

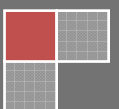
2010

SOUS MANDAT

Un examen de la mise en œuvre de la « Stratégie en matière de santé mentale » du Service correctionnel du Canada

Rédigé à l'intention du Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada

John Service, PhD
John Service Consulting



Septembre 2010

Ce document a été rédigé à contrat pour le Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada par John Service.

John Service Consulting
187, chemin Banning
Kanata (Ontario)
K2L 1C5
Téléphone : 613-435-1242
Cellulaire : 613-864-7808
johnservice@rogers.com

Remerciements

Cet examen a été réalisé grâce à la collaboration et à la bonne volonté de nombreuses personnes.

Nous souhaitons profiter de l'occasion pour exprimer toute notre gratitude au personnel du Bureau de l'enquêteur correctionnel pour l'excellent soutien apporté avec professionnalisme et promptitude. En particulier, Shannon Stewart, la principale personne-ressource désignée dans le cadre de l'examen, nous a été d'une aide précieuse pour obtenir des renseignements et une orientation, de même qu' Ivan Zinger et David Hooley.

Les membres du personnel du Service correctionnel du Canada ont gracieusement donné de leur temps. Les fournisseurs de services de santé mentale se sont révélés très compétents et ils ont très à cœur le domaine de la justice pénale en général et les services correctionnels en particulier. Ils ont su fournir des renseignements justes, impartiaux et éclairants.

Table des matières

Remerciements	3
Table des matières	4
Liste des figures	6
Sommaire	7
Introduction.....	10
But, objet et méthodologie de l'examen	10
Contexte	12
Besoins en santé mentale dans les services correctionnels	14
La LSCMLC : Qu'est-ce que le SCC est chargé de fournir?	15
« Stratégie en matière de santé mentale » du SCC : Planification et responsabilité	16
D'un point de vue conceptuel, la planification est excellente.....	16
« Ébauche : pour circulation interne ».....	16
Aucun plan officiel et intégré de santé mentale.....	17
Confusion en ce qui concerne la responsabilité et l'intégrité du programme	20
Le financement est apprécié mais long à obtenir.....	22
La « Stratégie en matière de santé mentale » du SCC : Application	25
Admission/dépistage/évaluation : arrivée en ligne du SIDTMEI	25
Soins primaires : la plate-forme nécessaire à des soins complets de santé mentale.....	28
Les soins intermédiaires : une excellente idée en attente.....	31
Soins tertiaires : les centres régionaux de traitement.....	32
Soins communautaires aux personnes sous mandat	34
Connectivité interservices : le tissu conjonctif qui relie le système	36
La sécurité l'emporte sur le traitement	37
Gouvernance	38
Une nouvelle structure pour la santé mentale	38
Évaluation du rendement liée à un changement véritable.....	41
Normes nationales et souplesse à l'échelle locale.....	42
Agrément	43
Capacité de l'AC.....	44

Ressources humaines en santé mentale	45
Recrutement et maintien en poste	45
Rôles et fonctions.....	46
Remblayage : utiliser Visa pour payer MasterCard.....	47
Incitations dans un marché très concurrentiel	48
Centres d'excellence	48
Communications, intégration et partage des connaissances	49
Les agents de correction : Une ressource précieuse en santé mentale	49
Les délinquants : une partie de la solution.....	51
Stigmatisation et discrimination.....	51
Sommaire : Éléments clés d'une stratégie complète sur la santé mentale dans le système correctionnel fédéral	52
Bibliographie.....	57

Liste des figures

Figure 1. L'approche temporelle à la gestion axée sur les résultats.....	18
Figure 2. Organigramme proposé : Responsabilité administrative et clinique : administration centrale	40
Figure 3. Organigramme proposé : Chaîne de responsabilité des disciplines de santé mentale réglementées	41
Figure 4. Organigramme actuel du SCC et rapports hiérarchiques dans le cadre de l'Initiative sur la santé mentale en établissement.....	43

Sommaire

Cet examen de la mise en œuvre de la « Stratégie en matière de santé mentale » à l'égard des délinquants a été réalisé à la demande du Bureau de l'enquêteur correctionnel dans le cadre de son enquête sur l'accessibilité aux soins de santé mentale pour les délinquants sous responsabilité fédérale et sur la qualité de ces soins. L'examen a été mené sur une période de 90 jours ouvrables, d'avril à novembre 2009. Il portait sur six domaines qui constituent le fondement du « continuum de soins » du SCC : 1) l'évaluation initiale, 2) les soins primaires 3) les soins intermédiaires, 4) les soins tertiaires, 5) les soins communautaires et 6) le perfectionnement du personnel. Les ressources humaines, la gouvernance et l'administration, ainsi que la stigmatisation et la discrimination en matière de santé mentale figurant également parmi les sujets examinés.

Le rapport a pour objet d'examiner les lois et politiques régissant l'exercice du mandat du Service correctionnel du Canada (SCC) en santé mentale. On fait observer que les services de santé, notamment les soins de santé mentale fournis aux délinquants sous responsabilité fédérale, ne sont pas prévus dans la *Loi canadienne sur la santé* et ne font pas partie des services de santé relevant de Santé Canada, des provinces ou des territoires. Les soins de santé mentale offerts aux délinquants sous responsabilité fédérale relèvent donc entièrement du SCC.

Selon les recherches, le taux de prévalence des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux chez les délinquants est en hausse et dépasse largement celui de la population en général. À l'admission, 11 p. 100 des délinquants sous responsabilité fédérale ont reçu un diagnostic en santé mentale, 21,3 p. 100 se sont fait prescrire des médicaments psychiatriques, et 15,5 p. 100 des délinquants de sexe masculin avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie. Les femmes sont deux fois plus susceptibles que les hommes de recevoir un diagnostic de problème de santé mentale au moment de l'admission (Service correctionnel du Canada, 2009j). Le taux de suicide des délinquants sous responsabilité fédérale est plus de sept fois supérieur à la moyenne canadienne, et le nombre d'incidents graves d'automutilation dans les prisons est en hausse. Face à la demande croissante, l'instance correctionnelle fédérale ne dispose pas de la capacité, des services et des services de soutien suffisants pour répondre aux besoins en santé mentale des délinquants.

La « Stratégie en matière de santé mentale » a été lancée il y a six ans, mais il convient tout de même de souligner que le Service n'a pas été en mesure de produire un document officiel et complet en matière de planification stratégique approuvé par les instances compétentes du SCC. L'inexistence d'un plan global de santé mentale compromet gravement les cadres de financement, de mise en œuvre, de responsabilisation et d'évaluation. Il faut établir un plan global fondé sur une évaluation des besoins actuels et futurs, les services requis pour répondre à ces besoins tout au long du continuum de soins, de même qu'un plan réaliste de mise œuvre étalé sur une période pertinente.

Le Service, même s'il ne dispose pas d'une stratégie approuvée officiellement, a obtenu un financement permanent et par reconduction pour améliorer les services de santé mentale dans divers domaines, notamment l'évaluation initiale, les soins primaires, les soins aux malades hospitalisés, les soins communautaires et la formation du personnel. Toutefois, le financement n'est pas suffisant, le rythme du changement est lent et rien n'indique que le Service ait présenté au gouvernement un plan pluriannuel axé sur les besoins afin d'obtenir des hausses annuelles de financement au cours des cinq à dix prochaines années. Il n'y a pas eu de financement des soins intermédiaires, lesquels s'insèrent entre les soins primaires et les soins de courte durée aux patients hospitalisés (les centres régionaux de traitement), et il ne semble pas y avoir de programme en vigueur pour répondre en permanence à ce besoin dans un proche avenir, si ce n'est l'élaboration d'un projet pilote dans la région du Pacifique.

Le SCC prend actuellement des mesures pour régler des enjeux cruciaux touchant les ressources humaines en santé mentale, notamment le recrutement, le maintien en poste, la rémunération, les champs d'activité professionnelle, les rôles et responsabilités ainsi que la responsabilisation. Le Service s'efforce de régler ces questions, notamment par l'embauche de personnel supplémentaire en santé mentale, mais d'autres mesures s'imposent, car le problème lié aux ressources humaines ne pourra que s'amplifier d'ici vingt ans. En plus du personnel de santé mentale, on préconise dans le rapport une participation plus concrète des agents de correction et des agents de libération conditionnelle en établissement à la prestation des services de santé mentale. La formation et sensibilisation en santé mentale du personnel de première ligne a fait l'objet de financement, mais la formation n'est pas complète. Il est recommandé dans le rapport qu'en ce qui concerne le personnel de première ligne, le Service adopte une stratégie d'embauche davantage axée sur les habiletés, les compétences et les connaissances nécessaires pour gérer une gamme toujours plus complexe d'enjeux et de troubles de santé mentale.

On fait observer dans le rapport que trop souvent, la sécurité a priorité sur la prestation de services de traitement. Selon le personnel du SCC, un certain nombre de « barrières » de sécurité entravent l'accessibilité au traitement, et des changements organisationnels relativement simples permettraient d'en éliminer bon nombre. On souligne également que le Service pourrait améliorer les communications et la collaboration s'il élaborait une Directive du commissaire contenant des lignes directrices sur les plans de gestion clinique de manière à permettre un échange plus efficace des renseignements cliniques pertinents avec tous les fournisseurs du « cercle de soins », notamment le personnel de première ligne qui entretient les relations les plus directes avec les délinquants.

L'administration et la gouvernance exercent aussi un rôle important en matière de prestation des services. Le SCC ne dispose pas d'une structure administrative intégrée en matière de santé mentale. Certains éléments constitutifs (p. ex., la psychiatrie et les services communautaires) relèvent des Services de santé, et d'autres comme la psychologie et les centres régionaux de traitement relèvent des Opérations en établissement. Il n'existe pas d'accord de gouvernance matricielle ou

de gouvernance en réseau entre ces deux directions du Service. Ainsi, la responsabilité clinique à l'égard de nombreux programmes de traitement du SCC semble s'exercer à l'échelle régionale plutôt qu'à l'administration centrale (AC). En bout de ligne, aucun titulaire de poste du SCC n'est responsable de l'ensemble de la santé mentale.

Les recommandations cliniques doivent entrer davantage en ligne de compte dans la planification et l'élaboration des politiques à l'administration centrale du SCC. Il faudrait créer un poste supérieur chargé de l'administration et un autre poste chargé de l'activité et de la responsabilisation clinique qui relèvent directement d'un seul responsable en santé mentale, par exemple le commissaire adjoint, Services de santé. Le poste de responsabilité clinique doit être conçu pour un professionnel de santé mentale réglementé et confié par roulement aux chefs de discipline de chacune des professions de santé mentale réglementées.

Enfin, on souligne dans le rapport qu'à l'heure actuelle, les délinquants participent très peu à l'évaluation ou à la planification des services de santé mentale et des services criminogènes. Le slogan « jamais sur nous sans nous », constitue un principe important et incontournable dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes.

Introduction

Le Service correctionnel du Canada (SCC ou le Service) est en tout temps responsable d'environ 21 000 délinquants, dont 13 000 sont gardés en établissement et 8 000 dans la collectivité. Quelque 34 000 personnes transitent chaque année dans le réseau (Service correctionnel du Canada, 2009a). Les délinquants présentent souvent d'importants problèmes nombreux et interdépendants, notamment un passé de comportements criminogéniques, des troubles de santé mentale, des antécédents pénibles et traumatiques, un succès limité dans les études ou au travail, l'appartenance à un gang et la consommation abusive d'alcools et d'autres drogues (Service correctionnel du Canada, 2008c).

L'amélioration du fonctionnement d'un détenu en matière de santé mentale figure au centre des objectifs de l'incarcération (*Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, ci-après désignée par l'abréviation LSCMLC 1992). La définition de santé mentale selon l'Organisation mondiale de la santé (Organisation mondiale de la Santé, 2003, p. 7) pourrait se reformuler comme suit dans le contexte correctionnel :

L'incarcération a notamment pour but d'aider les détenus à reconnaître leurs compétences afin de les aider à améliorer leurs stratégies d'adaptation liées aux tensions normales de la vie, à travailler de façon productive, à apporter une contribution positive à leurs familles et à leurs communautés, et à éviter de reprendre un comportement criminel [Traduction].

But, objet et méthodologie de l'examen

Cet examen par un organisme indépendant a été réalisé à la demande du Bureau de l'enquêteur correctionnel (BEC) dans le cadre de son enquête sur l'accessibilité des soins de santé mentale aux délinquants sous responsabilité fédérale et sur la qualité de ces soins. Il a pour objet d'examiner la mise en œuvre de la Stratégie en matière de santé mentale du SCC¹ annoncée en 2004. Le gouvernement fédéral a alloué des fonds pour améliorer les services de santé mentale en 2005, 2007 et 2008.

L'examen porte sur les problèmes et les troubles de santé mentale des détenus non autochtones de sexe masculin. Le SCC a créé une initiative de santé mentale distincte pour les détenus de sexe féminin. (Service correctionnel du Canada, 2002). Il n'existe aucune stratégie de santé mentale qui porte principalement ou uniquement sur les délinquants des Premières nations ou d'origine inuite et métisse. Ces groupes possèdent des traditions culturelles et des méthodes de guérison que l'on a intégrées de façon variable à des programmes particuliers du SCC. Pour plus amples renseignements, veuillez consulter le rapport intitulé *De*

¹ La « Stratégie en matière de santé mentale » figure entre guillemets pour signifier que même s'il en est souvent fait mention, le Service correctionnel du Canada n'a encore remis au BEC aucune stratégie globale ou approuvée officiellement en matière de santé mentale.

bonnes intentions... des résultats décevants : Rapport d'étape sur les services fédéraux pour Autochtones (Mann, 2009) que vient de publier le BEC (Mann, 2009).

Les programmes de santé mentale et de criminologie (p. ex., la prévention de la violence, la prévention de la violence familiale et l'interdiction de l'exploitation sexuelle) ont beaucoup de points en commun, mais ce rapport ne traite pas de la seconde catégorie car le SCC établit une distinction entre les deux. Enfin, cet examen ne porte pas sur l'abus de l'alcool et d'autres drogues car cette question ne figure pas dans la « Stratégie en matière de santé mentale » du SCC, même si d'un point de vue fonctionnel, il existe un lien opérationnel entre la santé mentale et l'abus de l'alcool et d'autres drogues.

L'examen a été mené sur une période de 90 jours ouvrables, d'avril à novembre 2009. Il comportait une étude de documents de planification, d'élaboration de politiques et de financement du gouvernement fédéral, de la littérature didactique et de données non officielles, des entretiens et des entrevues avec des employés du SCC, ainsi que des entrevues avec des organismes de l'extérieur et des personnes ayant un intérêt direct dans le système correctionnel fédéral.

L'examen a porté sur des aspects liés aux six domaines du continuum de soins de la « Stratégie en matière de santé mentale » du Service : 1) l'évaluation initiale, 2) les soins primaires, 3) les soins intermédiaires, 4) les soins tertiaires, 5) les soins communautaires, 6) la formation du personnel. Les ressources humaines, la gouvernance et l'administration, ainsi que la stigmatisation ou la discrimination figurent également parmi les enjeux importants.

Nous avons examiné la mise en œuvre la « Stratégie en matière de santé mentale » au SCC en nous fondant en partie sur les progrès accomplis à la suite des recommandations formulées dans trois rapports axés en tout ou en partie sur la santé mentale dans les services correctionnels canadiens depuis 2004. Ces documents regroupent *Enhancing Mental Health Services for Federal Offenders*, Parties I et 2 du Rapport final du Comité national d'examen des centres de traitement (Service correctionnel du Canada, 2005a), *De l'ombre à la lumière* (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006), et *Feuille de route pour une sécurité publique accrue : rapport du Comité d'examen du Service correctionnel du Canada* (Service correctionnel du Canada, 2007a). Bon nombre des recommandations formulées dans ces documents convergent en ce qui concerne la santé mentale et les services correctionnels.

De nombreux documents de politique et de planification du SCC se sont également révélés fort utiles. Le Service a publié un nombre imposant de documents de politique dans le domaine de la santé mentale. Enfin, les normes professionnelles et les pratiques exemplaires nous ont servi de points de comparaison et d'évaluation, notamment les documents intitulés *Mental Health and Substance Use Services in Correctional Settings : A Review of Minimum Standards and Best Practices* (Livingston, 2009) et *Identifying and Accommodating the Needs of Mentally Ill People in Goals and Prisons* (Ogloff, 2002). Ces documents nous ont fourni d'intéressantes bases de comparaison du point de vue des normes professionnelles.

Nous avons eu librement accès aux membres du personnel d'établissements et de milieux communautaires partout au pays. Il a été facile d'organiser des entrevues et des visites, et les employés se sont montrés obligeants et généreux de leur temps. Toutefois, les demandes de renseignements à l'administration centrale, lorsqu'on y répondait, se sont souvent fait attendre et nous avons parfois dû réitérer nos demandes. Il a fallu attendre des mois, dans certains cas, pour obtenir des documents ou des données de base sur les opérations en santé mentale. Les demandes de renseignements et d'entrevues avec du personnel de l'AC passaient toutes par un cadre supérieur. Plusieurs employés de l'AC venaient aux entrevues accompagnés de leur superviseur. Le BEC a accordé au SCC toutes les chances de fournir l'information et les documents que le Service jugeait utiles ou nécessaires dans le cadre de l'examen. De plus, le BEC s'est assuré auprès du personnel de l'administration centrale du SCC que l'on examinait les documents pertinents et les plus à jour.

Contexte

La désinstitutionnalisation des personnes souffrant de troubles mentaux s'est effectuée partout au Canada il y a plusieurs décennies. Selon le point de vue de l'époque, répandu dans plusieurs nations développées, l'amélioration des traitements pharmaceutiques et psychologiques permettrait aux gens d'être mieux desservis au sein de leurs collectivités, et de bénéficier du soutien assuré par leur milieu familial, professionnel et social. Cette opinion s'est révélée fondée dans bien des cas. Pendant ce temps, de nombreuses personnes souffrant de problèmes et de troubles mentaux languissaient sans recevoir le traitement dont elles avaient besoin et attiraient par conséquent l'attention de la police et des tribunaux (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006; Kaiser, 2004).²

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a réalisé le premier examen pancanadien complet dans l'histoire du pays portant sur la santé mentale, les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux. C'est stupéfiant, compte tenu de l'ampleur des besoins en santé mentale au Canada (Alberta Mental Health Board, 2007). Cet examen a donné lieu au rapport intitulé *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada* (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006). Ce document clé traite de nombreux enjeux, notamment de la prestation des services de santé mentale dans les systèmes correctionnels fédéraux et provinciaux.

Dans sa conclusion, le Comité sénatorial souligne l'insuffisance des services offerts aux délinquants et fait fortement valoir l'application, dans les établissements correctionnels et dans le contexte postlibératoire, d'une norme de soins de santé

² « Les prisons sont devenues des hôpitaux psychiatriques pour de nombreux Canadiens », selon une observation du juge Ted Ormston, créateur du premier tribunal de santé mentale au Canada et président du Comité consultatif sur la santé mentale et le droit, Commission de la santé mentale du Canada.

mentale équivalente à celle qui s'applique dans l'ensemble de la collectivité. La non application de cette recommandation porte à conclure que le Service correctionnel du Canada accorde plus de priorité à l'enfermement qu'à la réadaptation. Le Comité sénatorial souligne en outre la nécessité d'apporter d'importantes modifications aux programmes, au financement et à l'attitude du SCC afin d'accomplir les objectifs suivants :

« ... pour répondre aux besoins des détenus souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie, il faut une transformation en profondeur des programmes, des modes de financement et de l'attitude de SCC. D'entrée de jeu, il faut procéder à une évaluation complète de la santé mentale du délinquant à son arrivée au pénitencier fédéral. Il faut des budgets pour financer les programmes et services nécessaires aux besoins de santé mentale de la population carcérale. Il faut que SCC prouve par des gestes concrets sa volonté de mettre la priorité sur la réadaptation et non sur la seule protection du public par l'enfermement. Le Comité reconnaît aussi la nécessité de recueillir et d'analyser des données, et d'approfondir la recherche dans le domaine de la santé mentale. Bref, le Comité presse le Service correctionnel Canada d'accorder plus d'importance aux besoins de santé mentale et de toxicomanie des détenus – de consacrer à ces besoins autant d'attention qu'aux besoins de sécurité et d'évaluation du risque — et de faire en sorte que traitement et réadaptation soient harmonieusement coordonnés. » (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006, 13.2.4).

Vu le manque de disponibilité des services de santé mentale, les détenus qui souffrent de troubles mentaux non traités sont plus susceptibles que les autres détenus de purger la totalité de leur peine en milieu carcéral (Service correctionnel du Canada, 2007a). La situation est attribuable à plusieurs facteurs, entre autres à un comportement problématique ayant une incidence sur la gestion des détenus en établissement. Les personnes souffrant de troubles mentaux non traités sont, par définition, moins aptes à « assumer la responsabilité » de leur comportement sans aide. Selon les membres du personnel, elles sont souvent jugées inadmissibles aux programmes et moins capables de franchir les étapes nécessaires pour que l'on puisse envisager une libération anticipée. Par conséquent, beaucoup de détenus languissent inutilement en isolement et passent plus de temps en prison. Il est évidemment discriminatoire et inacceptable de « punir » ainsi les gens atteints de maladie mentale, et cette mesure ne respecte pas les normes minimales fixées par la LSCMLC. Cette mesure ne répond pas non plus aux besoins de sécurité publique de la collectivité en général.

De plus, le Comité sénatorial recommande fortement d'offrir à tous les membres du personnel une formation supplémentaire portant en particulier sur la santé mentale, et de créer « un système de gestion des cas » semblable à celui que l'on utilise dans les services de santé mentale à l'extérieur des prisons et des pénitenciers.

Les enjeux liés à la santé mentale représentent un volet important des rapports annuels du Bureau de l'enquêteur correctionnel depuis 2003-2004. De plus, les facteurs liés à la santé mentale ont exercé un rôle déterminant dans d'autres rapports du BEC portant entre autres sur le recours à l'isolement, l'automutilation, le suicide et les décès en établissement. Le Bureau a fait observer à maintes reprises que les problèmes liés à la santé mentale des détenus continuent d'augmenter dramatiquement mais que les services de santé mentale du SCC n'ont pas suivi le rythme.

Besoins en santé mentale dans les services correctionnels

Selon les recherches, les taux de prévalence des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux sont plus élevés chez les détenus que dans l'ensemble de la population (Ogloff et coll., 2007; Brink, 2005; Lurigio et coll., 2003; Fazel et Danesh, 2002), et le Service signale des augmentations importantes au cours des dernières années (Service correctionnel du Canada, 2005a). Selon les plus récentes données disponibles, 11 p. 100 des délinquants sous responsabilité fédérale ont reçu un diagnostic de santé mentale à l'admission, ce qui représente une hausse de 71 p. 100 depuis 1997, 23 p. 100 se sont fait prescrire des médicaments pour des problèmes psychiatriques et 6,1 p. 100 recevaient des services aux malades externes avant leur incarcération. De plus, 14,5 p. 100 des délinquants de sexe masculin avaient déjà été hospitalisés pour des motifs psychiatriques (Sécurité publique Canada, 2009; Comité permanent de la sécurité publique et nationale, 2009). Ces chiffres sont alarmants et probablement inférieurs à la réalité (Service correctionnel du Canada, 2007a) pour plusieurs raisons, entre autres l'auto-stigmatisation et le caractère très incomplet des données. Lorsque le SCC sera mieux en mesure de cerner les problèmes et les troubles de santé mentale à l'admission et pendant le continuum de soins, nous constaterons probablement une augmentation de ces taux déjà élevés.

Les délinquants aux prises avec des problèmes et des troubles de santé mentale risquent d'affronter d'autres problèmes dont le plus répandu est la consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues. On constate une hausse du nombre d'incidents graves d'automutilation en prison (p. ex., se cogner la tête à répétition ou utiliser des ligatures) (Service correctionnel du Canada, 2009f). Au cours d'une décennie (1998 à 2008), plus de 100 détenus se sont suicidés dans des pénitenciers fédéraux. Le taux de suicide des délinquants sous responsabilité fédérale est sept fois supérieur à la moyenne canadienne (Sécurité publique Canada, 2009).

Les pénitenciers constituent par définition des milieux punitifs pour les détenus et pour le personnel (Kunst et coll., 2008; Moloughney, 2004). Pour la société, l'emprisonnement constitue une punition et engendre par conséquent du dégoût. Il est évident que le milieu carcéral, stressant, surpeuplé, violent, bruyant et imprévisible, a d'importantes répercussions sur les délinquants et sur le personnel. De plus, l'adaptation des délinquants à la vie communautaire

.....troubles mentaux sont plus élevés chez les détenus que dans l'ensemble de la population.

peut se révéler difficile, surtout pour ceux qui souffrent de troubles mentaux (Ogloff, 2002). Un service correctionnel quel qu'il soit doit accorder une importance primordiale aux moyens de préserver sa santé mentale des personnes sous mandat (délinquants) ou au travail (personnel). Il est possible d'améliorer le mode de fonctionnement des détenus en les aidant à gérer leurs problèmes et leurs troubles de santé mentale, et de fournir ainsi un meilleur environnement aux délinquants et au personnel qui travaille avec eux.

La LSCMLC précise que le SCC doit fournir un accès raisonnable à des services de santé mentale conformes aux normes professionnelles reconnues.

La LSCMLC : Qu'est-ce que le SCC est chargé de fournir?

Conformément à la *Loi sur le service correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC), le système correctionnel a pour but de « contribuer au maintien d'une société juste, vivant en paix et en sécurité » par des « mesures de garde et de surveillance sécuritaires et humaines » et en « aidant » à la réadaptation des délinquants et à leur réinsertion sociale. La définition des soins de santé énoncée à l'article 85 englobe explicitement les problèmes et les troubles de santé mentale. L'alinéa 86 (1) prévoit que « Le Service veille à ce que chaque détenu reçoive (a) les soins de santé essentiels » y compris des soins de santé mentale conformément à l'article 85, et qu'il ait « (b) un accès raisonnable aux soins de santé mentale non essentiels qui peuvent faciliter sa réadaptation et sa réinsertion sociale ». En vertu de l'article 86, la prestation des soins de santé en vertu du sous-alinéa (1) « doit satisfaire aux normes professionnelles reconnues ». Enfin, selon l'article 87 « Les décisions concernant un délinquant, notamment en ce qui touche son placement, son transfèrement, son isolement préventif ou toute question disciplinaire, ainsi que (b) les mesures préparatoires à sa mise en liberté et sa surveillance durant celle-ci, doivent tenir compte de son état de santé et des soins qu'il requiert. »

Il est important de souligner que les services de santé et notamment les soins de santé mentale ne sont pas fournis aux délinquants sous responsabilité fédérale en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* ni par les services de santé de Santé Canada, des provinces ou des territoires. Le Service est donc entièrement responsable des soins de santé mentale offerts aux délinquants en établissement et dans la collectivité.

« Stratégie en matière de santé mentale » du SCC : Planification et responsabilité

D'un point de vue conceptuel, la planification est excellente

La recherche et l'élaboration de politiques figurent parmi les points forts du SCC depuis des décennies, ce qui a valu au Canada une solide réputation internationale dans ce domaine. La « Stratégie en matière de santé mentale » du Service, mentionnée dans plusieurs documents, est solide d'un point de vue conceptuel. Elle intègre les éléments fondamentaux d'un continuum de soins, de l'admission en établissement à l'expiration du mandat. La stratégie est tirée en bonne partie de *Enhancing Mental Health Services for Federal Offenders*, parties 1 et 2 du Rapport final du Comité national d'examen des centres de traitement (Service correctionnel du Canada, 2005a). Le rapport du Comité va bien au-delà d'une analyse des centres régionaux de traitement (CRT) et traite d'enjeux liés à tout le continuum de soins de santé mentale. Un deuxième rapport intitulé *Feuille de route pour une sécurité publique accrue* (Service correctionnel du Canada, 2007a) a été rédigé à partir des recommandations du Comité national d'examen et vient les étayer. La feuille de route présente un intérêt particulier car elle constitue le fondement de l'actuel « programme de transformation » du Service.

La recherche et l'élaboration de politiques figurent parmi les points forts du SCC depuis des décennies, ce qui a valu au Canada une réputation internationale dans ce domaine.

« Ébauche : pour circulation interne »

Malgré l'excellent travail du Service en matière de politiques, l'inexistence de document approuvé qui délimite la « Stratégie en matière de santé mentale » du SCC pose un grave problème. Beaucoup d'importants documents de politique fournis par le Service au BEC dans le cadre de cet examen portent la mention « Ébauche – Ne pas diffuser », et bien souvent on n'y indique pas d'auteur, de personne ou de poste responsable, et aucune signature ne figure sur les documents pour en indiquer l'approbation officielle. En voici une liste non exhaustive :

Beaucoup d'importants documents de politique fournis par le Service au BEC dans le cadre de cet examen portent la mention Ébauche – Ne pas diffuser.

1. *Enhancing Mental Health Services for Federal Offenders : Correctional Service of Canada's Mental Health Strategy : Partie 1 du Rapport final du Comité national d'examen des centres de traitement.* (Service correctionnel du Canada, 2005a). Rapport original : 17 mai 2004; révisé en décembre 2005. Ébauche – Ne pas diffuser.
2. *Enhancing Mental Health Services for Federal Offenders: Background Documents for the Intermediate Care Units and Intensive Care Treatment Centres: Partie 2 du Rapport final du Comité national d'examen des centres de traitement.* (Service correctionnel du Canada, 2005a). Rapport original : 17 mai 2004; révisé en décembre 2005. Ébauche – Ne pas diffuser.

3. *Strengthening Community Safety Initiatives: CSC's Community Mental Health Strategy. Results-based Management and Accountability Framework.* Ébauche aux fins de discussion. (Service correctionnel du Canada 2007b). [Sans page de signature; contient un suivi des modificatifs]
4. *Enhancement of CSC's Mental Health Strategy: Results-based Management and Accountability Framework.* (Service correctionnel du Canada, non daté). [Ébauche, sans page de signature et non daté]
5. *Intermediate Care Mental Health Units: Description.* (Laishes, 2005) Ébauche – aux fins de discussion seulement.
6. *Initiatives sur la santé mentale en établissement.* (Service correctionnel du Canada, non daté). [Pas d'auteur ni de date]

L'ensemble de ces facteurs (ébauches, documents non datés, aucune mention d'auteur, de responsable ou de poste administratif, ni preuve d'approbation officielle) a compliqué notre examen sur la mise en œuvre de la stratégie. Il n'existe aucune stratégie en matière de santé mentale complète et officiellement approuvée en fonction de laquelle nous pouvons évaluer l'efficacité de la planification et de la mise en œuvre. Le BEC s'est donc assuré auprès du personnel de l'AC que nous utilisions les documents pertinents et les plus à jour dans le cadre de cet examen.

Aucun plan officiel et intégré de santé mentale

Les modèles de planification efficaces comprennent divers éléments, entre autres un modèle logique contenant une description de besoin; un plan de travail dans lequel sont précisés des buts, des objectifs, des échéances et des responsables; un plan d'activités qui relie les ressources aux activités; un plan d'évaluation à la fois formatif et sommatif. La planification est souvent pluriannuelle, ce qui permet de gérer la croissance et le changement au fil du temps (Conseil du Trésor du Canada, 2008, 2005a, 2002). Une stratégie ou un plan officiel contient également une approbation du principal agent responsable de l'organisation.

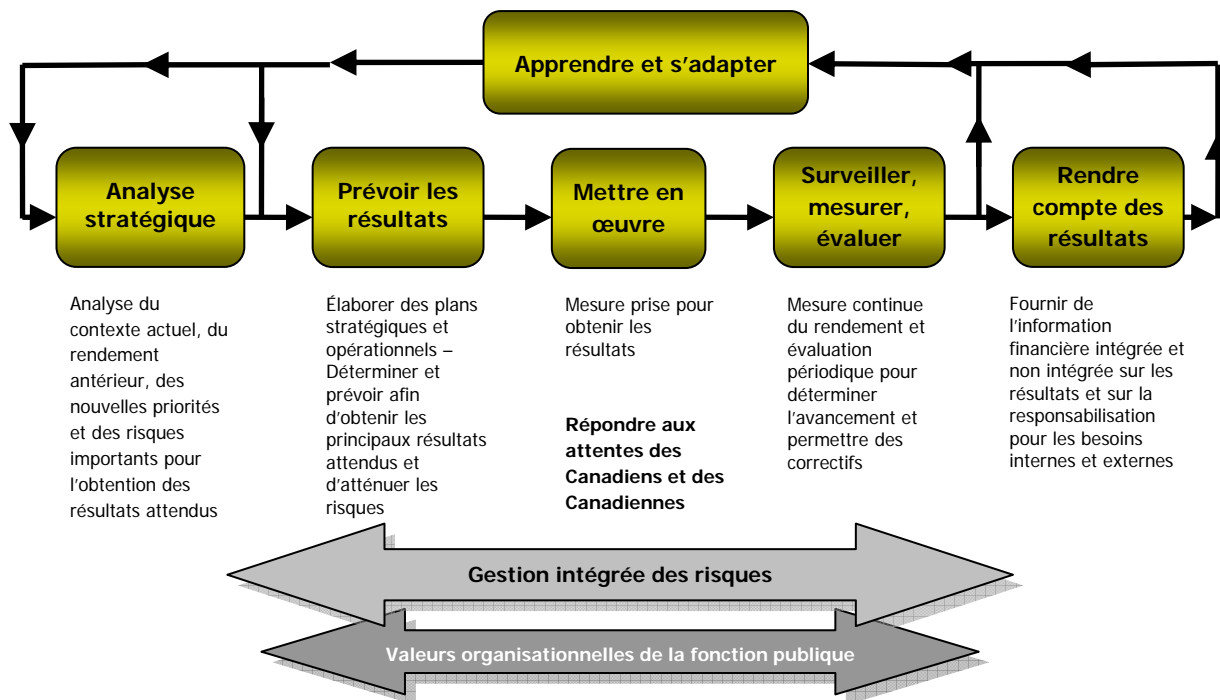
Le Conseil du Trésor (2008) propose l'approche temporelle à la gestion axée sur les résultats (Figure 1) en tant qu'outil de planification utile basé sur les cadres de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR). Le modèle du cycle de vie prévoit l'application d'un processus graduel en matière de planification, de mise en œuvre, de mesure et d'établissement de rapport sur les résultats. Nous examinerons les CGRR plus en détail par la suite.

Il n'existe pas de document de planification officiel et de grande portée concernant la « Stratégie en matière de santé mentale », mais plusieurs documents provisoires comme ceux que nous avons mentionnés précédemment et un numéro d'*Entre Nous* », (la revue organisationnelle du Service) décrivent le programme prévu (Service correctionnel du Canada, 2004a). Plusieurs documents mis à la disposition du BEC contenaient encore un suivi des modificatifs, ce qui donne à penser que les

ébauches n'étaient pas terminées. Beaucoup de ces documents existent à l'état d'ébauche depuis plusieurs années même si le SCC a obtenu du financement pour entreprendre l'application de certains volets de la « Stratégie ».

...il n'existe pas de document de planification officiel et de grande portée concernant la « Stratégie en matière de santé mentale »...

Figure 1. L'approche temporelle à la gestion axée sur les résultats



Source : Conseil du Trésor du Canada (2008).

Le Service a signalé au BEC que le CGRR provisoire intitulé *Strengthening Community Safety Initiatives: CSC's Community Mental Health Strategy* (Service correctionnel du Canada, 2007b) était en réalité une copie approuvée. Le SCC a de nouveau fait parvenir le document au BEC après avoir retiré le mot « ébauche ». Toutefois, le document contenait encore un suivi des modificatifs, ce qui laisse entendre qu'il n'était pas encore terminé.

Certains membres du personnel de l'AC étaient surpris d'apprendre qu'il n'existait pas de document officiel déterminant la planification ou la stratégie. Le Service a donc recommandé d'utiliser une présentation PowerPoint du BEC intitulée *Mesures de suivi concernant la Stratégie en matière de santé mentale* (Service correctionnel du Canada, 2005c), ce document étant celui qui décrit le mieux la « Stratégie » pour les besoins de cet examen.

L'inexistence d'un plan intégré approuvé a d'importants effets préjudiciables. Il n'existe pas de stratégie de mise en œuvre générale et à long terme indiquant les résultats à produire à diverses étapes, les échéances à respecter et les ressources nécessaires en fonction d'indices des besoins. Il n'y a pas de plan général d'activité qui relie les ressources financières et humaines à la mise en œuvre. La responsabilité de veiller à la réalisation n'est pas claire, car aucune personne ni aucun poste ne figure à titre de responsable du projet en bout de ligne. Il n'existe pas non plus de cadre d'évaluation intégré contenant des repères préalables à la mise en œuvre, des indicateurs sur l'avancement annuel, un calendrier d'établissement de rapport et un examen sur l'efficacité du plan effectué à intervalles réguliers. Enfin, il n'existe pas de stratégie de liaison pour s'assurer que les divers éléments de la stratégie s'articulent efficacement les uns avec les autres.

L'organisation se trouve ainsi dépourvue de pierre de touche ou de repère final et autorisé à consulter, et à partir duquel elle peut planifier, ce qui augmente le risque, notamment le risque de dérive du programme, et sa responsabilité clinique. Le manque de clarté laisse peu d'obligation redditionnelle aux acteurs chargés d'appliquer la stratégie. Il n'y a pas de macro plan de mise en œuvre ou d'activités précisant les prochaines étapes et les ressources nécessaires pour y parvenir. Une seule personne parmi les douzaines d'employés consultés pendant cet examen a dit avoir vu le plan officiel sous sa forme définitive.³ Selon certains organismes intéressés à l'extérieur du SCC, la « Stratégie » dans sa formulation actuelle, n'est pas suffisamment diffusée pour recueillir des observations et obtenir un soutien.

Beaucoup d'employés qui assument des responsabilités hiérarchiques directes et exercent un pouvoir décisionnel ont mentionné qu'ils connaissent un peu ou pas du tout les détails d'une stratégie en matière de santé mentale. Ils sont néanmoins tous au courant du financement alloué pour de nouveaux postes. Un engagement organisationnel efficace à l'égard d'un plan ou d'une stratégie nécessite du personnel renseigné qui participe à tous les échelons de l'organisation. Cet appui semble manquer, et c'est peu dire, vu l'impossibilité de se conformer à des procédures reconnues de planification et de mise en œuvre.

Vu l'inexistence d'un document de planification intégré et général, nous n'avons pas à notre disposition de plans précis de mise en œuvre des services constitutifs fondés sur le plan général, à l'exception des documents provisoires semblables au CGRR intitulé *Strengthening Community Safety Initiatives* (Service correctionnel du Canada, 2007b). Ces documents de planification secondaires contiendraient les renseignements dont il a été question précédemment, de même qu'une délimitation claire des rôles et des responsabilités, la filière hiérarchique (des points de vue administratif et clinique), les lignes directrices du service et les liens opérationnels avec d'autres éléments du continuum de soins de santé mentale et avec des organismes de l'extérieur (Livingston, 2009; Service correctionnel du Canada, 2007a; Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006).

³ L'employé faisait probablement référence à un excellent article de survol sur la « Stratégie en matière de santé mentale » paru dans *Entre Nous*, la revue interne du Service (Service correctionnel du Canada, 2004).

On ne saurait surestimer l'importance de plans particuliers aux divers éléments. Selon le personnel de l'administration centrale, une partie de ce travail est voie d'élaboration. Ainsi, un CGRR pour l'Initiative sur la santé mentale en établissement devrait être réalisé en 2010-2011, même si le programme est déjà en cours. La « Stratégie en matière de santé mentale » du Service a été lancée il y a six ans et l'organisme a obtenu le financement nécessaire pour certains volets en 2005 (pour l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité), en 2007 (pour l'Initiative sur la santé mentale en établissement) et en 2008 (pour l'Initiative sur la santé mentale en établissement). Il y a eu suffisamment de temps pour mettre au point les outils de planification, de mise en œuvre et d'évaluation requis en prévision du financement, et pour établir un plan d'activités demandant des fonds tirés de chaque budget fédéral pendant une période prescrite.

Vu l'inexistence d'un document de planification général, nous n'avons pas à notre disposition de plans précis de mise en œuvre fondés sur le plan général...

Confusion en ce qui concerne la responsabilité et l'intégrité du programme

Une façon d'évaluer la méthode de planification consiste à examiner les cadres de gestion axés sur les résultats et de responsabilisation. Les CGRR sont des outils de gestion conçus pour aider à mesurer les progrès accomplis vers l'atteinte des résultats au moyen des politiques, des programmes et des initiatives, de manière à pouvoir mieux « Répondre aux attentes des Canadiens et des Canadiennes » (Conseil du Trésor du Canada, 2002). Le Service a élaboré deux projets de CGRR conformément aux lignes directrices du Conseil du Trésor en ce qui a trait au financement obtenu pour mettre en œuvre des parties de la « Stratégie en matière de santé mentale ».

Le projet de document intitulé *Enhancement of CSC's Mental Health Strategy: Results-based Management and Accountability Framework* (Service correctionnel du Canada, non daté) décrit une initiative visant à « renforcer les services de santé mentale offerts à la fois en établissement et dans la collectivité pour mieux préparer les délinquants souffrant de troubles mentaux à la libération et pour fournir des services de suivi et de soutien aux délinquants en liberté sous condition dans la collectivité. » Comme le laisse présager le titre, le document porte à la fois sur les services de santé mentale offerts en établissement et dans la collectivité, et un deuxième projet de CGRR intitulé *Strengthening Community Safety Initiatives: CSC's Community Mental Health Strategy* (Service correctionnel du Canada, 2007b) s'applique aux services de santé mentale offerts dans la collectivité. Il n'y a pas de lien effectif entre les deux documents, aucun ne fait mention de manière explicite d'une stratégie ou d'un plan national de santé mentale, et ils ne sont pas non plus reliés aux autres éléments constitutifs du continuum de soins.

Le document intitulé *Enhancement of CSC's Mental Health Strategy* (Service correctionnel du Canada, non daté) traite des services de santé mentale en établissement des points de vue du travail social psychiatrique, infirmier et clinique, qui sont tous très importants. Il est anormal qu'il n'englobe pas la psychologie, car ce domaine constitue un élément important du système de prestation de services

en établissement. Cela peut s'expliquer du fait que la structure organisationnelle du SCC intègre la psychologie et les centres régionaux de traitement (CRT) aux Opérations en établissement, et les autres aspects de la santé mentale aux Services de santé. À cela s'ajoutent les rapports inefficaces entre les secteurs administratifs et cliniques à l'administration centrale ce qui révèle un manque troublant d'intégration et de cohérence entre les politiques, les opérations et l'évaluation en ce qui concerne les activités cliniques en général. Nous y reviendrons en ce qui concerne la gouvernance.

Le Service a obtenu un financement en 2007 pour l'élément d'évaluation initiale appelé Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI) dans le cadre de l'Initiative sur la santé mentale en établissement. Le Service n'a pas été en mesure de produire un CGRR pour le SIDTMEI, et cet outil ne figurait pas dans le CGRR provisoire intitulé *Enhancement of CSC's Mental Health Strategy* (Service correctionnel du Canada, non daté) qui porte sur les services de santé mentale en établissement. Il sera peut-être question du SIDTMEI dans le CGRR lié à l'Initiative sur la santé mentale en établissement en cours d'élaboration.

Le document intitulé *Initiative de santé mentale dans la collectivité : Lignes directrices sur la planification clinique du congé et l'intégration communautaire* (Champagne et Felizardo, 2008) présente en détail un plan de mise en œuvre des services dans la collectivité. Malheureusement, ce document n'est pas réellement lié à la « Stratégie en santé mentale » et ne s'intègre pas non plus au CGRR du SCC portant sur la stratégie de santé mentale dans la collectivité (Service correctionnel du Canada, 2007b) et à d'autres documents officiels donnant un aperçu de l'initiative communautaire. Cela montre encore comment l'excellent travail d'élaboration des politiques du SCC ne s'intègre pas suffisamment aux politiques et aux opérations en matière de santé mentale.

Selon les auteurs du *Cadre national des services de santé essentiels* (Services correctionnels du Canada, 2009b), le Cadre « constitue un important mécanisme pour promouvoir la qualité et l'uniformité des services de santé à l'échelle du pays, et permet au SCC de fonder ses décisions à partir d'une surveillance et d'une analyse de l'efficacité et de l'efficience des services de santé essentiels. » Les services de santé essentiels incluent les soins de santé mentale d'après la définition fournie dans la LSCMLC et dans la Directive du commissaire numéro 800 (Service correctionnel du Canada, 2008b). Il est souligné dans le *Cadre* qu'il sera question de la santé mentale et de la santé publique à l'étape deux, et l'on n'indique pas la raison d'être de cette décision. Des services de santé mentale sont déjà mis en œuvre au sein d'établissements et dans la collectivité. Cette réalité n'est pas reconnue et l'on ne traite pas de ce sujet. En plus de ne pas s'intégrer à la « Stratégie en matière de santé mentale », le *Cadre*, dans sa formulation actuelle, affaiblit les liens établis entre les besoins physiques et mentaux des délinquants.

Du point de vue de la santé mentale, le *Cadre* semble dépourvu d'une approche documentée cohérente en matière de planification, de mise en œuvre et d'évaluation de la santé mentale. Le document émane des Services de santé et l'on y fait mention de la santé mentale qui englobe les services de psychologie et les CRT, d'importants éléments de l'équipe de santé mentale, mais qui à l'heure actuelle relèvent tous deux des Opérations en établissement. On peut difficilement comprendre comment une partie de l'organisation (les Services de santé) peut prendre d'importantes décisions pour une autre partie de l'organisation (les Opérations en établissement) sans qu'il y ait de mécanisme de gouvernance matricielle ou de gouvernance en réseau. L'organigramme de la Figure 4 (p. 41) n'indique pas de lien entre les échelons supérieurs de l'organisation. D'autre part, il est troublant de penser que la planification des Services de santé n'englobe pas nécessairement toujours les services de psychologie ou les centres régionaux de traitement, puisque les deux relèvent des Opérations en établissement. C'est là un autre exemple d'une structure organisationnelle confuse que nous examinerons plus à fond au sujet de la gouvernance.

Ces hausses importantes du financement permettront d'améliorer la prestation des services à court et à long terme.

Le financement est apprécié mais long à obtenir

Au cours des dernières années, le SCC a obtenu le financement nécessaire pour concrétiser la plupart des éléments de son continuum de soins de santé mentale. Depuis 2005, des fonds ont été attribués pour tous les volets à l'exception des soins intermédiaires. Ainsi, une somme de 29 millions de dollars sur cinq ans a été affectée en 2005 à l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité, et les responsables de l'Initiative sur la santé mentale en établissement ont reçu 21,5 millions de dollars répartis sur deux ans en 2007-2008 et 16,6 millions de dollars supplémentaires en financement permanent et continu. Ces augmentations ont permis de créer le SIDTMEI, l'Équipe interdisciplinaire mobile de traitement, d'évaluation et de consultation (EIMTEC), des services de planification clinique de la continuité des soins, d'améliorer les services dans la collectivité, de donner une meilleure formation au personnel et d'affecter plus de personnel aux soins primaires en établissement. Ces hausses importantes du financement permettront d'améliorer la prestation des services à court et à long terme.

Le problème tient au fait qu'il est difficile de savoir ce qui constitue pour le SCC le complément de services nécessaires pour répondre aux besoins actuels et futurs. Manifestement, le niveau de programme actuel ne répond pas suffisamment aux besoins des détenus pendant le continuum de soins. L'inexistence d'un plan à long terme et correctement formulé empêche le gouvernement de disposer d'un programme de financement pluriannuel progressif indiquant des augmentations annuelles pour tous les éléments du continuum, pour permettre une

L'absence de programme de financement graduel ne présage rien de bon pour un projet aussi important et ambitieux qu'une stratégie en matière de santé mentale au sein d'une organisation vaste et complexe comme le SCC.

transition harmonieuse vers un niveau complet de services dans un proche avenir. Un programme de financement à long terme assorti d'étapes annuelles fournirait au Conseil du Trésor et au gouvernement l'information dont ils ont besoin pour soutenir une stratégie de financement pluriannuel prévoyant des hausses annuelles dans tout le continuum de soins afin de remédier au déficit dans les services de santé mentale.

L'absence de programme de financement graduel ne présage rien de bon pour un projet aussi important et ambitieux qu'une stratégie en matière de santé mentale au sein d'une organisation vaste et complexe comme le SCC. Selon plusieurs cadres supérieurs, le Service veut apporter lentement des améliorations pour pouvoir le faire efficacement et discerner ce qui va et ce qui ne va pas avant d'aller plus loin.

Ce motif semble raisonnable à priori. Toutefois, des services de santé mentale sont offerts au SCC et à l'extérieur depuis des décennies. Il existe suffisamment de modèles, au Canada et ailleurs dans le monde, dont on peut s'inspirer à l'intérieur et à l'extérieur des services correctionnels. La lenteur n'est pas l'avenue privilégiée. Il faut plutôt accroître chaque année les services à un rythme raisonnable dans tout le continuum de soins. Ainsi, la nécessité des soins intermédiaires n'est pas contestée et il faudrait en assurer la mise en œuvre le plus tôt possible. Les responsables de ce volet en sont actuellement aux étapes de planification préliminaire, et l'on ne prévoit financer qu'un seul projet pilote pour les délinquants qui s'automutilent à répétition.

Le modèle actuel de financement permet de mettre sur pied des services dans un domaine et pas dans un autre (p. ex., dans les soins primaires et pas dans les soins intermédiaires), ce qui augmente la pression qui s'exerce sur les secteurs financés afin « d'absorber le surplus » et les rend moins efficaces à exercer leurs propres responsabilités. Le financement est si tardif qu'à ce rythme, il pourrait facilement s'écouler des décennies avant que la « Stratégie » ne s'applique entièrement pendant le continuum de soins. Cette prévision n'est pas déraisonnable d'après l'évolution actuelle. Ce délai est inacceptable compte tenu des obligations légales du SCC en vertu de la LSCMLC et des besoins croissants de la population délinquante en matière de santé mentale.

Le gouvernement fédéral exige beaucoup de planification et de responsabilité de la part des groupes non gouvernementaux qui reçoivent des subventions et contributions (Conseil du Trésor du Canada, 2000). Il n'octroie pas d'argent à moins d'obtenir un plan complet qui englobe un modèle logique, un plan de travail, un plan d'activités ou un budget, un plan d'évaluation et un plan de viabilité. Les responsables doivent établir régulièrement des rapports pour rendre compte de l'avancement des projets et assurer une reddition de comptes. Le financement peut être retenu en cas de non-conformité ou d'incapacité de respecter les exigences et les échéances.

Dans le cas qui nous occupe, le gouvernement a avancé des fonds importants au SCC en fonction d'une planification beaucoup moins détaillée et d'une obligation redditionnelle moins importante que ce que l'on exige habituellement du public. Comme nous l'avons montré précédemment, le Service n'était pas tenu par le

Conseil du Trésor de fournir un plan pluriannuel général, intégré et officiellement approuvé en matière de santé mentale, ainsi que des plans distincts pour chaque élément du continuum de soins. De plus, l'évaluation de la Stratégie en matière de santé mentale en établissement est prévue pour 2011-2012, ce qui laisse entendre que le programme a été financé sans plan d'évaluation, et qu'il n'y a pas eu d'évaluations annuelles pour aider à corriger le tir à mesure que le programme s'élaborait.

Selon au moins trois cadres supérieurs du SCC, le gouvernement a décidé de financer une partie du volet communautaire de la stratégie à très court préavis (p. ex., dans un délai de quelques semaines). Cette façon de procéder rend la planification et la reddition de comptes très difficiles et accroît les risques liés au programme.

Selon au moins trois cadres supérieurs du SCC, le gouvernement a décidé de financer une partie du volet communautaire de la stratégie à très court préavis (ce qui) rend la planification et la reddition de comptes très difficile et accroît les risques liés au programme.

Dans le contexte canadien en général, les besoins en santé mentale ont été relégués derrière la santé physique et d'autres préoccupations (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002; Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006). Ce manque de détermination à tenir compte du caractère essentiel et immuable de l'intervention en matière de santé mentale en incite plusieurs à inscrire la santé mentale plus bas sur la liste des priorités, et à demander ou accepter sciemment ou à leur insu des décisions insatisfaisantes en matière de financement. Il existe de toute évidence de nombreux besoins criants au SCC et dans la société, mais la santé mentale figure parmi les domaines qui nécessitent de toute urgence une intervention immédiate pour avoir été longtemps négligés.

Si l'on examine certaines des réponses du Service à propos du financement de la santé mentale, il est facile de constater que la santé mentale constitue certes une priorité, mais moins que d'autres volets du Service. Ainsi, la huitième recommandation du Rapport annuel 2007-2008 du Bureau de l'enquêteur correctionnel pour (2007, p. 64) se lit comme suit : « Je recommande que le ministre considère comme une priorité clé du Portefeuille l'obtention d'un financement adéquat et permanent pour la prestation de soins intermédiaires en santé mentale ». Les responsables du SCC, qui répondaient au nom du ministre, ignoraient qu'aucun financement n'était disponible pour les soins intermédiaires, et ils ont précisé que l'argent supplémentaire fourni par le gouvernement « aidera le SCC à améliorer à la fois le continuum de soins de santé mentale et les résultats correctionnels dans le cas des délinquants souffrant de troubles mentaux [traduction] ». Cette affirmation ne répond pas à la préoccupation de l'enquêteur correctionnel à l'égard d'une absence totale de financement des soins intermédiaires, et rien ne permet au lecteur de conclure que le financement attribué englobe les soins intermédiaires, car ils font partie du continuum de soins. Le non financement des soins intermédiaires équivaut à fournir des armes à un soldat sur cinq.

Il convient peut-être à ce moment de faire une analogie plus générale avec le monde militaire. Les Forces canadiennes avaient besoin d'importantes hausses de financement pour régler de graves problèmes apparus graduellement au cours des décennies, du point de vue structurel et en matière de ressources humaines. Le SCC est dans la même situation. D'importantes hausses de financement sont nécessaires pour amener enfin la santé mentale au niveau des normes professionnelles modernes.

Une stratégie d'exécution réaliste, complète et à long terme s'impose en matière de santé mentale pour que l'on puisse présenter des solutions de manière affirmative, convaincante et répétée au gouvernement, afin de garantir les ressources nécessaires chaque année en fonction d'un cycle de planification pluriannuel. Le plan de mise en œuvre doit constituer, pour le SCC, la question prioritaire à régler. Sans cette détermination, le gouvernement n'agira pas. Le gouvernement accorde la même priorité à la santé mentale que la population en général, et il peut exister des intérêts concurrents. Les attitudes évoluent au Canada, mais sans intervention vigoureuse de la part du SCC, les besoins en santé mentale ne seront pas suffisamment comblés avant des décennies. Le SCC doit devenir un grand défenseur de la santé mentale au gouvernement. Le financement obtenu pour apporter les améliorations en cours est un bon départ, mais ne répond pas suffisamment aux besoins.

La « Stratégie en matière de santé mentale » du SCC : Application

Admission/dépistage/évaluation : arrivée en ligne du SIDTMEI

Le Système informatisé de dépistage des troubles mentaux et d'évaluation initiale (SIDTMEI) est un outil spécialisé de dépistage en santé mentale qui prévoit entre autres l'administration de tests psychologiques aux délinquants qui l'acceptent à leur arrivée dans le réseau. Il est conçu pour faciliter la fonction de dépistage et d'évaluation clinique, recueillir l'information nécessaire à l'établissement d'un plan correctionnel, aider à repérer les délinquants à risque, et fournir des données normalisées pour les besoins de planification et d'évaluation. Il constitue une étape importante. Les données seront très utiles pour répondre aux besoins des délinquants et pour planifier la totalité du continuum de soins de santé mentale.

La mise en œuvre d'un meilleur système de dépistage à l'échelle du réseau aidera le Service à respecter les normes minimales (Livingston, 2009; Ogloff et coll., 2007; Service correctionnel du Canada, 2007a; Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006). Le système d'admission englobe l'administration et l'interprétation de tests psychologiques et des entrevues d'évaluation initiale avec un infirmier

Il constitue une étape importante. Les données du SIDTMEI seront très utiles pour répondre aux besoins des délinquants et pour planifier la totalité du continuum de soins de santé mentale.

et un membre du personnel de santé mentale au cours des premiers jours de l'admission dans un centre de réception, afin d'évaluer le danger que présente le délinquant pour lui-même ou pour les autres ou de dépister un trouble grave. De

plus, le rapport qui s'établit avec le détenu permet à l'équipe d'évaluation de situer les données d'évaluation informatisées dans le contexte plus général de la personne. Les détenus qui souffrent de problèmes ou de troubles de santé mentale font l'objet d'une évaluation de suivi et d'un traitement s'il y a lieu. Des renseignements généraux sont recueillis à plusieurs sources.

Les entretiens avec le personnel ont permis d'apprendre qu'il s'est ajouté à l'outil d'évaluation informatisé des services qui correspondent à l'approche globale attendue chez des professionnels en santé mentale (Livingston, 2009; Ogloff, 2002). C'est un bon exemple de l'avantage que représente la participation de professionnels de la santé réglementés, tenus d'exercer leur profession en respectant les limites des pratiques exemplaires fixées par leurs organismes de réglementation.

La mise en œuvre du SIDTMEI prend beaucoup de temps. Le BEC a été donné à plusieurs reprises (2005, avril 2008 et mars 2009) l'assurance que son déploiement complet était imminent. Selon le personnel de l'AC, le projet pilote devait s'achever en octobre-novembre 2009, suivi d'un déploiement à l'échelle du pays. Le BEC ne sait pas s'il existe un plan détaillé de déploiement ou de mise en œuvre du SIDTMEI. Certains participants-clés au projet pilote n'ont été embauchés qu'en avril 2009. La mise au point d'un système d'évaluation informatisé peut certainement prendre du temps, mais il semble que le processus se prolonge indéfiniment et qu'il manque plusieurs échéances imposées. On aurait pu embaucher du nouveau personnel avant l'arrivée des programmes informatiques pour commencer le dépistage, exécuter des tâches d'admission clinique et aider à préparer les architectures administratives et cliniques et les architectures de responsabilisation qui ont été élaborées après coup.

C'est un bon exemple de l'avantage que représente la participation de professionnels de la santé réglementés, tenus d'exercer leur profession en respectant les limites des pratiques exemplaires fixées par leurs organismes de réglementation.

Certaines régions du SCC possèdent des systèmes d'admission centralisés et d'autres non. De plus, le BEC ne sait pas s'il existe en plan d'exécution du SIDTMEI qui prévoit une application uniforme pour ce qui est de la fidélité au programme et des ressources humaines, et qui tient compte des particularités régionales. Ainsi, l'unique centre de réception de la région de l'Ontario compte un psychologue affecté au SIDTMEI. Si l'on ne dispose pas d'un nombre suffisant de spécialistes réglementés en santé mentale pour superviser le processus d'admission et effectuer des évaluations approfondies en raison des congés annuels ou de maladie ou des postes à pourvoir, le Service ne respectera pas les normes minimales et l'on assistera à une augmentation du risque et de la responsabilité clinique.

C'est à l'admission que s'élabore en premier lieu un plan de gestion clinique de la santé mentale pour chaque détenu ayant besoin de services de santé mentale. Les auteurs d'autres rapports ont invité le SCC à mettre au point cet outil et à l'intégrer au plan correctionnel de chaque délinquant (Livingston, 2009; Service correctionnel

du Canada, 2007a; Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006). Après avoir demandé copie d'un plan de gestion clinique, le BEC appris qu'à l'heure actuelle on n'utilise pas de modèle type et que des lignes directrices sont en cours d'élaboration. Étant donné que les professionnels de la santé réglementés doivent tenir à jour des dossiers cliniques et des plans de traitement pour tous leurs patients, l'information nécessaire est disponible auprès de ces fournisseurs de services. Ces renseignements devraient être disponibles auprès des fournisseurs non réglementés, car ceux-ci devraient également conserver l'information préliminaire pertinente, sous la surveillance clinique d'un professionnel réglementé en santé mentale.

Le plan de gestion clinique devrait contenir de l'information importante pour le réseau de soutien ou de soins de santé mentale du SCC, et éclairer le plan correctionnel et les personnes chargées de l'appliquer. Le cercle de soins en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* et d'autres textes de la législation

Après avoir demandé copie d'un plan de gestion clinique, le BEC a appris qu'à l'heure actuelle on n'utilise pas de modèle type et que des lignes directrices sont en cours d'élaboration.

relative à la protection de la vie privée permet le partage des renseignements cliniques nécessaires, à l'exclusion des données personnelles, entre les personnes qui participent aux soins du patient (cercle de soins). Le plan de gestion clinique ne constitue pas un dossier clinique, mais plutôt un moyen de diffusion des renseignements cliniques pertinents. Il ne trahit pas la confidentialité et le droit d'un patient au respect de sa vie privée. Le plan devrait accompagner le délinquant pendant toute la durée de son incarcération et faire l'objet de mises à jour au besoin. Le Service doit régler cette question par le biais d'une Directive du commissaire précisant les renseignements à échanger dans le cercle de soin dans le cadre d'un plan de gestion clinique. Puisque les renseignements existent déjà, comme nous l'avons démontré, il s'agit probablement d'élaborer des lignes directrices qui permettront un échange d'information pertinent afin de répondre aux besoins des détenus et des employés sans imposer de nouvelles formalités administratives aux fournisseurs de soins. Le problème tient à la compatibilité électronique entre le Système de gestion des délinquants (SGD), le SIDTMEI et d'autres plates-formes.

L'information recueillie au cours du processus d'admission représente une source importante de données pour la planification et l'évaluation du programme, en plus de ses fonctions techniques. Toutefois, de nombreux délinquants ne sont pas repérés à l'admission, mais par la suite dans le cadre des soins primaires ou des services communautaires. Ce facteur démontre l'importance d'une plate-forme d'infotechnologie qui assure une intégration harmonieuse du SIDTMEI, du Système de gestion des délinquants et des données contenues dans d'autres plates-formes qui relient les composants du continuum de soins. Cela revient à créer un dossier de santé électronique comme on le fait dans les systèmes de santé. En réalité, le SCC s'efforce depuis des années de mettre au point un système de dossier électronique, et il a beaucoup investi dans ce but. L'investissement n'a pas permis

de réaliser d'importants progrès jusqu'à maintenant, et il faudra encore bien des années avant que le système ne se concrétise.

L'efficacité du processus d'aiguillage constitue une norme minimale pour l'évaluation d'un service d'admission. Cette question n'est pas étudiée en détail dans les documents sur la santé mentale du SCC que nous avons examinés. L'aiguillage s'effectue entre l'admission, les soins primaires, les CRT et les soins communautaires. Il importe d'évaluer l'efficacité de ces transferts et l'échange d'information pour déterminer l'efficacité du système de santé mentale (Livingston, 2009). Ainsi, le fournisseur pertinent voit-il rapidement les personnes présentées? Nous y reviendrons au sujet de la connectivité inter-services.

Le Service doit mettre les données du SIDTMEI et les résultats de son évaluation à la disposition des parties intéressées internes et externes afin que les données recueillies soient le plus utiles possible au niveau de la planification et de l'évaluation cliniques, et en ce qui concerne la planification et l'évaluation des programmes. La disponibilité et la transparence des données permettront aux gens de savoir si l'on répond aux besoins en santé mentale des délinquants et de voir la manière d'améliorer le SIDTMEI car sans cela, le système n'atteindra pas tout son potentiel. Ce principe d'échange de données s'applique à l'ensemble des activités du Service en matière de santé mentale.

Soins primaires : la plate-forme nécessaire à des soins complets de santé mentale

Les soins primaires « se concentrent sur les services de soins de santé, dont la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, ainsi que le diagnostic et le traitement des blessures et des maladies. » (Santé Canada, 2006). Ils désignent « les services de santé mentale directement offerts aux délinquants dans des établissements correctionnels. » (Service correctionnel du Canada, 2005a, p. 12). En cas de problèmes, les délinquants devraient être vus par un fournisseur de soins primaires qui évalue le problème, pose un diagnostic et fournit le traitement de première ligne. Les soins primaires aident également les patients qui souffrent de troubles mentaux chroniques ou d'états ou de maladies physiques présentant des complications psychologiques.

La plupart des détenus devraient recevoir la majeure partie de leurs services de santé mentale par le biais des soins primaires. Ces services doivent être facilement accessibles aux détenus, et les professionnels en soins de santé de première ligne devraient offrir un soutien en matière de consultation aux agents de libération conditionnelle des services correctionnels et des établissements. Les services spécialisés que constituent les soins intermédiaires et tertiaires dépendent pour une bonne part d'un solide système de soins primaires capable de répondre à la plupart des besoins des patients. Il en est également ainsi pour les systèmes extérieurs au SCC.

Le Service a obtenu en 2007 le financement nécessaire pour augmenter les effectifs chargés des soins primaires en établissement. Ce financement représente sans doute un pas dans la bonne direction, conformément aux recommandations formulées dans d'autres rapports en vue d'améliorer l'accès à des services très nécessaires (Service correctionnel du Canada, 2007a, 2005a; Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006).

La question qui se pose à l'heure actuelle concernant l'effectif de santé mentale est (...) complexe vu le rôle partagé de la psychologie et le fait que la psychologie et la psychiatrie font partie de sections administratives différentes.

Comme nous l'avons souligné, il n'existe pas de plan détaillé de mise en œuvre des soins primaires inscrit dans une stratégie globale en matière de santé mentale. Sans ces renseignements, il est difficile de connaître les effectifs et les programmes à ajouter pour répondre aux besoins définis des patients. Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte, dont l'insuffisance des soins intermédiaires qui augmente la pression exercée sur les soins primaires, ainsi que la prévalence, l'incidence et la gravité des problèmes et des troubles de santé mentale par niveau de sécurité et par établissement.

La plupart des détenus devraient recevoir la majeure partie de leurs services de santé mentale par le biais des soins de première ligne.

L'augmentation des ressources de première ligne est nécessaire et accueillie avec satisfaction. Ces ressources peuvent faire une grande différence, car plus de détenus pourraient avoir accès à des soins primaires en santé mentale. D'autre part, et selon toute probabilité, ces ressources ne correspondent pas encore aux normes professionnelles (Service correctionnel du Canada, 2007a). C'est particulièrement vrai lorsqu'il n'existe pas de soins intermédiaires.

La question qui se pose à l'heure actuelle concernant l'effectif de santé mentale en établissement est d'autant plus complexe vu le rôle partagé de la psychologie et le fait que la psychologie et de la psychiatrie font partie de sections administratives différentes. Selon des membres du personnel, un psychologue en établissement consacre la majeure partie de son temps à des évaluations des risques pour les agents de libération conditionnelle et à l'intervention en cas de crise, et le reste aux soins primaires. Il en résulte un problème de dotation en personnel et de responsabilité clinique au niveau des soins primaires (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006). D'après nos entretiens avec le personnel du SCC, il est clair que les postes de psychologue sont considérés comme faisant partie de l'effectif des soins primaires en équivalent temps plein.

Des employés ont signalé des obstacles administratifs à une collaboration efficace entre les domaines de la psychiatrie et de la psychologie. Dans certains établissements, cela semble tenir au fait que du point de vue administratif, la psychiatrie relève des Services de santé, tandis que la psychologie relève des Opérations en établissement. Selon eux, cette situation peut compliquer l'échange

des renseignements cliniques de base, empêcher la consultation des dossiers, et réduire les occasions de consultation et de pratique fondée sur une équipe interprofessionnelle.

Le Service a obtenu du financement pour les soins primaires et il a aussitôt commencé à recruter. Selon les cadres supérieurs du SCC, il s'est révélé impossible de recruter suffisamment de psychologues pour combler les postes. En conséquence, ils ont rapporté combler ces postes par d'autres professionnels, comme des infirmières ou des techniciens du comportement. Comme chaque profession offre des connaissances et des compétences différentes à l'équipe, il est difficile de limiter l'effectif à une seule profession, en raison de l'incidence importante sur le niveau et la qualité des services offerts et sur la responsabilité clinique.

La transition vers une pratique interdisciplinaire est devenue la norme dans le domaine des soins de santé en général, de même que dans le milieu correctionnel. Par contre, des non-psychologues ont été affectés à des postes de psychologues, et l'on ne dispose pas d'un plan bien formulé fondé sur les besoins des détenus et de lignes directrices qui délimitent les responsabilités administratives et cliniques, les rôles, les fonctions et les champs d'activité, et il semble y avoir une consultation très insuffisante avec le personnel des services hiérarchiques. Il est indispensable de créer des équipes interdisciplinaires formées de divers professionnels possédant le savoir, les compétences et l'ensemble de qualités requises pour traiter des cas légers, moyens et très complexes. D'où la nécessité d'un plan global qui englobe la coordination des interventions tant psychologiques que pharmaceutiques.

Les agents de correction et les agents de libération conditionnelle exercent un rôle important, continu et directement lié à la santé mentale et à cet égard, ils doivent mieux s'aligner sur l'équipe de soins primaires en santé mentale (Josi et Sechrest, 2005; O'Toole, 2005; Service correctionnel du Canada, 2004b). Ce sont les agents qui entretiennent le plus de rapports avec les détenus, et la qualité de ces rapports avec les délinquants influe sur le comportement du détenu. La stratégie en matière de santé mentale doit tenir compte de l'apport de ces deux rôles importants, et nous examinerons plus à fond cette question à la rubrique Ressources humaines.

Bien souvent, les problèmes et les troubles de santé mentale ne sont pas repérés à l'admission et ce pour divers motifs, notamment l'autostigmatisation, des niveaux sous-cliniques à l'admission, et les répercussions de la vie carcérale. Le Service doit veiller à l'instauration et à l'application d'un processus clairement défini pour repérer, évaluer et soigner rapidement les détenus chez qui des problèmes apparaissent parmi la population pénitentiaire en général. Selon les employés du SCC, il arrive trop souvent que les détenus ne sont pas repérés à temps et que des questions liées aux opérations et à la sécurité peuvent les empêcher d'avoir accès aux services de soins primaires. La majeure partie de cette identification secondaire s'effectue au cours des soins primaires, ce qui souligne à nouveau l'importance de fournir les ressources suffisantes par le biais d'un ensemble pertinent de professionnels. D'où l'importance, une fois de plus, d'intégrer ces nouvelles données sur les patients dans les systèmes de données du SIDTMEI et du SGD à l'intention du cercle de soins.

Les soins intermédiaires : une excellente idée en attente

Les soins intermédiaires constituent un pont entre les soins primaires et les soins tertiaires. Ils visent à aider les détenus qui sont

« incapables de composer dans un cadre institutionnel ordinaire et qui, pour fonctionner, peuvent avoir besoin à la fois d'un milieu spécialisé et d'interventions et de services spécialisés. Les Unités de soins intermédiaires de santé mentale aideraient les détenus souffrant de troubles mentaux à mieux suivre leurs plans correctionnels, à éviter l'isolement, à moins risquer de traverser des crises émotionnelles susceptibles de nécessiter leur transfert urgent vers des centres de traitement, à être classés progressivement à des niveaux de sécurité inférieurs ou à réintégrer la collectivité. » [traduction] (Service correctionnel du Canada, 2005a, p. 13).

Selon le personnel du SCC, les unités d'isolement ou de quasi-isolement sont devenues des services de soins intermédiaires de fait.

L'absence de ce maillon important du continuum de soins accroît la pression qui s'exerce sur des services de soins primaires déjà débordés et sur les CRT, et fait en sorte que le Service est moins en mesure de respecter les exigences de la LSCMLC de fournir des « services de santé essentiels » et un « accès raisonnable aux soins de santé mentale non essentiels qui peuvent faciliter sa réadaptation et sa réinsertion sociale. »

Selon le personnel du SCC, les unités d'isolement ou de quasi-isolement sont devenues des services de soins intermédiaires de fait. Les délinquants sont souvent isolés pendant de longues périodes sans interventions en santé mentale sauf de façon ponctuelle. Rien ne prouve que l'isolement à long terme constitue un moyen efficace de remplacer les soins intermédiaires ou tertiaires, et cette méthode ne figure pas non plus parmi les pratiques exemplaires pertinentes pour ce groupe de patients.

Les détenus qui ont besoin de soins intermédiaires sont, par définition, aux prises avec des situations complexes et des problèmes graves. Ils ont besoin d'une approche d'équipe exploitant les pratiques exemplaires (Ogloff, 2002), ce qui offre l'avantage de fournir les services nécessaires aux détenus, de diminuer leur comportement perturbateur en établissement (Silver et coll., 2008) et de mieux les préparer au retour à la vie communautaire (Service correctionnel du Canada, 2007a).

Trois modèles de soins intermédiaires sont ressortis au cours de l'examen. La « solution du carrefour » (qui consiste à construire ou à réserver une partie d'un établissement pour servir à plusieurs établissements), la « solution de liaison » (une équipe interdisciplinaires de spécialistes en soins intermédiaires fournit des services à plusieurs établissements) et la « solution à l'interne »

la planification détaillée des soins intermédiaire est en cours et doit se terminer rapidement

(chaque établissement fournit des soins intermédiaires en augmentant son effectif résident).

Le BEC a appris que la planification détaillée des soins intermédiaires est en cours. Cette tâche doit se terminer rapidement avec la collaboration pertinente des champs d'activité administratif et clinique. Le plan doit englober les lignes directrices du programme, la responsabilité clinique et administrative, les rôles, les fonctions et les champs d'activité du personnel, les ressources humaines suffisantes en fonction du besoin, et ainsi de suite. Le Service peut déjà s'appuyer sur un solide fondement de politique (p. ex., Laishes, 2005). Le plan doit être prêt le plus tôt possible pour faciliter l'obtention d'un financement gouvernemental.

La mise en œuvre immédiate des soins intermédiaires a été fortement recommandée (Service correctionnel du Canada, 2005a) mais la planification demeure pourtant incomplète et le financement n'est pas garanti. Au dire des employés, les soins intermédiaires sont remis à plus tard parce que, selon les membres du personnel du SCC ayant été consultés, les soins intermédiaires sont moins prioritaires si le Service reçoit un financement partiel du gouvernement. D'autres estiment que le Service veut d'abord apporter des modifications initiales et les évaluer avant d'entreprendre l'élaboration d'un nouveau programme, et d'autres estiment que la mise en œuvre des services coûterait trop cher. Selon une autre explication, le Service n'a pas mis au point de modèle de soins intermédiaires même s'il peut s'appuyer sur un solide fondement de politique.

Ces arguments parmi d'autres sont de nature administrative. D'un point de vue clinique, il doit y avoir une évolution graduelle dans tout le continuum de soins pour assurer un bon équilibre au niveau des services, de sorte que les autres éléments du continuum n'ont pas à « compenser » et à devenir surchargés. Cela équivaut à assurer le parallélisme des pneus d'une voiture sans les équilibrer. Il en résulte des dommages prévisibles aux pneus.

Soins tertiaires : les centres régionaux de traitement

Les cinq centres régionaux de traitement sont des hôpitaux psychiatriques qui offrent des services de santé mentale de grande qualité aux malades hospitalisés et des possibilités de formation à leur personnel, et qui réalisent d'importantes recherches. Les CRT ont pour rôle de fournir des services spécialisés et des soins hospitalisés d'une durée limitée aux délinquants qui souffrent de troubles mentaux aigus. On s'attend à ce que les malades hospitalisés réintègrent les services de soins intermédiaires ou de soins primaires de leurs établissements d'attache pour un suivi à plus long terme.

Contrairement à ce qui prévaut pour les soins primaires, les modèles de dotation et de programmes semblent correspondre davantage aux normes prévues. Toutefois, les auteurs de rapports ont pressé le SCC d'apporter des changements importants, notamment la désaffectation de plusieurs établissements, une augmentation de la capacité en lits, une hausse de l'effectif et une valorisation du rôle thérapeutique des agents de correction (Service correctionnel du Canada 2005a, 2007a). On mentionnait dans un rapport « un renouvellement insuffisant du personnel dans les centres de traitement, qui a entraîné une détérioration de la capacité des centres

de traitement d'offrir toute la gamme des soins professionnels de santé mentale » [traduction] (Service correctionnel du Canada, 2007a, p. 96). Selon des employés de centres de traitement, on n'est guère intervenu pour régler ces importants problèmes.

Selon les responsables, le CRT de la région de l'Atlantique ne dispose pas des installations matérielles requises pour recevoir des détenus provenant d'établissements à sécurité maximale, un problème que viennent aggraver l'absence de services de soins intermédiaires et le débordement des services de soins primaires dans les établissements d'attache de la région. Il s'ensuit que ces détenus ne reçoivent pas les services de santé mentale dont ils ont besoin, si ce n'est conformément aux exigences de la LSCMLC.

Selon les rapports internes, les CRT nécessitent un plan de renouvellement détaillé (Service correctionnel du Canada, 2007a) fondé sur une évaluation du besoin et les recommandations du Comité national d'examen des centres de traitement (Service correctionnel du Canada, 2005a). À l'heure actuelle, le nombre de lits, et donc la disponibilité de traitement, dépend en grande partie de la capacité et des limites qu'imposent l'infrastructure matérielle des établissements, plutôt que des besoins de la population dans la région. En 2010, les cinq CRT ont une capacité physique d'environ 666 lits, y compris les lits disponibles pour les délinquantes. Le BEC estime que ce nombre ne représente que la moitié des lits nécessaires.

Le Comité national d'examen a recommandé de modifier la composition du personnel de sécurité des centres de traitement, ce qui donne à penser que les agents de correction font partie de l'équipe de traitement. Le Comité réclame une formation plus poussée en santé mentale qui permettrait aux agents d'exercer des rôles plus importants dans la gestion du comportement, la gestion des relations et le traitement. Le changement de rôle améliorerait le potentiel thérapeutique des CRT et aiderait à percer l'énigme sécurité/traitement. Nous réexaminerons l'idée d'un rôle élargi des agents de correction à la rubrique Ressources humaines.

Le Comité a recommandé que les délinquants participant aux programmes communautaires du SCC soient admis directement dans les CRT lorsqu'ils ont besoins de services aux maladies hospitalisés non disponibles dans la collectivité, contournant ainsi l'étape inutile d'une incarcération dans un établissement d'attache et d'un renvoi subséquent de l'établissement au CRT. Une

« un renouvellement insuffisant du personnel dans les centres de traitement, qui a entraîné une détérioration de la capacité des centres de traitement d'offrir toute la gamme des soins professionnels de santé mentale » (Service correctionnel du Canada, 2007a, p. 96).

Le Comité national d'examen a recommandé de modifier la composition du personnel de sécurité des centres de traitement (Service correctionnel du Canada, 2005a), ce qui donne à penser que les agents de correction font partie de l'équipe de traitement.

Les services supplémentaires prévus dans le cadre de l'ISMC sont accueillis favorablement, car ils témoignent d'un progrès dans un important domaine.

fois les délinquants stabilisés dans le CRT, il serait possible de les retourner directement à leurs bureaux de libération conditionnelle et d'éviter une fois de plus un arrêt inutile à leur établissement d'attache (Service correctionnel du Canada, 2005a). Cette méthode permet de gérer les troubles mentaux au moyen d'une approche clinique ou thérapeutique de préférence à une approche axée sur l'incarcération ou la sécurité. L'accès aux services serait direct, ce qui aurait pour effet d'accroître l'économie et l'efficacité. Rien ne prouve que cette recommandation soit à l'étude à l'heure actuelle.

Une autre recommandation intéressante du Comité (Service correctionnel du Canada, 2005a) encourage un meilleur financement des CRT afin qu'ils soient plus aptes à devenir les centres régionaux de formation en santé mentale. Les ressources humaines pourraient provenir du CRT et d'autres établissements.

Soins communautaires aux personnes sous mandat

Le Service a mis en œuvre une Initiative sur la santé mentale dans la collectivité⁴ (ISMC) (Service correctionnel du Canada, 2007b) pour être mieux en mesure de répondre aux besoins en santé mentale des délinquants après leur départ d'un établissement pendant qu'ils sont sous mandat. L'ISMC vise à fournir des services conçus pour aider les délinquants à s'adapter à la vie dans la collectivité et réduire ainsi la récidive. Selon le SCC, 26 p. 100 des délinquants admis dans des établissements correctionnels dans la collectivité sont aux prises avec des problèmes et des troubles de santé mentale, et 23 p. 100 prennent des médicaments psychotropes (Service correctionnel du Canada, 2004d). Selon les recherches, l'adaptation à la vie communautaire peut se révéler pénible pour les délinquants souffrant de troubles mentaux, et le manque de services suffisants fait en sorte qu'ils récidivent (Ogloff, 2002).

Les services supplémentaires prévus dans le cadre de cette nouvelle initiative sont accueillis favorablement, car ils témoignent d'un progrès dans un important domaine. Pendant l'examen, le personnel du bureau de libération conditionnelle s'est dit satisfait du programme et en a recommandé l'élargissement. Les membres du personnel qui collaborent au programme se disent heureux de sa mise en œuvre. Ils fournissent une orientation et un soutien aux délinquants et à leurs familles, acheminent les intéressés vers une nouvelle évaluation et assurent des services pertinents au SCC et dans la collectivité.

En même temps, il est évident qu'il faut faire davantage. Les services de libération conditionnelle ne disposent pas tous d'un soutien supplémentaire en santé mentale. Selon les employés de certains centres ayant obtenu du nouveau personnel, il n'y en a pas encore suffisamment pour répondre au besoin. Le SCC doit élaborer, dans le cadre de la « Stratégie en matière de santé mentale », un plan visant à élargir le programme de manière à fournir des niveaux de service pertinents en fonction des besoins du délinquant, des normes professionnelles et des pratiques exemplaires, et assurer une répartition équitable et suffisante à l'échelle du pays.

⁴ « L'« Initiative sur la santé mentale dans la collectivité » est également appelée « Initiative d'appui solide » et « stratégie de santé mentale dans la collectivité » dans les documents du SCC. » (Service correctionnel du Canada, 2007b, p. 5).

L'équivalence de soins (Service correctionnel du Canada, 1994b) constitue une norme minimale qui vise à faire en sorte que les « probationnaires et les détenus en liberté conditionnelle (...) aient accès au même niveau et à la même qualité de soins que les citoyens qui ne sont pas passés par le système de justice pénale. » Il semble, d'après l'examen documentaire et les entretiens avec des membres du personnel que les services à la collectivité du SCC ne respectent pas cette norme en raison d'un manque de ressources. Les entrevues menées avec du personnel du SCC appuient les conclusions des rapports qui soulignent ces problèmes (Service correctionnel du Canada, 2007a).

La stigmatisation et un nombre insuffisant de professionnels en santé mentale partout au Canada font en sorte qu'il est encore plus difficile d'assurer un accès à des professionnels et à des programmes extérieurs au SCC. Les ententes innovatrices avec les administrations municipales et les gouvernements des provinces et des territoires figurent parmi les questions à examiner pour améliorer l'accessibilité et maximiser du coup une transition efficace et l'équation coûts-avantages (Service correctionnel du Canada, 2007a, 2005a). Selon les membres du personnel, il existe d'importants obstacles. Ainsi, il y a pénurie de médecins de famille. Bien souvent, ces médecins ne veulent pas ajouter de délinquants à leur clientèle. Certains programmes et services communautaires de santé mentale à l'extérieur du SCC acceptent uniquement des personnes dirigées par des médecins et ainsi, le délinquant peut souvent demeurer dans les limbes. Un délinquant qui sort d'un établissement muni d'une provision de médicaments pour deux semaines a peu de temps pour obtenir des services communautaires de santé mentale à l'extérieur du SCC (Service correctionnel du Canada, 2007a). En outre, plusieurs membres du personnel du SCC recommandent fortement une augmentation des ententes avec des organismes communautaires afin de fournir plus de services résidentiels communautaires.

La stigmatisation et un nombre insuffisant de professionnels en santé mentale au Canada font en sorte qu'il est encore plus difficile d'assurer l'accès à des professionnels et à des programmes extérieurs au SCC.

La mise en œuvre de l'ISMC a pris beaucoup de temps. Le financement a d'abord été attribué en 2005 et l'embauche d'employés de première ligne n'a commencée que trois ans plus tard. Le délai est partiellement attribuable à la grande lenteur du processus de dotation en personnel au gouvernement fédéral auquel il a fallu se conformer. Cette longue mise en œuvre du programme fait penser aux complications vécues dans le cas du SIDTMEI. Toutefois, contrairement au SIDTMEI, il n'y avait pas d'infrastructure technique à déployer. Le retard est probablement lié en partie aux méthodes d'embauche du gouvernement fédéral et à des questions de capacité en ressources humaines au SCC.

Les services communautaires, plus que tout autre élément du continuum de soins de santé mentale dans le domaine de la justice pénale, dépendent des liens établis avec des établissements et des services communautaires extérieurs au SCC. Il est indispensable d'établir et de gérer ces rapports, et le personnel du SCC, à son honneur, y arrive bien, et souvent dans des situations difficiles. Il reste des

questions administratives qu'il est possible de régler pour faciliter cette activité importante. La prochaine section porte sur quelques-unes de ces questions.

La mise en œuvre de l'ISMC a pris beaucoup de temps. L'argent a d'abord été attribué en 2005 et l'embauche de personnel n'a commencé que trois ans plus tard.

Connectivité interservices : le tissu conjonctif qui relie le système

La facilité avec laquelle les gens et l'information circulent d'un fournisseur, d'un service ou d'une composante à un autre du continuum de soins est importante pour garantir les bons résultats d'un traitement, et révèle l'efficacité de la planification et de l'intégration des services (Livingston, 2009). Ainsi, lorsqu'une personne présente un problème grave, existe-t-il un service pertinent, est-il accessible, et est-ce que l'information circule de façon aussi rapide et efficace qu'il le faut?

Un continuum complet de soins de santé mentale étendu à l'échelle du pays, au service de milliers de personnes, présente de nombreuses interdépendances essentielles qui font partie intégrante du système de prestation de services. Ces interfaces jouent un rôle de premier plan dans la mise en œuvre d'une stratégie en matière de santé mentale, et nécessitent donc une planification et une évaluation comme tout autre aspect important du continuum de soins. Ce « tissu conjonctif » assure le suivi du continuum au lieu d'en faire un ensemble de silos distincts et autonomes. Les éléments interdépendants nécessitent des normes nationales fondées sur les pratiques exemplaires et soutenues par l'infrastructure technologique et humaine nécessaire pour effectuer le travail (Livingston, 2009).

Selon nos entretiens avec du personnel du SCC, la connectivité entre les éléments de service en santé mentale varie selon les régions, les établissements et les personnes. Une certaine variation est inévitable et même utile. Toutefois, dans une région, dans le cadre d'un programme « ambulatoire »⁵, les membres du personnel infirmier du CRT se rendent régulièrement dans des établissements d'attache et œuvrent comme membres « itinérants » de l'équipe interprofessionnelle clinique de cet établissement. Dans une autre région, il arrive souvent que les malades « se présentent simplement à la porte » de leurs établissements d'attache en provenance du CRT sans préavis et sans renseignements.

Le personnel du SCC a signalé un manque de solutions de traitement pour certains des détenus du réseau qui présentent les troubles de comportement les plus graves. Certains se voient refuser leur admission dans les CRT et relèvent alors de la responsabilité de leur établissement d'attache à sécurité maximale qui ne prodigue pas de soins intermédiaires, et dont les services de soins primaires ne sont pas équipés, par définition pour traiter ce niveau de problème. Selon les rapports, ces malades obtiennent peu de traitement et sont souvent détenus en isolement par mesure de sécurité ou pour leur propre sécurité et dans ce cas, ils reçoivent peu ou pas de services de santé mentale. Dans la même veine, le personnel mentionne que les détenus dont l'état s'améliore pendant leur séjour à

⁵ Le SCC utilise le mot ambulatoire pour désigner les déplacements qu'effectuent les professionnels en santé mentale pour offrir leurs services. Le mot désigne habituellement la capacité des patients de se rendre à l'endroit où les services sont offerts.

L'Unité spéciale de détention appelée « USD » se voient souvent refuser l'admission au CRT de leur région en raison du risque pour la sécurité et du niveau antérieur de difficulté comportementale. Ces malades demeurent plus longtemps que nécessaire à l'USD ou retournent à leurs établissements à sécurité maximale d'attache où l'on relève l'insuffisance de services que nous avons décrite précédemment. Les détenus de l'USD reçoivent leur traitement à travers des barrières de sécurité en raison des risques pour la sécurité et de la conception inappropriée du bâtiment. La « Stratégie en matière de santé mentale » du Service doit traiter de manière explicite du problème des détenus qui souffrent des troubles de comportement les plus graves et de ceux qui présentent des troubles de la personnalité et qui, selon le personnel, ne reçoivent pas de services suffisants.

Le personnel du SCC a signalé un manque de solutions de traitement pour certains des détenus du réseau qui présentent les troubles de comportement les plus graves. (...) Selon les rapports, ces malades obtiennent peu de traitement et sont souvent détenus en isolement...

Les agents de correction et les agents de libération conditionnelle en établissement (ALCE) jouent un rôle essentiel dans la coordination interservices. Ils peuvent faciliter, entraver ou bloquer l'accès d'un détenu aux services. Il est frappant de constater l'absence de lignes directrices concernant la fréquence des rapports que doivent entretenir les ALCE avec chaque délinquant faisant partie de leur volume de travail.⁶

On relève également que la bonne intégration entre les ALCE et les agents de libération conditionnelle dans la collectivité (ALCC) devient parfois problématique lorsque les détenus passent d'un établissement à la collectivité. La transition aux soins communautaires peut se révéler difficile pour les délinquants en général et surtout pour ceux qui présentent des troubles de santé mentale. Il est essentiel que cette transition s'effectue sans heurt afin d'obtenir des résultats efficaces (Livingston, 2009). La transition peut constituer l'un des maillons les plus faibles du programme dans les systèmes correctionnels (Morris, Steadman et Veysey, 1997). Selon les psychiatres et les infirmiers en psychiatrie, le transfert de l'information aux services de libération conditionnelle dans la collectivité est une source de frustration. Les professionnels de la santé ont l'habitude de traiter directement les uns avec les autres sans passer par des intermédiaires. C'est le cas dans la collectivité. Il semble aussi y avoir de plus en plus de problèmes en ce qui concerne les nouveaux planificateurs de la continuité des soins en établissement, à mesure qu'ils assument leur rôle.

La sécurité l'emporte sur le traitement

⁶ Les agents de libération conditionnelle dans la collectivité doivent respecter des obligations claires en ce qui concerne la fréquence des contacts. Selon le personnel du SCC, certains ALCE rencontrent rarement un détenu en particulier. Selon les établissements, on a plusieurs fois mentionné au BEC qu'il est courant que certains détenus ne voient leur ALCE que deux à quatre fois par année. Le volume de travail d'un ALCE change souvent fréquemment, ce qui nuit à la continuité, à l'entretien de relations et à l'efficacité.

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'équilibre entre la sécurité, la réadaptation et le traitement constitue un problème permanent pour un système pénitentiaire (Service correctionnel du Canada, 2007a). Ainsi, la vision des Services de santé du SCC s'énonce comme suit : « Améliorer la santé des délinquants afin de favoriser la sécurité des Canadiens », et leur mission consiste à « offrir aux délinquants des services de santé efficaces et efficaces qui encouragent des attitudes responsables, favorisent une saine réinsertion sociale, contribuent à la sécurité des collectivités » (Service correctionnel du Canada, 2008d). La formulation de la vision et de la mission laisse entendre que la santé d'un détenu est importante dans la mesure où elle favorise les objectifs de sûreté, de sécurité et de responsabilité, ce qui suppose que la santé n'est pas importante en soi.

La transition aux soins communautaires peut se révéler difficile pour les délinquants en général et surtout pour ceux qui présentent des problèmes de santé mentale.

Les membres du personnel de santé mentale du SCC reconnaissent clairement que trop souvent, des questions de sécurité font obstacle aux délinquants ou les empêchent d'avoir accès aux programmes et à un traitement, souvent pendant des jours et des semaines à la fois. En fait, plusieurs d'en eux admettent sans équivoque que la situation s'est considérablement aggravée depuis dix ans. Le problème est lié tout autant aux situations de sécurité habituelles et inattendues qu'aux mesures prises pour y faire face. On a mentionné divers facteurs, notamment la croyance selon laquelle la sécurité a plus d'importance que le traitement alors que l'on pourrait prévoir des mesures d'adaptation, et les exigences du service qui obligent à retirer du personnel de sécurité des zones de traitement et les rendent ainsi inaccessibles. On laisse entendre, dans le rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2006), que le SCC privilégie peut-être l'incarcération et les peines aux dépens de la réadaptation (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006, 13.2.4).

La sécurité et les traitements de santé mentale ne sont pas des contraires. En fait, les traitements peuvent améliorer la sécurité (Service correctionnel du Canada, 2007a). La « Stratégie en matière de santé mentale » doit assurer l'équilibre entre la sécurité et le traitement, et le SCC doit établir des procédures opérationnelles et exercer la surveillance nécessaire pour régler les problèmes. Il est probable que l'on puisse régler la situation de manière satisfaisante si l'accessibilité des soins ne fait pas partie intégrante de la stratégie.

Gouvernance

Une nouvelle structure pour la santé mentale

Plusieurs des enjeux examinés précédemment sont liés à des questions de gouvernance et de responsabilisation. La création d'un Secteur des services de santé distinct sous la direction d'un commissaire adjoint constitue une étape importante, et augmente la visibilité et la responsabilisation de la santé et de la

santé mentale. La convergence du SCC sur la santé mentale aux échelons supérieurs de l'organisation constitue une condition préalable importante et fondamentale pour entraîner un changement transformateur. Le commissaire adjoint, Services de santé exerce une responsabilité fonctionnelle sur l'ensemble du personnel de santé mentale à l'exception des services de psychologie et des centres régionaux de traitement, lesquels relèvent du sous-commissaire adjoint, Opérations en établissement.

Le temps est venu pour le Service d'examiner les questions de gouvernance particulières au domaine de la santé mentale afin d'élaborer une structure de gouvernance présentant des axes hiérarchiques clairs des points de vue administratif et clinique et en matière de responsabilisation. Comme nous l'avons mentionné précédemment, la santé mentale relève pour une part des Services de santé et l'autre, des Opérations en établissement. À l'heure actuelle, on peut se demander « Si de nombreuses personnes sont responsables, qui l'est en dernier ressort? » En fait, il est important que le Service ait désigné le renforcement de la supervision clinique et la mise en œuvre d'un programme complet d'amélioration de la qualité à titre d'objectifs de gouvernance dans le programme de transformation du SCC en matière de santé (Service correctionnel du Canada, 2008d).

Les CRT et du moins les aspects cliniques de la psychologie, sinon l'ensemble des services de psychologie, doivent passer aux Services de santé. Cette mesure correspond aux pratiques organisationnelles habituelles dans la collectivité où les activités cliniques ne relèvent pas des opérations non cliniques. Bon nombre des problèmes soulevés précédemment ne pourront probablement pas se régler de manière satisfaisante si ce changement n'est pas apporté. Dans l'intervalle, il faudrait établir une matrice claire, un accord de gouvernance en réseau ou un protocole d'entente entre les Services de santé et les Opérations en établissement en matière de santé mentale.

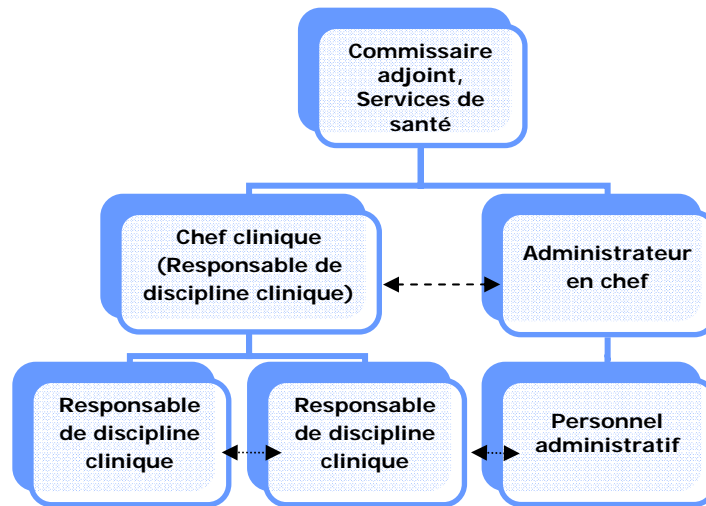
Il doit y avoir de puissants champions internes de la santé mentale qui sont responsables directement et en dernier ressort. Cette condition vaut autant dans le milieu correctionnel qu'à l'extérieur. Il faut deux champions d'échelon très élevé, un administrateur en chef et un responsable clinique qui relèvent chacun directement du commissaire adjoint, Services de santé (voir à la Figure 2). Les normes professionnelles, les systèmes de réglementation ainsi que la législation des provinces et des territoires confient la responsabilité et la responsabilisation à l'égard des services cliniques à des professionnels de santé réglementés. C'est à ce niveau que les aspects administratifs et cliniques des politiques, de la planification, des opérations et de l'évaluation se rejoignent.

La sécurité et les traitements de santé mentale ne sont pas des contraintes.

Il doit y avoir des champions internes de la santé mentale, puissants d'un point de vue administratif, qui sont responsables directement et en dernier ressort.

En ce qui concerne les disciplines de santé mentale réglementées, il faut désigner clairement des postes de leadership à l'échelle nationale dotés d'un pouvoir et d'une responsabilité hiérarchiques sous la conduite du chef clinique. Ainsi, à l'heure actuelle, un psychologue en chef exerce une autorité fonctionnelle mais aucun pouvoir hiérarchique d'un point de vue clinique. Le poste semble de plus en plus marginalisé en ce qui a trait à la participation clinique aux opérations et à la planification à l'AC. La situation annonce, comme nous l'avons déjà fait observer, une tendance préoccupante vers une « bureaucratisation » des services cliniques et une division croissante entre les activités cliniques et administratives. Le personnel du SCC observe une marginalisation suivie des rôles des cliniciens dans le processus décisionnel, ce qui a des répercussions directes sur les services cliniques. Le personnel du SCC et des groupes intéressés de l'extérieur disent avoir trop peu l'occasion de participer de façon appréciable au processus de planification et de mise en œuvre. Ces constatations plaident en faveur des changements organisationnels mentionnés précédemment.

Figure 2. Organigramme proposé : Responsabilité administrative et clinique : administration centrale



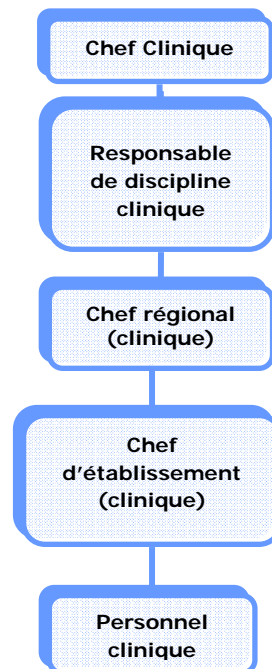
Le chef clinique serait désigné parmi les responsables de discipline représentant les professions de santé mentale réglementées. La durée des fonctions serait fixée, par exemple à trois ans, et les responsables de discipline exerceraient ce mandat à tour de rôle.

À l'heure actuelle, la chaîne de responsabilité clinique peut s'arrêter aux quartiers généraux de région et ainsi, les psychologues en chef régionaux relèvent de personnel non clinique. Ce qui est parfait pour une activité administrative ne l'est pas pour des fonctions cliniques. La filière de responsabilité clinique doit passer directement du chef régional de chaque discipline au responsable ou au chef clinique de chaque discipline à l'AC (voir à la Figure 3). L'organigramme actuel dans le cadre de l'Initiative sur la santé mentale en établissement est reproduit à la

Figure 4. On remarquera la structure de responsabilisation partagée et le manque de liaison entre les Services de santé et les Opérations en établissement aux échelons supérieurs de l'organisation.

La fréquence avec laquelle les fonctionnaires changent d'emploi figure parmi les réalités de la bureaucratie fédérale. Ils sont souvent affectés à de nouveaux postes sans posséder beaucoup d'expertise du contenu dans le nouveau domaine. Cette situation est particulièrement problématique en ce qui concerne la prestation des services cliniques. Elle explique peut-être en partie la confusion constatée pendant l'examen documentaire. L'expertise du contenu est indispensable dans le domaine clinique. Elle constitue l'une des valeurs fondamentales de l'agrément et de la réglementation professionnelle. La nouvelle structure organisationnelle proposée aiderait à régler ce problème. Les postes de gestion clinique seraient comblés par des professionnels de santé mentale réglementés qui possèdent un niveau de compétence relativement stable d'une personne à l'autre et au fil du temps, en matière de contenu clinique et de systèmes. Cette stabilité aidera à soutenir la fonction administrative et réduira les répercussions négatives qu'engendre un roulement fréquent de personnel. Elle aura aussi pour effet de réduire les risques auxquels s'expose le Service en matière de responsabilisation et de responsabilité civile.

Figure 3. Organigramme proposé : Chaîne de responsabilité des disciplines de santé mentale réglementées



Évaluation du rendement liée à un changement véritable

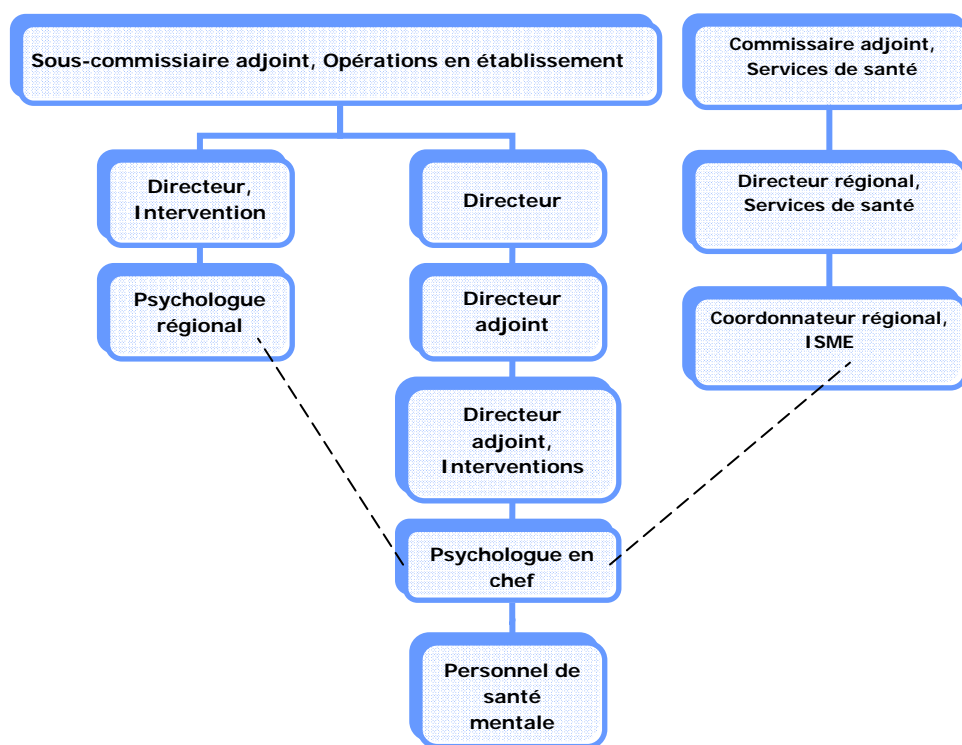
Le changement s'effectue souvent graduellement au sein des organisations, et le SCC ne fait pas exception. Toutefois, des changements en matière de santé

mentale dont la planification et la mise en œuvre s'étalent sur une décennie ou plus n'ont rien de graduels, mais sont tout simplement lents. Il a été suggéré au sein du Service et à l'extérieur que pour réaliser des objectifs de rendement clairs et apporter ainsi un changement effectif en matière de santé mentale, la mise en œuvre et l'évaluation soient liés à la rémunération annuelle au rendement des cadres supérieurs. Cette suggestion démontre une profonde détermination à réaliser le changement, une certaine frustration face au rythme du changement, et la conviction selon laquelle il faut accorder plus d'importance aux questions de santé mentale au SCC.

Normes nationales et souplesse à l'échelle locale

Le Service s'est toujours efforcé de respecter les deux réalités que constituent les normes nationales et la nécessité d'une souplesse à l'échelle locale ou à celle de l'établissement. Cette méthode semble avoir porté fruit au fil des ans, car elle tenait compte de la réalité canadienne suivant laquelle les collectivités ne sont pas toutes identiques. D'autre part, on relève des exemples d'inégalités régionales qui vont bien au-delà de ce principe. Selon des employés de la région de l'Atlantique, leur CRT n'est pas en mesure d'héberger certains délinquants faute d'installation matérielle suffisante. Par contre, la région du Pacifique possède un nouveau bâtiment où l'on soigne les mêmes délinquants et selon les comptes rendus, on y regroupe efficacement les fonctions de CRT et de réception. Il existe également dans cette région des services de liaison qui font le lien entre le CRT et l'établissement d'attache du détenu. Lorsqu'on demande pourquoi ce service existe dans une région et pas dans les autres, l'explication la plus fréquente et la plus troublante est que ce service coûte trop cher pour être offert partout au pays.

Figure 4. Organigramme actuel du SCC et rapports hiérarchiques dans le cadre de l'Initiative sur la santé mentale en établissement



Source : Service correctionnel du Canada (2009i). *Lignes directrices sur les services de santé mentale (soins primaires) en établissement*. Gouvernement du Canada.

Il existe d'autres exemples et nous en avons déjà mentionné quelques-uns. Il incombe au Service de continuer d'établir des normes nationales de base qui garantiront la qualité et l'uniformité des services dans l'ensemble des régions (Service correctionnel du Canada, 2007a). Il demeurera toujours une certaine variation à l'échelle régionale ou locale, en fonction des réalités « sur le terrain ». Les innovations efficaces d'une région peuvent se reproduire dans d'autres. Les innovations et le changement doivent faire progresser tous les éléments vers les normes professionnelles attendues plutôt que les ramener aux normes les plus basses pour des motifs surtout non cliniques.

Agrément

Le Service poursuit sa démarche auprès d'Agrément Canada depuis 2001. L'agrément peut s'avérer utile pour montrer que les services ont atteint une norme professionnelle respectée, équivalente à celle de la collectivité en général, et que l'organisation est en mesure de surveiller et d'améliorer continuellement son rendement. Jusqu'à maintenant, le SCC a réussi à faire agréer quatre de ses cinq centres régionaux de traitement. Les CRT des régions de l'Ontario et de l'Atlantique éprouvent de la difficulté en raison de leurs installations.

L'agrément est également important pour les autres composants du continuum de soins que constituent l'admission, les soins primaires, les soins communautaires et les soins intermédiaires lorsqu'ils seront offerts. Selon toute probabilité, Agrément Canada considérera ces fonctions comme les éléments d'un seul système.

Selon les cadres supérieurs du SCC, le manque de capacité a fait en sorte que les demandes des éléments non agréés du continuum de soins n'ont pas été présentées en même temps que celles qui concernent les CRT. Il est bon de savoir que le Service a entamé le processus d'agrément en ce qui concerne l'ensemble de ses établissements et qu'il a réussi la première étape du processus (agrément de base) et obtenu son certificat en septembre 2009 (un exercice de vérification préalable). Il est important de respecter les normes professionnelles externes, ce qui confère la certitude que le Service fait son travail et donne une orientation afin d'apporter des améliorations.

L'agrément est également important pour les autres composants du continuum de soins que constituent l'admission, les soins primaires, les soins communautaires et les soins intermédiaires lorsqu'ils seront offerts.

Le respect des critères d'Agrément Canada constitue une pièce du casse-tête des normes. Une deuxième pièce consiste à s'assurer que les pratiques respectent les normes réglementaires fixées pour les professionnels, notamment les champs d'activité, la responsabilité, l'éthique et la conduite professionnelle. Il faut également se conformer aux pratiques exemplaires proposées notamment par le National Institute for Clinical Evaluation (NICE) du Royaume-Uni, et celles du SCC énoncées dans le document intitulé *Services de santé mentale et de prévention de la toxicomanie en milieu correctionnel – Un examen des normes minimales et des pratiques exemplaires* (Livingston, 2009) et Ogloff (2002).

Les employés ont mentionné à maintes reprises la frustration qu'engendre l'expansion importante de la DG par rapport aux ressources évidemment limitées disponibles pour effectuer le travail « sur le front de taille »

Capacité de l'AC

L'enjeu de la capacité a été soulevé à plusieurs reprises dans ce rapport. La capacité de l'administration centrale d'appuyer et d'appliquer correctement la « Stratégie en matière de santé mentale » demeure un sujet de préoccupation. De toute évidence, le Service fournit des services de santé mentale à plusieurs niveaux et dispose d'une bonne capacité stratégique. En même temps, il n'est pas évident que la structure organisationnelle actuelle, à l'AC, permet d'appuyer efficacement la planification et la mise en œuvre des services de santé mentale. Cette réalité pose problème au Canada, à l'intérieur du Service comme à l'extérieur. Le SCC a entrepris d'établir et de fournir un continuum complet de soins de santé mentale au sein d'une organisation extrêmement complexe. Nous devons comprendre les besoins de l'AC en capacité spécialisée pour pouvoir planifier, mettre en œuvre et évaluer les services de santé mentale. Sans cela, les progrès se limiteront à la capacité interne actuelle au lieu d'être fondés sur la capacité nécessaire pour

répondre au besoin. Pour aider à régler ce problème, le Service devra renforcer la contribution clinique et l'expertise de contenu particulière en santé mentale en modifiant la structure de gouvernance, employer des spécialistes à temps partiel et à temps plein provenant du Service et de l'extérieur, et réaliser les changements organisationnels et administratifs décrits précédemment.

Les employés du SCC dans le domaine peuvent se sentir offensés par cette recommandation. Au cours des entrevues menées dans le cadre de cet examen, les employés ont mentionné à maintes reprises la frustration qu'engendre l'expansion importante de l'AC par rapport aux ressources évidemment limitées disponibles pour effectuer le travail « au front de taille ». Ces deux points sont légitimes et méritent d'être examinés de concert l'un et l'autre. L'apport de ressources supplémentaires à l'AC à un moment où les services sont surchargés et le moral est bas ne fera qu'aggraver le problème. D'autre part, on peut difficilement imaginer comment on pourra apporter rapidement un réel progrès et respecter les normes professionnelles sans améliorer la capacité clinique et organisationnelle spécialisée en santé mentale de l'AC.

Enfin, la recommandation 72 formulée dans *De l'ombre à la lumière* (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006) préconisait qu'un organisme indépendant comme la Commission de la santé mentale du Canada examine chaque année les activités du Service et les progrès accomplis. Les examens effectués au cours des dernières années ont été profitables pour le Service. Un organisme interne ou externe ou complètement de l'extérieur comme la Commission de la santé mentale ou un autre organisme désigné par le Service pour fournir des avis, une orientation et exercer une surveillance en matière de conception, de mise en œuvre et d'évaluation pourrait se révéler très utile et aiderait à régler la question de capacité. Le groupe devrait se composer en majorité de spécialistes cliniques et administratifs de la santé mentale et d'utilisateurs du système.

Selon des employés des soins de première ligne, les rôles des psychiatres et des psychologues ont rétréci au fil de temps.

Ressources humaines en santé mentale

Recrutement et maintien en poste

Le SCC estime qu'environ quatre pour cent de sa main-d'œuvre se compose de personnel des soins de santé, sans compter les centres régionaux de traitement. Ainsi, le Service emploie environ 750 infirmiers et infirmières, ce qui représente environ 37 p. 100 du personnel infirmier employé au gouvernement fédéral, et le SCC est le principal employeur de psychologues au Canada (environ 350). En février 2009, le taux de postes de psychologues à pourvoir atteignait 22 p. 100, et l'on relevait 78 postes d'infirmiers ou infirmières à pourvoir, par rapport au nombre de personnes embauchées par le Service moins celles qui ont quitté de 2004-2005 à 2006-2007 (Service correctionnel du Canada, 2008d).

Rôles et fonctions

Selon des employés des soins primaires, les rôles des psychiatres et des psychologues ont rétréci au fil du temps. Les psychiatres disent être passés à une pratique basée presque exclusivement sur la psychiatrie biologique (p. ex., les médicaments, les troubles organiques et les maladies) en raison des exigences du service et d'un financement insuffisant des postes de psychiatre. Dans le passé, leur rôle englobait la psychothérapie et la recherche. Ils estiment qu'il s'agit d'une perte pour les psychiatres des points de vue de la satisfaction au travail, pour les délinquants vu la diminution des services disponibles et l'allongement des temps d'attente, et pour le Service en matière de recrutement et de maintien en poste.

Les rôles évoluent également dans le domaine des soins infirmiers. D'une part, de nouveaux débouchés s'offrent (...) D'autre part, la profession infirmière en établissement devient plus difficile...

Le personnel du SCC et les auteurs de rapports ont signalé à maintes reprises le rétrécissement du rôle des psychologues (Service correctionnel du Canada, 2005a, 2007b; Comité sénatorial du Sénat des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006). Comme nous l'avons déjà mentionné, les psychologues effectuent surtout des évaluations de la conduite à l'intention de la Commission nationale des libérations conditionnelles et fournissent des services d'intervention en situation d'urgence, ce qui laisse peu de temps pour l'évaluation et les soins de santé mentale et pour l'exercice d'autres responsabilités, notamment la supervision, la planification et l'évaluation de programme ainsi que la recherche. Les personnes interrogées du milieu de la psychologie et de l'extérieur constatent avec inquiétude que ce changement a réduit l'efficacité des services de soins primaires en établissement et l'accessibilité de ces services, et a rendu le Service moins attrayant pour les psychologues, ce qui nuit au recrutement et au maintien en poste. La plupart des psychologues veulent un exercice varié de la profession qui englobe l'évaluation et le diagnostic, le traitement, la planification et l'évaluation de programme, la consultation, la supervision et la recherche.

Les rôles évoluent également dans le domaine des soins infirmiers. D'une part, de nouveaux débouchés s'offrent dans l'ensemble du continuum de soins. D'autre part, la profession infirmière en établissement, notamment dans les CRT devient plus difficile à exercer vu la prévalence et la gravité des troubles mentaux, les installations physiques dans la plupart des régions et l'âge des détenus (p. ex., les plus âgés requièrent plus de soins). Ces postes peuvent devenir moins attrayants dans le futur. Du point de vue de la santé mentale, le personnel du SCC mentionne que l'on embauche parfois des professionnels qui possèdent peu ou pas de connaissances ou d'expérience en santé mentale clinique ou en matière correctionnelle. Du point de vue de la profession infirmière, le fait de cibler des groupes comme les infirmiers psychiatriques pour les postes de santé mentale peut aider à

Il est notoire qu'il y a pénurie de professionnels de la santé au Canada (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006).

régler partiellement ce problème.

Le Service ajoute actuellement des travailleurs sociaux cliniques et des techniciens du comportement aux équipes de santé mentale en établissement et dans la collectivité. Cet élargissement des équipes correspond aux pratiques employées dans la collectivité en général (Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, 2004; Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires, 2004) et dans le milieu correctionnel (Ogloff, 2002). C'est un bon moyen d'aider à compenser l'écart entre l'offre et la demande. Il faut des rôles, des responsabilités, des champs d'activité, une supervision et une responsabilité clinique clairement définis.

Remblayage : utiliser Visa pour payer MasterCard

Il est notoire qu'il y a pénurie de professionnels de santé mentale au Canada (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006). Les services de santé mentale subventionnés par l'État (p. ex., les hôpitaux, les cliniques, les écoles, les agences de service social), l'exercice privé, les milieux d'affaires et l'industrie (p. ex., les programmes d'aide aux employés) sont en concurrence, ce qui exerce une pression considérable sur les stratégies de recrutement et de maintien en poste du Service afin que celui-ci demeure concurrentiel. Les données sur les ressources humaines du SCC révèlent des taux élevés de postes vacants en ce qui concerne les professionnels de santé mentale à l'échelle du pays (Service correctionnel du Canada, 2009g; 2008d). Les responsables du Service sont très au fait de ces problèmes et s'efforcent de les régler. Parmi les enjeux figurent la rémunération et les avantages sociaux, le soutien à la formation continue, les conditions de travail, la conciliation travail-vie, l'importance perçue et réelle de la santé mentale au sein du Service, l'étendue des rôles, des responsabilités et des champs d'activité, les obstacles à la prestation des services et une participation concrète à la planification et au processus décisionnel au sein du SCC. Le Service examine actuellement quelques-uns de ces facteurs (Service correctionnel du Canada, 2008d). Toutefois, les nouveaux efforts de recrutement ne suffiront pas nécessairement à moins que le Service ne règle les questions des conditions de travail, de l'inclusion, des champs d'activité et des structures de responsabilisation, et que le gouvernement n'étudie la question liée à l'important écart salarial constaté dans certaines régions pour certaines disciplines.

Des employés interrogés dans le cadre de ce rapport se disent préoccupés des répercussions qu'entraînent la dotation de nouveaux postes à l'interne, de sorte que les postes libérés demeurent inoccupés ou sont comblés par des personnes ayant des antécédents professionnels ou des ensembles de compétences différents. Il est apparu clairement au cours des entrevues que certains employés récemment embauchés étaient de nouveaux venus au SCC et que d'autres provenaient d'éléments différents du Service ou de systèmes judiciaires provinciaux. Cette réalité soulève au moins deux interrogations. Étant donné que les efforts de recrutement permettent de combler les nouveaux postes, le SCC ou les systèmes provinciaux peuvent faire face à une pénurie de recrutement. S'agit-il vraiment d'un gain net? De plus, l'embauche de gens possédant des qualifications moindres ou différentes du seul fait qu'ils sont disponibles modifie sensiblement les types de services offerts, les structures de responsabilisation et la qualité des services. Il ne

faudrait pas procéder à ces embauches sans établir un plan de ressources humaines respectueux des normes professionnelles et sans l'examiner à fond avec les groupes professionnels concernés.

Incitations dans un marché très concurrentiel

Les responsables du Service sont au courant des problèmes qu'affronte l'organisme au sujet des échelles salariales concurrentielles de certains professionnels. Le secteur de la psychologie est particulièrement problématique car les taux de rémunération peuvent être très inférieurs aux taux offerts dans les milieux provinciaux de la santé et dans l'exercice privé. La profession infirmière est concurrentielle dans la plupart des provinces mais pas toutes. Selon les psychiatres, le travail à contrat procure des niveaux de rémunération concurrentiels et attrayants tandis que le travail à salaire est problématique.

*Valeur fondamentale 3 du SCC :
« Nous estimons que le personnel du Service constitue sa force et sa ressource principale dans la réalisation de ses objectifs, et nous croyons que la qualité des rapports humains est la pierre angulaire de sa mission. »*

Le Service a pris des mesures pour régler ce problème. Toutefois, une partie du problème échappe aux moyens du Service et découle des méthodes du gouvernement fédéral en matière de ressources humaines et de recrutement. Des modifications s'imposent sans quoi la situation aura d'importantes conséquences sur le Service au cours des prochaines années. Les services de santé mentale sont en forte demande dans le secteur public comme dans le secteur privé. De nombreux professionnels prendront bientôt leur retraite et l'afflux de nouveaux professionnels est limité. Il faut élaborer rapidement des solutions réalistes.

Une organisation est efficace dans la mesure où ses ressources humaines le sont (Valeur fondamentale 3 du SCC). Il a semblé évident, au cours de cet examen, que le Service emploie des employés de grande qualité qui se dévouent à leur travail avec les délinquants. Ils estiment que leur travail contribue au mieux-être des Canadiens en aidant les gens aux prises avec des vies et des antécédents troublés et pénibles. Le milieu de travail est difficile et parfois rude (Kunst et coll., 2008; Bensimon, 2005, 2004). On ne peut pas tenir cet engagement pour acquis. Il est indispensable de trouver des solutions en ce qui concerne les ressources humaines, car la solution de rechange a des répercussions nuisibles et cumulatives.

Centres d'excellence

Une partie de la solution pourrait consister, pour le Service, à faciliter la création d'un ou deux centres d'excellence. Ainsi, la région d'Ottawa-Kingston offre des débouchés inégalés pour les études, la formation et la recherche car elle possède trois universités, deux collèges communautaires, des pénitenciers et des bureaux de libération conditionnelle. Ces centres d'excellence susciteraient plus d'intérêt envers les carrières en justice pénale, ce qui améliorerait

*Valeur fondamentale 4 du SCC :
« Nous croyons 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 notre mission. »*

le recrutement et le maintien en poste. Les centres pourraient s'intégrer aux voies de pré-emploi et de formation continue des agents de correction et d'autres membres du personnel de sécurité publique, notamment les agents de police et les aides judiciaires (Service correctionnel du Canada, 2009c). Les programmes d'études supérieures, l'internat et les programmes de résidence dans les professions de santé mentale réglementées seraient un facteur important.

Communications, intégration et partage des connaissances

La valeur fondamentale numéro 4 du SCC s'énonce comme suit : « Nous croyons que le partage des idées, des connaissances, des valeurs et des expériences (...) est essentiel à l'accomplissement de notre mission. » Les employés du SCC interrogés ont signalé à maintes reprises un manque de participation au processus décisionnel et au partage de l'information. Ainsi, des membres du personnel ayant de nombreuses années de service ont affirmé :

1. « Je suis mis au courant des changements après coup et pas avant. »
2. « Ils prétendent nous consulter, mais en fait, ils nous disent ce qu'ils ont déjà décidé. »
3. « J'en ai appris davantage pendant cette entrevue au sujet de ce qui se passe à l'échelle du pays que le SCC ne m'en a appris. »
4. « Nous prenons connaissance de changements importants apportés à nos emplois ou à notre profession après coup et par des voies officieuses. »
5. « L'AC prend toutes les décisions sans nous consulter. »

Ces observations sont d'importants indicateurs de succès ou d'insuccès. Il serait profitable pour le SCC de trouver des moyens plus efficaces d'aider le personnel clinique à échanger des idées et des innovations, de contribuer à l'innovation, à la créativité et à la planification et d'améliorer l'inclusion et la cohésion sociale à l'intérieur du Service. Le Canada est un immense pays et le SCC est une organisation vaste et complexe. Il est important de faire en sorte que les gens demeurent mobilisés, motivés et bien renseignés. Il y a plusieurs moyens d'y arriver, et ces moyens devraient faire partie de la mise en œuvre opérationnelle de la « Stratégie en matière de santé mentale » au SCC.

L'utilisation accrue du personnel correctionnel rendra la « Stratégie en matière de santé mentale » plus efficace. Ces personnes sont irremplaçables dans l'équipe de santé mentale.

Les agents de correction : Une ressource précieuse en santé mentale

L'utilisation accrue du personnel correctionnel rendra la « Stratégie en matière de santé mentale » plus efficace. Ces personnes sont irremplaçables dans l'équipe de santé mentale. La « Stratégie en matière de santé mentale » ne traite pas de cette question, ce qui limite l'envergure et l'efficacité possible des initiatives de santé mentale du SCC. L'importance des agents de correction en santé mentale est soulignée dans les rapports du SCC (Service correctionnel du Canada, 2007a), le document intitulé *De l'ombre à la lumière* (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006) et dans la documentation (Josi et Sechrest, 2005; O'Toole,

2005). Les agents de correction entretiennent quotidiennement des rapports avec les détenus, entrent en relation avec eux, règlent des problèmes et repèrent des indices et des symptômes (Bonta et Andrews, 2007). Ils peuvent exercer un rôle d'une très grande valeur au sein de l'équipe de santé mentale. Il est vrai également que des agents aggravent parfois la situation par une attitude antagoniste et obstructionniste qui « agite » les détenus ou les empêche d'avoir accès aux services (Skogstad, Deane et Spicer, 2006). Selon certaines études, les problèmes de santé mentale sont les plus difficiles à examiner pour les agents et pour les détenus (Dear et coll., 2002; Hobbs et Dear, 2000).

Il n'est pas certain qu'il suffira d'ajouter plus de contenu portant sur la santé mentale au programme de formation initiale des agents de correction ou de répondre au besoin par le biais de la formation continue. Le Service devrait plutôt opter pour une stratégie d'embauche qui attache plus d'importance à l'acquisition des connaissances et des compétences désignées avant toute demande d'emploi (Josi et Sechrest, 2005). Selon un cadre gestionnaire, les candidats postulant au SCC possèdent de plus en plus souvent des diplômes collégiaux et universitaires. Le Service ne devrait avoir aucun mal à déterminer les diplômes et les cours plus précis à privilégier ou les conditions préalables à l'embauche. Les agents se présenteraient sur le marché du travail munis d'antécédents plus solides dans plusieurs domaines, notamment en santé mentale. Les études et la formation offertes au SCC pourraient « couronner » cette base de connaissances et de compétences préalables après l'embauche des membres du personnel.

Les agents de correction sont d'importants membres de l'équipe de sécurité publique. Les forces policières ont de plus en plus souvent recours à l'établissement d'un profil psychologie préalable à l'emploi pour éliminer les candidats improbables. À l'échelle

Les forces policières ont de plus en plus souvent recours à l'établissement d'un profil psychologique pour éliminer les candidats improbables.

internationale, des services correctionnels utilisent des outils comme le *Public Safety Psychology Profiling System* de l'Australian Institute of Forensic Psychology's (O'Toole, 2005) qui englobe des tests psychologiques et une entrevue avec un psychologue. C'est la prochaine étape naturelle, car le SCC évalue déjà les capacités, les habiletés et les qualités personnelles.

Les tests et les entrevues aideront à éliminer les candidats qui affichent des styles de comportement indésirables. Le processus représente une économie de coûts appréciable (Lough, et coll., 2007; Farkas, 2000). Cet enjeu est particulièrement opportun si l'on tient compte de l'important roulement de personnel susceptible de se produire au cours des prochaines années (Service correctionnel du Canada, 2007a).

Dans le cadre de l'Initiative sur la santé mentale en établissement, le gouvernement a alloué des crédits en 2007 pour la formation en santé mentale du personnel, notamment celle des agents de correction. Une partie du personnel a reçu la formation, mais selon les comptes rendus, la formation n'est pas complète.

L'ensemble du personnel et en particulier les agents de correction œuvrent en milieu difficile (Service correctionnel du Canada, 2008c). Le degré de stress est constant, contrairement à ce qui a cours dans d'autres services, notamment la police, les services frontaliers, l'intervention d'urgence et ainsi de suite (Kunst, et coll., 2008; Lambert et Paoline, 2008; Bensimon, 2005; Bourbonnais et coll., 2004; Samak, 2003). L'adaptation efficace aux degrés de stress constants constitue un enjeu important à examiner. Ainsi, Samak (2003) a constaté deux fois plus de cas autodéclarés de dépression chez les agents de correction que dans la population en général. Le recours à la formation continue pour enseigner au personnel des connaissances, des compétences et des techniques d'auto-soins en santé mentale constitue une bonne manière d'employer les ressources. Cette formation devrait faire partie de la « Stratégie en matière de santé mentale » et correspond à la troisième valeur fondamentale du SCC.

Les délinquants : une partie de la solution

Il existe dans le domaine de la santé mentale une longue tradition de services fournis par les pairs, la famille et des bénévoles. Les avis des délinquants ayant profité de programmes de santé mentale et de programmes de criminologie et de ceux qui n'en ont pas profité constituent des renseignements utiles pour la planification des programmes et la prestation des services. Il est habituel dans de nombreux secteurs, notamment en santé mentale, d'interroger les utilisateurs de services, et cette démarche figure à titre d'activité d'évaluation dans le CCGR intitulé *Enhancement of CSC's Mental Health Strategy* (Service correctionnel du

Aucune stratégie de santé mentale n'est complète s'il n'existe pas de plan pour cerner et éliminer la stigmatisation et la discrimination.

Canada, non daté). Le SCC doit adopter le slogan « jamais sur nous sans nous » et en faire un principe directeur immuable. L'idée de demander à ce qu'on est convenu d'appeler des « fous » comment élaborer des services de santé mentale suscitait une résistance au

Adopter le slogan jamais sur nous sans nous et en faire un principe directeur immuable!

début, et c'est maintenant pratique courante. Il existe probablement la même résistance dans le milieu correctionnel. Le problème tient notamment à un manque de connaissances et de compréhension, à la crainte, à la stigmatisation et à la discrimination. La « Stratégie de santé mentale » doit considérer les délinquants comme des pairs-conseillers, des participants à la conception et à l'évaluation de programme et une source de rétroaction utile.

Stigmatisation et discrimination

Il est intéressant de voir que la question de la stigmatisation et de la discrimination ne s'est pas posée au cours des entretiens avec les employés du SCC, n'occupe guère de place dans les rapports et les documents sur la santé mentale du SCC, et figure pourtant en évidence dans le document de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (2002, 2006), le document intitulé *De l'ombre à la lumière* (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006) et de la Commission canadienne de la santé mentale (2009;

Martin et Johnston, 2007). La question a été soulevée à deux endroits, soit lors de discussions avec un organisme extérieur au SCC pour qui cet enjeu constituait la question la plus importante à régler pour le Service, et au niveau des services de libération conditionnelle qui exercent leurs activités dans un contexte communautaire.

La stigmatisation et la discrimination existent à l'intérieur du Service comme à l'extérieur (Martin et Johnston, 2007; Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006). Il est vrai également que les délinquants qui souffrent de troubles mentaux sont doublement stigmatisés car ils portent à la fois l'étiquette de « fous » et de criminels. Selon le personnel des services communautaires du SCC, la stigmatisation et la discrimination constituent un problème grave en ce qui concerne les personnes qui résident dans la collectivité, les fournisseurs de services de santé et les employeurs. Il est très probable aussi qu'il existe une certaine stigmatisation dans les établissements. La sélection préalable à l'emploi, les études requises, les évaluations du rendement et la formation continue constituent peut-être une partie de la solution. Aucune stratégie de santé mentale n'est complète s'il n'existe pas de plan pour cerner et éliminer la stigmatisation et la discrimination.

La santé mentale est un secteur qui a toujours fait l'objet d'une grave discrimination en matière de financement. Les budgets alloués à la santé physique excèdent largement ceux qui vont à la santé mentale compte tenu de données semblables concernant la prévalence des maladies et le fardeau qu'elles représentent. Il est impensable au Canada de refuser des services de soins de santé physique de base à des personnes souffrant de cancer ou de maladie cardiovasculaire, alors qu'il est fréquent de ne pas fournir de services de santé mentale de base aux Canadiens de tous âges. Le gouvernement devra investir d'importantes sommes en santé mentale pour compenser les décennies de négligence et faire en sorte que le Service puisse atteindre un niveau de pratiques exemplaires et les normes professionnelles. Ces investissements devront se faire rapidement et se poursuivre au cours des dix à vingt prochaines années.

Sommaire : Éléments clés d'une stratégie complète sur la santé mentale dans le système correctionnel fédéral

1. Une stratégie globale de santé mentale à grande échelle s'échelonnant sur plusieurs années est élaborée rapidement.
 - a. Une stratégie exhaustive de mise en œuvre à long terme découle de la stratégie de santé mentale qui présente avec assurance, de façon convaincante et à plusieurs reprises, des solutions permettant au gouvernement de garantir les ressources nécessaires dans le cadre d'un cycle continu de planification sur plusieurs années.

- b. La stratégie prévoit six éléments du continuum de soins déterminé par le Service et elle fait le lien entre les besoins des délinquants en matière de santé mentale et la prestation de services au cours de périodes quinquennales consécutives.
 - c. Elle contient aussi des plans détaillés pour chacun des six éléments du continuum de soins. Ces six composantes sont intégrées à la stratégie globale à grande échelle.
 - d. Tous les documents de planification et les mises à jour sont terminés à temps, datés, approuvés et signés par le plus haut fonctionnaire s'occupant des dossiers de santé mentale du Service.
 - e. Le gouvernement reçoit des plans quinquennaux continus relativement à l'augmentation annuelle du financement de toutes les composantes du continuum de soins en vue d'atteindre et de respecter les objectifs de la stratégie de santé mentale.
 - f. Le gouvernement approuve un plan sur plusieurs années qui fournit annuellement une augmentation permanente des fonds alloués aux six éléments du continuum de soins; ces plans permettent en outre de s'attaquer aux autres problèmes cruciaux, comme les ressources humaines et le renouvellement du personnel.
 - g. La planification inclusive permet la participation efficace du personnel s'occupant de santé mentale, ainsi que celle des organismes extérieurs pertinents. Le processus tient aussi grandement compte des commentaires des délinquants.
2. Le plan de soins intermédiaires est rédigé rapidement en vue de garantir les fonds et de commencer la mise en œuvre.
3. Les processus d'admission et d'évaluation, y compris le Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale, sont rapidement mis en œuvre, conformément à un plan d'application clair traitant de la normalisation à l'échelle nationale, des différences régionales et de l'embauche de personnel compétent chargé de la prestation de services et de la supervision.
- a. Toutes les composantes du continuum de soins sont liées de façon efficace au moyen de plateformes électroniques compatibles, de sorte que le plan de gestion clinique qui débute à l'admission devienne un outil utile au cercle de soins pendant tout le temps que passe le délinquant sous mandat.
 - b. Les données du SIDTMEI sont utiles aux fins de planification et de recherche et elles sont accessibles à grande échelle, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur du SCC.

4. Les ressources et les services de soins primaires sont augmentés sur une base annuelle afin de répondre aux besoins des établissements en matière de soins primaires liés à la santé mentale.
 - a. Les obstacles administratifs entravant l'échange d'information efficace sont réduits et éliminés.
 - b. Les agents de correction collaborent plus étroitement avec les services primaires de santé mentale.
5. Les services aux patients (tertiaires) sont améliorés sur une base annuelle grâce à l'augmentation du nombre de lits et d'employés, à l'ajout de nouvelles installations pour remplacer celles devant être mises hors service et à l'amélioration du rôle thérapeutique des agents de correction.
 - a. Un plan opérationnel est en cours d'élaboration pour permettre de simplifier l'admission directe dans des centres de traitement régionaux des délinquants participant à des programmes communautaires de santé mentale; ceux-ci seraient ensuite dirigés directement vers leurs services communautaires de libération sous condition sans qu'ils doivent purger une peine inutile d'emprisonnement en établissement.
 - b. Les CRT reçoivent un appui leur permettant d'accroître leurs rôles et fonctions continus relatifs à la santé mentale dans leur région.
6. L'augmentation réussie des services communautaires est immédiatement étendue pour comprendre tous les services de libération sous condition jusqu'à un niveau permettant l'atteinte des besoins.
 - a. On élabore davantage de services communautaires au sein du SCC et en partenariat avec les municipalités, les provinces et les territoires dans le but de satisfaire à la demande et d'éliminer les obstacles empêchant l'accès aux services.
7. On examine régulièrement les liens entre les composantes de services et on apporte les changements nécessaires pour que l'efficacité demeure au centre de la stratégie de santé mentale.
8. Un examen des activités du SCC d'un point de vue clinique est mené régulièrement afin de déterminer les obstacles à l'échelle de l'administration, de la gouvernance et des activités qui nuisent à une prestation efficace des services.
9. Les changements à la gouvernance entraînent une cohérence accrue et une plus grande expertise en matière de santé mentale pour la planification et les activités du SCC :

- a. On a intégré les services psychologiques et les centres de traitement régionaux aux Services de santé.
 - b. On s'est assuré que la responsabilité fonctionnelle de la responsabilité clinique incombe directement au commissaire adjoint des Services de santé par l'entremise des professions de la santé réglementées.
 - c. On a davantage tenu compte de la rétroaction clinique dans les activités de planification, de mise en œuvre et d'évaluation.
10. L'administration centrale, par la stratégie de santé mentale, veille à une cohérence accrue et à une répartition régionale plus équitable de la prestation des services à l'échelle nationale, tout en respectant les différences régionales.
11. L'accréditation de tous les services de santé mentale du SCC est réalisée le plus rapidement possible.
12. Un plan détaillé de ressources humaines en matière de santé mentale fait partie intégrante de la stratégie sur la santé mentale.
- a. Le SCC subvient aux besoins du personnel en matière de santé mentale au moyen de politiques, de programmes et de l'autoformation.
 - b. Les rôles, les fonctions et les cadres de responsabilisation des fournisseurs de services cliniques sont bien définis :
 - i. La responsabilité clinique à l'échelle de l'établissement est clairement définie, relève des professionnels de la santé mentale réglementés et, ultimement, des directeurs respectifs de chacune des disciplines, à l'administration centrale.
 - ii. L'embauche de fournisseurs spécialisés possédant certaines connaissances et compétences pour compléter les rôles d'autres fournisseurs spécialisés est fondée sur un plan des ressources humaines bien défini portant sur la santé mentale, qui correspond aux besoins des délinquants (type de troubles, gravité, prévalence) et non sur d'autres considérations.
 - c. Les agents de correction, les agents de libération conditionnelle en établissement et les services de santé mentale travaillent plus étroitement ensemble. Les conditions préalables d'emploi augmentent les connaissances et les compétences sur la santé mentale dès l'embauche dans le Service et les tests préalables à l'emploi contribuent à déterminer les candidats idéaux pour les postes.

- d. Le recrutement et la conservation du personnel sont des aspects fondamentaux de la stratégie de santé mentale. Celle-ci contribue aux activités actuelles du Service et traite d'autres questions essentielles, comme les inégalités salariales, la conciliation travail-vie personnelle, les occasions d'éducation et de formation particulières aux services correctionnels, la grande variété de rôles et de responsabilités, l'augmentation de la collaboration entre professionnels et la participation accrue à la planification et à l'évaluation du programme.
13. La découverte et l'élimination de détermination de la stigmatisation et de la discrimination constituent un pilier central de la stratégie de santé mentale.
 14. L'évaluation continue de l'efficacité de la prestation des services permettant la satisfaction des besoins des délinquants et la mise en œuvre de la stratégie représentent un élément important de la rétroaction.
 15. Les détenus et les anciens détenus constituent des ressources importantes pour la stratégie de santé mentale (p. ex. la consultation des pairs et la planification et l'évaluation du programme).
 16. La stratégie de santé mentale prévoit l'élaboration de composantes sur l'échange d'information permettant l'accroissement de la collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et la promotion d'une prestation plus homogène des services de santé mentale offerts aux délinquants du Canada.

Bibliographie

- Alberta Mental Health Board (2007). *Mental health economic statistics*. Alberta Mental Health Board and the Institute of Health Economics.
- Bensimon, P. (2005). *Étude empirique sur les agents de correction lors de leur première année en établissement*. Service correctionnel du Canada.
- Bensimon, P. (2004). *La recrue en milieu carcéral : introduction à la recherche*. Service correctionnel du Canada.
- Bonta, J et D. A. Andrews (2007). *Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité*. Service correctionnel du Canada.
- Bourbonnais, R., R. Malenfant, M. Vézina, N. Jauvin et T. Brisson. (2004). « Work characteristics and health of correctional officers », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 53, p. 2.
- Brink, J. (2005). « Epidemiology of mental illness in a correctional system ». *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 18, n° 5, p. 536-541.
- Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (2006). *Cadre d'action sur la maladie mentale et la santé mentale : recommandations aux décideurs des politiques sociales et de santé du Canada pour un plan d'action national sur la maladie mentale et la santé mentale*. L'auteur.
- Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (2002). *Appel à l'action : dégager un consensus à l'égard d'un plan d'action national sur la maladie mentale et la santé mentale*. L'auteur.
- Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (2004). *Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires*. Consulté sur Internet en octobre 2009 : [Santé Canada](#).
- Champagne, D. et C. Turgeon (2008). *Initiative sur la santé mentale dans la collectivité : lignes directrices sur la planification clinique du congé et l'intégration communautaire*. Service correctionnel du Canada.
- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002). *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*. Gouvernement du Canada.
- Service correctionnel du Canada (sans date). *Enhancement of CSC's mental health strategy: Results-based management and accountability framework*. Government of Canada.

Service correctionnel du Canada (sans date). *Institutional mental health initiatives*. Government of Canada.

Service correctionnel du Canada (undated). *Treasury Board submission*. Gouvernement du Canada.

Service correctionnel du Canada (2009a). *Rapport sur les plans et les priorités*. Gouvernement du Canada.

Service correctionnel du Canada (2009b). *Cadre national relatif aux soins de santé essentiels*. Gouvernement du Canada.

Service correctionnel du Canada (2009c). *Correctional Service Canada forum on the nexus of justice and mental health in Canada*. Gouvernement du Canada.

Service correctionnel du Canada (2009d). *Normes nationales de formation : version 2*. Gouvernement du Canada.

Service correctionnel du Canada (2009e). *Rapport sur les plans et les priorités 2009/2010*. Gouvernement du Canada.

Service correctionnel du Canada (2009f). *A study of reported self-harm incidents in CSC*. Government of Canada.

Service correctionnel du Canada (2009g). *Recruitment and retention strategy: health care professionals: draft*. Gouvernement du Canada.

Service correctionnel du Canada (2009h). *Recruitment and retention strategy: Action plan, 2009-2010*. Gouvernement of Canada.

Service correctionnel du Canada (2009i). *Lignes directrices sur les services de santé mentale (soins primaires) en établissement*. Gouvernement du Canada.

Service correctionnel du Canada (2008a). *Directive du commissaire 705-3 : Entrevues sur les besoins immédiats et à l'admission*. Gouvernement du Canada.

Service correctionnel du Canada (2008b). *Directive du commissaire 800 – Services de santé*. Gouvernement du Canada.

Service correctionnel du Canada (2008c). *Rapport sur les plans et les priorités 2008/2009*. Gouvernement du Canada.

Service correctionnel du Canada. (2008d). *Services de santé : Plan intégré des ressources humaines 2008-2011*. Gouvernement du Canada.

Service correctionnel du Canada (2008e). *Document d'information : Recherche de solutions aux problèmes de santé mentale des délinquants*. Gouvernement du Canada.

Service correctionnel du Canada (2007a). *Feuille de route pour une sécurité publique accrue : rapport du Comité d'examen du Service correctionnel du Canada*. Gouvernement du Canada.

Service correctionnel du Canada (2007b). *Renforcer les initiatives axées sur la sécurité dans la collectivité : stratégie du SCC en matière de santé mentale dans la collectivité : cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats*. Gouvernement du Canada.

Service correctionnel du Canada (2006a). Consulté sur Internet en octobre 2009 : *L'évolution de la population carcérale fédérale : profils et prévisions, 2006*. Gouvernement du Canada.

Service correctionnel du Canada (2006b). Directive du commissaire 705-5 : *Évaluations supplémentaires à l'évaluation initiale*. Gouvernement du Canada.

Service correctionnel du Canada (2005a). *Enhancing mental health services for federal offenders: Correctional Service of Canada's Mental Health Strategy: Part 1 and 2 of the final report of the national review committee for the treatment centres*. Gouvernement du Canada.

Service correctionnel du Canada (2005b). *Rapport sur le rendement pour la période se terminant le 31 mars 2005*. Gouvernement du Canada.

Service correctionnel du Canada (2005c). *OCI presentation: Follow-up actions on the mental health strategy*. Gouvernement de Canada.

Service correctionnel du Canada (2005d). *Gestion des services de santé : exposé à l'intention du Comité de direction*. Gouvernement of Canada.

Service correctionnel du Canada. (2005e). *Improving mental health services for federal offenders*. Gouvernement du Canada.

Service correctionnel du Canada (2004a). L'initiative du SCC sur la santé mentale. *Entre nous*, vol. 30, no 4.

Service correctionnel du Canada (2004b). *Roles, behavioural objectives, goals and the correctional officer: Acute, sub acute and continuing care (ébauche)* Centre régional de traitement de l'Ontario. Gouvernement du Canada.

Service correctionnel du Canada (2004c). *Comité national d'examen des centres de traitements : points de décision du COMDIR*. Gouvernement du Canada.

- Service correctionnel du Canada (2004d). *Correctional Service of Canada's Community Correctional Centre Working Group: Community reintegration operations survey regarding mental health of offenders in community correctional centres*. Gouvernement du Canada.
- Service correctionnel du Canada (2002). *La stratégie 2002 en matière de santé mentale pour les délinquantes*. Gouvernement du Canada.
- Service correctionnel du Canada (1994a). *Directive du commissaire 840 : Services de psychologie*. Gouvernement du Canada.
- Service correctionnel du Canada (1994b). *Normes des Services de santé*. Gouvernement du Canada.
- Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition (1992, ch. 20). Gouvernement du Canada.
- Council of State Governments (2002). *Criminal justice mental health consensus project*. Author.
- Cuellar, A. E., Snowden, L. M. & Ewing, T. (2007). « Criminal records of persons served in the public mental health system », *Psychiatric Services*, vol. 58, n° 1, p. 114-120.
- Dear, G. E., K. A. Beers, G. Dastyar, F. Hall, B. Kordanovski, E.C. Pritchard (2002). « Prisoners' willingness to approach prison officers for support », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 34, n° 4, p. 33-46.
- Deputy Prime Minister (2005). *Memorandum to Cabinet: Enhancing the federal government's commitment to the mental health of Canadians*. Gouvernement du Canada.
- Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires. Fonds pour l'adaptation des soins de santé. Consulté sur Internet en octobre 2009 : [Santé Canada](#).
- Farkas, M. A. (2000). « A typology of correctional officers », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 44, n° 4, p. 431-449.
- Fazel, S. et J. Danesh (2002). « Serious mental disorders in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys », *The Lancet*, vol. 359, n° 9306, p. 545-550.
- Fellner, J. (2006). A corrections quandary: Mental illness and prison rules. *Harvard Civil Rights-Civil Liberties Law Review*, vol. 41, p. 391-412.
- Gendreau, P. & Bonta, J. (1984). Solitary confinement is not cruel and unusual

- punishment: People sometimes are! *Revue canadienne de criminologie*, vol. 26, p. 467-478.
- Glancy, G. D. et E. L. Murray (2006). « The psychiatric aspects of solitary Confinement », *Victims and Offenders*, vol. 1, n° 4, p. 361-368.
- Gordon, S. (2009). Consulté sur Internet en septembre 2009 : *Ouvrir une porte*. Association du Barreau canadien.
- Haag, A. M. (2006). « Ethical dilemmas faced by correctional psychologists in Canada », *Criminal Justice and Behaviour*, vol. 33, n° 1, p. 93-109.
- Haney, C. (2003). « Mental health issues in long-term solitary and "supermax" Confinement », *Crime and Delinquency*, vol. 49, n° 1, p. 124-156.
- Hobbs, G. S. et G. E. Dear (2000). « Prisoners' perceptions of prison officers as sources of support. », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 31, no 1/2, p. 127-142.
- Hodgins, S. et G. Côté, G. (1991). The mental health of penitentiary inmates in isolation. *Revue canadienne de criminologie*, vol. 33, n° 2.
- Santé Canada (2006). Consulté sur Internet en octobre 2009 : *Que sont les soins de santé primaires?*. Gouvernement du Canada.
- Holland, T. R., R. B. Heim, R. B. N. Holt (1976). Personality patterns among correctional officer applicants, *Journal of Clinical Psychology*, vol. 32, n° 4, p. 786-791.
- Josi, D. A. et D. K. Sechrest (2005). « Professionalizing the correctional officer: The U.S. perspective », *Corrections Criminology*, S. O'Toole et S. Eyland, Sydney, Hawkins Press.
- Kaiser, H. A. (2004). *The criminalization of people with mental health problems: Joining together to find a way forward*, NAACJ/Justice Canada/Public Safety and Emergency Preparedness Joint Policy Forum: Human Rights of People with Mental Disabilities and the Criminal Justice System.
- Kondo, L. L. (2000). « Therapeutic jurisprudence: Issues, analysis and applications: Advocacy of the establishment of mental health specialty courts in the provision of therapeutic justice for mentally ill offenders », *Seattle University Law Review*, vol. 24, p. 373-464.
- Krelstein, M. S. (2002). « The role of mental health in the inmate disciplinary process: A national survey ». *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 30, p. 448-496.
- Kunst, M. J. J., S. Schweizer, S. Bogaerts, L. M. van der Knaap, (2008).

Aggression and violence, posttraumatic stress and absenteeism among employees in penitentiaries. La Haye, Pays-Bas, Boom, Juridische Uitgevers.

Lamb, H. R. et L. L. Bachrach (2001). « Some perspectives on deinstitutionalization », *Psychiatric Services*, vol. 52, n° 8, p. 1039-1045.

Lambert, E. G., E. A. Paoline (2008). « The influence of individual, job and organizational characteristics on correctional staff job stress, job satisfaction and organization commitment », *Criminal Justice Review*, vol. 33, n° 4, p. 541-564.

Laishes, J. (2005). *Unités de soins intermédiaires de santé mentale : description*, Service correctionnel du Canada.

Livingston, J. D. (2009). *Mental health and substance abuse services in correctional settings: A review of minimum standards and best practices.* International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy.

Lough, J., E. Wald, K. Byrne, W. Gordon (2007). « The impact of psychological profiling of Australian correctional officers », *Corrections Compendium*, (juillet/août).

Lurigio, A. J., Y. I. Cho, J. A. Swartz, T. P. Johnson, I. Graf, L. Pickup (2003). « Standardized assessment of substance-related, other psychiatric, and comorbid disorders among probationers », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 47, n° 6, p. 630-652.

Mann, M. M. (2009). *De bonnes intentions... des résultats décevants : rapport d'étape sur les services correctionnels fédéraux pour Autochtones.* Bureau de l'enquêteur correctionnel. Gouvernement du Canada.

Martin, N. & Johnston, V. (2007). *Passons à l'action : lutte contre la stigmatisation et la discrimination*, Commission de la santé mentale du Canada.

Commission de la santé mentale du Canada (2009). Sur Internet : [Changer les mentalités](#), L'auteur.

Moloughney, B. (2004). « A health care needs assessment of federal inmates in Canada ». *Revue canadienne de santé publique*, vol. 95, p. S1-S63).

Morris, S. M., H. J. Steadman, B. M. Veysey, (1997). « Mental health services in United States jails: A survey of innovative practices », *Criminal Justice and Behaviour*, vol. 24, n° 1, p. 3-19.

Motiuk, L., R. Boe, M. Nafekh (2003). *Le retour en toute sécurité des délinquants dans la communauté : aperçu statistique.* Service correctionnel du Canada.

- Bureau de l'enquêteur correctionnel (2010). *Forum sur les services correctionnels communautaires destinés aux délinquants souffrant de troubles mentaux*. Troisième Forum Ting de 2009-2010 sur les politiques en matière de justice – série de conférences et de dialogues.
- Bureau de l'enquêteur correctionnel (2007). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2007-2008*, L'auteur.
- Ogloff, J. R. P., M. R. Davis, G. Rivers, S. Ross (2007). « The identification of mental disorders in the criminal justice system », *Trends & Issues in Crime and Criminal Justice*, vol. 334, p. 1-6.
- Ogloff, J. R. P. (2002). « Identifying and accommodating the needs of mentally ill people in gaols and prisons », *Psychiatry, Psychology and Law*, vol. 9, n° 1, p. 1-33.
- Osher, F., H. J. Steadman, H. Barr (2003). « A best practice approach to community re-entry from jails for inmates with co-occurring disorders: The APIC Model », *Crime & Delinquency*, vol. 49, n° 1, p. 79-96.
- O'Toole, S. (2005). « Human resources analysis of the Australian corrections Industry », *Corrections Criminology*. S. O'Toole et S. Eyland, Sydney, Hawkins Press.
- Sécurité publique Canada (2009). *Aperçu statistique : le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*. Gouvernement du Canada.
- Sécurité publique Canada (2008). *Aperçu statistique : le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*. Gouvernement du Canada.
- President's New Freedom Commission on Mental Health (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America. Final Report*. DDHS, numéro de publication : SMA-03-3832, Rockville, Maryland.
- Rabasca, L. (2000). « A court that sentences psychological care rather than jail time », *Monitor on Psychology*, vol. 31, n° 7.
- Ruiz v. Johnson (1999). « 37 F. Supp. 2nd 855 », S. D. Texas.
- Samak, Q. (2003). *Les agentes et les agents de correction du Service correctionnel du Canada en rapport avec leurs conditions de travail*, Confédération des syndicats nationaux.
- Sestoft, D. M., H. S. Andersen, H. S., Lillebaek, T & Gabrielsen, G. (1998). « Impact of solitary confinement on hospitalization among Danish prisoners in custody », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 21, n° 1, p. 99-108.

- Silver, E., R. B. Felson et M. Vaneseltine (2008). « The relationship between mental health problems and violence among criminal offenders », *Criminal Justice and Behaviour*, vol. 35, n° 4, p. 405-426.
- Skogstad, P., F. P. Deane et J. Spicer (2006). « Barriers to helpseeking among New Zealand prison inmates », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 42, n° 2, p. 1-24.
- Slate, R. N. et W. W. Johnson (2008). *Criminalization of mental illness: crisis and opportunity for the justice system*. Durham, Caroline du Nord, Carolina Academic Press.
- Solomon, P., J. Draine (1995a). « Issues in serving the forensic client », *Social Work*, vol. 40, n° 1, p. 25-33.
- Solomon, P. et J. Draine (1995b). « Jail recidivism in a forensic case management program », *Health and Social Work*, vol. 20, n° 3, p. 167-173.
- Comité permanent de la sécurité publique et nationale (2009). *Témoignages numéro 27*. Gouvernement du Canada.
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et la technologie (2006). *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Gouvernement du Canada.
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2004a). *Rapport provisoire : rapport 2. Politiques et programmes de certains pays en matière de santé mentale*. Gouvernement du Canada.
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2004b). *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : aperçu des politiques et des programmes au Canada (1)*. Gouvernement du Canada.
- Steadman, H.J., F.C. Osher, P.C. Robbins, B. Case, S. Samuels (2009). « Prevalence of serious mental illness among jail inmates », *Psychiatric Services*, vol. 60, p. 761-765.
- Stone, T. H. (1997). « Therapeutic implications of incarceration for persons with severe mental disorders: Searching for rational health policy », *American Journal of Criminal Law*, vol. 24, p. 283-358.
- Conseil du Trésor du Canada (2008). Consulté en ligne en septembre 2009 : *Guide d'élaboration des cadres de gestion et de responsabilisation axés sur les résultats*. Gouvernement du Canada.

Conseil du Trésor du Canada (2005a). *Élaboration et utilisation des cadres de gestion et de responsabilisation axés sur les résultats*. Gouvernement du Canada.

Conseil du Trésor (2005b). *Decision of the Treasury Board meeting of May 16, 2005*. Gouvernement de Canada.

Conseil du Trésor du Canada (2002). Consulté sur Internet en septembre 2009 : *Des résultats pour les Canadiens et les Canadiennes : un cadre de gestion pour le gouvernement du Canada*. Gouvernement du Canada.

Conseil du Trésor du Canada (2000). Consulté sur Internet en septembre 2009 : *Le Conseil du Trésor annonce l'entrée en vigueur d'une politique révisée relative aux subventions et contributions*. Gouvernement du Canada.

Teplin, L. A. (1984). « Criminalizing mental disorder: The comparative arrest rate of the mentally ill », *American Psychologist*, vol. 39, p. 794-803.

U.S Department of Health and Human Services (1999). *Mental Health: A report of the surgeon general*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Centre for Mental Health Services, National Institutes of Mental Health. Gouvernement des États-Unis.

Walsh, J. et J. Bricourt (1997). « Services for persons with mental illness in jail: Implications for family involvement », *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, vol. 78, n° 4, p. 420-428.

Wilson, A. B. et J. Draine (2006). « Collaborations between criminal justice and mental health systems for prisoner reentry », *Psychiatric Services*, vol. 57, n° 6, p. 875-878.

Organisation mondiale de la Santé (2003). *Investir dans la santé mentale*. L'auteur.