



**UN BILAN DE SANTÉ POUR LES  
PERSONNES INCARCÉRÉES**

15 novembre 2012

# 1. INTRODUCTION

Santé Canada (2002) : 20% des adultes souffrent d'un trouble mental (dépression majeure, troubles anxieux, dysthymie).

Blaauw et coll. (2000) : 63% des incarcérés souffrent d'un trouble mental (troubles de la personnalité, consommation de substances et troubles anxieux).

Troubles mentaux graves et persistants : 4% troubles psychotiques, 15% troubles dépressifs majeurs et 2% troubles bipolaires dans établissements canadiens.

Chez les + de 50 ans, la prévalence augmente.

# 1. INTRODUCTION

Suivant les échantillons examinés, on estime que:

la proportion de personnes porteuses du VIH est 20 fois supérieure en détention que dans la population générale;

environ 40% des femmes et plus de 30% des hommes détenus seraient porteurs de l'hépatite C;

la tuberculose serait de l'ordre de 20% (Robert, en ligne)

la prison peut représenter l'occasion de prendre soin de problèmes de santé longtemps négligés

# 1. INTRODUCTION

Prise en charge ardue compte tenu des autres problèmes sociaux ou médicaux (ex.: analphabétisme, toxicomanies, maladies physiques)

Le système correctionnel n'a pas été conçu pour répondre aux besoins de ces personnes.

*«Psychiatric crisis centers of last resort» (Osher, 2003).*

*Ex. : «No doctor in charge of inpatients had completed specialist psychiatric training. 24% of nursing staff had mental health training. The average length of an episode of seclusion was 50 hours. The quality of services for mentally ill prisoners fell far below the standards.»*

# 1. INTRODUCTION

*Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010*: fait pourtant une place à la situation des jeunes sous la responsabilité des Centres jeunesse.

Mais n'aborde que très peu le cas des personnes contrevenantes.

Page 45 : «les soins destinés aux personnes présentant le plus de risques de rupture avec la société (violence, criminalité)» sont des services spécialisés de deuxième ligne.

Page 47: en matière de psychiatrie légale et de troubles de la conduite sexuelle, l'Institut Philippe-Pinel joue un rôle de troisième ligne.

# 1. INTRODUCTION

Une présentation en quatre temps :

1. Retour sur l'enquête que le Protecteur du citoyen a confiée au CICC (Lafortune et Vacheret, 2008).

2. Aperçu d'analyses secondaires plus récentes.

3. Les retombées d'un plaidoyer?

4. Nouveau projet, la formulation clinique des cas complexes.

## 2. D'ABORD, UNE ENQUÊTE (2006-2008)

Plusieurs plaintes et rapports (ex.: 1985) déplorant un manque généralisé de ressources spécialisées.

Au Qc, les établissements provinciaux peuvent héberger de 24 à plus de 1 100 personnes (surpopulation).

Manque de programmation spécifique.

N= 671 incarcérés le 15 déc 2006; 500 ♂ et 171 ♀;

40% détenus et 60% prévenus.

Données extraites du système informatique des services correctionnels du Québec et de de la RAMQ (2002-2007).

## 2. D'ABORD, UNE ENQUÊTE (2006-2008)

Tous les établissements disposent d'un service de soins de santé aux personnes incarcérées (pas toujours 24 /7).

Tous n'ont pas nécessairement d'infirmier pour y héberger des personnes (déterminé localement).

*«On essaie bien, à la première sentence, de les mettre avec des personnes contrevenantes qui fonctionnent assez bien, pas trop criminalisés»*

Des services de santé en vertu de contrats établis avec des CSSS, centres hospitaliers ou fournisseurs privés.

Parfois, les services infirmiers sont dispensés directement par des employés du MSP : ASS.



## 2. D'ABORD, UNE ENQUÊTE (2006-2008)

1. Dépistage: À défaut d'informations consignées au dossier ou transmises par la personne, c'est l'observation qui peut permettre au personnel de dépister.

Entre les établissements pour H et F, des différences de culture carcérale semblent influencer les possibilités de dépistage.

Plusieurs infirmiers jugent qu'ils ont un rôle important: évaluations préliminaires, tri et demandes au médecin généraliste.

*“Là, on ne sait pas où le classer cet individu-là”; «t’sais, ils ont tendance à s’effacer»*

## 2. D'ABORD, UNE ENQUÊTE (2006-2008)

**2. Évaluation:** Dans la moitié des établissements, un/des médecins généralistes ne sont présents de 1 à 7h par semaine

Dans les sept autres, des généralistes sont présents sur place de 7h-35h par semaine.

Dans la moitié des établissements (hors des grands centres) : pas de psychiatre sur place.

Comparativement à Montréal, Québec, St-Jérôme et Sherbrooke, les régions éloignées des grands centres (Ex.: Côte Nord ou Gaspésie), sont - desservis sous l'angle des ententes et services spécialisés (ex.: PECH).

## 2. D'ABORD, UNE ENQUÊTE (2006-2008)

### 3. Plans d'intervention: centrés sur un minimum d'autonomie et d'hygiène

*«quand ils ressortent, s'ils ont appris à avoir un horaire, s'ils ont appris à prendre leur médication, s'ils ont appris à faire une brassée de lavage, alors...»*

*«je peux même jouer aux cartes avec eux autres»*

*«tu leur donnes du café, puis des cigarettes»*

### 4. Sanctions: la personne est-elle «apte à être punie»?

*«tout ce que ça fait c'est de les désorganiser»*

## 2. D'ABORD, UNE ENQUÊTE (2006-2008)

### 5. Transferts et soins de santé :

*«Le personnel de santé doit prendre les mesures nécessaires afin d'éviter l'interruption dans la prise de médicaments lors d'un départ de l'établissement (transfert, libération, absence temporaire).*

*Il s'assure que les personnes incarcérées atteintes du sida, celles sous médication psychiatrique et celles sous traitement avec méthadone aient à leur disposition les médicaments dûment prescrits pour 48 heures» (Instruction provinciale)*

Un membre de l'infirmierie fait suivre quelques informations à l'autre établissement, mais il se préoccupe surtout de la médication psychotrope.

## 2. D'ABORD, UNE ENQUÊTE (2006-2008)

### 6. Bris de confiance

*«Il y a des gars qui jouent au – psychiatrique -»*

*«c'est vraiment ça là, ils veulent des pilules pour dormir».*

*«Il faut juste, nous, porter vraiment une attention particulière à tout ce qui s'appelle « trafic de médicaments »*

*«On essaie de ne pas les mettre avec les trafiquants»*

### 3. ÉTAT DE SANTÉ (2007)

Échantillon: Sentence + courte : 14 jours, la médiane : 10 mois.

Délits + fréquents : infractions contre la propriété, infractions contre la personne et infractions en matière de stupéfiants.

Des analyses secondaires en cours incluent toutes les consultations médicales RAMQ 2002-2007 (N = 35 325).

NB médian de consultations médicales en cinq ans : 30.

Vues par des omnipraticiens (56%) et psychiatres (17%)

### 3. ÉTAT DE SANTÉ (2007)

Taux allant de 0,00003% à 5,3% pour 1270 dx différents.

7 des 10 dx les plus fréquents se rapportent aux toxicomanies (*pharmacodépendance* [2], *dépendance alcoolique* [10]), tr de personnalité [5] et tr mentaux (dépressifs [1], anxieux [3], névrotiques [4]).

Trois troubles somatiques + fréquents: douleurs abdominales [6], diabète sucré [7], inflammations et abcès [8].

État de santé au Québec (2010) : **allergies non alimentaires**, maux de dos, tr. dépressifs, **hypertension cholestérol +**, **arthrite**, **migraines**, asthme, diabète sucré.

### 3. ÉTAT DE SANTÉ (2007)

#### Troubles somatiques (1 à 2% des consultations)

1. Douleurs abdominales (1. par psychiatres: comas)
2. Diabète sucré sans mention de complications
3. Inflammations (phlegmons) et abcès (ex. : amygdales)
4. Plaies multiples à localisations diverses
5. Maladies des insertions tendineuses (tendinites, bursites)
6. Toxi-infections alimentaires (ex. : salmonellose)
7. Traumatismes
8. Asthme - sans complication
24. Sida/ HIV
122. Hépatites virales



### 3. ÉTAT DE SANTÉ (2007)

61% des incarcérés ont au moins un dx de tr. mental (prévalence cinq ans); 30% de tr. mental grave; 6% schizophrénie.

En moyenne, ils ont reçu 2 ou 3 diagnostics différents.

*Ex.: «trouble de la personnalité et psychose non organique».*

Dernière incarcération, chez les ♂, + d'actes associés au diagnostic de troubles psychotiques organiques.

Chez les ♀, + actes associés au diagnostic de psychoses affectives.

## 4. CONTENU DE LA PHARMACIE (2007)

Analyses secondaires en cours incluant toutes prescriptions (N = 71 098 somatiques et psychotropes).

Taux allant de 0,000014% à 12,1% pour 396 médicaments différents.

Quelques cas aberrants (femmes dans la 40aine) cumulent 5 981 (3 /jour) ou même 10 908 prescriptions (6 /jour).

Médiane = 5 (soit 1 prescription par année).

Les ♀ en reçoivent plus.

## 4. CONTENU DE LA PHARMACIE

Parmi les douze médicaments les plus prescrits, dix sont des psychotropes.

La méthadone est la molécule la plus courante (12,1%), même après le retrait des sujets aberrants.

Ensuite, les benzodiazépines [2, 5], antipsychotiques [3, 7 et 11], antidépresseurs [4, 8, 9 et 12], le Tylenol [6] et un bronchodilatateur [10].

Plusieurs patients cumulent les prescriptions:

«antipsychotique + benzodiazépine»

«benzodiazépine + benzodiazépine»

«benzodiazépine + bronchodilatateur».

# 4. CONTENU DE LA PHARMACIE

En excluant les psychotropes

1. Lamivudine (VIH et hépatite)
2. Acétaminophène
3. Pantoprazole sodique (anti ulcéreux - estomac)
4. Éfavirenz (antirétroviral VIH)
5. Acétylsalicylique (acide)
6. Warfarine sodique (anticoagulants; circulation sanguine)
7. Didanosine (antirétroviral VIH)
8. Nelfinavir (antirétroviral VIH)
9. Salbutamol (asthme)
10. Sennosides a & b (laxatifs)

## 4. CONTENU DE LA PHARMACIE

Distribution très atypique.

Au Canada (2010), en général : acétaminophène, antibiotiques, médicaments utilisés contre le cholestérol élevé, l'hypertension et le **désordre glande thyroïde**.



## 4. CONTENU DE LA PHARMACIE

La fusion des données DACOR et RAMQ permet de situer la date des prescriptions par rapport à la plus récente admission SCQ.

Durant la plus récente incarcération : 18% des personnes ont au moins un médicament psychotrope.

Depuis l'entrée en prison : la proportion d'anxiolytiques diminuée de 15%.

Tandis que celle d'antipsychotiques augmente de 32%.

## 5. JACQUES, CÉLIBATAIRE DE 35 ANS

Trouble sévère de la personnalité + dépendance à l'alcool.

Lorsque anxieux ou sous l'effet de l'alcool, peut avoir des idées délirantes paranoïdes.

Déjà été détenu au provincial à deux reprises.

Mesures de probation échouées.

Réclame des anxiolytiques pour se calmer et dormir.

Réincarcéré : voies de faits et d'introduction par infraction.

## 5. JACQUES, CÉLIBATAIRE DE 35 ANS

Côtoie des individus moins vulnérables : difficultés à s'adapter au milieu carcéral, angoissé et paranoïde.

Transféré au bout de 20 jours (doit changer de médecin)

Le psychiatre interrompt anxiolytiques et introduit antipsychotique

Quelques codétenus + vieux présentent des psychoses schizophréniques et troubles organiques.

De nouveau transféré (surpopulation).

Aucun traitement sur place pour consommation alcool.



## 6. POUR DES SERVICES MIEUX ADAPTÉS

Inventaire des services offerts révèle une pratique de débrouillardise (8/16 disposent d'une infirmerie; ententes avec les CH et organismes communautaires à Montréal, Québec, St-Jérôme et Sherbrooke).

Entretiens semi-dirigés avec 46 intervenants, provenant de 7 établissements et 8 organismes partenaires.

Médecins, infirmiers, agents des services correctionnels professionnels en milieu correctionnel et gestionnaires.

Les propos et recommandations peuvent être regroupés autour de quatre axes.

## 6. POUR DES SERVICES MIEUX ADAPTÉS

### 1. Dépistage lors de l'admission.

Un instrument bref; explicite, sensible et spécifique.  
Devrait être le même dans tous les établissements

### 2. Accès rapide à des soins et interventions spécifiques («*in reach*»).

Évaluations plus approfondies, assumées par des professionnels,

Interventions ciblant les symptômes, l'autonomie, les traits de personnalité antisociaux, la toxicomanie, la gestion de la colère et les actes autodestructeurs.

## 6. POUR DES SERVICES MIEUX ADAPTÉS

### 3. Continuité «intra/ extra-muros» des soins et interventions.

Ex.: accès à des soins hospitaliers lors de crises aiguës

Ex.: Au moment de la remise en liberté, des services sociaux et sanitaires accessibles

### 4. Suivi intensif en communauté (« *out-reach* »)

« Aller vers » les personnes libérées

Centré sur l'hébergement, le revenu, la toxicomanie et l'observance de la prescription de médicaments psychotropes.

## 7. LA FORMULATION DE CAS COMPLEXES

La «formulation de cas» relie l'évaluation initiale à la planification des soins. Il faut distinguer:

- a) les symptômes, problèmes ou risques,
- b) les facteurs contributifs qui sont jugés statiques/dynamiques,
- c) les facteurs prédisposants, précipitants, perpétuants et protecteurs,
- d) les relations unidirectionnelles ou bidirectionnelles/circulaires entre ces facteurs.

## 7. LA FORMULATION DE CAS COMPLEXES

Modélisation combinant observations empiriques et deux paradigmes dominants).

Andrews et Bonta (1996): **la réhabilitation** désigne un ensemble d'interventions psychosociales conçues pour réduire les risques de récidive.

Anthony (1993), **le rétablissement** est un processus personnel et singulier de changement qui permet vivre de façon satisfaisante, avec espoir, malgré la maladie.

Vise : la diminution de symptômes, l'amélioration du fonctionnement global, l'espoir et l'appropriation du pouvoir.

## 7. LA FORMULATION DE CAS COMPLEXES

Ex: ↓ de la consommation et de l'apragmatisme,  
↑ autonomie fonctionnelle et revenu décent.

Le MSSS s'y réfère grandement dans *La force des liens* (MSSS 2005-2010).

La Commission de la santé mentale du Canada aussi.

Comment intégrer gestion du risque et rétablissement dans la planification du traitement?

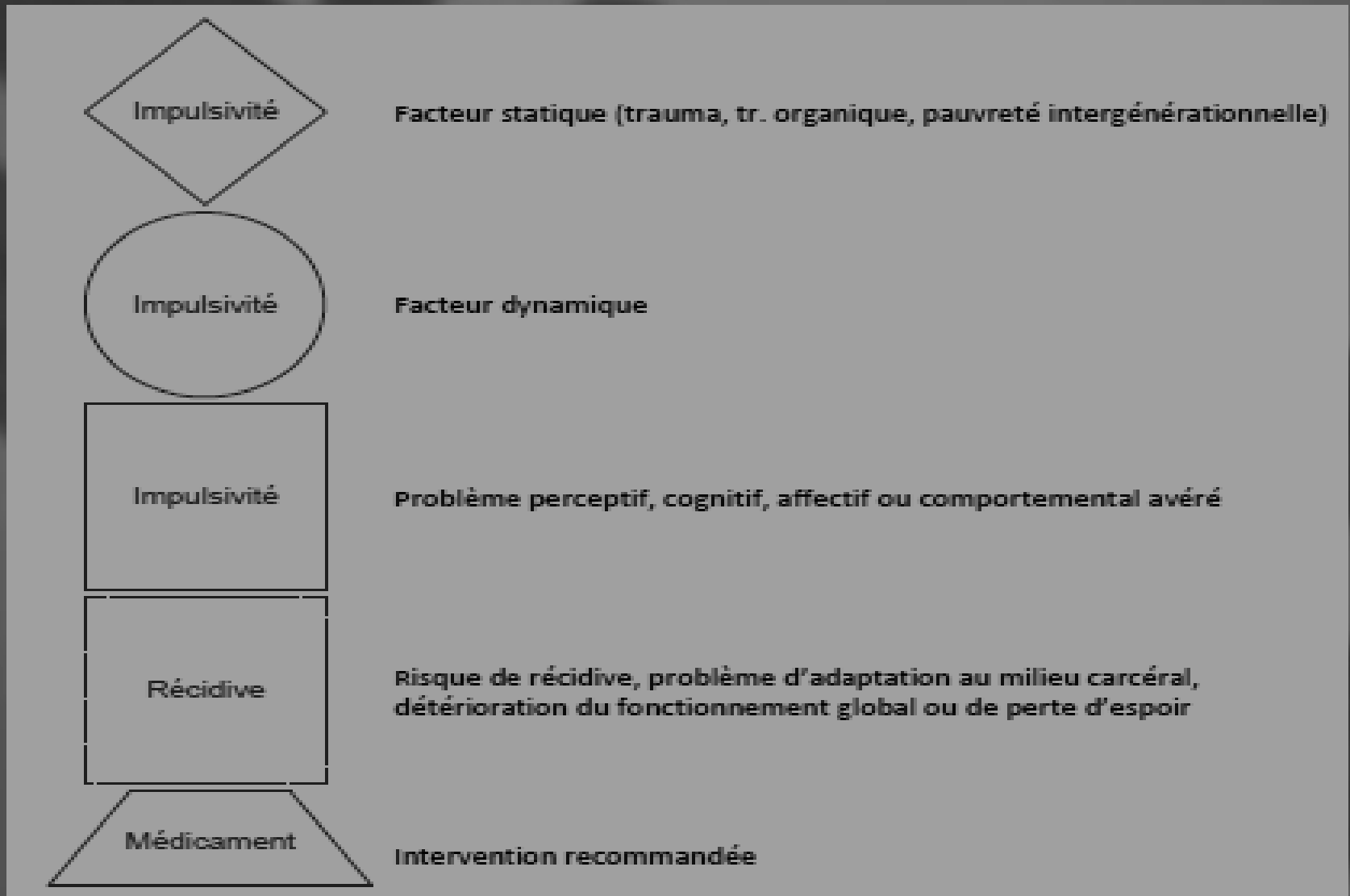
## 7. LA FORMULATION DE CAS COMPLEXES

Desmarais (en cours) : entretiens semi-structurés, rapports d'évaluation, plans de cheminement clinique et bilans d'évolution disponibles au Service Correctionnel du Canada.

30 infirmiers, 6 psychologues dont un neuropsychologue, 10 agents de réadaptation (psychoéducateurs), 5 agents de libération conditionnelle (la plupart criminologues), 6 chefs adjoints des services de santé mentale (infirmier de profession) et 4 coordonnateurs d'unité.

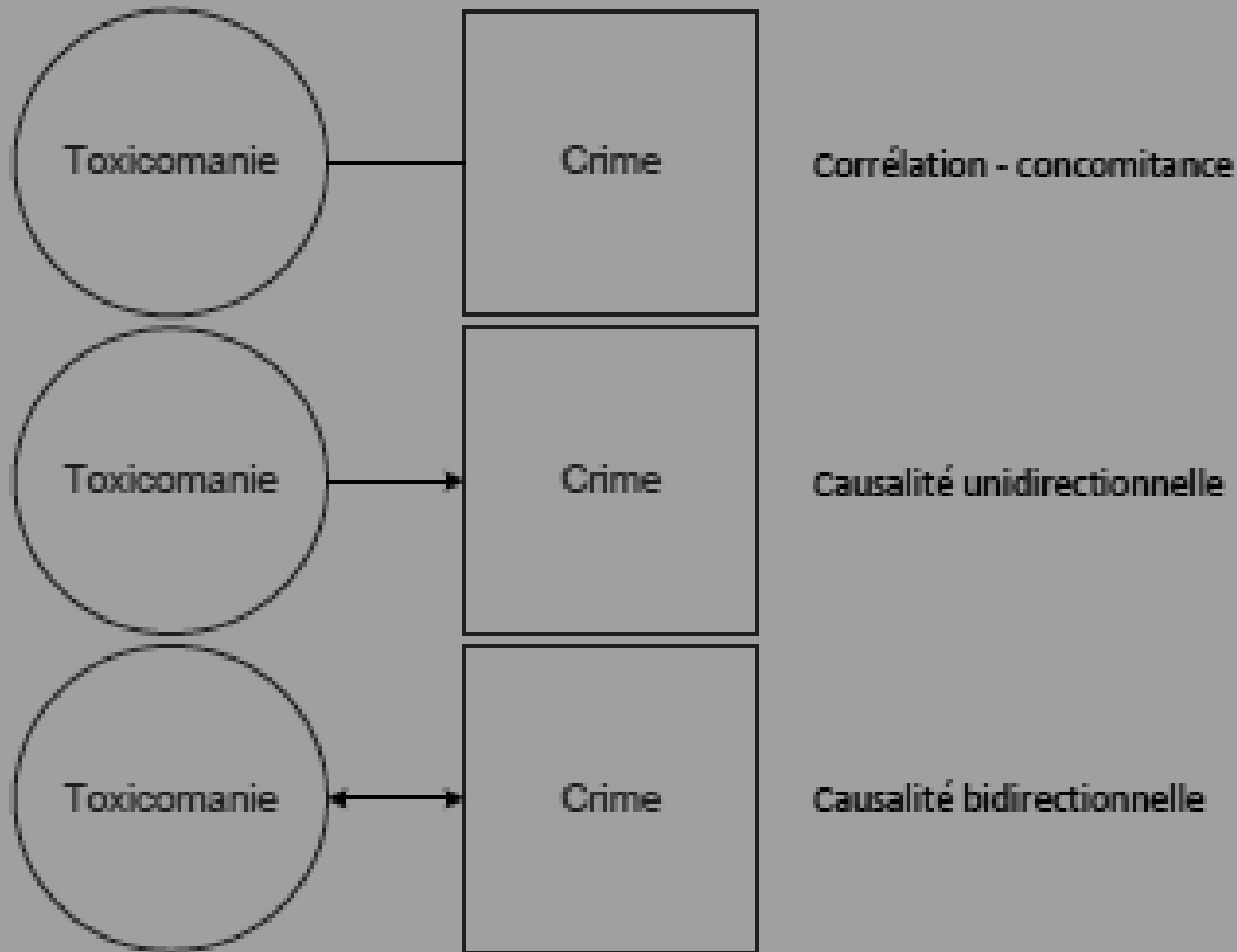
N'est plus une pratique de débrouillardise!

# 7. LA FORMULATION DE CAS COMPLEXES

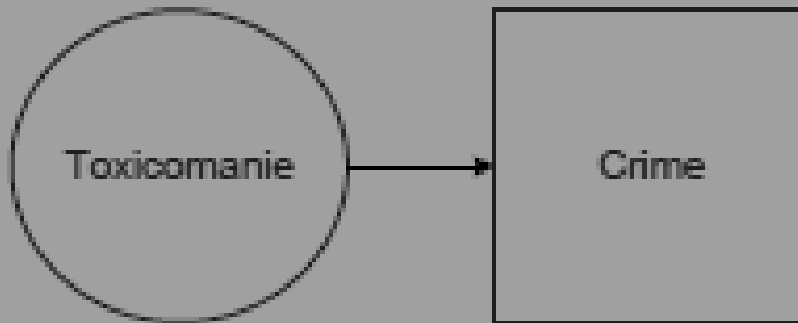




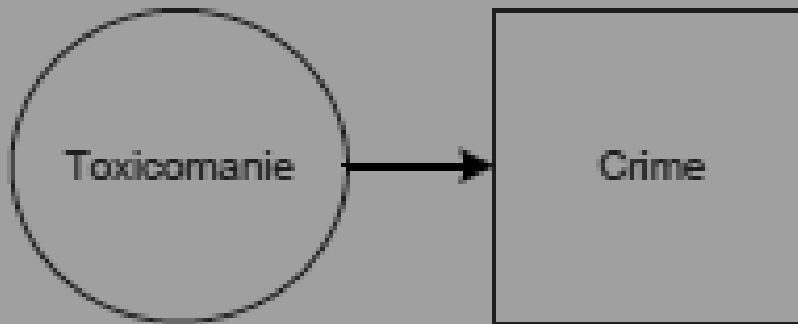
# 7. LA FORMULATION DE CAS COMPLEXES



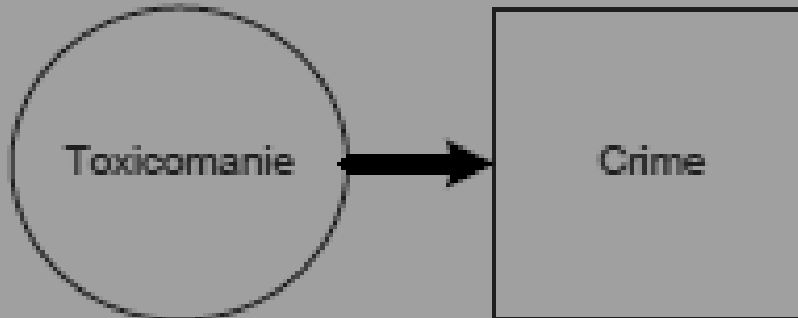
# 9. LA FORMULATION DE CAS COMPLEXES



Relation faible



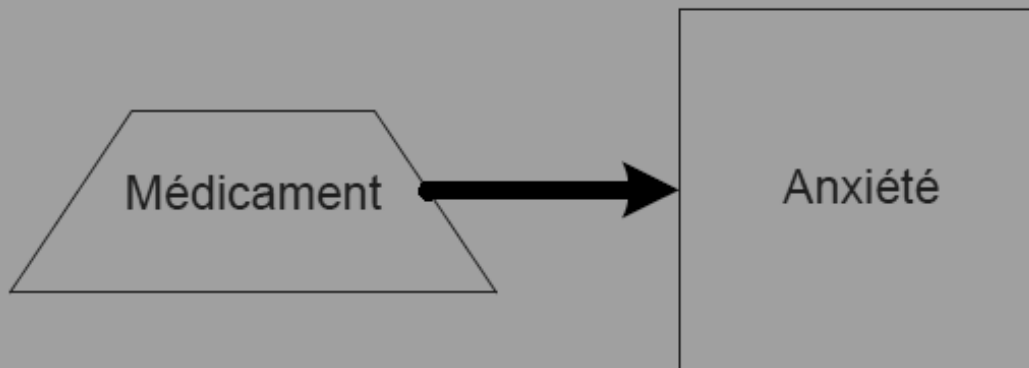
Relation de force moyenne



Relation forte

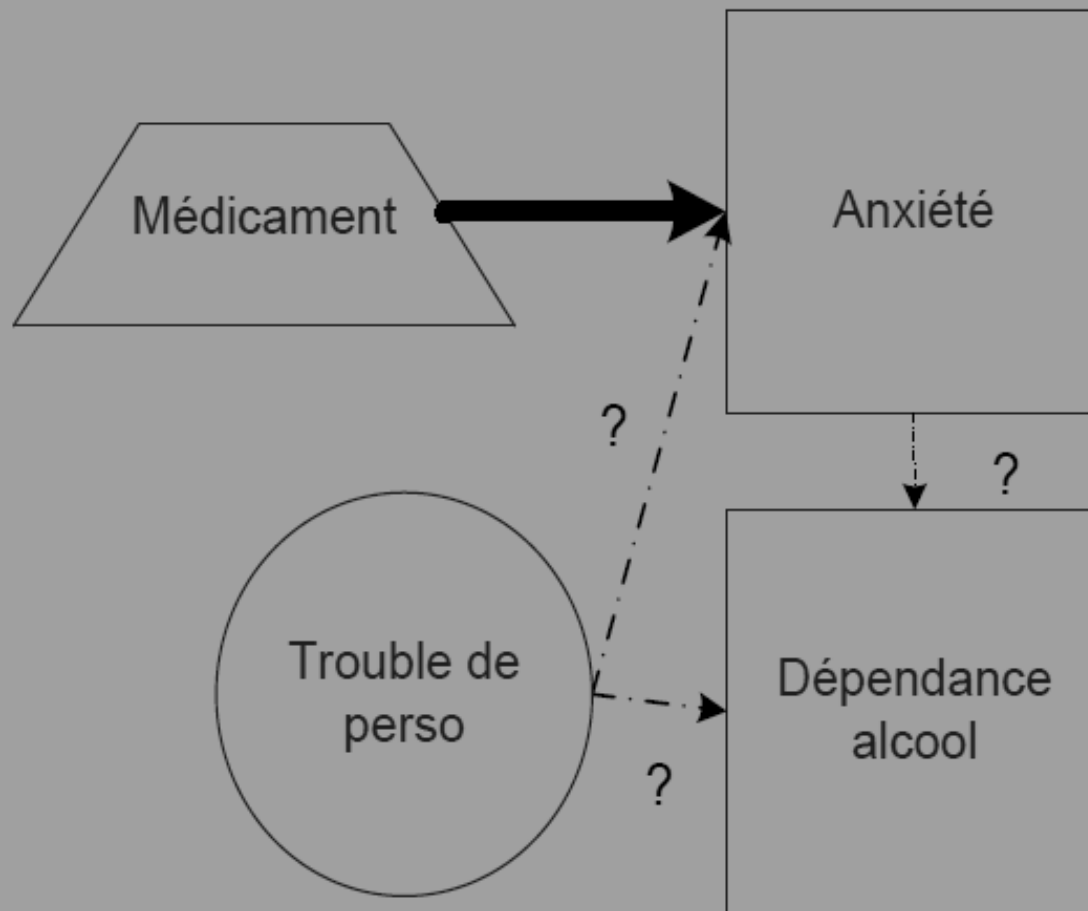
# 7. LA FORMULATION DE CAS COMPLEXES

Jacques est anxieux, il faut lui prescrire des anxiolytiques



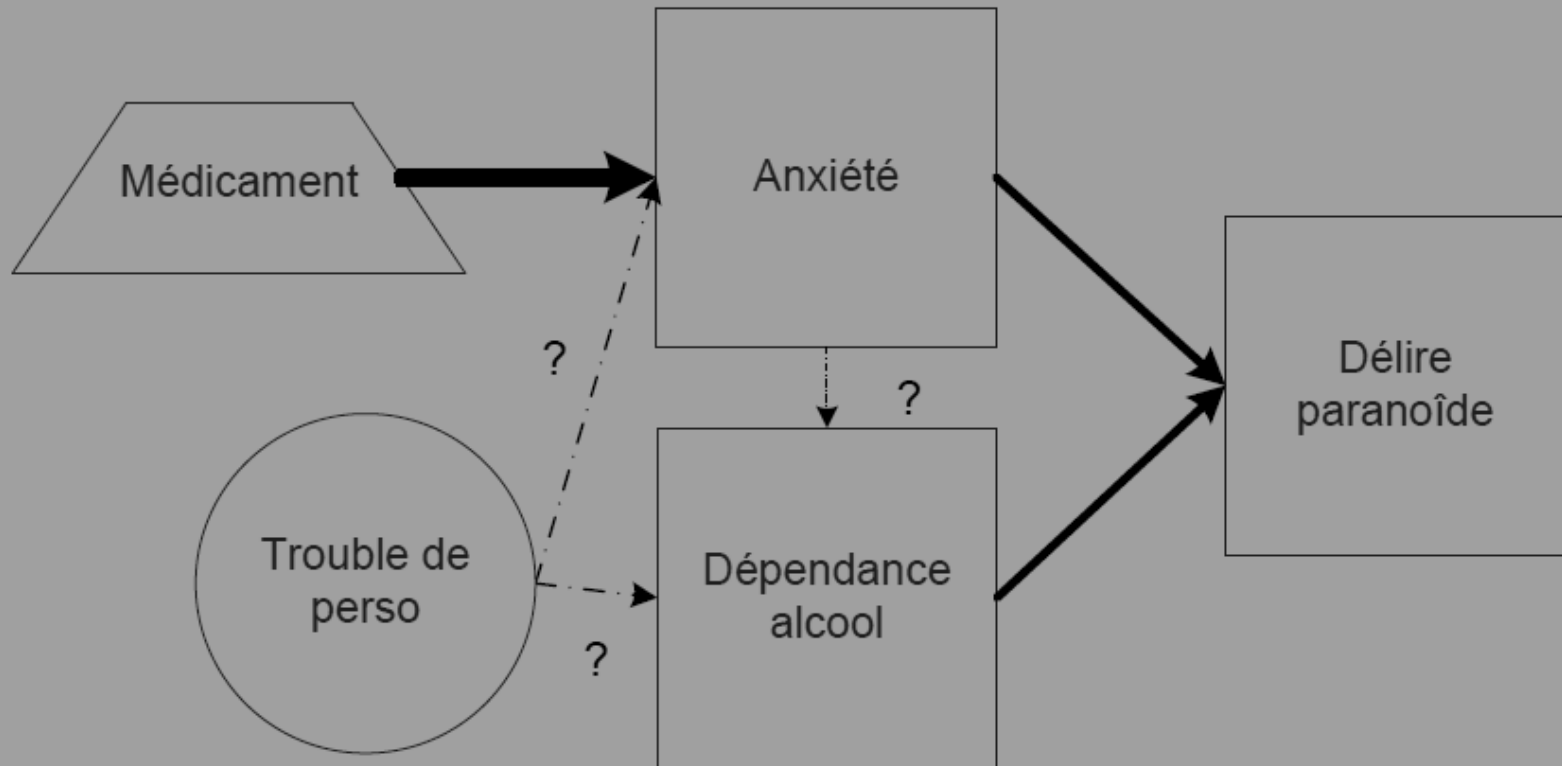
# 7. LA FORMULATION DE CAS COMPLEXES

Jacques présente un trouble sévère de la personnalité et une grande dépendance à l'alcool



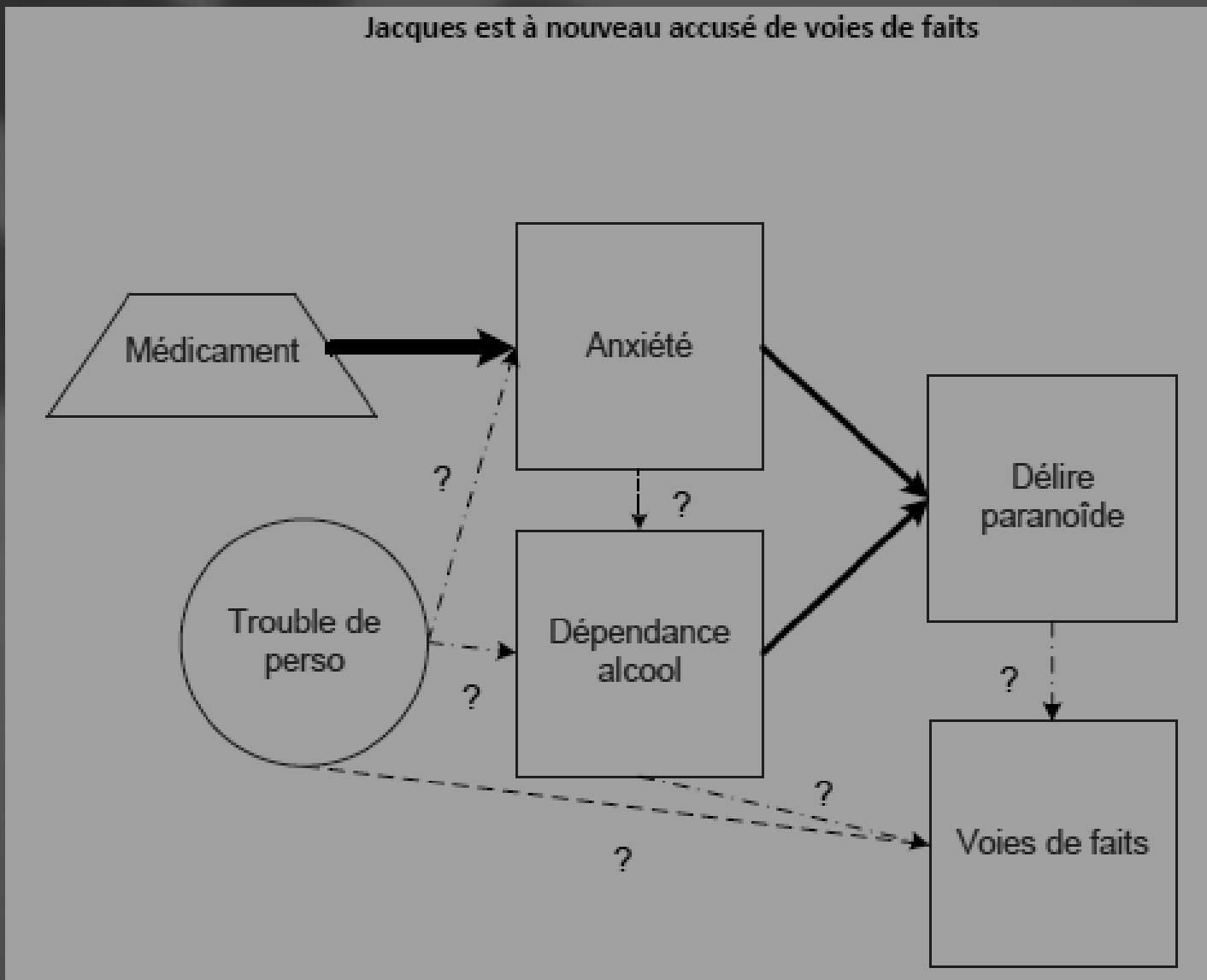
# 7. LA FORMULATION DE CAS COMPLEXES

S'il est très anxieux ou sous l'effet de l'alcool, Jacques peut avoir un délire paranoïde

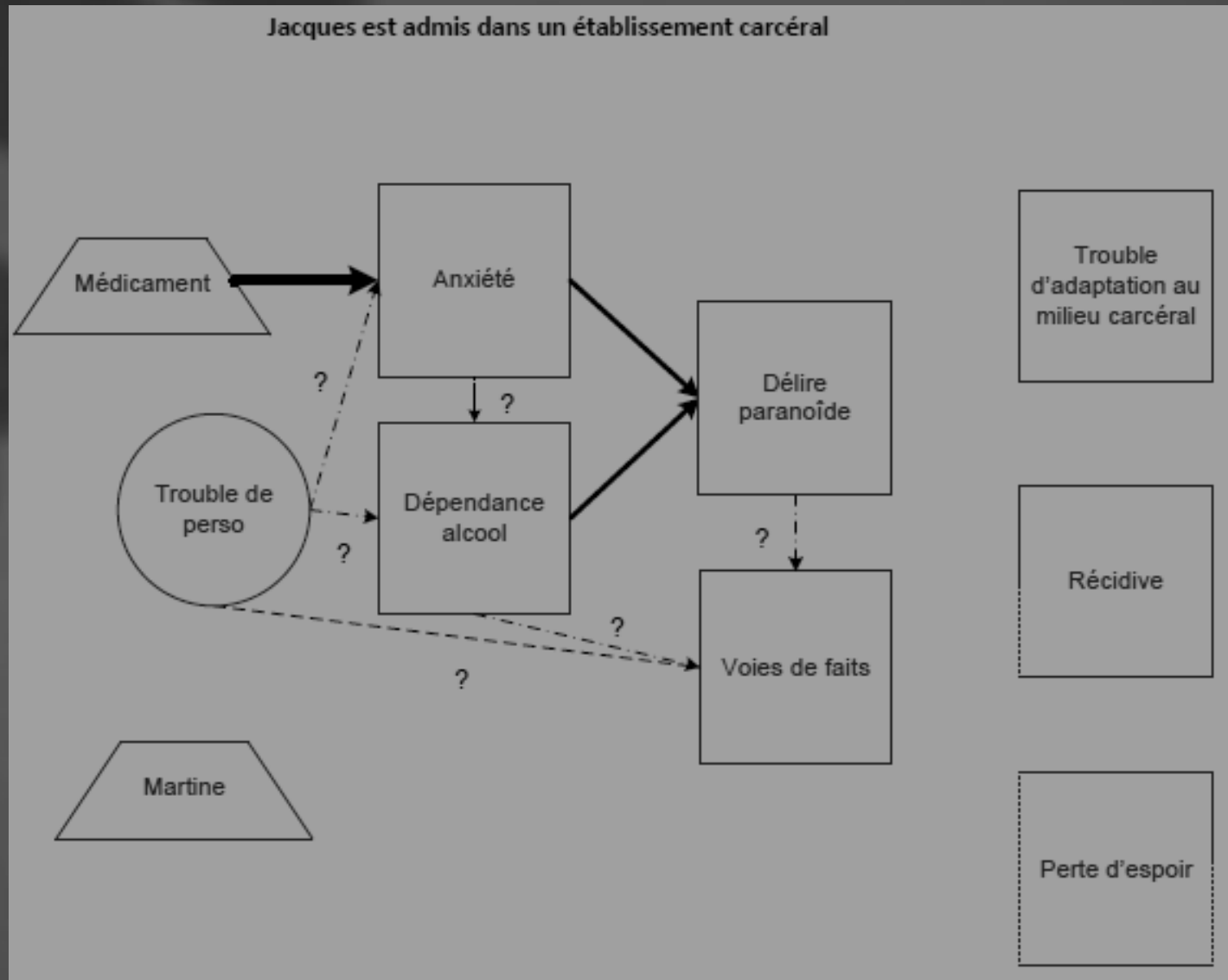


# 7. LA FORMULATION DE CAS COMPLEXES

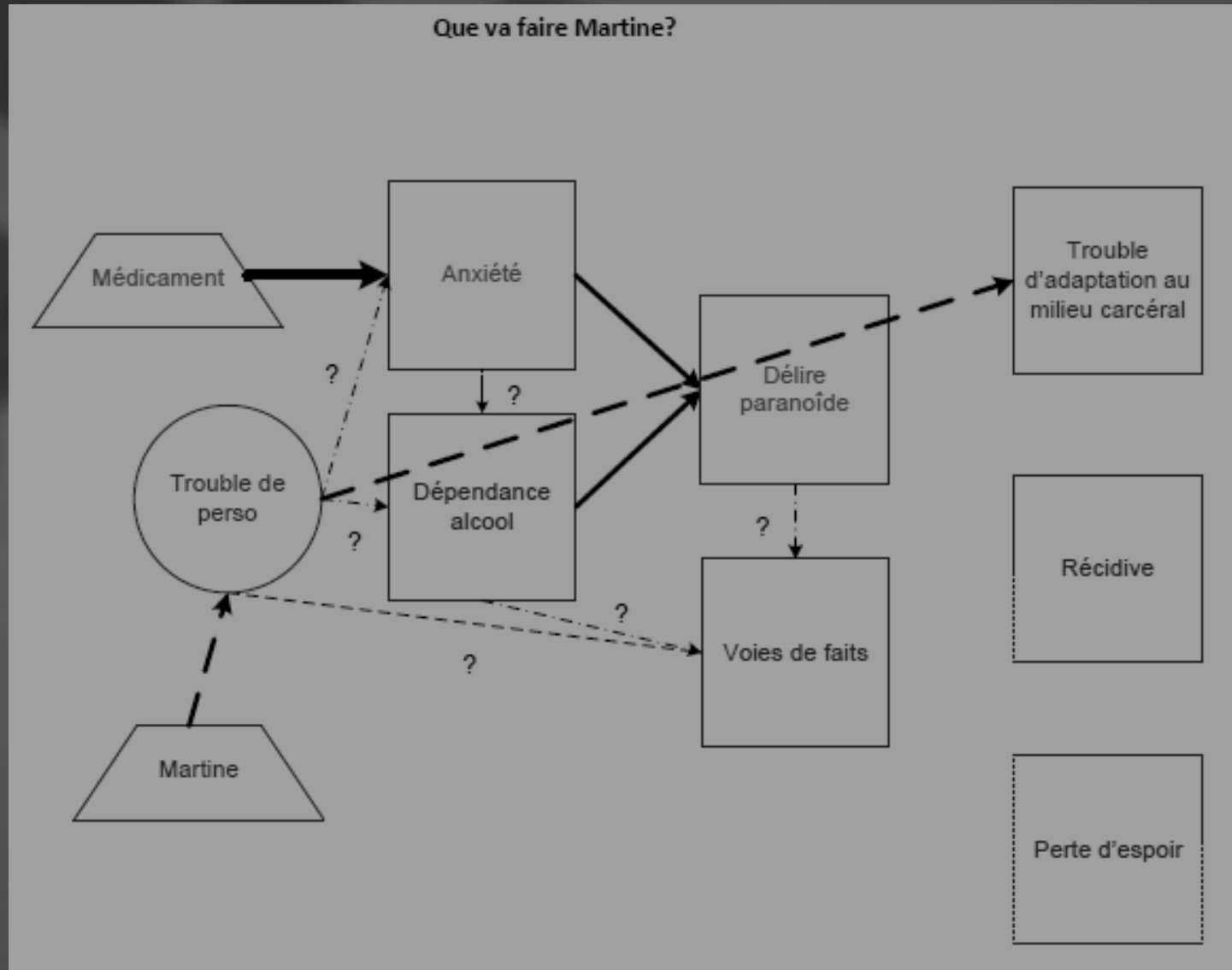
Jacques est à nouveau accusé de voies de faits



# 7. LA FORMULATION DE CAS COMPLEXES



# 7. LA FORMULATION DE CAS COMPLEXES





## 7. LA FORMULATION DE CAS COMPLEXES

Jusqu'ici on trouve: la formulation est très liée au champ de pratique.

Moins de 10% des rapports font état d'une analyse fine de la délinquance, qui reste attribuée à la zone «orientation personnelle et affective».

L'analyse relie plutôt les symptômes et le fonctionnement global au diagnostic d'axe I et le plan d'intervention consiste souvent à entamer une éducation aux symptômes et aux effets + des Rx.

*«En général, s'ils prennent bien leur médication, leur «côté malade» est atténué».*

## 7. LA FORMULATION DE CAS COMPLEXES

Hors Rx, la tendance observée est de décrire les facteurs dynamiques / ou contextes qui précèdent les comportements problématiques en établissement (plus directement observables?)

*«Il risque de réagir violemment s'il se sent menacé, car il appréhende d'être agressé sexuellement par des détenus.»*

Le plan d'intervention consiste alors à modifier les contextes (ex.: codétenus) et proposer des comportements alternatifs (ex : l'équipe va temporairement tolérer l'isolement).

# CONCLUSION

«Urgence d'agir» selon un rapport des SCQ (1985) portant sur les services de soins en santé mentale (!)

Au plan macroscopique, plaider pour des installations et des services ne donne des résultats qu'à long terme.

Au plan de la formation continue, outre le transfert des connaissances et les données probantes: la formulation de cas.

Peu importe les ressources disponibles, avant de résoudre un problème, il faut le formuler avec pertinence.