

Université de Montréal

**L'observance du traitement psychosocial chez des détenus fédéraux présentant un double diagnostic de schizophrénie et de trouble de la personnalité antisociale**

Par  
France Gabrion

École de criminologie  
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des arts et des sciences  
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M. Sc.)  
en criminologie  
option cheminement avec stage en intervention

Août 2011

© France Gabrion, 2011

Université de Montréal

Faculté des arts et des sciences

Ce mémoire intitulé :

**L'observance du traitement psychosocial chez des détenus fédéraux présentant un double diagnostic de schizophrénie et de trouble de la personnalité antisociale**

présenté par :

France Gabrion

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

M. Denis Lafortune

directeur de recherche

Mme Dianne Casoni

membre du jury

Mme Christine Perreault

examineur externe

## RÉSUMÉ

Ce rapport de stage porte sur l'observance du traitement psychosocial chez des détenus fédéraux présentant un double diagnostic de schizophrénie et de trouble de la personnalité antisociale. Après une recension des écrits, le milieu de stage est présenté, ainsi que la méthodologie, trois études de cas et, enfin, une analyse de celles-ci. L'observance du traitement et les problématiques de santé mentale ici traitées sont exposées de façon descriptive, assez précise et critique. Suite à l'analyse des trois études de cas dans un centre correctionnel communautaire (SCC), il semble que la clientèle judiciairisée, schizophrène et antisociale ne reçoive pas des services entièrement adaptés à ses déficits au niveau des compétences sociales. De même, le personnel du SCC présente certaines lacunes face à l'intervention préconisée avec ces individus. Dans ce sens, il est noté que les intervenants sont généralement insuffisamment disponibles, formés et disposés à réellement envisager la réadaptation sociale du détenu tel que perçue dans ce stage. Souvent, les suivis étant discontinus, l'alliance thérapeutique peine à s'installer. Or ce n'est qu'en instaurant une relation de confiance qu'un travail clinique profitable peut subsister. En somme, avant d'être remis en liberté, il serait souhaitable que ces hommes reçoivent du soutien quant à l'acquisition des savoir-faire et savoir-être nécessaires à toute socialisation.

**Mots clefs :** observance, traitement psychosocial, détenus, schizophrénie, personnalité antisociale, compétences / habiletés sociales, alliance de travail, relation de confiance.

## ABSTRACT

This report concerns the observance of the psychosocial treatment at federal prisoners presenting a double diagnosis of schizophrenia and antisocial personality disorder. After a literature's review, the training course's place is presented, as well as the methodology, three case studies and, finally, an analysis of these. The observance of the treatment and the problems of mental health here treated are explained in a descriptive, rather precise and critical way. Further to the analysis of three case studies in a community correctional center (CSC), it seems that the delinquent, schizophrenic and antisocial clientele do not receive completely adapted services to its deficits at the level of the social skills. Also, the staff of the CSC presents certain gaps in front of the intervention recommended with these individuals. In this sense, it is noted that the employees are generally insufficiently available, trained and inclined to really envisage the social rehabilitation of the prisoner such as perceived in this training course. Often, follow-ups being intermittent, the therapeutic alliance has difficulty in settling down. Now only while establishing a reliable relation a profitable clinical work can remain. As a matter of fact, before being released, it would be desirable that these people receive from the support as for the acquisition of the know-how and the social skills necessary for any socialization.

**Keywords:** observance, psychosocial treatment, prisoners, schizophrenia, antisocial personality, social skills, working alliance, trust relationship.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Recension des écrits.....</b>	<b>2</b>
1. Conceptualisation.....	3
2. L’observance du traitement en psychiatrie : les enjeux.....	4
3. La schizophrénie.....	9
3.1. Description clinique.....	9
3.2. Le traitement et les enjeux thérapeutiques.....	16
3.2.1. La réadaptation psychiatrique et l’environnement au centre des objectifs de traitement.....	16
3.2.2. Une faible introspection et ses conséquences.....	17
3.2.3. La pharmacothérapie, une obligation.....	19
3.2.4. De multiples modalités : les approches et l’intervention générale.....	21
3.2.5. L’enseignement des compétences sociales : une pratique prometteuse.....	23
3.2.6. Après le traitement : le suivi.....	26
3.2.7. Au-delà du client, le thérapeute.....	26
3.3. La schizophrénie en milieu carcéral.....	27
4. La personnalité antisociale.....	30
4.1. Description clinique.....	30
4.2. Le traitement et les enjeux thérapeutiques.....	37
5. Les conclusions générales.....	44
 <b>Description et justification des activités réalisées durant le stage.....</b>	 <b>46</b>
1. La mission et le mandat du milieu.....	47
2. Ses valeurs.....	47
3. Son organisation.....	48
4. Ses rôles et le processus de référence et d’évaluation.....	49
5. Les enjeux éthiques et déontologiques soulevés dans ce milieu.....	50
6. Les contingences institutionnelles.....	51

6.1. Les lois.....	51
6.2. La libération.....	52
6.3. Le centre correctionnel communautaire Martineau (CCC) – Unité de santé mentale communautaire (USMC).....	53
<b>Méthodologie.....</b>	<b>56</b>
1. Les sources de données.....	56
1.1. Le Système de Gestion des Délinquants (SGD) et le personnel correctionnel.....	56
1.2. Les détenus.....	58
2. Les techniques d’analyse : les instruments utilisés et les résultats obtenus.....	58
2.1. Le <i>Working Alliance Inventory</i> (l’Inventaire de l’Alliance de Travail).....	59
2.2. La grille d’entrevue (construite à partir de l’ITAQ).....	60
2.3. La théorie subjective de la maladie.....	61
<b>La présentation du matériel.....</b>	<b>62</b>
1. Marc A.....	62
1.1. Présentation du sujet.....	62
1.2. Sommaire de l’histoire psychosociale et cheminement délictuel.....	64
1.3. Niveau de risque et évaluation du risque.....	66
1.4. Impressions diagnostiques.....	69
1.5. Impressions cliniques.....	69
2. William B.....	71
2.1. Présentation du sujet.....	71
2.2. Sommaire de l’histoire psychosociale et cheminement délictuel.....	73
2.3. Niveau de risque et évaluation du risque.....	76
2.4. Impressions diagnostiques.....	79
2.5. Impressions cliniques.....	79
3. Richard C.....	81
3.1. Présentation du sujet.....	81
3.2. Sommaire de l’histoire psychosociale et cheminement délictuel.....	83
3.3. Niveau de risque et évaluation du risque.....	84

3.4. Impressions diagnostiques.....	84
3.5. Impressions cliniques.....	85
<b>Analyse du matériel et interprétation.....</b>	<b>88</b>
1. Marc A.....	88
1.1. Les entretiens cliniques.....	88
1.2. Conclusion générale : Marc A.....	93
2. William B.....	93
2.1. Les entretiens cliniques.....	93
2.2. Conclusion générale : William B.....	97
3. Richard C.....	98
3.1. Les entretiens cliniques.....	98
3.2. Conclusion générale : Richard C.....	101
<b>Discussion générale : de la théorie à la pratique.....</b>	<b>103</b>
1. L'observance du traitement.....	107
2. Chez les schizophrènes.....	109
2.1. L'impact de la symptomatologie.....	109
2.2. L'impact de la faible capacité d'introspection.....	110
2.3. Les facteurs favorisant une évolution positive.....	110
2.4. Les modalités thérapeutiques recommandées.....	111
3. Chez les antisociaux.....	114
3.1. Les problématiques associées : une plus grande complexité.....	114
3.2. Les facteurs contributifs.....	114
3.3. La symptomatologie délinquante, une intervention possible ?.....	116
3.4. Les défis de la clinique : croire au traitement ou non ?.....	117
4. Comment intervenir ? Des recommandations générales.....	118
<b>Conclusion.....</b>	<b>123</b>
<b>Références.....</b>	<b>125</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I.....	8
Les stratégies de recherche et d'intervention considérées lors de l'établissement de l'observance thérapeutique	
Tableau II.....	10
La description clinique de la symptomatologie relative à la schizophrénie	
Tableau III.....	11
Les symptômes cliniques les plus régulièrement présents chez les schizophrènes	
Tableau IV.....	14
Les facteurs influençant le pronostic suite à l'émergence d'une schizophrénie	
Tableau V.....	15
Le modèle vulnérabilité-stress	
Tableau VI.....	18
Les conséquences possibles d'un manque d'introspection chez les schizophrènes	
Tableau VII.....	22
Les thérapies et les approches préconisées lors du traitement de la schizophrénie	
Tableau VIII.....	24
Les cinq sphères au centre de la psychoéducation de la clientèle schizophrène	
Tableau IX.....	25
Les composantes nécessaires au succès du traitement de la schizophrénie	
Tableau X.....	32
Le modèle développemental schématisé du comportement antisocial de l'enfant	
Tableau XI.....	35
La description clinique de la symptomatologie relative au trouble de la personnalité antisociale	
Tableau XII.....	36
La prévalence estimée du trouble de la personnalité antisociale (TPA) selon	



l'Enquête de Santé St. Louis (St. Louis Health Survey, SLHS) et l'Étude d'une zone d'échantillonnage épidémiologique (Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study)

Tableau XIII.....	38
Les troubles de la personnalité du groupe B et les enjeux cliniques associés	
Tableau XIV.....	39
Le cadre de références personnelles de l'individu antisocial	
Tableau XV.....	48
L'organigramme sommaire de l'organisation du Service correctionnel du Canada	
Tableau XVI.....	63
Les infractions notées au dossier judiciaire de Marc A.	
Tableau XVII.....	73
Les infractions notées au dossier judiciaire de William B.	
Tableau XVIII.....	83
Les infractions notées au dossier judiciaire de Richard C.	
Tableau XIX.....	103
Récapitulatif des particularités propres aux trois sujets	
Tableau XX.....	108
L'introspection	
Tableau XXI.....	119
Les recommandations	

## DÉDICACE

*Nous sommes esclaves des lois pour pouvoir être libres*  
Cicéron

Je souhaite dédier ceci, dans un premier temps, à mes parents qui m'ont soutenue autant financièrement que moralement, à mes deux frères, toujours présents, à ma grand-mère paternelle, qui m'a sans doute guidée de là-haut et, ultimement, à ma famille élargie qui me permet de réellement profiter de moments de bonheur inestimables.

En second, je ne peux passer outre les trois hommes qui ont participé à mes études de cas et qui m'ont beaucoup appris, autant personnellement que professionnellement. Ceci m'amène à croire que, si une prévention adéquate prenait place dès l'enfance, peut-être l'un d'entre eux, et plusieurs de leurs acolytes, auraient pu éviter la condamnation. Il faut croire au changement.

## REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes m'ont aidée dans le cheminement long et complexe de ma maîtrise. Je remercie donc, prioritairement : Mme Christine Perreault, qui a accepté de me prendre sous son aile, M. Louis-Georges Cournoyer, mon professeur et même, parfois, mon mentor, M. Denis Lafortune, mon directeur qui a su me guider dans les démarches d'écriture malgré un horaire très chargé, mes co-superviseurs dans divers établissements correctionnels, dont Mme Sonia Boies et Mme Céline Saint-Martin de l'USMC, Mme Nathalie Couture et Mme Nadège Hotila du CFF et de l'Établissement Montée Saint-François et, finalement, Mme Julie Haineault, de l'Établissement Leclerc.

Bien sûr, ayant effectué le stage préparatoire, j'ai aussi été supervisée par quelques professionnels. Mentionnons d'abord Mme Lucie Blouin, superviseure principale, et ensuite Mme Pascale Dorais, Mme Anne-Marie Racine, M. Paul-Robert Laporte et Mme Christiane Lupien, qui auront tous accepté de me partager un peu de leur savoir et de leur vécu.

Je remercie aussi les quelques détenus que j'ai rencontrés dans le cadre de ces deux stages. Ils m'auront surtout appris à percevoir l'être humain et sa souffrance avant toute autre chose.

Enfin, je ne peux manquer de mentionner M. Louis Brunet, qui m'a permis de réaliser ce rêve de faire des études doctorales en psychologie, ainsi que Mme Marie Hazan, très inspirante pour moi, et Mme Sylvie Muloin, qui occupe son poste de coordonnatrice du Centre de Services Psychologiques (à l'UQÀM) avec brio et grande compétence.

## INTRODUCTION

*Certes, l'adhésion, la confiance dans le système de soins dépassent [...] le niveau individuel pour se confondre au niveau des représentations collectives et culturelles; mais la part individuelle est telle qu'elle ne peut que justifier les mesures prises pour la faciliter.*

Vidon et Canet, 2004

Il est de ces clientèles qui interpellent, intéressent et captivent. Les schizophrènes apeurent et on craint leurs égarements, leurs excès et leurs réactions. Les antisociaux, eux, mettent en œuvre ces réactions, internes d'abord, puis extériorisées de façon explosive. Nous nous sommes intéressés à cette classe particulière de la population carcérale qui, de tous les diagnostics psychiatriques présentés en contexte communautaire, était celle qui présentait la plus grande occurrence. Nous voulions non seulement étudier un échantillon judiciairisé, mais également psychiatrisé, ceci dénotant un double intérêt clinique.

Le milieu choisi afin de rencontrer les problématiques psychiatriques sélectionnées et d'avoir un nombre suffisant de sujets fut le CCC Martineau, ou l'Unité de santé mentale communautaire (USMC). Il représente, parmi d'autres centres communautaires, l'étape ultérieure à l'emprisonnement au Service correctionnel du Canada. Sa particularité consiste à accueillir tout particulièrement des personnes présentant un diagnostic ou des dysfonctionnements psychologiques. Afin de nous diriger, de nous conseiller et de nous guider à travers ces 80 jours de stage et la rédaction de ce rapport, M. Denis Lafortune a été notre directeur de maîtrise et Mme Christine Perreault, psychologue et coordonnatrice de l'ISME, notre superviseure. Il va sans dire que ce qui suit représente un travail important, autant de recherche que de clinique, autant d'autonomie que de persévérance. En congruence avec le plan de rédaction du rapport de stage suggéré, nous débuterons par la recension des écrits (contexte théorique) pour ensuite nous concentrer plus spécifiquement sur les études de cas, leur analyse et les conclusions auxquelles nous parvenons.

## RECENSION DES ÉCRITS

Lorsque l'on choisit de travailler sur des problématiques de santé mentale, la suite des choses n'est pas simple... S'il y a bien un domaine où les études et les recherches se heurtent et s'accordent peu, c'est celui de la psychiatrie et de la psychologie clinique. Quel défi, donc, que de tenter d'apporter un peu de congruence et d'homogénéité dans toute la littérature scientifique disponible ! Ce travail porte sur l'observance du traitement psychosocial chez des détenus diagnostiqués comme étant schizophrènes et antisociaux. Dans un premier temps, ces deux troubles mentaux seront au centre de la recension des écrits. En effet, nous considérerons que le défaut de l'observance thérapeutique résulte en grande partie des symptômes et déficits associés aux diagnostics psychiatriques qui nous intéressent ici. Dans un second temps, cette recension des écrits viendra éclairer les trois cas à l'étude.

Dès le départ, il importe de définir plus précisément nos objectifs. L'objectif principal peut être formulé de la façon suivante :

- Comprendre les facteurs, liés aux problématiques de santé mentale ou non, qui influencent l'observance du traitement psychosocial.

En ce qui concerne les objectifs spécifiques, dans le but de mieux comprendre, nous nous proposons de :

- Cerner la perception et l'appréciation des services psychosociaux par les détenus ayant reçu un double diagnostic.
- Saisir les difficultés rencontrées par ces détenus lors des interventions, des thérapies ou des rencontres.
- Envisager et recommander des modalités de traitement plus efficaces pour ces détenus.

La section suivante pose le cadre de notre travail et répertorie les connaissances déjà existantes sur le sujet.

## 1. Conceptualisation

Avant toute chose, il paraît primordial de définir les termes qui sont au cœur du présent écrit. Le terme « observance », d'abord, a semblé particulièrement juste en rapport avec nos postulats actuels (Bayle, 2001). D'un point de vue médical, il s'agit de la concordance entre la conduite du patient et les conseils du médecin (ou psychiatre). Dans le cadre de ce travail, nous parlerons plutôt de l'aptitude de l'individu à entreprendre un programme correctionnel ou une thérapie et à le (ou la) poursuivre jusqu'à sa fin. Cette observance peut être absente, partielle ou entière.

Ensuite, nous entendons par « traitement psychosocial » toute intervention psychologique, psychiatrique ou criminologique. En ce sens, nous écartons les interventions médicales (autres que psychiatriques), infirmières, neurologiques et biologiques. Nous n'incluons pas non plus les interventions faites par le personnel correctionnel et sécuritaire.

Par « détenus fédéraux », il faut entendre les individus (ici, seulement les hommes) qui doivent purger une peine de deux ans et plus dans le système correctionnel fédéral canadien (les « prévenus » sont les personnes qui sont l'objet des poursuites judiciaires et qui, en attendant leur jugement, peuvent être temporairement incarcérées dans une prison, relevant alors du gouvernement provincial québécois).

L'expression « double problématique » peut en théorie désigner n'importe quelle combinaison de diagnostics psychiatriques d'axe I (troubles mentaux) et d'axe II (troubles de la personnalité ou retard mental). Dans le cadre de ce travail, il ne sera question que de la double problématique qui englobe la schizophrénie et la personnalité antisociale. Mentionnons aussi que ces deux troubles seront définis au sens du DSM-IV-TR, le manuel diagnostique américain.

Finalement, il convient de définir ce que signifie l'« insight ». Notons d'abord que, à la base étudié auprès des primates, l'insight est la découverte soudaine de la solution à un problème sans avoir préalablement échoué (Köhler, 1927). Même si le terme allemand du chercheur fut traduit en langue anglaise, il demeure que la plupart des scientifiques

maintiennent toujours ce même dénominateur. Par contre, il serait intéressant de traduire ce terme anglophone même s'il demeure assez difficile de lui trouver une correspondance. Certains parleront de perspicacité, de connaissance intime, de pénétration... Cela peut poser problème : si la schizophrénie cause un manque d'« insight » chez les individus qui en sont atteints, nous pourrions presque croire qu'il s'agit d'un manque d'intelligence ou de rapidité d'esprit. Pourtant, ce n'est pas le cas. Nous avons choisi de recourir au terme d'« introspection », qui réfère à un processus par lequel une action extérieure se transforme en fait psychique. Intérioriser signifie aussi de travailler sur soi, se concentrer sur quelque chose, se connaître soi-même, et observer, en somme, sa propre conscience. Nous pouvons facilement faire le parallèle avec la définition de l'insight : dans les deux cas, un fait externe est internalisé et solutionné, si problème il y a. McEvoy (1989), avec son questionnaire sur l'insight, va dans le même sens : l'introspection (interne) est, indubitablement, liée au cours de la maladie ainsi qu'à l'observance thérapeutique (situations externes).

## 2. L'observance du traitement en psychiatrie : les enjeux

Dans un contexte de problèmes de santé mentale, l'établissement d'une relation de confiance est une condition essentielle à la réhabilitation et au traitement à long terme (Meurice, 2005). En ce sens, elle est à la source même de l'observance du traitement. Or cette dernière est souvent problématique. En effet, entre 55 et 60 % des patients recevant des soins de première ligne ne prennent pas leur médication psychiatrique telle que prescrite (Johnson, 1981; Lin, Von Korff, Katon *et al.*, 1995; Maidment, Livingston et Katona, 2002) ou ils échouent à maintenir tout suivi psychologique en santé mentale (Grunebaum, Luber, Callahan, Leon, Olfson et Portera, 1996; Peeters et Bayer, 1999; Killaspy, Banerjee, King et Lloyd, 1999; Livianos-Aldana, Vila-Gomez, Rojo-Moreno et Luengo-Lopez, 1999). Si à la santé mentale précaire s'ajoute un mode de vie délinquant ou encore un passé criminel, le respect du traitement en est complexifié. Une observance partielle ou irrégulière peut entraîner des conséquences fâcheuses, telles qu'une augmentation du nombre d'hospitalisations, un accroissement des symptômes et une diminution de la qualité de vie de la clientèle (Bayle, 2001). L'adhérence au traitement, dans le cadre de ce projet, sera abordée essentiellement sous l'angle des services

psychologiques et criminologiques apportés par les professionnels du SCC aux délinquants. L'observance du traitement médicamenteux, qui relève beaucoup plus du personnel médical et infirmier, ne correspond pas à nos objectifs.

Selon Lingam et Scott (2002), la définition même de la notion d'observance est largement controversée dans les milieux de pratique clinique. Certains parleront d'« acquiescement » (*compliance*) ou de concordance (McGavock, 1996) avec les conduites préconisées. Il est néanmoins suggéré que l'observance réfère à l'établissement d'une alliance thérapeutique, donc à un procédé actif, plutôt qu'à la participation passive du patient (Frank, Perel, Mallinger *et al.*, 1992). Une définition habituellement admise se présente ainsi : « acceptation du patient des comportements recommandés pour sa santé » (Wright, 2003, traduction libre). Une lacune de cette notion se situe au niveau de l'insuffisance de l'observance totale d'un traitement. En effet, il est rare que nous retrouverons un « tout ou rien » (Goodwin et Jamison, 1990) : l'observance ne se définit pas comme un concept dichotomique, mais bien comme une dimension longitudinale, un continuum, qui variera d'une personne à l'autre selon le vécu et les expériences. Il va de soi, donc, que les facteurs qui l'influencent ne seront jamais les mêmes et n'auront pas les mêmes impacts (Gonzalez, Williams, Noël et Lee, 2005). Les facteurs sociodémographiques, les interactions sociales, les connaissances, l'expérience, les préférences thérapeutiques, les croyances sur la santé, les décisions prises, l'observance du traitement ainsi que les résultats des démarches entreprises sont autant d'éléments qui s'entrecoupent et qui détermineront l'issue de toute thérapie, psychologique et / ou médicale. Comme quoi le trajet emprunté sera différent pour tout un chacun.

Plusieurs méthodes sont disponibles pour mesurer l'observance d'un traitement. Parmi les méthodes subjectives, on trouve : l'examen des notes d'évolution relatives au cas, l'entretien avec les individus, le calcul de la fréquence des visites (par exemple, rendez-vous manqués), l'examen de rapports collatéraux et le jugement clinique des praticiens œuvrant auprès de ces personnes. Selon Stephenson, Rowe, Haynes, MacHaria et Leon (1993), les auto-déclarations des clients sont probablement la méthode subjective la plus certaine. Étant donné qu'il constitue un point charnière dans notre étude de cas, il convient de présenter le *Working Alliance Inventory* et d'en saisir l'évolution au fil des recherches



effectuées (les généralités de l'instrument seront traitées dans la section portant sur la méthodologie).

D'abord, notons que l'alliance de travail entre le client et son thérapeute est un prédicteur significatif des conclusions thérapeutiques et des taux de récidive (Horvath et Greenberg, 1989; Horvath et Symonds, 1991; Martin, Garske et Davis, 2000; Orlinsky, Ronnestad et Willutzki, 2004; Witte, Gu, Nicholaichuck et Wong, 2001). Par exemple, Witte et ses collaborateurs (2001) ont évalué la relation entre l'alliance de travail auto-rapportée des délinquants et la récidive violente ou non-violente dans les trois années suivantes auprès d'un échantillon de contrevenants adultes traités dans un établissement fermé. Indépendamment du risque représenté par l'individu, les résultats indiquent que les délinquants qui perçoivent l'alliance de travail avec leur thérapeute ou agent de gestion de cas comme étant pauvre récidivent davantage et présentent un plus haut taux de violence et de non-violence comparativement à ceux qui jugent l'alliance de travail solide.

Bordin (1975, 1976 et 1980) a repris le concept initial de Greenson (1967) et redéfini la notion psychodynamique de l'alliance de travail. Il est parvenu à délimiter les différences entre les projections inconscientes du client (transfert) et la relation positive existant entre le clinicien et le client. L'alliance de travail est ce qui « rend possible, pour le patient, d'accepter et de suivre le traitement avec confiance » (Bordin, 1980, p. 2, traduction libre). L'auteur met l'emphase sur l'importance de la collaboration nécessaire pour qu'il y ait un changement thérapeutique. L'établissement de l'alliance est donc interactif, avec chaque acteur se centrant sur le traitement pendant qu'il se développe une relation mutuelle. Selon Gaston (1990), l'alliance est un prérequis essentiel pour que les interventions thérapeutiques soient efficaces. Dans toute relation d'aide, la participation et la collaboration dans le processus atteignent spécifiquement les comportements défensifs du client.

Même si Bordin (1976) conceptualisait l'alliance de travail comme une relation, il a défini trois composantes (tâches, lien et but) qui, ensemble, créent la qualité et la force de l'alliance. Dans un rapport positif, les deux partis doivent d'abord percevoir que les tâches prévues sont utiles et accepter la responsabilité de réussir chacune d'elles. Ensuite, le client et le clinicien doivent être en accord avec des buts valables, ou des résultats, à atteindre et

qui sont visés par l'intervention. La nature même de la relation caractérise la complexité des attachements positifs pouvant se créer entre le client et le thérapeute, ce qui inclut la confiance mutuelle, l'acceptation et la capacité à se confier (Bordin, 1975, 1976, 1980). En somme, les concepts de relation, de but et de tâche de Bordin améliorent la collaboration entre le clinicien et le client. Cela contraste avec l'idée de base arguant que la perception du client face aux qualités, aux comportements et à l'attitude du clinicien ne prend pas nécessairement en considération les degrés d'approbation, d'ouverture et d'affiliation existant dans la thérapie.

De même, Bordin (1980) a établi que la qualité de l'alliance est un ingrédient essentiel à l'efficacité du traitement. En fait, il percevait cela comme l'établissement d'une condition promouvant et régissant les stratégies de thérapie. Ainsi, si l'alliance de travail pouvait être mesurée, cela favoriserait la prédiction des résultats thérapeutiques et permettrait l'intériorisation du processus de thérapie. Bordin a aussi prédit que les interventions cliniques basées sur diverses prémisses théoriques mettraient différemment l'emphase sur les composantes de tâche, de lien et de but dans l'alliance de travail. Il a aussi affirmé que ces aspects de l'alliance n'avaient pas une importance égale dans toutes les phases de la thérapie (Bordin, 1976). Cette position implique que malgré que l'alliance de travail requière un haut degré de collaboration et de confiance mutuelle dans toutes ces dimensions, un idéal contiendrait diverses valeurs cliniques avec le respect de ces dimensions, dépendamment de l'approche théorique du clinicien.

Dans la mesure où l'observance du traitement pose la question du risque de passage à l'acte, l'intérêt de l'étudier chez les détenus fédéraux est aussi grand que dans le cas des toxicomanes ou des individus présentant un trouble bipolaire, par exemple. Elbogen, Van Dorn, Swanson, Swartz et Monahan (2006) ont effectué une recherche, par entrevues, auprès de 1011 adultes recevant des traitements externes pour un trouble psychiatrique dans les systèmes publics de santé mentale de cinq états américains. Leurs analyses ont révélé que la violence en communauté était inversement reliée à l'observance, à la perception du besoin de traitement ainsi qu'à la perception de son efficacité. Ces trois variables sont associées à des taux réduits d'actes violents ou agressifs. Ceci suggère que la prise en considération des perceptions des clients par rapport aux bénéfices reliés au traitement peut aider à réduire le risque de violence en situation de pratique psychiatrique.

En cas d'observance ou d'observance partielle chez un individu, plusieurs stratégies de recherche et d'intervention sont à considérer selon Lingam et Scott (2002). Le tableau I les présente.

**Tableau I – Les stratégies de recherche et d'intervention considérées lors de l'établissement de l'observance thérapeutique**

<b>Stratégies de recherche</b>
Accroître la recherche sur le sujet étudié, celui qui nous préoccupe
S'accorder sur la terminologie (toutes les organisations impliquées)
S'éloigner d'une perception dichotomique au profit d'une perception dimensionnelle de l'observance
Établir le rôle des croyances en santé de l'individu en prédisant l'observance chez les populations « à risque »
Comprendre les similarités et les différences chez les non-observants précoces ou tardifs
Identifier l'impact de l'observance sur les résultats cliniques
<b>Stratégies cliniques</b>
Se rappeler de l'importance du problème et assumer que l'observance ne peut en constituer l'unique solution, d'autres facteurs personnels et contextuels étant impliqués
Recourir à des questions non-menaçantes pour identifier les difficultés possibles avec l'observance
Encourager une discussion ouverte et honnête des difficultés avec le traitement et les choix disponibles
Offrir de l'information sur le traitement et le cours du trouble qui soit claire, accessible et adaptée aux besoins de chaque individu
Encourager l'autogestion des comportements d'observance
Utiliser des stratégies simples pour établir une routine
Inclure les membres de la famille et / ou les amis proches dans la discussion et la gestion du cas
Maintenir le contact avec les clients pendant les périodes de haut risque de non-observance
Accepter le droit d'un individu à rejeter les conseils et être préparé à continuer à collaborer et à maintenir le dialogue malgré ce refus

Ces stratégies montrent comment, cliniquement, peut s'appliquer le concept d'observance thérapeutique. Mais qu'en est-il chez des populations plus particulièrement touchées au niveau de la santé mentale ?

### 3. La schizophrénie

#### 3.1. *Description clinique*

Le mot « schizophrénie » désigne, selon ses origines étymologiques, une fraction de l'esprit, alors morcelé, divisé, scindé. Cela englobe autant les délires chroniques que les psychoses aiguës ou thymiques, tous relevant d'un conflit entre le moi et la réalité (Pedinielli et Gimenez, 2004).

La notion de « démence précoce » de Kraepelin (développée de 1883 à 1899) peut être attribuée à Morel, qui en a fait l'usage en premier chronologiquement (en 1860). Dans sa formulation originale, elle comprenait l'hébéphrénie, la catatonie et la paranoïa. On doit à Bleuler (1911) la création du terme actuel de schizophrénie. Pour cet auteur, l'accent n'était pas tant sur les délires proprement dits que sur l'esprit, dit « fissuré et fractionné ».

La schizophrénie et ses variantes cliniques ont fait l'objet de divers questionnements au fil des années pour, finalement, devenir communément comprises par la communauté scientifique. La maladie, telle que conceptualisée aujourd'hui, peut prendre diverses allures, tout en étant vécue différemment selon les sujets (Azoulay, 2002). Toutefois, tous expérimentent un retrait et un désinvestissement de l'environnement extérieur. Selon le DSM-IV-TR (2004), la schizophrénie est une affection qui dure au moins six mois et inclut au moins un mois de symptômes de la phase active, c'est-à-dire deux (ou plus) des manifestations suivantes : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique et / ou symptômes négatifs. Le tableau suivant présente les critères du trouble, selon le DSM (2004) :

## Tableau II – La description clinique de la symptomatologie relative à la schizophrénie

- A.** Symptômes caractéristiques : deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'un mois.
- (1) idées délirantes
  - (2) hallucinations
  - (3) discours désorganisé
  - (4) comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
  - (5) symptômes négatifs, p. ex., épuisement affectif ou perte de volonté.
- N.B.** : un seul symptôme du Critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles.
- B.** Dysfonctionnement social ou dans les activités : pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation.
- C.** Durée : des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois.
- D.** Exclusion d'un Trouble schizo-affectif et d'un Trouble de l'humeur
- E.** Exclusion d'une affection médicale générale due à une substance
- F.** Relation avec un Trouble envahissant du développement : en cas d'antécédent de Trouble autistique ou d'un autre Trouble envahissant du développement, le diagnostic additionnel de Schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présentes pendant au moins un mois.

En somme, les caractéristiques essentielles de la schizophrénie sont la présence d'un ensemble de signes et de symptômes positifs et négatifs. Ces signes et symptômes sont associés à un dysfonctionnement social.

Les symptômes positifs semblent refléter l'excès ou la distorsion de fonctions normales. Ils incluent des distorsions ou des exagérations de la pensée déductive (idées délirantes), de la perception (hallucinations), du langage (discours désorganisé) et du contrôle comportemental (comportement grossièrement désorganisé ou catatonique). La dissociation, se définissant comme la perte de l'unité de l'individu dans toutes ses composantes, peut être décelée dans les bizarreries, l'hermétisme apparent, le détachement de la réalité et l'ambivalence (Pedinielli et Gimenez, 2004). Cela dit, aucun individu ne présentera les mêmes symptômes : d'où l'unicité de chaque schizophrénie. Outre la dissociation, nous pouvons remarquer, dans la symptomatologie positive, le délire

paranoïde qui se caractérise par plusieurs thèmes, l'absence d'organisation, les contradictions et l'absence de congruence.

Plus difficiles à déceler, les symptômes négatifs, incluant l'autisme, traduisent un affaiblissement, une perte de fonctions normales ou une absence de comportements attendus. Les symptômes négatifs apparentés à la schizophrénie sont souvent confondus avec de la paresse. Ils en ont parfois l'apparence, mais sont, en fait, une manifestation de la maladie qui se traduit par une incapacité de passer à l'action. Ils apparaissent habituellement avant les symptômes positifs et peuvent persister, même après la phase aiguë de la maladie et une fois que la condition de la personne a été stabilisée. Ces divers symptômes ne se présentent pas dans une même proportion chez tous les individus schizophrènes. Certains sont très fréquents, indifféremment des formes prises par la maladie, alors que d'autres demeurent plus rares. Une étude de Carpenter, Strauss et Bartko (1974), présentée au tableau III, a permis de répertorier les symptômes retrouvés chez au moins 50 % de l'échantillon:

**Tableau III – Les symptômes cliniques les plus régulièrement présents chez les schizophrènes**

Symptômes	Présents (%)
Faible capacité d'introspection	97
Hallucinations auditives	74
Hallucinations verbales	70
Idées de référence	70
Délires de référence	70
Méfiance	66
Affect plat	66
Voix s'adressant au patient	65
Humeur délirante	64
Délires de persécution	64
Description inadéquate d'un problème	64
Aliénation de la pensée	52
Pensées qui s'expriment tout haut	50

Nous pouvons constater que ces résultats, obtenus dans le contexte de l'Étude Pilote Internationale sur la Schizophrénie (World Health Organization International Pilot Study of Schizophrenia), placent au premier rang l'absence ou le manque d'introspection chez les

schizophrènes, ce qui risque d'avoir des liens avec l'observance à un traitement quelconque.

Communément, il y a cinq formes répertoriées de schizophrénie, en congruence avec le système américain de classification psychiatrique (DSM-IV, 2004). La première, la schizophrénie paranoïde, est la forme la plus fréquente, caractérisée particulièrement par des idées délirantes envahissantes et des hallucinations (la plupart du temps d'ordre persécutoire ou de grandiosité). Elle s'accompagne d'un trouble grave de la personnalité ainsi que d'une activité délirante perpétuelle. De plus, et ceci n'est pas exceptionnel, l'individu atteint peut manifester une hostilité et une agressivité. Selon les informations disponibles sur le site de la Clinique du Val d'Estreilles ([http://cve.perso.libertysurf.fr/zone\\_patient/som\\_patient.html](http://cve.perso.libertysurf.fr/zone_patient/som_patient.html), page consultée en septembre 2010), centre psychiatrique situé dans les Alpes Maritimes européennes, la schizophrénie désorganisée (hébéphrénie) se reconnaît plutôt par des interruptions ou une altération par interpolations (inclusions étrangères au propos) du cours de la pensée, rendant le discours incohérent et hors de propos. L'aspect démentiel, extravagant et d'apparence insensée de ce type rend la thérapie difficile et quasi-inefficace : de fait, la personne n'exprime pas, ou peu, de logique. La schizophrénie catatonique est plus rare. Les individus en souffrant font montre d'excitation, d'une posture catatonique, de négativisme, de mutisme ou de stupeur. On remarque surtout le trouble de comportement se manifestant par la stupeur. Le diagnostic de schizophrénie indifférenciée peut être retenu quand la présence de symptômes psychotiques aigus, pourtant évidents, ne permet pas de classer le patient dans l'une ou l'autre des catégories précédentes. Finalement, la schizophrénie résiduelle est la forme évolutive du trouble, celle que l'on observe après que les symptômes aigus se soient résorbés et une fois que les symptômes négatifs dominent. Il persiste alors un affect émoussé, un retrait social, une passivité, un comportement excentrique et une pensée illogique. Cependant, notons que dans ce cas-ci, les délires et les hallucinations sont moins fréquents.

Il est à noter au passage que la comorbidité n'est pas pour aider l'exercice de classification diagnostique (Sarfati, 2004) : parce que, aux confins de la schizophrénie, se trouvent les troubles de personnalité limite, schizotypique et schizoïde. Le premier est plus facilement distingué que le second. Quant au dernier, il soulève toujours des

questionnements dans la communauté scientifique. Il en est de même avec les diagnostics de trouble dépressif avec composantes psychotiques (Ninan, 1989).

La schizophrénie affecte 1 % de la population normale. En Europe plus spécifiquement, la prévalence, évaluée par Jablenski (1986) dans une méta-analyse de 26 études, se situerait entre 2,5 et 5,3 pour 1000 personnes (0,25 à 0,53 %), donc en-dessous du 1 %. Nous pourrions aisément croire que, en regard aux caractéristiques socio-économiques européennes et américaines, les taux demeurent relativement les mêmes en Amérique du Nord. Auprès d'une clientèle masculine judiciairisée et psychiatisée, par exemple au Centre régional de santé mentale (SCC, région du Québec), l'incidence grimpe à 37 % (Desmarais et Landry, 2004).

Plusieurs causes peuvent intervenir dans l'émergence d'une schizophrénie, comme la plupart des troubles mentaux d'ailleurs. L'implication génétique ne fait plus de doute. En effet, les études de familles, de jumeaux et d'enfants adoptés ont toutes confirmé la composante génétique à la source de la maladie (Leboyer et Schürhoff, 2004). Par exemple, Gottesman et Shields (1982) ont réuni certaines études européennes publiées entre 1967 et 1978 qui montrent bien que le risque de développer une schizophrénie s'accroît chez les parents de premier degré (10 %) et de second degré (3 %), comparativement à la population générale (1 %). Le nombre de sujets atteints dans une même famille a également une incidence sur ces pourcentages et, de plus, la précocité de la maladie augmente le risque familial (Sham, Jones, Russel, Gilvarry *et al.*, 1994). Les études de jumeaux, quant à elles, ont permis de déterminer que les facteurs environnementaux sont aussi à considérer (Leboyer et Schürhoff, 2004). De ces derniers facteurs, les deux clairement impliqués sont les complications obstétricales (Buka, Goldstein, Seidman, Zornberg *et al.*, 1999) et les infections virales (Takei et Murray, 1994).

De nos jours, le modèle se basant sur un mode de transmission multifactoriel en l'absence de gène majeur est celui qui prédomine en science (Vogler, Gottesman, McGue et Rao, 1990). Pour résumer l'ensemble des facteurs prédictifs, Llorca (2001), psychiatre français, a créé une dichotomie présentant les éléments favorables et défavorables suite à l'émergence du trouble :



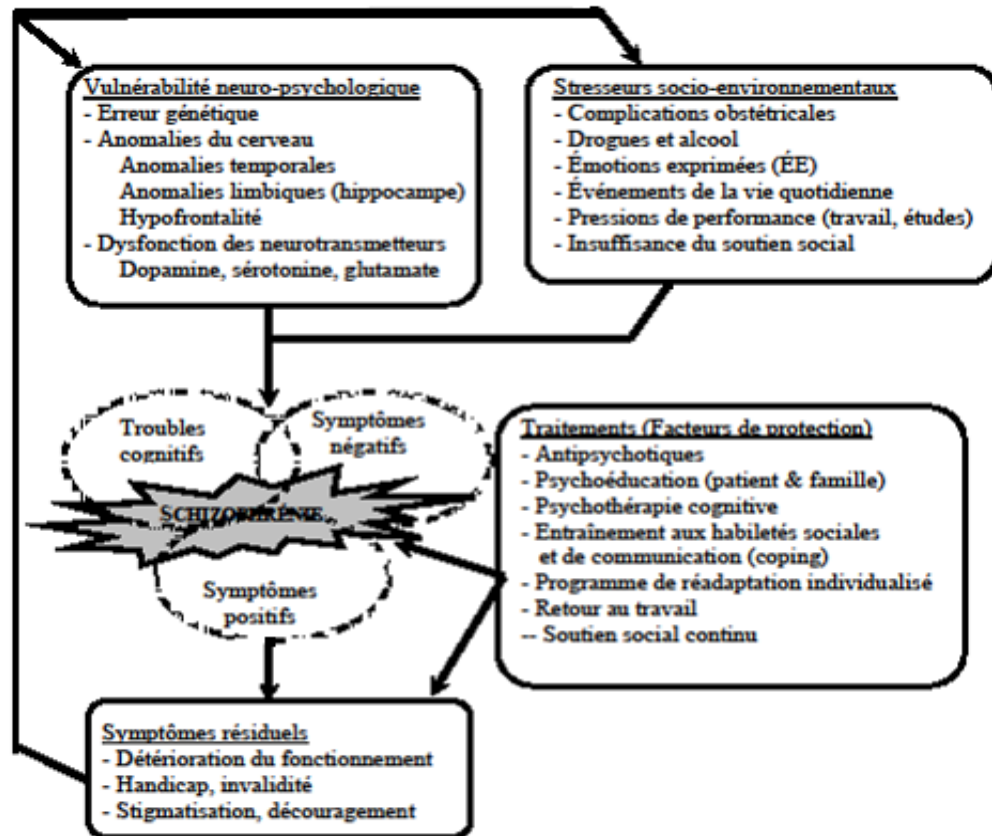
**Tableau IV – Les facteurs influençant le pronostic suite à l'émergence d'une schizophrénie**

Favorables	Défavorables
Survenue tardive	Survenue précoce
Sexe féminin	Sexe masculin
Mariage	Célibataire/sans partenaire affectif stable
Personnalité prémorbide sociable	Personnalité prémorbide schizoïde
Bon fonctionnement prémorbide	Mauvais fonctionnement prémorbide
Déclenchement des troubles dans un contexte réactionnel	Facteur de risque génétique
Prédominance de symptômes affectifs au début des troubles	Prédominance de symptômes négatifs au début des troubles
Faible niveau familial d'expression émotionnelle	Niveau familial d'expression émotionnelle élevé
Début brutal des troubles	Début insidieux des troubles
Habite dans un pays en voie de développement	Habite dans un pays industrialisé

Ce tableau résume bien les diverses influences qui jouent un rôle dans l'évolution de la schizophrénie. Rien n'étonne ici. Par exemple, plus la maladie apparaît précocement, plus elle aura le loisir de s'incruster dans la personnalité de l'enfant ou de l'adolescent. L'héritage génétique en est un facteur majeur. Enfin, il n'y a pas que les éléments inhérents à la personne qui peuvent modifier le cours de la maladie : l'environnement immédiat et éloigné ne peut être ignoré (relations interpersonnelles, conditions sociales, culture, etc.).

Au niveau des stratégies thérapeutiques, Bellack (1989) propose de se baser sur le modèle classique de la schizophrénie (Zubin et Spring, 1977), celui de stress-vulnérabilité (*diathesis-stress model*). Selon ce modèle, les symptômes schizophréniques naissent d'une combinaison de vulnérabilités psychobiologiques (sensibilité ou prédisposition à manifester certains signes en présence de stress) et de stress environnementaux (événements ou contingences qui ont un impact négatif sur l'individu). Lalonde (1995) a schématisé le modèle vulnérabilité-stress de la façon suivante :

Tableau V – Le modèle vulnérabilité-stress



Encore ici, ce qui est remarqué le plus est sans doute l'interaction de facteurs multiples. Les sphères personnelles, sociales et thérapeutiques ne peuvent être négligées, selon ce modèle explicatif. Par ailleurs, malgré la centration sur la source de la maladie, les symptômes résiduels sont susceptibles de nuire à un pronostic positif. Par contre, le degré de vulnérabilité de chaque personne varie considérablement, de par des facteurs génétiques et développementaux. Néanmoins, le schizophrène présente en général certains déficits (Nuechterlein et Dawson, 1984a) : 1) déficits dans l'intégration et le traitement de l'information complexe, dans la maintien de l'attention et dans la distinction des stimuli selon leur utilité, 2) dysfonctions psychophysiologiques, suggérant des déficits dans l'inhibition sensorielle et un faible contrôle de la réponse du système autonome, 3) déficits dans les compétences sociales, et 4) déficits d'adaptation générale, tel que la surévaluation des menaces ou le recours excessif aux mécanismes de défense primaires (projection et déni).

Ainsi, plus une personne est vulnérable, moins grand est le stress nécessaire à l'apparition de symptômes schizophréniques (Bellack, 1989) qui, à leur tour, amplifient ces déficits perceptifs, cognitifs, affectifs et sociaux. En somme, le modèle stress-vulnérabilité stipule que : 1) les événements de la vie peuvent ajouter un stress supplémentaire à celui qu'occupe le quotidien; 2) le stress est associé à des symptômes psychologiques; 3) le stress peut mener à l'exacerbation des symptômes psychotiques; 4) si le stress persiste, un cycle de chronicité peut s'établir ou se perpétuer; 5) les efforts individuels et familiaux d'adaptation peuvent modifier le stress; et 6) le stress peut être modulé par les médications neuroleptiques, même à faible dosage (Falloon, Boyd et McGill, 1984). Ainsi, les conséquences des stressseurs environnementaux sur la vulnérabilité biologique sont modérées par les habiletés d'adaptation de l'individu.

### *3.2. Le traitement et les enjeux thérapeutiques*

#### *3.2.1. La réadaptation psychiatrique et l'environnement au centre des objectifs de traitement*

Si, auparavant, les services de soins de la schizophrénie se limitaient à la réduction des symptômes, la réadaptation psychiatrique s'est tranquillement imposée comme modèle et elle a favorisé le travail sur les capacités et les habiletés des individus. « Cette évolution conceptuelle – considérer davantage une personne qu'un patient – a bien entendu pour effet immédiat d'augmenter sa responsabilité et son estime de soi et de l'impliquer davantage dans la prise en charge de sa maladie » (Vidon et Canet, 2004, p. 139). La notion de « recovery », ou rétablissement a, entre autres, permis de contrer un préjugé tenace voulant que les schizophrènes soient incurables. C'est dans cette perspective que l'Association Mondiale pour la Réhabilitation Psychosociale, ou AMPR, et l'Organisation Mondiale de la Santé, ou OMS, se sont entendus (1996) sur les principaux objectifs à poursuivre dans le traitement des schizophrènes :

- Réduction symptomatique;
- Réduction des effets contraires des traitements;
- Amélioration des compétences sociales;
- Réduction de la stigmatisation et de la discrimination sociale;

- Soutien des familles;
- Aide au niveau du soutien social;
- Renforcement du pouvoir des usagers.

Ainsi, au-delà de l'individu, l'intérêt de l'intervenant devrait se porter également sur l'entourage et sur l'environnement. Afin d'atteindre ces différentes visées et de favoriser une alliance thérapeutique, Vidon et Canet (2004) proposent certaines stratégies. En ce qui concerne les patients, ils soulèvent que la qualité de l'accueil du milieu (accueil individualisé, disponibilité des intervenants, respect, etc.) ainsi que la facilité à être totalement et franchement informés quant aux lieux et aux pratiques (explications sur l'organisation, sur les recours possibles, etc.) sont des éléments primordiaux. L'information transmise doit être claire et fidèle à la réalité. De même, le diagnostic ne peut être annoncé de façon abrupte : la gradation dans la transmission des renseignements devrait, normalement, permettre une meilleure observance ensuite. Outre la place nécessairement accordée à la clientèle, la famille devrait occuper un rôle important : car, si le schizophrène souffre, il peut en être de même de sa famille, si elle tente de l'appuyer. Les interventions impliquant la famille permettent d'améliorer le cours de la maladie, ceci en réduisant le taux de rechute et la durée des hospitalisations, tout en favorisant l'observance du patient au traitement ainsi que sa réinsertion. C'est pourquoi, dans un traitement visant la réadaptation psychiatrique, les familles doivent être soutenues, autant par des séances d'informations que via des formations (Vidon et Canet, 2004).

### *3.2.2. Une faible introspection et ses conséquences*

Par rapport à l'intervention, la schizophrénie se caractérise souvent par une faible capacité d'introspection et une faible observance du traitement. La médication ne favorisant en rien l'introspection, la psychothérapie peut produire des résultats mitigés (Rüsch et Corrigan, 2002). Lançon (2004) ajoute que toute rechute augmente en soi l'importance des lacunes cognitives et sociales. C'est pourquoi, selon Vidon et Canet (2004), certains individus devront être stabilisés en institution, idéalement dans un environnement communautaire protégé ou encore un hébergement thérapeutique. Ces milieux particuliers ont pour fonctions : soutien, protection, contenance, structure, socialisation, validation et répit (Mosher, 1989).

Le manque d'introspection caractéristique de la schizophrénie peut mener à une adhérence pauvre pour la simple raison que les individus en difficulté ne réalisent souvent pas que leur condition peut être efficacement traitée. Selon Mintz, Dobson et Romney (2003), l'introspection est définie selon cinq dimensions qui incluent : la prise de conscience du patient de son trouble mental, la prise de conscience des conséquences sociales du trouble, du besoin de traitement et des symptômes et, finalement, l'attribution des symptômes au trouble. Tel que le montre le tableau IV, les conséquences du manque d'introspection et de la mauvaise adhésion au traitement sont non-négligeables (adaptation de Amador et David, 2004; Bayle, 2001; David, 1990).

**Tableau VI – Les conséquences possibles d'un manque d'introspection chez les schizophrènes**

<b>Conséquences bien établies</b>
Taux accru de récurrence
Taux accru de ré hospitalisation
Non-adhérence au traitement
Plus haut risque de violence
Altérations symptomatiques plus importantes
Fonctionnement général appauvri
<b>Associations spéculatives</b>
Plus haut risque de suicide
Pathologie du cerveau en dégénérescence, résultat des récurrences répétées du trouble

Entre autres choses, une mauvaise adhésion thérapeutique se trouve à la base d'une hausse du nombre d'hospitalisations et de la symptomatologie. Entre 50 et 80 % des patients avec une schizophrénie ne croient pas qu'ils sont malades (Amador et Gorman, 1998). Logiquement, plusieurs de ces individus présument alors qu'ils ne doivent accepter le traitement que sous la pression de la famille ou des amis. D'autres comprennent qu'ils expérimentent des symptômes, mais n'acceptent pas pour autant l'étiquette de « trouble mental », ou encore attribuent ces symptômes à une autre origine (Mintz, Dobson et Romney, 2003). Dépendamment des études, de 16 à 80 % des schizophrènes ne prendraient pas leur médication telle que prescrite (Bayle, 2001). Une variation aussi grande entre les taux laisse entrevoir une hétérogénéité des échantillons.

Enfin, il faut indiquer que certains décideront simplement de s'enlever la vie pour ne plus vivre ainsi. Les schizophrènes recourent au suicide dix fois plus que la population en

général. Il semble que de 20 à 50 % des patients font un passage à l'acte suicidaire au cours de leur existence et de 10 à 15 % décèdent ainsi (Caroli et Guedj, 1999). Le risque d'atteinte à sa propre vie augmente de façon drastique à la suite d'une hospitalisation.

Pour favoriser l'adhésion aux soins, il importe de favoriser la diminution des symptômes positifs et de l'agitation, mais aussi de prioriser un modèle de traitement efficace pour le patient. Dans ce contexte, il est impossible d'ignorer l'importance de la médication dans le contrôle des symptômes schizophréniques.

### 3.2.3. *La pharmacothérapie, une obligation*

La schizophrénie est normalement traitée par pharmacothérapie via une médication antipsychotique qui peut prendre diverses appellations, telles qu'anti-schizophréniques, neuroleptiques ou tranquillisants majeurs (Ninan, 1989). Le terme neuroleptique, plus communément admis dans la littérature, provient d'un dérivé grec qui signifie littéralement « prendre le dessus sur les nerfs ». En ce qui concerne les nouveaux agents antipsychotiques, ils ont endossé l'appellation d'« atypique » (Ninan, 1989), ne présentant pas les mêmes mécanismes d'action chimique que leurs prédécesseurs.

Selon la psychiatre française Alexandra Botero (2002), le traitement devrait être de minimum un an suite au premier épisode psychotique. Au second, la durée est augmentée à cinq ans. En cas de symptomatologie intense, d'agressivité et de comportements auto-mutilatoires, cela doit être prolongé de façon indéterminée et surveillé attentivement afin d'établir une dose « plancher » adéquate. Meurice (2005), médecin psychiatre et ancien directeur d'institution psychiatrique, soulève certaines caractéristiques qui caractérisent le traitement médicamenteux au long cours des patients schizophrènes.

- 1) Les rechutes sont trop fréquentes.
- 2) L'observance est souvent faible ou nulle.
- 3) Même si la symptomatologie positive s'améliore, les symptômes négatifs et les déficits cognitifs demeurent importants.

- 4) La médication permet de favoriser chez le patient une conscience de ses déficits comportementaux.
- 5) Il est possible que l'entourage y collabore trop, peu ou pas du tout, pour toutes sortes de raisons.

Dans l'ensemble, les antipsychotiques agissent primordialement sur la symptomatologie positive ainsi que sur l'agitation psychotique (Llorca, 2004). Il s'agit en fait de la principale méthode de gestion de la maladie. Les effets de ces médicaments ne sont pas tous positifs (tout dépend, entre autres, de la posologie utilisée). Selon Llorca (2001), des conséquences indésirables ou effets secondaires sont à prévoir, autant psychiquement que physiquement. Le psychiatre Christophe Lançon (2004) soulève que « [...] la reconnaissance et la prise en compte des effets secondaires neurologiques des médicaments neuroleptiques constituent pour les patients une avancée pour leur qualité de vie » (p. 126).

La panoplie des effets secondaires affligeants des antipsychotiques classiques justifie le recours aux neuroleptiques atypiques, qui présentent un meilleur rapport bénéfices / risques. Lançon (2004) maintient que grâce à leur utilisation, il est maintenant possible, dans le cadre d'une intégration psychosociale, de se centrer sur l'amélioration des fonctions cognitives des patients (Lieberman, 1991; Sharma, 1999). Il ajoute que les compétences sociales sont largement tributaires des habiletés cognitives des individus. L'utilisation des neuroleptiques atypiques ne causant pas d'effets extrapyramidaux soutient l'efficacité de la plupart des techniques de réhabilitation ou de traitement, les fonctions cognitives du patient étant préservées. Elle permet notamment de développer des programmes cognitifs, en plus des programmes plus comportementaux déjà en usage. « Les possibilités de développer des programmes de « rééducation cognitive », chez certains patients considérés comme « chroniques », sont certainement à mettre en relation avec les modifications cliniques induites par l'utilisation des neuroleptiques atypiques (Lançon, 2004, p. 131) ». Ceci rend donc le traitement de la schizophrénie plus aisé. La prévention des rechutes peut également être considérée, tout en permettant une dé-stigmatisation et une diminution de la tendance à étiqueter des individus. Il faut toutefois rester prudent : les antipsychotiques de seconde génération ont aussi des effets indésirables (Kupfer et Sartorius, 2002) : des effets métaboliques, des troubles cardiaques et des dysfonctionnements sexuels. Selon les cas, un ajustement peut être nécessaire.

En somme, la médication psychotrope a bel et bien fait les preuves de son efficacité : les taux de rechute avec un placebo sont de deux à trois fois plus élevés que lors de l'usage d'une médication active (Davis et Gierl, 1984) et la majorité des schizophrènes ne peuvent tout simplement pas fonctionner sans elle (Bellack, 1989). Pour Lançon (2004), la combinaison gagnante en termes d'intervention regroupe les neuroleptiques atypiques et un traitement psychosocial efficace dans lequel le patient est activement impliqué. Schooler et Hogarty (1987) vont dans le même sens en soulevant qu'un traitement efficace combine les interventions biologiques et psychosociales. McGill et Surber (1989), quant à eux, suggèrent un modèle de traitement qui incorpore plusieurs approches de la maladie : biologique, sociale et individuelle. Ils ajoutent que les interventions doivent être individualisées selon les symptômes, le niveau de dysfonctionnement, les besoins et les qualités du client (le plan de traitement doit être fait *avec* l'individu et non uniquement *pour* lui). Enfin, l'aide immédiate dans les situations d'urgence, autant que les structures thérapeutiques flexibles et humaines, sont des stratégies prometteuses. De même, plusieurs façons d'aborder la problématique et de la traiter peuvent être justifiées.

#### 3.2.4. *De multiples modalités : les approches et l'intervention générale*

Le traitement de la schizophrénie requiert une approche intégrée faisant usage de plusieurs modalités telles que : l'intervention familiale, un soutien à l'emploi, la thérapie cognitivo-comportementale pour la psychose, l'acquisition d'habiletés sociales, l'enseignement d'habiletés d'autogestion du trouble, le suivi intensif en communauté et le traitement intégré pour l'abus de substances (Mueser et McGurk, 2004). Vidon et Canet (2004) avancent que la psychothérapie, pairée à l'accompagnement du patient et / ou de sa famille, permettrait à environ 10 % des schizophrènes de recevoir un bon pronostic. Ces auteurs parlent de trois grands types de thérapies : analytique, familiale et / ou systémique et cognitivo-comportementale. Leurs diverses caractéristiques pourraient être représentées ainsi :



**Tableau VII – Les thérapies et les approches préconisées lors du traitement de la schizophrénie**

<b>Thérapies et stratégies</b>	<b>Caractéristiques spécifiques</b>
Analytique / psychanalytique (en quelque sorte, psychothérapie du psychiatre)	Peu utilisée, mais importante en tant que modèle théorique du fonctionnement psychique, analyse des interactions institutionnelles avec les patients, théorie des transferts, meilleure compréhension des relations thérapeute-patient-entourage, mode d'accompagnement
Familiale (systémique / non-systémique)	Particulièrement utile à l'adolescence lors du premier épisode psychotique, résultats probants mais, en pratique, utilisation toujours trop peu élaborée
Cognitivo-comportementale	Objectifs de rééducation ou de réhabilitation psychosociale, apport d'information, de techniques, de savoir-faire, augmentation de l'autonomie du patient, psychoéducation, travail sur les distorsions cognitives, modification des croyances délirantes, etc.

Dans tous les cas, la visée du traitement devrait rester sensiblement la même : il s'agit de permettre le développement d'un fonctionnement mental suffisamment efficace grâce auquel l'individu n'aura pas à recourir à des désorganisations psychotiques (Jeammet, 2002). Selon l'auteur, « [...] c'est tenir compte de la difficulté de l'appareil psychique à jouer son rôle de régulateur de la vie affective et relationnelle et de l'importance de fournir un appui extérieur susceptible d'engendrer ou de rétablir cette fonction psychique essentielle (p. 147) ». C'est également permettre à l'individu de croire qu'il peut contrôler ses pulsions, ses symptômes et les exigences et stressseurs environnementaux (Lamb, 1988).

Tout thérapeute doit aussi garder à l'esprit trois indications d'ordre général lorsque vient le moment d'intervenir auprès d'une personne schizophrène (Gentis, 2002). D'abord, il importe d'adapter les stratégies thérapeutiques à chaque individu. Ensuite, il faut se rappeler que le patient ne subit pas qu'un seul traitement : plusieurs intervenants et modalités thérapeutiques sont impliqués auprès de lui. Enfin, l'individu ne peut être perçu seul avec sa maladie : maints acteurs sont touchés, en plus de ses propres relations. Ainsi, la schizophrénie peut être envisagée comme un trouble mental atteignant une entité en elle-même, mais également l'environnement dans lequel elle gravite, d'où l'importance de s'intéresser aux compétences sociales.

### 3.2.5. *L'enseignement des compétences sociales : une pratique prometteuse*

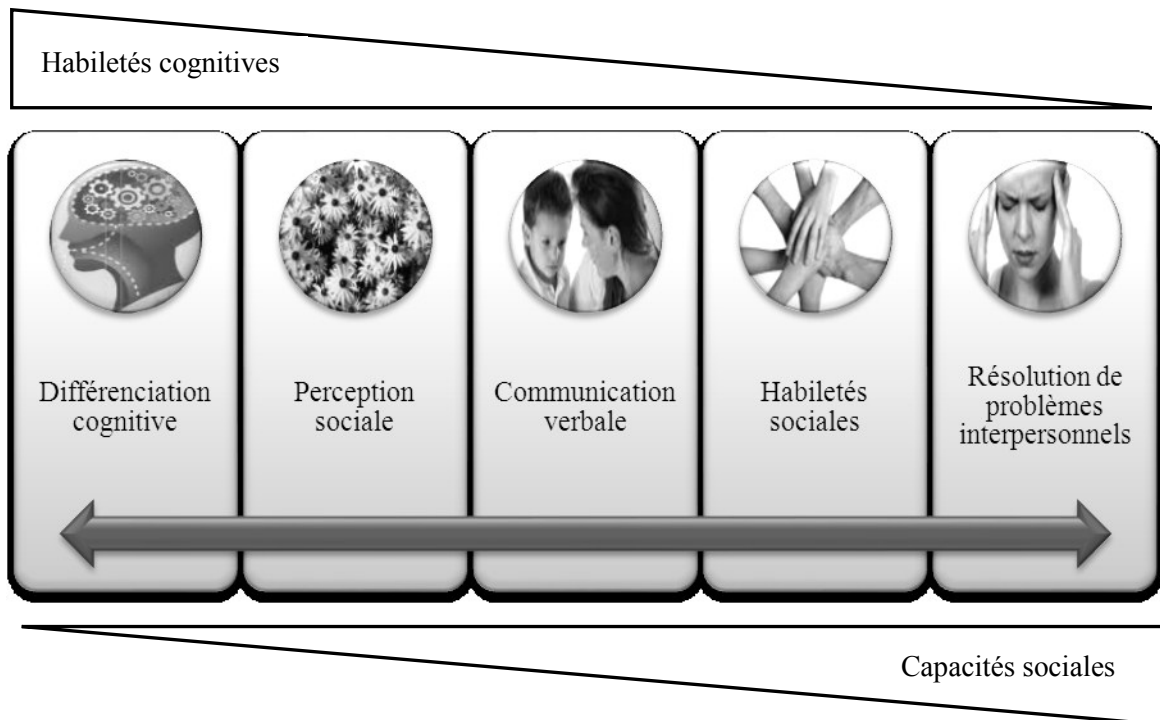
Outre la thérapie individuelle, Vidon et Canet (2004) proposent l'ajout de programmes d'entraînement aux habiletés sociales (incluant la gestion du traitement médicamenteux et l'apprentissage de compétences sociales et relationnelles) dans le suivi des schizophrènes. Dans le chapitre rédigé par Liberman et ses collaborateurs dans le recueil de Straube et Hahlweg (1990), l'un des arguments les plus probants pour appuyer le recours à ce genre de programmes porte sur l'échec initial de la médication antipsychotique à remédier aux symptômes négatifs caractérisant la schizophrénie (Schooler, 1986). En effet, la prédominance de cette symptomatologie mène parfois à la non-observance médicamenteuse. De plus, et cela va de soi, les médicaments elles-mêmes ne peuvent enseigner aux individus les habiletés nécessaires à une vie en société (Liberman et Foy, 1983).

Ces compétences qui manquent à une quantité d'individus souffrant de schizophrénie limitent les possibilités de relations interpersonnelles qui, toutes, nécessitent une certaine capacité d'expression. Il est en effet démontré qu'un pauvre fonctionnement social est l'une des caractéristiques majeures de la schizophrénie (Bellack et Hersen, 1978). Même si certains schizophrènes sont socialement compétents entre les épisodes de crise aiguë, il reste que la plupart d'entre eux accusent de dysfonctionnements sociaux notables. Ils ont tendance à éviter les interactions sociales et, lorsqu'ils s'y risquent, leur comportement paraît souvent discordant ou étrange aux yeux de leur interlocuteur. Ayant développé des compétences sociales lacunaires, ils deviennent, à l'âge adulte, peu capables de développer des relations interpersonnelles positives (Bellack, 1989). Cette incapacité à fonctionner adéquatement dans les situations sociales est un facteur contribuant à la qualité de vie médiocre qu'ont à supporter la plupart des patients chroniques. Leur inhabileté à exprimer leurs émotions et à atteindre leurs objectifs en contexte interpersonnel peut être une source de frustration, d'anxiété, de rage et, même, de rechute (Bellack, 1989). Dans ce contexte, l'enseignement d'habiletés sociales permet le développement de comportements plus adaptés.

Dans le but de considérer également la sphère sociale des dysfonctionnements présentés par les individus schizophrènes, Brenner, Kraemer, Hermanutz et Hodel (1990) sont

parvenus à créer un programme de traitement systématique touchant aux fonctions cognitives, communicatives et sociales. Ce programme comprend cinq sphères dans lesquelles de cinq à sept patients exercent au moins une habileté cognitive, sociale ou de résolution de problèmes. Ces sphères peuvent être illustrées ainsi :

**Tableau VIII – Les cinq sphères au centre de la psychoéducation de la clientèle schizophrène**



Ce programme se base sur la prémisse que les schizophrènes peuvent apprendre des compétences spécifiques et nécessaires dans plusieurs situations sociales. En bref, la différenciation cognitive concerne les fonctions de conceptualisation, d'aptitudes d'abstraction, de flexibilité conceptuelle, de remémoration et de reconnaissance. La perception sociale, quant à elle, se centre sur l'interprétation des stimuli en se fondant sur les expériences antérieures d'interactions sociales. La communication verbale se base sur l'omniprésence continue des difficultés de communication dans les familles de schizophrènes : il s'agit ici de porter attention au sens des phrases et au discours. La quatrième sphère, celle des aptitudes sociales, s'intéresse à l'adéquation du comportement adopté, suivi par un renforcement positif : ceci favorise la perception et l'évaluation positives de soi. Finalement, la dernière sphère cherche à encourager le recours aux

capacités d'adaptation (ou stratégies de « coping ») en présence de stressseurs afin de faciliter la résolution de problèmes.

Dans toute leçon d'aptitudes psychosociales, tel que cela est fait dans la thérapie familiale, on utilise le modelage (démontrer la compétence à apprendre), les jeux de rôles (répéter une compétence apprise dans une interaction brève) et les pratiques *in vivo*. Il va de soi le renforcement positif est indiqué pour souligner les succès des clients. Même si l'efficacité de l'enseignement des habiletés sociales n'est plus à démontrer (Morrison et Bellack, 1984; Morrison et Wixted, 1988), nous ne savons pas si les effets sont généralisables dans tous les contextes typiques (travail, vie sociale, relations, etc.). Néanmoins, il s'agit de l'un des traitements préférés de la schizophrénie. Dans tous les cas, l'implication de l'individu est nécessaire et, somme toute, ne peut qu'améliorer l'observance au traitement et l'alliance thérapeutique concomitante. En somme, le tableau IX présente brièvement ce que tout programme de soins de la schizophrénie devrait contenir (Bellack, 1989, traduction libre) :

**Tableau IX – Les composantes nécessaires au succès du traitement de la schizophrénie**

<b>Un programme de soins compréhensif</b>	
Traitement	Médication
	Thérapie familiale
	Formation sur les habiletés sociales
	Soins médicaux
	Interventions de crise
Réhabilitation	Maintenance du domicile
	Nutrition et hygiène
	Formation à l'emploi
	Transport
Services sociaux	Soutien financier
	Logement
	Soutien social
	Loisirs
Poursuite des soins	Coordination active des services susmentionnés

Ainsi, pendant l'octroi des soins, les dimensions thérapeutiques, sociales et de réinsertion sont primordiales. Mais il n'y a pas que le « temps présent » à considérer : la schizophrénie étant un trouble fondamentalement chronique, la continuité dans le temps de l'aide offerte s'avère vitale.

### 3.2.6. *Après le traitement : le suivi*

Un traitement ne peut cesser à une date prédéterminée : l'effet des soins sur l'individu schizophrène est méconnu et ne peut être prévu. Une étape de post-traitement est nécessaire, ne serait-ce que pour évaluer les impacts du traitement ainsi que la nécessité de la poursuite d'une certaine intervention. Gentis (2002), psychiatre et psychanalyste, présente quatre conditions à la réussite d'une postcure. Dans un premier temps, le post-traitement devrait intégrer les mêmes intervenants que lors de la thérapie elle-même (surtout en contexte de psychose aiguë), en raison du lien de confiance auparavant établi. En second, il est suggéré que l'entourage familial soit présent dans le suivi. Dans un troisième temps, le patient ne devrait pas être laissé à lui-même : une participation régulière à un groupe de soutien peut être une excellente alternative, lorsque cela est possible. Finalement, tous les services et aides apportés devraient être coordonnés afin d'assurer une homogénéité des interventions. Ainsi, il va de soi que le patient qui doit composer avec de multiples équipes médicales et soignantes ne pourra vivre une continuité des services. Chacune de ces équipes ne peut, en effet, avoir un portrait complet de l'individu s'il n'y est pas constamment traité. Comme plusieurs schizophrènes ne possèdent pas les capacités cognitives nécessaires à la coordination de leur propre traitement, il revient à l'équipe de santé mentale communautaire de guider le patient à travers les ressources disponibles et de maintenir le contact avec lui durant les périodes de stabilité (Bellack, 1989).

### 3.2.7. *Au-delà du client, le thérapeute*

Non seulement les caractéristiques du client sont primordiales, mais celles du clinicien sont également déterminantes du succès thérapeutique. Par exemple, quelles sont les croyances et les attentes des intervenants ? Selon Young, Mohr, Meterko, Seibert et McGlynn (2006), qui ont effectué des sondages auprès de 696 psychiatres dans le cadre d'une recherche probante, le statut de mi-carrière, le sexe masculin, le fait de suivre une majorité de cas de patients souffrant de schizophrénie et l'usage d'informations scientifiques récentes affectent positivement l'observance du traitement des individus schizophrènes. Il serait intéressant de vérifier ces données auprès d'autres populations psychiatriques.

En contexte thérapeutique plus précisément, certains principes de prise en charge doivent être respectés pour favoriser son observance (Vidon et Canet, 2004) : respect des droits et de la dignité des clients, obtention du consentement libre et éclairé, évitement du recours à la force, aucune utilisation de pratiques thérapeutiques dont les effets secondaires sont proscrits, attitude disponible, bonne qualité d'écoute, empathie et assurance de la poursuite du traitement. De même, des conditions plus spécifiques s'avèrent nécessaires à la création et au maintien d'une alliance dans les cas de schizophrénie (Meurice, 2005). D'abord, il faut écouter ce que le patient a à dire et tenter de comprendre le sens du délire, malgré toute sa bizarrerie. Ensuite, il importe de ne pas confronter directement les idées délirantes de l'individu, mais bien plutôt de reformuler de façon réaliste la signification de tels délires. En quelque sorte, on écoute le propos insensé, mais uniquement jusqu'à l'atteinte d'une certaine compréhension clinique. Troisièmement, il ne faut pas critiquer les dysfonctions ou les déficits de l'individu, qui les connaît déjà. Enfin, la personne schizophrène est apte à comprendre sa situation si on l'informe suffisamment : elle doit donc être au fait de la médication prise, des ajustements du traitement nécessaires et de leur justification. En somme, le thérapeute doit : assurer une distance optimale avec son patient (relation chaleureuse sans trop de rapprochements), viser l'autonomie de l'individu, respecter son intimité et son rythme, tempérer ses idéations d'être un sauveur, demeurer optimiste, tolérer la bizarrerie et l'impossible et s'attendre au négativisme (McGlashan, 1983).

### 3.3. *La schizophrénie en milieu carcéral* (Desmarais et Landry, 2004)

La schizophrénie ne se manifeste pas uniquement dans la population générale. La plupart des schizophrènes ne sont ni criminalisés, ni délinquants. Toutefois, certains le sont. Chez ceux-ci, la criminalité peut survenir avant (*early starters*) ou après le déclenchement de la maladie (*late starters*) (Tengström *et al.*, 2001). Dans le premier cas, les individus présentent souvent des traits de personnalité antisociaux, un passé de victimisation et une délinquance juvénile significative. Ici, la schizophrénie ne semble pas avoir engendré la criminalité : celle-ci existait déjà. Dans le second cas, l'émergence de la psychose semble être à la source du ou des délit(s). Les homicides sont alors plus fréquents et ils surviennent soudainement. Les délits sont souvent liés à la paranoïa et aux idées d'intrusion ou de menace souvent caractéristiques de la psychose. Dans ces cas, la charge émotionnelle ressentie

par le schizophrène peut être ingérable et il est possible que l'agressivité et la violence deviennent les premières expressions de cette surcharge.

Selon Hodgins, Hiscoke et Freese (2003), environ 22 % des schizophrènes peuvent manifester de la violence. Par ailleurs, la prévalence de la maladie est dix fois plus élevée chez les meurtriers que dans la population générale. Ces auteurs ajoutent que les symptômes positifs sont plus souvent précurseurs des manifestations de violence que les symptômes négatifs. Si on note également des abus d'alcool ou de drogue, des comportements violents sont d'autant plus probables. Mentionnons, enfin, la prédominance de la toxicomanie chez les schizophrènes criminalisés : près de 75 % d'entre eux consomment en milieu pénitentiaire.

Le traitement de la schizophrénie en milieu carcéral a peu été étudié. À ce sujet, McGuire (2000) mentionne que l'observance du traitement psychiatrique est essentielle, mais qu'elle ne suffit pas : il importe d'ajouter des cibles thérapeutiques liées aux sphères criminogènes de l'individu. Conséquemment, dans une unité psychiatrique carcérale telle que le CRSM à Sainte-Anne-des-Plaines (Québec), l'évaluation doit se concentrer sur les aspects psychiatrique, psychologique, médical, criminologique, neurologique et neuropsychologique (de là la nécessité de l'équipe multidisciplinaire). Par la suite, un plan d'intervention clinique est établi et comporte diverses facettes thérapeutiques visées spécifiquement dans le cadre du séjour en établissement. De même, tout traitement devra comprendre sa part d'enseignement ou d'éducation des patients. Il s'agit de faire accepter la pharmacologie et d'expliquer son utilité, de favoriser la reconnaissance des facteurs de stress et de vulnérabilité ainsi que des symptômes.

En prison, la relation thérapeutique, comme dans tout milieu clinique, demeure centrale. Un lien de confiance doit s'établir et encourager la mobilisation et la stimulation chez le schizophrène. Dans un milieu sécuritaire, une certaine intervention doit porter sur la perte de liberté que signifie l'incarcération et également sur l'importance de collaborer au traitement et d'y adhérer. Le travail au niveau des interactions sociales est aussi primordial. En effet, selon Desmarais et Landry (2004), l'individu doit trouver des sources de valorisation et s'adapter au milieu carcéral, en plus de penser à son avenir en planifiant sa réinsertion sociale et sa socialisation prochaine. Au-delà du trouble mental, l'équipe

traitante a aussi le mandat d'intervenir au niveau des conduites antisociales et des délits perpétrés par la personne : la violence est-elle contenue ? Quelles sont les motivations à sa base ? Quel est le cycle criminel de l'individu ? Comment y remédier et prévenir la récidive?

Afin de baliser tout traitement, Desmarais et Landry (2004) proposent un programme personnalisé à la clientèle schizophrène. Les composantes sont les suivantes :

- Démarche d'évaluation (avec outils psychométriques) : analyse de problèmes, histoire de vie, diagnostic, histoire du problème et du traitement, planification de la thérapie, symptômes positifs et négatifs, manque d'habiletés sociales, habiletés de vie lacunaires, agressivité, troubles associés...
- Ateliers de différenciation cognitive (six ateliers) : évaluer le niveau de performance, appliquer des stratégies logiques de réflexion, etc.
- Ateliers de perception sociale : améliorer la perception des situations sociales, se référer à des expériences passées positives afin de mieux appréhender la réalité...
- Ateliers d'entraînement aux habiletés sociales.
- Enseignement sur la maladie et le traitement (intervention individuelle continue).
- Thérapie individuelle axée sur les symptômes résiduels (suivi psychologique à long terme).

Dans plusieurs milieux, et les pénitenciers ne font certes pas exception, la théorie est difficilement mise en pratique. Les causes sont diverses : équipe hétérogène, divergences d'opinions et d'approches, perceptions diverses... Il est donc difficile de noter une ligne directrice dans les interventions et d'adapter chacune d'elles à chaque individu. Peut-être est-ce dû à un manque de concertation ? Une étude des milieux pourrait en apprendre sur les modalités de transfert des informations et de congruence thérapeutique entre les corps professionnels.

Si la schizophrénie peut se présenter seule chez l'être humain, un trouble de la personnalité peut aussi venir compliquer le traitement et induire de nouveaux enjeux dans la démarche thérapeutique. Chez les trois sujets à l'étude, le diagnostic d'une personnalité



antisociale est posé : voyons comment s'articulent la théorie et la clinique dans ce cas bien précis.

## 4. La personnalité antisociale

### 4.1. *Description clinique*

Dans le DSM-IV-TR (2004) se trouve la définition suivante d'un trouble de la personnalité : « un patron durable d'expérience interne et comportementale qui dévie de façon marquée des attentes de la culture de l'individu, qui est envahissant et inflexible, qui atteint son summum durant l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable à travers le temps et qui mène à de la détresse et à des dysfonctionnements » (traduction libre).

Le DSM-IV-TR présente trois groupes de personnalités : A, B et C. Le groupe A réfère aux troubles bizarres ou excentriques et le groupe C se rapporte aux troubles plus anxieux. Le groupe B, celui qui nous intéresse ici, caractérise les troubles de personnalité qui sont dits « dramatiques » et « émotionnels » (Bender, 2005). Ce qui distingue les individus présentant un trouble de personnalité de ce groupe est un manque d'empathie envers les autres, pour différentes raisons (Hamilton, 1988; Ruegg, Haynes et Frances, 1997).

Le terme « trouble de la personnalité antisociale » (TPA) est apparu en 1968 dans la seconde édition du DSM, qui le caractérisait par une identité distincte dominée par les dépendances, l'alcoolisme et une sexualité déviante. L'antisocialité était alors synonyme de sociopathie, référant à des réactions s'opposant à la société, aux règles et aux obligations normalement admises (Black et Larson, 1999).

Historiquement, la sociopathie fut nommée de multiples autres façons : aliénation morale, personnalité asociale ou psychopathie (Deisler, 2002).

« La sociopathie est un trouble développemental. Il est chronique, progressif et se manifeste via des comportements passifs dans les cognitions, les émotions et les conduites, résultant en passages à l'acte qui dérivent en; dysfonctionnement

éducatif / vocationnel; dysfonctionnement social; dysfonctionnement légal; dysfonctionnement relationnel; absence de contrôle social; absence de contrôle des impulsions; détérioration financière; altération physique; et, pour certains, la mort (Deisler, 2002, p. 16, traduction libre) ».

En fait, selon ce même auteur, une gradation symptomatique est la suivante : trouble des conduites, trouble de la personnalité antisociale, sociopathie et psychopathie.

Il est facile de s'y perdre, mais nous considérerons le TPA et la sociopathie comme des concepts relativement synonymes. Ce n'est que dans la troisième édition du DSM que des critères spécifiques du trouble furent définis, soit : des comportements et des attitudes qui ignorent ou violent les droits d'autrui, incluant le recours à l'impulsivité, la violence, l'agression, l'irresponsabilité, l'absence de remords et, ultimement, le crime.

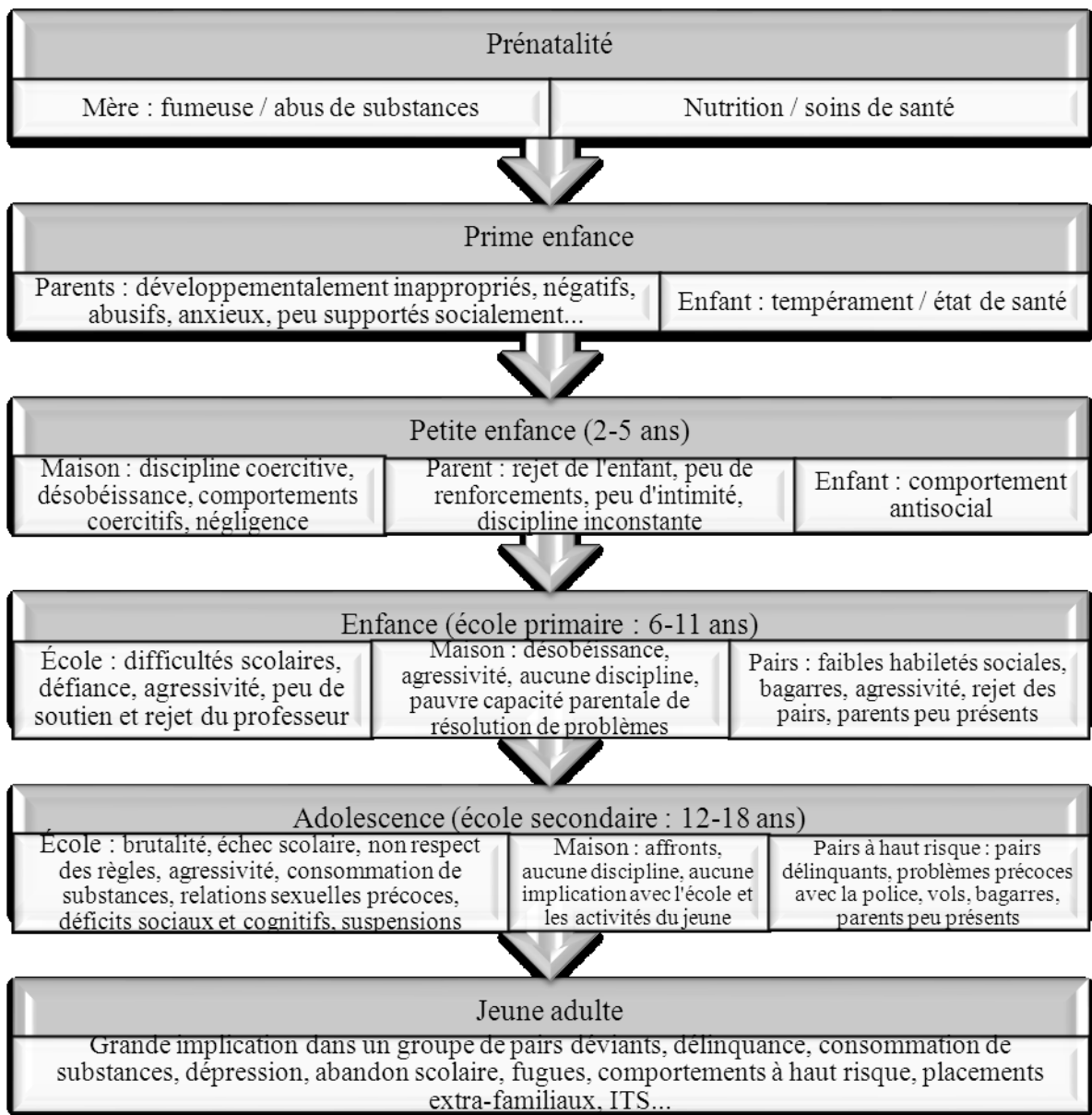
Cleckley (1941), celui qui a sans doute fourni la description la plus juste de la personnalité sociopathique ou psychopathique, propose les éléments suivants : absence de délires et de pensées irrationnelles, absence d'agitation / de nervosité, manifestations névrotiques, déloyauté, fausseté, absence de remords ou de honte, conduite antisociale sans culpabilité apparente, jugement déplorable, égocentricité pathologique, incapacité à aimer, réactions affectives pauvres, faible capacité d'introspection, vie sexuelle impersonnelle et triviale, échec à suivre tout plan de vie.

Le sociopathe a recours à deux mécanismes de défense principaux (Deisler, 2002). Par la projection, il s'agit de se défendre contre des motivations inacceptables en les attribuant à autrui et en rejetant le blâme sur le monde extérieur. Par le déni, l'individu élimine de la conscience tout ce qu'il ne souhaite pas expérimenter ou, du moins, se souvenir. Chez le sociopathe plus particulièrement, le déni peut se noter à quatre niveaux de gravité : a) nier l'existence des problèmes, des expériences, du soi et des autres; b) nier la sévérité des problèmes; c) nier toute solution disponible et; d) nier l'habileté à surmonter les obstacles. L'intervention doit, idéalement, survenir au premier stade : les troisième et quatrième niveaux atteints, il devient difficile d'entreprendre toute thérapie.

Le trouble de la personnalité antisociale ne peut être diagnostiqué qu'à partir de l'âge de 18 ans. Chez l'enfant ou l'adolescent, il faut parler d'un trouble des conduites, qui se définit

comme un patron comportemental dans lequel les droits des autres, les règles appropriées, ainsi que les normes sociales sont répétitivement enfreints (Black et Larson, 1999). Mains travaux ont été effectués sur les causes de l'agressivité et de la violence, sur l'étiologie à la base de tels comportements antisociaux et sur les divers chemins empruntés par ces enfants. Le schéma qui suit permet d'illustrer sommairement le développement d'un enfant aux limites de la psychopathie.

**Tableau X – Le modèle développemental schématisé du comportement antisocial de l'enfant** (adaptation libre de Reid et Eddy, 1997, p. 346)



Cette démonstration schématique illustre à quel point plusieurs facteurs peuvent influencer sur le développement d'un enfant. Cela peut faire penser à un jeu de Dominos dont les plaquettes tiennent à la verticale, l'une après l'autre, en un serpent in longiline. Une base fragile qui s'effondre pourra aisément ternir l'évolution subséquente, à moins qu'un élément vienne rompre la chaîne. Celle-ci peut probablement s'immobiliser ainsi et, conséquemment, l'enfant pourra reprendre son développement d'une façon plus adaptée et solidifiée. Toutefois, le jeu peut reprendre et mener à nouveau à une déchéance. Il s'agit de la responsabilité des parents et de l'école de contrer une pente descendante et il revient à l'enfant de déjouer des comportements problématiques. L'environnement comprend aussi sa part d'impact. Ainsi, dans cette perspective développementale, le jeune adulte est, en quelque sorte, le résultat de son histoire passée.

Les conduites antisociales sérieuses, chroniques et violentes peuvent être notées, fort souvent, dès le plus jeune âge des enfants. Certaines typologies explicatives s'illustrent parmi d'autres. La première en est une incluant trois modèles de trajectoires qui tentent d'expliquer l'issue antisociale (Loeber et Stouthamer-Loeber, 1998). Le premier modèle est le cheminement manifeste (*overt pathway*), dans lequel un haut niveau d'agressivité à l'enfance prédit la violence à l'adolescence. Les enfants à risque sont donc facilement identifiables, ainsi que la voie qu'ils entreprennent. Le second modèle, le cheminement dissimulé (*covert pathway*), identifie les jeunes qui présentent des comportements antisociaux durant l'enfance, qui mènent à des crimes non violents et surtout de propriété à l'adolescence. Ici, à la différence du premier modèle, l'individu ne confronte pas l'autre ni n'interagit avec lui. Le troisième et dernier modèle de cette première typologie est celui du cheminement de conflit avec l'autorité (*authority conflict pathway*). L'enfant correspondant à cela est entêté, oppositionnel et provocateur et défie les figures d'autorité. Il s'engage dans la déviance et augmente graduellement le statut de sa délinquance, mais cette forme reste tout de même moins sérieuse que le comportement antisocial en général.

Une théorie alternative est celle de Patterson, DeBaryshe et Ramsey (1989), qui suggère que le comportement criminel adulte résulte de deux voies distinctes. Le débutant précoce (*early starter*) grandit typiquement dans une famille dont les parents sont coercitifs, s'engage dans des comportements problématiques dès l'enfance et vit de multiples échecs scolaires. Le débutant tardif (*late starter*) n'a pas le passé du débutant précoce, mais

commence à devenir délinquant et antisocial pour la première fois au début de l'adolescence. La principale raison de ce début tardif serait l'affiliation à des pairs délinquants.

Faisant suite à Patterson et son équipe, Moffitt (1993) a proposé deux groupes exclusifs de jeunes antisociaux. Le premier est celui des délinquants persistants. Ces adolescents s'impliquent dès leur plus jeune âge dans les comportements agressifs et ceux-ci augmentent à travers le temps. Ces délinquants maintiennent leur criminalité à l'âge adulte et sont plus sujets à l'incarcération ou à la mort, en résultat à leur violence. Le second groupe est celui des délinquants limités à l'adolescence : ces jeunes s'engagent dans des formes non violentes de comportements antisociaux, à l'adolescence seulement.

Quoique ces trois typologies soient différentes sur certains points, il reste qu'elles ont toutes été appuyées par la littérature scientifique. Il faut néanmoins mentionner que les diversités de définitions peuvent venir complexifier les résultats (Flannery, 2006). Malgré tout, quelques auteurs s'accordent pour affirmer que le plus tôt ces trajectoires prennent forme, plus grand est le risque que les conséquences soient désastreuses (Moffitt, 1993; Patterson, DeBaryshe et Ramsey, 1989).

Le diagnostic du TPA doit être posé avec réserve, en s'assurant que le comportement antisocial n'est pas associé à un épisode psychotique ou maniaque (Black et Larson, 1999). La symptomatologie doit être durable et causer un certain dysfonctionnement de façon constante. L'aspect le plus marquant du trouble de la personnalité antisociale est la manière dont les individus violent les droits des autres et s'engagent dans des gestes destructeurs, criminels et parfois brutaux (Black et Larson, 1999). Regardons maintenant les critères diagnostics réservés au TPA, toujours selon le DSM-IV (2004) :

**Tableau XI – La description clinique de la symptomatologie relative au trouble de la personnalité antisociale**

<p>A. Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes:</p> <p>(1) incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation</p> <p>(2) tendance à tromper par profit ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries</p> <p>(3) impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance</p> <p>(4) irritabilité ou agressivité, indiquées par la répétition de bagarres ou d'agressions</p> <p>(5) mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui</p> <p>(6) irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières</p> <p>(7) absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui</p> <p>B. Âge au moins égal à 18 ans.</p> <p>C. Manifestations d'un Trouble des conduites débutant avant l'âge de 15 ans.</p> <p>D. Les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'une Schizophrénie ou d'un Épisode maniaque.</p>
---

Se basant sur la définition actuelle du trouble de la personnalité antisociale, maintes études ont démontré qu'il est susceptible de se trouver davantage dans certains groupes, incluant les hommes et les individus vivant dans la pauvreté, indépendamment de la culture, de l'ethnie ou de tout autre limite (Black et Larson, 1999). Dépendamment des populations sondées, le TPA affecte de 2 à 3 % de la population générale (Moran, 1999) et de deux à huit fois plus les hommes que les femmes (Sigvardsson, Cloninger, Bohman et von Knorring, 1982). Plus précisément, aux États-Unis, la prévalence du trouble se chiffre à environ 5 % des hommes et 2 % des femmes (Robins, Helzer, Weisman, Orvaschel, Gruenberg et Burke, 1984). Certaines recherches proposent des explications biologiques à la différence des genres, arguant que les femmes ont davantage tendance à somatiser qu'à exprimer ouvertement leurs symptômes (Black et Larson, 1999). D'autres études attribuent la différence sexuelle aux normes culturelles (Rutherford, Alterman, Cacciola et Snider, 1995). En ce sens, les femmes choisiraient plutôt d'intérioriser leur colère, alors que les hommes apprendraient à l'exprimer par diverses actions. L'acceptation sociale relative de l'agression chez les hommes favoriserait également cet état de fait. Cette perception différentielle pourrait aussi expliquer que les femmes reçoivent davantage le diagnostic de la personnalité limite. Le tableau suivant (Cloninger, Bayon et Przybeck, 1997, p. 16,

traduction libre) permet d'illustrer, selon deux études majeures, la prévalence du trouble selon le sexe, l'ethnie et l'âge (nous y reviendrons) :

**Tableau XII – La prévalence estimée du trouble de la personnalité antisociale (TPA) selon l'Enquête de Santé St. Louis (*St. Louis Health Survey, SLHS*) et l'Étude d'une zone d'échantillonnage épidémiologique (*Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study*)**

Population	Prévalence du TPA		
	SLHS		ECA
	f/N	%	%
<b>Total</b>	26/800	3,3	2,6
<i>Sexe</i>			
<b>Masculin</b>	22/345	6,4	4,5
<b>Féminin</b>	4/455	0,9	0,8
<i>Ethnie</i>			
<b>Caucasienne (blanche)</b>	18/652	2,8	2,6
<b>Noire</b>	6/125	4,8	2,3
<i>Âge</i>			
<b>18-29</b>	15/178	8,4	3,8
<b>30-44</b>	7/274	2,6	3,7
<b>45-64</b>	3/216	1,4	1,4
<b>65+</b>	1/131	0,8	0,3

Le trouble de la personnalité antisociale est significativement lié à la pauvreté et à l'itinérance, le mode de vie antisocial, pouvant englober un faible taux de diplomation, une employabilité inconstante et des comportements irresponsables (North, Smith et Spitznagel, 1993). La pauvreté et l'itinérance peuvent favoriser l'émergence de conduites antisociales, le crime devenant, pour certains, un mode de survie. Plus de 80 % des hommes et 65 % des femmes incarcérés présentent le trouble de la personnalité antisociale (Hare, 1983), mais tous les criminels ne sont pas antisociaux. Il reste que ce trouble est plus commun chez les patients connus des services hospitaliers ou psychiatriques. Dans ce contexte, les patients sont le plus souvent rencontrés pour des problématiques de dépression, d'abus de substance ou de relation interpersonnelle : ainsi, le TPA reste souvent ignoré (Black et Larson, 1999). Une étude récente a pu démontrer que 8 % des hommes et 3 % des femmes évalués par 64 médecins de première ligne (internistes, généralistes et autres spécialistes) rencontraient les critères du DSM pour le trouble de la personnalité antisociale (Barry, Fleming, Maxwell *et al.*, 1997).

Comment le TPA évolue-t-il ? D'abord, les conduites antisociales en général sont particulièrement retrouvées chez les jeunes adultes. Par exemple, une étude de Arboleda-Florez et Holley (1991) a permis de constater que, parmi 38 enregistrements d'arrestations octroyés à des hommes antisociaux âgés de 41 à 67 ans, les condamnations se raréfiaient après 27 ans, même si environ le tiers des sujets demeurait criminellement actif ultérieurement. Robins (1966), qui a effectué une importante étude longitudinale, va aussi dans ce sens, affirmant que plus du tiers des individus antisociaux devenaient plus matures et responsables passé le cap de la cinquantaine (même parfois dans la trentaine). En effet, ils améliorent leur capacité à travailler et à démontrer de l'empathie et ils sont plus aptes à éviter les problèmes légaux. Néanmoins, ils demeurent impulsifs et irritables.

#### *4.2. Le traitement et les enjeux thérapeutiques*

Les individus du groupe B présentent une panoplie d'émotions plutôt négatives, mais s'illustrent surtout par leur instabilité, leur constante recherche d'attention et leur égocentrisme (American Psychiatric Association, 2004). Les cliniciens composeront parfois avec ces affects en dépréciant le patient, en questionnant leur propre compétence ou en se sentant coupables face à ce qui a été dit ou fait. Bardikoff (1997) suggère qu'une consultation avec un autre thérapeute, autre que celui impliqué, servirait à réviser le processus thérapeutique et à explorer les raisons de l'impasse se trouvant entre le client et le clinicien traitant. Dans ce contexte, l'aide d'un tiers, professionnel et d'égale compétence, permet de mettre à jour le transfert de l'un et le contre-transfert de l'autre. Afin de résumer la difficulté que présente le traitement des personnalités du groupe B, voici un tableau adapté de Bender (2005). Notons que ce tableau, dans sa version originale, présente aussi les troubles de personnalité des groupes A et C.



**Tableau XIII – Les troubles de la personnalité du groupe B et les enjeux cliniques associés**

<b>Troubles de la personnalité</b>	<b>Défis de l’alliance</b>	<b>Repères d’engagement possible dans le traitement (de la part du patient)</b>
<b>Limite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- États émotionnels et cognitifs instables</li> <li>- Revendications extrêmes</li> <li>- Inclination à l’agir (<i>acting out</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recherche des relations</li> <li>Répond à la chaleur et au support</li> </ul>
<b>Narcissique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Besoin d’un regard positif constant</li> <li>- Mépris pour les autres</li> <li>- Sens grandiose de sa valeur (prétention)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Répond au fil du temps à l’empathie et à l’affirmation</li> </ul>
<b>Histrionique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tentative de charmer et de distraire</li> <li>- Labilité émotionnelle</li> <li>- Style cognitif non centré</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recherche des relations</li> <li>Répond à la chaleur et au support</li> </ul>
<b>Antisociale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Besoin de contrôle</li> <li>- Tendance à mentir et manipuler</li> <li>- Aucune empathie ou respect pour les autres</li> <li>- Emploi d’une pseudo-alliance pour gagner en avantages</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peut s’engager dans le traitement si cela est dans son intérêt ou si les symptômes de l’axe I causent une détresse significative</li> </ul>

Avant toute chose et lors de l’évaluation d’un individu, il convient de reconstituer l’entièreté de l’histoire du sujet (psychiatrique, médicale, familiale, personnelle, sociale, légale...) ce qui constitue la base même d’un diagnostic clinique de TPA (Black et Larson, 1999). Nous noterons, au passage, qu’un débat majeur dans la conceptualisation du trouble concerne la relation entre deux construits normalement distingués dans la littérature. Le premier réfère à la psychopathie primaire (Cleckley, 1941), au facteur 1 (marqueurs affectifs et interpersonnels) (Hart et Hare, 1989, 1996) et aux caractéristiques intra et interpersonnelles (Dinges, Atlis et Vincent, 1997), ceci englobant les traits cognitifs, affectifs et interpersonnels (tels que l’égoцентриté, le manque de remords, etc.). Le second construit, nommé psychopathie secondaire (Cleckley, 1941), le facteur 2 (marqueurs comportementaux) (Hart et Hare, 1989, 1996) et le comportement interpersonnel et criminel (Dinges, Atlis et Vincent, 1997), se rapporte plutôt aux conduites chroniquement instables socialement et aux conflits avec la loi. Le but ultime d’une évaluation, dans ce contexte, est de définir le problème, celui qui cause le plus d’agacement chez l’individu et qui motive, par là même, le traitement.

Deisler (2002) maintient que l'individu antisocial, comme tout autre, sait distinguer le bien du mal. Malgré cela, il reconnaît la difficulté que présente le traitement de ce type de personnes. Une thérapie intensive d'une à trois années est nécessaire, à son avis, le but étant de planifier des objectifs et des buts réalistes dans l'avenir du client. En outre, celui qui présente un TPA aura tendance à saboter la thérapie et les progrès effectués, en faisant usage de manipulation et de charme. Ainsi, l'auteur (2002) soutient que le cadre thérapeutique, avec cette clientèle, est essentiel : aucune rencontre prolongée, ni permission spéciale (non-paiement d'une session, par exemple), etc. Il ajoute que, dès la première rencontre avec l'individu antisocial, il importe de bien cerner son cadre de références personnel, incluant ces six éléments : règles, valeurs, croyances, morale, opinions et préjugés. Le sociopathe a un cadre de références qui pourrait ressembler à ceci (Deisler, 2002, pp. 40-41, traduction libre) :

**Tableau XIV – Le cadre de références personnelles de l'individu antisocial**

Règles	Valeurs	Croyances	Morale	Opinions	Préjugés
Ne dénonce pas, ne pense pas, ne ressens rien, ne sois pas faible, ne sois pas toi-même, ne fais pas confiance, ne deviens intime avec personne	Argent, survie, discrétion, sexualité, enfants, famille, j'ai le droit de tout	Le système est mauvais, sois fort, sois un homme (ou une femme), les femmes sont faibles, les femmes (ou les hommes) doivent être utilisés, les gens sont dupes	Si je me sens bien, tout va bien	Nombreuses, sans information pour appuyer leurs revendications et leurs droits	Je déteste toutes les religions et les ethnies qui ne sont pas les miennes

La thérapie sert donc à questionner ce cadre de références et à le modifier graduellement. Il peut s'agir, par exemple, de remplacer les croyances antisociales par de nouvelles expériences, de nouveaux messages et des affirmations positives. Le traitement est bien entamé lorsque l'individu antisocial en vient à : 1) être inconfortable avec son mode de vie présent et rechercher de nouvelles avenues pour changer la situation; 2) être conscient de ses références et commencer à se sentir inconfortable à ce sujet et; 3) être mis au défi par une structure externe qui vient modifier le cadre de référence en y ajoutant de nouvelles

informations (Deisler, 2002). La tâche est grande et les résultats, non assurés, puisqu'il faut que le client intègre de nouveaux schèmes de pensée à sa propre personnalité.

Sur le plan de la comorbidité, le trouble de la personnalité antisociale peut être lié à la dépression, à des troubles anxieux, à un risque élevé d'alcoolisme et de toxicomanie, à des déviances sexuelles (paraphilies), au jeu pathologique, à de la somatisation ou aux troubles factices (Black et Larson, 1999). De plus, la majorité des personnes aux prises avec un TPA satisfont également les critères d'un autre trouble de la personnalité (Widiger et Corbitt, 1997). Ces troubles peuvent être confondus les uns avec les autres, compliquant ainsi le diagnostic et le traitement. La comorbidité la plus fréquente serait celle avec les personnalités limite et histrionique (vous constaterez que nous restons dans le groupe B); en second viennent les personnalités passive-agressive (à l'étude actuellement dans le DSM-IV-TR), paranoïde et narcissique (voir Widiger et Corbitt, 1997, pp. 75-82).

La relation de comorbidité la plus solide est celle qui implique l'usage d'alcool et de drogues (Regier, Farmer, Rae *et al.*, 1990; Robins *et al.*, 1991). Selon une étude de Compton et ses associés (2005), le trouble de la personnalité antisociale (dont les comportements délinquants) et les problématiques d'abus de substances sont statistiquement liés. Plus des trois quarts des antisociaux ont manifesté, tôt et pendant longtemps, une dépendance à l'alcool, et plus de la moitié ont aussi abusé d'autres drogues. Ceci exacerbe les symptômes d'antisocialité, hausse le risque de violence et abaisse le niveau acceptable d'inhibitions. Le trouble d'usage de substances peut aussi compliquer le diagnostic de TPA, en ce sens qu'il devient difficile de déceler où l'intoxication et la dépendance s'arrêtent et où le trouble de la personnalité commence. Heureusement, les signes cliniques sont normalement notables dans le passé du patient, avant la dépendance (Dinwiddie et Reich, 1993). En effet, l'individu antisocial aura un historique de trouble des conduites durant l'enfance et de problèmes constants demeurant même pendant les périodes de sobriété (Black et Larson, 1999). Enfin, lorsque la perspective d'un traitement s'impose, il faut souvent inclure une dimension toxicomaniaque à la thérapie (Black et Larson, 1999).

Mentionnons en second le diagnostic de jeu pathologique, dont la relation avec l'alcoolisme et le TPA fut largement étudiée par Lesieur, Blume et Zoppa (1986). Plus tard, Crockford et el-Guebal (1998) se sont penchés spécifiquement sur le lien entre le jeu et

l'antisocialité. Le comportement de dépendance représenté par le jeu peut prendre de l'ampleur et se présenter comme un besoin quasi vital. L'accès facile à toutes formes de jeux rend le problème encore plus envahissant. Recherchant l'excitation et la gratification, un individu antisocial peut rapidement s'endetter. Dans une étude de 140 sujets toxicomanes et antisociaux, Goldstein, Powers, McCusker et collaborateurs (1996), cités par Black et Larson (1999), ont rapporté que 29 % étaient des joueurs pathologiques.

Les troubles de l'humeur sont aussi fréquemment liés au TPA, affectant du tiers à la moitié des antisociaux. Plus généralement, certaines problématiques cliniques du DSM peuvent être associées : la dépression ou la dysthymie (Sanderson *et al.*, 1992; Pepper *et al.*, 1995), les phobies (Renneberg *et al.*, 1992), les troubles paniques et anxieux (Hoffart *et al.*, 1994), la schizophrénie (Bland *et al.*, 1987) et le trouble obsessionnel compulsif (Kolada *et al.*, 1994). Dans ce même ordre d'idées, les tentatives de suicide, en contexte de dépression majeure, ne sont pas rares (Black et Larson, 1999).

Dans le cadre d'une comorbidité entre les troubles de la personnalité et la schizophrénie, Cloninger et Svrakic (2008) soutiennent qu'un épisode psychotique peut compliquer l'état de l'individu (notons qu'il n'y a pas de spécificité sur le TPA). Tel que mentionné dans la section sur la schizophrénie, la pharmacothérapie demeure le traitement de choix dans ces cas. Certains antisociaux présentent des symptômes psychotiques chroniques de faible gravité, tels que des troubles de la pensée (idées de référence, pensée magique, paranoïa), des expériences sensorielles particulières (illusions) ou des comportements inadaptés et étranges. Les perturbations cognitives chroniques, comme les idées de référence ou la paranoïa légères, tendent à diminuer avec une régression de la tension émotionnelle.

Enfin, il existe des liens entre le trouble de la personnalité antisociale et les paraphilies. Les désirs sexuels anormaux et les comportements déviants ont longtemps été pairés au TPA. Mais, il importe de souligner que la plupart des antisociaux ne sont pas sexuellement déviants, même si les paraphilies sont plus fréquentes chez cette population. En ce sens, Abel, Rouleau et Cunningham-Rathner (1986) ont noté que 29 % de leur échantillon d'agresseurs sexuels étaient antisociaux. De même, Grossman et Cavanaugh (1990) ont effectué une étude permettant de déterminer que 37 % des 40 agresseurs sexuels de leur échantillon affichaient des symptômes antisociaux au MMPI (*Minnesota Multiphasic*

*Personality Inventory*). Finalement, Black, Kehrberg, Flumenfelt et Schlosser (1997) sont parvenus à montrer que de 6 à 29 % des individus présentant des comportements sexuels compulsifs étaient également antisociaux. Les changements sociaux et culturels récents ont redéfini les normes sexuelles (par exemple, le statut de l'homosexualité). Toutefois, lorsqu'il s'agit de blesser ou de porter atteinte à l'intégrité et à la dignité d'autrui (la pédophilie, l'agression sexuelle ou tout autre geste à caractère violent), le geste demeure dangereux et illégal, peu importe l'époque.

L'utilité du traitement de la personnalité antisociale fait l'objet d'indécision dans la communauté scientifique. En fait, il semble que les interventions normalement reconnues pour réduire ou prévenir les comportements antisociaux ne produisent que des résultats relativement modestes (Van Goozen *et al.*, p. 173, 2007). Deisler (2002), quant à lui, est convaincu que le sociopathe peut être traité, changer et devenir un citoyen respectueux des lois. De façon opposée, selon Black et Larson (1999), il n'existe aucun traitement fiable du TPA. Maxmen et Ward (1995), cités dans Kaylor (1999), en sont aussi venus à cette conclusion, arguant que les sociopathes n'ont aucun désir de changer (une opinion opposée à celle de Deisler, 2002). Selon ces auteurs, les sociopathes dévalorisent l'introspection, ne se projettent pas dans l'avenir, rejettent toute forme d'autorité (dont celle des thérapeutes), perçoivent le rôle de « patient » comme pitoyable, abhorrent se trouver en position d'infériorité, conçoivent la thérapie comme une perte de temps et, les thérapeutes, comme des objets à manipuler, menacer, charmer ou séduire... Les auteurs ne suggèrent donc pas de proposer une psychothérapie individuelle pour de tels individus. Ils soulèvent également la difficulté que présentent toute alliance thérapeutique avec cette clientèle et le contre-transfert du thérapeute, qui risque de prendre une connotation négative (nous y reviendrons).

Lorsque le client accepte de suivre un traitement, le clinicien doit développer un plan d'action (Black et Larson, 1999). La planification thérapeutique doit suivre, *grosso modo*, ces étapes (Deisler, 2002, p. 75, adaptation et traduction libres) :

- 1) Négociation du plan de traitement (problèmes manifestés, objectifs, buts)
- 2) Impératifs du plan de traitement (ce qui est nécessaire pour compléter le plan)
- 3) Exécution du plan de traitement (comment, quand, où...)

- 4) Complétion du plan de traitement (critères pour clore la thérapie)
- 5) Confirmation du plan de traitement (structuration d'un post-traitement)

Parmi les solutions de traitements, la stratégie la plus efficace consiste en une thérapie comportementale en groupe homogène, dans un milieu restreint (Kaylor, 1999). En fait, la thérapie de groupe semble présenter les meilleurs résultats. Ceci demeure préférable à une thérapie individuelle. Si une toxicomanie est présente, la cible principale du traitement devrait être celle-ci. Dans l'ensemble, c'est le comportement de l'individu qui est visé.

L'enseignement de capacités d'adaptation serait aussi une modalité psychothérapeutique efficace, entre autres pour traiter les alcooliques précoces présentant des traits antisociaux (Litt, Babor, Del Boca, Kadden et Cooney, 1992). Linnoila (1997) suggère, à ce sujet, que ce modèle d'intervention pourrait être modifié afin de traiter le TPA, à l'aide d'une médication ISRS (inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine) pour maximiser les retombées thérapeutiques (réduction de l'impulsivité, donc de la propension à la violence (Karper et Krystal, 1997)). Toutes les interrogations relatives aux humeurs, aux comportements, aux pensées, aux émotions, aux circonstances de la vie, aux facteurs précipitants, etc., peuvent apporter des éclaircissements quant à la problématique principale. Les membres de la famille et les amis peuvent être de précieuses sources d'informations. D'ailleurs, une étude d'Andreasen, de Rice, d'Endicott et collaborateurs (1986), citée dans Black et Larson (1999), a démontré que les proches étaient plus précis et fiables quant à la description du comportement antisocial de l'individu concerné. De plus, les dossiers antérieurs sur les visites médicales peuvent fournir des indices primordiaux, incluant les impressions d'autres cliniciens. Dans un même ordre d'idées, les documents légaux et éducationnels sont aussi susceptibles de procurer des renseignements supplémentaires. En somme, selon Bateman et Fonagy (2000), un traitement efficace devra : être bien structuré, consacrer plusieurs efforts dans l'amélioration de l'observance, comprendre une cible d'intervention claire, être théoriquement cohérent autant pour le thérapeute que pour le client, se dérouler sur du long terme, encourager une relation d'attachement active entre les deux partis et, enfin, être bien intégré dans l'ensemble des services reçus par le client.

Il reste que, malgré toute la bonne volonté du clinicien, l'individu antisocial peut causer bien des maux de tête... Ils ont effectivement tendance à blâmer autrui, tolèrent difficilement la frustration, sont impulsifs et manifestent une incapacité à nouer des relations de confiance (Black et Larson, 1999). Leur manque de motivation est notable et ils peinent à s'auto-observer, à s'intérioriser. Ils ne se perçoivent aucunement comme les autres le font. Une séance de thérapie peut se terminer abruptement si le patient est défié ou provoqué et ceci peut même mener à l'arrêt complet du traitement. Une certaine violence occupe tous les antisociaux et ils s'attendent à ce que leur thérapeute les accommode et leur rende, en somme, la vie facile. Ils souhaitent atteindre leurs buts, tout de suite, sans demi-mesure. Un psychologue ou un psychiatre est avant tout un être humain : ainsi, malgré leur devoir d'objectivité, de neutralité et d'empathie, le traitement des antisociaux peut soulever des vagues d'émotions et de pensées pour le moins imprévues. C'est là que le contre-transfert (réponse émotionnelle du thérapeute à son patient) et le transfert (émotions du patient à l'égard du clinicien) viennent prendre tout leur sens (Black et Larson, 1999). Car, la personne antisociale peut projeter et faire endosser à celle qui l'aide une foule d'éléments indésirables (tel que la peur, le rejet, la rage...). Dans ce contexte, un thérapeute efficace sera attentif à ses propres émotions et demeurera vigilant afin de prévenir que le contre-transfert puisse perturber la progression du traitement (Strasburger, 1986; Beck, Freeman *et al.*, 1990; Reid, 1985). Le professionnel le mieux préparé sera donc celui qui anticipera ses émotions et qui présentera une attitude d'acceptation sans jugement. Il connaît ses limites et ne peut octroyer la réussite de la thérapie qu'au patient lui-même, abandonnant par là des idéations de sauveur.

## 5. Les conclusions générales

La première chose que nous ne pouvons manquer de noter est la quasi-absence de lien entre la schizophrénie et la personnalité antisociale : ce sont deux troubles de santé mentale distincts qui semblent sous-traités par la littérature. Il s'avérerait donc logiquement essentiel de traiter séparément des deux troubles. Malgré des descriptions cliniques différentes, mais qui toutes deux notent un manque de capacité d'introspection, les modalités thérapeutiques se rejoignent dans une certaine mesure. Surtout, les détenus antisociaux représentent une grande partie de la clientèle carcérale, un défi de taille pour tous les intervenants. Quand un trouble à l'axe I s'ajoute au portrait clinique, il devient ardu de cerner les motivations, la

criminalité et les besoins criminogènes et psychiatriques de l'individu. Notons que nous faisons face ici au risque qu'un détenu nouvellement admis dans les services correctionnels passe quelque temps sans soins même s'il en a besoin. Sans antécédents disponibles et sans marque manifeste de la maladie, une schizophrénie peut longtemps demeurer invisible. C'est ici que l'intuition humaine, la capacité d'analyse et d'écoute et les compétences diagnostiques prendront toute leur importance, autant pour comprendre que pour envisager les solutions d'intervention les plus efficaces.

Par exemple, l'American Psychiatric Association (2004) recommande des traitements psychosociaux bien précis pour les schizophrènes : thérapie familiale, enseignement d'habiletés psychosociales, réhabilitation et thérapie cognitivo-comportementale. Le traitement du TPA exclut uniquement, ici, la thérapie familiale : tel que discuté, les groupes de thérapie doivent être constitués de personnes semblables, donc toutes antisociales. La famille peut néanmoins demeurer un soutien secondaire, malheureusement peu commun chez les détenus. Par contre, la clientèle étant homogène à plusieurs points de vue, il peut être assez aisé de mettre en place des groupes d'entraide. Il suffirait seulement de mobiliser les ressources adéquates, humaines et techniques, à une telle entreprise.

De la sorte, dans ce contexte, la psychoéducation reste une intervention de choix. Tant l'individu schizophrène qu'antisocial peine à vivre en société d'une façon appropriée. Par là même, l'attention doit se porter sur la transformation des schèmes de pensée déficients et, concurremment, sur les comportements problématiques. La pharmacothérapie est essentielle chez le schizophrène, mais ne peut que s'attaquer à des symptômes concomitants chez l'antisocial, tel que l'alcoolisme, l'impulsivité ou la psychose. Si le thérapeute du schizophrène doit afficher une plus grande ouverture, celui de l'antisocial se verra mis à l'épreuve et devra faire preuve de patience. Néanmoins, l'établissement de limites est nécessaire avec les deux clientèles. Enfin, le thérapeute doit croire que le client peut changer et s'améliorer. Nous pourrions donc conclure tout ceci en soutenant que si une personne présente une schizophrénie et une personnalité antisociale, elle aura besoin d'encadrement, de structure, de soutien et de fermeté, en plus de recevoir une aide au niveau cognitif et émotif (identifier les pensées et les émotions et savoir les gérer), pour enfin apprendre adéquatement à vivre avec autrui, dans une perspective de réinsertion sociale et de socialisation.



## DESCRIPTION ET JUSTIFICATION DES ACTIVITÉS RÉALISÉES DURANT LE STAGE AU SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA

Le stage au SCC m'aura permis d'accéder à diverses sources de connaissances, autant humaines que matérielles et didactiques. J'ai fait plusieurs lectures, particulièrement celles de rapports psychologiques et médicaux à partir du Système de Gestion des Délinquants (SGD). Ces lectures m'auront permis de sélectionner six individus atteints d'une schizophrénie paranoïde et d'un trouble de la personnalité limite / ou antisociale / ou narcissique. J'ai également effectué plusieurs recherches documentaires sur certains moteurs scientifiques ou sur le site même du Service correctionnel du Canada. Par exemple, à la demande de ma superviseuse, j'ai produit un document sur la prévention du suicide par les pairs aidants en contexte pénitentiaire.

Par ailleurs, la rédaction a fait partie de mon quotidien. J'ai produit plus de cinquante rapports (suite à des rencontres cliniques et des courts suivis d'une dizaine de détenus) ainsi que des synthèses psychocriminologiques sur certains individus incarcérés à la demande de co-superviseurs.

Il fut intéressant pour moi d'avoir accès à certaines formations, donc celles sur l'évaluation du risque, sur les Initiatives en Santé Mentale en Communauté et en Établissement (ISMC et ISM), sur la délinquance sexuelle et sur la sensibilisation en santé mentale, en plus de participer à un « focus group » portant sur les deux initiatives, à des comités de santé mentale et à plusieurs réunions cliniques de discussions de cas au CCC Martineau, au CFF et à l'ÉMSF. J'ai observé certaines rencontres criminologiques (ALC) et médicales (infirmière) entre un membre du personnel et un détenu. Les discussions entreprises avec plusieurs professionnels du SCC m'ont considérablement appris. Une certaine collaboration s'est installée entre des infirmières, des psychologues, des agents de libération conditionnelle, un travailleur social et moi-même. En effet, j'ai pu leur venir en aide, que ce soit pour de la recherche documentaire, de la rédaction ou des impressions cliniques.

Enfin, ma participation au 34<sup>e</sup> Congrès de la Société de criminologie du Québec en tant que représentante de la revue *Criminologie* a fait partie de mes apprentissages concomitants

au stage. J'ai pu assister à plusieurs conférences portant sur la justice, les données probantes, la transformation du système correctionnel, l'exploitation sexuelle des enfants sur Internet, le programme Parcours du Ministère de la Sécurité Publique et, finalement, au sujet du stress et du travail.

## 1. La mission et le mandat du milieu

La mission du Service correctionnel du Canada (ci-après SCC), en tant que composante du système de justice pénale et dans la reconnaissance de la primauté du droit, se lit comme suit : « contribuer 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 ».

## 2. Ses valeurs

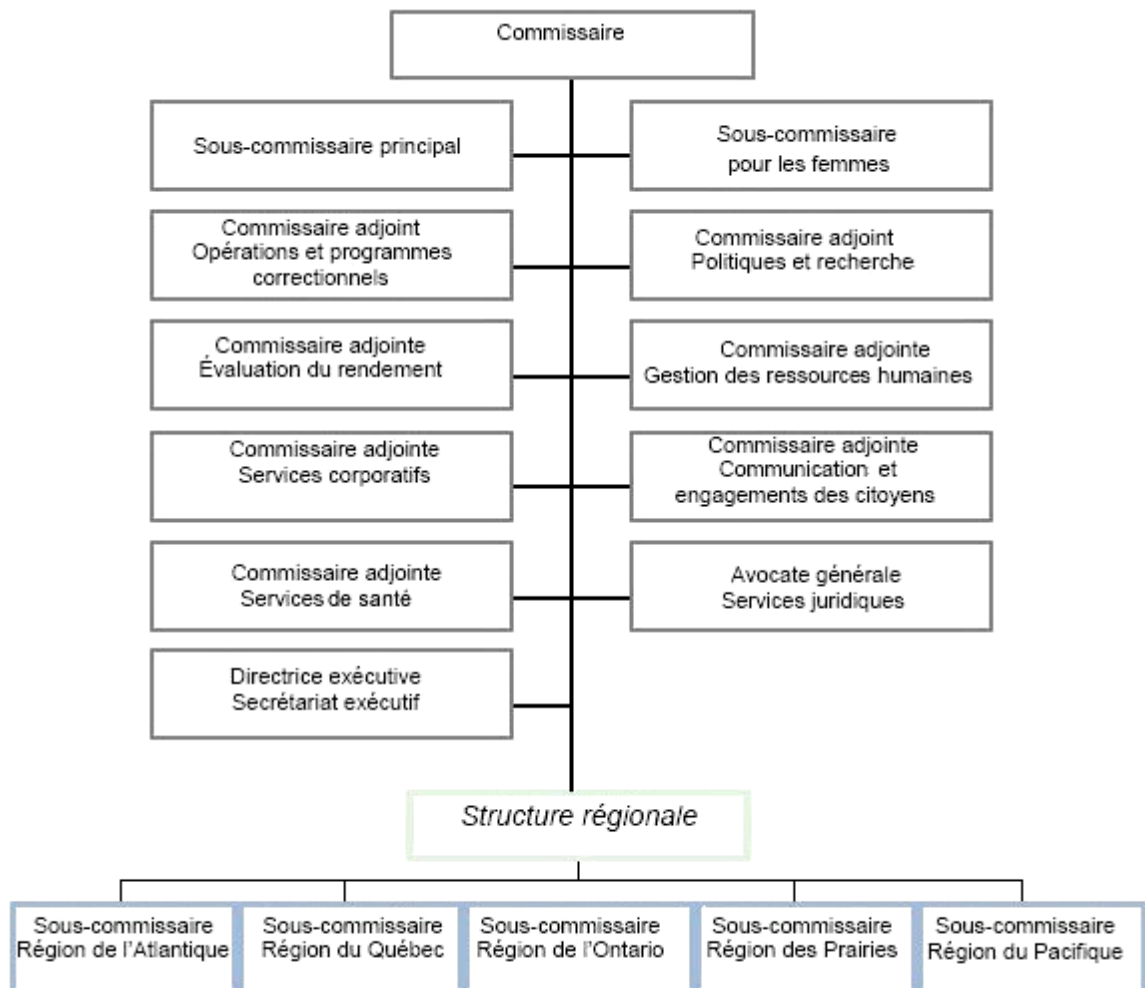
Le SCC dans son ensemble s'engage à honorer les valeurs suivantes :

- 1) Respecter la dignité des individus, les droits de tous les membres de la société et le potentiel de croissance personnelle et de développement des êtres humains.
- 2) Reconnaître que le délinquant a le potentiel de vivre en tant que citoyen respectueux des lois.
- 3) Croire que le personnel du Service constitue sa force et sa ressource principale dans la réalisation de ses objectifs et que la qualité des rapports humains est la pierre angulaire de sa mission.
- 4) Croire que le partage des idées, des connaissances, des valeurs et des expériences, tant sur le plan national que sur le plan international, est essentiel à l'accomplissement de sa mission.
- 5) En accord avec le ministère de la Sécurité publique du Canada, croire en une gestion du Service caractérisée par une attitude ouverte et intègre.

### 3. Son organisation

La structure du SCC est hiérarchisée. L'organigramme ci-dessous illustre cette structure, dans laquelle ne sont pas inclus les employés des différentes régions administratives.

**Tableau XV – L'organigramme sommaire de l'organisation du Service correctionnel du Canada**



Certaines provinces sont regroupées pour former une administration régionale. Il y a au total cinq administrations. Au Québec, le siège social et siège décisionnel (administration régionale) se situe à Laval. Ensuite, on retrouve douze établissements qui servent aux détentions de deux ans et plus. Notons que, dans la province, nous retrouvons des prisons, utilisées pour des peines de deux ans moins un jour ou encore dans le but d'une détention provisoire. Les prisons provinciales ne sont pas classées par niveaux de sécurité, contrairement aux pénitenciers fédéraux.

#### 4. Ses rôles et le processus de référence et d'évaluation

Le SCC est l'organisme du gouvernement fédéral chargé d'administrer les peines d'emprisonnement de deux ans ou plus imposées par les tribunaux. Il gère des établissements de divers niveaux de sécurité et surveille les délinquants en liberté sous condition dans la collectivité. Toutefois, le SCC ne décide pas si les individus accusés selon le Code criminel sont coupables ou innocents, pas plus qu'il ne fixe les peines, décide des libertés sous condition ou s'occupe des peines des jeunes contrevenants. Dans l'exercice de ses fonctions, le SCC doit tenir compte des craintes de nombreux groupes : le grand public, les victimes d'actes criminels, les employés du SCC et les délinquants eux-mêmes. Par conséquent, le SCC est tenu, en vertu de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, de recourir aux mesures les moins restrictives dans l'administration des peines. La clé de l'équilibre est l'évaluation et la gestion du risque.

Lorsqu'un individu est condamné à une peine de deux ans et plus dans la région du Québec, il est dirigé au Centre régional de réception, situé à Sainte-Anne-des-Plaines. À partir de là, une équipe de professionnels procède à son évaluation afin de déterminer son niveau de dangerosité et le risque qu'il représente. Une décision est éventuellement prise, déterminant s'il sera incarcéré au niveau minimum, moyen ou maximum. Au cours de la sentence, selon les événements et les circonstances, l'individu incarcéré peut se voir transféré dans un établissement de plus grande ou de moindre envergure. Tout réside dans la gestion du cas effectuée et dans l'évaluation continue du risque inhérent au détenu.

Tout au long de son incarcération, l'individu se verra attribuer divers professionnels : un psychologue habituellement (suivi aux deux ou quatre semaines), un psychiatre (si applicable, normalement suivi mensuel), un agent de libération conditionnelle, un agent correctionnel (officier), un infirmier (si applicable) et un psychoéducateur (si applicable). Chacun joue un rôle spécifique auprès du détenu et la communication entre eux est essentielle. Selon les pénitenciers et les centres communautaires, l'application des mesures de partage d'information diverge. Normalement, deux ou trois heures sont réservées chaque semaine afin de réunir les renseignements disponibles et de déterminer, pour chaque détenu, les plans d'action à entreprendre et à suivre.

## 5. Les enjeux éthiques et déontologiques soulevés dans ce milieu

Dans un milieu comme le SCC, tout renseignement personnel est confidentiel. Les vies des individus contrevenants sont répertoriées dans le SGD et dans des dossiers médicaux, psychologiques, psychiatriques, et autres. Le profil criminel de chacun est mis à jour lorsque le besoin s'en fait sentir. En fait, chaque employé ou nouveau venu au SCC est sensibilisé au « besoin de savoir ». Cela signifie que la curiosité n'a pas sa place dans les recherches et la lecture des dossiers.

Aucun document disponible sur le site du SCC ne fait mention d'un code de déontologie unique. Nous pouvons donc croire que chaque profession a le sien. Packard (1997, cité dans Pryzwansky et Wendt, 1999) a proposé un modèle de prise de décision éthique lors de la *Conférence nord-américaine de psychologie de la justice pénale et criminelle 2007*. Selon cet auteur, voici les éléments à considérer avant de prendre une décision ou tout simplement en période de questionnement face à une situation particulière :

1. Indiquer les faits connus relatifs à la situation.
2. Évaluer sa réaction personnelle (« morale commune »).
3. Réviser attentivement le code d'éthique pertinent.
4. Vérifier les exigences juridiques pertinentes.
5. Réviser les politiques de l'agence ou de l'organisation (dans ce cas-ci, le SCC).
6. Appliquer les principes moraux généraux aussi concrètement que possible.
7. Se poser les questions déontologiques et téléologiques applicables.
8. Imaginer comment une personne « vertueuse » pourrait agir en pareille situation.
9. Indiquer et analyser les conflits pouvant apparaître entre les codes, les lois, les politiques, les principes moraux et les théories éthiques.
10. Consulter régulièrement des collègues dignes de confiance et qui imposent le respect.
11. Examiner les enjeux culturels ou relatifs à la diversité qui peuvent se poser, et en tenir compte.
12. Élaborer un plan d'action de rechange (plan B).
13. Agir en mettant en œuvre la solution qui, après une analyse minutieuse et approfondie, semble la plus crédible.

14. Réviser les conséquences de ses actions et être prêt(e) à reprendre le processus décisionnel si l'enjeu n'est pas résolu.

15. Ne pas oublier que la prise de décisions est un processus interactif, réciproque et systémique et non une série d'étapes linéaires comme la liste ci-dessus le laisse supposer.

## 6. Les contingences institutionnelles

Au SCC, parmi les contingences institutionnelles qui s'imposent, il faut compter les lois et la remise en liberté graduelle. S'y ajoutent la surveillance, les programmes et la participation de la collectivité qui constituent les principaux services correctionnels communautaires.

### 6.1. *Les lois*

Le SCC fonctionne avec plus de vingt lois et réglementations : Loi sur l'accès à l'information, Loi sur le casier judiciaire, Charte canadienne des droits et libertés, Code canadien du travail, Code criminel, Loi réglementant certaines drogues et autres substances, Loi canadienne sur les droits de la personne, Loi sur l'emploi dans la fonction publique, Loi sur les enquêtes, Loi sur l'équité en matière d'emploi, Loi sur l'extradition, Loi sur la gestion des finances publiques, Loi sur l'identification des criminels, Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, Loi sur les langues officielles, Norme d'évaluation de santé professionnelle, Loi sur les prisons et les maisons de correction, Loi sur la protection des renseignements personnels, Loi sur la preuve au Canada, Règlement et Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, Norme d'évaluation de santé professionnelle, Loi sur le transfèrement des délinquants, et finalement, Code de valeurs et d'éthique de la fonction publique. Chaque employé et toutes les équipes professionnelles, en établissement ou en communauté, se doivent de connaître et respecter ces lois et ces règles préétablies.

## 6.2. *La libération*

Au Canada, la plupart des délinquants sous responsabilité fédérale ne purgent qu'une partie de leur peine en incarcération. Ils se retrouvent éventuellement dans la collectivité, où ils doivent respecter certaines conditions qui varient selon les individus. Les services correctionnels communautaires ont pour tâche de graduellement remettre en liberté les délinquants tout en s'assurant qu'ils ne représentent aucun risque pour la population. Ceux qui se retrouvent en collectivité peuvent être réincarcérés s'ils contreviennent aux règles et conditions qui leur sont imposées. Dès le début de la peine en incarcération, le SCC les prépare à leur mise en liberté au moyen de programmes d'acquisition d'habitudes de vie honnête et d'aptitudes particulières. Ces programmes se poursuivent normalement à l'extérieur, lorsque les délinquants sont en liberté sous condition.

La liberté sous condition peut prendre diverses formes. Les « permissions de sortir, avec ou sans surveillance », sont de courtes sorties accordées pour diverses raisons. Les délinquants qui obtiennent de telles permissions peuvent être accompagnés par des employés ou des bénévoles. Ceux qui ont droit à des sorties sans surveillance sont toutefois supervisés par des employés travaillant dans la collectivité. Les « sorties liées aux programmes » sont permises pour les délinquants qui représentent un faible risque et qui désirent recevoir un traitement ou suivre un cours. La Commission nationale des libérations conditionnelles (CNLC) a le pouvoir exclusif d'accorder deux autres types de mise en liberté, c'est-à-dire la « semi-liberté » et la « libération conditionnelle totale », en se fondant sur les informations et les évaluations transmises par le personnel pénitentiaire et communautaire du SCC. La semi-liberté s'adresse aux délinquants qui participent aux activités de la collectivité, mais qui rentrent le soir dans une résidence surveillée. Elle est généralement accordée pendant une période de six mois, avant la libération conditionnelle totale. La libération conditionnelle totale constitue le retour à une vie « normale », en famille ou seul. La plupart des détenus sont admissibles à la libération conditionnelle totale après avoir purgé le tiers de leur peine.

Toutes ces formes de mises en liberté sont laissées à la discrétion de la Commission nationale des libérations conditionnelles ou du SCC. Outre cela, la législation canadienne prévoit deux formes de mise en liberté obligatoire, soit la libération d'office et la libération

à l'expiration de la peine. La libération d'office s'applique lorsque les délinquants qui ne sont pas considérés comme dangereux sont libérés après avoir purgé les deux tiers de leur peine. Des critères décisionnels entrent ici en ligne de compte afin que seuls les délinquants non dangereux obtiennent la libération. De plus, la Commission nationale des libérations conditionnelles peut leur imposer des conditions spéciales, outre celles qui sont déjà prévues par la législation. Ces délinquants, comme tous les autres libérés sous condition, sont supervisés dans la collectivité par des employés du SCC. La libération à l'expiration de la peine est la liberté totale que le délinquant retrouve une fois qu'il a fini de purger sa peine. Elle s'applique aux délinquants qui ont été considérés comme trop dangereux pour pouvoir retourner dans la collectivité en vertu de la libération d'office, et aussi, plus étonnamment, à certains délinquants qui choisissent de rester incarcérés jusqu'à la fin de leur peine.

### *6.3. Le centre correctionnel communautaire Martineau (CCC) – Unité de santé mentale communautaire (USMC)*

Avant de pouvoir quitter le pénitencier dans le cadre d'une mise en liberté sous condition, les délinquants se soumettent à un plan correctionnel établi par leur agent de libération. Généralement, ce plan prévoit certaines restrictions sur les déplacements et la liberté d'action, ainsi que des engagements à participer à des activités caractéristiques. Habituellement, une bonne motivation et un solide soutien dans la collectivité augmentent les chances des délinquants à se réinsérer efficacement dans la société. Les services correctionnels communautaires représentent un mélange de trois éléments interdépendants : la surveillance, les programmes et la participation de la collectivité.

Brièvement, la surveillance désigne la supervision directe de chacun des délinquants et la communication établie avec eux. Elle est effectuée par des employés du SCC qui travaillent dans la collectivité. Logiquement, les délinquants considérés comme plus à risque auront besoin d'une surveillance plus étroite et de contacts plus fréquents. Les employés peuvent aider le délinquant à respecter son plan et prendre des mesures s'il contrevient aux règles ou s'il manifeste un besoin d'aide.



La surveillance doit être assortie de programmes, puisqu'elle ne suffit pas à elle seule. Ceux qui sont offerts dans la collectivité tiennent compte des progrès que le délinquant a déjà faits en établissement.

Enfin, la participation de la collectivité est essentielle à la surveillance et aux programmes. Les employés du SCC comptent sur leurs contacts dans la collectivité pour obtenir des renseignements importants du point de vue de la surveillance. Plus encore, la participation de la collectivité montre aux délinquants qu'elle est prête à accepter de nouveau ceux qui le veulent bien. Tel que mentionné sur le site du SCC, les centres correctionnels communautaires du SCC s'engagent auprès du public :

- À évaluer le risque que représente chaque délinquant et à cerner les problèmes qu'il faut corriger.
- À tracer, avec chaque délinquant, un plan de traitement correctionnel afin de lui assurer la surveillance, la formation et les programmes dont il a besoin pour réduire risque de récidive.
- À suspendre la liberté de tout délinquant jugé susceptible de se livrer à des activités criminelles.
- À veiller à ce que l'information concernant les délinquants soit mise à la disposition (dans la mesure où la loi le permet) de la police, des victimes et des autres partenaires légitimes dans le domaine de surveillance.
- À surveiller chaque délinquant en le rencontrant chez lui et dans les bureaux du SCC à des intervalles conformes aux normes de surveillance.
- À documenter le cas de chacun des délinquants, conformément à la politique du SCC.

Plus ponctuellement, le programme de l'Unité de santé mentale communautaire (USMC) s'adresse à une clientèle présentant une problématique de santé mentale. Le client doit arborer un diagnostic psychiatrique clinique (axe I), ou encore un diagnostic multiple, pourvu que la raison principale de la référence au traitement psychiatrique soit d'abord un trouble mental autre que le retard mental et les troubles de la personnalité. Les délinquants présentant un trouble de la personnalité uniquement sont admis si le mode général de conduites, de relations sociales et d'expressions émotionnelles envahit les situations

personnelles et sociales de manière à altérer sévèrement leur fonctionnement. En somme, l'USMC offre un encadrement sécuritaire et clinique tout à la fois.

## MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre est consacré à la présentation des sources de données, des instruments utilisés et des stratégies d'analyse ayant permis de préparer les trois études de cas.

### *1. Les sources de données*

Les données recueillies dans le cadre de ce stage proviennent à la fois des dossiers informatisés SGD, du personnel correctionnel et des détenus eux-mêmes.

#### *1.1. Le Système de Gestion des Délinquants (SGD) et le personnel correctionnel*

Chaque intervenant du SCC se doit d'être familiarisé d'une façon minimale avec le SGD. Ce système informatisé est utilisé non seulement par le SCC, mais également par la Commission nationale des libérations conditionnelles et certains corps professionnels dans le but de gérer efficacement l'information qui a trait aux délinquants fédéraux. À cet égard, les échanges informatisés sont contrôlés. N'accède pas au SGD qui le désire. Cela permet de préserver la sécurité et la protection de l'information tout en améliorant la capacité d'assurer un suivi adéquat aux délinquants. Le système permet de recueillir, d'emmagasiner et d'extraire les renseignements nécessaires pour tout suivi ou prise de décision concernant un contrevenant. Afin de maximiser le partage des informations entre le SCC et la CNLC, un renouvellement du SGD, en mai 2001, a été entamé. En novembre 2006, la nouvelle version était implantée partout au pays.

À partir du Système de Gestion des Délinquants, dont il tire ses données, InfoPol est un outil informatique mis à la disposition des services de police du pays. En juin 2010, InfoPol était utilisé dans plus de 95 % des services de police du Canada.

Par ailleurs, plusieurs des contrevenants qui se voient imposer une sentence fédérale ont, auparavant, été soumis au système provincial ou à d'autres divisions fédérales. En effet, les systèmes correctionnels s'occupent souvent des mêmes individus, mais à des moments différents. Des protocoles d'entente ont été signés ou sont en voie de l'être afin que le SCC

puisse accéder à des informations provenant d'autres systèmes correctionnels individuels, et vice-versa, dans des provinces telles que la Saskatchewan, Terre-Neuve, le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest.

La Commission provinciale des libérations conditionnelles, les établissements résidentiels communautaires et les organismes de surveillance ont également besoin d'accéder et de partager leurs informations qui concernent les délinquants ayant complété leur temps d'incarcération. Par conséquent, ils ont eux aussi accès au SGD. Enfin, les procureurs généraux, les bureaux provinciaux des procureurs de la Couronne, Passeport Canada, l'Agence des services frontaliers du Canada, le Centre canadien de la statistique juridique, l'Agence du revenu du Canada, le Ministère du Revenu du Québec, le Registre des délinquants sexuels de l'Ontario (RDSO) et le Groupe de révision des condamnations criminelles sont autant d'instances avec lesquelles le SCC a conclu des ententes particulières d'accès à l'information. Comme quoi bien des individus peuvent être au fait de tout événement ou condition judiciaire d'un délinquant.

Dans le cadre de ce stage, du système SGD, nous avons tiré les informations suivantes : résultats au PCL-R, au VRAG et au HCR-20, de même qu'au STABLE et au Statique-99. La plupart des informations cliniques présentées est également issue du SGD.

Outre les données disponibles de façon informatisée, les ressources humaines sont aussi de grandes sources de renseignements. Le personnel correctionnel travaille dans les établissements correctionnels, les bureaux de libération conditionnelle, les maisons de transition, les bureaux des administrations régionales ou l'administration centrale. La panoplie d'employés œuvrant au SCC comprend les agents de liaison autochtone, de développement auprès de la collectivité autochtone, de programmes correctionnels pour autochtones, de correction, de libération conditionnelle, des programmes sociaux et de programmes correctionnels, en plus des infirmiers, des pharmaciens, des psychologues, des psychiatres et des travailleurs sociaux. Le SCC engage aussi du personnel de bureau, de maintenance et autres. Pour notre part, nous avons surtout bénéficié des apports des agents de libération conditionnelle, des infirmiers et des psychologues.

## 1.2. *Les détenus*

Nous avons, dans le cadre de ce travail de stage, rencontré à quelques reprises trois détenus présentant le double diagnostic à l'étude. Étrangement, les manifestations de la maladie sont apparues, chez chacun, fort différemment, ce qui dénote tout l'intérêt de voir plus d'un sujet. De plus, chacun a sa propre histoire, son vécu, ses délits et sa symptomatologie. Nous n'avons là qu'un minime échantillon de tous les détenus incarcérés au SCC.

En accord avec l'ALC au dossier, les sujets devaient approuver leur participation à la démarche de stage. C'est pourquoi chacun a signé un formulaire de consentement, approuvé par la supervision. Il importait également que les sujets ne représentent pas un potentiel de violence élevé. En effet, deux sujets ont été rencontrés dans un bureau fermé (dont la configuration faisait en sorte que la porte était plus près de l'individu) et le dernier dans un café du centre-ville de Montréal. Sans la participation de ces trois hommes à notre projet, ce dernier n'aurait pas été possible. Nous croyons que, dans l'ensemble, ils ont usé de franchise. Grâce à leurs réponses et à leur ouverture à se raconter, ils ont consisté en une source de données essentielle.

## 2. *Les techniques d'analyse : les instruments utilisés et les résultats obtenus*

Les méthodes de recherche qualitative comportent des avantages comme des inconvénients. Brièvement, ce type de recherche met en valeur la subjectivité des acteurs (ou des sujets), prend en considération le caractère réflexif de la recherche et privilégie l'étude des faits sociaux dans leur contexte naturel. Quant à l'entretien non-directif, il donne accès à la représentativité (représentations internes), contrairement à des questionnaires à questions fermées ou semi-dirigées.

En regard à nos propres ressources, il aurait été irréaliste de réaliser des entretiens avec plus de trois ou quatre individus. Malgré ses limites, ce petit échantillon permet une certaine profondeur dans les interventions effectuées, une bonne imprégnation des opinions, perceptions et personnalités. Ainsi, nous ne pouvons assurer une généralisation des résultats

obtenus, mais il reste que des liens entre les informations recueillies et la théorie peuvent subsister.

### 2.1. Le *Working Alliance Inventory* (l'Inventaire de l'Alliance de Travail)

L'Inventaire de l'Alliance de Travail (le *Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath & Greenburg, 1986, 1989) est un instrument autorapporté servant à évaluer le construit d'alliance de travail proposé par Bordin (1976). Au fil des années, le concept a reçu diverses appellations telles que « alliance thérapeutique », « alliance d'aide » ou « alliance de travail ». Ces termes réfèrent à « l'expérience de traitement du patient avec le thérapeute, comme étant aidante, ou potentiellement aidante, à l'atteinte de ses buts (Luborsky *et al.*, 1993, p. 480, traduction libre) ».

Initialement, l'instrument contenait 91 items (35 énoncés pour le lien, 33 pour le but et 23 pour la tâche) sur la base de l'analyse de contenu de Bordin (1976, 1980), incluant des descriptions de chacune de ces dimensions. Chaque item sélectionné devait capter une émotion, une sensation ou une attitude chez le client, qui pouvait être absente ou présente. À partir de cet ensemble, Horvath et Greenberg (1989) ont créé le WAI, les versions du client et du thérapeute. En somme, leur étude soutient que la fidélité et la validité du WAI sont adéquates. Cette même année, Tracey et Kokotovic (1989) ont entrepris d'écourter les 36 items de la version longue pour en faire une version courte (WAI-S) à 12 items. Tichenor et Hill (1989), quant à eux, ont créé le WAI-O, la version pour les observateurs. En 2006, Corbière, Bisson, Lauzon et Ricard validèrent la version courte du WAI en langue française. Nous avons eu la chance de recevoir, de M. Stéphane Bouchard (1997), sa version française inspirée de la version brève (12 items) de Bachelor et Salamé (1991). En nous basant sur la version anglaise de Horvath et Greenberg (1989) et sur la version française de Bouchard (1997), nous avons adapté le WAI d'une façon qui nous a parue plus exacte (voir annexes).

Il s'avère pertinent de voir ici comment nous parvenons aux pourcentages qui seront exposés dans l'analyse des études de cas ici-bas. Chaque WAI comporte trois catégories dans lesquelles sont disposées les diverses questions de l'inventaire. Prenons, par exemple, les énoncés liés à la tâche. Il y en a, au total, douze. Pour chaque énoncé, le répondant a le

choix entre sept réponses. Selon que la phrase est positive ou négative, les points seront soit positifs (+), soit négatifs (-), donc soustraits. Ainsi, pour cette première échelle, le minimum possible équivaut à -28 et, le maximum, à + 44. En additionnant les + et en soustrayant les -, on obtient un nombre. Ce dernier est additionné au minimum. Donc, par exemple, si le résultat est 30, on aura 58 (parce que  $30 + 28$ ).  $28 + 44$  équivaut à 72 : il s'agit de l'écart dans lequel il est possible d'osciller. Si on divise 58 par 72, le pourcentage obtenu (81 %) sera celui équivalent à l'amplitude avec laquelle la dimension de la tâche existe entre le client et le thérapeute, selon l'un ou l'autre. Plus le pourcentage est élevé, plus grande est l'importance de cette dimension dans la relation thérapeutique.

Notons que nous avons passé le WAI au trois sujets, au début et à la fin de nos rencontres, pour évaluer l'alliance avec leur psychologue et, également, à une reprise pendant le processus afin de vérifier celle qui a pu s'installer (court terme) avec nous. Ici, les résultats obtenus peuvent être biaisés, en ce sens que nous étions présente lors de la passation et que ceci a pu induire un effet de désirabilité sociale (hausse factice des scores) ou encore d'opposition (baisse des scores). Enfin, pour chacun des sujets, le thérapeute complétait, à une reprise, la version du clinicien.

## 2.2. La grille d'entrevue (construite à partir de l'*Insight Treatment Attitudes Questionnaire*)

L'*Insight Treatment Attitudes Questionnaire*, développé par McEvoy et ses collègues en 1989 (traduction libre en annexe) mesure divers aspects de l'« insight », tel que la présence de troubles mentaux et l'utilité des traitements psychologique et pharmacologique. Idéalement, le test peut être administré à plusieurs reprises chez le même individu afin d'évaluer l'évolution de sa capacité d'intériorisation. Notons, toutefois, que cette aptitude n'est pas nécessairement corrélée à l'observance du traitement en général.

L'ITAQ comporte, à la base, onze questions ouvertes portant sur les diverses facettes d'un traitement. Il s'agit de dénoter la perception du sujet par rapport à ses difficultés psychologiques et de remarquer, au passage, son degré d'intériorisation. Chaque énoncé doit d'ailleurs être coté selon une échelle de trois points (aucune intériorisation, faible intériorisation ou bonne intériorisation). À partir de cet instrument de mesure qualitatif, nous avons construit notre propre grille d'entrevue (en annexe) avec l'aide de

notre directeur de recherche. Nous avons voulu, plus précisément, connaître les perceptions des sujets en regard à leurs difficultés, et ce, en regard au passé carcéral, au présent et à l'avenir (projection). Nous avons divisé la passation de notre grille d'entrevue en trois parties, en fonction de la période de temps traitée. L'ensemble créé par ces questions s'avère pertinent, adapté et utile à l'interprétation et à l'analyse de nos données (voir annexes).

### *2.3. La théorie subjective de la maladie*

Cette grille d'entrevue est inspirée des travaux allemands sur les théories subjectives de la maladie (Flick, 1992) et comprend dix questions ouvertes que nous avons utilisées telles quelles. M. Denis Lafortune, notre directeur de recherche, nous a fait parvenir cet instrument qu'il utilisait d'ores et déjà dans sa pratique clinique et en recherche. Encore une fois, ces interrogations ouvrent sur la perception des sujets quant à leurs difficultés psychologiques, psychiatriques et générales (voir annexes).



## LA PRÉSENTATION DU MATÉRIEL

La majorité des informations présentées dans cette section est tirée des rapports criminologiques, psychologiques et psychiatriques produits par des professionnels du SCC.

### 1. Marc A.

#### 1.1. *Présentation du sujet*

Âgé de 66 ans, Marc A. a cumulé par le passé maints passages à l'acte violents en communauté : vols à main armée (21 chefs), voies de fait (2 chefs), avoir causé intentionnellement des lésions corporelles (2 chefs), voies de fait ayant causé des lésions corporelles (1 chef) et possession d'arme (2 chefs). La sentence ici d'intérêt consiste en son deuxième terme fédéral, d'une durée de deux ans, pour les délits suivants : vol qualifié, proférer des menaces de causer la mort ou des blessures, possession d'arme et voies de fait.

Le début de la sentence étant daté de novembre 2007, le mandat d'incarcération a pris fin en novembre 2009. Le niveau de sécurité octroyé à monsieur, lors de l'évaluation préliminaire, relevait du risque modéré. Il n'était pas considéré comme un délinquant dangereux, malgré certains facteurs de risque notables : antécédents de violence et d'utilisation d'armes, lien entre l'intoxication et le comportement délinquant, problématique de santé mentale.

D'aussi loin que le dossier judiciaire le rapporte (en 1963, à l'âge de 19 ans), la criminalité de Marc A. est jugée comme persistante, de nature acquisitive, dirigée contre les biens et contre la personne tout en étant parfois vindicative. L'histoire de monsieur a débuté avec plusieurs antécédents violents, dont des vols qualifiés et des voies de fait. Il débute une première peine fédérale en 1967, d'une durée initiale de deux ans pour des délits de fraude. Il a, par la suite, été condamné en 1967 à 14 ans de pénitencier pour une série de vols à main armée, voies de fait et causer intentionnellement des lésions corporelles. Il a causé des dommages graves à un policier en l'atteignant d'une balle à la jambe, lui laissant des séquelles. Les informations officielles démontrent qu'il a commis plusieurs vols en

recourant à la violence et à des armes chargées. En 1975, il a été à nouveau condamné pour vols à main armée, cette fois pour une peine de 15 ans d'incarcération, suite à une récidive lors d'une libération conditionnelle. En octobre 1981, il est condamné pour voies de fait commises à l'endroit d'un professeur du pénitencier. La CNLC note qu'il a endossé un rôle d'instigateur dans plusieurs agressions envers des membres du personnel entre 1979 et 1981. Entre 2001 et 2005, il a été sentié à répétition pour des méfaits. L'intoxication et la perpétration de délits violents allaient normalement de pair. Le tableau suivant présente clairement la panoplie d'infractions inscrites au dossier judiciaire de Marc A. (notons l'étonnante accalmie de 26 ans, de 1981 à 2007) :

**Tableau XVI – Les infractions notées au dossier judiciaire de Marc A.**

Infraction	Sous-catégorie d'infraction	Année de condamnation	Chef	Ans	Mois
Profère menace causer mort / blessures		2007	1	2	0
Port d'arme dans / dessein dangereux		2007	1	2	0
Voies de fait – Employer force		2007	1	2	0
Vol qualifié		2007	1	2	0
Voies de fait graves		1981	1	2	0
Agression causant lésions corporelles		1981	1	13	2
Déguisement dans dessein criminel		1975	1	2	0
Déguisement dans dessein criminel		1975	1	2	0
Vol qualifié	Vol à main armée	1975	1	13	0
Déguisement dans dessein criminel		1975	1	13	0
Introduction par effraction avec intention d'y commettre un acte criminel		1968	1	2	0
Introduction par effraction et y commet un acte criminel		1967	1	12	0
Possède arme ou imitation		1967	1	2	0
Voies de fait avec intention		1967	1	5	0
Vol qualifié	Vol à main armée	1967	5	12	0
Cause lésions corporelles / blesser		1967	2	5	0
Vol		1967	1	0	6

## 1.2. *Sommaire de l'histoire psychosociale et cheminement délictuel*

Monsieur A. est originaire de Verchère et rapporte avoir grandi à Montréal. À notre connaissance, le sujet est le troisième d'une famille de quatre enfants. Ses parents se séparent alors qu'il est âgé d'environ 9 ans. Sa mère, éprouvant apparemment des troubles psychotiques chroniques (schizophrénie), demeure hospitalisée pendant près de 12 ans. C'est donc le père qui obtient la garde des enfants suite à la séparation. Ne sachant pas comment se débrouiller avec quatre enfants, il les envoie en foyers nourriciers. Ainsi, monsieur A. est séparé de ses deux frères et élevé avec sa sœur par une mère nourricière. En plus d'être séparé de sa mère, il a le sentiment d'être rejeté par son père. Suite à cela, Marc A. développe un sentiment de colère, une difficulté certaine à respecter l'autorité et les limites, une faible estime de lui-même ainsi que des carences affectives importantes.

À l'âge de 14 ans, étant toujours en foyer nourricier, le sujet, qui commence dès lors à présenter certains comportements agressifs et passablement violents, fraude sa mère nourricière en lui volant un chèque de quelques milliers de dollars. Bien que le but de ce délit demeure vague, notons que c'est à cette époque qu'il commence à consommer alcool et drogues (haschich, marijuana, colle, *speed*). Il en abuse régulièrement à partir de 15-16 ans. Dans les années 1965-66 (vers les 21-22 ans), après sa première sortie du pénitencier, la documentation institutionnelle rapporte ceci : « ... il mène une vie d'abus et de luxe en faisant un usage excessif d'alcool et en fréquentant les courses de chevaux, les escortes et les boîtes de nuit sur une base régulière. Son style de vie exigeant des revenus financiers importants et monsieur ne pouvant se résoudre à intégrer le marché du travail, le sujet décide de se tourner vers la criminalité pour répondre à ses besoins ». C'est à partir de ce moment que la criminalité de Marc A. prendra une courbe ascendante en termes de violence.

Ensuite, à 17 ans, mécontent de son travail dans l'aviation (selon lui trop sévère), il commet un vol pour démontrer sa révolte contre l'autorité. Bien qu'il occupe quelques emplois honnêtes, il choisit de vivre de la criminalité, ce qui le délivre de la monotonie quotidienne et lui permet d'entretenir un mode de vie oisif et confortable. Rapidement, il met son sentiment de rébellion et de colère au profit de sa criminalité en effectuant des vols à main armée avec violence. Notons que, tout au long de sa carrière criminelle, et bien qu'il

eut quelques problèmes avec la consommation de drogues et d'alcool, sa prise de substances ne fut généralement pas directement liée à ses délits. Néanmoins, il est possible de croire qu'elle ait facilité certains passages à l'acte du sujet, surtout au début de l'âge adulte où les délits étaient nombreux et fréquents. Quoi qu'il en soit, Marc A. entame bientôt une carrière criminelle empreinte de violence de nature autant acquisitive que vindicative.

Les signes visibles de la détérioration de sa santé mentale apparurent lors de son deuxième terme fédéral, vers 1983 (diagnostic de schizophrénie). Toutefois, il est possible de penser que le prodrome de la maladie a contribué à sa violence, le rendant impulsif, imprévisible et réellement instable. C'est d'ailleurs cette violence qui le garde emprisonné pendant de nombreuses années en raison de gestes commis lors de ses incarcérations et d'une récidive suite à sa première libération conditionnelle. Nous pouvons croire que sa criminalité avait pour buts premiers de répondre à ses besoins immédiats, d'entretenir son mode de vie, de le valoriser et de lui permettre de décharger sa colère. Après ses longues années d'incarcération, le sujet se met à commettre des méfaits. Puis, durant les années qui suivent et probablement en raison de sa maladie, une apparente accalmie délictuelle se produit (selon les informations disponibles). Son dossier psychiatrique a été ouvert en 1972.

Les présents délits, survenus à environ un mois de sa dernière peine d'emprisonnement provinciale pour méfaits, illustrent un certain retour à l'utilisation de la violence pour obtenir ce qu'il désire. Même si les moyens employés sont beaucoup moins inquiétants que ceux pris en début de carrière (armes chargées), ils demeurent empreints d'agressivité et de violence. Ils ont été commis sous l'influence délirante de sa problématique de santé mentale, contrairement à ses tout premiers délits. D'ailleurs, les notes évolutives du dossier psychiatrique du CRSM (où il a séjourné avant d'intégrer la population régulière de l'Établissement Archambault, en septembre 2008), rapportent à plusieurs reprises que le sujet résiste au traitement et qu'il peut se montrer hostile. Il nie également avoir une problématique de santé mentale. La seule période de stabilité qu'il aurait connue dans la communauté (vers 1992-1995) coïncidait avec le fait qu'il prenait sa médication de façon assidue et acceptait de rencontrer le psychiatre sur une base régulière. Entre 1997 et 2007,

lorsqu'il se trouvait en société, il vivait dans la rue et en situation d'itinérance, selon la documentation.

En résumé, le sujet présente une criminalité persistante et continue. Principalement de nature acquisitive, dirigée contre les biens et contre les personnes, elle peut être également vindicative. La schizophrénie, dans ce contexte, a pu servir d'amplificateur à sa violence, à son agressivité et à l'expression de ses émotions négatives, qu'il a clairement évacuées lors de ses délits passés et surtout en début de carrière (perceptions délirantes de la réalité en lien avec le jeu). Au moment de ses deux premiers termes, la criminalité lui servait à financer son style de vie oisif, à satisfaire son attrait pour le gain facile et rapide et à se valoriser auprès d'autrui. Presque trente ans plus tard, sa problématique de santé mentale ayant pris le dessus sur l'antisocialité, sa motivation ne semble plus économique, même si ses récents délits furent commis dans le but d'obtenir de l'argent, mais plutôt dictés avant tout par ses idées délirantes et sa perception erronée de la réalité.

### *1.3. Niveau de risque et évaluation du risque*

En premier lieu, Marc A. présente une criminalité continue et persistante, autant de nature acquisitive que vindicative, dirigée contre les personnes ou les biens. Ses antécédents dans divers types de délits sont lourds et, bien qu'entre 21 et 45 ans il ne passe que très peu de temps en collectivité, son comportement violent en milieu carcéral le garde emprisonné et en rajoute à sa fiche criminelle. De toute évidence, le sujet éprouve une grande difficulté à se conformer tant aux règles sociales qu'à l'autorité. En regardant sa criminalité des dernières années, il est possible de dénoter une certaine accalmie, une diminution de la fréquence dans la commission de ses délits et un usage moins fréquent de la violence; caractéristiques illustrées par l'ensemble des méfaits commis. Par contre, monsieur A. persiste à nier ses problèmes de santé mentale et accepte difficilement de prendre une médication pouvant stabiliser sa situation, celle-là même qui le rend incapable de se remettre en question, de gérer et d'exprimer ses émotions ainsi que de demander de l'aide. Conséquemment à des lacunes bien documentées, ses compétences psychosociales sont faibles, surtout dans les moments où la maladie resurgit.

Rappelons ici, avant d'en traiter plus concrètement ici-bas, que l'Échelle Révisée de Psychopathie de Hare (ou la PCL-R) est une mesure permettant d'évaluer chez un individu la présence de traits et de comportements reliés à la psychopathie. La force de prédiction de l'échelle augmente en fonction de l'augmentation de la cote; une cote basse ne signifie pas nécessairement un niveau de risque faible, or, une haute cote signifie un plus grand risque. Cette échelle est bien validée au niveau de la recherche, particulièrement dans les échantillons carcéraux. Elle classifie les sujets selon trois franges, soit non psychopathe, mixte ou psychopathe. Le premier facteur de l'instrument (traits de personnalité) comprend les aspects interpersonnel (sous facteur 1) et affectif (sous facteur 2). Le second facteur (mode de vie instable et antisocial), comprend le style de vie (sous facteur 3) et les indices d'antisocialité (sous facteur 4)

Au niveau de l'*Échelle de Psychopathie de Hare – Révisée* (PCL-R), parmi les traits observés, il y a la faillite du potentiel empathique (exemples : absence de remords, affects superficiels, insensibilité et manque d'empathie), le besoin de stimulation (exemples : toxicomanie, alcool, jeu), la surestimation de soi, la duperie/manipulation (pour arriver à ses fins et satisfaire ses besoins), la tendance au parasitisme, la faible maîtrise de soi (exemple : ses agressions antérieures sur des membres du personnel du SCC), l'impulsivité, l'irresponsabilité, l'incapacité d'assumer pleinement la responsabilité de ses faits et gestes, l'apparition précoce de problèmes de comportement, la délinquance juvénile, la violation des conditions de mise en liberté conditionnelle et la diversité des types de délits commis. Advenant une interruption de la médication, ce risque et ce potentiel violent se trouvent accrus dû à l'augmentation du délire, de nature paranoïde. À partir de cette échelle clinique semi-structurée, le pronostic social est considéré plutôt sombre.

Un autre outil de gestion du risque, le Guide d'Évaluation du Risque de comportement Violent (VRAG), évalue presque uniquement des indices statiques et permet d'obtenir un pourcentage de risque de récidive violente à l'intérieur de 7 et 10 ans. Selon le VRAG, pour Marc A., la probabilité de récidive violente dans les sept années suivant une libération est de 55 % et, dans les dix années suivant une libération, de 64 %. Selon cette échelle, le risque de récidive violente va donc du niveau modéré au niveau élevé, ce qui est considéré inacceptable pour la communauté. D'autant plus que le degré de dangerosité (violence du

passage à l'acte) au niveau de ses antécédents criminels se situe à un niveau élevé (exemples : dommage grave contre un policier, violence antérieure assez sérieuse).

Enfin, le *Historical, Clinical, Risk Management – 20*, ou HCR-20, est une grille clinique d'évaluation du risque de comportement violent. Cette grille comprend, en plus de l'évaluation de facteurs statiques, l'évaluation de facteurs dynamiques qui tiennent compte de l'état actuel du détenu ainsi que l'évaluation de facteurs liés à la gestion du risque dans le futur à court terme. Pour Marc A., les facteurs chronologiques et statiques ainsi que les facteurs cliniques convergent vers un risque de récidive élevé. Parmi les facteurs concernant la gestion du risque, les intervenants du SCC devront surveiller prioritairement l'exposition à des facteurs déstabilisants, le manque de soutien personnel (sans ressource), l'inobservance des mesures curatives (abandon de sa médication psychotrope et de sa sobriété) ainsi que le stress (notons que le facteur C-5 correspond à la réponse aux traitements (pas seulement la médication) et le facteur R-4 se rapporte à l'observance au traitement).

Le risque de récidiver avec un délit contre les biens est considéré comme élevé, ceci en raison des nombreux antécédents de même nature et de la maladie mentale du sujet. Par contre, le risque que monsieur A. récidive avec un délit contre autrui est modéré. Cela s'explique par le fait que le sujet a eu des agissements agressifs et violents plus particulièrement au début de sa carrière criminelle. Dorénavant, ce risque est relié à son état mental; si la maladie dont il souffre (schizophrénie paranoïde) est correctement traitée, le risque est amoindri. Or, Marc A. n'a peu ou pas de motivation à travailler sur ses facteurs contributifs, ne les reconnaissant tout simplement pas. Il doute de la validité de son diagnostic, ce qui pose problème au niveau de l'observance thérapeutique. Une stabilisation à ce sujet pourrait diminuer le risque, menant alors à une estimation plutôt modérée de la dangerosité sociale. Ainsi, la documentation disponible sur monsieur A. conclut que la récidive demeure fort probable à court ou moyen terme et que, en cas de récidive, il pourrait causer un tort considérable à une tierce personne.

#### 1.4. *Impressions diagnostiques* (en date de novembre 2008)

Axe I : schizophrénie paranoïde (et possiblement, trouble du contrôle des impulsions : jeu pathologique)

Axe II : trouble de la personnalité antisociale

Axe III : rien de pertinent

Axe IV : rien de pertinent

Axe V : EGF 30 à l'arrivée et 50 au départ

#### 1.5. *Impressions cliniques*

Selon les observations des psychologues et psychiatres ayant récemment travaillé avec monsieur A., il est noté que celui-ci maintient un discours imprégné de distorsions cognitives (itinérance agréable, réalité non-correspondante à l'idée qu'il s'en fait), mais également des contenus délirants encapsulés (par rapport au jeu, entre autres). Globalement, face à ses délits passés et actuels, il a tendance à réaménager la réalité à laquelle il donne parfois un sens délirant, alors que tout ce qui a trait au répertoire empathique (remords, sensibilité, empathie, affects) est quasiment inexistant. Monsieur attribue souvent un sens paranoïde à ses délits et il se présente davantage comme une victime d'injustice, du système ou de l'autorité. Dans ce contexte, il y a peu de mécanismes d'appropriation et le sujet assume difficilement la responsabilité de ses faits et gestes. Il peut également apposer une explication à connotation délirante qui justifierait sa propre violence sans perturbation découlant du répertoire empathique (par exemple : c'était un faux policier !).

Selon les informations contenues au dossier, monsieur aurait séjourné à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal à quelques reprises lors de sa première sentence fédérale. Au cours de ces séjours, il aurait reçu différents diagnostics : trouble de personnalité, schizophrénie chronique, schizophrénie paranoïde, trouble paranoïde chronique bien stabilisé, trouble mixte de la personnalité avec immaturité ainsi que des traits passifs, dépendants et antisociaux. En 2000, suite à une expertise psychiatrique, seul un trouble de personnalité non spécifié à l'axe II est retenu. En 2008, le rapport du psychiatre pose comme impression diagnostique une schizophrénie de type paranoïde avec des traits antisociaux. Outre le délire se rapportant à Loto Québec, Marc A. prétend également avoir



une amie rencontrée en 1975 à Las Vegas et qui aurait remporté des millions de dollars en crédits cinématographiques. Ces délires se maintiennent dans le temps. En ce qui a trait aux antécédents suicidaires, il semblerait que le sujet ait attenté à ses jours en 1972 en sautant d'un 4<sup>e</sup> étage.

Le profil clinique obtenu au MMPI-2 (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2<sup>e</sup> édition*) apporte une faible contribution à la compréhension de la dynamique délictuelle du sujet, en fonction notamment des résultats préoccupants obtenus aux échelles de validité. Tout au plus, les échelles de Morey indiquent la présence de traits antisociaux très marqués au sein de la personnalité tandis que les traits paranoïdes apparaîtraient plutôt au niveau des échelles principales.

Les données anamnestiques démontrent que le sujet s'est retrouvé assez rapidement sans ressource, et ce, à partir de l'adolescence. Il s'est engagé dans la voie de la toxicomanie tout en adoptant un mode de vie antisocial et hédoniste. Vu le thème récurrent du jeu au niveau des passages à l'acte délictueux (par exemple : problèmes récurrents avec Loto-Québec, fréquentation du Casino de Montréal et antérieurement des courses de chevaux), il faut poser l'hypothèse d'une problématique de jeu pathologique. Il appert que monsieur A. s'est, avec les années, institutionnalisé, et que ses passages antérieurs au sein de la communauté ont souvent été marqués par un mode de vie itinérant. À cela peut s'ajouter une consommation d'alcool et de drogues qui désinhibe davantage le sujet et exacerbe son agressivité et son hostilité. Le potentiel de réinsertion sociale a diminué en cours d'incarcération; il est maintenant établi comme étant faible, ceci en raison de sa difficulté à respecter ses engagements et d'une grande imprévisibilité imputable à sa maladie. Conséquemment, Marc A. ne devrait pas être laissé à lui-même au sein de la communauté, car la probabilité qu'il abandonne sa médication psychiatrique paraît élevée, ce qui mènerait à des risques de désorganisation et de récidive criminelle.

## 2. William B.

### 2.1. *Présentation du sujet*

Depuis juillet 2002, William B., aujourd'hui âgé de 38 ans, célibataire et sans enfant, purge une seconde sentence fédérale d'une durée de 10 ans pour avoir commis les délits suivants (9 chefs) : vols qualifiés avec arme à feu (5 chefs), vols qualifiés (4 chefs), possession non autorisée d'armes prohibées ou à autorisation restreinte, déguisement dans un dessein criminel (2 chefs), usage d'une fausse arme à feu, possession d'arme durant une ordonnance d'interdiction (3 chefs) et défaut de se conformer à un ordre de probation. Précisons que la nature des infractions à sa première sentence fédérale était également de nature violente et contre la personne, notamment des vols qualifiés et une agression sexuelle grave. Sa libération d'office était prévue pour le 8 mars 2009 et le mandat d'incarcération prendra fin le 7 juillet 2012.

L'historique criminel est précoce, prolifique et progressif. Monsieur est arrêté une première fois vers l'âge de 14 ans pour vol qualifié. À 16 ans, il récidive avec un vol qualifié et des voies de fait causant des lésions corporelles. À 18 ans, la trajectoire criminelle conserve la même tonalité violente et une cadence rapide. Devant la gravité de l'agir délinquant, les sanctions passent de l'amende à des périodes d'incarcération avec probation. Après trois condamnations provinciales, William B. est admis dans le circuit fédéral à 19 ans et il entame un premier terme de pénitencier de 8 ans et 8 mois relativement à des délits majeurs contre la personne (dont une agression sexuelle grave commise avec un complice). Par la suite, les informations disponibles attestent de condamnations pour des infractions dénuées de violence, orientées contre les biens ou liées aux stupéfiants.

En ce qui a trait à l'historique institutionnel, c'est au cours de ses premières années d'incarcération que William B. a cumulé un nombre appréciable de rapports disciplinaires, entre autres pour : état anormal, refus d'ordre, altercation avec un officier, objets de contrebande et propos irrespectueux. En lien avec ces comportements problématiques, il a récolté des sanctions diverses telles des avertissements, amendes et séjours en isolement.

L'étendue de ses difficultés d'adaptation est d'ailleurs à l'origine de son transfert à Port Cartier en 1993. À cet établissement, le nombre de rapports disciplinaires a littéralement chuté, une accalmie qui s'est maintenue par la suite, comme le démontrent les rares rapports d'infractions.

En ce qui concerne l'historique libératoire, monsieur croit que l'application de la condition d'assignation à résidence était conçue pour qu'il soit réincarcéré. De manière générale, les comportements de l'intéressé dénotent un important manque de fiabilité en communauté. Depuis son retour au pénitencier en juillet 2002, et selon les dernières informations au dossier, son comportement pavillonnaire est adéquat et son dossier disciplinaire est toujours vierge.

À la lueur des informations disponibles, nous pouvons faire l'hypothèse que les problèmes d'impulsivité et le choix d'adhérer aux valeurs criminelles, conjugués à une dépendance aux substances intoxicantes, contribuent à entretenir et à aggraver la délinquance du contrevenant. Nous constatons également que les délits sont souvent commis en complicité avec un tiers et avec l'usage d'une arme. La trajectoire criminelle de monsieur B. est précoce et surtout dirigée contre la personne, dans un but acquisitif. Par le passé, il a eu recours à la menace verbale et physique. De fait, les principaux facteurs contributifs au comportement criminel sont la toxicomanie, la fréquentation de pairs négatifs, des valeurs délinquantes et une fragilité au niveau de la santé mentale. Lors de sa première peine sous juridiction fédérale, le sujet a connu des difficultés à respecter ses conditions et il a été suspendu à plusieurs reprises. Toutes ses libérations se sont soldées par des bris de conditions, des récidives ou des périodes de liberté illégale et aucune accalmie significative n'est notée. Ses difficultés à mener à bien ses libérations antérieures sont nombreuses et témoignent d'un besoin majeur d'encadrement et de soutien en communauté. À l'heure actuelle, malgré son implication dans certaines thérapies ou autres activités visant à traiter les facteurs contributifs, ceux-ci sont toujours présents.

Tableau XVII – Les infractions notées au dossier judiciaire de William B.

Infraction	Sous-catégorie d'infraction	Année de condamnation	Chef	Ans	Mois
Déguisement dans dessin criminel		2002	1	1	0
Usage fausse arme à feu – Commettre		2002	1	1	0
Vol qualifié – Arme à feu		2002	5	10	0
Possession non autorisée d'armes prohibées / restreintes		2002	1	1	0
Déguisement dans dessin criminel		2002	1	1	0
Défaut de se conformer – Ordre de probation		2002	1	1	0
Possession d'arme contraire à l'ordonnance d'interdiction		2002	3	1	0
Vol qualifié – Les autres		2002	4	9	0
Mise en circulation de monnaie contrefaite		1998	1	0	5
Vol plus		1992	1	0	6
Vol qualifié		1991	1	8	0
Complote commettre acte criminel	Vol qualifié	1991	1	8	0
Agression sexuelle grave		1991	1	8	0
Introduction par effraction et y commet un acte criminel	Méfais	1991	1	0	6

## 2.2. Sommaire de l'histoire psychosociale et cheminement délictuel

Monsieur B. a grandi à Pointe-Saint-Charles, sur l'île de Montréal. Il est le troisième, avec sa sœur jumelle, d'une famille de cinq enfants (trois demi-frères de pères différents). Le sujet considère son beau-père comme son vrai père, ce dernier étant décédé alors qu'il avait quatre ans. Le beau-père est décrit comme alcoolique et violent. Il semble également qu'il battait les enfants à coups de poing et de ceinture, et qu'il abusait sexuellement de la sœur du sujet. Monsieur affirme qu'il était battu presque quotidiennement sans raison spécifique et qu'il a commencé à voler de l'argent à son père entre les âges de cinq et sept ans, par vengeance. Il soutient avoir grandi dans la peur du beau-père (et il aurait fait de l'énurésie jusqu'à 12 ans). Il tendait à blâmer sa mère qui disait aux enfants que les sévices étaient pour leur propre bien (manque de protection). William B. aurait été hospitalisé à l'âge de 10 ans suite à une fracture du crâne causée par un coup de poing du père. Le sujet

aurait menti aux autorités quant à la cause de sa blessure pour protéger son père et aurait changé de comportement suite à cet événement, passant d'une attitude timide et lunatique à un comportement soi-disant « hyperactif ». Il aurait porté un casque de football durant quelques mois suite à cet incident, ce qui aurait attiré les moqueries de ses pairs.

Le sujet souligne avoir observé quelques moments d'affection avec ses parents, et ce, malgré la présence de plusieurs conflits parentaux qui affectaient l'ambiance dans la maison. Par rapport à sa mère, il semble qu'elle pouvait être violente physiquement envers son conjoint. Celle-ci aurait souffert d'une forme de trouble bipolaire et aurait été hospitalisée une dizaine de fois à l'Hôpital Douglas. Elle est décédée au printemps 2005. Le détenu affirme avoir généralement entretenu de bons liens avec sa fratrie. Il aurait été particulièrement près de sa sœur. Aujourd'hui, elle souffre de schizophrénie (plusieurs hospitalisations à l'Hôpital Douglas) et aurait été aussi toxicomane par le passé. Monsieur souligne également qu'un de ses frères présente une schizophrénie (plusieurs hospitalisations à Louis H. Lafontaine) et qu'un autre de ses frères a eu un problème de dépendance à la cocaïne.

Le sujet rapporte avoir vécu un abus sexuel à 12 ou 13 ans lors d'un camp d'été de la DPJ, par le directeur du camp de vacances. Celui-ci aurait touché aux parties génitales du sujet durant la nuit. Il en aurait parlé à ses parents, qui auraient confronté le directeur, mais on n'aurait pas donné suite à l'histoire. Le sujet a été retiré de sa famille environ à l'âge de 13 ans, apparemment pour sa protection (même chose pour sa sœur et le frère aîné). Il a été placé au centre d'accueil Shawbridge durant deux ans, d'où il a fugué à quelques occasions. Il a par la suite fait deux ans au centre d'accueil Cité-des-Prairies. C'est lors d'une fugue qu'il aurait commis ses premiers délits officiels, à 14 ans (vols qualifiés dans des stations-services pour survivre et payer ses consommations). Il aurait été libéré du centre d'accueil à l'âge de 17 ans.

Au niveau scolaire, monsieur rapporte avoir obtenu des résultats sous la moyenne. Il mentionne que son comportement est devenu difficile à maîtriser suite à sa fracture du crâne, et ce, malgré le fait qu'on lui administrait des calmants (anxiolytiques). Il a été placé dans une classe spéciale en cinquième ou sixième année et il s'est éventuellement fait suspendre de l'école pour trouble de comportement. Il admet s'être battu à quelques

reprises dans la cour et avoir doublé sa sixième année. Selon le dossier, on soupçonnait chez lui un déficit de l'attention et / ou un trouble d'apprentissage. Il a poursuivi son cheminement scolaire en centre d'accueil et aurait abandonné l'école lors du troisième secondaire, selon l'information au dossier.

Au niveau social, William B. rapporte avoir eu un cercle d'amis plutôt restreint. Il affirme avoir été la cible de moqueries à cause du casque de football qu'il a porté durant environ six mois, mais aussi à cause de sa présence dans des classes spéciales. Monsieur admet également qu'il jouait sur l'image de délinquant face aux autres en centre d'accueil pour impressionner et se faire accepter. Il reconnaît que cette image de lui-même était « fausse » puisqu'il était plutôt de nature très sensible.

Au niveau conjugal, le sujet parle de trois relations significatives. Il a fréquenté Catherine durant environ six mois à l'âge de 17 ans. Leur relation se serait terminée avec sa première peine fédérale. Il a par la suite connu Sarah au cours de son premier terme fédéral et a été en relation avec celle-ci durant environ cinq ans, dont six mois en cohabitation suite à sa sortie du pénitencier. Ils se sont mariés en établissement correctionnel. Le sujet a admis l'existence d'instabilité conjugale et de fréquents désaccords avec Sarah, mais aucune violence. Monsieur a finalement été en relation avec Calleigh, avec qui il a été en cohabitation durant environ deux ans. La relation se serait terminée lors de la rechute du sujet dans la cocaïne, peu avant la commission des délits actuels.

Au niveau de l'emploi, William B. rapporte avoir travaillé cinq ou six mois dans une usine de sérigraphie lors d'un séjour en maison de transition. L'emploi s'est terminé avec la suspension de la libération conditionnelle. Il rapporte aussi deux ans de travail dans la démolition. Monsieur a éventuellement été congédié de cet emploi, apparemment à cause de son problème de toxicomanie. Il a par ailleurs vécu des prestations d'aide social, des recettes de ses vols et de la vente de drogue pour une organisation criminelle. Il affirme avoir été l'objet d'une tentative de meurtre en 2000 par une organisation criminelle adverse (ce qui serait la source de son hypervigilance actuelle). Il souligne aussi avoir vécu « au jour le jour », sans se soucier de planifier en fonction d'objectifs futurs à moyen et à long terme (présentisme). Il reconnaît avoir peu pensé aux conséquences de ses choix.

Au cours de son dernier séjour en communauté, monsieur B. a développé des symptômes psychotiques associés à la consommation de cocaïne. La symptomatologie a perduré au-delà de l'effet toxique. Tel que le suggèrent ses antécédents familiaux, la toxicomanie aurait actualisé un potentiel psychotique chez le sujet, d'abord repéré en 2002 et ensuite confirmé, sous la forme d'une schizophrénie, en 2005. On note des abus d'alcool et une assuétude aux drogues depuis ses 12 ans.

### *2.3. Niveau de risque et évaluation du risque*

L'évaluation du risque se base sur la convergence des indices tirés de l'anamnèse, des données cliniques et des différentes échelles pertinentes à cette estimation. Dans le cas présent, les trois premiers instruments d'évaluation du risque servent à mesurer le risque de violence général alors que les deux derniers servent à estimer le risque de récidive dans des délits sexuels. D'abord, mentionnons que les résultats à l'échelle d'information statistique générale de la récidive (ISR) situent le sujet à -14. Cela signifie qu'un détenu sur trois présentant un résultat semblable ne commettra pas d'acte criminel après sa libération.

À l'échelle de psychopathie, William B. obtient une cote qui le situe dans la frange mixte. Le résultat s'explique d'abord par le mode de vie instable et antisocial du sujet en communauté (second facteur), puis par une vie affective problématique (affect quelque peu superficiel, absence d'empathie). Monsieur manifeste présentement peu de traits interpersonnels narcissiques évalués par l'instrument, mais il a manifesté plus intensément ces traits avant le développement de sa schizophrénie (d'abord sous forme d'épisodes psychotiques). Globalement, l'Échelle Révisée de Psychopathie de Hare suggère un risque modéré à élevé de comportement violent.

Le Guide d'Évaluation du Risque de comportement Violent (VRAG) évalue presque uniquement des indices statiques et permet d'obtenir un pourcentage de risque de récidive violente à l'intérieur de 7 et 10 ans. Monsieur B. obtient une cote qui a été associée à un risque de récidive de comportement violent de 55 % sur une période de 7 ans, et de 64 % sur une période de 10 ans, parmi le groupe de détenus sur lequel l'instrument est validé. Globalement, selon le VRAG, le risque de récidive de violence à long terme est élevé.

Le *Historical, Clinical, Risk Management-20* ou HCR-20, quant à lui, est une grille clinique d'évaluation du risque de comportement violent. Cette grille comprend, en plus de l'évaluation de facteurs statiques, l'évaluation de facteurs dynamiques qui tiennent compte de l'état actuel du détenu ainsi que l'évaluation de facteurs liés à la gestion du risque dans le futur à court terme. En ce qui concerne William B., ce dernier possède plusieurs facteurs statiques liés au risque de comportement violent. Au niveau des facteurs dynamiques actuels, notons que monsieur possède une difficulté modérée au niveau de l'introspection, un niveau important de symptôme actif d'une maladie mentale grave dans la dernière année et un niveau modéré de résistance au traitement. À l'inverse, il ne manifeste aucun problème d'impulsivité ni d'attitude. La schizophrénie le rend susceptible au stress (de source interne et externe) et il pourrait être exposé à des facteurs déstabilisants (influences de pairs négatifs, toxicomanie, décompensation paranoïde, méthodes d'adaptation inadéquates). Globalement, le HCR-20 suggère un risque modéré de récidive violente à court terme, si le sujet est encadré par une maison de transition, et un risque modéré à élevé de violence à plus long terme.

Le Statique-99 est un instrument actuariel d'évaluation du risque de récidive sexuelle et de récidive violente qui permet d'obtenir des niveaux de risque sur des périodes de 5, 10 et 15 ans (estimation se basant sur les facteurs statiques uniquement). Monsieur B. obtient une cote qui a été associée à des risques de 39%, 45 % et 52%, sur des périodes respectives de 5, 10 et 15 ans, parmi le groupe de détenus sur lequel l'instrument est validé. Le Statique-99 suggère donc un risque élevé de délit sexuel à long terme. À ce sujet, un psychologue notera, en novembre 2005, que : « [l]e risque de récidive sexuelle pourrait être éventuellement abaissé dans la mesure où [William B.] ne rechute pas dans la toxicomanie, qu'il ne démontre pas d'hostilité particulière vis-à-vis les femmes dans la communauté et qu'il ne donne pas de signes d'une problématique à ce niveau à moyen terme ».

Le STABLE, qui évalue les besoins en fonction de facteurs dynamiques stables liés à la récidive sexuelle, permet de nuancer l'évaluation du risque à moyen terme, au-delà des facteurs statiques. Le sujet fait état de besoins importants au niveau des influences sociales et des problèmes au plan de l'intimité. Il présente des besoins modérés au niveau de sa coopération dans le cadre de la surveillance et au niveau de la maîtrise de soi en général. À l'inverse, il ne fait état d'aucun besoin au niveau de la maîtrise de soi au niveau sexuel, ni



au niveau des attitudes tolérantes à l'égard de l'agression sexuelle. L'évaluation des besoins en fonction des facteurs dynamiques stables suggère un risque de récurrence modéré en ce qui a trait aux délits sexuels.

En résumé, le sujet présente des facteurs de risque statiques lourds et précoces (victime d'abus physiques graves et sexuels, précocité du comportement de vol et de la violence, alcoolisme du père, carence affective, trouble de comportement, contexte de pauvreté, famille dysfonctionnelle, fugues, crises de colère, instabilité de l'emploi et des relations intimes, récurrences multiples, bris de conditions), de même que des facteurs dynamiques dont l'amélioration est souhaitable (propension à l'utilisation de substances intoxicantes, déficits d'habiletés de toutes sortes, jugement parfois biaisé), ce qui incite à la prudence dans l'évaluation du risque à moyen et à long terme. Bien que la schizophrénie comprenne de façon inhérente des facteurs de risque de violence (risque de désorganisation, paranoïa, considération limitée pour autrui, déficit du jugement et de diverses habiletés), elle amène aussi un changement positif d'attitude particulièrement vis-à-vis l'autorité et l'encadrement, et une réduction des défenses caractérielles et narcissiques. De plus, en institution, les symptômes de la schizophrénie n'ont pas été associés à des gestes agressifs chez le sujet. L'impact de cette maladie sur le mode de fonctionnement en communauté, et sur l'évaluation du risque, comprend une part d'inconnu.

Selon les facteurs de risque dynamiques, le risque à court terme paraît réduit comparativement au risque à long terme. Le risque de violence en général, chez William B., dépend beaucoup de la qualité de l'encadrement, de sa capacité à s'adapter au changement d'environnement, des sources de stress dans son environnement, de sa capacité à observer son traitement et d'investir ses intervenants, de l'état symptomatologique et de la qualité de l'adaptation psychosociale. La dynamique personnelle de monsieur (incapacité à gérer ses émotions, imprévisibilité), la cristallisation des valeurs délinquantes, la fréquentation de pairs criminels, une problématique non résolue en toxicomanie et le recours à la violence pour atteindre ses objectifs permettent l'évaluation d'un risque de récurrence élevé contre la personne. À cette dynamique personnelle s'ajoutent des valeurs criminelles, une forte attirance pour l'appât du gain facile et rapide, un besoin de reconnaissance, de pouvoir et de prestige retirés par l'aspect lucratif de ses actes et un total manque de respect envers autrui. Alors que la rechute sur le plan de la toxicomanie s'avère un facteur de risque de passage à

l'acte violent très important, des difficultés financières, les fréquentations négatives et des problèmes de couple augmentent les risques d'une récurrence générale.

#### 2.4. *Impressions diagnostiques* (en date du 4 mars 2009)

Axe I : schizophrénie paranoïde

Axe II : trouble de la personnalité antisociale

Axe III : rien de pertinent

Axe IV : incarcération comme stressor sévère

Axe V : EGF 40 à l'arrivée et 80 au départ

#### 2.5. *Impressions cliniques*

Selon les données cliniques disponibles, William B. a été évalué en 2002 pour psychose de type paranoïde induite par un abus de cocaïne à la prison de Rivière-des-Prairies où la prise d'une médication antipsychotique a débuté (« Épival », ou Divalproex (anticonvulsivant), 250 mg po BID et « Zyprexa », ou Olanzapine (antipsychotique/antimaniaque), 10 mg po HS). À ce moment, un trouble de la personnalité mixte de type antisocial avec traits limites et narcissiques était également diagnostiqué. En mai 2003, la médication était modifiée pour les molécules suivantes : « Haldol », « Kémadrin » et « Nozinan ». Il a été admis au CRSM d'août à décembre 2007 en raison d'hallucinations auditives persistantes (hallucinations mandatoires l'enjoignant de se tuer, de se battre) associées à un délire paranoïde persistant envers les autres détenus. Durant cette période, monsieur prenait de l'« Haldol » LA, ou Halopéridol (antipsychotique), 200 mg intramusculaire aux trois semaines, de l'« Haldol » 15 mg po DIE, du « Kémadrin », ou Chlorhydrate de procyclidine (antispasmodique), 5 mg po TID et du « Seroquel », ou Quétiapine (antipsychotique), 1300 mg QHS. Le diagnostic posé alors était le suivant : psychose, abus de drogues (cocaïne) et troubles de la personnalité limite et antisociale.

Au Centre régional de réception (CRR), en 2009, la psychologue en service reconnaît un trouble d'abus et de dépendance aux substances. « En ce qui concerne la structure de personnalité, il nous semble probable de maintenir l'impression diagnostic rapportée lors du dernier rapport psychologique face à la dimension antisociale, compte tenu de la présence

de troubles de comportement dans l'enfance; la présence d'impulsivité et d'agressivité; un mépris inconsideré pour sa sécurité et celle d'autrui; répétition de délits variés. Le sujet semble être en réaction continuelle pour éviter des abandons; mode de relations instables et intenses (clivage); impulsivité; instabilité affective; colères intenses; survenue transitoire d'une idéation persécutoire (paranoïa) ». Plus tard cette même année, au CRSM, un second psychologue soulève que « [...] le sujet s'entretient dans la pensée magique qu'un traitement dans un programme de réinsertion sociale demeure la seule avenue pouvant régler définitivement ses problèmes ».

Dans l'ensemble, tel que consigné dans le rapport de la psychologue traitante en avril 2009 au CRSM, l'état mental du sujet s'avère stable et ce dernier est bien orienté dans les trois sphères; sa pensée et son discours sont bien organisés. L'humeur est généralement euthymique et la variété de l'affect est plutôt restreinte. Monsieur ne verbalise jamais avoir des idées suicidaires, auto ou hétéro-agressives. Il nécessite un encadrement clinique, malgré qu'il démontre de bonnes capacités à se conformer aux règles de son milieu de vie. Il manifeste des difficultés à pleinement s'intégrer dans des activités cliniques dans un contexte de groupe en raison des symptômes négatifs de sa maladie, mais également en raison de l'anxiété qui est suscitée par ce type d'activités. D'un autre côté, compte tenu de la stabilité du sujet au niveau de sa psychopathologie à l'axe I, il est tout à fait possible que les caractéristiques de sa personnalité antisociale soient plus proéminentes. Le sujet a besoin de développer des stratégies visant une meilleure gestion de son anxiété, anxiété qui serait susceptible de fragiliser son état mental si elle était ressentie comme intense ou envahissante. Cela apparaît d'autant plus indiqué dans le contexte de sa libération où il se retrouvera parfois en groupe. D'autre part, monsieur B. a besoin de soutien dans ses démarches de réinsertion sociale (intégration du marché du travail, acquisition d'autonomie, reprise des contacts avec les membres de sa famille) et en ce qui concerne le maintien de sa sobriété.

En somme, concrètement, la maladie psychiatrique:

- Réduit l'importance de l'image chez William B. : « [l]es franges narcissiques et caractérielles de sa personnalité (...) se sont estompées en faveur d'une révélation plus authentique, mais plus fragile de lui-même (Dassylva, 2005) ».

- Rend le sujet particulièrement sensible aux agents stressants environnementaux et intrapsychiques. Il n'est pas impossible que les comportements antisociaux et toxicomanes puissent ressurgir dans les moments de stress.
- Rend le sujet plus passif (apathie caractéristique de la maladie) et crée des besoins de prise en charge, de support et d'encadrement.
- Pourrait rendre monsieur violent impulsivement, par défense, lorsqu'il est dans un état décompensé et qu'il se sent attaqué.

### 3. Richard C.

#### 3.1. *Présentation du sujet*

Richard C. purge, depuis le 28 avril 1989, une première peine fédérale pour meurtre au second degré. Il s'agit de l'assassinat de son amie de cœur, qui est survenu le 20 août 1988. Monsieur raconte qu'il n'acceptait pas la séparation et ne voulait pas perdre sa copine. Il l'a tuée de plusieurs balles et s'est ensuite livré à la police. Il explique qu'il avait l'intention de se suicider et il dit « nous sommes deux victimes, elle est morte et moi je suis en prison ». Il n'a aucune autre inscription à sa fiche criminelle.

Monsieur C. n'adhère pas à des valeurs criminelles, mais il a vécu des problèmes relationnels qui l'ont amené à développer des liens affectifs de dépendance. Une pauvre estime de soi, des carences affectives importantes et une fragilité émotionnelle ont contribué au passage à l'acte. À sa libération conditionnelle, le 4 décembre 2001, il fut assigné à l'Unité de santé mentale communautaire Martineau (USMC – CCC Martineau). Depuis le 10 mai 2006, il a obtenu l'autorisation de déménager dans un appartement supervisé. En effet, depuis le mois de novembre 2007, monsieur C. a quitté sa chambre à la maison de transition pour intégrer son propre logement dans une autre résidence chapeautée par ce même organisme. Ainsi, pour la première fois de sa vie, Richard C. vit seul dans sa propre demeure. Précisons toutefois que sa demande d'habiter seul en appartement avait initialement été refusée en raison de son besoin d'être encadré, notamment au niveau de sa difficulté à gérer son anxiété et à bien régenter son budget. Toutefois, devant le désir soutenu du sujet à gagner en autonomie et croyant que cela pourrait agir comme moteur de

changement, sa demande a été acceptée sous certaines conditions. Entre autres, il devait continuer à fréquenter la maison de transition de façon hebdomadaire afin de conserver un bon contact avec les intervenants et les autres résidants, de manière à ne pas s'isoler. Également, il devait participer à un minimum d'activités afin de favoriser ses relations interpersonnelles. Sur le plan budgétaire, il devait impérativement avoir des économies de manière à pouvoir pallier aux imprévus. Monsieur a dû s'engager à respecter ces conditions.

Aujourd'hui, après plus de deux ans dans son nouvel environnement, les constatations de son rendement et de son cheminement ont mené à reconduire exactement les mêmes conditions pour qu'il puisse demeurer dans son appartement. Toutefois, ces modalités lui pèsent et c'est ce qui explique que le sujet ait été quelque peu ambivalent face à son désir de rester sous la supervision de la maison de transition, souhaitant non seulement bénéficier de plus d'autonomie, mais surtout pour être soumis à moins de surveillance. Malgré tout, étant très transparent et ayant besoin de partager ce qu'il vit et d'être validé auprès des membres du personnel, il parle abondamment avec son équipe et reçoit bien les conseils qu'on lui donne. Ainsi, il finit toujours par se ressaisir et par bénéficier positivement de cette prise en charge qu'il n'apprécie pas sur le moment, mais dont il a définitivement besoin.

Les relations interpersonnelles continuent de constituer pour lui un obstacle de taille. C'est d'ailleurs le principal facteur à la source de sa réticence à participer aux activités offertes et de sa difficulté à conserver un emploi, par exemple. Monsieur verbalise que, depuis la commission de son délit, les autres se sont éloignés de lui. Il soulève se sentir parfois isolé et souffrir de solitude. Paradoxalement, malgré le fait que les intervenants lui demandent de fréquenter sur une base hebdomadaire le personnel et les résidents pour briser son vécu d'abandon, ces visites demeurent un irritant considérable pour lui.

Au niveau de ses relations, que ce soit familiales, affectives ou autres, le sujet conserve une grande distance avec autrui, mise à part sa mère qui constitue la principale, pour ne pas dire la seule, ressource significative dans sa vie. Malgré que monsieur C. ait identifié une voisine qu'il trouvait intéressante et qu'il aurait aimé connaître, il dit avoir très rapidement abandonné lorsqu'il a ressenti un certain empressement à la revoir. Il soutient ne pas être

prêt à s'engager dans une relation et c'est pourquoi il n'a plus jamais salué la femme en question. Cela démontre, d'une part, que le sujet n'est pas prêt à s'investir dans une relation affective et, d'autre part, qu'il connaît et respecte ses limites et ses zones de fragilité.

Depuis le mois de novembre 2008, Richard C. occupe un poste d'entretien ménager dans le sous-sol d'une église de Montréal. Malgré l'encadrement financier auquel il est soumis, il a toujours de la difficulté à respecter les limites propres à son budget.

En ce qui concerne sa médication (diagnostic de schizophrénie paranoïde et de personnalité antisociale), notons que monsieur prend la même depuis plusieurs années, un antidépresseur de nature méconnue de nous, et que celle-ci n'a aucun effet secondaire marquant. Cela permet l'assurance d'une certaine stabilité chez le sujet. En ce qui concerne l'alcool, soulignons qu'il n'en a pas consommé depuis octobre 2007.

Nonobstant une certaine insatisfaction qui perdure face à certaines exigences de surveillance, il n'en demeure pas moins que monsieur continue de veiller avec rigueur au respect de ses engagements. De plus, son désir de gagner en autonomie démontre son niveau de motivation à réussir sa réinsertion sociale. Pour l'instant, compte tenu des besoins particuliers de Richard C., notamment au niveau de son besoin de bénéficier d'un certain encadrement, l'évaluation du potentiel de réinsertion sociale le situe à « moyen ».

**Tableau XVIII – Les infractions notées au dossier judiciaire de Richard C.**

<b>Infraction</b>	<b>Sous-catégorie d'infraction</b>	<b>Année de condamnation</b>	<b>Chef</b>	<b>Ans</b>	<b>Mois</b>
Meurtre au deuxième degré		1989	1	0	0

### *3.2. Sommaire de l'histoire psychosociale*

Richard C. est issu d'un milieu familial marqué par la violence et un manque d'amour parental. Des difficultés d'apprentissage et des troubles de comportement sont notés quant à son développement. Une faible estime de soi, une grande fragilité émotionnelle et une dépendance affective importante sont les principaux facteurs contributifs du comportement criminel de monsieur. Ayant quitté l'école à 17 ans, il a occupé des emplois peu rémunérateurs par la suite. N'ayant pas connu de relations affectives féminines sérieuses

jusqu'à ce qu'il fréquente la victime, il n'a pu supporter qu'elle mette un terme à la relation. Actuellement, monsieur C. fréquente sa mère de façon ponctuelle et elle paraît amplement crédible lorsqu'elle indique qu'elle signalera aux intervenants toute anomalie décelée chez son fils. Le frère du sujet représente également une ressource positive (contrairement au père).

### *3.3. Niveau de risque et évaluation du risque*

Les informations statistiques (ISR) indiquent que quatre détenus sur cinq présentant des caractéristiques comparables à celles de Richard C. ne récidiveront pas. Les diverses évaluations font état d'une faible dangerosité sociale et d'un risque de récidive minime. Les professionnels notent qu'il demeure fragile à toute nouvelle relation affective qui pourrait favoriser la réémergence d'une dépendance affective. Le sujet est un individu non criminalisé et il prône des valeurs prosociales. Même dans les moments d'instabilité émotionnelle ou de désorganisation, il n'a jamais récidivé et ne s'est jamais enfui en liberté illégale. Bien que monsieur démontre de l'ambivalence au niveau de son diagnostic, il accepte tout de même de prendre sa médication et de participer au suivi psychiatrique. Il devra poursuivre ses efforts en vue de se construire un réseau social, maintenir de la stabilité au niveau de l'emploi et trouver des alternatives à la fuite et l'évitement. Son cheminement est constant et encourageant. En somme, les facteurs contributifs sont au nombre de quatre, soit: l'orientation personnelle et affective, le fonctionnement communautaire, les relations matrimoniales et familiales, ainsi que l'emploi. Ces quatre sphères nécessitent un degré modéré d'amélioration.

### *3.4. Impressions diagnostiques (en date de janvier 2009)*

Axe I : schizophrénie paranoïde

Axe II : trouble de la personnalité antisociale

Axe III : rien de pertinent

Axe IV : rien de pertinent

Axe V : inconnu

### 3.5. Impressions cliniques

Les nombreuses évaluations psychologiques et psychiatriques convergent vers un diagnostic de trouble de la personnalité avec une dépendance affective importante. Plus précisément, le diagnostic psychologique en est un de trouble anxieux de type phobie sociale (interprétation négative des jugements d'autrui) assorti d'un trouble de personnalité non-spécifique de type évitant et passif agressif (impressions non appuyées par les psychiatres). Le sujet semble également présenter une limitation intellectuelle qui réduit son champ occupationnel à un travail manuel.

Le diagnostic psychiatrique, quant à lui, ajoute une dimension schizophrénique de type paranoïde compensée par une médication antipsychotique. On note un épisode psychotique en 1999 et il est sous traitement psychiatrique depuis. En août 2000, la psychiatre remarque une symptomatologie semblable à celle de 1999, soit la présence d'un délire paranoïde de même que l'absence d'hallucinations. Elle pose alors un diagnostic de trouble psychotique non-spécifié et elle envisage un traitement à long terme. L'évaluation psychiatrique complétée en avril 2001 par le psychiatre indique que son état mental est précaire en raison de la présence d'éléments psychotiques. Il recommande, pour sa part, un accompagnement clinique assidu, c'est-à-dire une supervision ainsi qu'un suivi efficace. On note essentiellement une instabilité d'adaptation au niveau occupationnel qui se résume par des abandons répétés d'emploi suite à des envahissements d'anxiété qui s'apparentent à des symptômes de phobie sociale. Le sujet craint d'être observé, il supporte mal la proximité des gens même connus, ce qui dégénère en crise de panique et le fait quitter expressément les lieux. À part une difficulté à maintenir un emploi stable causée par une anxiété dans un contexte social, monsieur n'est actuellement pas dans une relation affective, ce qui ne l'expose pas aux enjeux de dépendance affective pouvant être à la source du passage à l'acte.

En externe, monsieur C. a participé à un groupe d'entraide (dix sessions), la Clef des Champs, dont le but est d'aider les individus qui souffrent de trouble anxieux via des stratégies adaptées : exercices de respiration, modification du focus de l'attention, désamorçage et confrontation des distorsions cognitives. Le fait que cette démarche soit en groupe a pu favoriser un sentiment d'affiliation ainsi qu'une diminution de l'impression



d'isolement social. L'exposition aux autres « comme lui » a sans doute aidé le sujet à relativiser son sentiment d'exclusivité. Par contre, les effets concrets de cette participation sur son fonctionnement quotidien sont limités.

L'évitement est toujours aussi présent dans ses mécanismes d'adaptation sociale lorsqu'il se sent la cible des regards et qu'il perçoit un potentiel de rejet ou de dénigrement en lien avec son identité d'ex-détenu. Ainsi, les croyances irrationnelles s'appuient sur le fait de croire que les autres pensent de lui qu'il est un pédophile, impression forte et ancrée depuis son passage au B-16, un pénitencier spécialisé, entre autres, dans les programmes pour délinquants sexuels. Rappelons que le sujet a tué sa copine de 16 ans alors qu'il avait 20 ans. Malgré, semble-t-il, le consentement des parents, le sujet semble vivre avec le remords d'avoir fréquenté une mineure, ce qui le prête à un jugement négatif d'activité pédophilique qu'il traîne depuis de nombreuses années.

Durant son incarcération, il rapporte s'être masturbé dans sa cellule devant la télévision et, lors d'une annonce où il y avait des enfants, au même moment, un codétenu aurait été témoin de la scène, ce qui aurait semé l'émoi chez le sujet qui a eu par la suite la certitude que toute la population carcérale était au courant de ce qu'il a fait, le qualifiant dès lors de pédophile. Cette contamination s'est généralisée envers toute personne qu'il connaît peu. Il décrivait donc un sentiment quasi chronique de méfiance à l'égard des autres et une nette tendance à l'interprétation. Il soutenait qu'il pouvait parfois « sentir » qu'on parlait de lui lorsqu'il était dans un lieu public et qu'il pouvait aussi faire l'objet du mépris de certains inconnus qui, selon lui, avaient été informés de son « problème de pédophilie ». Ces ancrages sont actuellement résistants et ne sont pas contestables en suivi. Peut-être servent-ils à gérer la peine qu'il s'inflige pour ce qu'il a commis. D'autre part, fait surprenant, le sujet se montre peu émotif lorsqu'il rapporte les faits entourant le meurtre de son amie.

Les capacités d'introspection de monsieur demeurent limitées et non sollicitées, étant donné que les mesures d'intervention primaire situaient la gestion de son anxiété en situation sociale comme prioritaire. Malgré son discours, Richard C. présente une faible estime de lui-même. Il se laisse rapidement envahir par des situations extérieures. Il parle de tout et de rien, mais n'a aucune discussion en profondeur avec qui que ce soit. Il est incapable de parler de ses émotions et encore moins de les identifier.

Les résultats obtenus au test d'intelligence (E.I.H.M.) appuient l'hypothèse d'un dommage cérébral ou d'une déficience intellectuelle. D'après les résultats au sous-test du jugement, le sujet serait incapable de faire face aux situations imprévues, d'anticiper et d'évaluer l'impact d'une action sur une autre. On soulève d'importants problèmes au niveau de l'attention immédiate et une grande difficulté à se concentrer. Sur le plan de la connaissance et du vocabulaire, le sujet semble assez limité. Ces résultats pourraient s'expliquer par un milieu éducatif et culturel pauvre. À l'épreuve de raisonnement logique non verbal (matrice de Raven), les capacités apparaissent de l'ordre de l'intelligence limite. D'après les résultats généraux aux tests neuropsychologiques, il est possible de noter une insuffisance de la structuration mentale et une déficience au niveau verbal, ce qui peut expliquer la tendance du sujet à l'agir et sa rigidité au niveau des pensées. Un dommage cérébral ou une déficience intellectuelle, tel que mentionné auparavant, peut expliquer cet état de fait.

## ANALYSE DU MATÉRIEL ET INTERPRÉTATION

### 1. Marc A.

#### 1.1. *Les entretiens cliniques*

Nous avons rencontré Marc A. à neuf reprises. Le contenu clinique de chaque entretien était prévu à l'avance (semi-directif), quoique nous laissions beaucoup d'espace au sujet. Les lignes suivantes résument de quoi ont été teintées chacune de ces rencontres et ce qu'elles peuvent révéler par rapport à la question de l'observance.

Le premier entretien, daté du 7 avril 2009, a permis une prise de contact. Nous notons que monsieur A. ne présente ni méfiance, ni suspicion. Nous remarquons, au cours de la discussion, que le sujet ne sait pas à quoi sert sa médication. Il ne comprend pas non plus son diagnostic (ce qui revient dans la rencontre du 2 juin, entre autres) et il va jusqu'à soutenir qu'il se sent en retard sur les autres, moins intelligent et moins rapide. Il soulève également les aspects positifs du mode de vie itinérant, lequel ne comporte, selon lui, aucun stress. Par rapport à son incarcération, il ne reconnaît pas sa responsabilité dans les gestes posés. En somme, il attribue la responsabilité de cette accusation au monde extérieur. Le 14 avril, nous saurons qu'il reconnaît qu'il est passé à l'acte, mais qu'il en ignore la nature (comme si on l'avait obligé à recourir à ces extrêmes comportementaux). Cliniquement, l'homme est bien orienté dans le temps, mais, conformément à la littérature épluchée et à notre propre étude, il présente un délire encapsulé(en lien avec la loterie) ainsi qu'une attribution externe des délits qu'on lui reproche. Il apparaît donc quelque peu normal qu'il perçoive la réglementation du CCC comme étant sévère et inflexible.

Le 14 avril, un nouveau thème ressort de la conversation : celui du jeu compulsif. Le sujet affirme que, pour lui, « le gambling, c'est fini ». Le jeu n'étant pas sa seule dépendance, l'alcoolisme fait aussi partie de son histoire et a contribué, dans une large mesure, à sa criminalité. De fait, l'intoxication alcoolique exacerbe ses hallucinations et, donc, son délire. Le 28 avril, monsieur précise être convaincu que Loto-Québec se trouve derrière la machination que représentent les loteries. Par rapport à ses besoins du moment (14 avril), nous remarquons que Marc A. manifeste un grand besoin de prise en charge : il aimerait

qu'on prenne soin de lui, qu'on le guide. Dans cette même rencontre, je fais passer le WAI au sujet afin d'évaluer l'alliance de travail thérapeutique établie avec le psychologue du CCC Martineau. Il en ressort que la perception de l'utilité de la tâche s'estime à 85 % et que les énoncés liés à la relation (lien thérapeutique) et au but (objectifs à atteindre) s'évaluent à 74 %, ce qui, en somme, présente une assez bonne alliance de travail (cet instrument de nature qualitative présente tout de même d'excellentes validité et fidélité). Pour les détails de ces calculs, nous vous référons à la section Méthodologie dans laquelle le WAI est discuté.

Le 28 avril, nous posons des questions relatives à l'entrée du sujet dans le système correctionnel canadien (en 1967 et ultérieurement, puisqu'il y eut plusieurs incarcérations). Il soutient que, à l'époque, il ne présentait aucun problème de comportement et cela nous laisse entrevoir l'absence d'une reconnaissance de ses besoins au niveau psychiatrique. À cet égard, il souligne que le psychiatre avait décidé du suivi, sans son accord. Il maintient, enfin, que le corps professionnel l'ayant le plus aidé est celui des agents de libération conditionnelle. Après vérification en fin d'entrevue, nous notons que Marc A. présente une capacité mnésique à court terme fort acceptable.

Le 5 mai, monsieur A. arrive en rencontre vêtu d'un veston. Il soutient vouloir se prendre en main, décision que nous avons appuyée. Dans le cadre de cet entretien, le sujet reparle d'un événement ayant eu lieu à Las Vegas, cela faisant partie de son délire (dont le thème principal est le jeu). Sa perception de la vie est la suivante : une série de chances et de malchances à laquelle s'ajoute un faible pouvoir décisionnel. La notion de responsabilité fait encore ici défaut. En cours d'entrevue, nous lui avons posé les questions relatives à son vécu carcéral actuel et de nouveau noté que monsieur ne reconnaît pas avoir de problèmes psychologiques ou psychiatriques. Les seules problématiques qu'il peut alors admettre consistent en ce qu'il doit cesser de fumer (le SCC allait, sous peu, interdire toute consommation de tabac) et qu'il souffre d'emphysème (ce qu'il soutient être la situation la plus grave). De même, nous soulevons une faible capacité d'introspection et une pensée concrète. À cet égard, il affirme être à moitié guéri et ne pas avoir de problème de santé mentale. Quant aux effets de la médication, il en ignore le processus d'action et il ne sait pas à quoi elle sert. Il peut néanmoins en dénoter les effets psychophysiologiques : détente, mobilisation plus aisée, augmentation de l'énergie. Il affirme faire confiance aveuglément

au psychiatre en ajoutant qu'il sait sans doute ce qu'il fait. Selon ses dires, le suivi psychologique le stabilise, mais il n'augmente pas son niveau de bien-être. Selon monsieur, le psychologue se contente seulement de le questionner par rapport à ses hallucinations tandis que les autres professionnels (ALC, infirmiers, etc.) sont trop occupés par sa santé mentale, ce qui le dérange beaucoup.

Lors de la rencontre du 12 mai, monsieur A. verbalise vouloir habiter un appartement supervisé à sa sortie, en plus de continuer à prendre sa médication. Au plan économique, il espère pouvoir bénéficier de l'aide sociale. Il avoue se sentir désabusé, démuni et impuissant, ayant peu de pouvoir sur sa propre vie.

Cet entretien devait porter sur la théorie subjective de la maladie, les questions se concentrant sur la perception de l'individu face à ses difficultés psychologiques. De prime abord, Marc A. souligne que ses difficultés proviennent de sa problématique de jeu et de son voyage à Las Vegas, qui a éveillé cet intérêt pour les activités de hasard. Il ajoute que ce qui a contribué à ses difficultés consiste en un séjour dans un établissement à sécurité maximum et en l'étiquette de délinquant que le SCC lui a apposée. Lorsque nous lui demandons comment il trouve sa vie, dans le moment, monsieur affirme qu'elle est « moche ». Afin d'influencer de façon positive sa situation, il soutient qu'il doit pouvoir donner son opinion et parler avec d'autres. Encore une fois, il souligne son faible pouvoir décisionnel, ajoutant que l'agent de libération conditionnelle s'occupe de son avenir... Dans le cadre de cet entretien, nous remarquons une bonne adhérence au traitement médicamenteux, et le sujet, malgré tout, parvient à en saisir les effets positifs (sans toutefois les comprendre). Par rapport à ses projets d'avenir, monsieur A. affirme ne pas en avoir : il veut seulement qu'on le laisse tranquille, se sentant « désillusionné », comme si sa vie était d'ores et déjà « finie ». En somme, il ne voit aucunement comment le personnel du SCC pourrait lui venir en aide ni favoriser son état : il n'y croit pas et, en fait, serait probablement incapable d'envisager de réels changements.

Le 19 mai, il refuse de nous rencontrer, ce que nous avons interprété, à la lumière d'autres informations cliniques, comme une manifestation de son impuissance face à l'incarcération. Nous avons tout de même pu passer une dizaine de minutes en sa compagnie. Nous notons qu'il affiche une humeur plutôt morose qui ne concorde pas avec son comportement non-

verbal (rires, sourires...). Il nomme que, pour lui, « c'est toujours le jeu » (dans l'entretien du 2 juin, il soutenait que le jeu était son problème principal). Il met, indéfiniment, la faute de ses problèmes sur sa dépendance. Mentionnons que, malgré un discours incohérent, son raisonnement comporte une logique, sa logique (sa perception de Loto-Québec, son histoire à Las Vegas...). Il termine en contestant l'aspect psychologique de nos rencontres, qui lui rappellent trop de mauvais souvenirs. Nous nous entendons pour écourter les prochains entretiens, ce qui consiste en un compromis acceptable pour lui. Soulevons ici, majoritairement, l'émergence concrète de son antisocialité.

Le 26 mai, Marc A. affirme se sentir mieux, quoique la sphère temporelle semble atteinte (confusion face au moment de nos entretiens qui, pourtant, ont toujours eu lieu aux mêmes heures, le même jour). En continuité avec les questions posées touchant au passé et au présent carcéral, nous l'interrogeons alors sur son avenir. Il soulève donc que, dans les années à venir, il n'aura sans doute pas de problèmes psychiatriques puisqu'il pourra s'adapter à son nouvel environnement. Il veut toutefois poursuivre sa prise de médication, en congruence avec la décision du psychiatre (quoique lui-même ne voit pas l'utilité d'un tel besoin : ambivalence). Il paraît donc central que l'observance de la médication soit une cible majeure d'intervention lors de sa libération. De fait, la seule motivation qu'il perçoit derrière ce besoin est celle de la cessation des idées délirantes (croire que la loterie est une façade de mensonges, entre autres, se basant par-là sur son expérience au casino à la source d'une condamnation). Toutefois, il ajoute se sentir heureux en situation de délire... Il ne nie pas non plus qu'il prévoit consommer à nouveau de l'alcool et renouveler sa dépendance au jeu (billets de loterie) lors de sa sortie. Monsieur A. semble réfractaire aux tentatives de prise de conscience de son cycle délictuel et, conséquemment, les risques de récurrence en lien avec son trouble de santé mentale ne sont pas à négliger. Face aux consultations psychiatriques, monsieur soutient qu'il en aura besoin aux six mois seulement, environ. De plus, il ne sait pas vraiment à quoi cela pourra servir... Il soulève qu'il n'aura pas besoin d'une prise en charge par un agent de libération correctionnel en communauté. Toutes ces réponses nous portent alors à conclure ceci : le sujet manque d'introspection, il nie sa maladie et, sans aucun doute, son trouble de la personnalité antisociale nuit aux tentatives d'intervention clinique.

Le 2 juin 2009, il soutient que les rencontres deviennent répétitives, soulignant que le psychiatre, le psychologue et nous-mêmes lui posons les mêmes questions, ce qui s'avère long et éreintant (traits antisociaux). Nous lui avons refait passer le WAI, dans un but de post-évaluation face au psychologue et dans un objectif évaluatif seulement face à nous. Il ressort que la confiance en la tâche s'estime à 65 %, celle en la relation, à 64 %, et celle dans les buts visés, à 58 %. Le fait est intéressant : du pré-test au post-test, dans les trois catégories, la confiance a nettement diminué (tâche : -19 %, lien : -10 % et but : -15 %), ce qui semble appuyer notre perception clinique selon laquelle les traits antisociaux ont pris de l'ampleur dans les dernières semaines. Effectivement, vouloir s'opposer et défier nuit logiquement à tout travail thérapeutique. Par ailleurs, nous avons demandé au thérapeute de monsieur A. de répondre au questionnaire s'adressant au clinicien. Cette fois, les résultats sont les suivants : 69 % pour la tâche, 72 % pour le lien de confiance et 57 % pour les objectifs. Curieusement, cela rejoint l'évaluation post-test effectuée par le sujet, c'est-à-dire que l'accord sur la relation thérapeutique est le plus fort et, l'accord sur les buts visés, le plus faible. Face à la relation de M. A. avec nous, les résultats sont plus faibles : 61 % d'accord pour la tâche, 58 % pour le lien et 50 % pour le but. Il s'avère que le sujet ne voit pas tellement l'utilité de nos rencontres. Quant à la qualité du lien, si nous avons pensé qu'elle était bien établie, elle n'est guère supérieure à celle qui implique le psychologue.

La dernière rencontre, celle du 9 juin, nous a permis de conclure avec Marc A. Il trouve sa routine ennuyante et, à cet égard, le mode de vie itinérant gagne en attirance. Toutefois, il souhaite acquérir son logement et vivre tranquille, sans encadrement (l'absence de structure caractérise particulièrement l'itinérance). Il ressort également que monsieur nourrit une pensée magique à l'effet que la prise d'alcool n'exacerbe pas ses symptômes délirants. Nous avons terminé les entretiens en prenant note des faits suivants. D'abord, Marc A. ne semble pas présenter un risque de récurrence violente élevé, à moins qu'il ne se trouve dans un état délirant. De fait, la rechute toxicomaniaque mènerait à l'émergence des délires et, conséquemment, à un état propice aux comportements violents. Les effets des thérapies ne portent pas leurs fruits, le sujet entretenant des idées fixes et une faible ouverture. Le pronostic, dans son ensemble, nous paraît plutôt sombre : les traits antisociaux et la faible introspection de monsieur ne favorisent aucunement le changement. Enfin, Marc A. a besoin d'être entouré, mais il ne le désire pas. Comment penser et même espérer qu'il puisse un jour être laissé à lui-même ?

## 1.2. Conclusion générale : Marc A.

Les problématiques de santé mentale de monsieur A. sont associées à sa criminalité. Mais, ces problématiques, il ne les comprend pas. La criminalité du sujet, tel que nous l'avons vu, a toujours été persistante, de nature acquisitive et dirigée contre les biens et contre la personne. Marc A. ne paraît pas violent, au premier regard. Il reste qu'en situation d'intoxication et d'amplification délirante, nous ne doutons pas de sa capacité à passer à l'acte contre la personne. Le sujet ignore la signification de sa maladie, quelles en sont les conséquences et pourquoi il doit être médicamenté. L'incompréhension, la faible ouverture aux nouvelles informations, le manque d'introspection et l'inflexibilité de sa personnalité font en sorte que son avenir semble sombre. Les ateliers auxquels il a participé n'ont pas réussi à hausser son degré de responsabilisation. Soulignons que la psychoéducation quant à sa maladie et aux médications a manqué, dans son cas. Comment saisir l'utilité des rencontres psychologiques, psychiatriques et criminologiques si, à la base, les problématiques ne sont pas comprises ? De plus, dans le milieu de vie étudié, certaines activités ont lieu, mais aucune ne porte spécifiquement sur l'apprentissage des habiletés sociales, par exemple, ou sur tout autre sujet pouvant aider le sujet à mieux comprendre son état et à développer de nouvelles aptitudes débouchant sur une meilleure responsabilisation. Ceci constitue, objectivement, un manquement important dans le cas précis de monsieur A.

## 2. William B.

### 2.1. Les entretiens cliniques

Nous avons rencontré William B. à huit reprises. Le contenu clinique de chaque entretien était prévu à l'avance (semi-directif), quoique de l'espace était tout de même laissé au sujet. Voici, en bref, de quoi il a été question dans chacune de ces rencontres.

La première entrevue avec monsieur B. a eu lieu le 14 avril 2009. Ce que nous avons remarqué de prime abord est la méfiance du sujet qui est toutefois parvenu à s'ouvrir, tout en maintenant une certaine neutralité et une quasi-absence d'émotions. En réponse à nos questions, il a parlé de l'abus sexuel de son père à un jeune âge, de sa fréquentation des



centres d'accueil de 13 à 17 ans, de sa peine d'incarcération à 19 ans, de ses vols et de son délit d'agression sexuelle, face auquel il semble pour le moins honteux. Ces informations sont confirmées par l'étude des notes au dossier.

Le 21 avril 2009, nous avons commencé à questionner le sujet suivant notre plan d'entrevue. Au départ, William B. semble fermé, mais manifeste une plus grande ouverture vers la fin. Monsieur a reconnu avoir présenté au début de sa peine actuelle, datée de juillet 2002, des symptômes psychotiques de paranoïa, dont il ne peut en identifier la source (non conscient de la causalité du trouble). Il entendait alors une voix masculine lui ordonnant de « les tuer » ou de « les poignarder ». Cela survenait environ une fois par jour et il en avait peur. Il soutient s'être senti anxieux et persécuté par les autres détenus (délires), se demandant pourquoi il présentait une telle instabilité psychologique. Le sujet a été médicamenté, mais cela a pris du temps avant que l'on découvre les bonnes posologies et la bonne combinaison, ce que monsieur B. déplore. Il s'est néanmoins informé auprès du psychiatre sur les effets des médicaments et sur leur utilité : avec confiance, donc, il a toujours adopté une conduite d'observance face à la prescription médicamenteuse. Malgré qu'il ait eu accès à un suivi psychologique, le sujet soutient avoir davantage bénéficié des rencontres avec son ALC, qui lui permettaient de suivre le cours de sa sentence. Lorsque nous le questionnons face à son passé institutionnel en général, William B. souligne que l'émotion dominante a toujours été la tristesse.

En date du 28 avril 2009, monsieur partage sa fierté de pouvoir assister à une formation sur l'emploi, se sentant confiant et apte à travailler. Lors de cet entretien, nous avons procédé à la passation du WAI à l'égard du psychologue. Le sujet a bien collaboré et compris adéquatement les questions. Il ressort de cette évaluation que monsieur B. perçoit ce qui est effectué en thérapie comme étant utile (85 %). La relation est également de nature positive (78 %) et il comprend et approuve les objectifs visés par les rencontres (82 %). En somme, en regard à ces résultats, il semble que William B. profite des sessions de thérapie psychologique et dénote des raisons valables à un tel suivi.

Le 5 mai, alors que nous posions des questions relatives à son vécu correctionnel actuel, monsieur a soulevé ne pas avoir de problématiques psychologiques puisqu'il se sent stable, calme et qu'il parvient à s'exprimer. Il attribue ensuite la source de ses problèmes à son

enfance et nous notons alors un manque d'introspection dans les réponses formulées. Par rapport à la médication psychotrope qui lui est prescrite, il reconnaît en avoir besoin, quoique la demande ne vienne pas de lui. Lorsqu'il en fait usage, il constate les différences positives dans son comportement, mais également les conséquences négatives, telles que la fatigue et la neutralité émotive. Il sait grossièrement quels sont les médicaments qu'il doit prendre et à quoi ils servent (« empêcher les psychoses »). Face à un suivi quelconque, il ne pense pas en avoir besoin ni pouvoir en bénéficier particulièrement. Monsieur B. apprécie néanmoins les rencontres avec son ALC, puisqu'elle l'écoute, le soutient et l'aide à résoudre ses problèmes. Elle serait aussi disponible et accessible. Nous remarquons la collaboration du sujet, l'esquisse de plusieurs sourires francs ainsi qu'une impression de légèreté lorsqu'il nous quitte.

Deux semaines plus tard, monsieur B. paraît content de nous voir et nous parle de ses démarches d'emploi, qui le stressent. Revenant sur ses réponses au WAI, le sujet nous dit que seules des pistes de solution sont partagées entre lui et son thérapeute, ce qui lui semble insuffisant. De même, la relation ne peut qu'être professionnelle et neutre et il est impossible de soutenir que le psychologue « aime » son client. Monsieur ressent également que le psychologue ne cherche qu'à établir un lien de confiance sans aller au-delà. Par la suite, aux questionnements se rapportant à la théorie subjective de la maladie, monsieur B. soutient que ses difficultés proviennent de sa consommation (alors que, auparavant, il octroyait cela à son enfance), ainsi que d'une certaine part génétique (sa sœur est aussi schizophrène). Afin d'aller mieux, le sujet souhaite trouver un travail afin de « se sentir productif dans la communauté » et il veut que les autres lui fassent confiance. Il aspire à une vie « normale » (travail, logement). En entrevue, William B. n'hésite pas à présenter ses idées tout en ayant conscience que ses émotions sont émoussées. En ce sens, quoi qu'il dise, ses expressions faciales, son ton de voix, ou tout autre signe démontrant une quelconque manifestation émotionnelle, sont autant de signes d'un retrait affectif (involontaire) du sujet.

Le 26 mai 2009, monsieur dit renoncer à sa recherche active d'emplois : il ne se sent pas prêt et trop anxieux face à l'inconnu. Il craint aussi de ne pas être à la hauteur (faible confiance en soi). Ce projet de retour en collectivité se retrouve donc sur la glace, ce qui provoque chez lui un soulagement. Alors que nous nous intéressions à sa perception de

l'avenir, monsieur B. croit qu'il devra affronter de l'anxiété, des stressors et de la nouveauté, en plus de devoir composer avec sa schizophrénie, qu'il croit être chronique. Il est toutefois confiant qu'il recevra l'aide nécessaire (intervenants et famille) en cas de besoin. Il perçoit l'utilité du suivi en psychiatrie en lien avec la médication psychotrope et la thérapie : de la sorte, il approuve un suivi ultérieur en psychiatrie. De même, le sujet pense qu'il devra être médicamenté toute sa vie et il soutient qu'il ne re-consommara jamais d'alcool et de drogues (il souhaite rester sur le droit chemin). Un ALC pourrait l'aider dans son cheminement et l'encadrer adéquatement afin qu'il demeure stabilisé. Malgré une difficulté à s'ouvrir, William B. parvient à se raconter lorsqu'il y est contraint (quoiqu'il se limite souvent à des réponses courtes).

Le 2 juin, nous apprenons que monsieur B. pourrait être formé pendant six mois dans une entreprise, suite à une entrevue de sélection. Il se sent un peu moins anxieux puisqu'il n'a pas à camoufler sa judiciarisation. Nous avons procédé à une seconde passation du WAI. Le post-test nous apprend que monsieur maintient une haute perception de la tâche (85 %) et du lien (78 %), mais qu'une certaine chute est notée au niveau de l'accord avec les objectifs visés (72 %). Comparativement au pré-test, nous notons peu de différences. En fait, il n'y en a aucune en ce qui concerne les tâches effectuées et la relation thérapeutique installée. En ce qui concerne les buts, il y a une diminution de 10 %. Conséquemment, la perception du sujet face à l'alliance de travail se maintient dans le temps et demeure relativement positive. La version du thérapeute, complétée par le psychologue en question, démontre des valeurs semblables : 81 % pour la tâche, 83 % pour le lien et 68 % pour les buts visés. Ainsi, client et clinicien se questionnent davantage sur la validité des objectifs de leurs rencontres. Par rapport à nous, des résultats semblables sont obtenus : 83 % pour la tâche, 74 % pour le lien et 75 % pour les buts. Il semble donc que ce qui est fait dans les séances soit apprécié au-delà de la relation et des buts visés (quoique la différence soit négligeable). Nous l'avons questionné ensuite face à certaines questions auxquelles il affichait une ambivalence (cote 4, valeur médiane). Les éclaircissements fournis nous apprennent simplement que le sujet ne perçoit pas de cible claire dans les sessions de thérapie et que le psychologue pose inlassablement les mêmes questions. De plus, les objectifs visés différeraient. Son psychologue se concentrerait sur son habilité à s'ouvrir aux autres et à gérer son stress, alors que lui-même aimerait apprendre à soutenir des conversations sans timidité avec des inconnus. Dans l'ensemble, la nature professionnelle

et neutre de la relation revient souvent (non développement d'une réelle relation de confiance). Ce même élément revient face au lien avec nous. Néanmoins, William B. soulève que si notre relation n'était pas importante pour lui, il ne serait pas à l'aise pour discourir comme il le fait. De plus, nous n'avons rien à voir avec les décisions prises à son sujet, contrairement au psychologue.

Enfin, la dernière rencontre eut lieu le 9 juin 2009. Nous apprenons que l'entrevue pour la formation de six mois s'est bien passée malgré l'anxiété. De plus, monsieur aurait rencontré une femme récemment, une amie de sa sœur. Il raconte être allé prendre des cafés avec elle et sa sœur de façon régulière et que la présence de cette dernière favoriserait son aise. Nous soutenons le sujet dans ses démarches, mais lui conseillons tout de même la prudence : de nature influençable et anxieuse, nous craignons un emportement euphorique de courte durée ou une déception affective qui est susceptible de le désorganiser. En somme, monsieur B. soutient que les suivis psychologiques et criminologiques sont bénéfiques, mais que les questions posées deviennent répétitives d'une fois à l'autre. Il estime que le support criminologique lui est actuellement plus utile et l'ALC comprend davantage ses besoins, ce qui n'était pas le cas par le passé.

En conclusion de ces huit rencontres, nous avons remarqué la collaboration effective du sujet ainsi que l'établissement relativement rapide de l'alliance. Par rapport au risque de récurrence violente, nous croyons qu'il est faible : monsieur B. est déterminé à ne pas rechuter et, outre le tabagisme, il ne présente aucune autre dépendance. De même, il respecte ses conditions, adhère aux traitements (conscience de sa problématique de santé mentale) et a confiance en l'avenir. Les traits antisociaux nous paraissent difficiles à noter actuellement et la faible expression émotionnelle complique notre évaluation de sa capacité d'introspection. Finalement, William B. se conforme aux règles et adopte graduellement des valeurs pro-sociales.

## 2.2. Conclusion générale : William B.

L'incidence de la schizophrénie et de l'antisocialité de monsieur B. paraît peu évidente dans l'émergence et le maintien de sa criminalité. De prime abord, le sujet semble peu enclin, de par sa personnalité générale, à recourir à la violence ou à des gestes délictueux en

état de sobriété. L'influence de pairs délinquants et la toxicomanie sont les facteurs ayant le plus contribué à un mode de vie criminel. William B. manifeste une introspection relativement acceptable en regard à sa problématique de santé mentale (observance de la médication), mais les affects sont extrêmement émoussés. Il est conscient de lui-même, de son passé et de ses délits et il présente une bonne autocritique de ses comportements et de ses cognitions. De même, il espère dévier de la trajectoire délinquante dans laquelle il se trouve afin de maintenir une attitude pro-sociale et respectueuse des lois.

Malgré tout cela, nous croyons que la moindre alliance avec un individu antisocial aura tôt fait de le replonger dans une voie criminogène. Il veut plaire et, en conséquence, il demeure particulièrement influençable. La criminalité du sujet est dirigée contre la personne et fondamentalement de nature acquisitive. Néanmoins, monsieur affiche une ouverture au changement et il souhaite respecter les règlementations. S'il est suivi au plan psychologique, psychiatrique et criminologique et qu'il est encadré de façon bienveillante, le sujet pourrait vivre seul et de façon autonome. Heureusement, monsieur B. a bénéficié de quelques ateliers adaptés à ses problématiques, il a voulu s'impliquer et a développé de nouvelles habiletés. Il reste que la continuité de certains enseignements pro-sociaux pourrait assurer davantage le maintien des acquis.

### 3. Richard C.

#### 3.1. *Les entretiens cliniques*

Les rencontres avec monsieur C. revêtaient un caractère bien particulier. En effet, malgré que le sujet fût suivi par un agent en communauté rattaché à l'USMC, il ne résidait pas à cet endroit, contrairement aux deux autres hommes. Ainsi, avec l'accord de l'agent de gestion de cas (sécurité), nous avons choisi de nous entretenir avec monsieur à cinq reprises, dans un café du centre-ville de Montréal. Effectivement, l'implication plus tardive du sujet, son lieu de résidence éloigné du CCC et nos moments de présence limités (autres lieux de stage) restreignant les possibilités logistiques, nous avons convenu que cet arrangement était probablement le meilleur. Par ailleurs, le lieu public était destiné à

assurer notre propre intégrité physique. Malgré que le danger ait été quasi absent, nous ne voulions risquer de nous retrouver dans une situation fâcheuse.

Nous avons rencontré Richard C. pour la première fois le 2 juin 2009. Le lien s'est rapidement installé. Il nous parle brièvement de son enfance, durant laquelle il aurait subi, avec sa mère, de la violence physique de la part de son père. Il ne le fréquente plus depuis quatre ans, dit-il. La relation conjugale entre ses parents aurait connu son terme un an après la commission du délit (meurtre au premier degré). Le sujet tente de ne pas se rappeler cet événement, qu'il regrette apparemment. Il a décidé de ne plus nouer de relations amoureuses pour ne pas se retrouver dans une situation semblable. Pendant toutes ses années d'incarcération, monsieur a été transféré d'un établissement à un autre : CRR, Archambault et Montée Saint-François. La transition a s'est faite au CCC Martineau et, en 2006, il a obtenu sa libération conditionnelle totale. Depuis, il a résidé dans une maison et ensuite dans un appartement supervisé. Malgré son statut de surveillance à perpétuité, monsieur perçoit sa situation positivement et souhaite vivre le plus normalement possible. Ainsi, il aimerait habiter à Châteauguay près de sa mère et travailler dans un garage d'esthétique pour automobiles. Au moment de son entrée dans le système correctionnel, monsieur C. admet avoir eu des difficultés psychologiques (dépression) et avoir ressenti une énorme culpabilité (ruminations). Parler du délit ne l'aidait pas, dit-il, quoiqu'il devait le faire fréquemment avec les professionnels. Les entretiens psychologiques n'auraient pas eu les effets positifs escomptés. Les entretiens criminologiques, quant à eux, étaient perçus par monsieur comme confrontants (effet négatif). Même s'il n'avait pas manifesté le besoin d'être hospitalisé au SCC, il a préalablement dû faire un séjour à Parthenais et à l'Institut Philippe-Pinel pour une évaluation de son aptitude à subir son procès.

L'entretien suivant a eu lieu le 16 juin. Au départ, nous avons assisté à l'arrestation de deux individus en face du café, ce qui nous a légèrement troublés. Malgré cela, nous avons recentré la discussion. Monsieur C. nous a parlé de son goût marqué pour la musique et le mixage de pistes sonores. Nous avons procédé à la passation du WAI en regard au psychiatre. Il devait souvent lire les questions à voix haute. Dans l'ensemble, les résultats obtenus sont relativement négatifs : 38 % de confiance face aux tâches, 69 % face à la relation et 42 % face aux buts visés.

Le 14 juillet, les pourcentages ne sont guère meilleurs : 53 %, 65 % et 43 %. La plus haute augmentation se situe au niveau de la tâche, quoique, au final, ce soit minime. Nous pouvons donc inférer que, à travers le temps, si monsieur ne voit pas vraiment l'utilité des rencontres, il apprécie néanmoins le professionnel en question. Il est possible qu'il se présente aux entretiens non seulement par obligation, mais aussi parce qu'il désire plaire et répondre aux attentes du psychiatre. De même, nous l'avons questionné quant à son vécu actuel. Richard C. soutient ressentir souvent de l'anxiété et de la paranoïa. À cet égard, il est convaincu que tous connaissent son passé criminel, ce qui pèse lourd. Il se sent jugé négativement par le personnel et les autres résidents et, donc, étiqueté. La vie en société lui pose souvent problème. Il lui arrive de se sentir oppressé en public, parfois paniqué par l'afflux de personnes autour de lui, ce qui mène à une réaction d'évitement (agoraphobie ?). Même s'il admet avoir besoin de médication, il n'en voit pas les bienfaits puisque son anxiété est toujours présente. Il connaît le nom d'un médicament seulement et ne sait pas à quoi il sert, quoiqu'on lui ait supposément expliqué son utilité. Il aimerait donc cesser toute prise de médicaments (« Zyprexa », « Risperdal » et « Effexor »). Nous lui avons procuré les informations relatives à ces traitements pharmacologiques afin qu'il se fasse une idée plus juste.

Actuellement, le sujet reconnaît son besoin de voir un psychiatre, mais ceci est loin d'être intériorisé (c'est le psychiatre qui le désire). Il aimerait par contre bénéficier d'un suivi psychologique pour apprendre des stratégies de gestion des émotions. Quant aux rencontres avec l'agent de gestion de cas, il les aime particulièrement. Notons qu'il arrive toujours en avance d'une heure ou deux à tous ses rendez-vous. Malgré que le discours de monsieur soit cohérent, il fait de plus en plus référence à des préoccupations persécutrices et paranoïaques, croyant que sa réputation est mauvaise (alors que le délit remonte à vingt ans) et que les autres ne pensent que des choses négatives à son sujet. Pour soutenir la justesse de ses perceptions, il affirme recevoir des commentaires peu aimables, ce que nous ne pouvons vérifier.

Le 23 juin 2009, Richard C. dit admettre la légitimité de la sentence qui lui a été imposée et il accepte son sort. Il aimerait par contre être plus autonome. Nous avons posé certaines questions en rapport avec la perception de l'individu quant à ses difficultés psychologiques. Monsieur C. est convaincu que tout a commencé lorsque sa copine a décidé de rompre.

Incapable de supporter l'abandon, souffrant de possessivité et de dépendance, il est passé à l'acte homicide. Généralement, le sujet assure apprécier sa vie actuelle : il fréquente sa mère et sa marraine, il possède son logement, il est plus libre. Face à son avenir, il souhaite acquérir des biens communs (voiture et logement) et travailler. La consommation de substances n'est pas une option, dit-il. La vie de famille ou même amoureuse lui est impossible.

Le 30 juin, monsieur C. déplore les difficultés que peut représenter le fait d'avoir un casier judiciaire (assurances). Il pense beaucoup aux mois à venir et aimerait diversifier ses activités. Face à son futur, le sujet est confiant, mais reste conscient qu'il présente des idées de persécution et d'autres manifestations problématiques. Par rapport au traitement pharmacologique, il affirme qu'il suivra toujours les recommandations du psychiatre et ne sera pas tenté par l'automédication. Il semble croire que ce traitement devrait le guérir, ce que nous nuancions. Il croit en l'utilité du suivi psychiatrique et reconnaît les compétences des professionnels en santé mentale. Par contre, il souhaiterait être davantage écouté. Les suivis offerts par le SCC le rassurent en ce sens qu'il sera plus facile de « maintenir le cap ». Dans le cadre de cet entretien, Richard C. a complété à nouveau le WAI, face à nous-mêmes. Les résultats du WAI sont, cette fois-ci, beaucoup plus positifs (effet de désirabilité sociale ?) : 71 % pour la tâche, 76 % pour la relation thérapeutique et 72 % pour les buts visés par nos rencontres.

Enfin, le 14 juillet 2009, monsieur C. maintient son discours sur la « campagne de salissage » dont il aurait été victime de 1997 à 2001 en détention. Il reconnaît réagir peut-être fortement à certains propos et admet que, possiblement, ils n'avaient pas la connotation qu'il leur accorde. Tant que ses perceptions ne sont pas associées au danger ou à la menace, elles sont socialement acceptables dans un contexte de gestion du risque. La vérification régulière de ses préoccupations, dénotées dans son discours ou son comportement, consiste en un facteur de surveillance prioritaire.

### *3.2. Conclusion générale : Richard C.*

De prime abord, le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale posé chez monsieur semble étonnant. L'acte perpétré relève plutôt, à notre avis, d'une erreur de parcours dans



l'existence d'un homme passionné et dépendant. Le sujet semble peu enclin à recourir à la violence ou à des gestes délictueux, peu importe qu'il soit en état de consommation ou non. Le fonctionnement intellectuel étant légèrement limité (nous le constatons plus ou moins en rencontre), l'introspection l'est aussi. En fait, le sujet répète ce qu'il a raconté à tous les intervenants précédents. Sa pensée reste la plupart du temps concrète et les affects sont émoussés. Priorisant, depuis toujours, des valeurs pro sociales et un comportement adapté et normatif, il semble peu probable qu'il développe, un jour, une attitude antisociale. Au contraire, il est très conformiste et demeure discret. Malgré tout, il importe que monsieur reçoive des services psychologiques et psychiatriques pour les années à venir. Le suivi criminologique, quant à lui, nous semble moins utile. Richard C. a besoin de motivation, d'encadrement, de structure et de soutien face à la vie quotidienne. Encore là, des ateliers théoriques, en groupe, seraient appropriés dans son cas, pairés avec des interventions individuelles sur ces mêmes thématiques (violence verbale, violence physique, relations interpersonnelles, estime de soi, gestion de la colère, gestion des émotions... tout sujet favorisant une meilleure autogestion et socialisation) : ceci, dans la perspective d'assurer l'intégration de l'enseignement et l'application concrète de ces acquis.

## DISCUSSION GÉNÉRALE : DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

Les trois sujets suivis et interrogés présentent le même diagnostic psychiatrique, mais sont bien différents, à tous les points de vue. Un écart peut être observé entre les deux premiers contrevenants impliqués dans un cheminement criminel, et le troisième chez lequel la criminalité relève apparemment d'une erreur de parcours. Le tableau suivant récapitule les particularités propres aux trois sujets. En *italique*, apparaissent les éléments qui se retrouvent chez les trois sujets et, soulignés, ce sont ceux qui nous paraissent les plus primordiaux. Les énoncés entre (parenthèses) signifient que nous déduisons cette information à partir de celles qui sont disponibles.

Tableau XIX – Récapitulatif des particularités propres aux trois sujets

	Marc A.	William B.	Richard C.
<b>Mode de vie</b>	- Oisif - Confortable - Habitudes excessives - Dépendance aux jeux - Itinérance - Valorisation du mode de vie - <i>Besoin de prise en charge et d'encadrement</i> (autrement : récidive)	- Conflits - Instabilité - Marginalité - <i>Besoin d'un encadrement</i> , nécessaire à son autonomie	- Pour le moment, besoin d'un encadrement
<b>Niveau de sécurité</b>	- Modéré	- (Inconnu)	- (Faible)
<b>Risque de récidive violente</b>	- Risque de modéré à élevé - Risque de dangerosité élevé	- À court terme, risque modéré - À long terme, risque élevé - (Notre évaluation : faible)	- Faible dangerosité - Faible risque de récidive
<b>Risque de récidive sexuelle</b>	- (Rien à noter)	- Risque de modéré à élevé - (Notre évaluation : faible-moderé)	- (Rien à noter)
<b>Risque de récidive global</b>	- Élevé, à court ou moyen terme	- 1 détenu sur 3 ne commettra pas d'acte criminel après sa libération - Risque modéré, mais dépendra de plusieurs	- 4 détenus sur 5 ne récidiveront pas - Risque assez faible

	facteurs		
<b>Facteurs de risque statiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Schizophrénie</i> paranoïde (plus tard dans sa carrière)</li> <li>- Délires encapsulés</li> <li>- Antécédents de violence</li> <li>- Violation de ses conditions</li> <li>- <i>Enfance</i> (éducation, stimulation parentale, environnement...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Schizophrénie</i> (prédominance des symptômes négatifs)</li> <li>- Lourds et précoces</li> <li>- Image de délinquant projetée</li> <li>- Affiliation à des pairs négatifs assez tôt</li> <li>- <i>Enfance</i> (violences)</li> <li>- Victimisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Enfance</i></li> <li>- <i>Schizophrénie</i></li> </ul>
<b>Facteurs de risque dynamiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toxicomanie (plus au début de sa carrière, mais exacerbe les hallucinations, et les passages à l'acte)</li> <li>- Dépendance aux jeux (envahissante)</li> <li>- Impulsif</li> <li>- Imprévisible</li> <li>- Instable</li> <li>- Agressif</li> <li>- Délinquant</li> <li>- Non-conformiste</li> <li>- <i>Manque d'introspection</i></li> <li>- <u>Incapable de se remettre en question</u></li> <li>- Gestion des émotions problématique, <i>affects émoussés</i></li> <li>- Distorsions cognitives</li> <li>- Faibles compétences psychosociales</li> <li>- Surestimation de soi</li> <li>- Manipulation</li> <li>- Irresponsabilité, <i>présentisme</i></li> <li>- Faible empathie</li> <li>- <u>Opposition</u></li> <li>- Aucune reconnaissance des gestes posés (attribution externe)</li> <li>- Pas d'autonomie</li> <li>- <u>Peu d'ouverture à de nouvelles valeurs</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toxicomanie</li> <li>- Fréquentation de pairs négatifs</li> <li>- Difficultés financières</li> <li>- Accessibilité des moyens et des lieux</li> <li>- Problèmes de couple</li> <li>- Manque de discipline</li> <li>- Difficultés d'adaptation</li> <li>- Valeurs criminelles (mais ouverture aux valeurs pro-sociales)</li> <li>- Non-conformiste à l'autorité, mais conformiste en établissement</li> <li>- <i>Présentisme</i></li> <li>- Quasi absence d'empathie</li> <li>- Méfiance</li> <li>- <i>Faible introspection</i> (mettre la faute sur son enfance)</li> <li>- Résistance modérée au traitement</li> <li>- Mépris pour lui-même et les autres</li> <li>- Instabilité affective</li> <li>- Colérique</li> <li>- Idéations persécutatoires</li> <li>- Anxiété</li> <li>- Faible confiance en soi</li> <li>- <u>Passif</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relations interpersonnelles (distance maintenue)</li> <li>- Dépendance</li> <li>- Pauvre estime de soi</li> <li>- Fragilité émotionnelle</li> <li>- <u>Anxiété importante</u></li> <li>- Faible capacité d'organisation</li> <li>- <i>Présentisme</i></li> <li>- Ambivalence liberté-surveillance</li> <li>- Croyances et cognitions irrationnelles (paranoïa, certitude quant à la perception d'autrui)</li> <li>- <u>Méfiance</u></li> <li>- <u>Tendance à l'interprétation</u></li> <li>- <i>Faible introspection</i></li> <li>- <i>Affects émoussés</i></li> </ul>

		- <i>Affects émoussés</i>	
<b>Types de criminalité</b>	- Persistante - Acquisitive - Dirigée contre la personne - Dirigée contre les biens - Exutoire	- Précoce - Prolifique - Progressive - Violente - Dirigée contre la personne - Acquisitive - En complicité	- (Ponctuelle dans le temps)
<b>Substances consommées</b>	- Haschich - Marijuana - Colle - Speed - <i>Alcool</i>	- Cocaïne - <i>Alcool</i>	- Avant 2007, parfois de l' <i>alcool</i>
<b>Acception de la maladie</b>	- Aucune, doute de la validité du diagnostic (ne la reconnaît pas)	- (Faible)	- Ambivalence
<b>Acception de la médication</b>	- Faible	- Difficile au début, mais élevée ensuite	- Élevée
<b>Niveau d'observance thérapeutique</b>	- Faible (obligation qui ne lui « apporte rien »)	- Moyen (insatisfaction face aux services offerts), mais confiant quant à l'avenir (aide) - Ouvert lorsque l'entretien ne concerne pas sa sentence négativement	- (Élevé)
<b>Niveau intellectuel</b>	- Faible-moyen	- (Moyen)	- Faible, intelligence limite
<b>Stade de changement</b>	- Pré-contemplation	- De détermination à action	- Action
<b>Résultats au WAI</b>	- Moyenne : 70 %	- Moyenne : 79 %	- Moyenne : 59 %
<b>Pronostic</b>	- Pauvre	- (Encourageant)	- (Encourageant)
<b>Position dans la fratrie</b>	- 3 <sup>e</sup> de 4	- 3 <sup>e</sup> de 5	- (Inconnue)
<b>Relation parentale</b>	- Séparation, rejet du père dans un foyer nourricier	- Père décédé (4 ans) - Beau-père alcoolique, agresseur sexuel et violent - Nombreux conflits - Mère violente envers son conjoint	- (Inconnue)
<b>Présence de troubles de santé</b>	- Mère : <i>troubles psychotiques</i>	- Mère : trouble bipolaire - Sœur : <i>schizophrénie</i>	- (Inconnue)

<b>mentale dans la famille</b>	et toxicomanie - Frère : <i>schizophrénie</i> - Frère : toxicomanie (cocaïne)	
<b>Traits caractéristiques de l'enfance vécue</b>	- Timidité transformée en hyperactivité (violenté) - Rejet - Difficultés d'apprentissage - Troubles de comportement - Abandon - Colère - Faible respect de l'autorité - Faible estime de soi - Carences affectives	- Abus sexuel vécu - Centre d'accueil - Carences affectives - Faible estime de soi - Résultats scolaires sous la moyenne - Troubles de comportement - Suggestion d'un TDAH et / ou d'un trouble d'apprentissage - Peu d'amis - Image délinquante projetée - Carences affectives - Violence - Difficultés d'apprentissage - Troubles de comportement - Faible estime de soi - Fragilité émotionnelle - Dépendance affective

Cette mise en perspective nous permet de dégager certaines tendances. Dans un premier temps, il s'avère que les trois sujets partagent actuellement un besoin d'encadrement, une schizophrénie (d'impact variable), une faible capacité d'introspection (inacceptation ou non-reconnaissance de la maladie), une tendance au présentisme et des affects plats / émoussés. Ils ont aussi déjà connu des épisodes de consommation abusive d'alcool. Leur enfance est également troublée à différents niveaux (violence, éducation inadéquate, sous-stimulation, négligence, abandon, environnement difficile, etc.), mais les résultats sont relativement les mêmes : difficultés d'apprentissages, troubles de comportement, faible estime de soi et carences affectives. Étant donné que l'information est manquante pour le troisième sujet, nous pouvons tout de même noter que, chez les deux premiers, un parent ou des membres de la fratrie ont présenté des troubles psychotiques. De plus, ils se situent tous les deux à la troisième position dans la fratrie.

Maintenant, en quoi ces hommes se distinguent-ils plus précisément ? D'abord, Marc A. est celui qui présente le plus de risques dans un contexte de gestion en communauté (stade de pré-contemplation). Son risque de récurrence violente est plus élevé que chez les deux autres sujets. Il se démarque aussi par ses comportements d'opposition, sa faible ouverture à de nouvelles valeurs et à son incapacité à se remettre en question. Un autre danger se situe

au niveau de son désir d'inobservance de la médication (besoin d'un encadrement rigide). Il dénigre également tout effet positif pouvant découler des thérapies et des suivis criminogènes. Par ailleurs, il n'y a que William B. qui présente un risque de récurrence sexuelle. Son passé criminel atteste de délits perpétrés avec un pair. Ce qui est le plus notable en entrevue est sa passivité et sa faible émotivité. Richard C., qui se trouve déjà en communauté (résidence), n'inquiète pas outre mesure : son geste est ponctuel dans le temps et remonte à plusieurs années. Il est le seul chez lequel la criminalité ne se perpétue pas à travers les années. Il est toutefois souvent anxieux, inquiet, méfiant et entretient une nette tendance à l'interprétation. Ce sont là les principales distinctions entre nos trois sujets.

Durant ce stage, nous avons observé, discuté, appris et noté. De tout cela, quels liens peut-on établir entre les trois cas et la littérature ? Pour mener à bien cette synthèse, nous discuterons de l'observance elle-même, des particularités des schizophrènes et des antisociaux et, enfin, nous terminerons sur des recommandations générales. Il importe de noter que les éléments soulevés ici-bas ne concernent pas toujours l'un des thèmes qui a été préalablement traité dans la recension des écrits.

## 1. L'observance du traitement

Un suivi thérapeutique, quel qu'il soit, ne peut être efficace en absence d'un lien de confiance. Un doute quant à l'utilité d'une thérapie et des médicaments prescrites peut s'installer. La capacité d'introspection peut être observée lorsque la personne reconnaît son trouble mental, attribue ses symptômes à ce même trouble et comprend que l'amélioration de son état est possible si elle accepte la médication offerte, ainsi que les suivis suggérés. Les caractéristiques soulevées par le START (Crocker, 2007) illustrent bien les différences entre nos trois sujets (nous mettons en *italique* les éléments concernant les trois cas et soulignons ceux impliquant Marc A., le cas le plus problématique) :

Tableau XX – L’introspection

Présence d’introspection	Absence d’introspection
Conscience de ses forces et de ses limites	<u>Absence de conscience de soi</u>
Faire le rapport entre la pensée et l’action	<u>Ne pas comprendre la motivation derrière ses propres actes</u>
Appliquer les faits à son propre état et à sa propre situation	<u>Nier avoir un trouble mental ou un trouble de la personnalité et la nécessité d’une intervention</u>
Reconnaître les troubles	<u>Ne pas identifier ni gérer les facteurs de risque personnels</u>
Comprendre les facteurs de risque personnels et la nécessité de les gérer	<u>Ne pas reconnaître les signaux précurseurs d’une rechute</u>
Reconnaître les signaux d’une rechute	

William B. et Richard C. semblent posséder une capacité d’introspection relativement bonne, mais fluctuante dans le temps. D’autres facteurs peuvent jouer. Par exemple, en présence des symptômes de paranoïa du schizophrène, les décisions prises peuvent devenir ambivalentes et incertaines. Il faut donc concevoir l’introspection comme un concept indéterminé (nous en reparlerons plus bas). Selon Crocker (2007), l’individu introspectif aura un fonctionnement cognitif optimal et n’affichera pas de distorsions de l’humeur ou de la personnalité. Cela ne peut s’appliquer à nos trois cas. De nombreux suivis marqués par l’absence de confiance, d’écoute et de respect des outils suggérés, n’augurent rien de positif pour l’avenir : les risques de passage à l’acte violents (et non-violents) en société sont plus élevés chez les non-observants (Martin, Garske et Davis, 2000; Orlinsky, Ronnestad et Willutzki, 2004; Witte, Gu, Nicholaichuck et Wong, 2001). De multiples stratégies cliniques sont suggérées afin de favoriser une meilleure alliance thérapeutique (tirées du tableau de Lingam et Scott, 2002) :

- Recourir à des questions non-menaçantes pour identifier les difficultés possibles avec l’observance;
- Offrir de l’information sur le traitement et le cours du trouble qui soit claire, accessible et adaptée aux besoins de chaque individu;
- Encourager l’autogestion des comportements d’observance;
- Utiliser des stratégies simples pour établir une routine;
- Maintenir le contact avec les clients pendant les périodes de haut risque de non-observance;

- Accepter le droit d'un individu à rejeter les conseils et être préparé à continuer à collaborer et à maintenir le dialogue.

... Et, de façon prioritaire, le clinicien, avec souplesse, doit favoriser le développement de la capacité d'introspection du client, qui influencera positivement ou non sa traitabilité. Rappelons que selon Frank, Perel, Mallinger et leurs collaborateurs (1992), l'alliance doit demeurer un procédé actif et positif avec le patient et non un processus statique. En ce sens, le thérapeute doit être attentif à tout changement chez le sujet laissant entrevoir une diminution de l'observance.

Selon Crocker (2007), la traitabilité est déterminée par le contexte (volontariat ou non), le degré d'introspection, la réceptivité au traitement et la réactivité à ce traitement. Marc A. présente une faible traitabilité. Il a vécu davantage d'hospitalisations que les deux autres hommes et présente une symptomatologie plus problématique. Il semble désinvestir toute relation thérapeutique : ne voit pas de raison d'essayer de changer, suit le courant d'un programme sans réellement s'y impliquer, ne s'engage pas et ne collabore pas ou peu. En fait, sa collaboration suit la trajectoire empruntée par la prédominance des traits antisociaux.

## 2. Chez les schizophrènes

### 2.1. *L'impact de la symptomatologie*

Même si les schizophrénies se présentent différemment chez chaque individu, certains symptômes particuliers sont plus communs : retrait social, désinvestissement de l'environnement extérieur et de soi. Les trois sujets suivis représentent bien le retrait et le désinvestissement. Les symptômes positifs, dont des idées délirantes ou une perception erronée, résistent en ce qui concerne Marc A. William B. et Richard C., de leur côté, sont davantage caractérisés par la symptomatologie négative. William B. a manifesté des hallucinations auditives (chez 74 % des schizophrènes; Carpenter, Strauss et Bartko, 1974) et, Richard C., de la méfiance, toujours actuelle par ailleurs (chez 66 % de la clientèle; Carpenter, Strauss et Bartko, 1974). Notons, par contre, que la faible capacité



d'introspection (97 % des cas; Carpenter, Strauss et Bartko, 1974) demeure unanime chez nos trois hommes.

### *2.2. L'impact de la faible capacité d'introspection*

Afin de présenter une introspection adéquate, les individus doivent être conscients de leur trouble mental et des conséquences sociales en découlant et ils doivent reconnaître leur besoin de traitement et leurs symptômes (Mintz, Dobson et Romney, 2003). Ces diverses reconnaissances sont quasi absentes chez les trois sujets, même si elles sont un peu mieux chez Richard C. Une schizophrénie, un trouble de la personnalité ou une intelligence limitée ou faible peut limiter les capacités d'insight (cas 1 et 3). Un faible « insight » peut mener à des conséquences importantes (toutes trouvées à un moment ou à un autre, chez Marc A.) : taux accru de récurrence et d'hospitalisation, non-observance du traitement, plus haut risque de violence, tentatives de suicide, et fonctionnement appauvri (Caroli et Guedj, 1999). Une introspection défaillante aura aussi pour effet que l'individu ne reconnaîtra pas sa maladie ni la provenance des symptômes. Ceci, nous le remarquons surtout chez Marc A., un peu moins chez William B. et beaucoup moins chez Richard C.

### *2.3. Les facteurs favorisant une évolution positive*

Il est à souhaiter que la schizophrénie émerge tardivement, et que le sujet soit bien entouré et généralement fonctionnel (Llorca, 2001). Les trois hommes semblent effectivement avoir ressenti les premiers symptômes à l'adolescence, sous la forme initiale de psychoses toxiques pour Marc A. et William B. Aucun ne semblait recevoir le soutien nécessaire à la gestion de telles manifestations. De même, le schizophrène présente des déficits aux niveaux de l'intégration de l'information, du maintien de l'attention, de l'inhibition sensorielle, des compétences sociales et de l'évaluation de la menace et, donc, favorisera le recours aux mécanismes de défense primaires. Ainsi, plus une personne est vulnérable, moins grand sera le stress nécessaire à l'émergence de symptômes psychotiques. Ce sont les habiletés d'adaptation de l'individu qui régiront l'impact de ces stressseurs. La prise d'une médication adaptée s'avère nécessaire dans l'optique de réduire la symptomatologie positive. Selon Lalonde (1995), la pharmacothérapie devrait s'accompagner de la psychoéducation, de la psychothérapie (dont une rééducation

cognitive), de l'entraînement aux habiletés sociales, du développement individuel de la réadaptation et, si possible, de l'idée d'un retour au travail ou du bénéfice d'un soutien social. À l'USMC Martineau, tout ceci paraît être offert avec plus ou moins d'homogénéité et d'assiduité par les divers intervenants de l'endroit. Les symptômes négatifs, ainsi que les atteintes au fonctionnement et les déficits, auront tendance à résister, favorisant une attitude apathique généralisée et un découragement. Surtout, la médication psychiatrique agit à un certain niveau, mais comprend un pouvoir d'action limité.

Afin d'évaluer le pronostic des trois hommes, les facteurs identifiés par Llorca (2001) seront repris afin de déterminer de façon factuelle si nous pouvons espérer une réintégration sociale réussie. Dans la sphère de facteurs défavorables, notons le sexe masculin, l'absence de partenaire affectif stable, le mauvais fonctionnement prémorbide, des traits schizoïdes (retrait social), un haut niveau d'expression émotionnelle, un début insidieux de la maladie et le fait de demeurer dans un pays industrialisé. Malgré l'absence de l'information pour Richard C., nous pouvons tout de même supposer que, pour les trois cas, la symptomatologie psychotique comporte une part génétique. La prédominance des symptômes affectifs se situe normalement dans la catégorie des facteurs favorables. Par contre, dans ce contexte-ci, l'affectivité a effectivement dominé, mais aussi favorisé les passages à l'acte, la classant donc dans la sphère préjudiciable. Enfin, le début des troubles demeure un sujet nébuleux. Il est difficile de déterminer laquelle, de la sociopathie ou de la psychose, est apparue la première. En somme, l'avenir des trois sujets, en regard à leur schizophrénie, paraît sombre. Toutefois, trop de facteurs s'inter-influencent pour que nous puissions affirmer cela hors de tout doute.

#### *2.4. Les modalités thérapeutiques recommandées*

La clientèle schizophrénique peut profiter de certains traitements psychiatriques et psychologiques. En effet, sous médication, les schizophrènes peuvent mener une existence relativement normale, même si certains déficits subsisteront indéfiniment. Nous en avons un exemple avec les trois individus interrogés. Dans un contexte carcéral ou tout du moins correctionnel, certains objectifs devraient normalement être priorisés parmi d'autres : réduire la symptomatologie, améliorer les compétences sociales, réduire la stigmatisation et renforcer les pouvoirs individuels. Par contre, les programmes n'étant pas offerts

uniformément dans les établissements et les centres correctionnels, et ces ateliers concernant un champ limité de compétences, maintes lacunes de la clientèle ne peuvent que subsister puisque non traitées. Un suivi psychologique ou psychiatrique peut aider, mais encore ici, l'accessibilité pose problème, et cela n'assure pas un suivi régulier et approfondi. La façon dont nous recevons les hommes incarcérés, ainsi que tous les autres, est aussi primordiale.

En priorité, et les auteurs (Brenner, Kraemer, Hermanutz et Hodel, 1990; Lalonde, 1995; Mueser et McGurk, 2004) s'accordent sur ce sujet, la psychoéducation sur les habiletés sociales et l'autogestion ainsi qu'un suivi en communauté sont indispensables au maintien des acquis thérapeutiques. Ceci est souvent impossible au SCC. La thérapie cognitivo-comportementale est particulièrement indiquée (Lalonde, 1995; Mueser et McGurk, 2004; Vidon et Canet, 2004), ce qui consiste déjà en une réalité du service. Les objectifs consistent à développer de façon maximale le fonctionnement mental du sujet (dont l'introspection), un meilleur contrôle de soi et des stratégies thérapeutiques efficaces. La psychothérapie propre à la clientèle schizophrène doit inclure la relation client-thérapeute, la phase évaluative et le suivi en tant que tel (Gentis, 2002). Malheureusement, cet ordre des choses peine à être observé, compte tenu des contingences du milieu. Effectivement, les rencontres de psychothérapie auront davantage pour but de voir comment va le sujet plutôt que de travailler activement à développer des compétences. En général, la psychoéducation soutenue est privilégiée, plus précisément, en ce qui concerne les cognitions, la perception sociale, la communication, les habiletés sociales et la résolution de problèmes. Le sujet doit aussi avoir accès à l'information nécessaire sur sa maladie (rôle du personnel médical : infirmiers, psychiatres, médecins). De même, cette information doit être répétée au besoin et il importe que l'utilité de la pharmacothérapie fasse sens pour l'individu. Par contre, il semble que, souvent, cela soit outrepassé. Enfin, le développement de stratégies de « coping » ainsi que le recours aux renforcements positifs (valorisation) fonctionnent réellement. Dans la vie quotidienne, nous pouvons croire que les conseillers en comportements, qui sont les intervenantes « sur le plancher », travaillent à interagir avec les hommes du centre, en groupe. Par contre, aucun plan de traitement précis (incluant des modalités de modelage, de jeux de rôles, de pratiques *in vivo*...) ne peut être établi dans ce contexte. En ce sens, peut-être un meilleur partage des tâches entre les professionnels serait-il le bienvenu, afin que les habiletés puissent être concrètement adressées ? Parce

que, dans les faits, les conseillers côtoient quotidiennement les résidents, les ALC gèrent les cas individuellement dans une perspective de gestion du risque, les infirmiers octroient les soins de base, les médecins et les psychiatres sont rarement présents et normalement plutôt expéditifs et, enfin, les psychologues font purement et simplement du travail clinique, en face à face.

L'implication de l'individu ne peut être évitée : elle s'avère essentielle. De là toute l'importance d'une relation thérapeutique positive et honnête. En somme, en congruence avec le milieu qui nous intéresse, le traitement en lui-même doit inclure la médication, la formation sur les habiletés sociales et les soins médicaux, et cibler précisément les sphères criminogènes (facteurs de risque) (Desmarais et Landry, 2004; Lalonde, 1995; McGuire, 2000). Ultérieurement, l'individu doit bénéficier d'aide au domicile, de vérification de l'hygiène de base, de formation à l'emploi, de soutien financier, de soutien social et d'offres de loisirs. Dans un monde idéal, la famille est aussi impliquée : cela fait le plus souvent défaut chez la clientèle judiciarisée (Gentis, 2002; Lalonde, 1995; Vidon et Canet, 2004). Tous ces services nécessitent d'être coordonnés en un tout homogène : le travail de chaque intervenant est unique. Devant s'occuper de plus d'un cas, il peut devenir malaisé de respecter chaque besoin de chaque individu. Malgré ces limites, ce dernier doit ressentir notre désir de promouvoir la réussite de sa réinsertion sociale, tout en rejetant toute pensée antisociale ou opposante. Cela s'incruste dans le savoir-être humain du thérapeute : en absence de désir de changement et de croyance en ce changement, comment s'attendre à ce que le client soit motivé à entreprendre une telle démarche ? En ce qui concerne la suggestion de Desmarais et Landry (2004) au sujet d'un programme de traitement personnalisé à la clientèle, ce qui est concrètement effectué, dans les faits, demeure dans les sphères évaluatives et de thérapie individuelle avec, de temps en temps, certaines notions psychoéducatives quant à la maladie ou à la médication prescrite. Mais, tout ce qui touche les « ateliers » n'existe pas (cognitions, perceptions sociales, habiletés sociales, etc.).

### 3. Chez les antisociaux

#### 3.1. *Les problématiques associées : une plus grande complexité*

L'antisocialité est couramment la source de multiples difficultés, entre autres les dépendances (alcool, jeux, drogues...) ou les déviations sexuelles (paraphilies) (Black et Larson, 1999). William B. est le seul à avoir manifesté un comportement sexuel déviant (agression sexuelle). En fait, toutes les sphères de l'existence de l'individu sont inévitablement touchées. Les relations interpersonnelles se retrouvent appauvries (pour tous) ou néfastes (lorsque les pairs sont déviants, comme lors des délits de William B.). D'autres troubles de santé mentale se joignent souvent au trouble de la personnalité antisociale, tels que les troubles de l'humeur (dépression), anxieux (William B. et Richard C.) ou factices. La relation la plus probante est la dépendance aux drogues et / ou à l'alcool, qui aura tôt fait de réduire les inhibitions et donc de hausser les risques de passage à l'acte. Ceci est juste pour les deux premiers cas; pour le troisième, le geste résulte d'une pulsion ponctuelle, d'une impulsivité meurtrière, mais délimitée dans le temps. La dépendance au jeu fait aussi bonne figure, le hasard devenant rapidement un besoin et comblant les désirs de l'individu peu gratifié. Les dépendances ont touché les deux premiers cas et Marc A. se caractérise surtout par sa dépendance aux jeux : il n'écarte d'ailleurs pas la possibilité de consommer à nouveau ou de rejouer à sa sortie (aucune motivation au changement). La violence domestique (caractéristique de l'enfance des trois hommes) et les comportements suicidaires (cas 1 et 3) sont aussi associés au trouble de la personnalité antisociale. Notons en terminant que si la comorbidité de l'axe II inclut surtout les personnalités limite et histrionique, la personnalité passive-agressive, à l'étude dans le DSM-IV-TR, vient en second (Widiger et Corbitt, 1997) et semble faire sens en ce qui concerne nos trois sujets (difficultés relationnelles, mensonge, procrastination, ressentiment, morosité, humeur labile, intolérance aux changements).

#### 3.2. *Les facteurs contributifs*

La personnalité antisociale ne survient pas d'elle-même. Un terrain fertile précède les attitudes et les comportements antisociaux de l'enfant, de l'adolescent et plus tard de

l'adulte. Le trouble des conduites est la forme antérieure à l'antisocialité. Plusieurs facteurs environnementaux et contextuels contribuent aussi à l'émergence du trouble (Reid et Eddy, 1997), tels que la négligence, le manque d'affection et d'amour, le rejet, la violence familiale, l'absence de discipline ou, au contraire, un milieu familial coercitif. Si l'environnement immédiat implique un impact majeur sur le développement de l'enfant, il en est de même pour le milieu scolaire ou social. Des amis agressifs, rejetés, laissés à eux-mêmes, condamnés à l'échec scolaire, consommateurs, abusifs et froids ne peuvent contribuer positivement, mais, plus que tout, le tempérament initial de l'enfant, si propice, fera en sorte que ces divers éléments auront une influence fatale ou réversible. Tout cela a fait partie du passé des trois sujets. Par contre, la poursuite, à l'âge adulte, de comportements déviants qui cristallisent des acquis bien tolérés par l'individu ne concerne pas Richard C. (délit unique). De là toute la pertinence d'intervenir tôt, à l'école primaire, ou même de prévenir avant cela. Sans doute chaque délinquant incarcéré ou même chaque personne possédant un casier judiciaire aurait bénéficié d'une telle aide, essentielle mais combien rarissime... Tel qu'il est possible de l'observer dans les milieux scolaires, les professionnels en santé mentale n'affluent pas dans les écoles : une question financière qui, malheureusement, représente un obstacle de taille.

Nous avons vu que, selon diverses théorisations, l'enfant aux tendances antisociales empruntera des voies différentes (Loeber et Stouthamer-Loeber, 1998; Moffitt, 1993; Patterson, DeBaryshe et Ramsey, 1989). En congruence avec ce que nous savons de nos trois sujets, il devient intéressant de tenter de les situer dans ce contexte. D'abord, Marc A. et William B. ont probablement suivi le cheminement manifeste (Loeber et Stouthamer-Loeber, 1998) et, plus difficile toutefois à certifier, auraient débuté leur criminalité de façon précoce (Patterson, DeBaryshe et Ramsey, 1989). Cela ne nous surprendra pas, mais ils sont tous deux persistants dans leur délinquance, selon la théorie de Moffitt (1993). Richard C. se distingue toutefois : nous ne pouvons lui attribuer de cheminement, mais tout de même noter que le début de sa criminalité fut tardif (fin de l'adolescence). Dans son cas, le second groupe de Moffitt fait tout à fait sens avec la délinquance limitée à l'adolescence.

### 3.3. *La symptomatologie délinquante, une intervention possible ?*

Les individus antisociaux sont communément impulsifs, violents, agressifs, irresponsables, froids, égocentriques, peu ou pas émotifs et peu introspectifs. Si des sentiments se pointent, ils les répriment ou les expriment via un passage à l'acte. Ils peuvent octroyer la faute de leur comportement et de leur personnalité sur leur enfance ou sur l'éducation de leurs parents. En thérapie, ils évitent, oublient, projettent ou tout simplement repoussent toute composante à connotation émotionnelle. Ils rejettent leur propre responsabilité et peinent à reconnaître leur part d'implication dans leurs actes. Ils vont jusqu'à nier. Ne se situant pas tous sur le même continuum, nous pouvons nous demander où sont les trois sujets en regard à la gravité de leur symptomatologie. Selon Deisler (2002), l'intervention doit avoir lieu aux premier ou second stades, les deux derniers attestant d'une rigidification des processus cognitifs et comportementaux. Marc A. se classe dans la troisième catégorie : il n'envisage pas les alternatives disponibles (par exemple, à l'itinérance). William B. se trouve dans la première classe et Richard C. ne présente pas, selon la théorie de Deisler, de déni particulier. Cela concorde avec ce que nous avons vu : monsieur A. demeure celui qui répond le moins au traitement. Plus les processus défensifs se cristallisent et prennent de l'ampleur, plus il sera difficile d'intervenir et d'oser croire pouvoir briser une évolution déjà bien ancrée. Les antisociaux font la majorité de la population pénitentiaire. Ils détruisent, brutalisent, heurtent, blessent, violent, tuent... Tous ces traits paraissent extrêmes : ils relèvent probablement davantage d'un véritable psychopathe que d'un individu purement antisocial (concepts à distinguer de par une gradation). Nous retrouvons certains de ces éléments chez Marc A. et William B., mais très peu chez Richard C. C'est pourquoi, à la limite, nous remettons en question, pour ce dernier, le diagnostic de personnalité antisociale. Accordons-nous pour des traits, possiblement, mais davantage ? Difficile à attester. Les hommes vivant dans la pauvreté ou l'itinérance consistent en un groupe particulièrement problématique, indépendamment de tout autre facteur. Marc A. illustre bien ce groupe. La faible éducation, un historique d'emplois quasi nul et le maintien des irresponsabilités ajoutent à la probabilité d'une évolution antisociale. Cela n'est pas insolite chez la clientèle carcérale : nos trois cas ne font pas exception.

### 3.4. *Les défis de la clinique : croire au traitement ou non ?*

Les antisociaux répugnent souvent à être impliqués dans toute thérapie (ils n'ont aucun problème...). Ils peuvent effectivement être désagréables, omnipotents et colériques, mais aussi déprimés, désespérés et apathiques. Ces derniers symptômes seront d'ailleurs les seules manifestations pouvant favoriser une implication thérapeutique. Autrement, le respect de l'alliance est absent ou faussé, avec cet objectif de manipulation avantageuse. Néanmoins, tel que discuté dans la recension des écrits, certains croient en le rétablissement des antisociaux; d'autres ne reconnaissent aucun traitement fiable du trouble, et ils font la majorité.

Le rétablissement paraît possible, mais il existe aussi certaines personnalités qui ne peuvent probablement pas bénéficier d'un traitement. Autrement dit, le mal est fait. La motivation au changement doit être présente. Selon les écrits disponibles, les individus antisociaux savent ce qu'ils font : leur perception de la réalité ne serait donc pas altérée, mais ils ne considèrent pas le bien et le mal comme tout un chacun. Après étude, il semble que les cas 2 et 3 ne respectent pas nécessairement ces critères d'incompréhension, de manipulation. Peut-être la médication favorise-t-elle ces absences. Toutefois, Marc A. a clairement montré, en entrevue, à quoi peuvent ressembler les réticences, les défenses et la rigidité. Les thérapeutes ont donc avantage à être vigilants et, surtout, experts quant au traitement de cette clientèle. Ils doivent s'impliquer activement, intensivement, pendant minimum un an (parfois impossible en contexte carcéral étant donné les transfèrements, les libérations, le roulement de personnel...).

En somme, la thérapie consiste à souvent inclure une dimension toxicomaniaque, mais aussi à reconnaître les principaux repères comportementaux de l'individu : ses règles, ses valeurs, ses croyances, sa morale, ses opinions, ses préjugés. Il faut les connaître, mais aussi les comprendre et prétendre pouvoir modifier ces références. Un thérapeute peut croire que son client se trouve sur la voie de la guérison s'il réalise l'inadéquation de son mode de vie et de ses cognitions, et si l'alliance, suffisamment implantée, permet au patient de croire en l'apport du professionnel et d'y adhérer. Il est convenablement permis de douter de cette adhésion chez Marc A. Cela laisse entendre un portrait double de l'antisocial. Il y a ceux qui croient au changement, les autres qui réfutent toute possibilité



d'amélioration chez cette clientèle. Parce que le faible vécu émotif fait en sorte que la capacité d'introspection l'est tout autant (rappelons que Maxmen et Ward (1995) certifient que les sociopathes dévalorisent toute introspection).

#### 4. Comment intervenir ? Des recommandations générales

La clientèle schizophrène et antisociale nécessite un intérêt marqué du clinicien pour l'histoire de l'individu. L'alliance thérapeutique, à un stade précoce de l'intervention, est essentielle. Le recours aux questions ouvertes, l'enseignement des capacités d'adaptation et l'usage probable d'une médication adaptée (car, souvent, seuls les symptômes ou les troubles apparents sont connus) pourront maximiser les retombées thérapeutiques. L'établissement d'un plan d'action, en laissant un certain espace à l'individu, déterminera les objectifs de traitement visés et, assez tôt, il sera possible de déterminer son niveau de traitabilité.

Dans l'ensemble, il importe de favoriser la socialisation de l'individu, l'aider à nouer ou renouer certaines relations positives et permettre une intériorisation supérieure, si elle est envisageable. Le thérapeute doit être apte à pallier à tout imprévu et, en aucun cas, ne peut démontrer un quelconque jugement négatif. Enfin, il importe plus que tout de croire en la capacité de changement du client. Encore une fois, une illustration schématique nous paraît appropriée (nous nous sommes légèrement inspirés du chapitre sur l'entretien psychiatrique dans l'œuvre d'Hanus et Louis, 2010). Précisons d'abord, toutefois, certaines notions. Dans un premier temps, nous prenons pour acquis que la population carcérale visée présente des caractéristiques semblables à notre échantillon, quoique ce soit ce dernier qui ait servi à l'élaboration des recommandations thérapeutiques. La nature des problématiques des individus, lorsqu'ils arrivent à la porte d'entrée du SCC (CRR), est normalement, de prime abord, méconnue des professionnels. Ces derniers concluent selon leur étude du cas et peuvent obtenir une confirmation du diagnostic ou des manifestations pathologiques d'autres professionnels vus antérieurement (à l'interne ou à l'externe). Ensuite, en regard aux capacités générales des schizophrènes, qui se retrouvent avec certains déficits, il est reconnu qu'ils reçoivent une médication appropriée, et donc, que la symptomatologie

positive est considérablement contrôlée. Les traits de caractère antisociaux sont aussi amortis. Par contre, la constitution générale et globale de l'individu demeure intacte.

Le tableau qui suit présente un récapitulatif de tout ce qui a été appris au sujet du traitement et de son observance, le but étant de la maximiser et d'agir en conséquence. Notons que ce résumé englobe des connaissances déjà acquises auparavant dans ce travail.

**Tableau XXI – Les recommandations**

Intervenants	Rôles	Savoirs-êtres
<p><b>Thérapeute (applicable aux psychologues, aux psychiatres et aux criminologues (ALC))</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Répondre aux besoins des patients en assurant une disponibilité et une accessibilité, autant physique que psychologique</li> <li>- Recourir à des instruments de mesure divers pour favoriser une connaissance accrue de l'individu (VRAG, PCL-R, MMPI-II, WAIS-IV, etc.)</li> <li>- Analyser tout comportement ou observation et savoir y réagir de façon appropriée en favorisant une intervention et / ou en partageant l'information à l'équipe traitante</li> <li>- Gérer toute crise et conserver, en tout temps, la notion de sécurité</li> <li>- Selon l'historique de l'individu, demander le transfert de dossiers ultérieurs ou / et discuter avec d'anciens professionnels traitants</li> <li>- Favoriser les apprentissages servant à une réinsertion sociale réussie (valeurs, comportements, abstinence, etc.)</li> <li>- Mettre par écrit, au dossier et au SGD (si applicable), toute information ou étude du cas effectuée</li> <li>- Être attentif au transfert et au contre-transfert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Souplesse</li> <li>- Ouverture</li> <li>- Humanité</li> <li>- Contrôle de soi</li> <li>- Patience</li> <li>- Tolérance</li> <li>- Confiance en soi et en ses capacités</li> <li>- Taire tout jugement</li> <li>- Adopter une attitude de bienveillance, mais de fermeté</li> <li>- Être à l'affût de toute désorganisation, manipulation ou menace</li> <li>- Croire au changement et le favoriser</li> <li>- Respecter le rythme de l'individu</li> <li>- Travailler avec les déficits présentés</li> <li>- Esprit d'équipe</li> </ul>
<p><b>Tout autre intervenant (particulièrement applicable aux agents correctionnels)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conserver une ligne de pensée humaine, chaleureuse et empathique, tout en exerçant le pouvoir coercitif nécessaire à la gestion des comportements</li> <li>- Lors des manœuvres sécuritaires,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fermeté</li> <li>- Humanité</li> <li>- Empathie (et non sympathie)</li> <li>- <b>Respect</b></li> <li>- Ouverture</li> </ul>

<p>s'assurer d'une humanité et d'une ouverture : la violence, quelle qu'elle soit, n'a jamais sa place</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluer les situations de façon juste, équitable et professionnelle</li> <li>- Partager les informations, idéalement, avec les professionnels psychosociaux</li> <li>- Mettre par écrit, judicieusement, les observations, les anomalies notés, les doutes (gestes, délits, consommation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intérêt manifesté</li> <li>- Compréhension minimale des troubles de santé mentale</li> <li>- Aucun jugement négatif</li> <li>- Détenu = humain et non numéro</li> </ul>
--	--

<b>Étapes de l'évaluation</b>	<b>Composantes à investiguer (constitution du dossier)</b>
<b>HISTOIRE DE LA MALADIE / ANTÉCÉDENTS</b>	
<b>Symptomatologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manifestations psychiatriques</li> <li>- Manifestations somatiques</li> <li>- Reconnaissance de ces symptômes</li> <li>- Acception de ceux-ci</li> <li>- Capacité d'introspection</li> <li>- Moment d'apparition dans la vie du patient (évolution, événement déclencheur, etc.)</li> <li>- Évolution de la symptomatologie</li> <li>- Occurrences psychopathologiques</li> <li>- Suivis et traitements antérieurs</li> </ul>
<b>Effets comportementaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Changements notés</li> <li>- Dysfonctionnements concomitants</li> </ul>
<b>ÉTAT ACTUEL DU PATIENT</b>	
<b>Comportement du patient pendant les rencontres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence ou présence de délires</li> <li>- Propos inadéquats ou non</li> <li>- Coopération vs opposition vs indifférence</li> <li>- Conscience de son état</li> <li>- Apparence générale (physionomie, vêtements, hygiène, etc.)</li> <li>- Comportement non-verbal exprimé</li> <li>- Contenu du discours (niveau de dévoilement, ton, débit et langage employés)</li> <li>- Affects exprimés, émoussés, absents</li> <li>- Congruence entre l'affect et le discours</li> <li>- Niveau de traitabilité observé</li> </ul>
<b>Fonctionnement mental observé et étudié</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hygiène de vie</li> <li>- Sommeil</li> <li>- Habitudes, préférences, comportements sexuels</li> <li>- Habitudes alimentaires</li> <li>- Entourage familial, amical, professionnel, amoureux</li> <li>- Loisirs, passe-temps, occupations</li> <li>- Présence ou absence d'antisocialité (conflits, violence, délits, négligence, automutilation, tentative de suicide,</li> </ul>

	<p>etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptomatologie psychomotrice (agitation, mimiques, dyskinésies, maniérisme, catatonie, tics, etc.)</li> <li>- Conscience de soi, son amplitude</li> <li>- Orientation dans les trois sphères : temps, espace, personne</li> <li>- Capacités mnésiques (à court, moyen, long terme)</li> <li>- Perceptions délirantes (hallucinations, illusions, etc.) et les sens touchés</li> <li>- Fonctionnement intellectuel (concentration, intelligence, capacité d'abstraction, logique, rationalisation, etc.)</li> <li>- Mécanismes de défense priorisés</li> </ul>
<b>ANAMNÈSE</b>	
<b>Histoire familiale (éducation, valeurs, morale)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antécédents de troubles de santé mentale familiaux</li> <li>- Santé générale</li> <li>- Capacités d'adaptation</li> <li>- Composition familiale (séparation, divorce, décès, dysfonctionnement, etc.)</li> </ul>
<b>Développement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grossesse, accouchement et naissance (anomalies, problèmes, état de la mère, etc.)</li> <li>- Étapes du développement de l'enfant (anomalies, déficiences, déficits, etc.)</li> <li>- Milieu familial</li> <li>- Milieu éducatif (culture enseignée, qualité, etc.)</li> <li>- Victimation (abus sexuels, physiques, autres)</li> <li>- Caractéristiques de l'adolescence (scolarité, liaisons amoureuses et sexuelles, puberté, autonomie, etc.)</li> </ul>
<b>Diagnostic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selon les axes du DSM-IV-TR, et en respect de notre clientèle, les diagnostics devraient être les suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Axe I : schizophrénie (paranoïde)</li> <li>▪ Axe II : trouble de la personnalité antisociale</li> <li>▪ Axe III : -</li> <li>▪ Axe IV : -</li> <li>▪ Axe V : évaluation du fonctionnement global basée sur les 30 derniers jours (EGF)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Traitements / interventions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans un premier temps, établir un plan d'action et des objectifs en congruence avec l'équipe traitante et le patient lui-même</li> <li>- Thérapie cognitivo-comportementale (en général)</li> <li>- Psychoéducation (offerte par les psychologues, les psychoéducateurs (établissement) ou les conseillers en réadaptation (communauté)) : habiletés sociales, compétences, capacités d'intériorisation, informations générales (troubles de santé mentale, médication, effets secondaires, etc.)</li> <li>- Activités, ateliers et programmes continus et variés touchant à : l'estime de soi, la gestion des émotions et de la colère, la prévention de la violence et le traitement de la toxicomanie</li> </ul>

- 
- Poursuite de ces mêmes activités, à intensité moindre, en communauté, en plus de : maintien des acquis et prévention des rechutes
  - Suivis psychologique et criminologique obligatoires, en institution comme en communauté
  - Suivi psychiatrique nécessaire, surtout pour la gestion de la médication et l'offre de renseignements à ce sujet (nous suggérons, en établissement, deux rencontres mensuelles et, en communauté, une rencontre mensuelle)
-

## CONCLUSION

Suite à l'élaboration de ces trois études de cas, rappelons ici les objectifs que nous avons fixés en début de démarche. L'objectif principal consistait à comprendre les facteurs liés aux problématiques de santé mentale ou non, qui influencent l'observance du traitement psychosocial. Les objectifs spécifiques étaient les suivants : cerner la perception et l'appréciation des services psychosociaux par les détenus ayant reçu un double diagnostic, saisir les difficultés rencontrées par ces détenus lors des interventions, des thérapies ou des rencontres et envisager et recommander des modalités de traitement plus efficaces pour ces détenus. Bien que nous ayons présenté en détail chacun des cas, nous permettant ainsi de mieux comprendre la dynamique de l'observance, nous retiendrons davantage l'importance d'individualiser les services offerts à cette clientèle (Black et Larson, 1999; Gentis, 2002; Lalonde, 1995; Lingam et Scott, 2002; Vidon et Canet, 2004).

Nous croyons que ce mandat reviendrait, sans aucun doute, à l'Initiative en santé mentale en établissement d'abord, en communauté ensuite, qui se propose de dépister et d'évaluer les besoins en santé mentale lors de l'admission du délinquant et de prodiguer les soins primaires nécessaires. Déjà, le processus de dépistage occupe une position de premier ordre dans les activités des psychologues du Centre régional de réception. Même que nous assistons à un phénomène de sur-dépistage : les faux positifs font partie du quotidien, ce qui laisse supposer que les instruments utilisés sont inadaptés. Il s'agirait là d'un autre sujet d'études fort pertinent : comment dépister efficacement, en gardant à l'esprit que l'observance du traitement peut très bien consister en un indicateur de performance dans la sphère de la santé mentale d'un individu. Par ailleurs, il ne faut pas perdre de vue notre humanité comme intervenant auprès des détenus présentant des besoins particuliers. La pratique ardue, sa quantité au-delà de sa qualité, la nécessité de produire un travail rapide mais conforme aux normes du SCC, peuvent lasser la ferveur du débutant. Plusieurs aménagements dans la structure de travail pourraient améliorer notre pratique à tous, mais surtout, alléger le poids que nous incombe ce travail auprès des délinquants : car, après tout, leur avenir dépend des décisions que nous prenons.

En outre, des ateliers thérapeutiques doivent être offerts en institution comme en communauté, donc pendant et après le dénouement de la sentence (incluant de l'aide à

l'emploi ou tout autre aide d'une quelconque utilité) (Lalonde, 1995). De même, il va de soi que les professionnels en santé mentale doivent être accessibles et disponibles. Selon les études de cas, le suivi criminologique étant apparemment préféré au suivi psychologique ou psychiatrique compte tenu de la répétitivité de ces derniers entretiens, il importe que les intervenants de l'équipe traitante partagent leurs informations cliniques et assurent le respect du plan d'intervention (incluant : cognitions, sociabilité, communication et résolution de problèmes (Brenner, Kraemer, Hermanutz et Hodel, 1990)), en congruence avec les capacités du patient (McGill et Surber, 1989). À la base de tout cela, le lien patient-thérapeute importe plus que tout et déterminera les effets réels des problématiques de santé mentale de l'individu sur l'issue du traitement (Bordin, 1975, 1976, 1980).

S'il fallait résumer tout ce travail en une phrase, également dans une perspective de généralisation, elle se lirait ainsi : « dans un contexte judiciaire et psychiatrique, toute clientèle vulnérable, adulte, masculine et présentant un double diagnostic à l'axe I et à l'axe II doit bénéficier, tout au long de la sentence et ultérieurement, d'une thérapie individuelle personnalisée, d'un soutien émotionnel et social, d'un support médical approprié et, surtout, d'une part fondamentale d'apprentissages et de formation à toutes les aptitudes nécessaires à une réinsertion sociale et une socialisation réussies ». La mission du SCC n'est-elle pas d'« inciter activement et d'aider les délinquants à devenir des citoyens respectueux des lois » ?

## RÉFÉRENCES

- Abel, G. G., Rouleau, J. L., & Cunningham-Rathner, J. (1986). Sexually aggressive behavior. Dans J. Curran, A. Louis McGarry, & S. A. Shah (Éds.), *Forensic Psychiatry and Psychology* (pp. 289-313). Philadelphie: F. A. Davis.
- Amador, X. F., & David, A. S. (2004). *Insight and schizophrenia*. Cambridge: Oxford University Press.
- Amador, X. F., & Gorman, J. M. (1998). Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 21, 27-42.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2e édition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4e édition). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4<sup>e</sup> édition). Paris: Masson.
- American Psychiatric Association (2004). *Mini DSM-IV-TR – Critères diagnostiques*. Paris: Masson.
- American Psychiatric Association (2004). *Treating schizophrenia: A quickreference guide*. Récupéré de : [http://www.psych.org/psych\\_pract/treatg/quick\\_ref\\_guide/Schizophrenia\\_QRG.pdf](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/quick_ref_guide/Schizophrenia_QRG.pdf).
- Andreasen, N. C., Rice, J., Endicott, J., et al. (1986). The family history approach to diagnosis: How useful is it? *Archives of General Psychiatry*, 43, 421-429.
- Arboleda-Florez, J., & Holley, H. L. (1991). Antisocial burn-out: An exploratory study. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 19, 173-183.
- Azoulay, C. (2002). Approche psychopathologique et clinique de la schizophrénie (chapitre 2). Dans C. Azoulay, C. Chabert, J. Gortais, & P. Jeammet (Éds.), *Processus de la schizophrénie* (pp. 61-136). Paris: Dunod.
- Azoulay, C., Chabert, C., Gortais, J., & Jeammet, P. (2002). *Processus de la schizophrénie*. Paris: Dunod.
- Bardikoff, A. (1997). Combined treatment approach with borderline patients. Dans M. Rosenbluth, & I. Yalom (Éds.), *Treating difficult personality disorders* (pp. 51-79). San Francisco: Jossey-Bass.



- Barry, K. L., Fleming, M. F., Maxwell, L. B., *et al.* (1997). Conduct disorder and antisocial personality in adult primary care patients. *Journal of Family Practice*, *45*, 151-158.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, *177*, 138-143.
- Bayle, F.-J. (2001). L'observance dans la schizophrénie. Dans P.-M. Llorca (Éd.), *Les psychoses* (pp. 146-153). Paris: John Libbey Eurotext.
- Beck, A., Freeman, A., *et al.* (1990). Antisocial Personality Disorder. Dans A. Beck, A. Freeman, & al. (Éds.), *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (pp. 147-175). New York: Guilford Press.
- Bellack, A. S. (1989). *A Clinical Guide for the Treatment of Schizophrenia*. New York: Plenum Press.
- Bellack, A. S. (1989). A Comprehensive Model for Treatment of Schizophrenia (chapter I). Dans A. S. Bellack (Éd.), *A Clinical Guide for the Treatment of Schizophrenia* (pp. 1-21). New York: Plenum Press.
- Bellack, A. S., & Hersen, M. (1978). Chronic psychiatric patients: Social skills training. Dans M. Hersen, & A. S. Bellack (Éds.), *Behavior therapy in the psychiatric setting*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Bender, D. S. (2005). The Therapeutic Alliance in the Treatment of Personality Disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, *11*, 73-87.
- Black, D. W., Kehrberg, L. L. D., Flumenfelt, D. L., & Schlosser, S. S. (1997). Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 243-249.
- Black, D. W., & Larson, C. L. (1999). *Bad Boys, Bad Men – Confronting Antisocial Personality Disorder*. New York: Oxford University Press.
- Bland, R. C., Newman, S. C., & Orn, H. (1987). Lifetime co-morbidity in a community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *75*, 383-391.
- Bordin, E. S. (1975). *The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy*. Affiche présentée lors d'un congrès de l'American Psychological Association. Washington, DC.
- Bordin, E. S. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *16*, 252-260.
- Bordin, E. S. (1980). *Of human bonds that bind or free*. Presidential address delivered at the meeting of the Society for Psychotherapy Research. Pacific Grove, CA.
- Botero, A. (2002). Petit guide des guidelines. Dans *Guidelines. Les cahiers de l'Observatoire* (pp. 4-11). Paris: Interligne.

- Bourgon, G., Hanson, K., Pozzulo, J. D., Morton Bourgon, K. E., & Tanasichuk, C. L. (2008). *Actes de la Conférence nord-américaine de psychologie de la justice pénale et criminelle 2007*. Ottawa: Psychologie et Justice pénale – Sécurité publique Canada.
- Brenner, H. D., Kraemer, S., Hermanutz, M., & Hodel, B. (1990). Cognitive Treatment in Schizophrenia. Dans E. R. Straube, & K. Hahlweg (Éds.), *Schizophrenia – Concepts, Vulnerability, and Intervention* (pp. 161-191). Berlin: Springer-Verlag.
- Buckley, P. F., Wirshing, D. A., Bhushan, P., Pierre, J. M., Resnick, S. A., & Wirshing, W. C. (2007). Lack of Insight in Schizophrenia – Impact on Treatment Adherence. *CNS Drugs*, 21(2), 129-141.
- Buka, S. K., Goldstein, J. M., Seidman, L. J., Zornberg, G. L., *et al.*(1999). Prenatal complications, genetic vulnerability, and schizophrenia: the new England longitudinal studies of schizophrenia. *Psychiatr. Ann.*, 29, 151-160.
- Byerly, M., & *al.* (2002). Poster présenté au : Annual Meeting of ACNP; 8 au 12 décembre 2002. San Juan, Puerto Rico.
- Caroli, F., & Guedj, M. J. (1999). *Le suicide*. Montréal: Flammarion.
- Carpenter, W. T., Strauss, J. S., & Bartko, J. J. (1974). Use of signs and symptoms for the identification of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 37-49.
- Cleckley, H. (1976). *The Mask of Sanity: An Attempt to Clarify Some Issues About the So-Called Psychopathic Personality* (5e édition). St. Louis: C. V. Mosby. (Œuvre originale publiée en 1941, réédition en 1950).
- Clinique du Val d'Estreilles (2010, juin). *Schizophrénie et troubles délirants*. Récupéré de [http://cve.chez-alice.fr/zone\\_patient/Info\\_medicales/Maladies\\_mentale/Schizo/cours\\_troubles\\_delira.html](http://cve.chez-alice.fr/zone_patient/Info_medicales/Maladies_mentale/Schizo/cours_troubles_delira.html)
- Cloninger, C. R., Bayon, C., & Przybeck, T. R. (1997). Epidemiology and Axis I Comorbidity of Antisocial Personality (chapter 2). Dans D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Éds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 12-21). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Cloninger, C. R., & Svrakic, D. M. (2008). Personality Disorders. Dans S. H. Fatemi, & P. J. Clayton (Éds.), *The Medical Basis of Psychiatry* (pp. 471-483). Totowa, N.J.: Humana Press.
- Compton, W. M., Conway, K. P., Stinson, F. S., Colliver, J. D., & Grant, B. F. (2005). Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and specific substance use disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 677-685.

- Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S., & Ricard, N. (2006). Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(1): 36-45.
- Crocker, A. G. (2007). *Évaluation du risque à court terme et traitabilité : un guide d'évaluation et de planification – Version française du START*. LaSalle: Institut universitaire en santé mentale Douglas.
- Crockford, D. N., & el-Guebaly, N. (1998). Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 43-50.
- David, A. S. (1990). Insight and psychosis. *Br. J. Psychiatry*, 156, 798-808.
- Davis, J. M., & Gierl, B. (1984). Pharmacological treatment in the care of schizophrenic patients. Dans A. S. Bellack (Éd.), *Treatment and care for schizophrenia*. New York: Grune & Stratton.
- Deisler, F. J. (2002). *Understanding and Treating the Sociopathic Client*. Texas: Armadillo Publishing Corporation.
- Desmarais, J., & Landry, P. (2004). *Le traitement de la schizophrénie au Centre régional de santé mentale*. Sainte-Anne-des-Plaines: SCC.
- Dinges, N. G., Atlis, M. M., & Vincent, G. M. (1997). Cross-Cultural Perspectives on Antisocial Behavior (chapter 44). Dans D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Éds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 463-473). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Dinwiddie, S. H., & Reich, T. (1993). Attribution of antisocial symptoms in coexistent antisocial personality disorder and substance abuse. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 235-242.
- Elbogen, E. B., Van Dorn, R. A., Swanson, J. W., Swartz, M. S., & Monahan, J. (2006). Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 189, 354-360.
- Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., & McGill, C. W. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Flannery, D. J. (2006). *Violence and Mental Health in Everyday Life – Prevention and Intervention Strategies for Children and Adolescents*. Oxford: AltaMira Press.
- Flick, U. (1992). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales*. Paris: L'Harmattan.
- Frank, E., Perel, J. M., Mallinger, A. G., et al. (1992). Relationship of pharmacologic compliance to long-term prophylaxis in recurrent depression. *Psychopharmacologic Bulletin*, 28, 231-235.

- Gaston, L. (1990). The concept of the Alliance and its Role in Psychotherapy: Theoretical and Empirical Considerations. *Psychotherapy*, 27(2), 143-153.
- Gentis, R. (2002). *Les schizophrènes*. France: Éditions Érès.
- Goldstein, R. B., Powers, S. I., McCusker, J., et al. (1996). Lack of remorse in antisocial personality disorder among drug abusers in residential treatment. *Journal of Personality Disorders*, 10, 321-334.
- Gonzalez, J., Williams, J. W. Jr., Noël, P. H., & Lee, S. (2005). Adherence to Mental Health treatment in a Primary Care Clinic. *J. Am. Board Family Practice*, 18(2), 87-96.
- Goodwin, F. K., & Jamison K. R. (1990). *Manic depressive illness*. Dans F. Goodwin, & K. Jamison (Éds.), pp. 725-745. Oxford: Oxford University Press.
- Gottesman, I. I., & Shields, J. (1982). *Schizophrenia, the epigenetic puzzle*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Greenson, R. R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Grossman, L. S., & Cavanaugh, J. L. (1990). Psychopathology and denial in alleged sex offenders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 739-744.
- Grunebaum, M., Luber, P., Callahan, M., Leon, A. C., Olfson, M., & Portera, L. (1996). Predictors of missed appointments for psychiatric consultations in primary care clinic. *Psychiatric Services*, 47, 848-852.
- Hamilton, N. G. (1988). *Self and others: Object relations theory in practice*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Hare, R. D. (1983). Diagnosis of antisocial personality disorder in two prisons populations. *American Journal of Psychiatry*, 140, 887-890.
- Hanus, M., & Louis, O. (2010). *Psychiatrie pour l'étudiant*. Paris: Maloine.
- Hart, S. D., & Hare, R. D. (1989). Discriminant validity of the Psychopathy Checklist in a forensic psychiatric population. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 211-218.
- Hart, S. D., & Hare, R. D. (1996). Psychopathy and risk assessment. *Current Opinion in Psychiatry*, 9, 380-383.
- Herz, M. I., Keith, S. J., & Docherty, J. P. (1990). *Psychosocial Treatment of Schizophrenia*. Amsterdam: Elsevier.
- Hodgins, S., Hiscoke, U. L., & Freese, R. (2003). The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: A prospective investigation of patients in community treatment. *Behavioral Sciences and the Law*, 21, 523-546.

- Hoffart, A., Thornes, K., Hedley, L. M. (1994). DSM III-R Axis I and II disorders in agoraphobic patients with and without panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 186-191.
- Horvath, A. O., & Greenburg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. Dans L. S. Greenburg, & W. M. Pinsof (Éds.), *The psychotherapeutic process* (pp. 529-556). New York: Guilford Press.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and Validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Jablenski, A. (1986). Epidemiology of schizophrenia: a European perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 52-73.
- Jeammet, P. (2002). Schizophrénie et adolescence (chapitre 3). Dans C. Azoulay, C. Chabert, J. Gortais, & P. Jeammet (Éds.), *Processus de la schizophrénie* (pp. 137-165). Paris: Dunod.
- Johnson, D. A. (1981). Depression: treatment compliance in general practice. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.*, 290, 447-453.
- Karper, L. P., & Krystal, J. H. (1997). Pharmacotherapy of Violent Behavior (chapter 41). Dans D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Éds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 436-444). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Kaylor, N. (1999). Antisocial personality disorder: diagnostic, ethical and treatment issues. *Issues in Mental Health Nursing*, 20, 247-258.
- Killaspy, H., Banerjee, S., King, M., & Lloyd, M. (1999). Non-attendance at psychiatric outpatients clinics: communication and implications for primary care. *Br. Journal Gen. Pract.*, 49, 880-883.
- Köhler, W. (1927). *L'intelligence des singes supérieurs*. Paris: Félix Alcan.
- Kolada, J. L., Bland, S. C., & Newman, S. C. (1994). Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.*, 376, 24-35.
- Kraus, G., & Reynolds, D. J. (2001). The “A-B-C’S” of the cluster B’s: identifying, understanding, and treating cluster B personality disorders. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 345-373.
- Kupfer, D., & Sartorius, N. (2002). The usefulness and use of second-generation antipsychotic medications. *Curr. Op. Psychiatry*, 15, S1-S51.

- Lalonde, P. (1995). *Démystifier les maladies mentales – La schizophrénie*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur – Chenelière Éducation.
- Lalonde, P. (1995). Les causes de la schizophrénie (chapitre 4). Dans P. Lalonde et collaborateurs (Éds.), *Démystifier les maladies mentales – La schizophrénie* (pp. 47-65). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur – Chenelière Éducation.
- Lam, Y. M. F., *et al.* (2003). Poster présenté au : Biennial Meeting of ICOSR; 29 mars au 2 avril 2003. Colorado Springs, Colorado.
- Lamb, R. (1988). One-to-one Relationships with the Long Term Mentally Ill: Issues in training Professionals. *Community Mental Health Journal*, 24(4), 928-937.
- Lançon, C. (2004). Neuroleptiques conventionnels ou antipsychotiques atypiques ? Dans C. Spadone (Éd.), *Les schizophrénies – Des avancées théoriques à la pratique clinique* (pp. 125-135). Paris: Éditions PIL.
- Leboyer, M., & Schürhoff, F. (2004). Les modèles de compréhension génétique (chapitre IV). Dans C. Spadone (Éd.), *Les schizophrénies – Des avancées théoriques à la pratique clinique* (pp. 53-70). Paris: Éditions PIL.
- Lesieur, H. R., Blume, S. B., & Zoppa, R. M. (1986). Alcoholism, drug abuse and gambling. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 10, 33-38.
- Lieberman, R. P. (1991). *Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques*. Paris: Masson.
- Lieberman, R. P., & Foy, D. W. (1983). Psychiatric rehabilitation for chronic mental patients. *Psychiatric Annals*, 13, 539-545.
- Lieberman, R. P., Mueser, K. T., Wallace, C. J., Jacobs, H. E., Eckman, T., & Massel, H. K. (1990). Training Skills in the Psychiatrically Disabled: Learning Coping and Competence. Dans E. R. Straube, & K. Hahlweg (Éds.), *Schizophrenia – Concepts, Vulnerability, and Intervention* (pp. 193-216). Berlin: Springer-Verlag.
- Lin, E. H., Von Korff, M., Katon, W. *et al.* (1995). The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Med. Care*, 33, 67-74.
- Lingam, R., & Scott, J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 164-172.
- Linnoila, M. (1997). On the Psychobiology of Antisocial Behavior (chapter 31). Dans D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Éds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 336-340). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Litt, M. D., Babor, T. F., Del Boca, F. K., Kadden, R. M., & Cooney, N. L. (1992). Types of alcoholics II. Application of an empirically derived typology of treatment matching. *Archives of General Psychiatry*, 49, 609-614.

- Livianos-Aldanas, L., Vila-Gomez, M., Rojo-Moreno, L., & Luengo-Lopez, M. A. (1999). Patients who miss initial appointments in community psychiatry? A Spanish community analysis. *Int. Journal Soc. Psychiatry*, 45, 198-206.
- Llorca, P.-M. (2001). Aspects épidémiologiques. Dans P.-M. Llorca (Éd.), *Les psychoses* (pp. 76-84). Paris: John Libbey Eurotext.
- Llorca, P.-M. (2001). *Les psychoses*. Paris: John Libbey Eurotext – Pathologie-Science.
- Llorca, P.-M. (2001). Place des différents traitements. Dans P.-M. Llorca (Éd.), *Les psychoses* (pp. 102-118). Paris: John Libbey Eurotext.
- Llorca, P.-M. (2004). Prise en charge des premiers épisodes. Dans C. Spadone (Éd.), *Les schizophrénies – Des avancées théoriques à la pratique clinique* (pp. 179-192). Paris: Éditions PIL.
- Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (1998). Development of juvenile aggression and violence: Some misconceptions and controversies. *American Psychologist*, 53, 242-459.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M., & Cohen, M. (1993). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 171(8), 480-491.
- Maidment, R., Livingston, G., & Katona, C. (2002). Just keep taking the tablets: adherence to antidepressant treatment in older people in primary care. *Int. Journal Geriatric Psychiatry*, 17, 752-757.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, K. D. (2000). Relation of therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 428-450.
- Maxmen, J. S., & Ward, N. G. (1995). *Essential psychopathology and its treatment* (2e édition). New York: Norton.
- McEvoy, J. P., Apperson, J., Appelbaum, P. S., Ortilip, P., Brecosky, J., Hammill, K., Geller, J. L., Roth, L. (1989). Insight in schizophrenia: its relationship to acute psychopathology. *Journal of Nervous Mental Dis.*, 177, 43-47.
- McGavock, H. (1996). *A review of the literature on drug adherence*. Great Britain: The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.
- McGill, C. W., & Surber, R. W. (1989). Case Management (chapter 4). Dans A. S. Bellack (Éd.), *A Clinical Guide for the Treatment of Schizophrenia* (pp. 77-99). New York: Plenum Press.
- McGlashan, T. H. (1983). Intensive Individual Psychotherapy of Schizophrenia. A review of techniques. *Arch. Of Gen. Psychiatry*, 40, 909-920.

- McGuire, P. (2000). New hope for people with schizophrenia. *Monitor on Psychology*, 31, 1-11.
- Meurice, E. (2005). *Le traitement à long terme et la réhabilitation des schizophrènes – Séminaire Paul Janssen*. Belgique: Éditions du Céfal.
- Mintz, A. R., Dobson, K. S., & Romney, D. M. (2003). Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 61, 75-88.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Moran, P. (1999). The epidemiology of antisocial personality disorder. *Society of Psychiatry Epidemiology*, 34, 231-242.
- Morrison, R. L., & Bellack, A. S. (1984). Social skills training. Dans A. S. Bellack (Éd.), *Schizophrenia: Treatment, management, and rehabilitation* (pp. 247-279). Orlando: Grune & Stratton.
- Mosher, L. R. (1989). Community Residential Treatment – Alternatives to Hospitalisation. Dans A. S. Bellack (Éd.), *A Clinical Guide for the Treatment of Schizophrenia* (pp. 135-161). New York: Plenum Press.
- Mueser, K. T., & McGurk, S. R. (2004). Schizophrenia. *The Lancet*, 363, 2063-2072.
- Narud, K., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). Therapists' handling of patients with cluster B personality disorders in individual psychotherapy. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 186-191.
- Ninan, P. T. (1989). Pharmacological Management of Schizophrenia (chapter 29o). Dans A. S. Bellack (1989), *A Clinical Guide for the Treatment of Schizophrenia* (pp. 23-42). New York: Plenum Press.
- North, C., Smith, E. M., & Spitznagel, E. L. (1993). Is antisocial personality a valid diagnosis in the homeless? *American Journal of Psychiatry*, 150, 578-583.
- Nuechterlein, K. H., & Dawson, M. E. (1984a). Vulnerability and stress factors in the developmental course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 158-159.
- Nuechterlein, K. H., & Dawson, M. E. (1984b). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-312.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of process-outcome research: Continuity and change. Dans M. J. Lambert (Éd.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5e édition, pp. 307-390). New York: Wiley.
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.



- Pedinielli, J.-L., & Gimenez, G. (2004). *Les psychoses de l'adulte*. France: Armand Colin.
- Peeters, F. P., & Bayer, H. (1999). 'No-show' for initial screening at a community mental health centre: rate, reasons and further help-seeking. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, *34*, 323-327.
- Pepper, C. M., Klein, D. N., Anderson, R. S., *et al.* (1995). DSM-III-R axis II comorbidity in dysthymia and major depression. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 239-247.
- Pryzwansky, W. B., & Wendt, R. N. (1999). *Professional and Ethical Issues in Psychology: Foundations of Practice*. New York et Londres: W.W. Norton.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., *et al.* (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area study. *Journal of the American Medical Association*, *264*, 2511-2518.
- Reid, J. B., & Eddy, J. M. (1997). The Prevention of Antisocial Behavior: Some Considerations in the Search for Effective Interventions (chapter 32). Dans D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Éds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 343-356). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Reid, W. H. (1985). The antisocial personality: A review. *Hospital and Community Psychiatry*, *36*, 831-837.
- Renneberg, B., Chambless, D. L., Graceley, E. J. (1992). Prevalence of SCID-diagnosed personality disorders in agoraphobic outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, *6*, 111-118.
- Robins, L. N. (1966). *Deviant children grown up: A sociological and psychiatric study of sociopathic personality*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Weisman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J. D. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch. Gen. Psychiatry*, *41*, 949-958.
- Ruegg, R. G., Haynes, C., & Frances, A. (1997). Assessment and treatment of borderline personality disorder. Dans M. Rosenbluth, & I. Yalom (Éds.), *Treating difficult personality disorders* (pp. 123-172). San Francisco: Jossey-Bass.
- Rüsch, N., & Corrigan, P. W. (2002). Motivational Interviewing to Improve Insight and Treatment Adherence in Schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *26*(1), 23-32.
- Rutherford, M. J., Alterman, A. I., Cacciola, J. S., & Snider, E. (1995). Gender differences in diagnosing antisocial personality in methadone patients. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 1309-1316.
- Sanderson, W. C., Wetzler, S., Beck, A. T., Betz, F. (1992). Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatry Res.*, *42*, 93-99.

- Sarfati, Y. (2004). Clinique critériologique (chapitre I). Dans C. Spadone (Éd.), *Les schizophrénies – Des avancées théoriques à la pratique clinique* (pp. 11-26). Paris: Éditions PIL.
- Schied, H.-W. (1990). Psychiatric Concepts and Therapy. Dans E. R. Straube, & K. Hahlweg (Éds.), *Schizophrenia – Concepts, Vulnerability, and Intervention* (pp. 9-43). Berlin: Springer-Verlag.
- Schooler, N. R. (1986). The efficacy of antipsychotic drugs and family therapies in the maintenance treatment of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 6, 11S-19S.
- Schooler, N. R., & Hogarty, G. E. (1987). Medication and psychosocial strategies in the treatment of schizophrenia. Dans H. Meltzer (Éd.), *Psychopharmacology, the third generation of progress*. New York: Raven Press.
- Service correctionnel du Canada (2009, février). *Site officiel*. Récupéré de <http://www.csc-scc.gc.ca/text/index-fra.shtml>.
- Sham, P. C., Jones, P., Russel, A., Gilvarry, K., *et al.* (1994). Age at onset, sex and familial psychiatric morbidity in schizophrenia. *Brit. J. Psychiatr.*, 165, 466-473.
- Sharma, T. (1999). Cognitive effects of conventional and atypical antipsychotics in schizophrenia. *Brit. J. Psychiatr.*, 174, 44-51.
- Sigvardsson, S., Cloninger, C. R., Bohman, M., & von Knorring, A. L. (1982). Predisposition to petty criminality in Swedish adoptees: III. Sex differences and validation of the male typology. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1248-1253.
- Spadone, C. (2004). *Les schizophrénies – Des avancées théoriques à la pratique clinique*. Paris: Éditions PIL.
- Stephenson, B. J., Rowe, B. H., Haynes, R. B., MacHaria, W. M., & Leon, G. (1993). Is this patient taking the treatment as prescribed? *Journal of American Medical Association*, 269, 2779-2781.
- Stoff, D. M., Breiling, J., & Maser, J. D. (1997). *Handbook of antisocial behavior*. New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Strasburger, L. H. (1986). The Treatment of Antisocial Syndromes: The Therapist's Feelings. Dans W. H. Reid, D. Dorr, J. I. Walker, & J. W. Bonner (Éds.), *Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes* (pp. 191-207). New York: W. W. Norton.
- Straube, E. R., & Hahlweg, K. (1990). *Schizophrenia – Concepts, Vulnerability, and Intervention*. Berlin: Springer-Verlag.
- Takei, N., & Murray, R. M. (1994). Prenatal influenza and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 165, 833-840.

- Tengström, A. (2001). Long-term predictive validity of historical factors in two risk assessment instruments in a group of violent offenders with schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, *55*, 243-249.
- Tichenor V., & Hill, C. E. (1989). A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy*, *26*, 195-199.
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *1*, 207-210.
- Van Goozen, S. H. M., Fairchild, G., Snoek, H., & Harold, G. T. (2007). The Evidence for a Neurobiological model of Childhood Antisocial Behavior. *Psychological Bulletin*, *133*, 149-182.
- Vidon, G., & Canet, E. (2004). Prise en charge psychosociale : psychothérapie ou réhabilitation. Dans C. Spadone (Éd.), *Les schizophrénies – Des avancées théoriques à la pratique clinique* (pp. 137-154). Paris: Éditions PIL.
- Vogler, G. P., Gottesman, I. I., McGue, M. K., & Rao, D. C. (1990). Mixed-model segregation analysis of schizophrenia in the Lindeluis swedish pedigrees. *Behav Genet*, *20*, 461-472.
- Widiger, T. A., & Corbitt, E. M. (1997). Comorbidity of Antisocial Personality Disorder with Other Personality Disorders (chapter 7). Dans D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Éds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 75-82). New York, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Witte, T., Gu, D., Nicholaichuck, T., & Wong, S. (2001). *Working alliance inventory (WAI): Prediction in a forensic psychiatric hospital*. Affiche présentée à la 62e Convention Annuelle de l'Association Canadienne de Psychologie. Saint-Foy, Québec.
- Wright, E. (1993). Non-compliance- or how many aunts has Matilda? *The Lancet*, *342*, 909-913.
- Young, G. J., Mohr, D. C., Meterko, M., Seibert, M. N., & McGlynn, G. (2006). Psychiatrists' Self-Reported Adherence to Evidence-Based Prescribing Practices in the Treatment of Schizophrenia. *Psychiatric Services*, *57*, 130-132.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability – A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *86*, 103-126.

**ANNEXES**

## Annexe I – Formulaire de consentement

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

**Titre du projet :** *L’observance du traitement psychosocial chez les détenus fédéraux présentant une double problématique de schizophrénie et de trouble de la personnalité du groupe B (DSM-IV-TR)*

**Stagiaire :** *France Gabrion, étudiante, Université de Montréal*

**Superviseure :** *Christine Perreault, psychologue et coordonnatrice de l’ISME, Service correctionnel du Canada (SCC)*

**Directeur :** *Denis Lafortune, psychologue et professeur à l’Université de Montréal*

#### **But des entrevues :**

Vérifier, via des analyses de cas, si l’adhérence au traitement psychosocial est altérée, d’une quelconque façon, par la présence d’une co-morbidité psychiatrique aux axes I et II du DSM-IV-TR.

#### **Modalités de participation :**

Lors de ces rencontres de suivis, vous serez amené à répondre à des questions sur votre passé, votre présent et votre avenir face aux traitements en général ainsi qu’aux relations thérapeutiques existantes. Il est possible que certaines questions vous perturbent et que vous deviez repenser à des détails dont vous préféreriez ne plus reparler. Outre cela, aucun risque n’est associé à votre participation. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps, sans préjudice, et votre participation n’aura aucune répercussion sur la durée ou les conditions de votre peine.

#### **Confidentialité et anonymat :**

Il peut y avoir certaines circonstances où la confidentialité ne peut être garantie. Ainsi, lorsque l’information divulguée menace la sécurité d’une institution, du bureau de la libération conditionnelle, d’une maison de transition et autres ou lorsque l’information divulguée concerne la violence faite à un enfant ou la perpétration éventuelle d’un crime qui pourrait menacer la santé et le bien-être d’une personne. Dans ce cas, l’information ne

pourrait pas demeurer confidentielle. Veuillez noter, par ailleurs, que certaines informations seront automatiquement partagées à votre agent(e) de libération conditionnelle, conformément à son besoin de savoir.

**Je consens de plein gré à participer à ces entrevues selon les conditions énumérées plus haut. Je déclare : avoir pris connaissance du présent document, comprendre le but des entretiens et avoir eu la possibilité de parler de ma participation.**

Signature du participant: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature de la stagiaire : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Annexe II – Grille d’entrevue

**Grille d’entrevue**

*Le but principal de cette grille est d’arriver à se faire une idée du degré d’intériorisation (insight) de l’individu (aucun, faible, bon).*

**I – LORSQUE VOUS AVEZ FAIT VOTRE ENTRÉE DANS LE SYSTÈME CORRECTIONNEL (POUR CETTE PEINE-CI)...****1. Aviez-vous des difficultés ou des besoins psychologiques envahissants pour vous?**

a) Oui / Non

b) Pouvez-vous expliquer votre réponse?

***Si oui...***

c) Selon vous, quelle était alors la source de vos problèmes au niveau psychologique?

d) Comment vous sentiez-vous par rapport à cela?

e) Pensez-vous que le personnel correctionnel et / ou les autres détenus vous jugeaient par rapport à cela?

**2. Aviez-vous besoin d’une hospitalisation?**

a) Oui / Non

b) Comment expliquez-vous votre réponse?

***Si oui...***

c) Pourquoi vous aurait-on hospitalisé? Pour quels motifs?

d) Vous sentiez-vous en sécurité à ce moment-là?

e) Une hospitalisation vous aurait-elle aidé à vous sentir mieux, selon vous?

**3. Aviez-vous besoin de médicaments pour un problème mental?**

a) Oui / Non

- b) Ce besoin a-t-il alors été déterminé par vous, par vous et le médecin / psychiatre ou par le médecin / psychiatre seulement?
- c) Selon vos souvenirs, vous sentiez-vous mieux, stable ou pire qu'avant?
- d) Aviez-vous de la difficulté à prendre vos médicaments tel que prescrit?

**4. Aviez-vous besoin du suivi d'un professionnel de la santé mentale pour vous offrir du soutien?**

- a) Oui / Non
- b) Ce besoin a-t-il alors été déterminé par vous, par vous et le professionnel de la santé mentale ou par le professionnel de la santé mentale seulement?
- c) Selon vos souvenirs, vous sentiez-vous mieux, stable ou pire qu'avant?
- d) Aviez-vous de la difficulté à vous présenter aux rendez-vous tel que prescrit?

**5. Selon vous, aviez-vous besoin du suivi d'un agent de libération conditionnelle (imposé par le SCC) pour vous offrir de l'encadrement et de la surveillance?**

- a) Oui / Non
- b) Selon vos souvenirs, vous sentiez-vous mieux, stable ou pire qu'avant?
- c) Aviez-vous de la difficulté à vous présenter aux rendez-vous tel que prescrit?

**6. Vous rappelez-vous de ce que nous avons discuté au début de notre rencontre d'aujourd'hui?**

**II – EN CE MOMENT...**

**7. Avez-vous des difficultés ou des besoins psychologiques envahissants pour vous?**

- a) Oui / Non
- b) Pouvez-vous expliquer votre réponse?

***Si oui...***

- c) Selon vous, quelle est la source de vos problèmes au niveau psychologique?
- d) Comment vous sentez-vous par rapport à cela?



e) Pensez-vous que le personnel correctionnel et / ou les autres détenus vous jugent par rapport à cela?

### **8. Avez-vous besoin d'être hospitalisé?**

a) Oui / Non

b) Comment expliquez-vous votre réponse?

#### ***Si oui...***

c) Pourquoi vous hospitaliserait-on? Pour quels motifs?

d) Vous sentez-vous en sécurité ces jours-ci?

e) Une hospitalisation vous aiderait-elle à vous sentir mieux, selon vous?

### **9. Avez-vous besoin de médicaments pour un problème mental?**

a) Oui / Non

b) Ce besoin a-t-il été déterminé par vous, par vous et le médecin / psychiatre ou par le médecin / psychiatre seulement?

c) Les médicaments améliorent-elles votre condition? Pouvez-vous l'expliquer?

d) Avez-vous de la difficulté à prendre vos médicaments tel que prescrit?

I – Avez-vous besoin qu'on vous rappelle de prendre votre dose? (mémoire défaillante)

II – Ressentez-vous des effets nuisibles (secondaires) à la prise de médicaments?

III – Vous sentez-vous stigmatisé / étiqueté à cause de vos difficultés psychologiques?

IV – Avez-vous besoin qu'on vous rappelle que vous avez des besoins spéciaux par rapport à votre santé mentale?

V – Quels sont les points positifs que vous voyez avec la prise de médicaments?

f) Quelles sont vos médicaments? Comment se nomment-elles? À quoi servent-elles?

g) Croyez-vous qu'elles ont toutes leur utilité?

h) Oui / Non

#### ***Si non...***

i) Quelle médication enlèveriez-vous de vos prescriptions? Pour quelles raisons?

**10. Avez-vous besoin du suivi d'un professionnel de la santé mentale pour vous offrir du soutien?**

- a) Oui / Non
- b) Ce besoin est-il déterminé par vous, par vous et le professionnel de la santé mentale ou par le professionnel de la santé mentale seulement?
- c) Vous sentez-vous mieux, stable ou pire qu'avant?
- d) Avez-vous de la difficulté à vous présenter aux rendez-vous tel que prescrit?

**11. Selon vous, avez-vous besoin du suivi d'un agent de libération conditionnelle (imposé par le SCC) pour vous offrir de l'encadrement et de la surveillance?**

- a) Oui / Non
- b) Vous sentez-vous mieux, stable ou pire qu'avant?
- c) Avez-vous de la difficulté à vous présenter aux rendez-vous tel que prescrit?

**12. Vous rappelez-vous de ce que nous avons discuté au début de notre rencontre d'aujourd'hui?**

**III – APRÈS VOTRE LIBÉRATION...**

**13. Pourriez-vous présenter à nouveau des difficultés psychologiques envahissantes pour vous?**

- a) Oui / Non
- b) Comment expliqueriez-vous votre réponse?

***Si oui...***

- c) Selon vous, vos problèmes sont-ils chroniques, en ce sens que vous les aurez toute votre vie?
- d) Pensez-vous que cela va aller en s'améliorant, en se stabilisant ou en s'empirant?
- e) Croyez-vous que vous aurez l'aide nécessaire, par les professionnels et par votre famille et vos proches, par rapport à vos difficultés psychologiques?

**14. Avez-vous besoin de médicaments pour un problème mental?**

- a) Oui / Non
- b) Ce besoin sera-t-il déterminé par vous, par vous et le médecin / psychiatre ou par le médecin / psychiatre seulement?
- c) Croyez-vous que vous devrez être médicamenté toute votre vie ou croyez-vous que vous pourrez cesser un jour?
- d) Pensez-vous que vous aurez de la difficulté à prendre vos médicaments tel que prescrit?
- e) Croyez-vous que vous aurez besoin de quelqu'un pour vous rappeler de prendre vos doses ou pour continuer à vous informer de l'utilité des médicaments?
- f) Avez-vous peur de vous auto-médicamenter dans l'avenir, c'est-à-dire de consommer de l'alcool ou des drogues pour vous sentir mieux?

**15. Avez-vous besoin de l'aide d'un psychiatre?**

- a) Oui / Non
- b) Pourquoi?
- Si oui...*
- c) En quoi un psychiatre pourrait-il vous aider?
- d) Selon vous, à quoi sert un psychiatre? Quel est son rôle ou ses rôles principaux?
- e) Croyez-vous qu'un suivi en psychiatrie favoriserait votre état et votre bien-être en général?

**16. Avez-vous besoin du suivi d'un agent de libération conditionnelle (ou de probation) pour vous offrir de l'encadrement et de la surveillance?**

- a) Oui / Non
- b) Pourquoi?
- Si oui...*
- c) En quoi un agent de libération conditionnelle (ou de probation) pourra-t-il vous aider?
- d) Croyez-vous que vous vous sentirez mieux avec l'aide de ce suivi?
- e) Croyez-vous que vous aurez de la difficulté à vous présenter aux rendez-vous tel que prescrit?

**17. Vous rappelez-vous de ce que nous avons discuté au début de notre rencontre d'aujourd'hui?**

## Annexe III – ITAQ

### *Insight and Treatment Attitudes Questionnaire (ITAQ)*

#### **Questionnaire sur les Attitudes d'Intériorisation et face au Traitement (QAIT)**

Traduction libre (mars 2009)

1. Au moment de l'admission, aviez-vous des problèmes mentaux qui vous distinguaient de la plupart des gens? Expliquez.
2. Au moment de l'admission, aviez-vous besoin d'une hospitalisation? Expliquez.
3. Avez-vous un problème mental en ce moment? Expliquez.
4. Avez-vous besoin d'être hospitalisé en ce moment? Expliquez.
5. Après votre libération, pourriez-vous à nouveau avoir des problèmes mentaux? Expliquez.
6. Après votre libération, aurez-vous besoin de l'aide d'un psychiatre? Expliquez.
7. Au moment de l'admission, aviez-vous besoin de médicaments pour un problème mental? Expliquez.
8. Avez-vous besoin de médicaments pour un problème mental en ce moment? Expliquez.
9. Après votre libération, aurez-vous besoin de médicaments pour un problème mental? Expliquez.
10. Prendrez-vous des médicaments qui vous sont prescrites, sur ordonnance? Expliquez.
11. Est-ce que les médicaments améliorent votre condition? Expliquez.

\* Les items sont cotés selon une échelle de 3 points (1 = aucune intériorisation, 2 = faible intériorisation, 3 = bonne intériorisation)

## Annexe IV – La théorie subjective de la maladie

Nom du (de la) client(e) : \_\_\_\_\_

Date de l'entrevue : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
JJ MM AAAA

---

**ENTREVUE SUR LA THÉORIE SUBJECTIVE DE LA MALADIE**

1. Vous êtes vous déjà demandé quand et comment vos difficultés sont apparues?
2. Avez-vous une idée sur ce qui fait que les difficultés se sont déclarées à ce moment précis? Vous êtes-vous demandé ce qui avait contribué à ces problèmes?
3. Comment trouvez-vous votre vie en ce moment?
4. Pouvez-vous faire quelque chose pour influencer de façon positive votre situation? Les autres peuvent-ils faire quelque chose?
5. Qu'est-ce que vous pensez du plan d'intervention qui a été préparé pour vous? Qu'est-ce que vous pensez des médicaments qui vous sont prescrits?
6. Qu'est-ce que votre famille pense de votre plan d'intervention? (s'il y a lieu)
7. Quels sont vos projets par rapport à l'avenir ?
8. Pourriez-vous me parler d'une expérience positive ou négative que vous avez vécue avec un médecin par rapport à la médication?
9. Pouvez-vous me parler de votre consommation d'alcool et autres drogues? (s'il y a lieu)
10. Plusieurs personnes trouvent une façon qui leur convient de faire usage de leurs médicaments et cette façon peut différer des recommandations inscrites sur l'étiquette ou données par le médecin. Pouvez-vous me parler de votre usage des médicaments?

## Annexe V – WAI (forme C)

**Working Alliance Inventory (WAI)****Forme C**

Vous trouverez ci-dessous des énoncés décrivant divers sentiments ou pensées qu'une personne peut avoir en regard de son ou sa thérapeute.

À la suite de chaque énoncé, vous trouverez cette échelle de sept choix de réponses :

1 Jamais	2 Rarement	3 De temps à autres	4 Quelquefois	5 Souvent	6 Très souvent	7 Toujours
-------------	---------------	---------------------------	------------------	--------------	----------------------	---------------

Si l'énoncé décrit la façon dont vous vous sentez (ou pensez) ***toujours***, encerclez le chiffre 7; si cela ne s'applique ***jamais*** à vous, encerclez le chiffre 1. Utilisez les chiffres entre le 1 et le 7 pour décrire les variations entre ces deux extrêmes.

Ce questionnaire est **CONFIDENTIEL**; ni votre thérapeute ni le centre ne verront vos réponses.

Répondez le plus rapidement possible; vos premières impressions sont celles qui sont les plus intéressantes.

(S'IL-VOUS-PLAÎT, N'OUBLIEZ PAS DE RÉPONDRE À **TOUS** LES ITEMS)

Merci pour votre collaboration.

© France Gabrion (2009), adaptation de la traduction libre de Stéphane Bouchard (1997), inspirée de la version brève (12 items) de Bachelor et Salamé (1991)

Version originale anglaise développée par A. O. Horvath (1981,1984,1991) et Greenberg (1989); révision de Tracey et Kokotovic (1989).

Nom du (de la) client(e) :

\_\_\_\_\_

Nom du (de la) thérapeute :

\_\_\_\_\_

Date de passation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
JJ MM AAAA

		Jamais	Rarement	De temps à autres	Quelquefois	Souvent	Très souvent	Toujours
1	Je me sens inconfortable avec mon (ma) thérapeute.	1	2	3	4	5	6	7
2	Mon (ma) thérapeute et moi, nous nous entendons sur ce que j'aurai à faire en thérapie en vue de m'aider à améliorer ma situation.	1	2	3	4	5	6	7
3	Je m'inquiète à propos des résultats de la thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
4	Ce que je fais en thérapie me donne de nouvelles façons de voir mon problème.	1	2	3	4	5	6	7
5	Mon (ma) thérapeute et moi, nous nous entendons bien.	1	2	3	4	5	6	7
6	Mon (ma) thérapeute perçoit bien quels sont mes buts en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
7	Je trouve que ce que je fais en thérapie est mêlant.	1	2	3	4	5	6	7
8	Je crois que mon (ma) thérapeute m'aime bien.	1	2	3	4	5	6	7
9	J'aimerais que mon (ma) thérapeute et moi puissions clarifier le but de nos rencontres de thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
10	Je ne suis pas en accord avec mon (ma) thérapeute à propos de ce que va m'apporter la thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
11	Je crois que le temps que mon (ma) thérapeute et moi passons ensemble n'est pas utilisé efficacement.	1	2	3	4	5	6	7
12	Mon (ma) thérapeute ne comprend pas ce que j'essaie de réaliser en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
13	Mes responsabilités en thérapie sont claires.	1	2	3	4	5	6	7
14	Les objectifs des rencontres de thérapie sont importants pour moi.	1	2	3	4	5	6	7
15	Je trouve que ce que mon (ma) thérapeute et moi faisons en thérapie n'est pas pertinent pour mes problèmes.	1	2	3	4	5	6	7
16	Je sens que ce que je fais en thérapie va m'aider à accomplir les changements que je désire.	1	2	3	4	5	6	7
17	Je crois que mon (ma) thérapeute est vraiment préoccupé(e) par mon bien-être.	1	2	3	4	5	6	7
18	Ce que mon (ma) thérapeute attend de moi lors des rencontres de thérapie est clair.	1	2	3	4	5	6	7
19	Mon (ma) thérapeute et moi, nous nous respectons mutuellement.	1	2	3	4	5	6	7



20	Je sens que mon (ma) thérapeute n'est pas entièrement honnête à propos de ses sentiments envers moi.	1	2	3	4	5	6	7
21	J'ai confiance que mon (ma) thérapeute est capable de m'aider.	1	2	3	4	5	6	7
22	Mon (ma) thérapeute et moi travaillons en vue d'atteindre des objectifs sur lesquels nous nous sommes entendus.	1	2	3	4	5	6	7
23	Je sens que mon (ma) thérapeute m'apprécie.	1	2	3	4	5	6	7
24	Nous nous entendons sur ce qui est important pour moi de travailler en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
25	Suite aux rencontres de thérapie, ce que je dois faire pour changer est plus clair à mes yeux.	1	2	3	4	5	6	7
26	Mon (ma) thérapeute et moi avons confiance l'un dans l'autre.	1	2	3	4	5	6	7
27	Mon (ma) thérapeute et moi avons des opinions différentes quant à la nature de mes problèmes.	1	2	3	4	5	6	7
28	Ma relation avec mon (ma) thérapeute est très importante pour moi.	1	2	3	4	5	6	7
29	J'ai l'impression que si je dis ou fais quelque chose d'incorrect, mon (ma) thérapeute va me laisser tomber.	1	2	3	4	5	6	7
30	Mon (ma) thérapeute et moi collaborons afin d'établir les objectifs de ma thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
31	Les choses que je fais en thérapie me frustrant.	1	2	3	4	5	6	7
32	Nous avons établi une bonne compréhension des changements qui seraient bons pour moi.	1	2	3	4	5	6	7
33	Les choses que mon (ma) thérapeute me demande n'ont pas de bon sens.	1	2	3	4	5	6	7
34	Je ne sais pas à quoi m'attendre concernant les résultats de ma thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
35	Je crois que la façon dont nous travaillons sur mon problème est correcte.	1	2	3	4	5	6	7
36	Je sens que mon (ma) thérapeute s'occupe de moi et est préoccupé(e) par mon bien-être même lorsque je fais des choses qu'il (elle) n'approuve pas.	1	2	3	4	5	6	7

## Annexe VI – WAI (forme T)

**Working Alliance Inventory (WAI)****Forme T**

Vous trouverez ci-dessous des énoncés décrivant divers sentiments ou pensées qu'une personne peut avoir en regard de son ou sa client(e).

À la suite de chaque énoncé, vous trouverez cette échelle de sept choix de réponses :

1 Jamais	2 Rarement	3 De temps à autres	4 Quelquefois	5 Souvent	6 Très souvent	7 Toujours
-------------	---------------	---------------------------	------------------	--------------	----------------------	---------------

Si l'énoncé décrit la façon dont vous vous sentez (ou pensez) ***toujours***, encerclez le chiffre 7; si cela ne s'applique ***jamais*** à vous, encerclez le chiffre 1. Utilisez les chiffres entre le 1 et le 7 pour décrire les variations entre ces deux extrêmes.

Ce questionnaire est **CONFIDENTIEL**; ni votre client(e) ni le centre ne verront vos réponses.

Répondez le plus rapidement possible; vos premières impressions sont celles qui sont les plus intéressantes.

(S'IL-VOUS-PLAÎT, N'OUBLIEZ PAS DE RÉPONDRE À **TOUS** LES ITEMS)

Merci pour votre collaboration.

© France Gabrion (2009), adaptation de la traduction libre de Stéphane Bouchard (1997), inspirée de la version brève (12 items) de Bachelor et Salamé (1991)

Version originale anglaise développée par A. O. Horvath (1981,1984,1991) et Greenberg (1989); révision de Tracey et Kokotovic (1989).

Nom du (de la) thérapeute :

\_\_\_\_\_

Nom du (de la) client(e) :

\_\_\_\_\_

Date de passation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
JJ MM AAAA

		Jamais	Rarement	De temps à autres	Quelquefois	Souvent	Très souvent	Toujours
1	Je me sens inconfortable avec mon (ma) client(e).	1	2	3	4	5	6	7
2	Mon (ma) client(e) et moi, nous nous entendons sur les pas à entreprendre en vue d'améliorer sa situation.	1	2	3	4	5	6	7
3	Je m'inquiète à propos des résultats de la thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
4	Mon (ma) client(e) et moi avons confiance que notre activité actuelle en thérapie est utile.	1	2	3	4	5	6	7
5	Je crois que je comprends très bien mon (ma) client(e).	1	2	3	4	5	6	7
6	Mon (ma) client(e) et moi avons une perception semblable de ses buts en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
7	Mon (ma) client(e) trouve que ce que nous faisons en thérapie est mêlant.	1	2	3	4	5	6	7
8	Je crois que mon (ma) client(e) m'aime bien.	1	2	3	4	5	6	7
9	Je ressens le besoin de clarifier le but de nos rencontres en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
10	Je ne suis pas tout à fait en accord avec mon (ma) client(e) à propos des buts de ces sessions de thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
11	Je crois que le temps que mon (ma) client(e) et moi passons ensemble n'est pas utilisé efficacement.	1	2	3	4	5	6	7
12	J'ai des doutes sur ce que nous essayons de réaliser en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
13	Je suis clair(e) et explicite à propos de ce que sont les responsabilités de mon (ma) client(e) en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
14	Les objectifs actuels des rencontres de thérapie sont importants pour mon (ma) client(e).	1	2	3	4	5	6	7
15	Je trouve que ce que mon (ma) client(e) et moi faisons en thérapie n'est pas pertinent pour ses problèmes et ses préoccupations actuelles.	1	2	3	4	5	6	7
16	Je suis confiant(e) que ce que nous faisons en thérapie aidera mon (ma) client(e) à accomplir les changements qu'il (elle) désire.	1	2	3	4	5	6	7
17	Je suis sincèrement préoccupé(e) par le bien-être de mon (ma) client(e).	1	2	3	4	5	6	7
18	Je suis clair(e) sur ce que je m'attends que fasse mon (ma) client(e) lors des rencontres de thérapie.	1	2	3	4	5	6	7

19	Mon (ma) client(e) et moi, nous nous respectons mutuellement.	1	2	3	4	5	6	7
20	Je sens que je ne suis pas totalement honnête à propos de mes sentiments envers mon (ma) client(e).	1	2	3	4	5	6	7
21	J'ai confiance que je suis capable d'aider mon (ma) client(e).	1	2	3	4	5	6	7
22	Nous travaillons en vue d'atteindre des objectifs sur lesquels nous nous sommes entendu(e)s.	1	2	3	4	5	6	7
23	J'apprécie mon (ma) client(e) en tant que personne.	1	2	3	4	5	6	7
24	Nous nous entendons sur ce qui est important de travailler en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
25	Suite aux rencontres de thérapie, mon (ma) client(e) est en mesure de savoir comment il (elle) devrait changer.	1	2	3	4	5	6	7
26	Mon (ma) client(e) et moi avons développé une confiance mutuelle.	1	2	3	4	5	6	7
27	Mon (ma) client(e) et moi avons des opinions différentes quant à la nature réelle de ses problèmes.	1	2	3	4	5	6	7
28	Notre relation est importante pour mon (ma) client(e).	1	2	3	4	5	6	7
29	Mon (ma) client(e) manifeste la crainte que si il (elle) dit ou fait quelque chose d'incorrect, je vais cesser de travailler avec lui (elle).	1	2	3	4	5	6	7
30	Mon (ma) client(e) et moi collaborons afin d'établir les objectifs de ces rencontres de thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
31	Mon (ma) client(e) est frustré(e) par ce que je lui demande de faire en thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
32	Nous avons établi entre nous une bonne compréhension des types de changements qui seraient bons pour lui (elle).	1	2	3	4	5	6	7
33	Les choses que nous faisons en thérapie n'ont pas de sens aux yeux de mon (ma) client(e).	1	2	3	4	5	6	7
34	Mon (ma) client(e) ne sait pas à quoi s'attendre concernant les résultats de la thérapie.	1	2	3	4	5	6	7
35	Mon (ma) client(e) croit que la façon dont nous travaillons sur son (ses) problème(s) est correcte.	1	2	3	4	5	6	7
36	Je respecte mon (ma) client(e) même lorsqu'il (elle) fait des choses que je n'approuve pas.	1	2	3	4	5	6	7

## CURRICULUM VITAE

**Cheminement académique***Scolarité*

- Doctorat en psychologie (recherche et intervention) (Ph.D.) à l'UQÀM ~ 2009-Indéfini
- Maîtrise en criminologie option stage (M.Sc.) à l'Université de Montréal ~ 2007-2011
- Baccalauréat spécialisé en psychologie (B.Sc.) à l'Université de Montréal (première année en bidisciplinaire psychologie et sociologie) ~ 2004-2007
- Diplôme d'études collégiales en sciences humaines, profil société, individu et monde, au Collège Gérald-Godin ~ 2002-2004
- Diplôme d'études secondaires à l'École secondaire Vaudreuil ~ 1997-2002

*Stages*

- Stagiaire au Centre de services psychologiques (CSP – UQÀM) ~ 8 septembre 2010 au 27 avril 2011

\* *Superviseure : Marie Hazan, psychologue et psychanalyste*

- Stagiaire au CCC Martineau (USMC), à l'Établissement Leclerc, au Centre fédéral de formation (CFF) et à l'Établissement Montée Saint-François (*Service correctionnel du Canada*) dans le cadre du stage en intervention visant la réussite de la maîtrise en criminologie à l'Université de Montréal ~ 17 février 2009 au 17 août 2009

\* *Superviseure : Christine Perreault, psychologue et coordonnatrice de l'ISME*

\* *Co-superviseurs : Nadège Hotila, infirmière en santé mentale; Nathalie Couture, psychologue; Julie Haineault, infirmière en santé mentale; Donald Moisan, travailleur social*

- Stagiaire au Centre régional de santé mentale (CRSM) dans l'Établissement Archambault à Sainte-Anne-des-Plaines (*Service correctionnel du Canada*) dans le cadre du cours « Stage préparatoire en intervention » à l'Université de Montréal ~ 7 janvier 2008 au 23 mai 2008

\* *Superviseure* : Lucie Blouin, psychologue

\* *Co-superviseurs* : Paul-Robert Laporte, psychologue; Pascale Dorais, psychologue; Christiane Lupien, agente de libération conditionnelle

### ***Publications***

- Publication d'un article intitulé « Le sadisme : de la fantaisie à la réalité » dans la revue *DIRE – La recherche à votre portée* (été 2009, volume 18, numéro 3) ~ Juillet 2009

- Publication d'un article intitulé « Le Trouble Oppositionnel avec Provocation – Un pas vers la délinquance juvénile? » dans la revue *DIRE – La recherche à votre portée* (printemps 2008, volume 17, numéro 3) ~ Mai 2008

### **Cheminement professionnel**

#### ***Intervention***

- Intervenante en psychologie / Étudiante (sous la supervision de Mme Marie LeBrun et M. Christian Corriveau, psychologues) au Centre régional de réception (*Service correctionnel du Canada*) du 2 mai 2011 au 19 août 2011

- Conseillère en rééducation / Service de psychologie (sous la supervision de Mme Lucie Trahan, psychologue) à l'École Pierre-Laporte (école primaire) de la *Commission scolaire de Laval* du 24 septembre 2010 au 30 juin 2011

- Intervenante à l'organisme communautaire *Les Services de crise de Lanaudière* du 12 juillet 2010 au 18 décembre 2010

- Intervenante à l'organisme communautaire *Soleil Levant* (centre de crise et d'hébergement courte durée pour adultes) du 16 juin au 16 septembre 2008

- Intervenante à l'organisme communautaire *Via L'Anse* (clientèle visée : individus présentant des comportements violents) du 26 avril 2007 au 23 août 2007
- Intervenante psychosociale au *Centre de femmes La Moisson* à l'été 2006 (placement étudiant du Québec)

### ***Enseignement et assistanat***

- Auxiliaire d'enseignement à l'*Université de Montréal* pour le cours « Psychocriminologie » du 7 janvier au 22 avril 2010 (session d'hiver)
- Assistante de recherche dans le cadre d'un projet portant sur la perception de la consommation du cannabis et du tabac par les usagers eux-mêmes ~ 6 mai au 31 septembre 2009
- Auxiliaire d'enseignement à l'*Université de Montréal* pour le cours « Pénologie » du 5 janvier au 30 avril 2009 (session d'hiver) et du 1<sup>er</sup> mai au 30 juin 2009 (session d'été)
- Auxiliaire d'enseignement à l'*Université de Montréal* pour le cours « Sociologie du milieu carcéral » du 4 septembre au 18 décembre 2008