

**MALADIE MENTALE, ITINÉRANCE
ET SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE AU CANADA**

Timothy Riordan
Division des affaires politiques et sociales

Le 23 avril 2004

Le Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, il assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les analystes peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

**THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH**

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	1
LA MALADIE MENTALE ET SA PRÉVALENCE DANS L'ENSEMBLE DE LA POPULATION	1
PRÉVALENCE DE LA MALADIE MENTALE CHEZ LES DÉTENUS SOUS RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE	2
A. Sondage sur la maladie mentale	2
B. Évaluation des besoins de services de santé des détenus sous responsabilité fédérale	3
1. Maladie mentale à l'incarcération	3
2. Taux de suicide.....	4
PRÉVALENCE DE LA MALADIE MENTALE CHEZ LES SANS-ABRI	5
A. Mesure de l'itinérance et des caractéristiques personnelles des sans-abri.....	5
B. Le projet Pathways	5
MALADIE MENTALE, ITINÉRANCE ET SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE.....	7
A. Défis pour le système de santé : désinstitutionnalisation et financement de la santé communautaire.....	7
B. Défis pour le système judiciaire : police, tribunaux et prisons.....	8
CONCLUSION.....	11



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

MALADIE MENTALE, ITINÉRANCE ET SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE AU CANADA

INTRODUCTION

Il n'est pas rare que les études examinent la maladie mentale *ou* l'itinérance *ou* le système de justice pénale. Cependant, on a porté moins d'attention à la relation entre ces phénomènes. Au moyen d'un survol de la recherche actuelle au Canada, le présent document tente de faire ressortir la manière dont chacun de ces éléments est lié aux autres.

LA MALADIE MENTALE ET SA PRÉVALENCE DANS L'ENSEMBLE DE LA POPULATION

La maladie mentale et le trouble mental sont difficiles à définir. L'Association des psychiatres du Canada décrit la maladie mentale comme des modes significatifs, sur le plan clinique, d'adaptation comportementale ou affective associés à un certain niveau de détresse, de souffrance ou de déficience dans un ou plusieurs domaines (école, travail, interaction sociale et familiale)⁽¹⁾.

Ainsi définies, ces notions sont difficiles à mesurer. C'est ce que Santé Canada fait ressortir dans son *Rapport sur les maladies mentales au Canada*⁽²⁾. En 2002, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a permis de constater que 2,6 millions de Canadiens (environ un sur dix) signalaient des symptômes de maladie mentale⁽³⁾.

-
- (1) Association des psychiatres du Canada, *Youth and Mental Illness* (<http://www.cpa-apc.org/MIAW/pamphlets/Youth.asp>, consulté le 5 avril 2004).
 - (2) Santé Canada, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Ottawa, 2002, p. 17 (http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/miic-mmacc/index_f.html, consulté le 5 avril 2004).
 - (3) Statistique Canada, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être », *Le Quotidien*, le 3 septembre 2003 (<http://www.statcan.ca/Daily/Francais/030903/q030903a.htm>, consulté le 5 avril 2004).

PRÉVALENCE DE LA MALADIE MENTALE CHEZ LES DÉTENUS SOUS RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE

A. Sondage sur la maladie mentale

En 1988, le Service correctionnel du Canada (SCC) a réalisé une étude sur la santé mentale chez les détenus des établissements pénitentiaires fédéraux de tout le Canada. Cette étude visait à mesurer la nature, la prévalence et la gravité de la maladie mentale, et elle a entraîné certaines modifications des pratiques de recherche au sein du SCC⁽⁴⁾. Plus précisément, le SCC a modifié le processus d'évaluation initiale des délinquants pour suivre l'évolution des taux de prévalence de la maladie mentale au fil du temps.

En 2002, le SCC a publié les résultats de son suivi sur quatre ans de l'évolution des taux de prévalence de la maladie mentale parmi les détenus sous responsabilité fédérale. Entre 1997 et 2001, le nombre de nouvelles incarcérations en établissement fédéral a diminué de 4,3 p. 100⁽⁵⁾. Toutefois, la proportion globale de détenus aux prises avec une maladie mentale au moment de leur incarcération a augmenté rapidement.

En 1997, près de 8 p. 100 des détenus ont fait l'objet d'un diagnostic de maladie mentale au moment de leur incarcération. En 2001, cette proportion avait atteint 10 p. 100, soit une augmentation de 24 p. 100. Durant cette période, le nombre total de détenus qui prenaient des médicaments d'ordonnance pour maladie mentale au moment de leur incarcération a augmenté de 50 p. 100, passant de près de 11 à 16 p. 100.

En 1997, seulement 2 p. 100 des détenus ont été hospitalisés pour maladie mentale au moment de leur incarcération. En 2001, cette proportion était passée à 2,3 p. 100, soit 15 p. 100 de plus. Durant cette période, le nombre total de détenus qui recevaient des soins en clinique externe immédiatement avant leur arrivée a augmenté de 20 p. 100, passant de 5,5 à près de 7 p. 100.

D'autres résultats de l'étude du SCC, y compris des données sur l'état de santé mentale des délinquants avant le début de leur peine d'incarcération la plus récente, figurent dans le tableau suivant :

(4) Roger Boe et Ben Vuong, « Les tendances en matière de santé mentale parmi les détenus sous responsabilité fédérale », *FORUM, Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 14, n° 2, mai 2002, p. 1.

(5) *Ibid.*

Tableau 1

Pourcentage de la population carcérale diagnostiquée pour maladie mentale au moment de l'incarcération⁽⁶⁾					
Année	1997	1998	1999	2000	2001
Diagnostic actuel	7,8	8,3	8,9	9,3	9,7
Diagnostic antérieur	11,4	12,3	13,1	14,0	14,7
Médicament d'ordonnance, actuellement	10,7	11,7	13,3	14,4	16,1
Médicament d'ordonnance, antérieurement	23,3	25,0	27,3	29,6	31,7
Hospitalisé, actuellement	2,0	2,3	2,4	2,4	2,3
Hospitalisé, antérieurement	17,4	17,9	18,4	19,1	19,8
Clinique externe, actuellement	5,5	5,4	5,9	6,2	6,6
Clinique externe, antérieurement	17,6	18,0	18,5	21,2	21,9

B. Évaluation des besoins de services de santé des détenus sous responsabilité fédérale

Les résultats de l'Enquête sur la santé mentale tiennent compte de l'évolution dans le temps des taux de prévalence de la maladie mentale parmi les détenus dans des établissements correctionnels fédéraux, ce qui n'est pas le cas dans bon nombre d'études canadiennes. Ils présentent toutefois d'autres limites. Il existe heureusement des données plus complètes dans des sources plus récentes, dont l'étude « Health Care Needs Assessment of Federal Inmates in Canada », de Brent Moloughney⁽⁷⁾. Toutefois, la comparaison des résultats des études exige une certaine dose de circonspection, puisque des notions clés peuvent être définies, mesurées et présentées différemment.

1. Maladie mentale à l'incarcération

Selon des études réalisées aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande, la prévalence de troubles mentaux est plus élevée chez les détenus que dans l'ensemble de la population. Les résultats de la récente étude de Moloughney menée auprès des délinquants incarcérés dans des établissements correctionnels fédéraux reflètent cette tendance. Le tableau ci-dessous indique la proportion des détenus de sexe masculin souffrant de problèmes de santé mentale au moment de l'incarcération.

(6) *Ibid.*, p. 3.

(7) Brent Moloughney, « A Health Care Needs Assessment of Federal Inmates in Canada », *Revue canadienne de la santé publique*, vol. 95, suppl. 1, mars-avril 2004.

Tableau 2

Pourcentage des détenus souffrant de troubles mentaux à l'incarcération, 2002⁽⁸⁾			
Âge	< 50 ans	50 à 64 ans	65 ans et +
Alcoolisme	46,4	25,7	21,6
Toxicomanie	54,4	16,2	5,3
Troubles mentaux apparents	2,6	3,2	3,2
Troubles émotionnels ou mentaux exigeant des soins immédiats	6,9	5,9	4,8
Troubles émotionnels ou mentaux signalés	14,6	13,7	12,0
Récente intervention ou hospitalisation pour troubles mentaux	14,2	11,1	10,5
Signes de dépression apparents	9,7	7,4	10,5
Tentative(s) de suicide antérieure(s)	14,5	9,3	9,5
Personnalité potentiellement suicidaire	5,0	3,6	3,2

Moloughney relève des différences importantes dans la population carcérale sous responsabilité fédérale⁽⁹⁾. Ainsi, il constate qu'une proportion beaucoup plus grande de femmes (31 p. 100) que d'hommes (15 p. 100) déclarent des troubles émotionnels et mentaux, ce qui concorde avec les données déjà disponibles. Il existait aussi des différences selon les groupes d'âge et les groupes ethniques : les taux d'abus d'alcool et de drogues étaient plus élevés chez les jeunes détenus que chez les détenus âgés, et les taux d'abus d'alcool étaient plus élevés chez les délinquants autochtones, hommes et femmes, que chez les délinquants non autochtones.

2. Taux de suicide

Le suicide est 3,7 fois plus présent parmi les délinquants qu'au sein de l'ensemble de la population⁽¹⁰⁾. Dans les établissements du SCC, il est la seconde cause décès, après les causes naturelles⁽¹¹⁾. Moloughney a constaté peu de différences entre les délinquants qui se suicident et l'ensemble des délinquants, mais que ceux qui se suicident sont souvent plus jeunes, non autochtones et célibataires, qu'ils purgent une peine d'emprisonnement à perpétuité ou d'une durée indéterminée et qu'ils sont détenus dans des unités à sécurité maximale. En outre, son analyse des suicides indique que 46 p. 100 des cas s'étaient déjà infligé des blessures, 61 p. 100

(8) *Ibid.*, p. S38.

(9) *Ibid.*, pp. S37, S39 et 40, et S43.

(10) *Ibid.*, p. S46.

(11) *Ibid.*

avaient déjà fait une tentative de suicide, et la plupart avaient fait l'objet de diagnostics psychiatriques ou présentaient des symptômes de maladies psychiatriques.

PRÉVALENCE DE LA MALADIE MENTALE CHEZ LES SANS-ABRI

A. Mesure de l'itinérance et des caractéristiques personnelles des sans-abri

La mesure de la prévalence de l'itinérance et des caractéristiques personnelles des sans-abri comporte des difficultés importantes⁽¹²⁾. Dans *Facteurs structurels et systémiques qui contribuent à l'itinérance au Canada*, Laura Buckland *et al.* indiquent qu'en raison de l'absence de données pertinentes, la plupart des chercheurs ont été peu enclins, ce qui est normal, à fournir des estimations du nombre total de Canadiens sans abri⁽¹³⁾.

Les auteurs de cette étude constatent que certains groupes de sans-abri, tels que ceux qui ne fréquentent pas les refuges ou qui vivent dans des abris vraiment temporaires, sont exclus des dénombrements traditionnels, qui portent le plus souvent sur les usagers des refuges. Il semble, en outre, que les études qui comportent un dénombrement des sans-abri dans les refuges, si elles sont mal conçues, risquent d'exagérer le rôle et l'incidence des caractéristiques personnelles, notamment les questions graves que sont les maladies mentales, l'alcoolisme et la toxicomanie, aux dépens de facteurs sociaux de plus grande portée tels que la grande pauvreté⁽¹⁴⁾.

B. Le projet Pathways

Ce projet a vu le jour afin d'aider à combler le vide de cette recherche. Des données ont été recueillies sur plus de 18 mois pour estimer le taux de maladies mentales chez les sans-abri⁽¹⁵⁾ à Toronto. Les auteurs, conscients des critiques formulées à l'égard des études

(12) Pour une présentation plus détaillée de ces défis, voir Patricia Begin *et al.*, *Les sans-abri*, PRB 99-1F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 8 janvier 1999, p. 11 à 18.

(13) Laura Buckland *et al.*, *Structural and Systemic Factors Contributing to Homelessness in Canada: An Analysis of Research Gaps and Proposed Research Directions*, Conseil canadien de développement social, Ottawa, le 23 mars 2001, p. 6.

(14) *Ibid.*, p. 5.

(15) Mental Health Policy Research Group, *Mental illness and pathways into homelessness: proceedings and recommendations*, Toronto, 1998 (http://www.camh.net/hsrcu/html_documents/pathways_proceedings.html, consulté le 7 avril 2004).

antérieures sur la clientèle des refuges, ont d'abord réalisé une étude préliminaire auprès des utilisateurs de l'hébergement de dépannage et des banques alimentaires. Ils ont conclu qu'il était légitime de faire porter l'étude sur les refuges et les centres pour sans-abri, après avoir constaté que 93 p. 100 des sans-abri en étaient des clients. Des précautions supplémentaires, comme la ventilation de la clientèle selon le taux d'utilisation des refuges et des entrevues avec les sans-abri qui évitent systématiquement les refuges visaient à rendre les résultats représentatifs de l'ensemble des sans-abri.

Les résultats ont été présentés en début de 1998. Les chercheurs ont mis l'accent sur la prévalence sur toute la vie, estimant cette mesure plus importante. Leurs principales conclusions sont les suivantes :

- Environ 66 p. 100 des sans-abri font l'objet d'un diagnostic de maladie mentale pour toute leur vie, soit deux à trois fois le taux de l'ensemble de la population.
- Environ 66 p. 100 des sans-abri font l'objet d'un diagnostic d'abus d'alcool ou de drogues pour toute leur vie, soit quatre à cinq fois le taux de l'ensemble de la population.
- Environ 86 p. 100 des sans-abri font l'objet d'un diagnostic de maladie mentale ou d'abus d'alcool ou de drogues pour toute leur vie, soit 2,7 fois le taux de l'ensemble de la population.
- Presque tous les sans-abri faisant l'objet d'un diagnostic de maladie mentale pour toute leur vie font aussi l'objet d'un diagnostic d'abus d'alcool ou de drogues.
- On n'a constaté aucune différence entre les personnes qui recourent aux refuges et celles qui les évitent en ce qui concerne le taux de maladie mentale.
- Contrairement à la perception populaire, seulement 5,7 p. 100 des sans-abri souffrent de troubles psychotiques (p. ex. schizophrénie).
- Parmi les sans-abri, 21,4 p. 100 ont invoqué la toxicomanie (17,7 p. 100) ou la maladie mentale (3,7 p. 100) comme motif de leur première itinérance.
- Durant l'année qui a précédé leur itinérance, 6 p. 100 des sans-abri ont séjourné dans un établissement psychiatrique, 20 p. 100 ont bénéficié de services de désintoxication, 25 p. 100 ont reçu des soins psychiatriques en clinique, et 30 p. 100 ont séjourné dans des postes de police ou des prisons.

Dans son étude sur les sans-abri et la santé, Stephen Hwang a déterminé qu'il existe des tendances stables de prévalence de maladie mentale et d'abus d'alcool ou de drogues

chez les sans-abri. En s'inspirant d'études réalisées au Canada et aux États-Unis, dont Pathways, il a insisté sur le taux élevé d'alcoolisme et de troubles concomitants (diagnostic double de maladie mentale et d'abus d'alcool ou de drogues). Ses données confirment le faible taux de psychoses chez les sans-abri⁽¹⁶⁾. D'autres, dont Brendan O'Flaherty, affirment au contraire que, dans l'ensemble, la contribution de la toxicomanie à l'itinérance serait faible ou marginale⁽¹⁷⁾.

MALADIE MENTALE, ITINÉRANCE ET SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE

A. Défis pour le système de santé : désinstitutionnalisation et financement de la santé communautaire

On ne sait pas encore si c'est l'itinérance qui mène à la maladie mentale et à l'abus d'alcool ou de drogues, ou si c'est le contraire. Quelle que soit la position adoptée dans ce débat, la recherche menée par le Mental Health Policy Research Group, par Hwang et par Zapf, Roesch et Hart⁽¹⁸⁾ donne à penser que la maladie mentale et l'abus d'alcool ou de drogues sont plus fréquents chez les sans-abri.

Autrefois, les malades mentaux étaient placés en établissements psychiatriques ou de soins de longue durée. Au début des années 1960, on a opéré une désinstitutionnalisation progressive, ce qui a entraîné une réduction considérable du nombre de personnes hospitalisées. Le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques canadiens est passé de 47 633 en 1960 à 15 011 en 1976 au Canada, une baisse de 68 p. 100⁽¹⁹⁾. Dans la région de Toronto, le nombre de lits en établissements psychiatriques est passé de 3 857 en 1960 à 761 en 1994, soit une diminution de 80 p. 100⁽²⁰⁾.

On a beaucoup prétendu que la désinstitutionnalisation avait entraîné une augmentation de l'itinérance, mais cette affirmation est contestée. Ainsi, on a signalé qu'aux

(16) Stephen W. Hwang, Homelessness and health, *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 164, n° 2, janvier 2001, p. 231.

(17) Begin *et al.* (1999), p. 51 et 52.

(18) Patricia A. Zapf, Ronald Roesch et Stephen D. Hart, « An Examination of the Relationship of Homelessness to Mental Disorder, Criminal Behaviour, and Health Care in a Pretrial Jail Population », *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 41, n° 7, septembre 1996, p. 438.

(19) Begin *et al.* (1999), p. 34.

(20) Colombie-Britannique, Ministry of Social Development and Economic Security, *Homelessness – Causes & Effects (Volume 4): Background Report – A Profile and Policy Review of Homelessness in the Provinces of Ontario, Quebec and Alberta*, mars 2001, p. 28.

États-Unis la désinstitutionnalisation n'a guère contribué à l'itinérance⁽²¹⁾. En outre, Pathways a permis de constater que, à la fin des années 1990, seulement 6 p. 100 des sans-abri avaient séjourné dans un établissement psychiatrique au cours de l'année précédant leur itinérance⁽²²⁾.

On escomptait que la désinstitutionnalisation s'accompagnerait d'une augmentation de la disponibilité des services de traitement et de soutien communautaire. Cet engagement n'a pas été respecté dans la mesure nécessaire⁽²³⁾. En outre, durant les années 1990, certains gouvernements canadiens ont cherché à limiter les dépenses de santé⁽²⁴⁾ et de services de soutien communautaire⁽²⁵⁾, restreint l'accès à l'aide sociale⁽²⁶⁾ et retiré les subventions au logement social⁽²⁷⁾. Ces réductions de services pourraient avoir exposé un plus grand nombre de personnes au risque de devenir des sans-abri et compliqué l'accès des sans-abri au logement et aux services, y compris les services psychiatriques nécessaires à la réinsertion dans la société⁽²⁸⁾.

B. Défis pour le système judiciaire : police, tribunaux et prisons

Le nombre de sans-abri ayant augmenté dans toutes les grandes villes canadiennes⁽²⁹⁾ et l'itinérance et la maladie mentale étant liée aux démêlés avec la justice⁽³⁰⁾, il n'est pas surprenant qu'un nombre considérable de sans-abri aient fait connaissance avec le système de justice pénale. Comme nous l'avons dit ci-dessus, les sans-abri de Toronto risquent beaucoup plus de séjourner dans un poste de police ou en prison que dans un hôpital psychiatrique.

(21) Begin *et al.* (1999), p. 51.

(22) Mental Health Policy Research Group (1998).

(23) Colombie-Britannique (2001), p. 28.

(24) Barbara Murphy, *ON THE STREET – How We Created the Homeless*, Winnipeg, J. Gordon Shillingford Publishing Inc., 2000, p. 123 et 124.

(25) Colombie-Britannique (2001), p. 29.

(26) Buckland *et al.* (2001), p. 14.

(27) Ville de Toronto, Mayor's Homelessness Action Task Force, *Taking Responsibility for Homelessness: An Action Plan for Toronto*, janvier 1999, p. 144.

(28) Colombie-Britannique (2001), p. 29.

(29) Ville de Toronto (1999), p. 19.

(30) Colombie-Britannique, Ministry of Social Development and Economic Security, *Homelessness – Causes & Effects (Volume 1): The Relationship between Homelessness and the Health, Social Services and Criminal Justice Systems: A Review of the Literature*, février 2001, p. 37.

Les services de police, les tribunaux et les établissements correctionnels sont mal équipés pour faire face au problème, ayant tous évolué en fonction d'un rôle précis et n'ayant pas été conçus pour tenir lieu de services médicaux et sociaux. Il se peut que les policiers n'aient pas reçu une formation adéquate pour répondre aux besoins complexes des sans-abri et des malades mentaux; en outre, les pouvoirs que leur confèrent les lois provinciales sur la santé mentale sont restreints. Malgré ces limites, dans certaines villes, ils se voient obligés de s'occuper de santé mentale, puisque le temps qu'ils consacrent à s'occuper de personnes ayant des troubles mentaux a plus que doublé⁽³¹⁾.

Des organisations telles que l'Association canadienne pour la santé mentale ont fait valoir que des services de santé mentale insuffisants et sous-financés ont contribué à une criminalisation accrue des malades mentaux. Ayant pris connaissance des conclusions du rapport intitulé *Trends in Police Contact with Persons with Serious Mental Illness in London, Ontario*, elles ont signalé que les services communautaires en santé mentale n'ont pas reçu d'augmentation de leur budget de base depuis plus de dix ans; cela signifie que les malades mentaux et leur famille n'obtiennent pas les services communautaires dont ils ont besoin pour s'en sortir, et exerce une pression accrue sur les services policiers, les hôpitaux et les autres services d'urgence⁽³²⁾. D'une certaine façon, la réduction des services communautaires en santé mentale peut avoir fait en sorte que plus de personnes soient envoyées dans les hôpitaux, où il y a moins de lits, puisque la criminalisation des personnes souffrant de maladie mentale a aussi entraîné une réduction des services aux patients ordinaires⁽³³⁾. En outre, lorsque des lits sont disponibles, les sans-abri peuvent être transférés dans des refuges⁽³⁴⁾, qu'ils peuvent ensuite être obligés de quitter⁽³⁵⁾.

(31) Association canadienne pour la santé mentale, Division de l'Ontario, *Study Shows the Mentally Ill "Criminalized" by lack of C[ommunity]-based Services*, communiqué, Toronto, 24 septembre 2002, (<http://www.cmha-tb.on.ca/articles-study-p.10020shows.htm>, consulté le 6 mars 2003).

(32) *Ibid.*

(33) Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Panel consultatif d'experts en services psychiatriques médicaux-légaux, *Évaluation, traitement et réintégration communautaire du contrevenant atteint de trouble mental – Sommaire du Rapport final*, décembre 2002 (p. 24 de la version intégrale en langue anglaise).

(34) Hwang (2001), p. 231.

(35) Gouvernement de l'Ontario, Groupe de travail provincial sur les sans abri, *Rapport du groupe de travail provincial sur les sans abri*, octobre 1988, p. 4.

Le système judiciaire est tout aussi mal préparé. Les dispositions du *Code criminel* sur les troubles mentaux visant les délinquants souffrant de troubles graves qui sont soit inaptes à subir leur procès, soit non responsables de leurs actes. Toutefois, si les modifications qu'il est proposé d'apporter à ces dispositions⁽³⁶⁾ en réponse au rapport du Comité permanent de la justice et des droits de la personne⁽³⁷⁾ peuvent permettre au système judiciaire de traiter plus rapidement les cas de délinquants atteints de troubles mentaux, elles n'aideront guère les nombreux sans-abri ou malades mentaux qui font l'objet de poursuites pénales. Bien que des mesures soient prises à l'heure actuelle pour procéder à l'évaluation spécialisée, au traitement et à la réintégration dans la société des délinquants atteints de troubles mentaux, ces services souffrent d'un manque chronique de ressources⁽³⁸⁾ et risquent de ne pas être offerts à d'autres délinquants souffrant de troubles mentaux.

Les sans-abri et les personnes atteintes de troubles mentaux sont détenus dans des centres de détention provisoire au Canada et aux États-Unis. Selon Zapf, Roesch et Hart, 7,8 p. 100 des détenus en attente de procès au centre de Vancouver avaient été sans abri pour la majeure partie des six mois précédant leur arrestation. À New York, 21 p. 100 des détenus en attente de procès étaient sans abri la nuit précédant leur arrestation et 40 p. 100 avaient été sans abri à un certain moment durant les trois années précédant leur arrestation⁽³⁹⁾. Une fois qu'ils sont incarcérés ou pris en charge par le système correctionnel, cependant, leurs perspectives d'avenir ne s'améliorent pas.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la prévalence de troubles mentaux, d'abus d'alcool et de drogues et de suicide est élevée chez les détenus des établissements fédéraux. On a également déterminé que la vie dans beaucoup de prisons pouvait contribuer aux troubles mentaux et à l'abus d'alcool et de drogues, à la récurrence ou à l'aggravation des symptômes de ces troubles, et au suicide. Moloughney a noté que les risques

(36) Voir Justice Canada, *Mesures visant à moderniser les dispositions du Code criminel relatives aux troubles mentaux* (http://canada.justice.gc.ca/en/news/nr/2004/doc_31146.html, consulté le 30 mars 2004).

(37) Voir le rapport du Comité permanent de la justice et des droits de la personne, Chambre des communes, *Examen des dispositions du Code criminel relatives aux troubles mentaux*, 1^{re} session, 37^e législature, juin 2002 (<http://www.parl.gc.ca/InfoComDoc/37/1/JUST/Studies/Reports/JUSTRP14-e.htm>, consulté le 8 avril 2004).

(38) *Ibid.*

(39) Zapf *et al.* (1996), p. 435 et 437.

de violence et de décès, la séparation de la famille et des proches, et les inquiétudes liées aux examens d'une demande de libération conditionnelle ou aux transferts dans d'autres établissements peuvent perturber la santé mentale. Les personnes qui souffrent déjà de troubles mentaux disposent de moins de ressources personnelles pour s'adapter à ces facteurs de stress, ce qui peut exacerber leurs troubles⁽⁴⁰⁾. En outre, on a déterminé que « le risque que le détenu cherche à se faire du mal ou à se suicider découle d'une interaction complexe et variable entre le milieu carcéral, les faiblesses individuelles et les facteurs de stress existants »⁽⁴¹⁾.

Les détenus, en particulier ceux qui sont atteints de troubles mentaux⁽⁴²⁾ ou qui s'adonnent à des abus d'alcool et de drogues et ceux qui étaient sans abri avant leur arrestation⁽⁴³⁾ risquent fort de se retrouver sans abri lorsqu'ils sont libérés. Le refus de participer à la planification des sorties⁽⁴⁴⁾, l'accès réduit aux services sociaux et de santé et la pénurie de logements contribuent à cette éventualité. Peu importe si ces facteurs font en sorte que la personne se retrouve sans abri pour la première fois ou s'ils s'inscrivent dans un processus cyclique et chronique d'itinérance⁽⁴⁵⁾, une fois de retour dans la rue, l'intéressé réintègre une collectivité qui a une prévalence plus élevée de troubles mentaux et d'abus d'alcool et de drogues et qui risque donc davantage d'avoir des démêlés avec le système de justice pénale.

CONCLUSION

Le nombre de sans-abri augmente. Le débat sur la direction du cheminement entre, d'une part, itinérance et, de l'autre, maladie mentale et abus d'alcool et de drogues n'y change rien. L'élaboration d'un plan d'action qui permette de s'attaquer à ce problème social de plus en plus grave exige que l'on reconnaisse d'abord l'interdépendance entre la maladie mentale, l'itinérance et le système de justice pénale.

(40) Moloughney (2004), p. S36.

(41) *Ibid.*, p. S48 [traduction].

(42) Zapf *et al.* (1996), p. 436.

(43) *Ibid.*, p. 439.

(44) Gouvernement de l'Ontario (1988), p. 3.

(45) Pour une description détaillée de différents types d'itinérance, voir Begin *et al.* (1999), p. 5 à 10.