X(88)90013-2)
- Rush, Brian, Moxam, Raquel Shaw, Nadeau, Louise, McMMain, Shelley, Ogbome, A, Goering, Paula, . . . Mueser, Kim. (2002). *Meilleures pratiques: troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*: Santé Canada.
- Sabaté, Eduardo. (2003). *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action*: World Health Organisation.
- Sands, Roberta G., & Angell, Beth. (2002). Social Workers as Collaborators on Interagency and Interdisciplinary Teams. In K. J. Bentley (Ed.), *Social Work Practice in Mental Health: Contemporary Roles, Tasks, and Techniques* (pp. 254-280). Canada: The Wadsworth Groupe.
- Service correctionnel du Canada. (2007, 26/02/2013). Politique et lois. Retrieved June 2nd, 2011, from <http://www.csc-scc.gc.ca/text/lqsltn-fra.shtml>
- Service correctionnel du Canada. (2010, 08/11/2011). Stratégie en matière de santé mentale. Retrieved April 15th, 2013, from <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/qf/11-fra.shtml>
- Service correctionnel du Canada. (2012, 22-12-2012). À propos de nous Retrieved April 15th, 2013, from <http://www.csc-scc.gc.ca/a-notre-sujet/index-fra.shtml>
- Strecher, Victor J., & Rosenstock, Irwin M. (1997). The health belief model. In A. Baum (Ed.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp. 113-117). Cambridge, Angleterre: Cambridge University Press.
- Swartz, Marvin S., Swanson, Jeffrey W., & Hiday, Virginia A. (1998). Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *American Journal of Psychiatry*, 155(2), 226-231.
- Vacheret, Marion, & Lafortune, Denis. (2011). Prisons et santé mentale, les oubliés du système. *Déviance et Société*, 35(4), 485-501. doi: 10.3917/ds.354.0485
- Varis, David D. (2001). Examen descriptif des unités de soutien intensif pour les détenus sous responsabilité fédérale. *Forum - Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 13(3), 44-47.
- Velligan, Dawn I., Lam, Francis, Ereshefsky, Larry, & Miller, Alexander L. (2003). Perspectives on medication adherence and atypical antipsychotic medications. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 54(5), 665-667.
- Watson, P. W., Garety, P. A., Weinman, J., Dunn, G., Bebbington, P. E., Fowler, D., . . . Kuipers, E. (2006). Emotional dysfunction in schizophrenia spectrum psychosis: the role of illness perceptions. *Psychol Med*, 36(6), 761-770. doi: 10.1017/S0033291706007458
- Wiebe, Ron, & Nesbitt, Bruce. (2000). *L'héritage visionnaire de Ron Wiebe: conversation inachevée*: Publié par le Service correctionnel du Canada.
- Williams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S., & Deci, E. L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology*, 17(3), 269-276.

ANNEXE 1

Questions d'entrevue

- 1- Selon vous, y a-t-il un problème d'observance de la médication chez les détenus du CRSM? Si oui quel est-il? Sinon, pourquoi?
- 2- Selon votre expérience, y a-t-il un problème d'observance lorsque les détenus du CRSM quittent vers d'autres établissements (population régulière) Si oui, quel est-il et quelles en sont les causes? Sinon, pourquoi?
- 3- Y a-t-il un problème d'observance de la médication lorsque les détenus quittent vers la communauté? Si oui, en quoi consiste-t-il et quelles sont les causes? Sinon, pourquoi?
- 4- Selon vous, quelles sont les risques qui peuvent découler d'une telle problématique pour les détenus, peu importe le milieu?
- 5- Quelles solutions voyez-vous pour remédier à ce problème?
- 6- L'observance de la médication est-elle un aspect important de la gestion du risque et de quelle façon s'y intègre-t-elle?
- 7- Selon vous, y a-t-il un problème de trafic de médicaments chez les détenus du CRSM? Si oui, quel est-il? Sinon, pourquoi?
- 8- Selon votre expérience, y a-t-il un problème de trafic de médicaments lorsque les détenus du CRSM quittent vers d'autres établissements? Si oui, quel est-il et quelles sont les causes selon vous? Sinon, pourquoi?
- 9- Y a-t-il un problème de trafic de médicaments lorsque les détenus quittent vers la communauté? Si oui, en quoi consiste le problème et quelles en sont les causes? Sinon, pourquoi?
- 10- Selon vous, quels sont les risques qui peuvent découler d'une telle problématique, peu importe le milieu?
- 11- Quelles solutions envisagez-vous pour remédier à ce problème?
- 12- Le trafic de médicaments est-il un aspect important de la gestion du risque? De quelle façon y est-il intégré?
- 13- Sur une échelle de 1 à 5 (1 étant faible et 5 excellent), comment évaluez-vous vos connaissances de la médication par rapport aux effets secondaires? À l'identification des médicaments associés aux différents troubles? Aux doses habituelles/recommandées?

- 14- Selon vous, une bonne connaissance de la médication est-elle nécessaire ou importante pour effectuer votre travail et pourquoi?
- 15- Avez-vous déjà suivi une formation en psychopharmacologie? Si oui, quel type de formation et en quoi vous a-t-elle été utile? Sinon, serait-ce pertinent d'en recevoir une? Dans quel objectif le serait-ce?
- 16- Selon vous, une bonne connaissance des troubles de santé mentale est-elle nécessaire et/ou importante pour effectuer votre travail? Pourquoi?
- 17- Avez-vous déjà suivi une formation sur les troubles de santé mentale? Si oui, quel type de formation? En quoi vous a-t-elle été utile dans le cadre de votre travail? Sinon, serait-ce pertinent d'en suivre une? Dans quel objectif serait-ce?
- 18- Informations sur le répondant :
- a. Âge
 - b. Genre
 - c. Années d'expérience au SCC
 - d. Années d'expérience au CSR
 - e. Autres expériences pertinentes
 - f. Nombre de cas suivis qui prennent des médicaments psychotropes