



**Rapport du  
Comité de travail  
interministériel**  
**SUR LA PRESTATION DES SERVICES  
DE PSYCHIATRIE LÉGALE  
RELEVANT DU CODE CRIMINEL**

## Recherche et rédaction

Manon Duhamel, agente de recherche à la Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux

Michel Gervais, M.D., FRCPC, MBA, médecin conseil à la Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent rapport ne lie pas le ministère de la Santé et des Services sociaux  
et ne constitue pas ses orientations.

Il représente l'opinion des membres du Comité de travail interministériel sur la prestation  
des services de psychiatrie légale relevant du Code criminel.

Son contenu n'engage que ses auteurs.

## Édition

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-61117-2 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-61118-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

## **Remerciements**

Nous remercions les membres du Comité pour leur contribution de même que tous les experts invités à participer aux travaux.



## Avant-propos

Selon l'American Academy of Psychiatry and the Law (2005), la psychiatrie légale est un domaine de la psychiatrie dans lequel l'expertise scientifique et clinique est appliquée à des questions juridiques dans des contextes de droit. La pratique de la psychiatrie légale implique donc un contact avec l'appareil judiciaire, qu'il s'agisse des tribunaux de droit civil ou de ceux de droit criminel. Dans ce contexte, la finalité de l'expertise médicale est d'abord de répondre à un mandat défini par la loi afin de renseigner les intervenants judiciaires sur des questions précises relevant d'une compétence spécialisée en vue de faciliter leur prise de décision. Il s'agit là d'une modification essentielle de la relation médecin-malade, résultant de la présence d'un tiers, à savoir l'autorité qui mandate.

Au Québec, en matière civile, le contexte légal est encadré par diverses lois provinciales qui protègent les droits des personnes atteintes de troubles mentaux, dont le Code civil du Québec<sup>1</sup>, la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui<sup>2</sup>, la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées<sup>3</sup>, la Loi sur les services de santé et les services sociaux<sup>4</sup> ainsi que la Loi sur le curateur public<sup>5</sup>.

Au chapitre du droit criminel, les tribunaux canadiens ont depuis plus d'un siècle le pouvoir, dans certains cas, de dégager une personne de toute responsabilité criminelle en raison de troubles mentaux. Ce pouvoir repose sur le principe fondamental de la common law, selon lequel il n'y a pas de responsabilité pénale en l'absence d'un état d'esprit conscient. Depuis 1991, le droit a connu une évolution marquée quant au traitement judiciaire réservé aux personnes contrevenantes atteintes d'un trouble mental, notamment par la mise en vigueur en 1992 de la partie XX.1 du Code criminel, qui propose un régime particulier pour les personnes incapables à subir leur procès et celles déclarées non responsables criminellement pour cause de troubles mentaux. En mai 2005, le Parlement a adopté des modifications à la partie XX.1 du Code criminel afin d'élargir les pouvoirs des commissions d'examen des troubles mentaux et d'améliorer les procédures utilisées par ces dernières et par les tribunaux. Ce régime particulier offert par le Code criminel s'applique, avec les adaptations nécessaires, aux infractions imputées aux adolescents<sup>6</sup>.

Par ailleurs, la partie XXIV du Code criminel comprend des mesures exceptionnelles afin de protéger le public des criminels dangereux, à l'égard desquels les mesures pénales habituelles n'ont pas d'effets dissuasifs satisfaisants. Ainsi, dans certaines circonstances, le poursuivant peut demander que le contrevenant soit renvoyé sous garde afin de subir une évaluation qui peut être de nature psychiatrique. Cette évaluation sera utilisée comme preuve lors de l'examen du tribunal afin de statuer si le délinquant doit être déclaré « dangereux » ou « à contrôler ».

Les travaux du Comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale relevant du Code criminel se sont limités exclusivement aux questions relatives au droit criminel, c'est-à-dire à tout ce qui est associé aux parties XX.1 et XXIV du Code criminel, y compris la désignation des hôpitaux dans l'arrêté ministériel 2005-013 en vue de la garde, du

---

1. L.Q., 1991, c. 64, art. 10 et ss

2. L.R.Q., c. P-38.001

3. L.R.Q., c. E-20.1

4. L.R.Q., c. S-4.2

5. L.R.Q., c. C-81

6. Paragraphe 11 de l'article 141 de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (L.C., 2002, c.1)

Rapport du Comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale  
relevant du Code criminel

traitement ou de l'évaluation d'un accusé visé par une décision ou par une ordonnance  
d'évaluation ou de placement.

## Table des matières

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>11</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>21</b>
<b>CHAPITRE 1 – LE CONTEXTE, LE MANDAT ET LA COMPOSITION DU COMITÉ</b> .....	<b>23</b>
CONTEXTE .....	23
MANDAT DU COMITÉ .....	24
DÉMARCHE DU COMITÉ .....	25
MEMBRES DU COMITÉ .....	26
<b>CHAPITRE 2 – L’ÉTAT DE SITUATION SUR LA PSYCHIATRIE LÉGALE DRESSÉ PAR LE COMITÉ</b> .....	<b>29</b>
OBJETS DES TRAVAUX DU COMITÉ .....	29
LE CADRE LÉGAL DE LA PARTIE XX.1 DU CODE CRIMINEL .....	30
Ordonnances d’évaluation de l’état mental .....	31
Décisions rendues par le tribunal ou la CETM .....	38
Processus de révision des décisions rendues .....	39
LES DIFFICULTÉS D’APPLICATION DU CADRE LÉGAL DE LA PARTIE XX.1 DU CODE CRIMINEL .....	39
Le contenu de l’ordonnance et sa forme .....	39
Ordonnance combinée .....	42
Le responsable de l’hôpital .....	42
ÉTUDES ET DONNÉES STATISTIQUES SUR LA PSYCHIATRIE LÉGALE AU QUÉBEC – UN APERÇU .....	43
Sources de données .....	43
Ampleur de la demande .....	44
Profils de la demande et de la clientèle .....	46
LA COMMISSION D’EXAMEN DES TROUBLES MENTAUX DU TRIBUNAL ADMINISTRATIF DU QUÉBEC .....	51
Fonction de la CETM .....	52
Parties aux audiences .....	52
Local où se tient une audience .....	53
Procédures et délais pour tenir une audience .....	54
LES HÔPITAUX DÉSIGNÉS DANS L’ARRÊTÉ MINISTÉRIEL 2005-013 .....	55
CONTENU DES RAPPORTS D’ÉVALUATION DE L’ÉTAT MENTAL .....	58
ÉVALUATION EN VUE D’UNE DÉCLARATION DE DÉLINQUANT DANGEREUX OU À CONTRÔLER .....	60
RÉMUNÉRATION DES EXPERTISES PSYCHOLÉGALES .....	62
COORDINATION INTERSECTORIELLE .....	63
Découpage administratif du territoire .....	63
Cour itinérante .....	64
Télé-comparution, télé-audience et télé-psychiatrie .....	65
MÉCANISMES DE CONCERTATION ET DE LIAISON INTERSECTORIELLES .....	66
CONTRAINTES ET ENJEUX POUR LES PARTIES EN CAUSE .....	67
Contraintes et enjeux pour le milieu judiciaire .....	67
Contraintes et enjeux pour les personnes accusées et les avocats de la défense .....	68
Contraintes et enjeux pour les hôpitaux désignés .....	68
Contraintes et enjeux pour l’IPPM .....	69
Contraintes et enjeux majeurs pour la CETM .....	70
<b>CHAPITRE 3 – LES CONSTATS ÉTABLIS PAR LE COMITÉ</b> .....	<b>73</b>
DÉVELOPPEMENT DÉSORDONNÉ DE LA PSYCHIATRIE LÉGALE DANS UN VASTE RÉSEAU INTERMINISTÉRIEL ET INTERSECTORIEL .....	73

LA HAUSSE CONSTANTE DES VOLUMES D'ACTIVITÉS EN PSYCHIATRIE LÉGALE .....	78
LES CAUSES DE LA CROISSANCE DES VOLUMES D'ACTIVITÉS .....	78
L'ABSENCE DE GOUVERNANCE INTERMINISTÉRIELLE DE LA PSYCHIATRIE LÉGALE .....	79
LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS .....	81
<b>CHAPITRE 4 – LES RECOMMANDATIONS DU COMITÉ.....</b>	<b>83</b>
LA CONCERTATION DES PARTIES .....	83
LES HÔPITAUX DÉSIGNÉS.....	84
CONSTRUIRE UNE BASE DE DONNÉES ET UN « TABLEAU DE BORD ».....	89
TÉLÉ-AUDIENGE ET TÉLÉ-PSYCHIATRIE .....	89
LA CETM.....	90
AMENDEMENTS LÉGISLATIFS .....	91
L'APPLICATION DE LA PARTIE XX.1 DU CODE CRIMINEL DANS LES CAS QUI CONCERNENT	
LA LOI SUR LE SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE POUR ADOLESCENTS .....	91
LES ÉVALUATIONS EN VUE DE LA DÉSIGNATION DES DÉLINQUANTS DANGEREUX	
OU À CONTRÔLER .....	92
L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ MENTALE EN MILIEU CARCÉRAL.....	92
RECOMMANDATIONS D'ORDRE GÉNÉRAL .....	93
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>97</b>



## Liste des annexes

### Annexe 1 – Documents déposés par le Bureau des affaires criminelles et jeunesse

- Les troubles mentaux – Cadre légal de la partie XX.1 du Code criminel
- Présentation sommaire du régime des délinquants dangereux et à contrôler
- Directives du Directeur des poursuites criminelles et pénales, DEL-1 – Délinquant dangereux ou délinquant à contrôler – Procédure de demande

### Annexe 2 – Arrêté ministériel 2005-013

### Annexe 3 – Formulaire judiciaires

- Formule 48 – Ordonnance d'évaluation
- Formule 49 – Mandat de dépôt
- Formulaire de signalement d'un manquement à une ordonnance

### Annexe 4 – Grille de collecte d'informations sur les services disponibles pour les personnes souffrant de troubles mentaux qui sont judiciairisées (aptitude à comparaître, responsabilité criminelle, mandat de dépôt)

### Annexe 5 – Présentation des résultats du sondage maison du juge en chef adjoint sur l'état de la situation à la Cour du Québec

### Annexe 6 – Documents déposés par la Commission d'examen des troubles mentaux

- Présentation de la Commission d'examen des troubles mentaux – Problèmes et pistes de solution
- Synthèse des contraintes majeures et principaux enjeux et défis pour la CETM
- Proposition de la Commission d'examen des troubles mentaux – Révision de la liste des hôpitaux désignés

### Annexe 7 – Contenu des rapports d'expertise

- Documentation relative à la région de l'Outaouais, septembre 2009, onglet 4 – *Rapport d'évaluation psychiatrique suite à une ordonnance d'évaluation sur l'aptitude à subir son procès* et onglet 1 – *CETM – Modèles de rapport sur l'aptitude, sur la responsabilité criminelle*
- Présentation du D<sup>r</sup> Sébastien Proulx, septembre 2009, diapositives 26 et 27, « Contenu des rapports : l'aptitude à comparaître, la responsabilité criminelle », dans *Prestation des services de psychiatrie légale – Rencontre du Comité de travail interministériel*
- Documentation Région de la Mauricie–Centre-du-Québec, septembre 2009, *Contenu des rapports : Évaluation de l'aptitude, évaluation de la responsabilité criminelle, évaluation pour la CETM*

### Annexe 8 – Documents déposés par l'Institut Philippe-Pinel de Montréal

- Expertises délinquants dangereux et à contrôler, mai 2009
- Contraintes et enjeux – IPPM

### Annexe 9 – Liste des constats et des recommandations du Comité

## Liste des abréviations

AMPQ	Association des médecins psychiatres du Québec
APUR-SMQ	Association des personnes utilisatrices des services en santé mentale de la région de Québec
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
ASP	Aptitude à subir son procès
CETM	Commission d'examen des troubles mentaux
C. cr.	Code criminel
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DPCP	Directeur des poursuites criminelles et pénales
DSM	Direction de la santé mentale
DSP	Directeur des services professionnels
IPPM	Institut Philippe-Pinel de Montréal
ISP	Inapte à subir son procès
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour adolescents
MJQ	Ministère de la Justice du Québec
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NRCTM	Non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux
PAJ-SM	Programme d'accompagnement justice et santé mentale
PASM	Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens
PECH	Programme d'encadrement clinique et d'hébergement
PGQ	Procureur général du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RC	Responsabilité criminelle
TAQ	Tribunal administratif du Québec
UPS-Justice	Urgence psychosociale – Justice

## SOMMAIRE

Le présent rapport fait état des résultats des travaux menés par le Comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale relevant du Code criminel, issu des orientations du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens (MSSS, 2005). Ce comité consultatif, piloté par la Direction de la santé mentale, était composé de représentants des personnes et des organisations concernées par l'application des parties XX.1 et XXIV du Code criminel relatives aux accusés souffrant de troubles mentaux et au régime des délinquants dangereux ou à contrôler. Essentiellement, ces travaux avaient pour but de dresser un état de la situation de la psychiatrie légale au Québec en vue de procéder par la suite à une réforme visant à améliorer les services. Ils consistaient donc à relever les principaux problèmes auxquels font face les prestataires et les bénéficiaires de ces services et à proposer des solutions susceptibles d'améliorer les choses.

### Les constats établis par le Comité

#### **Constat 1**

#### **Le volume des activités en psychiatrie légale est en hausse constante**

Le phénomène se traduit non seulement par la croissance du nombre d'ordonnances d'évaluation, de garde et de traitement par les tribunaux en vertu des parties XX.1 et XXIV du Code criminel, mais également par l'allongement de la durée de leur exécution. On assiste à une consommation accrue des ressources du système de santé et des services sociaux aux fins d'administration de la justice, autant dans le milieu communautaire (ex. : places d'hébergement) que dans les hôpitaux désignés dans l'arrêté ministériel 2005-013 (ex. : lits hospitaliers de courte ou de longue durée).

#### **Constat 2**

#### **Les causes de la consommation accrue des ressources du système de santé et des services sociaux, aux fins de l'administration de la justice, sont multiples**

Entre autres, le modèle sociétal actuel expose les citoyens à un risque inégalé de rupture sociale, de sorte que le nombre de personnes victimes de désaffiliation sociale importante gonfle sans cesse le flot des sans-abri et des marginaux. Livrées à des conditions de survie et souffrant parfois d'un trouble mental, ces personnes ne trouvent pas toujours sur leur route les soins et les services dont elles ont besoin. Lorsque ces personnes commettent une infraction criminelle et que des accusations sont portées contre elles par les instances judiciaires, pour le clinicien ou les proches, le recours à la psychiatrie légale s'avère souvent l'ultime moyen de leur offrir un accès aux services de santé et aux services sociaux.

La double stigmatisation qui accompagne le statut de personne souffrant d'un trouble mental et ayant effectué un séjour en psychiatrie légale rend la réinsertion sociale parfois difficile. En conséquence, un citoyen affecté d'un trouble mental peut être gardé indûment dans le système de la psychiatrie légale et en accaparer les ressources.

Sur le plan médical, l'état de santé et les conditions sociales des personnes qui sont évaluées et traitées en psychiatrie légale sont plus complexes qu'auparavant. Les ressources qui leur sont allouées sont plus importantes.

**Constat 3**

**Parfois, le système de justice criminel est perçu comme un moyen pour que les personnes atteintes de troubles mentaux qui n'entrent pas dans le cadre légal ou organisationnel du système de santé et de services sociaux puissent accéder à des soins.**

Certains membres du Comité ont qualifié la psychiatrie légale « d'exutoire du système civil » lorsque le système pénal constitue la voie d'accès aux soins pour les personnes qui ne satisfont pas aux critères légaux ou organisationnels d'admission aux services de santé et aux services sociaux.

**Constat 4**

**Dans les établissements de détention de compétence provinciale, l'accès aux services en santé mentale peut être problématique pour les personnes incarcérées souffrant d'un trouble mental**

Le Comité n'a pas procédé à une étude détaillée de la qualité des services cliniques en santé mentale offerts aux personnes incarcérées souffrant d'un trouble mental dans les établissements de détention de compétence provinciale. Malgré tout, sur la base de l'information obtenue, il semble raisonnable d'affirmer que ces personnes n'ont pas toujours accès aux services souhaités.

Par exemple, un détenu présentant un infarctus aigu du myocarde (une maladie physique) serait vraisemblablement transféré dans un hôpital pour y être soigné alors que dans le cas d'une psychose aiguë (une maladie mentale), il demeurera incarcéré. Pour prodiguer des soins et des services de santé, les établissements de détention ont recours aux services de leur infirmerie. Rappelons que ces infirmeries relèvent du MSP et non pas du MSSS. Les établissements de détention, aux prises avec des problèmes médicaux qui dépassent leur capacité d'agir, se retrouvent dans une impasse.

**Constat 5**

**Les activités de la psychiatrie légale s'insèrent dans un vaste réseau interministériel et intersectoriel dont les ramifications débordent les frontières de la santé et des services sociaux**

Le domaine de la psychiatrie légale dépasse largement l'autorité et les frontières du MSSS. Afin de déterminer correctement les moyens à mettre en place afin d'assurer une performance accrue, il importe de saisir l'environnement dans lequel la psychiatrie légale s'inscrit et de connaître les principaux acteurs impliqués. Les interfaces entre ces acteurs sont très nombreuses et s'insèrent au fil des ramifications qui se sont développées avec le temps.

**Constat 6**

**Il n'existe pas de gouvernance interministérielle de la psychiatrie légale**

Aucune gouvernance ne permet d'assurer une harmonisation des politiques et des pratiques entre les principaux acteurs impliqués en psychiatrie légale. Le défaut de mieux articuler ces écarts administratifs entre les parties se solde par une vision stratégique déficitaire, une incohérence dans les actions des acteurs, une performance socioéconomique sous-optimale des systèmes impliqués et parfois des résultats dramatiquement désastreux. La saine gouvernance de la psychiatrie légale fait appel à une meilleure concertation interministérielle.

**Constat 7**

**La coordination et la planification intersectorielles des activités en psychiatrie légale posent problème ou sont insuffisantes**

Dans l'univers de la psychiatrie légale, les structures et les organisations impliquées s'enchevêtrent dans des réseaux qui se sont tissés au fil des alliances, des habitudes et des initiatives personnelles. Même dans un contexte optimal de gestion, la coordination des activités réalisées par cette multiplicité d'organisations présenterait un défi de taille. On peut aisément imaginer le cafouillis qui règne, comme cela est trop souvent le cas actuellement, lorsque les mécanismes de coordination sont insuffisants et n'ont que des effets fragmentaires sur les systèmes. Le Comité déplore l'absence de ce qu'il a appelé une « tour de contrôle » en psychiatrie légale. Dans un jeu de vases communicants, la cascade des événements peut prendre diverses formes, dénoncées par le Comité.

**Constat 8**

**Aucune norme ne définit les besoins en ressources nécessaires pour accomplir le mandat associé à la désignation d'un hôpital en vue de la garde, du traitement ou de l'évaluation au sens du Code criminel.**

Sur les 50 hôpitaux désignés dans l'arrêté ministériel 2005-013, seulement un peu plus de la moitié assure grosso modo pleinement son mandat, alors qu'environ le quart n'assume aucune responsabilité à ce sujet. La désignation des hôpitaux dans l'arrêté ministériel n'a pas tenu compte de l'organisation de services à mettre en œuvre ni des ressources à investir. En outre, les hôpitaux désignés, qui tentent de se conformer aux exigences de leur statut, sont soumis à différents facteurs qui font fluctuer significativement leur capacité de poursuivre les activités. Les effets de cette instabilité influent sur les autres partenaires, sans qu'il y ait suffisamment de mécanismes de gestion pour prévenir ces turbulences ou atténuer leurs répercussions négatives. Parfois, le choix de l'hôpital désigné dans l'ordonnance de la cour ne tient pas compte de la capacité de l'établissement de santé de l'exécuter. Au fil du temps, un nombre considérable d'ordonnances ne sont pas exécutées comme la cour l'exige (ex. : délais non respectés, évaluations effectuées dans un autre lieu que celui qui est désigné dans l'ordonnance), ce qui expose les établissements fautifs à des blâmes. Les ordonnances en provenance de la Chambre criminelle et pénale ne devraient s'adresser qu'aux hôpitaux désignés dans l'arrêté ministériel 2005-013. Lorsque cette règle n'est pas respectée, comme cela arrive parfois, des hôpitaux non désignés se voient confier l'exécution d'ordonnances pour

lesquelles ils ne disposent pas forcément de la légitimité, de l'expertise ou des ressources requises.

#### **Constat 9**

**Au Québec, seuls des médecins sont désignés pour faire l'évaluation de l'état mental d'un accusé en conformité avec une ordonnance d'évaluation rendue en vertu de la partie XX.1 du Code criminel, bien que le Code permette au Procureur général de désigner toute autre personne comme étant qualifiée pour faire cette évaluation**

Le Code criminel prévoit, dans l'article 672.1, que l'évaluation de l'état mental d'un accusé soit faite par un médecin ou toute autre personne désignée par le Procureur général comme étant qualifiée. Au Québec, le Procureur général n'a procédé à aucune désignation en vue de permettre à des professionnels, autres que des médecins, d'évaluer l'état mental d'un accusé. Cependant, ce pouvoir discrétionnaire du Procureur général permettrait d'augmenter le bassin d'experts autorisés à évaluer l'état mental d'un accusé.

#### **Constat 10**

**Aucune planification stratégique ne permet de répondre aux demandes d'évaluation en vue de la désignation des délinquants dangereux ou à contrôler**

L'évaluation des délinquants dangereux ou à contrôler a été confiée historiquement à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM). La directive voulant que seul l'IPPM produise ces évaluations découle d'une entente verbale entre cet établissement et le MJQ. Toutefois, aucun motif ne justifie que cela demeure absolument le cas. En effet, le Code criminel stipule que seul un expert peut exécuter l'ordonnance d'évaluation, sans toutefois spécifier une profession en particulier. Il pourrait tout aussi bien s'agir d'un criminologue, d'un psychologue que d'un psychiatre. Le Code n'exige pas non plus que l'expertise soit réalisée par le réseau de la santé. Actuellement, aucune planification ne permet de satisfaire la demande croissante d'évaluations en vue de la désignation des délinquants dangereux ou à contrôler.

### **Les recommandations du Comité**

Le temps est venu de simplifier les systèmes entourant la psychiatrie légale et de les mettre davantage au service du citoyen en vertu des principes suivants :

- Le contribuable s'attend à ce que l'administration publique soit performante.
- Dans une société de droits, le citoyen s'attend à ce que la justice soit rendue en fonction de la loi et des règles établies.
- Les personnes souffrant d'un trouble mental et qui sont judiciairisées ont droit à l'accès aux services de santé en fonction de leur état de santé et de leurs besoins.

Le succès d'une réforme de la psychiatrie légale s'appuiera sur un investissement suffisant d'argent dans les différents systèmes concernés. Elle tablera sur une revue de la littérature afin de connaître les meilleures pratiques ayant cours au Canada et dans le monde. L'exploration des modèles d'organisation de services et des arrimages entre les différents acteurs, qui sont appliqués dans les autres provinces canadiennes, promet d'être fort instructive.

Afin qu'elle soit complète et que ses chances de réussite soient accrues, une réorganisation de la psychiatrie légale ne se fera pas en vase clos au sein du MSSS. Elle tiendra compte des attentes et des contraintes des partenaires concernés.

**Recommandation 1**

**Une personne souffrant d'un trouble mental nécessitant des soins et qui est détenue dans un établissement carcéral de compétence provinciale devrait être orientée vers une ressource qui soit en mesure d'offrir un niveau de soins approprié à son état de santé**

Un accusé dont l'état de santé nécessite un milieu hospitalier (ex. : infarctus aigu du myocarde) sera transféré dans un centre hospitalier afin d'y recevoir les soins appropriés. Il devrait en être de même pour un accusé aux prises avec une décompensation sur le plan mental et pour laquelle des services médicaux en milieu hospitalier sont indiqués, et ce, indépendamment du fait qu'une évaluation en psychiatrie légale ait ou non été ordonnée.

Le recours exclusif aux ordonnances d'évaluation pour assurer un accès au traitement a démontré ses limites depuis longtemps. Trop souvent, l'accès aux services médicaux en temps opportun a été confondu avec l'admission dans un hôpital désigné en vue de l'exécution d'une ordonnance d'évaluation. En d'autres mots, si l'exécution d'une ordonnance dans un hôpital désigné tardait, il n'y a pas lieu de différer l'admission de l'accusé dans un établissement de santé du territoire si une telle indication clinique existe.

Relativement à cette question, le Comité recommande de circonscrire la définition de ce qu'est un « patient de psychiatrie légale » concernant son statut et ses besoins. Cette clarification délimiterait le cœur des activités de la psychiatrie légale en établissant les frontières de son territoire et pourrait avoir un effet à la baisse sur le volume d'activités.

**Recommandation 2**

**La responsabilité des infirmeries des établissements de détention provinciaux, actuellement sous la gouvernance du ministère de la Sécurité publique, devrait être transférée au ministère de la Santé et des Services sociaux**

Les personnes incarcérées bénéficieraient ainsi de l'accès à des services plus spécialisés et à un arrimage mieux articulé avec les différentes composantes du système de santé. Ces services seraient encadrés par les mécanismes de contrôle de la qualité des établissements, comme les définit la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S4-2). Ces infirmeries serviraient de plateforme pour faire l'évaluation des personnes concernées, non seulement pour assurer l'accès aux soins durant leur détention, mais également pour établir la trajectoire de services appropriés dans les cas où un transfert vers un établissement de santé s'avérerait indiqué d'un point de vue médical.

### **Recommandation 3**

#### **Un comité interministériel permanent de pilotage en psychiatrie légale devrait être créé**

Un comité interministériel de pilotage en psychiatrie légale porterait son attention sur les enjeux globaux compatibles avec son positionnement stratégique interministériel, en particulier au regard des questions financières et économiques. Il s'assurerait d'avoir accès à l'information pertinente au sujet de l'évolution de la psychiatrie légale au Québec et d'avoir la compétence nécessaire pour contribuer à l'amélioration continue de son fonctionnement. Il jouirait de la légitimité et de l'autorité nécessaires pour obtenir les effets désirés, notamment au sujet de la conciliation des parties lorsqu'un litige oppose ces dernières. Il établirait un partenariat entre les parties, s'assurant de l'intégration et de la coordination des politiques ministérielles en psychiatrie légale. Il soutiendrait la création de comités régionaux ou suprarégionaux. Entre autres, il leur tracerait des « balises » et définirait leurs responsabilités. Enfin, il jouerait un rôle dans la recommandation d'amendements législatifs qui apparaissent souhaitables.

La composition d'un tel comité devrait tenir compte des acteurs importants en psychiatrie légale qui ne relèvent pas directement d'une autorité ministérielle, tels que la CETM, le Directeur des poursuites criminelles et pénales ou la magistrature.

### **Recommandation 4**

#### **Des comités régionaux ou suprarégionaux de coordination et de concertation intersectorielles en psychiatrie légale devraient être déployés sur l'ensemble du territoire**

Comme nous l'avons décrite dans la section des constats, la psychiatrie légale souffre d'un manque de coordination et de communication entre les multiples organisations, secteurs, régions et ministères concernés. Afin de combler ces écarts administratifs, la création de comités régionaux ou suprarégionaux de coordination des activités est recommandée. Ces comités concentreraient leurs activités sur les enjeux locaux et régionaux. Ils regrouperaient les acteurs principaux impliqués en psychiatrie légale et assureraient leur concertation afin de soutenir la bonne marche des activités. Ils privilégieraient une approche pragmatique par résolution de problèmes. Ils achemineraient au comité national interministériel permanent l'information sur les enjeux relevant de sa compétence.

### **Recommandation 5**

#### **Une hiérarchisation des services de psychiatrie légale, fondée sur des normes relatives au statut d'hôpital désigné par arrêté ministériel au sens de l'article 672.1 du Code criminel, devrait être édictée**

Ces normes s'inscriraient dans une hiérarchisation des services et détermineraient la capacité d'un établissement à assumer ses fonctions d'hôpital désigné selon sa position dans cette hiérarchisation des services. Elles permettraient de mieux saisir les effets, en matière d'investissement de ressources, de la désignation d'un hôpital par arrêté ministériel. Voici quelques repères suggérés concernant ces normes :

- Spécifier les ressources immobilières et matérielles requises pour remplir la mission d'hôpital désigné en tenant compte de la position de l'hôpital dans la hiérarchisation des



services et des attentes le concernant à ce sujet. La mission nationale de l'IPPM s'inscrit dans cette hiérarchisation des services, tout comme la possibilité de désigner l'infirmier d'un centre de détention par arrêté ministériel. Dans certains cas, cette avenue pourrait être explorée, particulièrement si la responsabilité de l'infirmier passait du MSP au MSSS.

- Définir les normes d'un « milieu sécuritaire », surtout concernant la garde, autant pour l'accusé que pour le personnel ayant le mandat d'assurer cette garde.
- Déterminer les particularités des ressources humaines, autant sur le plan médical que pour les autres professions :
  - a. Garantir une masse critique d'expertise suffisante pour maintenir les services à long terme et éviter les ruptures de service.
  - b. Planifier le développement de la main-d'œuvre qualifiée, tant au sujet de leur formation qu'au sujet de leur répartition dans les hôpitaux désignés.
  - c. En application de l'article 672.1 du Code criminel, concrétiser la possibilité que le Procureur général du Québec (PGQ) désigne des professionnels, autres que des médecins, comme étant qualifiés pour faire l'évaluation de l'état mental d'un accusé en conformité avec une ordonnance rendue en vertu du Code, ce qui augmenterait la capacité du réseau de la santé de répondre aux demandes de la cour à ce sujet.
- Énoncer les fonctions du « responsable de l'hôpital » (en vertu de l'article 672.1 du Code criminel), lequel exerce un rôle crucial dans la bonne marche des procédures en général, et en particulier pour l'application et la gestion des décisions de la CETM.
- La transformation de l'organisation actuelle des services en un système hiérarchisé d'hôpitaux désignés, particulièrement si leur nombre était réduit, devra prévoir des modalités de transition qui toucheront tous les acteurs concernés.
- Dans les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, qui n'ont jamais eu d'hôpital désigné, le Comité recommande de porter une attention particulière à l'organisation de services en psychiatrie légale, et ce, en tenant compte des activités de la cour itinérante et du développement de l'utilisation des technologies de communication telles que la télé-comparution, la télé-audience et la télé-psychiatrie. Le développement de ces moyens de communication, sans être limité aux régions éloignées, améliorerait la performance des systèmes, étant donné la vaste étendue géographique du territoire québécois et la pénurie de main-d'œuvre spécialisée. Toutefois, leur déploiement est freiné par différentes résistances dont on devra tenir compte.

#### **Recommandation 6**

**Des ententes officielles de services entre les hôpitaux désignés et d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux devraient être conclues en vue d'assurer le suivi dans leur milieu de vie des accusés déclarés inaptes à subir leur procès ou non responsables criminellement pour cause de troubles mentaux qui sont libérés sous réserve de modalités**

Ces dispositions favoriseraient la réinsertion sociale, dans leur milieu de vie, des accusés déclarés inaptes à subir leur procès ou non responsables criminellement pour cause de troubles mentaux. Ces ententes devront permettre aux hôpitaux désignés de déléguer le suivi clinique d'accusés, libérés sous réserve de modalités, à des équipes traitantes et des médecins ne travaillant pas dans un hôpital désigné, tout en garantissant que l'hôpital désigné continuera d'être en position d'exécuter correctement les mandats découlant des décisions des tribunaux criminels et de la CETM.

Toutefois, ces ententes de service pourraient théoriquement être invalidées par une décision d'un tribunal. En effet, un tel système n'a pas été « testé juridiquement ». La jurisprudence des décisions prises par les différentes commissions d'examen des troubles mentaux et les meilleures pratiques en psychiatrie légale au Canada nous éclaireraient sur l'ampleur de ce risque. Également, comme autre option ou complément aux ententes de services, on pourra considérer, dans un nouvel arrêté ministériel, la désignation partielle d'hôpitaux qui pourraient, par exemple, être chargés seulement du suivi clinique des accusés libérés sous réserve de modalités.

#### **Recommandation 7**

**Les processus relatifs aux témoignages des professionnels du réseau de la santé devant la CETM devraient être optimisés<sup>7</sup>**

Les parties sont invitées à se concerter afin de bien cerner l'information recherchée par la CETM, lors des audiences qu'elle tient, et les meilleures façons de la produire. Devant l'évolution du monde du travail dans le système de santé, qui est dorénavant fortement modulé par la pluridisciplinarité et l'intégration des activités professionnelles (cf. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines; Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé), on pourrait revoir le caractère obligatoire de la présence d'un médecin dans tous les cas de comparution devant la CETM.

Contrairement au médecin, selon les régions, certains acteurs sont parfois absents lors des audiences. Nous pensons ici surtout au procureur de la poursuite, au représentant du majeur inapte (ex. : le curateur public) et au service de probation dans le cas des accusés à double statut. Il y a lieu de préciser les circonstances motivant la présence de ces acteurs lors d'une audience tenue par la CETM.

#### **Recommandation 8**

**La transmission de l'information nécessaire à la bonne marche des évaluations demandées par la cour devrait être systématique**

L'évaluation optimale de l'état mental d'un accusé, dans le cadre d'une ordonnance de la cour, implique que l'évaluateur dispose de documents qui malheureusement ne sont pas facilement accessibles ou sous le contrôle du réseau de la santé et des services sociaux. En particulier, l'information suivante devrait être transmise automatiquement, en temps opportun, au médecin qui effectue les évaluations demandées par la cour, à savoir les rapports d'événements rédigés par les policiers, les actes d'accusation, les antécédents judiciaires, etc.

---

7. La Commission d'examen des troubles mentaux du Tribunal administratif du Québec, par l'entremise de son président, M<sup>e</sup> Mathieu Proulx, membre du Comité, tient à signifier qu'elle ne peut souscrire à la recommandation numéro 7 visant à « [...] revoir le caractère obligatoire de la présence d'un médecin dans tous les cas de comparution devant la CETM ».

**Recommandation 9**

**Une base de données et des « tableaux de bord » en psychiatrie légale devraient être créés**

Les travaux du Comité ont mis en lumière le peu de données disponibles au sujet des activités de la psychiatrie légale, autant au MSSS que dans les autres ministères ou secteurs impliqués. Sans base de données et sans « tableau de bord », la gestion de la psychiatrie légale s'assimile à un pilotage à vue. Si possible dans le cadre d'une entreprise commune, notamment avec la CETM, le MSP et le ministère de la Justice du Québec (MJQ), le MSSS construirait et entretiendrait une base de données permettant de suivre le déploiement des ressources et leur utilisation.

**Recommandation 10**

**Une « tour de contrôle » en psychiatrie légale dans le réseau de la santé et des services sociaux, qui fournirait de l'information utile à la cour ou à la CETM avant qu'elles ne rendent une décision, devrait être créée**

Grâce à l'information transmise par cette « tour de contrôle », la cour pourrait prendre ses décisions davantage en fonction d'une hiérarchisation des services et l'exécution de ses ordonnances pourrait être plus souvent effectuée dans les délais prescrits, par des hôpitaux désignés qui ont la capacité de le faire. Pour atteindre ces objectifs, la « tour de contrôle » fournirait des recommandations à la cour avant que cette dernière ne rende la décision envisagée. Avec cette meilleure coordination entre les parties, la primauté à la remise en liberté pendant que l'ordonnance d'évaluation est en vigueur serait également plus susceptible d'être favorisée. À ce sujet, plutôt que de s'en remettre presque exclusivement à la mise sous garde, soit en établissement de détention ou dans un hôpital désigné, la cour serait éclairée concernant d'autres options.

**Recommandation 11**

**Une planification stratégique devrait être établie afin de répondre aux demandes d'évaluation en vue d'une déclaration de délinquant dangereux ou délinquant à contrôler**

Le Comité recommande aux autorités ministérielles concernées de revoir la question des évaluations en vue de la désignation des délinquants dangereux ou à contrôler. Voici certaines des questions auxquelles la planification stratégique devrait répondre :

Quel ministère sera responsable de ces évaluations?

Qui paiera les frais de leur réalisation?

Quels sont les professionnels qui seront dorénavant sollicités pour les réaliser?

Quels sont les établissements qui réaliseront ces évaluations?

**Recommandation 12**

**La réorganisation de la psychiatrie légale devrait tenir compte de plusieurs enjeux autres que ceux indiqués dans le mandat du Comité**

Au-delà des contours établis par le mandat qui lui a été confié, le Comité soutient qu'une réorganisation de la psychiatrie légale devrait tenir compte de plusieurs autres enjeux. Dans cette perspective, le Comité soumet différentes suggestions et pistes de réflexion.

La modernisation du système de soins et de services en santé mentale qui a actuellement cours doit se poursuivre. Il s'agit d'un antidote au fait que la psychiatrie légale serve parfois « d'exutoire des lacunes du système civil », ainsi qu'elle a été décrite précédemment. Plusieurs mécanismes permettant d'éviter le recours aux accusations criminelles sont connus et seraient susceptibles de faire diminuer le nombre de cas acheminés vers la psychiatrie légale.

L'accès aux traitements en santé mentale durant la période correctionnelle par les personnes contrevenantes qui le requièrent devrait être amélioré, que ces personnes fassent l'objet d'une sentence en milieu fermé ou en milieu ouvert.

L'accès à des mesures de soutien dans la communauté, y compris les ressources d'hébergement, à toutes les phases du processus judiciaire (avant, pendant et après) devrait être assuré afin d'offrir une solution de remplacement à la mise sous garde en établissement de détention ou en établissement de santé. Lorsque certaines conditions sont réunies, ces options pourraient s'avérer aussi efficaces, mais moins contraignantes pour la liberté de l'accusé.

Une vie associative professionnelle dans le domaine de la psychiatrie légale qui briserait l'isolement des parties intéressées favoriserait le développement de communautés de pratique et l'amélioration des services. Cette vie associative rassemblerait les acteurs professionnels du système de santé, du MJQ, du MSP et les autres parties intéressées.

Finalement, une politique de recherche et de développement, de même qu'une politique de formation professionnelle visant l'ensemble des acteurs qui travaillent en psychiatrie légale constituent des mesures cruciales pour l'avancement de la psychiatrie légale au Québec et pour soutenir une offre de services de qualité.

## INTRODUCTION

Le présent rapport fait état des travaux du Comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale relevant du Code criminel qui découle des orientations du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens (PASM) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec. Dans ce plan d'action, le MSSS annonçait qu'il allait « entreprendre des travaux pour orienter la hiérarchisation des services en psychiatrie légale et fera connaître une proposition d'organisation provinciale ultérieurement » (PASM, p. 47).

Comme elle l'avait annoncé, la Direction de la santé mentale (DSM) du MSSS a mis sur pied un comité consultatif, composé de représentants des secteurs de la justice, de la sécurité publique et de la santé et des services sociaux, qui a commencé ses activités en février 2009. Ce comité, piloté par la DSM, avait pour mandat d'étudier l'interface entre les prescriptions du Code criminel et la prestation des services de psychiatrie légale au Québec. Plus spécifiquement, ses travaux portaient sur les principaux enjeux de l'harmonisation entre les exigences et les pratiques légales associées aux parties XX.1 et XXIV du Code et l'organisation des soins et des services en psychiatrie légale. Il ne s'agissait donc pas, à proprement parler, de statuer sur la réorganisation des services en psychiatrie légale au sein du réseau de la santé et des services sociaux, mais plutôt de poser un diagnostic sur l'état actuel de la situation. Ce n'est que par la suite que la DSM se servira des résultats des travaux du Comité pour orienter la réorganisation de la psychiatrie légale annoncée dans le PASM.

Le rapport comporte quatre chapitres et plusieurs annexes, soit :

- Chapitre 1 – Le contexte, le mandat et la composition du Comité
- Chapitre 2 – L'état de situation sur la psychiatrie légale dressé par le Comité
- Chapitre 3 – Les constats établis par le Comité
- Chapitre 4 – Les recommandations du Comité
- Annexes

Le chapitre 1 expose les détails du contexte dans lequel s'inscrivent le mandat et les travaux du Comité. Le chapitre 2 dresse le portrait de la psychiatrie légale au Québec sur la base des renseignements auxquels le Comité a eu accès. Il serait sage de considérer ce tableau comme un reflet incomplet de la réalité, le Comité ayant dû composer avec le peu de sources d'information disponibles sur le sujet. Le chapitre 3 présente les principaux constats et enjeux établis à partir de la lecture de l'état de la situation dressé. Enfin, le chapitre 4 formule les propositions du Comité quant à la réorganisation de la psychiatrie légale au Québec en vue d'améliorer la prestation des services. De façon complémentaire, différentes suggestions ont été formulées concernant des questions qui n'étaient pas strictement incluses dans le mandat du Comité. Quant aux annexes, elles comprennent la grande majorité des documents soumis à l'attention du Comité durant ses travaux.



## CHAPITRE 1 – LE CONTEXTE, LE MANDAT ET LA COMPOSITION DU COMITÉ

### CONTEXTE

Au cours des années antérieures, plusieurs problèmes relatifs au secteur de la psychiatrie légale ont été signalés. Entre autres, en mars 2001, le rapport du coroner Kronström concernant le décès de Brian Bédard, une jeune personne souffrant de schizophrénie, survenu à l'établissement de détention Rivière-des-Prairies, avait formulé des recommandations en vue d'améliorer la situation. Puis, en mai 2008, le coroner Dionne déposait un rapport concernant un autre décès également survenu à l'établissement de détention Rivière-des-Prairies, celui de Justin Scott St-Aubin, qui soulevait à nouveau des problèmes au sujet de l'organisation des services de psychiatrie légale. Parmi eux, la question de la désignation des établissements dans l'arrêté ministériel 2005-013, relative à la garde, au traitement ou à l'évaluation d'un accusé ou d'un adolescent au sens du Code criminel ou de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescent (LSJPA), est soulevée. À cet égard, mentionnons que certains hôpitaux désignés ignorent leur statut ou les responsabilités associées à ce dernier et ne donnent donc pas les services attendus. D'autres souhaitent que l'étendue de leur mandat à titre d'établissement désigné soit limitée. Par exemple, dans les régions de Montréal, de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, des établissements désignés soutiennent ne pas pouvoir remplir l'ensemble de ce mandat, notamment en alléguant l'absence de lieux sécuritaires pour la garde de la clientèle visée ou encore en invoquant un manque d'effectif médical compétent en matière d'évaluation de l'aptitude à subir un procès ou de la responsabilité criminelle. Par ailleurs, aucun établissement n'est désigné dans l'arrêté ministériel 2005-013 pour les régions nordiques, ce qui cause des problèmes concernant les demandes reliées au processus judiciaire en provenance de ces régions. Soulignons aussi l'absence de correspondance entre le découpage des territoires du secteur judiciaire et celui des régions sociosanitaires, ce qui engendre des difficultés. La question du transport des prévenus entre les palais de justice, les établissements désignés et les établissements de détention génère, à l'occasion, des contrariétés.

Dans la perspective du réseau de la santé et des services sociaux, différents irritants ont aussi été signalés. Par exemple, on note une augmentation des délais entre la fin effective des évaluations ordonnées par la cour et la prochaine date de comparution de l'accusé, de sorte que celui-ci occupe un lit d'hospitalisation alors que, bien souvent, son état de santé ne le requiert pas. On comprend aisément les pertes d'efficacité et d'efficacités qui en découlent, en particulier en ce qui a trait à l'accès à un lit hospitalier par des personnes dont l'état de santé nécessite des soins d'urgence. On relève en outre une augmentation de la fréquence des « ordonnances combinées », c'est-à-dire des ordonnances d'évaluation de l'aptitude à subir un procès en concomitance avec une évaluation de la responsabilité criminelle. Ce type d'ordonnance pose des problèmes au réseau de la santé, non seulement sur le plan éthique, mais aussi sur le plan fonctionnel. En effet, ces deux types d'évaluation ne nécessitent pas toujours le même niveau de spécialisation médicale. L'expertise médicale requise pour procéder à ces évaluations ne se retrouve pas forcément au sein de l'hôpital désigné où a été dirigé le prévenu. Il y a donc une méconnaissance du fonctionnement du réseau de la santé de la part du réseau de la justice, ce qui crée des tensions entre ces deux secteurs.

Le manque de ressources ou de places d'hébergement adaptées à l'état de santé de certains usagers bénéficiant des services de psychiatrie légale constitue un autre problème qui mène trop souvent soit à l'incarcération des personnes souffrant de troubles mentaux en attente d'une

évaluation, soit à l'occupation d'un lit d'hospitalisation alors que cela n'est pas indiqué. D'autres problèmes concernent l'application de la délégation de pouvoir accordée par la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM) au responsable de l'hôpital désigné. Par exemple, la coordination manque parfois entre les hôpitaux désignés et les services policiers lorsque ceux-ci sont appelés à procéder à l'arrestation d'une personne, libérée sous réserve de modalités, qui contrevient aux conditions de sa libération et met en péril la sécurité publique.

Concernant ces différents écueils, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) avait conçu, en 2001, un plan de travail ministériel à l'égard de la clientèle contrevenante présentant des troubles mentaux. Ce plan comportait quatre volets, soit l'évaluation de la mise en application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, l'organisation des soins de santé dans les établissements provinciaux de détention, la hiérarchisation des services en psychiatrie légale et, au besoin, la révision de l'arrêté ministériel 2005-013.

À ce jour, les travaux concernant les deux derniers volets de ce plan de travail ministériel n'ont pas pu être menés à terme. Toutefois, dans son PASM, lancé en juin 2005, le MSSS a réitéré sa volonté d'entreprendre des travaux en vue d'orienter la hiérarchisation des services en psychiatrie légale (p. 47). Dans cette perspective, la Direction de la santé mentale (DSM) du MSSS a relancé ces travaux en mettant sur pied, à l'automne 2008, le Comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale relevant du Code criminel, lequel regroupe la majorité des partenaires concernés par l'organisation des services de psychiatrie légale au Québec.

## **MANDAT DU COMITÉ**

Le Comité a reçu le mandat de dresser un portrait et un bilan de la situation actuelle. À terme, ce tableau diagnostique doit éclairer la DSM sur les moyens permettant d'ajuster l'offre et l'organisation de services en psychiatrie légale en les harmonisant aux exigences du cadre légal des sections concernées du Code criminel. Afin de faciliter la tâche de la DSM, le Comité devait déterminer les attentes juridiques et fonctionnelles de ses partenaires du domaine de la justice, auprès du réseau de la santé et des services sociaux. Également, le Comité devait préciser les difficultés rencontrées par le réseau de la santé dans ses transactions avec ces mêmes partenaires. Éventuellement, sur la base de ces constats, la DSM formulera des demandes aux acteurs intersectoriels afin de mieux concilier leurs rapports et leurs intérêts mutuels. Lorsqu'il le jugeait à propos, le Comité a formulé des propositions à la DSM sur des solutions pouvant être apportées aux problèmes circonscrits.

Officiellement, les objectifs des travaux menés par le Comité étaient les suivants :

- Dresser un état de la situation des services de psychiatrie légale au Québec, particulièrement quant aux réponses aux ordonnances d'évaluation en vue de la désignation de délinquant dangereux ou à contrôler ou de l'état mental visant à déterminer l'aptitude à subir son procès (y compris les ordonnances de traitement), la responsabilité criminelle et la garde lorsque la personne est déclarée inapte ou non responsable criminellement.
- Circonscrire les principaux enjeux et problèmes associés à l'organisation des services de psychiatrie légale.



- Formuler des suggestions au sujet de l'harmonisation entre les prescriptions du droit criminel (attentes du système judiciaire) et l'organisation des services de psychiatrie légale (respect des délais, contenu des rapports, etc.).
- Proposer des modalités de prestation des services en psychiatrie légale (ex. : évaluation ou témoignage par visioconférence).
- Définir des critères de nomination des lieux désignés dans l'arrêté ministériel et y proposer des modifications en conséquence.

Bien qu'il y ait un lien à faire entre le droit civil et le droit criminel, comme entre la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui<sup>8</sup> et les poursuites criminelles envers les personnes souffrant de troubles mentaux, les travaux du Comité n'ont porté que sur l'aspect criminel. Il ne s'agissait donc pas de s'attarder à ce qu'on appelle communément la « préjudiciarisation », c'est-à-dire la nécessité de prévenir, par diverses mesures (ex. : PECH ou UPS-Justice), que des personnes souffrant de troubles mentaux soient accusées et poursuivies en vertu du Code criminel, ni à la « postjudiciarisation », qui consiste à prévenir le phénomène des « portes tournantes », issu, en partie, de la double stigmatisation associée au fait d'être à la fois « psychiatrisé et judiciairisé ». Il n'était donc pas question des évaluations psychiatriques, psychologiques ou sexologiques produites dans le cadre d'une demande de rapport présentenciel, ni de suivi médical, psychiatrique ou autre ordonné en vertu d'une sentence à purger en milieu ouvert, c'est-à-dire dans la communauté, telle qu'une ordonnance de probation ou d'emprisonnement avec sursis ou la libération conditionnelle.

Le Comité ne s'est pas attardé non plus à l'accès à des soins de santé mentale adéquats et suffisants à l'intérieur même des établissements de détention de compétence provinciale. Ces questions pourront être traitées ailleurs ou ultérieurement dans la suite des travaux actuels. Les travaux ne concernaient pas non plus le projet pilote d'intervention multidisciplinaire pour les contrevenants souffrant de troubles mentaux et intitulé « Programme d'accompagnement justice et santé mentale (PAJ-SM) » à la Cour municipale de la Ville de Montréal.

Cependant, chaque fois que le Comité jugeait qu'un lien essentiel devait être fait entre ses travaux et l'un ou l'autre des aspects mentionnés ci-dessus, ce lien a été relevé et explicité afin de permettre qu'il soit pris en compte lorsque viendra le temps de proposer une organisation de services hiérarchisés en psychiatrie légale.

## **DÉMARCHE DU COMITÉ**

Afin de dresser un état de la situation de la psychiatrie légale au Québec et de proposer des améliorations, selon le cas, le Comité a procédé de la façon suivante.

Dans un premier temps, il a circonscrit l'objet de ses travaux en déterminant les principaux aspects du processus judiciaire, relatifs aux dispositions du Code criminel, visant la personne atteinte de troubles mentaux. Même chose quant au rôle du réseau de la santé et des services sociaux dans l'application du régime des délinquants dangereux ou à contrôler découlant des articles 752 à 761 de la partie XXIV du Code.

Une fois les objets des travaux du Comité bien établis et les obligations légales clarifiées, le Comité a recueilli de l'information et de la documentation sur le sujet. Il a procédé à un

---

8. LRQ, ch. P-38.001

inventaire des sources de données à sa disposition, il a réalisé des sondages maison auprès des acteurs des réseaux travaillant dans ce secteur d'activités et il a invité certains experts à venir s'adresser à lui. L'objectif était de savoir quelles étaient l'ampleur, la nature et les caractéristiques des activités associées à la psychiatrie légale au Québec et de comprendre comment s'actualisait l'interface entre les secteurs de la justice et de la sécurité publique et celui de la santé et des services sociaux, notamment entre la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM) du Tribunal administratif du Québec (TAQ) et les établissements hospitaliers désignés dans l'arrêté ministériel 2005-013 pour l'évaluation, le traitement et la garde des accusés en vertu du Code criminel ou de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA).

Cet examen a permis de dresser un état de la situation de la psychiatrie légale au Québec, duquel le Comité a dégagé les principaux constats, en particulier concernant les difficultés de coordination entre les différents secteurs d'activités. Pour finir, des pistes d'amélioration ont été proposées en vue de rehausser la qualité des services.

## **MEMBRES DU COMITÉ**

D<sup>r</sup> Michel Gervais, médecin conseil, Direction de la santé mentale et président du Comité

D<sup>r</sup> André Delorme, directeur de la Direction de la santé mentale et vice-président du Comité

M<sup>me</sup> Manon Duhamel, agente de recherche au dossier, Direction de la santé mentale

M. Jean-Denis Allaire, président-directeur général, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, représentant des agences de la santé et des services sociaux siégeant au Comité de gestion du réseau

D<sup>r</sup> Jocelyn Aubut, directeur général, Institut Philippe-Pinel de Montréal

M<sup>me</sup> Solange Bastille, chef de service, Direction du développement et du conseil en services correctionnels, ministère de la Sécurité publique

D<sup>r</sup> Gilles Chamberland, psychiatre, représentant de l'Association des médecins psychiatres du Québec

M<sup>e</sup> Sophie Delisle, procureure, Bureau des affaires criminelles et jeunesse, Directeur des poursuites criminelles et pénales

M. Michel Dionne, représentant des personnes utilisatrices de services en santé mentale, par l'Association des personnes utilisatrices des services de santé mentale de la région de Québec

L'honorable Maurice Galarneau, juge en chef adjoint, Cour du Québec, Chambre criminelle et pénale, représentant de la Cour du Québec

M<sup>e</sup> Lucie Joncas, avocate, présidente sortante et représentante de l'Association québécoise des avocats et avocates de la défense

D<sup>r</sup> Eric Kerkerian, directeur des services professionnels au CSSS de l'Énergie, représentant de l'Association québécoise d'établissements de la santé et services sociaux

M<sup>e</sup> Pierre Nadeau, avocat, Direction des orientations et politiques, ministère de la Justice du Québec

M<sup>e</sup> Mathieu Proulx, président de la Commission d'examen des troubles mentaux, Tribunal administratif du Québec, section des affaires sociales

D<sup>r</sup> Jean-Bernard Trudeau, médecin, représentant de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Afin de réaliser son mandat, le Comité a fait appel à des experts ad hoc qui ont participé à ses travaux. Il s'agit de :

- D<sup>re</sup> Marie-Frédérique Allard, D<sup>re</sup> Karine Goulet et M<sup>me</sup> Cécile Pitre (archiviste médicale) du CSSS de l'Énergie dans la région de la Mauricie–Centre-du-Québec
- M<sup>e</sup> Yves Alie, membre du conseil de direction de la Table justice-santé mentale de la région de l'Outaouais
- M<sup>e</sup> Annie-Anne Bergeron, procureure aux poursuites criminelles et pénales, qui est venue présenter le régime des délinquants dangereux ou délinquants à contrôler
- M<sup>e</sup> Éline Châteauevert, avocate à l'aide juridique de Montréal, qui a remplacé M<sup>e</sup> Lucie Joncas à plusieurs reprises
- M<sup>me</sup> Chantal Lavigne, adjointe-conseil de la directrice des services professionnels du Centre hospitalier Pierre-Janet
- M<sup>e</sup> Jacques Lemieux et M<sup>e</sup> Louis Rivard, de la Commission d'examen des troubles mentaux, section des affaires sociales du Tribunal administratif du Québec, qui ont accompagné le président de la Commission à l'occasion
- M<sup>e</sup> Louise Lepage, de la Direction du développement et du conseil en services correctionnels du ministère de la Sécurité publique, qui a accompagné M<sup>me</sup> Solange Bastille lors d'une rencontre
- D<sup>r</sup> Sébastien Proulx, psychiatre à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec
- M<sup>me</sup> Hélène Simon, de la Direction du développement et du conseil en services correctionnels, ministère de la Sécurité publique, qui a remplacé M<sup>me</sup> Solange Bastille en cours de mandat



## **CHAPITRE 2 – L'ÉTAT DE SITUATION SUR LA PSYCHIATRIE LÉGALE DRESSÉ PAR LE COMITÉ**

### **OBJETS DES TRAVAUX DU COMITÉ**

La psychiatrie légale requiert la collaboration d'une multitude d'acteurs issus de différents milieux, plus particulièrement ceux des milieux de la santé et des services sociaux, de la justice et de la sécurité publique. Du point de vue du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), il importe de clarifier les rôles et les responsabilités des établissements de son réseau au regard des exigences imposées par le processus judiciaire, et ce, dans le but d'améliorer la qualité des soins et des services et leur efficacité.

Comme nous le verrons, les responsabilités des professionnels qui travaillent en psychiatrie légale sont multiples. Il y a d'abord celle de faire toutes les évaluations d'état mental ordonnées par les tribunaux de compétence criminelle (Cour du Québec, cours municipales et CETM), puis celle de produire les rapports d'expertise relatifs à ces évaluations, sans compter tout le travail de liaison que cela nécessite avec les divers acteurs du réseau judiciaire. À ces tâches s'ajoute bien souvent l'obligation de se déplacer pour venir témoigner au tribunal, en soutien au rapport produit ou du fait que la procédure habituelle prévue l'exige, comme c'est le cas aux audiences de la CETM. Il y a aussi les responsabilités associées au traitement et à la garde des accusés évalués, pendant ou après les procédures judiciaires. Mentionnons notamment les responsabilités découlant de la délégation de pouvoir accordée par la CETM, qui implique une surveillance du respect des conditions de détention ou de libération des accusés déclarés inaptes à subir leur procès ou non responsables criminellement pour cause de troubles mentaux.

Ces responsabilités se traduisent en contraintes et en enjeux pour chacun des partenaires impliqués, en production attendue et en prise en charge pour le réseau de la santé ainsi qu'en mécanismes de concertation et de coordination à mettre en place. Avant d'aborder ces questions, le Comité a tenu à préciser le cadre légal, à avoir une estimation de l'ampleur et de la nature de la demande de la part des tribunaux de même qu'un aperçu de l'état de l'offre proposée par le réseau de la santé en réponse à ces demandes, sans oublier bien sûr les caractéristiques associées à la clientèle en cause. Il s'est donc intéressé au nombre et au contenu des ordonnances d'évaluation, notamment à leur provenance, à leur nature et à leur durée. Il a aussi été question de la mise sous garde ou non de l'accusé pendant que l'ordonnance d'évaluation est en vigueur, de même que du lieu désigné dans l'ordonnance pour assurer cette garde. La désignation des hôpitaux dans l'arrêté ministériel 2005-013 a donc été examinée, tout comme le contenu des différents rapports d'expertise et le déroulement des audiences de la CETM. Les questions relatives aux diverses modalités de prestation de services de psychiatrie légale, notamment en régions éloignées, telles que la télé-psychiatrie et la cour itinérante, ont fait l'objet de discussions, de même que celles concernant la correspondance entre les districts judiciaires et les régions sociosanitaires. Finalement, la rémunération des médecins qui procèdent aux évaluations et produisent les rapports a aussi été abordée.

## LE CADRE LÉGAL DE LA PARTIE XX.1 DU CODE CRIMINEL

Pour le lecteur moins familiarisé avec le cadre légal, la présente partie du rapport expose les procédures clés associées à la partie XX.1 du Code criminel. S'il désire obtenir davantage de détails juridiques, le lecteur peut se référer à l'annexe 1, qui contient un document explicatif rédigé par le représentant du Directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP).

Le Code criminel prévoit depuis longtemps un régime particulier applicable aux personnes qui sont inaptes à subir leur procès et aux personnes dont la responsabilité criminelle ne peut être engagée en raison de troubles mentaux. Les règles concernant les troubles mentaux, prévues dans les articles 672.1 à 672.95 de la partie XX.1 du Code, s'appliquent à toutes les infractions, qu'il s'agisse d'un acte criminel ou d'une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire. Ces articles prévoient la procédure d'évaluation de l'état mental de la personne accusée et les modalités relatives à sa détention et à sa libération. L'ensemble de ces règles s'applique, avec les adaptations nécessaires, aux infractions imputées aux adolescents, selon le paragraphe 141(1) de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA).

L'article 2 du Code criminel définit les troubles mentaux comme étant toute maladie mentale. La Cour suprême a défini le terme « maladie mentale »<sup>9</sup> comme étant toute maladie, trouble ou état anormal affectant l'esprit humain et son fonctionnement, à l'exclusion cependant des états volontairement provoqués par l'alcool ou la drogue et des états mentaux transitoires tels que la commotion cérébrale ou l'hystérie. L'inaptitude à subir son procès, également définie dans l'article 2, consiste en l'incapacité de l'accusé à assumer sa défense ou à donner des instructions à un avocat à cette fin, en raison de ses troubles mentaux. De son côté, l'article 16 établit le principe de non-responsabilité criminelle d'une personne accusée en édictant qu'elle n'est pas responsable d'un acte ou d'une omission de sa part survenu alors qu'elle était atteinte de troubles mentaux qui la rendaient incapable de juger de la nature et de la qualité de l'acte ou de l'omission, ou de savoir que l'acte ou l'omission était mauvais.

Deux organismes majeurs sont appelés à apprécier les effets des troubles mentaux sur les accusés, soit la Chambre criminelle des tribunaux et la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM). C'est au tribunal qu'il revient de prononcer s'il y a lieu le verdict d'inaptitude à subir son procès (ISP) ou de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux (NRCTM). Une fois le verdict prononcé, à moins d'une libération inconditionnelle décidée par le tribunal et applicable uniquement aux cas de NRCTM, la CETM doit revoir l'accusé périodiquement. Lors de ces audiences périodiques, la CETM évalue à nouveau l'aptitude de l'accusé à subir son procès, le cas échéant, et elle décide des mesures à prendre en vue de protéger le public compte tenu de la dangerosité de l'accusé, de son état mental et de ses besoins, y compris la nécessité de sa réinsertion sociale.

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 1998, les pouvoirs de la CETM sont exercés par la section des affaires sociales du Tribunal administratif du Québec (TAQ). La Commission compte des experts parmi ses membres et dispose de vastes pouvoirs d'enquête. Au moins un des cinq membres dont elle est minimalement constituée doit être autorisé à exercer la psychiatrie, et son président doit être un juge nommé par le gouvernement fédéral ou une personne qui remplit les conditions de nomination à un tel poste.

---

9 Arrêt Cooper, R. c. Cooper, [1980] 1 R.C.S. 1149, 1159, cité dans Ionescu, Marceau et Drolet, (2004), *Guide sur les troubles mentaux au sens du Code criminel*, Bureau des affaires criminelles, Direction générale des poursuites publiques, ministère de la Justice du Québec, p. 7.

Dans le cadre de ce processus judiciaire, le réseau de la santé et des services sociaux et ceux de la justice et de la sécurité publique se recoupent dans trois circonstances précises, soit :

- 1) lorsque le tribunal rend une ordonnance d'évaluation de l'état mental d'une personne accusée d'une infraction au Code criminel (art. 672.11, art. 672.12 et art. 2 du C. cr.);
- 2) lorsque le tribunal rend une ordonnance de traitement, pour une durée maximale de 60 jours, visant un accusé déclaré ISP afin de le rendre apte (art. 672.58 du C. cr.);
- 3) lorsque le tribunal, à la suite d'un verdict d'ISP ou de NRCTM, ordonne la libération sous conditions ou la détention de l'accusé dans un hôpital, toutes deux sous réserve des modalités qu'il juge indiquées (par. 672.54b) ou c) du C. cr.). Dans ces cas, une délégation de pouvoir peut être accordée au responsable de l'hôpital (art. 672.56 du C. cr.). Si le tribunal ordonne la détention à l'hôpital (garde ou placement), un mandat de dépôt selon la formule 49 (voir l'annexe 3,) sera lancé (art. 672.57 du C. cr.), ordonnant au responsable de l'hôpital de recevoir l'accusé sous sa garde à l'hôpital et de l'y détenir.

### **Ordonnances d'évaluation de l'état mental**

Selon l'article 672.11 du Code criminel, le tribunal peut rendre une ordonnance d'évaluation de l'état mental d'un accusé s'il a des motifs raisonnables de croire qu'une preuve concernant son état mental est nécessaire afin de :

- b) déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès;
- c) déterminer si l'accusé était atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle au moment de la perpétration de l'infraction;
- d) déterminer si l'accusée inculpée d'une infraction liée à la mort de son enfant nouveau-né était mentalement déséquilibrée au moment de la perpétration de l'infraction;
- e) déterminer la décision qui devrait être prise à l'égard d'un accusé déclaré inapte ou non responsable criminellement;
- f) déterminer si une ordonnance de suspension d'instance devrait être rendue en vertu de l'article 672.851 dans le cas où un verdict d'inaptitude a été rendu à l'égard d'un accusé.

Bien que tous les cas énumérés ci-dessus puissent se présenter, la grande majorité des ordonnances d'évaluation de l'état mental d'un accusé concerne l'aptitude à subir son procès (ASP), la responsabilité criminelle (RC) et la détermination de la décision à rendre une fois prononcé le verdict d'ISP ou de NRCTM. Lorsque l'ordonnance est rendue, le tribunal exige en même temps la production d'un rapport rédigé par la personne responsable de l'évaluation, lequel devra être transmis au tribunal, au poursuivant, à l'accusé et à son avocat (art. 672.2 du C. cr.).

En vertu de l'article 672.121 du Code criminel, la CETM peut aussi rendre une ordonnance d'évaluation de l'état mental d'un accusé à l'égard duquel elle a compétence, notamment aux fins suivantes :

- déterminer s'il y a lieu de faire la recommandation au tribunal de suspendre l'instance, lorsque l'accusé est inapte de façon définitive et ne présente aucun danger important pour la sécurité du public (s.-al. 672.851(b)ii) et art. 672.121(a));
- rendre une décision à l'endroit de l'accusé dans les cas suivants :
  - aucun rapport d'évaluation de l'état mental de l'accusé n'est disponible,
  - aucune évaluation de l'état mental de l'accusé n'a été faite au cours des douze mois précédents,
  - l'accusé a fait l'objet d'un transfèrement interprovincial (art. 672.121(b)).

Dans les autres cas, le rapport d'évaluation disponible doit être utilisé. Quelle qu'en soit l'origine, une ordonnance d'évaluation de l'état mental ne pourra ni autoriser, ni ordonner le traitement psychiatrique de l'accusé sans son consentement (art. 672.19 du C. cr.).

Depuis la promulgation du décret 377-99, en mars 1999, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) administre le paiement des évaluations de l'état mental des personnes accusées lorsque ces évaluations sont ordonnées par le tribunal ou la CETM, conformément au Programme de rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec<sup>10</sup>, dont la source de financement est le MSSS.

Les figures 1, 2 et 3 illustrent les étapes et les procédures judiciaires clés associées aux verdicts relatifs à l'aptitude d'un accusé à subir son procès et celles concernant sa responsabilité criminelle. La figure 1 rend compte des étapes et des procédures clés entre le moment où le policier intervient à la suite d'une plainte et celui de la première comparution à la Cour. La figure 2 (Centre canadien de la statistique juridique, 2003, p. 14) reproduit les étapes et les procédures clés dans le cas où l'aptitude de l'accusé à subir son procès est soulevée, alors que la figure 3 rend compte des étapes et des procédures clés lorsque la question de la responsabilité criminelle est soulevée.

---

10. Jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2010, les actes visés par le programme de la RAMQ étaient l'examen sommaire de 5 jours ou moins (code d'acte 9808), dont le coût est fixé à 150 \$, et l'examen approfondi de moins de 60 jours, y compris les prolongations (code d'acte 9809), dont le coût maximal est de 425 \$. Pour chacun de ces actes, le motif d'évaluation indiqué sur l'ordonnance du juge devait être spécifié selon l'un ou l'autre des modificateurs suivants : pour déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès (mod 990), pour déterminer si l'accusé était atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle (mod 991), pour déterminer si l'accusé inculpé d'une infraction liée à la mort de son enfant nouveau-né était mentalement déséquilibré au moment de la perpétration de l'infraction (mod 993) et, dans le cas où un verdict d'inaptitude à subir son procès ou de non responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux a été rendu à l'égard de l'accusé, pour déterminer la décision à prendre à l'égard de celui-ci (mod 994). Les fichiers de la RAMQ ne comprennent pas les évaluations réalisées à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, lesquelles sont payées à même le budget de cet établissement.



FIGURE 1

PROCESSUS JUDICIAIRE APPLICABLE AUX ADULTES EN MATIÈRE CRIMINELLE

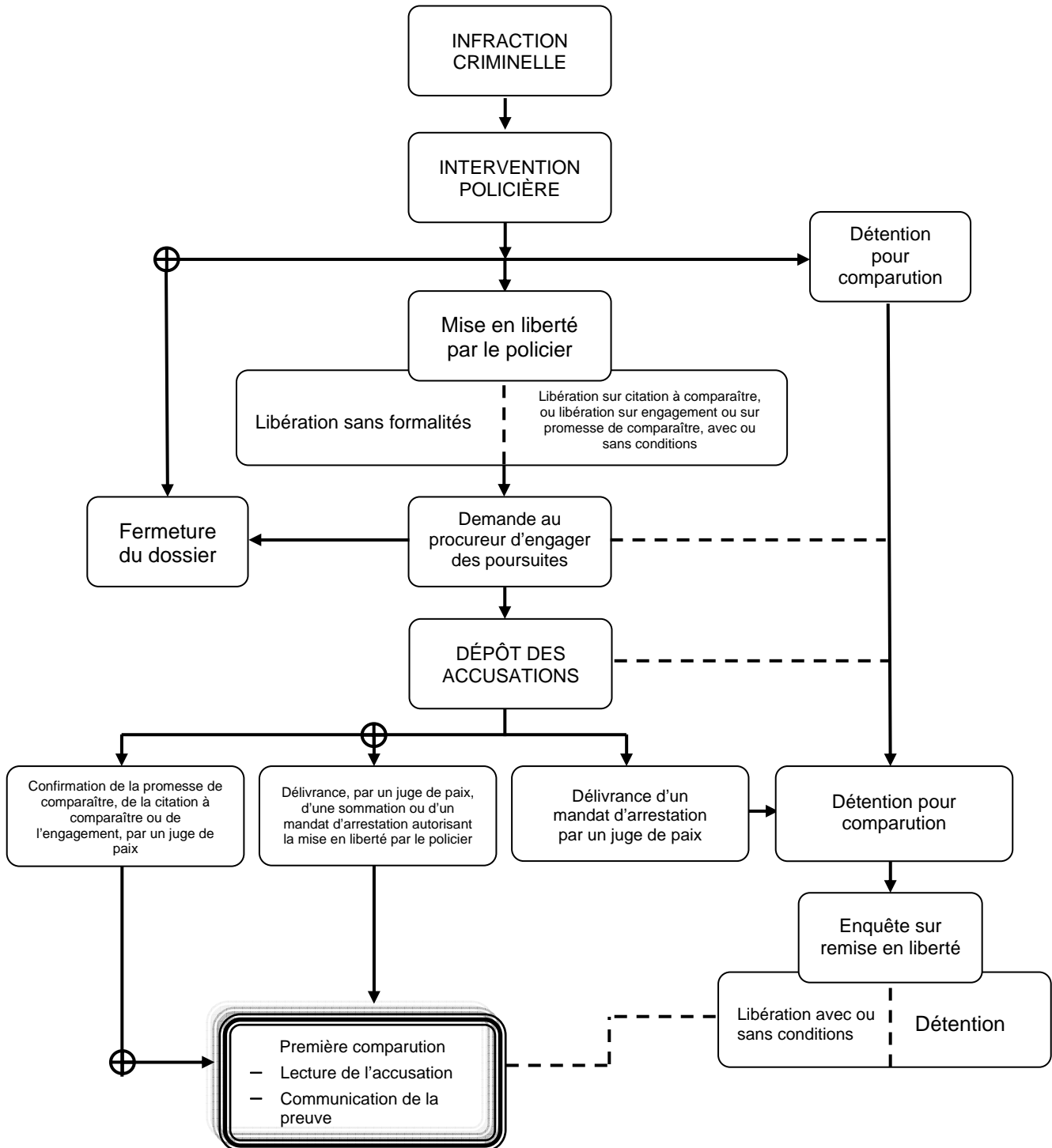
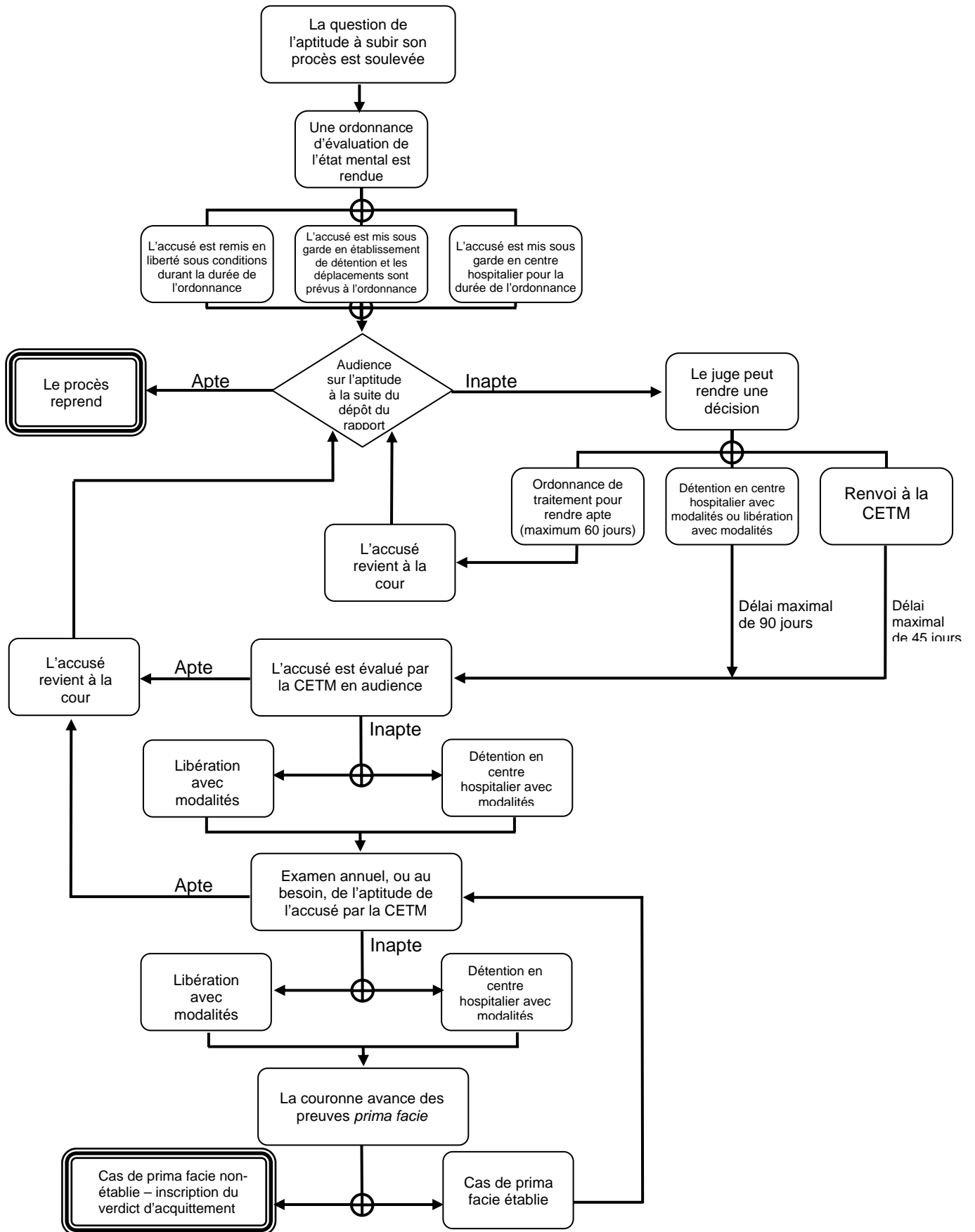
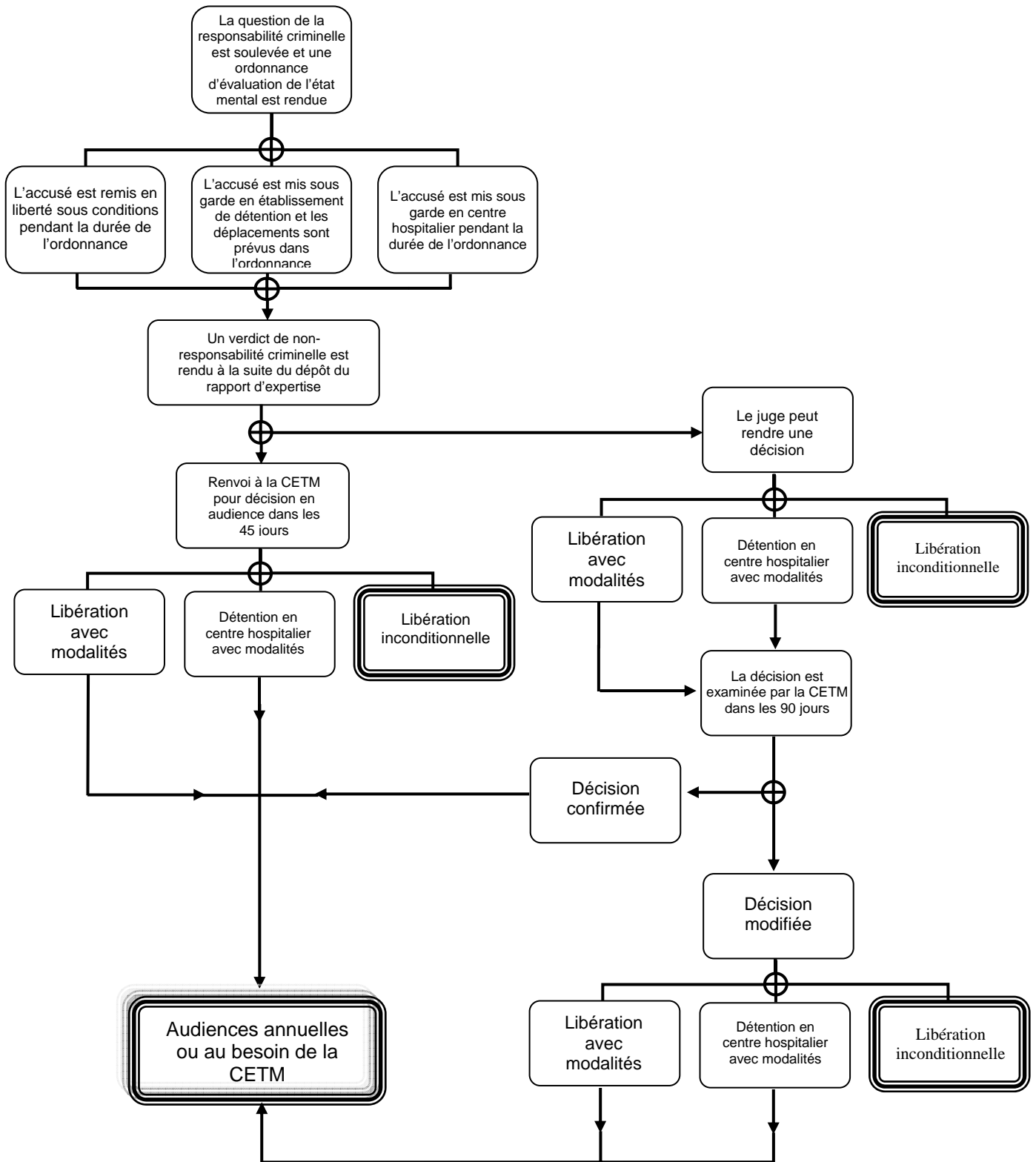


FIGURE 2

PROCÉDURES CLÉS DE L'ÉVALUATION DE L'APTITUDE À SUBIR UN PROCÈS



**FIGURE 3**  
**PROCÉDURES CLÉS DE LA DÉTERMINATION DE LA RESPONSABILITÉ CRIMINELLE**



## Aptitude à subir son procès

Selon l'article 672.22 du Code criminel, toute personne est présumée apte à subir son procès sauf si le tribunal est convaincu de son inaptitude. Afin de déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès, le tribunal doit être saisi de la question et ordonner une évaluation de l'état mental de l'accusé. La question peut être soulevée d'office par le tribunal ou soumise par la défense ou la poursuite dans certains cas, à toute étape du processus judiciaire avant que le verdict ne soit rendu. La charge de prouver l'inaptitude incombe à la partie qui a soulevé la question (par. 672.23(2) du C. cr.). L'évaluation de l'aptitude d'un accusé à subir son procès porte sur l'examen de son état mental au moment où doit se tenir son procès et non pas au moment de la commission de l'infraction reprochée. Bien que la détermination de l'existence de troubles mentaux susceptibles d'altérer la capacité de l'accusé de comprendre les procédures intentées contre lui et d'assurer sa défense soit du ressort de l'expertise médicale, il appartient au juge des faits de déterminer si ces troubles mentaux rendent l'accusé inapte à subir son procès et de rendre le verdict en ce sens.

Dans le cas où l'accusé est jugé apte à subir son procès, les procédures se poursuivent comme si la question n'avait pas été soulevée (art. 672.28 du C. cr.). Lorsque l'accusé est détenu au moment du verdict d'aptitude, le tribunal peut ordonner qu'il soit maintenu en détention dans un hôpital jusqu'à la fin de son procès, si ce tribunal a des motifs raisonnables de croire qu'il deviendra inapte à subir son procès s'il est remis en liberté (art. 672.29 du C. cr.).

Si un verdict d'inaptitude est rendu à l'égard de l'accusé, le tribunal peut d'office mais doit, à la demande du poursuivant ou de l'accusé, tenir une audition pour déterminer quelle décision pourrait être prise envers l'accusé. Cette décision peut être de trois ordres : 1) libération sous conditions de l'accusé; 2) détention de l'accusé dans un hôpital désigné; ou 3) traitement de l'accusé pour une durée maximale de 60 jours si ni l'une ni l'autre des décisions précédentes n'a été rendue. La décision, autre que le traitement, rendue par le tribunal est de courte durée et doit être révisée par la CETM avant l'expiration du délai de 90 jours suivant le verdict d'inaptitude. Le tribunal peut aussi laisser à la CETM le soin de prendre la décision (par. 672.47(1) du C. cr.). Dans ce cas, la CETM doit, dans les meilleurs délais, tenir une audience et rendre une décision au plus tard 45 jours après le prononcé du verdict (par. 672.47(1) du C. cr.), à moins qu'en raison de circonstances exceptionnelles, le tribunal ait prolongé ce délai à 90 jours (par. 672.47(2) du C. cr.). Dans un cas comme dans l'autre, le tribunal est tenu de faire parvenir sans délai à la Commission le procès-verbal ainsi que tous les autres documents, renseignements et pièces soumis lors de l'audition (par. 672.52(2) du C. cr.). Jusqu'à ce qu'une décision soit rendue par la CETM, les conditions de remise en liberté ou de détention de l'accusé demeurent en vigueur (par. 672.46(1) du C. cr.), à moins que le tribunal, si la nécessité lui en est démontrée, ne les ait modifiées (par. 672.46(2) du C. cr.).

Le cas d'un accusé déclaré ISP fera l'objet de deux suivis différents : l'un sur le plan de son aptitude à subir son procès et l'autre sur le plan de la preuve nécessaire pour lui faire subir son procès. Sur le plan de l'aptitude, le suivi se fait dans le cadre de révisions périodiques qui consistent à déterminer si l'inaptitude persiste et si les décisions relatives à la détention ou aux conditions de la libération de l'accusé doivent être modifiées. Une révision par la CETM doit avoir lieu au moins une fois par année. Elle peut aussi avoir lieu en tout temps afin de permettre d'ordonner le retour de l'accusé devant le tribunal dès qu'il redevient apte à subir son procès. Le président de la CETM peut aussi, si l'accusé et le responsable de l'hôpital où il est détenu y consentent, ordonner le renvoi de l'accusé devant le tribunal sur étude du dossier et sans audience si les conditions suivantes sont réunies : l'accusé est apte et la Commission ne

tiendra pas d'audience dans un délai raisonnable (par. 672.48(3) du C. cr.). Si la Commission détermine que l'accusé est encore inapte au moment de l'audience, elle doit rendre une décision de libération sous conditions ou de détention dans un hôpital, conformément à l'article 672.54 du Code criminel. Parallèlement, une révision périodique *prima facie* de la preuve de l'infraction reprochée est prévue devant le tribunal tous les deux ans dans le cas des contrevenants adultes et tous les ans dans le cas des adolescents. Cette audition vise à déterminer s'il existe toujours suffisamment d'éléments de preuve pour que l'accusé subisse son procès. Le fardeau de la preuve appartient à la poursuite et l'accusé pourra être acquitté si la preuve contre lui n'est pas suffisante (*prima facie*).

### Traitement pour rendre apte

Le traitement d'une personne qui souffre de troubles mentaux n'est possible que si elle y consent ou si la Cour supérieure (Chambre civile) l'autorise en vertu des règles du Code civil du Québec. Néanmoins, lors d'un verdict d'inaptitude, le poursuivant peut, dans certaines circonstances, demander au juge de la Chambre criminelle et pénale de rendre une ordonnance visant à forcer un accusé déclaré ISP à suivre un traitement d'une période maximale de 60 jours afin de le rendre apte à subir son procès (art. 672.58 du C. cr.). Cette décision ne doit être rendue que si le tribunal est convaincu, à la lumière du témoignage du médecin, qu'un traitement particulier est nécessaire pour que l'accusé devienne apte. Les critères applicables à une telle décision sont prévus dans le paragraphe 672.59(2) du Code criminel. Le médecin témoignera avoir évalué l'accusé et considéré :

- a) qu'il est inapte à subir son procès;
- b) que le traitement psychiatrique et tout autre traitement médical connexe qu'il précise le rendront vraisemblablement apte à subir son procès dans un délai maximal de 60 jours et que, en l'absence de ces traitements, l'accusé demeurera vraisemblablement inapte à subir son procès;
- c) que ces traitements n'entraînent pas pour l'accusé un risque démesuré, compte tenu des bénéfices escomptés;
- d) qu'ils sont les moins sévères et les moins privatifs de liberté qui, dans les circonstances, pourraient être prescrits.

Une décision de traitement ne peut être rendue sans que l'accusé ait été informé par écrit de la demande (art. 672.6 du C. cr.), y compris ses parents dans le cas d'un adolescent (art. 141(2) de la LSJPA). L'accusé peut contester la demande (par. 672.6(2) du C. cr.) et le tribunal peut ordonner le traitement sans le consentement de l'accusé (par. 672.62(2) du C. cr.). Toutefois, une décision de traitement ne peut être rendue sans le consentement du responsable de l'hôpital où l'accusé doit subir le traitement ou de la personne chargée de ce traitement (par. 672.62(1) du C. cr.). Tout traitement médical est possible sauf la psychochirurgie ou la sismothérapie ou un autre traitement interdit, désigné par règlement (art. 672.61 du C. cr.).

### Responsabilité criminelle

Selon le paragraphe 2 de l'article 16 du Code criminel, chacun est présumé ne pas avoir été atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle. Cette présomption peut toutefois être renversée et la partie qui entend démontrer que l'accusé était atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle a la charge de le prouver. Pour être jugé non responsable (NRCTM), l'accusé doit avoir été, au moment de la commission du crime, incapable de juger de la nature et de la qualité de l'acte ou de l'omission ou de savoir que l'acte ou l'omission était mauvais (art. 672.34 du C. cr.).

Comme dans le cas d'un accusé déclaré ISP, le tribunal peut ou non rendre une décision à l'égard de l'accusé déclaré non responsable (NRCTM) et, s'il le fait, cette décision n'est valide que pour un temps limité, puisque la CETM doit la revoir dans un délai de 90 jours. Cette décision peut être : 1) une libération inconditionnelle si l'accusé ne représente pas un risque important pour la sécurité du public; 2) une libération sous conditions; ou 3) une détention dans un hôpital désigné dans l'arrêté ministériel. Si le tribunal ne rend pas de décision lors de l'audition, les conditions de remise en liberté ou de détention de l'accusé demeurent en vigueur jusqu'à ce que ce dernier soit vu par la CETM, au plus 45 jours après le verdict, à moins que ne soit démontrée au tribunal la nécessité de les changer.

### **Décisions rendues par le tribunal ou la CETM**

C'est l'article 672.54 du Code criminel qui énonce les décisions que peut rendre le tribunal ou la CETM à l'égard d'un accusé déclaré ISP ou non responsable (NRCTM). La décision entre en vigueur le jour où elle est rendue ou à la date ultérieure que fixe le tribunal ou la CETM, et le demeure jusqu'à ce que la Commission tienne une audience pour la réviser et rendre une nouvelle décision (art. 672.63 du C. cr.). Dans tous les cas, la décision rendue doit être la moins sévère et la moins privative de liberté, compte tenu des critères imposés par la loi, à savoir la nécessité de protéger le public face aux personnes dangereuses, l'état mental de l'accusé, ses besoins et la nécessité de sa réinsertion sociale. Dans le cas d'un jeune contrevenant, en sus de ces critères, le décideur doit prendre en considération l'âge et les besoins spéciaux de l'adolescent ainsi que les observations présentées par les parents (par. 141(6) de la LSJPA). Il ne peut prescrire de traitement, notamment un traitement psychiatrique, pour l'accusé ou ordonner que celui-ci s'y soumette. Sa décision peut toutefois comporter une condition relative à un traitement que le tribunal ou la CETM estime raisonnable et nécessaire aux intérêts de l'accusé et à laquelle celui-ci consent (par. 672.55(1) du C. cr.).

Comme nous l'avons mentionné précédemment, seuls les accusés déclarés non responsable (NRCTM) peuvent bénéficier d'une libération inconditionnelle, pourvu qu'ils ne mettent pas la sécurité du public en danger. Une décision de libération sous conditions permet à l'accusé de résider dans la communauté sous réserve des modalités énoncées dans la décision. Habituellement, ces modalités prévoient, entre autres, que l'accusé doit communiquer avec le responsable de l'hôpital ou se présenter à lui. Quant à la décision de détention de l'accusé dans un hôpital, le lieu de détention doit être un hôpital désigné dans l'arrêté ministériel 2005-013 et la détention peut être assortie de modalités, telles que le niveau de sécurité requis et les privilèges d'accès à la communauté. Dans le contexte de cette libération sous conditions ou de cette détention à l'hôpital, la CETM peut déléguer au responsable de l'hôpital le pouvoir d'assouplir ou de resserrer les privations de liberté de l'accusé à l'intérieur des limites prévues par l'ordonnance et sous réserve des modalités de celle-ci. Toute modification qu'ordonne ainsi cette personne est réputée être une décision de la Commission (par. 672.56(1) du C. cr.). Le responsable de l'hôpital qui, en conformité avec cette délégation de pouvoir, décide de resserrer d'une façon importante les privations de liberté de l'accusé, est tenu de porter cette décision au dossier de l'accusé et de l'en aviser dès que possible et, si le resserrage des privations demeure en vigueur pendant plus de sept jours, il doit aussi en informer la CETM (par. 672.56(2) du C. cr.).

## **Processus de révision des décisions rendues**

Une révision périodique de chaque cas par la CETM est prévue dans le Code criminel (art. 672.81). Il s'agit de la révision annuelle, de la révision à la demande de la personne responsable de l'hôpital où l'accusé est détenu ou doit se présenter, de la révision à la suite d'un avis selon lequel la personne responsable de l'hôpital a resserré de façon importante les privations de liberté de l'accusé pendant une période de plus de sept jours et, finalement, la révision en vue du placement d'un accusé condamné pour une autre infraction à une peine d'emprisonnement, soit le condamné à double statut. La CETM peut également procéder à une révision facultative du cas, de sa propre initiative ou à la demande de l'accusé ou de toute autre partie (art. 672.82 du C. cr.).

Une décision rendue par le tribunal ou la CETM peut faire l'objet d'un appel à la Cour d'appel pour tout motif de droit, de fait ou mixte de droit et de fait. Les règles habituelles applicables en matière d'appel s'appliquent à la procédure et aux décisions qui peuvent être rendues par la Cour d'appel.

L'accusé qui ne respecte pas les conditions prévues dans la décision ou dans l'ordonnance d'évaluation peut être arrêté par un agent de la paix, avec ou sans mandat, et comparaître devant un juge de paix. Les articles 672.9 à 672.94 du Code criminel régissent le pouvoir d'arrestation de l'agent de la paix et la procédure qui s'ensuit. Le mandat lancé dans une province à l'égard d'un accusé soumis à une ordonnance d'évaluation peut être exécuté en tous lieux au Canada et un agent de la paix peut arrêter un accusé sans mandat en tous lieux au Canada s'il a des motifs raisonnables de croire que l'accusé a contrevenu ou a fait volontairement défaut de se conformer aux conditions prévues dans la décision ou l'ordonnance d'évaluation ou qu'il est sur le point de le faire (art. 672.91 du C. cr.).

## **LES DIFFICULTÉS D'APPLICATION DU CADRE LÉGAL DE LA PARTIE XX.1 DU CODE CRIMINEL**

### **Le contenu de l'ordonnance et sa forme**

Lorsqu'il rend son ordonnance d'évaluation (voir l'annexe 3), le tribunal fixe le délai maximal à l'intérieur duquel l'évaluation doit être faite et il désigne la personne, le service ou l'hôpital où elle doit être effectuée. Il doit aussi décider de la remise en liberté ou de la garde de l'accusé pendant l'évaluation. Ainsi l'ordonnance d'évaluation :

- « désigne la personne ou le service chargé de l'évaluation ou l'hôpital où celle-ci doit être faite (al. 672.13(1)a) du C. cr.);
- précise si l'accusé doit demeurer sous garde pendant que l'ordonnance est en cours de validité (al. 672.13(1)b) du C. cr.);
- fixe la période durant laquelle l'évaluation doit avoir lieu, notamment celle de l'évaluation elle-même et celle des déplacements nécessaires (al. 672.13(1)c) du C. cr.) ».

La personne, le service ou l'hôpital chargé de l'évaluation

L'article 672.1 du Code criminel définit le terme « hôpital » comme suit : lieu d'une province désigné par le ministre de la Santé de la province en vue de la garde, du traitement ou de

l'évaluation d'un accusé visé par une décision ou une ordonnance d'évaluation ou de placement. Au Québec, le ministre de la Santé et des Services sociaux a déposé, le 25 août 2005, l'arrêté ministériel 2005-013 en vertu duquel il a désigné 50 établissements pour la garde, le traitement ou l'évaluation des accusés, dont 2 établissements spécifiquement pour les adolescents (voir l'annexe 2). Ces établissements ont non seulement l'obligation de prendre en charge l'évaluation de l'état mental des accusés, mais aussi d'assurer leur garde dans le cours du processus judiciaire et à l'issue de celui-ci lorsque cette évaluation leur est ordonnée par le tribunal ou la CETM, selon le cas.

L'identité de la personne ou du service chargé de l'évaluation est rarement inscrite dans l'ordonnance puisque habituellement, l'ordonnance mentionne l'hôpital où elle doit être réalisée. Cet hôpital demeure un lieu désigné au sens de l'arrêté ministériel 2005-013. Néanmoins, le Comité précise que l'expression « le service chargé de l'évaluation » est beaucoup plus large et permet l'inscription, notamment, de l'infirmier d'un établissement de détention ou de l'unité psychiatrique d'un hôpital<sup>11</sup>.

L'évaluation de l'état mental doit être faite par un médecin ou toute autre personne désignée par le Procureur général du Québec (PGQ) comme étant qualifiée (art. 672.1 du C. cr.). Le Comité souligne que le PGQ n'a procédé à aucune désignation afin de permettre à d'autres professionnels que des médecins d'évaluer l'état mental d'un accusé. Cependant, ce pouvoir discrétionnaire du PGQ a été introduit afin de tenir compte de la pénurie de médecins dans certaines régions, de sorte que, par exemple, des psychologues qualifiés pourraient être autorisés à évaluer l'état mental d'un accusé.

#### La durée de validité de l'ordonnance d'évaluation

La durée de validité d'une ordonnance d'évaluation de l'état mental ne peut généralement pas dépasser 30 jours (art. 672.14 du C. cr.). En outre, une ordonnance d'évaluation de l'état mental visant à déterminer l'aptitude à subir son procès ne peut être rendue pour une période supérieure à 5 jours, sauf si l'accusé et le poursuivant y consentent, mais elle ne peut toutefois dépasser 30 jours (par. 672.14(2) du C. cr.). Cependant, le tribunal peut prolonger l'ordonnance pour la période qu'il juge nécessaire à l'évaluation de l'état mental de l'accusé (par. 672.15(1) du C. cr.) ou en raison de circonstances exceptionnelles (par. 672.14(3) du C. cr.), pourvu que l'ensemble de l'ordonnance et ses prolongations n'excèdent pas 60 jours (par. 672.15(2) du C. cr.).

Indépendamment de la durée de validité de l'ordonnance d'évaluation, le Code criminel prévoit, dans l'article 672.191, que dès la fin de l'évaluation, l'accusé qui en a fait l'objet doit comparaître dans les plus brefs délais. Ainsi, même si la période fixée sur l'ordonnance pour procéder à l'évaluation est de 15 jours par exemple, lorsqu'elle est terminée, même après 5 jours, la personne, le service ou l'hôpital responsable de l'évaluation doit aussitôt en informer le tribunal afin que l'accusé puisse comparaître sans attendre la date fixée.

#### Les lieux de détention durant l'évaluation

En ce qui concerne la détermination de la mise sous garde ou de la remise en liberté de l'accusé pendant la période de validité de l'ordonnance d'évaluation, l'article 672.16 du Code

---

11. On pourrait même, en théorie, désigner le service d'un hôpital non désigné dans l'arrêté ministériel.



criminel prévoit que la priorité est accordée à la remise en liberté et que l'accusé n'est détenu que conformément aux conditions suivantes :

- a) Le tribunal est convaincu que la détention de l'accusé est nécessaire pour évaluer son état mental ou un médecin établit que la détention est souhaitable pour évaluer l'état mental de l'accusé et celui-ci y consent.
- b) L'accusé doit être détenu pour une autre raison ou en vertu d'une autre disposition du Code criminel.
- c) Le poursuivant a démontré que la détention de l'accusé est justifiée au sens du paragraphe 515(10) du Code criminel<sup>12</sup>.

La remise en liberté ou non d'un accusé soumis à une ordonnance d'évaluation de son état mental a son importance puisqu'une remise en liberté permet que l'évaluation se fasse en clinique externe ou en cabinet médical, ce qui, en matière de coûts et de ressources nécessaires, a un impact moindre que lorsque l'accusé est détenu en milieu carcéral ou en milieu hospitalier. Relativement à cette question, le Comité signale qu'il n'existe aucune donnée sur le statut (détenu sous garde ou remis en liberté sous conditions) d'un accusé pour lequel une ordonnance d'évaluation de l'état mental est rendue. Toutefois, selon un sondage maison réalisé auprès de la magistrature par leur représentant au Comité (voir l'annexe 5), il appert qu'un accusé visé par une ordonnance d'évaluation de l'état mental est très rarement remis en liberté et, le cas échéant, il s'agit un peu plus souvent d'une ordonnance d'évaluation de la responsabilité criminelle que d'une ordonnance d'évaluation de l'aptitude à subir son procès.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cet état de fait. Par exemple, l'accusé présente une désorganisation psychique telle qu'il n'est pas en mesure de donner un mandat clair de défense à un avocat afin que ce dernier agisse dans le cadre de l'enquête pour remise en liberté. Ou encore, l'accusé ne peut, faute de compréhension, s'engager à respecter des conditions de remise en liberté. Dans d'autres cas, l'accusé n'a pas de domicile fixe, ni de proche susceptible de s'en porter garant. Ces éléments, et d'autres qu'il serait trop long d'énumérer, font en sorte que le plus souvent la défense renonce au délai pour tenir l'enquête sur remise en liberté, qui est alors presque toujours reportée après que l'évaluation de l'état mental, du moins quant à l'aptitude, soit complétée.

De l'avis de plusieurs membres du Comité, la disponibilité de ressources d'hébergement offrant du soutien et de l'encadrement structurés, adaptées à la clientèle de la psychiatrie légale, faciliterait le recours plus fréquent à la remise en liberté sous conditions dans les cas où un accusé est soumis à une ordonnance d'évaluation de son état mental. À ce sujet, un projet pilote de ressource d'hébergement pour la clientèle des accusés qui font l'objet d'une ordonnance d'évaluation sur l'aptitude à subir un procès est en cours en Outaouais. Dans cette région, une entente avec le Centre d'aide en situation de crise 24/7 a été conclue en vue qu'un intervenant du centre puisse se présenter au tribunal sur demande afin d'évaluer la possibilité qu'un accusé soit hébergé au centre de crise le temps que l'évaluation sur l'aptitude à subir son procès soit réalisée.

Lorsque le tribunal décide que l'accusé doit être détenu sous garde, il peut confier la garde à un hôpital désigné ou à un établissement de détention. Il peut aussi prévoir le déplacement de l'accusé sous garde d'un lieu de détention vers un lieu d'évaluation, notamment un hôpital

---

12. Il s'agit des conditions générales de remise en liberté, applicables à toute personne accusée en vertu du Code criminel, c'est-à-dire que sa détention est nécessaire pour assurer sa présence au tribunal, pour la protection ou la sécurité du public ou pour ne pas miner la confiance du public envers l'administration de la justice.

désigné, en précisant les modalités particulières de ce déplacement. Pour déterminer le lieu de garde pendant l'évaluation, les motifs qui justifient la détention de l'accusé devraient être considérés ainsi que la mission respective de chacun des établissements, à savoir l'administration de soins médicaux qui nécessitent une hospitalisation dans le cas des hôpitaux et la sécurité publique dans le cas des établissements de détention.

Quant à la double désignation du lieu de garde ou la désignation conjointe entre un établissement de détention et un hôpital désigné, elle pose divers problèmes d'application. En effet, rien ne permet à un hôpital désigné, responsable de la garde, de transférer cette garde à un tiers, qu'il s'agisse d'un autre hôpital désigné ou d'un établissement de détention. De même, la loi ne permet pas à un établissement de détention de transférer un accusé vers un hôpital désigné, sauf si l'ordonnance d'évaluation précise les modalités particulières de son déplacement (al. 672.13c)i) du C. cr.) et est correctement libellée à cette fin.

### **Ordonnance combinée**

Régulièrement, les tribunaux rendent des ordonnances combinées, c'est-à-dire qu'ils demandent d'évaluer à la fois l'aptitude de l'accusé à subir son procès et sa responsabilité criminelle. Une telle pratique est à proscrire puisqu'elle pose des difficultés sur le plan légal et éthique.

Lorsqu'il rend une ordonnance combinée, le tribunal ne peut valablement présumer à ce stade que l'accusé a commis l'infraction reprochée alors qu'on s'interroge sur son aptitude à subir son procès. Le tribunal devrait ordonner une évaluation de la responsabilité criminelle seulement après que la poursuite se soit acquittée du fardeau de la preuve de l'*actus reus* et de la *mens rea*<sup>13</sup>. De plus, l'ordonnance combinée allonge le processus de détermination de l'aptitude, qui ne doit durer que cinq jours.

Par ailleurs, des médecins et des psychiatres ont exprimé leur malaise, sur le plan éthique, d'évaluer la responsabilité d'un accusé avant que le tribunal ait statué sur la demande d'évaluation de l'aptitude et avant que la poursuite se soit déchargée de son fardeau de preuve. De même, en pareil cas, le tribunal reçoit deux évaluations et prend connaissance d'informations qu'il ne devrait pas connaître, puisque l'*actus reus* de l'infraction n'est pas encore prouvé.

### **Le responsable de l'hôpital**

La partie XX.1 du Code criminel ne précise pas qui est le responsable de l'hôpital mais, de façon implicite, le directeur général de l'établissement est visé. Comme il n'est pas réaliste de penser que ce dernier puisse agir lui-même auprès des tribunaux ou de la CETM, la désignation d'un représentant, qui dans tous les cas doit être en mesure de prendre des décisions, est nécessaire. En outre, l'hôpital désigné doit informer les autres parties en cause de cette

---

13. Dans les juridictions qui privilégient la *sécurité juridique*, l'acte matériel de culpabilité (*actus reus*) doit être complété par la preuve de l'intention criminelle (*mens rea*) pour que le comportement de l'accusé puisse être juridiquement qualifié d'infraction criminelle. Une fois cette qualification exécutée, la juridiction saisie de l'affaire pourra se prononcer sur la culpabilité – ou non – de l'accusé.

nomination, l'absence d'une telle nomination ou l'omission d'en informer les parties en cause engendrant des problèmes dans les transactions, non seulement avec les tribunaux et la CETM, mais aussi avec les services policiers. Voici un exemple : le signalement d'un manquement à une ordonnance ou à une décision de la CETM, envoyé aux services policiers par l'archiviste médicale de l'unité de psychiatrie légale à l'aide du formulaire prévu à cette fin (voir l'annexe 3) n'a pas été pris en compte par le corps policier parce que le document n'était pas signé par le responsable de l'hôpital ou un médecin mais plutôt par l'archiviste. En d'autres mots, le corps policier n'avait pas été avisé, par les autorités compétentes, que l'archiviste était le « responsable de l'hôpital » (son représentant).

## ÉTUDES ET DONNÉES STATISTIQUES SUR LA PSYCHIATRIE LÉGALE AU QUÉBEC – UN APERÇU

### Sources de données

Au Québec, on trouve peu de sources d'informations et de données statistiques sur les activités de psychiatrie légale associées à la partie XX.1 du Code criminel. De son côté, le MJQ ne tient aucun registre concernant les ordonnances d'évaluation de l'état mental rendues par les tribunaux de compétence criminelle du Québec. La seule donnée disponible sur le sujet au MJQ a trait au nombre d'ordonnances de détention dans un hôpital pour traitement, rendues exclusivement par la Cour du Québec. Du côté de la CETM, les rapports annuels de gestion produits par le TAQ ne fournissent que des données globales et générales, notamment le nombre de dossiers en cours à la fin de l'année, le nombre de nouveaux dossiers ouverts, le nombre de dossiers fermés, le nombre d'audiences et leur répartition par région sociosanitaire de même que le respect des délais légaux. Toutefois, d'autres données plus spécifiques sont recueillies par la CETM, sans par ailleurs être organisées et analysées de façon systématique afin que l'on puisse en tirer des interprétations ou en suivre l'évolution. C'est pourquoi le Comité s'est également servi des données d'un rapport de recherche sur les systèmes de commissions d'examen au Canada, publié en 2006 par la Division de la recherche et de la statistique du ministère de la Justice du Canada, et de celles rapportées dans un document non publié, produit en 2008 par l'ancien président de la CETM, M<sup>e</sup> Lucien LeBlanc.

Du côté du MSSS, deux sources de données globales et générales sont disponibles. Il s'agit des fichiers de la RAMQ, plus précisément de la facturation des actes désignés dans le Programme de rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec<sup>14</sup>. Cependant, les fichiers de la RAMQ ne font pas état des évaluations de l'état mental réalisées à l'IPPM, puisque les experts qui réalisent ces évaluations sont rémunérés à même le budget de fonctionnement de cet établissement. Afin de pallier ce manque, le Comité a mis à contribution les statistiques recueillies à l'IPPM, de même que celles qu'il a pu obtenir de quelques établissements désignés dans l'arrêté ministériel 2005-013. De même, la presque totalité des évaluations réalisées dans le cadre des audiences de la CETM ne figurent pas dans les fichiers de la RAMQ, entre autres parce que la CETM ne rend pas d'ordonnance en vue d'obtenir les rapports d'expertise psychiatrique nécessaires à la tenue de ses audiences. De plus, les fichiers de la RAMQ ne donnent aucune information, outre le motif, sur le contenu des ordonnances, tel que le lieu de garde ordonné, ou les actes d'accusation en cause.

---

14. Voir la note 10 (bas de page).

Une autre source de données disponibles au MSSS provient des rapports financiers annuels produits par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, dont spécifiquement le nombre de jours-présence d'un usager hospitalisé en vertu d'une ordonnance de la cour ou d'une décision de la CETM, rendues en vertu du Code criminel, relativement à l'évaluation, au traitement ou à la garde ou à la suite du lancement d'un mandat de dépôt (centre d'activité 6100 du *Manuel de gestion financière du MSSS*) ainsi que la charge financière qui y est associée.

En conséquence, pour en connaître davantage sur l'ampleur des activités imputées aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux à la suite de demandes en provenance des tribunaux de juridiction criminelle au Québec, le Comité a dû se rabattre sur des sources de données complémentaires mais, malheureusement, partielles et incomplètes. La première est une étude spéciale du Centre canadien de la statistique juridique, publiée en 2003, sur les accusés atteints de troubles mentaux dans le système de justice pénale. Une autre étude (Crocker, Favreau et Caulet), publiée en 2002 et visant à déterminer l'influence du sexe de l'accusé sur les caractéristiques et l'issue des ordonnances d'évaluation portant sur son ASP, a été utilisée car les auteurs y donnent une liste de certaines caractéristiques des ordonnances rendues en 1992-1997, toutes exécutées par les experts de l'IPPM, dans l'un ou l'autre des établissements suivants : l'IPPM, la Maison de détention Tanguay et l'établissement de détention de Rivière-des-Prairies. Finalement, une étude commandée par le MSSS sur la clientèle de psychiatrie légale de la région de Montréal, réalisée en 2003 par Christiane Cardinal et Gilles Côté, a été utilisée. Cette étude dresse un portrait non seulement du profil des ordonnances d'évaluation en provenance des tribunaux, mais aussi des rapports d'expertise produits en réponse à ces demandes ainsi que des caractéristiques sociodémographiques et des antécédents psychiatriques et judiciaires de la population à l'étude.

### **Ampleur de la demande**

Depuis une dizaine d'années, on assiste au Canada et ailleurs dans le monde à une augmentation significative de la clientèle dite psycholégale, qui se traduit par un nombre croissant de lits et de ressources assignés aux personnes déclarées ISP ou NRCTM (Ministère de la Justice du Canada, 2006; Schneider, Forestell et MacGarvie, 2002 in Cardinal et Côté, 2003). Selon l'étude du ministère de la Justice du Canada sur les commissions d'examen au Canada (2006), en 1994-1995, 1,2 affaire de tribunaux pour adultes sur 1000 a été transférée à des commissions d'examen des troubles mentaux tandis qu'en 2003-2004, ce ratio est passé à 1,8 pour 1000, soit une augmentation de 50 % (p. 12). De l'avis des auteurs de cette étude, cela indique que les tribunaux sont plus susceptibles qu'avant de rendre un verdict de NRCTM ou de déclarer un accusé ISP ou encore que la question des troubles mentaux est soulevée plus souvent en cour. Selon cette même étude, de 1992 à 2004, c'est au Québec que le plus grand nombre d'affaires a été traité devant la CETM, soit plus qu'en Ontario (3 777 comparativement à 3 210), dont la population est pourtant plus grande.

De fait, les statistiques démontrent que le nombre de dossiers en cours à la CETM du Québec n'a pas cessé d'augmenter depuis 2002-2003, passant de 1 091 à 1 829 au 31 mars 2009 (CETM, avril 2009; LeBlanc, non publié). D'une part, cette augmentation s'explique par la croissance constante du nombre de nouveaux dossiers ouverts chaque année (422 en 2002-2003 comparativement à 543 en 2007-2008). D'autre part, le nombre de dossiers fermés chaque année diminue (509 en 2002-2003 comparativement à 417 en 2007-2008). Cette augmentation du nombre de dossiers en cours a un impact direct sur le nombre d'audiences

tenues par la Commission chaque année, lequel est passé de 1 443 en 2002-2003 à 1 771 en 2007-2008, soit une augmentation de 21,8 % en 6 ans.

Cette augmentation se reflète aussi dans les fichiers de la RAMQ et les statistiques compilées par l'IPPM. Selon ces données, le nombre d'évaluations de l'état mental d'un accusé réalisées au Québec à la suite d'une ordonnance rendue en vertu du Code criminel est passé de 2 462 en 2005-2006 à 2 893 en 2007-2008, soit une augmentation de 17,5 % en 3 ans. À l'exclusion des évaluations réalisées par les experts de l'IPPM, les fichiers de la RAMQ permettent de constater que le coût total de ces évaluations a atteint 407 000 \$ en 2007-2008.

En ce qui concerne les évaluations effectuées en vertu de la LSJPA, leur nombre n'est pas connu. On sait cependant, à partir des données recueillies par le Directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP), que du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2007, la Chambre de la jeunesse a prononcé 3 verdicts de NRCTM et 1 déclaration d'ISP, alors qu'en 2004, elle a prononcé 7 verdicts de NRCTM et 2 déclarations d'ISP. De son côté, l'IPPM, l'un des deux hôpitaux désignés pour les adolescents dans l'arrêté ministériel 2005-013, rapporte qu'en 2007-2008, 9 évaluations de l'état mental ont été ordonnées par les tribunaux pour adolescents (1 sur l'aptitude à subir son procès, 4 sur la responsabilité criminelle et 4 ordonnances combinées), comparativement à 18 (6, 5 et 7 respectivement) en 2006-2007 et seulement 1 (sur l'aptitude à subir son procès) en 2005-2006. Le nombre d'ordonnances d'évaluation de l'état mental de mineurs accusés en vertu de la LSJPA varie donc d'une année à l'autre, à la hausse comme à la baisse.

En ce qui a trait aux ordonnances de détention pour traitement dans un hôpital, les données du MJQ indiquent que pour l'année 2007, 254 de ces ordonnances ont été rendues par la Chambre criminelle et pénale de la Cour du Québec. Il s'agit là d'une donnée partielle puisqu'elle ne tient pas compte des ordonnances de traitement rendues par les autres tribunaux de juridiction criminelle, dont les cours municipales. Dans l'étude de Cardinal et Côté (2003), sur 393 ordonnances rendues en 2001-2002 dont l'information était connue, 6,1 % étaient des ordonnances de traitement en vue de rendre l'accusé apte à subir son procès. En Mauricie—Centre-du-Québec, région pour laquelle le Comité a des statistiques détaillées, en 2008-2009, 16,4 % des ordonnances exécutées avaient trait au traitement de l'accusé en vue de le rendre apte à subir son procès (22 sur un total de 134). En Outaouais, région pour laquelle le Comité a obtenu l'information, aucune ordonnance de traitement en vertu du Code criminel n'est rendue. Dans cette région, l'établissement de santé qui assume la garde des accusés déclarés inaptes à subir un procès doit entreprendre des démarches auprès des tribunaux civils (Cour supérieure) afin d'obtenir une ordonnance de traitement. À notre connaissance, cette façon de faire semble être unique et se limite à cette région.

Au Québec, 403 lits d'hospitalisation sont assignés à la clientèle psycholégale, ce qui représentait, pour l'année 2006-2007, 14 % de tous les lits dressés en psychiatrie pour adultes. Si l'on tient compte de la population totale des personnes de 18 ans et plus au Québec en 2006, soit 5 996 930 habitants (ISQ, 2006), on obtient un rapport de 6,72 lits assignés à la psychiatrie légale par 100 000 adultes.

Concernant les lits assignés, ceux-ci sont répartis dans 11 unités de psychiatrie légale, elles-mêmes réparties dans 9 régions, soit le Saguenay—Lac-Saint-Jean (8 lits), la Capitale-Nationale (38 lits), la Mauricie—Centre-du-Québec (19 lits), l'Estrie (10 lits), Montréal (282 lits), l'Outaouais (13 lits), l'Abitibi-Témiscamingue (8 lits), Chaudière-Appalaches (2 lits) et les Laurentides (23 lits). Dans les autres régions, les accusés hospitalisés occupent des lits courants de psychiatrie adulte ou des lits de longue durée. Aussi, selon les données relatives au centre

d'activités 6100 des rapports financiers des établissements de santé, en 2007-2008, 152 778 jours-présence d'usagés hospitalisés en vertu d'une ordonnance de la cour ou de la CETM rendue en vertu du Code criminel ont été déclarés (MSSS, 2008), ce qui signifie que chaque jour, en moyenne, 419 lits d'hospitalisation sont occupés par une clientèle relevant des tribunaux de juridiction criminelle, et les coûts directs nets annuels de ces hospitalisations s'élevaient à près de 35 millions de dollars cette année-là.

Nous savons toutefois que ces chiffres sont sous-estimés, puisque des établissements de santé omettent de déclarer des données au centre d'activité 6100 même s'ils hospitalisent des accusés visés par un mandat de dépôt (privation de liberté). Il se peut également que ces établissements ne sachent pas qu'ils peuvent déclarer des données au centre d'activité 6100 même s'ils n'ont pas de lits assignés à cette clientèle, ou qu'ils ne connaissent pas ce centre d'activité propre à la psychiatrie légale.

En Ontario, dans son rapport au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de cette province, un comité d'experts (Panel consultatif d'experts en services psychiatriques médico-légaux, 2002) avait recommandé que 9,6 places par 100 000 adultes soient désignées pour les soins psychiatriques médico-légaux et qu'elles soient réparties de la façon suivante : 1,4 place par 100 000 adultes assignées au « séjour prolongé ou à sécurité maximale »; 5,2 places par 100 000 adultes assignées à la « garde régionale en milieu fermé »; et 3,0 places « protégées ou intégrées » par 100 000 adultes. Une place protégée ou intégrée est définie comme « une place qui n'a pas été comptabilisée dans le nombre d'unités et de lits pour patients du département psychiatrique médico-légal désigné par le Ministère, mais qui est occupée par des bénéficiaires de soins psychiatriques médico-légaux » (p. 13-14). Dans ce document, un bénéficiaire de soins psychiatriques médico-légaux est défini comme « une personne atteinte d'une maladie mentale grave qui a enfreint la loi et qui a été punie par le tribunal ou prise en charge par la Commission ontarienne d'examen aux termes de la partie XX.1 Troubles mentaux du Code criminel du Canada » (p. 13). Suivant la recommandation de ces experts, le Québec aurait un nombre suffisant de lits assignés à la clientèle psycholégale, mais il serait en déficit de 186 lits dits « protégés ou intégrés » aux lits courants d'hospitalisation ou de soins longue durée pour cette clientèle spécifique.

En conclusion, depuis plusieurs années, au Québec comme ailleurs, on assiste à une augmentation de la demande relative à la partie XX.1 du Code criminel de la part des tribunaux et de la CETM, ce qui se traduit par une augmentation de la charge de travail imputée aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux désignés dans l'arrêté ministériel 2005-013 et des besoins en soins psychiatriques médico-légaux, y compris l'hospitalisation.

### **Profils de la demande et de la clientèle**

L'origine de l'ordonnance, la nature de la demande qui y est associée et des infractions en cause, la durée de validité de l'ordonnance et le lieu de garde ordonné de l'accusé sont tous des éléments variables qui ont une incidence sur la charge de travail imputée aux établissements désignés dans l'arrêté ministériel et la production attendue de ces établissements. En effet, évaluer la responsabilité criminelle d'un accusé ne requiert pas nécessairement la même expertise qu'une évaluation de son aptitude à subir son procès. De même, la durée de validité de l'ordonnance n'est généralement pas la même lorsqu'il s'agit de l'évaluation de l'aptitude comparativement à celle de la responsabilité criminelle ou au traitement en vue de rendre apte. Et cette durée de validité, lorsque la garde est confiée à l'établissement de santé, a un impact direct sur le nombre de jours-présence de l'accusé dans

un lit d'hospitalisation. C'est pourquoi, le Comité a tenu à en savoir davantage sur ces différents éléments des ordonnances d'évaluation et de traitement rendues en vertu du Code criminel.

### Origine et nature des demandes

Comme nous l'avons déjà mentionné, on ne trouve aucun registre national, ni même d'informations systématiquement colligées, quant aux ordonnances d'évaluation ou de traitement rendues par les tribunaux de juridiction criminelle au Québec. Pour déterminer l'origine des demandes, nous devons nous rabattre sur une donnée partielle tirée de l'étude de Cardinal et Côté (2003) sur la clientèle de psychiatrie légale de la région de Montréal. Selon les résultats de cette étude, 86,2 % des ordonnances relatives à la partie XX.1 du Code criminel proviennent de la Cour du Québec, Chambre criminelle et pénale, et le reste (13,8 %), d'une cour municipale.

Lors d'un procès, le tribunal peut rendre plus d'une ordonnance relativement à la partie XX.1 du Code criminel. L'étude citée précédemment indique que dans 24,7 % des procès (n = 308), au moins 2 ordonnances ont été rendues. En fait, concernant les 295 accusés en cause, 398 ordonnances ont été rendues, soit une moyenne de 1,3 ordonnance par accusé. Les données recueillies en Mauricie-Centre-du-Québec confirment cette tendance puisque dans cette région, en 2008-2009, 135 ordonnances ont été exécutées relativement à 94 accusés différents, soit une moyenne de 1,4 ordonnance par accusé.

Concernant la nature des ordonnances d'évaluation rendues au Québec, les fichiers de la RAMQ et de l'IPPM indiquent qu'en 2007-2008, 41,6 % (n = 1 203) des évaluations de l'état mental d'un accusé portaient sur l'aptitude à subir son procès (ASP). Il s'agit d'une baisse par rapport à l'année 2005-2006, où cette proportion s'établissait à 53,4 % (n = 1 315). À l'inverse, la proportion des évaluations sur la responsabilité criminelle (RC) a connu une augmentation, passant de 34 % en 2005-2006 (n = 836) à 46 % en 2007-2008 (n = 1 328). Quant aux ordonnances d'évaluations combinées, qui portent à la fois sur l'ASP et la RC, leur nombre n'est pas connu. À titre indicatif toutefois, mentionnons que les résultats de l'étude de Cardinal et Côté (2003), portant exclusivement sur les évaluations réalisées par les experts de l'IPPM en 2001-2002, montrent que près de 30 % des demandes étaient des demandes d'évaluations combinées. Cette proportion est confirmée par les statistiques recueillies par l'IPPM pour l'année 2007-2008. En comparaison, dans l'étude de Crocker et de ses collaborateurs (2002) sur les demandes d'évaluations de l'ASP rendues au Québec de 1992 à 1997, seulement 14 % étaient des demandes d'évaluations combinées. Ainsi, malgré la controverse associée à ce type d'ordonnance d'évaluation de l'état mental, leur nombre semble s'être accru au cours des dernières années, d'où l'intervention récente du Directeur des poursuites criminelles et pénales à ce sujet.

Par ailleurs, 3,5 % des évaluations réalisées en 2007-2008 portaient sur la décision à rendre (n = 102), ce qui est bien en dessous du nombre réel d'expertises psycholégales réalisées sur cette question. En effet, comme nous l'avons déjà mentionné, la CETM ne rend pas d'ordonnance, ainsi que l'exige la RAMQ, en vue d'obtenir les rapports psychiatriques nécessaires à la tenue de ses audiences, lesquelles ont justement pour unique fonction de rendre des décisions à l'égard d'accusés déclarés ISP ou NRCTM. Aussi, la plupart des évaluations réalisées par les médecins en vue des audiences de la CETM sont codées à la RAMQ comme étant de la thérapie ou du suivi de dossier plutôt qu'une évaluation de l'état mental d'un accusé. Enfin, en 3 ans, soit de 2005-2006 à 2007-2008, seulement 1 demande

d'évaluation de l'état mental d'un accusé a été faite relativement à la mort de son enfant nouveau-né.

La plus grande proportion de demandes d'évaluation de l'état mental relatives à la RC se reflète dans le fait que, depuis plusieurs années, 95 % des dossiers traités à la CETM du Québec se rapportent à des accusés ayant reçu un verdict de NRCTM (CETM, avril 2009). À cet égard, le Québec se démarque des autres provinces canadiennes, puisque les verdicts de NRCTM y sont plus fréquents (taux plus élevé par habitant). De 1992 à 2004, seulement 1 cas sur 10 à la CETM au Québec était un cas d'inaptitude alors qu'en Ontario, il s'agissait de 4 cas sur 10 (Ministère de la justice du Canada, 2006, p.11).

#### Infractions en cause et caractéristiques de la clientèle

Selon les données disponibles (Cardinal et Côté, 2003; Crocker et autres, 2002), environ 70 % des causes judiciaires dans lesquelles une évaluation de l'état mental est ordonnée ont pour chef d'accusation le plus grave un crime de violence, tel que des voies de fait simples, des voies de fait graves ou des agressions armées (de 35 % à 40 % des cas) ou des menaces (15 % des cas). Dans près de 16 % des cas, le crime le plus grave se rapporte à la propriété (introduction par effraction, fraude, vol, etc.), alors que dans 5 % à 19 % des cas, selon l'étude considérée, des infractions mineures telles que des méfaits, des nuisances publiques ou des infractions contre l'application de la justice (bris de probation, omission de se conformer à un engagement, etc.) sont en cause. Du côté des commissions d'examen des troubles mentaux, l'étude réalisée par le ministère de la Justice du Canada (2006) montre que la majorité des contrevenants sous la juridiction d'une commission d'examen étaient accusés d'une infraction avec violence (72,6 %), 5,7 %, d'une infraction sexuelle et 21,7 %, d'une infraction sans violence (p. 17).

Quant aux caractéristiques de la clientèle, les études montrent que moins de 10 % des demandes d'évaluation de l'aptitude à subir un procès concernent des femmes (Crocker et autres, 2002) et que 85 % des clients des commissions d'examen des troubles mentaux au Canada sont des hommes (Ministère de la Justice du Canada, 2006). La moyenne d'âge des accusés des CETM est plus élevée que celle des accusés dans le système de justice pénale en général (médiane CETM = 35 ans contre 31 ans en général), donnée confirmée par les autres études au Québec (Cardinal et Côté, 2003; Crocker et autres, 2002). En outre, 75 % des accusés en cause sont célibataires, moins de 20 % occupent un emploi alors que près de 60 % reçoivent de l'aide sociale ou de l'assurance emploi (Cardinal et Côté, 2003; Crocker et autres, 2002). Enfin, dans l'étude de Crocker et ses collaborateurs, (2002) 14 % des femmes et 21 % des hommes n'ont aucun domicile fixe, alors que dans l'étude de Cardinal et Côté (2003), 13 % des accusés étaient dans cette situation au moment de la demande d'évaluation.

En ce qui concerne les antécédents judiciaires, environ 30 % des accusés visés par une ordonnance d'évaluation n'en ont pas. Chez les autres, 40 % ont de 1 à 5 antécédents, 32,2 %, de 6 à 20 antécédents et 25,3 %, de 21 à 60 antécédents. En outre, parmi ceux qui ont des antécédents judiciaires, un peu plus de 75 % ont commis des crimes de violence. Parmi la clientèle des commissions d'examen des troubles mentaux au Canada, 50 % des accusés déclarés ISP ou ayant reçu un verdict de NRCTM qui paraissent devant ces commissions à leur première audience n'ont jamais été reconnus coupables d'une infraction criminelle (Ministère de la Justice du Canada, 2006).



En ce qui concerne les antécédents psychiatriques, environ 75 % des clients des commissions d'examen des troubles mentaux au Canada ont reçu un diagnostic de schizophrénie ou de trouble affectif (bipolaire, schizoaffectif ou dépression majeure), 51,7 % ont seulement 1 diagnostic à leur dossier, alors que 29 % en ont 2 et 18,4 %, 3 ou plus (Ministère de la Justice du Canada, 2006). Le trouble lié à l'abus d'alcool ou de drogues, comme diagnostic secondaire, est présent chez 31,4 % des accusés ayant obtenu un verdict de NRCTM et 19,4 % des accusés déclarés ISP (Ministère de la Justice du Canada, 2006). Du côté des accusés soumis à une évaluation, de 77 % à 87 % ont des antécédents de soins psychiatriques et de 57 % à 71 % connaissent un problème de dépendance aux substances (Cardinal et Côté, 2003; Crocker et autres, 2002).

#### Lieu de garde ordonné et lieu de production de l'évaluation

Comme nous l'avons déjà mentionné, bien que l'article 671.16 du Code criminel prévoit que la priorité soit accordée à la remise en liberté dans le contexte d'une ordonnance d'évaluation de l'état mental d'un accusé, la très grande majorité de ces accusés sont mis sous garde durant la période prévue pour l'évaluation, soit dans un établissement de détention, soit dans un établissement hospitalier désigné dans l'arrêté ministériel. Au Québec, on ne trouve pas de données statistiques sur le lieu de garde indiqué dans les ordonnances d'évaluation rendues par les tribunaux. À titre indicatif toutefois, mentionnons que dans l'étude réalisée par Cardinal et Côté (2003), en 2001-2002, dans la région de Montréal, sur l'ensemble des 398 ordonnances prises en considération, 63,6 % mentionnaient un établissement de détention comme lieu de garde et le reste, soit 36,4 %, l'un des centres hospitaliers désignés pour la région dans l'arrêté ministériel, le plus souvent l'IPPM. Par contre, un écart important a été constaté entre le lieu de garde ordonné et le lieu de garde effectif. En effet, parmi les ordonnances examinées, 84,2 % ont impliqué dans les faits que les prévenus soient gardés en établissement de détention contre 15,8 % qui ont été gardés en centre hospitalier. Dans les autres régions, nous ne savons pas ce qu'il en est à ce sujet.

En ce qui a trait au lieu où l'évaluation doit être réalisée, les résultats de l'étude effectuée par Crocker et ses collaborateurs (2002), portant sur les ordonnances d'évaluation de l'aptitude à subir un procès rendues de 1992 à 1997 (toutes exécutées par les médecins de l'IPPM), indiquent que chez les hommes, 41,9 % des évaluations ont eu lieu en établissement de détention et 58,1 %, en centre hospitalier, alors que chez les femmes (n = 94), 81,3 % des évaluations, soit la majorité, ont eu lieu en établissement de détention. Dans l'étude faite par Cardinal et Côté (2003), concernant les ordonnances d'évaluation rendues en 2001-2002 et visant exclusivement des accusés de sexe masculin, également exécutées par les experts de l'IPPM, 57 % des évaluations ont été réalisées alors que l'accusé était en établissement de détention et 43 %, en centre hospitalier. Sur la base de ces données, au moins dans la région de Montréal et concernant les accusés de sexe masculin, il semble que le nombre d'évaluations de l'état mental réalisées en centre hospitalier tende à diminuer.

De leur côté, les fichiers de la RAMQ, qui indiquent aussi le lieu où l'évaluation est réalisée, montrent que dans les autres régions, l'évaluation est presque toujours faite en centre hospitalier, sauf dans les régions de la Capitale-Nationale où, en 2007-2008, 35,4 % des évaluations, tant sur l'aptitude à subir un procès que sur la responsabilité criminelle, ont été réalisées en établissement de détention. En Outaouais, dans la même année, la proportion d'évaluations réalisées en établissement de détention s'élevait à 29,9 %. En Estrie, seulement 1 évaluation a été faite en établissement de détention en 2007-2008, comparativement à 10 en 2005-2006.

Il faut souligner toutefois que le fait qu'une évaluation soit réalisée en centre hospitalier ne veut pas nécessairement dire que l'accusé y est également gardé. Il est possible que l'évaluation ait été réalisée en clinique externe, comme c'est souvent le cas en Mauricie–Centre-du-Québec. En pareil cas, ainsi que le prévoit l'alinéa 672.13(1)c) du Code criminel, l'accusé est transporté de l'établissement de détention où il est gardé au lieu désigné pour l'évaluation, le temps que celle-ci soit réalisée, puis ramené à l'établissement de détention par la suite. Selon les chiffres obtenus du CSSS de l'Énergie, le seul établissement hospitalier désigné pour la région 04, en 2008-2009, 71 évaluations de l'état mental d'un accusé sur un total de 112 (63,4 %) ont été réalisées en clinique externe, soit 53 sur l'ASP, 14 sur la RC et 4 combinées ASP+RC. Les 41 autres évaluations (7 sur l'ASP, 22 sur la RC, 8 combinées ASP+RC et 4 évaluations relatives à une ordonnance combinée de traitement et d'évaluation de la RC) ont été réalisées alors que l'accusé était admis en centre hospitalier pour y être gardé.

Quant au nombre d'évaluations de l'état mental d'un accusé réalisées en cabinet privé (groupe de médecine familiale, clinique médicale, organisme communautaire, etc.), ce qui pourrait laisser supposer que l'accusé ait été remis en liberté, les fichiers de la RAMQ montrent qu'en 2007-2008, leur nombre était vraiment minime (seulement 1 en Estrie et 12 en Outaouais).

#### Durée des évaluations réalisées

Les fichiers de la RAMQ indiquent que de 2005-2006 à 2007-2008, la proportion des évaluations de l'ASP d'un accusé réalisées dans un délai de 5 jours ou moins a diminué, passant de 69,7 % à 60,2 %. Rappelons que le Code criminel prévoit qu'une ordonnance d'évaluation de l'ASP d'un accusé ne puisse être rendue pour une période supérieure à 5 jours, sauf si l'accusé et le poursuivant y consentent. Concernant la proportion des évaluations de la RC réalisées dans un délai de 5 jours ou moins, elle est passée de 8,13 % en 2005-2006 à 4,1 % en 2007-2008. Ainsi, au total, indépendamment de la nature de l'évaluation, plus que 26,5 % des évaluations sont réalisées en 5 jours ou moins en 2007-2008, comparativement à 40 % en 2005-2006.

Les fichiers de la RAMQ révèlent également que dans les faits, le respect du délai prévu par le Code criminel pour la réalisation des évaluations sur l'ASP d'un accusé varie grandement d'une région à une autre. Ainsi, en 2007-2008, dans la région de la Capitale-Nationale, 95,5 % de ce type d'évaluation ont été réalisées en 5 jours ou moins, de même que dans les régions de l'Outaouais et du Saguenay–Lac-Saint-Jean où, pour la même année, 81 % et 93 % respectivement des évaluations sur l'ASP d'un accusé ont été réalisées en 5 jours ou moins. Par comparaison, dans la région de la Mauricie–Centre-du-Québec, la proportion des évaluations de ce type réalisées en 5 jours ou moins atteint à peine 17,2 %, alors qu'en Estrie, cette proportion s'élève à 30 %. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette variation dans le respect des délais, dont la disponibilité des ressources médicales ou encore la façon dont les services sont dispensés.

Relativement à la durée des évaluations de l'état mental, l'étude réalisée par Cardinal et Côté (2003) dans la région de Montréal rapporte qu'en 2001-2002, la Cour accordait en moyenne 24,4 jours pour procéder aux évaluations, soit 17,5 jours (écart-type de 9,23) pour celles portant sur l'ASP d'un accusé et 26,9 jours (écart-type de 11,3) pour celles relatives à la RC. On ne trouve aucune donnée sur cette question concernant les autres régions. Quant au temps mis par les experts de l'IPPM pour réaliser ces évaluations, l'étude rapporte que le nombre moyen de jours pour réaliser une évaluation, peu importe son type, était de 24,2 jours (écart-type de 16,02). Toutefois, la plus grande proportion d'évaluations sur l'ASP d'un accusé avait été

réalisée en 8 à 14 jours (34,8 %), alors que les évaluations sur la RC étaient plus souvent réalisées en 15 à 21 jours (20,7 %). La plus grande proportion d'évaluations nécessitant le plus de temps à réaliser a trait aux évaluations combinées (32,6 % ont exigé 22 à 28 jours).

#### Issue des évaluations

En ce qui a trait à l'issue des évaluations, les résultats de l'étude de Crocker et ses collaborateurs (2002) concernant l'aptitude à subir un procès indiquent que chez les femmes, 17,8 % des évaluations comportaient un avis d'inaptitude de la part de l'expert, alors que chez les hommes, seulement 10,3 % des évaluations ont eu pour résultat un tel avis. Dans l'étude de Cardinal et Côté (2003), 17,4 % des évaluations comportaient un avis d'inaptitude. Dans les deux régions pour lesquelles ces données sont disponibles, soit en Outaouais et en Mauricie–Centre-du-Québec, le pourcentage d'avis d'inaptitude à subir un procès est relativement stable. En Outaouais, il tourne autour de 25 %, sauf en 2008-2009, où il s'établissait à 36 %. En Mauricie–Centre-du-Québec, ce pourcentage tourne autour de 40 % pour les 2 dernières années. Selon les données disponibles, il semble que les avis d'inaptitude concernent des accusés dont le diagnostic indiqué dans le rapport se rapporte le plus souvent aux troubles psychotiques, à savoir 76,7 % des cas d'inaptitude (Cardinal et Côté, 2003).

Concernant les évaluations portant sur la RC, les résultats de l'étude de Cardinal et Côté (2003) révèlent que la moitié comportait un avis de NRCTM, alors que dans 9,2 % des cas, l'expert était dans l'incapacité de se prononcer sur la question. En Outaouais, depuis 2005, en moyenne 44 % des évaluations sur la RC comportent un avis de NRCTM. En Mauricie–Centre-du-Québec, en 2008-2009, 29 % des évaluations portant sur la RC ont eu pour résultat un avis de NRCTM. Dans ces cas aussi, ce sont principalement des diagnostics de troubles psychotiques qui sont posés (61 %), suivis par des diagnostics de troubles de l'humeur (33,1 %) (Cardinal et Côté, 2003).

Enfin, mentionnons que 95 % à 97 % des verdicts des tribunaux quant à la question soulevée sur l'état mental d'un accusé sont en parfait accord avec l'avis donné par l'expert dans son rapport, tant en ce qui a trait à l'ASP qu'en ce qui a trait à la RC.

#### **LA COMMISSION D'EXAMEN DES TROUBLES MENTAUX DU TRIBUNAL ADMINISTRATIF DU QUÉBEC**

La hausse du volume d'activités psycholégales se reflète sur la charge de travail de la CETM et, par conséquent, sur ses transactions avec les établissements du réseau de la santé. Ces transactions doivent suivre des règles de procédure strictes, édictées par le Code criminel. Afin de faciliter la compréhension de ces règles, le Tribunal administratif du Québec (TAQ) a produit un guide sur la CETM, disponible en version papier et accessible en version électronique sur son site Internet ([www.taq.gouv.ac.ca](http://www.taq.gouv.ac.ca)). Les informations qui suivent sont extraites de ce guide (TAQ, août 2007), du rapport annuel de gestion 2007-2008 du TAQ, du sommaire de l'état de situation fourni par M<sup>e</sup> LeBlanc (novembre 2008, non publié) et d'une présentation faite par les représentants de la CETM au Comité (voir l'annexe 6).

## **Fonction de la CETM**

Comme nous l'avons vu, la CETM est saisie de la cause d'un accusé dès qu'un verdict d'ISP ou de NRCTM est rendu à l'endroit de ce dernier par une cour de compétence criminelle. Elle ne peut agir que dans le cadre d'une audience, une décision ne pouvant être révisée, précisée ou modifiée que lors d'une nouvelle audience. La Commission siège toujours en formation d'au moins trois membres, dont obligatoirement un avocat et un psychiatre. Lorsqu'elle rend une décision, elle a la responsabilité de trouver un juste équilibre entre deux droits fondamentaux, à savoir la liberté de l'individu et la sécurité du public. Dans chaque cas, elle doit rendre la décision la moins sévère et la moins privative de liberté.

Afin de s'acquitter de cette tâche, la CETM est investie de vastes pouvoirs d'enquête. Elle dispose aussi du pouvoir d'assigner des témoins et de les contraindre à témoigner et à produire des documents, y compris des experts pour étudier le cas et fournir les renseignements demandés. Elle peut également lancer des mandats d'amener visant des accusés et ordonner des évaluations de leur état mental. Elle dispose d'un pouvoir de type inquisitoire qui lui permet d'obtenir tous les éléments de preuve pertinents, nécessaires à sa prise de décision. Ces éléments sont constitués du rapport psychiatrique du médecin traitant, d'un rapport de contre-expertise, le cas échéant, de tout autre document utile, des témoignages, des documents émanant des autorités judiciaires et policières, de l'ensemble des pièces déposées au dossier de l'accusé lors des audiences antérieures et de la déclaration de la victime, le cas échéant.

Généralement, les audiences de la CETM se tiennent à l'endroit où l'accusé est détenu ou à l'endroit où son suivi est effectué, afin de faciliter la présence de l'accusé et celle du personnel clinique et hospitalier. Toutefois, la Commission n'a aucune obligation de procéder ainsi. Elle peut, par exemple si on ne lui fournit pas un local adéquat, décider de tenir ses audiences dans une salle d'audience du TAQ, à Montréal ou à Québec, dans un palais de justice ou dans tout autre local, n'importe où dans la province. Au besoin, les audiences peuvent aussi être tenues à distance à l'aide d'un système de télécommunication, ce qu'on appelle la télé-audience. Cependant, la CETM doit obtenir le consentement de l'accusé afin de pouvoir procéder de cette façon. En 2007-2008, 48 audiences de la CETM (2,7 %) ont ainsi été tenues. Cette faible utilisation vient du fait que bien souvent, le son et l'image sont de mauvaise qualité ou encore que l'accusé est mal à l'aise face à cette façon de faire, de sorte qu'il donne une impression inexacte de lui-même. Aussi, selon les membres de la CETM, la télé-audience doit demeurer un moyen exceptionnel de tenir des audiences, du moins jusqu'à ce que la qualité de la communication soit améliorée. Elle peut donc difficilement être utilisée lors d'une première audience ou dans les cas de demande de levée de la garde en établissement.

## **Parties aux audiences**

À l'instar des audiences de tout tribunal, les audiences de la CETM sont publiques et toute personne qui désire y assister a le droit de le faire, à moins que la Commission ne décrète le huis clos. À l'exclusion d'une audience concernant une personne qui était mineure au moment de l'infraction, il est possible d'obtenir la date d'une audience de la CETM en s'adressant au secrétariat du TAQ.

Lors d'une audience, les parties de plein droit sont l'accusé et le responsable de l'hôpital où se tient l'audience. Il incombe à ce responsable de s'assurer de la présence de l'accusé à

l'audience. C'est pourquoi tout transfert d'un accusé à un autre hôpital que celui désigné par le tribunal ou la CETM nécessite d'obtenir au préalable l'autorisation de ces autorités judiciaires. En outre, ce transfert ne peut être fait que vers un autre hôpital désigné dans l'arrêté ministériel. Selon les représentants de la Commission, il arrive parfois que ce ne soit pas le cas, tout comme il arrive assez fréquemment que le responsable de l'hôpital ne soit pas présent aux audiences qui se tiennent dans son établissement. Cela pose des difficultés à la fois logistiques et légales pour la CETM, puisque le responsable de l'hôpital où l'accusé est censé être détenu ou suivi a, au premier chef et par l'entremise de l'équipe traitante, la responsabilité de s'assurer que l'accusé se conforme à la décision de la Commission. Le responsable de l'hôpital a aussi des droits à faire valoir lors des audiences, dont celui d'interroger et contre-interroger les témoins, de faire des représentations, de recevoir la décision et d'en appeler de la décision. La présence du responsable de l'hôpital permet en outre que la décision rendue par la Commission soit bien comprise par le personnel de l'établissement désigné, puisque les « zones grises » peuvent être clarifiées par des questions lors de l'audience.

La présence du médecin traitant de l'accusé et d'autres professionnels impliqués dans son suivi clinique (clinique externe, suivi en communauté, etc.), en plus de la production de leur rapport écrit, est considérée indispensable par la CETM. À son point de vue, la comparution et le témoignage de ces représentants de l'équipe soignante favorisent une meilleure prise de décision. Elle permet aux juges de poser des questions sur l'ensemble de la situation de l'accusé et de colliger des informations sur l'alliance thérapeutique. Elle permet aussi le contre-interrogatoire sur les rapports soumis et surtout d'éviter un ajournement qui aurait pour conséquence la nécessité de tenir une autre audience avant de rendre toute décision.

La présence du représentant du Directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP) aux audiences de la CETM n'est pas obligatoire et, pour en être une partie, celui-ci doit le demander. Or, selon la CETM, il arrive régulièrement qu'elle ne soit pas informée du désir du DPCP d'être une partie à l'audience. C'est pourquoi elle propose que le DPCP produise un avis de comparution chaque fois qu'il souhaite être partie à une audience. Concernant les représentants des établissements de santé, l'absence du DPCP aux audiences de la CETM suscite un malaise puisque, par défaut, le responsable de l'hôpital ou encore le médecin témoignant à l'audience doivent assumer en partie le rôle habituellement tenu par la poursuite dans les causes criminelles. Enfin, la CETM peut accorder le statut de partie à toute personne ayant démontré un intérêt substantiel dans les procédures afin de protéger les intérêts de l'accusé.

### **Local où se tient une audience**

Il appartient à l'établissement où l'audience est tenue de s'assurer qu'un local adéquat est disponible à cette fin. Ce local doit être facilement accessible à toute personne qui désire s'y rendre et être sécuritaire, c'est-à-dire que les personnes qui s'y réunissent doivent pouvoir le quitter rapidement et de façon sécuritaire en cas de danger ou de menaces pour leur intégrité physique. Il doit aussi être aménagé de façon à accommoder toutes les personnes présentes. L'établissement doit également mettre à la disposition de l'accusé et de son avocat un local dans lequel ils peuvent s'entretenir en privé. Ce local doit être situé près de celui où se tient l'audience.

Selon les représentants de la CETM au Comité, il arrive que les locaux mis à la disposition de la Commission par certains établissements de santé ne conviennent pas du tout. C'est pourquoi la CETM offre un service d'aide aux établissements quant au choix d'une salle adéquate.

## Procédures et délais pour tenir une audience

La première audience suivant le verdict doit être tenue à l'intérieur de délais précis (45 ou 90 jours, selon le cas). Ensuite, tant que l'accusé n'est pas libéré inconditionnellement ou jugé apte à subir son procès, une révision annuelle de la décision doit être faite à l'intérieur de chaque période de 12 mois qui suit cette décision. Une révision de la décision doit aussi avoir lieu lorsque le responsable de l'hôpital le demande ou lorsque celui-ci, en vertu d'une délégation de pouvoir, a resserré de façon importante la liberté d'un accusé pour une période de plus de 7 jours. Une révision doit également avoir lieu lorsqu'un accusé faisant l'objet d'une décision de détention par la CETM s'est vu imposer une peine d'emprisonnement à l'égard d'une autre infraction par une cour de compétence criminelle (cas de double statut) ou lorsque l'accusé est sous le coup d'une ordonnance intérimaire, c'est-à-dire une ordonnance rendue par un juge de paix à la suite d'une arrestation sans mandat par un agent de la paix en raison du fait que l'accusé a fait défaut de se conformer à une condition imposée par la Commission ou qu'il est sur le point de le faire. Finalement, une révision facultative peut aussi avoir lieu en tout temps, à la demande de l'accusé ou d'une autre partie ou à l'initiative de la CETM.

En ce qui concerne la proportion d'audiences associées à l'un ou l'autre des motifs cités précédemment, les données recueillies en 2007-2008 indiquent que sur les 1 771 audiences tenues par la CETM, 53,8 % (n = 954), soit un peu plus de la moitié, avaient pour objet la révision annuelle, 28,1 % (n = 497) concernaient la révision de la décision rendue par une cour de compétence criminelle à la suite d'un verdict d'ISP ou de NRCTM (délai de 90 jours), 11,5 % (n = 203) avaient trait à une révision à la demande de l'une ou l'autre des parties, le plus souvent le responsable de l'hôpital, 4,9 % (n = 86) visaient à rendre une première décision à la suite du verdict (délai de 45 jours) et le reste, soit moins de 1 %, relevait des cas de double statut ou d'ordonnance intérimaire.

En comparant ces données à celles des années antérieures, on constate, par exemple, que de 2005-2006 à 2007-2008, le nombre d'audiences ayant pour objet la révision d'une décision à la demande de l'une ou l'autre des parties a augmenté de 33,3 %, passant de 152 à 203. Selon la CETM, cette augmentation résulte en partie du fait que, de plus en plus fréquemment, des demandes de révision sont faites dans les 5 ou 6 semaines suivant une décision de détention en établissement de santé. L'état mental et le comportement de l'accusé s'améliorent ou une place dans une ressource d'hébergement approuvée par le responsable de l'hôpital, qui n'était pas disponible au moment de la décision, s'est libérée et l'accusé pourrait y être admis. On ne peut toutefois le faire sans une nouvelle audience ayant pour objet la révision par la Commission, d'où le fait que la demande soit formulée, le plus souvent, par le responsable de l'hôpital.

L'augmentation du nombre de dossiers et du nombre d'audiences à tenir a un impact direct sur la capacité de la CETM de s'acquitter de sa tâche dans les délais prévus. Ainsi, en 2007-2008, 43 % (n = 37) des dossiers qui devaient être traités dans un délai de 45 jours l'ont été hors délais, le délai moyen étant de 72 jours. Concernant les dossiers qui devaient être traités dans un délai de 90 jours, 23,1 % (n = 115), soit près de 1 sur 4, ont été traités hors délai, soit un délai moyen de 77 jours. Il en va de même des dossiers qui devaient être traités dans un délai de 1 an, dont 24,2 % (n = 231) ont été traités hors délais, soit dans un délai moyen de 367 jours.

Là où le Code criminel ne prévoit pas de délai, la CETM s'était donné pour cible administrative un délai de 30 jours. Or, 72 % des cas de révision à la demande de l'une ou l'autre des parties

ont dépassé ce délai, le délai moyen étant de 60 jours. Concernant les 8 cas de révision associée à un double statut ou à une ordonnance intérimaire, 7 ont été entendus au-delà de ce délai administratif, le délai moyen ayant même atteint 175 jours dans les cas de double statut.

Selon la CETM, plusieurs raisons expliquent ces dépassements de délai, dont les cas où la localisation de l'accusé pose des difficultés – au 31 mars 2009, 84 accusés sous juridiction de la CETM avaient un statut d'évadé ou de fugueur – ou encore les cas où des demandes de remise ont été soumises par l'une ou l'autre des parties. Bon an mal an, ces demandes de remise représentent environ 14 % des audiences inscrites aux rôles de la CETM. Et, selon les représentants de la CETM, il arrive bien souvent que ces demandes de remise soient présentées tardivement, de sorte que la planification des rôles des audiences pose des difficultés importantes, notamment sur le plan du respect des délais.

Afin de réduire le nombre de remises demandées par les hôpitaux, la CETM a procédé, au début de 2008, à une modification de ses procédures. Depuis, chaque responsable d'établissement désigné reçoit, à la fin de l'année, la planification des journées d'audiences dans son établissement pour l'année suivante. De plus, le premier lundi de chaque mois, la CETM lui expédie le rôle du mois qui suit le mois suivant (ex. : le premier lundi de novembre 2009, le responsable reçoit le rôle des audiences du mois de janvier 2010 et ainsi de suite). Cet envoi est accompagné d'une lettre lui indiquant que des changements peuvent être acceptés jusqu'à la cinquième semaine précédant la date de l'audience visée par ce changement. Toutefois, ce changement doit être effectué de manière à respecter le délai prévu par le Code criminel et lors d'une journée d'audiences déjà planifiée à l'hôpital concerné.

À la suite de l'introduction de cette nouvelle procédure, la Commission a noté une plus grande facilité à respecter les délais, particulièrement de la part des hôpitaux ayant un plus grand volume d'audiences. Il reste cependant du travail à faire auprès des hôpitaux où la CETM siège moins souvent et qui ont encore de la difficulté à réagir à temps parce qu'ils ont moins l'habitude de travailler dans ce domaine. Encore trop souvent, la Commission reçoit des demandes de remise qui lui sont soumises à la dernière minute et elle doit accorder ces remises du fait que le médecin traitant ne peut être présent ou pour d'autres motifs raisonnables, mais qui auraient pu être prévus dans plusieurs cas. Des efforts sont donc souhaités afin de remédier à ces problèmes.

### **LES HÔPITAUX DÉSIGNÉS DANS L'ARRÊTÉ MINISTÉRIEL 2005-013**

Ainsi que le prescrit l'article 672.1 du Code criminel, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec a désigné, dans l'arrêté ministériel 2005-013 (voir l'annexe 2), 50 hôpitaux du réseau de la santé et des services sociaux pour assurer la garde, le traitement ou l'évaluation d'un accusé visé par une décision ou par une ordonnance d'évaluation ou de placement. De ce nombre, 2 établissements, soit le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM), sont désignés pour les adolescents. Le Québec est de loin le territoire qui, dans l'ensemble du Canada, compte le plus grand nombre d'hôpitaux désignés. L'Ontario, la province qui se compare le plus au Québec, n'en compte que 13. La Colombie-Britannique, l'autre province la plus importante en ce qui concerne le nombre d'accusés ayant reçu un verdict de NRCTM ou déclarés ISP, en compte 18.

Au Québec, chaque région sociosanitaire, à l'exception du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, compte au moins 1 établissement désigné. Ainsi, 6 régions (Saguenay–Lac-Saint-Jean, la Capitale-Nationale, la Mauricie–Centre-du-Québec, l'Estrie, l'Outaouais et Laval)

comptent seulement 1 établissement désigné pour leur région, 4 régions (Bas-Saint-Laurent, Côte-Nord, Lanaudière et Laurentides) en comptent 2, 2 régions (Abitibi-Témiscamingue et Chaudière-Appalaches) en comptent 4 alors que la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine en compte 5. La Montérégie compte 8 établissements désignés alors que Montréal en compte 14. Dans le Nord-du-Québec, ce sont les mêmes établissements que ceux du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de l'Abitibi-Témiscamingue qui sont désignés pour cette région.

#### Répartition régionale de la demande

Le tableau 1 présente, pour l'année 2007-2008, la répartition par région sociosanitaire du nombre d'évaluations de l'état mental d'accusés qui ont été réalisées, du nombre de dossiers en cours à la CETM ainsi que du nombre d'audiences que cette dernière a tenues. La région de Montréal vient en tête de liste au chapitre du volume d'activités associées à la psychiatrie légale, affichant 37,6 % du total des évaluations réalisées, 52,4 % des dossiers en cours à la CETM et 45,7 % des audiences tenues par la Commission. La deuxième région en importance quant au volume de dossiers et d'audiences de la CETM est celle de la Montérégie, mais non quant au nombre d'évaluations de l'état mental réalisées. Cette place revient à la région de la Mauricie-Centre-du-Québec, suivie de près par la région de la Capitale-Nationale.

Tableau 1

Répartition par région sociosanitaire des évaluations de l'état mental réalisées, du nombre de dossiers en cours à la CETM et du nombre d'audiences tenues par la CETM pour l'année 2007-2008

Région sociosanitaire	Nombre d'évaluations réalisées en 2007-2008 (%)	Nombre de dossiers en cours à la CETM au 31 mars 2008 (%)	Nombre d'audiences de la CETM en 2007-2008 (%)
Bas-Saint-Laurent	142 (4,91)	38 (2,67)	55 (3,1)
Saguenay-Lac-Saint-Jean	167 (5,8)	34 (2,39)	61 (3,4)
Capitale-Nationale	359 (12,41)	73 (5,13)	115 (6,49)
Mauricie-Centre-du-Québec	399 (13,8)	75 (5,27)	107 (6,04)
Estrie	195 (6,8)	30 (2,11)	61 (3,4)
Montréal	1 087 (37,6)	745 (52,39)	809 (45,68)
Outaouais	134 (4,63)	70 (4,92)	100 (5,65)
Abitibi-Témiscamingue	23 (0,8)	37 (2,6)	51 (2,88)
Côte-Nord	22 (0,76)	6 (0,42)	7 (0,4)
Nord-du-Québec	0	4 (0,28)	1 (0,056)
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	57 (1,97)	20 (1,41)	31 (1,75)
Chaudière-Appalaches	153 (5,29)	33 (2,32)	35 (1,98)
Laval	0	17 (1,2)	25 (1,41)
Lanaudière	51 (1,76)	39 (2,74)	49 (2,77)
Laurentides	34 (1,17) <sup>a</sup>	68 (4,78)	102 (5,76)
Montérégie	70 (2,42)	133 (9,35)	162 (9,15)
Total	2 893	1 422	1 771

<sup>a</sup> En 2007-2008, le nombre d'évaluations réalisées dans la région des Laurentides est plus faible que celui des années antérieures en raison d'un manque temporaire de ressources médicales. En 2005-2006, 85 évaluations avaient été réalisées dans cette région alors qu'en 2006-2007, on en comptait 67.



En Montérégie, l'écart important entre le volume d'activités associées à la CETM et le volume d'activités d'évaluation de l'état mental d'accusés s'explique par un recours presque systématique à l'IPPM de la part des tribunaux de la sous-région de Longueuil pour la réalisation des évaluations, bien que des établissements de cette sous-région soient désignés dans l'arrêté ministériel. Le même transfert interrégional a cours dans la région de Laval où, malgré la désignation d'un établissement, la totalité des ordonnances d'évaluation de l'état mental en provenance des tribunaux désigne l'IPPM comme établissement chargé de réaliser l'évaluation. Cependant, le volume d'activités en psychiatrie légale y est presque 8 fois moindre qu'en Montérégie. Dans toutes les autres régions, seuls les cas très complexes sont transférés à l'IPPM qui, en tant que seul établissement surspécialisé en psychiatrie légale au Québec, assume le rôle de troisième ligne en cette matière. En outre, bien que 14 établissements soient désignés dans la région de Montréal, on observe un recours presque systématique des tribunaux de cette région aux services de l'IPPM. En effet, en 2007-2008, 78,3 % (n = 851) des évaluations réalisées dans la région de Montréal (n = 1 087) l'ont été par l'IPPM, et ce, peu importe la nature de l'évaluation demandée. Les autres, sauf 2, ont été réalisées directement à la Cour municipale de la Ville de Montréal par un médecin omnipraticien présent sur place (n = 234).

Aussi, compte tenu de son rôle unique de troisième ligne en psychiatrie légale au Québec, il faut se demander si l'IPPM peut en même temps jouer le rôle de première et de deuxième ligne en psychiatrie légale pour les régions de Montréal, de Laval et même de la Montérégie. Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que depuis plusieurs années, un « débordement » soit constaté à l'IPPM, cet établissement ne pouvant pas admettre les accusés que les tribunaux lui ordonnent de mettre sous garde, ou encore que ses experts ne puissent pas réaliser les évaluations demandées dans les délais prévus par le Code criminel. Malgré ce transfert interrégional important, le nombre d'évaluations réalisées dans la région de Montréal tend à diminuer d'année en année. Ainsi, en 2005-2006, concernant les évaluations de l'état mental d'accusés réalisées, 47 % l'ont été dans la région de Montréal, comparativement à 37,6 % en 2007-2008, soit une baisse de 9 % en 3 ans.

Contrairement à ce qui a cours dans la région de Laval, le fait qu'aucune évaluation ne soit réalisée dans le Nord-du-Québec est en accord avec le fait que les établissements désignés pour cette région sont ceux des régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de l'Abitibi-Témiscamingue.

En ce qui concerne l'absence, dans le tableau 1, des deux régions nordiques que sont le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James, celle-ci est due au fait qu'aucun établissement n'est désigné dans l'arrêté ministériel 2005-013 pour ces régions. Cette situation n'est pas nouvelle puisque les arrêtés ministériels antérieurs, datant de 1992 et de 1998, ne désignaient pas non plus d'établissements pour ces régions, ce qui pose des difficultés dans le cas des demandes en provenance de la cour itinérante qui visite ces régions ou de la CETM. Sur le plan administratif, ces deux régions font partie du même district judiciaire que la région sociosanitaire de l'Abitibi-Témiscamingue (district judiciaire de l'Abitibi) et sont couvertes par des juges, des substituts du procureur général et même des avocats de la défense de cette région. Cette situation fait en sorte que, par défaut, les établissements désignés pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue dans l'arrêté ministériel, et plus spécifiquement le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vallée-de-l'Or-Pavillon Malartic, où la région a choisi de concentrer ses ressources en psychiatrie légale, sont obligés, par ordonnance du tribunal, de recevoir des accusés en provenance des régions nordiques.

Or, le CSSS de la Vallée-de-l'Or n'a que huit lits assignés à la psychiatrie légale pour répondre aux besoins de sa région et à ceux de la région du Nord-du-Québec, pour laquelle il est également désigné dans l'arrêté ministériel. Actuellement, et depuis plusieurs années, ces huit lits suffisent à peine à répondre aux seuls besoins des régions pour lesquelles cet établissement est désigné, et la présence d'accusés en provenance des régions nordiques crée une situation de débordement de l'unité de psychiatrie légale au détriment de l'unité de courte durée en psychiatrie et, par conséquent, cause parfois un engorgement des civières à l'urgence. De plus, faute de ressources adéquates pour les accueillir dans la communauté, ces accusés occupent des lits d'hospitalisation inutilement, sur de longues périodes, en plus d'être à la source d'importantes difficultés concernant les congés, les sorties, les suivis et les retours dans leur région d'origine, sans compter les barrières culturelles qui rendent difficiles les évaluations d'aptitude à subir un procès et de responsabilité criminelle. Par ailleurs, il n'existe aucune entente de services entre les agences de la santé et des services sociaux du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James et l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue ou l'un ou l'autre des établissements désignés pour cette région. De surcroît, aucune ressource pour desservir la clientèle des régions nordiques n'a été accordée à la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Dans ce contexte, il devient de plus en plus difficile pour cette région de continuer à soutenir les régions nordiques quant aux soins psychiatriques psycholégaux requis par les accusés qui proviennent de ces régions.

À cet égard, les données de la RAMQ indiquent que de 2005-2006 à 2007-2008, huit évaluations de l'état mental ont été réalisées pour des accusés en provenance du Nunavik et six, pour des accusés en provenance des Terres-Cries-de-la-Baie-James; dix de ces évaluations ont été effectuées dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, deux, dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, une, en Estrie et une autre, à Montréal.

## **CONTENU DES RAPPORTS D'ÉVALUATION DE L'ÉTAT MENTAL**

Le Code criminel ne définit pas précisément le contenu des rapports relatifs à l'évaluation de l'état mental d'un accusé. Cependant, il précise les aspects sur lesquels il doit permettre au juge de se faire une opinion pour se prononcer. Ainsi, le contenu du rapport est fonction de la nature de la demande et il doit être modulé en conséquence.

Selon le sondage effectué auprès de la magistrature (voir l'annexe 5), la majorité des juges coordonnateurs considère que les rapports sont complets. Sur cette question, l'un d'eux précise toutefois qu'ils le sont peut-être, mais que le contenu n'est pas toujours pertinent au regard de ce que la cour doit savoir à l'étape où le rapport lui est fourni.

À l'étape d'une demande portant sur l'ASP d'un accusé, le rapport doit permettre de déterminer la capacité « actuelle » de l'accusé à assumer sa défense, c'est-à-dire à comprendre, au moment de l'évaluation, la nature ou l'objet des poursuites et les conséquences éventuelles des poursuites, et à communiquer avec son avocat. Dans ce cas, les juges croient qu'un rapport limité à deux pages faisant état d'un diagnostic sur l'aptitude de l'accusé et d'une recommandation quant à la pertinence ou non d'une ordonnance de traitement pour le rendre apte au sens du Code criminel, si nécessaire, serait suffisant, sauf sur demande expresse d'approfondir un volet particulier.

Dans les faits, les rapports sur l'aptitude produits par de nombreux médecins, notamment les spécialistes, contiennent bien plus d'informations. Par exemple, en Outaouais, où un modèle standard de rapport est utilisé (voir l'annexe 7), le médecin se prononce non seulement sur

l'aptitude, mais aussi sur des éléments de dangerosité, le besoin d'hospitalisation et sur des orientations pour un suivi éventuel du cas. Ainsi, le contexte psychosocial dans lequel vit l'accusé est abordé, de même que sa consommation de drogues ou d'alcool, son degré de collaboration au traitement, le soutien familial dont il bénéficie, etc. Dans la Capitale-Nationale et en Mauricie–Centre-du-Québec (voir les pages 108 et 110 de l'annexe 7) le contenu des rapports portant sur l'aptitude à subir un procès ont en moyenne quatre à cinq pages et beaucoup de recherche d'informations sur les antécédents judiciaires et psychiatriques, même dans la famille, est faite alors que la question porte plutôt sur une situation ponctuelle, à savoir si, au moment de l'évaluation, l'accusé comprend ou non la procédure engagée contre lui et s'il est capable ou non de discuter avec son avocat.

De l'avis de certains membres du Comité, toute information en sus de ces questions précises, notamment sur des éléments de dangerosité ou de consommation de substances ou d'antécédents judiciaires ou psychiatriques, pourrait porter préjudice à l'accusé dans la suite des procédures engagées contre lui. Une partie du chapitre XX.1 du Code criminel porte d'ailleurs sur la question des déclarations protégées dans le cadre d'une évaluation de l'état mental d'un accusé (art. 672.21(1)(2)(3) du C. cr.). De plus, cette recherche nécessite un investissement considérable en temps et en démarches pour la personne chargée de l'évaluation et de la production du rapport, malgré que le Code ne l'exige pas à cette étape.

Par contre, à l'étape d'une demande portant sur la responsabilité criminelle, ou sur la décision à rendre une fois que le verdict d'ISP ou de NRCTM de l'accusé est prononcé, ces mêmes informations peuvent s'avérer tout à fait pertinentes et utiles.

Lorsqu'une demande d'évaluation portant sur la responsabilité criminelle est soumise, le rapport doit en effet permettre au juge de se prononcer sur la capacité de l'accusé, au moment de commettre l'infraction, de juger de la nature et de la qualité de l'acte ou de l'omission ou de savoir que l'acte ou l'omission était mauvais. Les mots « nature » et « qualité » visent l'élément matériel de l'acte tandis que la question de savoir si l'acte est mauvais vise l'intention criminelle. « Juger de la nature et de la qualité de l'acte » signifie avoir la capacité mentale de prévoir et de percevoir les conséquences matérielles, l'impact et les résultats de ses gestes. Ici, « [...] il faut examiner non pas la capacité générale de distinguer le bien du mal, mais plutôt la capacité de savoir qu'un acte donné était mauvais dans les circonstances. L'accusé doit avoir la capacité intellectuelle de distinguer le bien du mal au sens abstrait. Cependant, il doit aussi avoir la capacité d'appliquer rationnellement cette connaissance à l'acte criminel reproché » (Juge McLachlin, au nom de la majorité, *R. c. Oommen*, [1994], p. 516).

En pareil cas, l'histoire personnelle, les informations incidentes provenant de la famille, par exemple les résultats de tests complémentaires en neuropsychologie ou en ergothérapie, les antécédents psychiatriques et la situation personnelle de l'accusé à la date de l'infraction, peuvent être utiles.

Lorsqu'il s'agit d'une demande en vue de rendre une décision à l'égard de l'accusé, le guide de la CETM présente un exemple très précis et complet du contenu du rapport dont elle a besoin (2007, p. 9-10). Le même contenu peut s'appliquer lorsque la demande provient de la Chambre criminelle et porte aussi sur la décision à rendre une fois le verdict prononcé. Dans ces cas, le rapport doit faire état des éléments suivants :

- les antécédents psychiatriques et l'état clinique actuel;
- les antécédents psychosociaux (environnement social et intégration socioprofessionnelle);

- la description du comportement (attitudes et collaboration, réactions aux frustrations, impulsivité et agressivité, antécédents de violence, consommation de drogues et d'alcool);
- l'attitude face à la maladie et au traitement (reconnaissance, compréhension et acceptation, fidélité au traitement et à la médication prescrite);
- le plan de soins de l'équipe traitante (plan d'intervention et pronostic, ressources, adaptation et autonomie, soutien, besoins d'encadrement, volonté de collaborer à son plan de traitement);
- l'opinion et les recommandations du psychiatre (sur la dangerosité, les mesures à mettre en place en vue d'assurer la protection du public et de répondre aux besoins de l'accusé, notamment en ce qui a trait à sa réinsertion sociale).

Bref, plus l'étape à laquelle se situe la demande d'évaluation est éloignée du début du processus judiciaire, plus le contenu du rapport doit s'élargir de manière à englober la totalité de l'histoire, de la situation et de la personnalité de l'accusé, en rapport avec la dangerosité qu'il représente pour la sécurité du public et les mesures à prendre en vue d'assurer la protection de ce dernier.

Or, ce qui semble se dégager des discussions du Comité à l'égard du contenu des rapports d'expertise destinés à une cour criminelle, c'est plutôt que les experts tentent de donner au juge le plus grand nombre d'informations possible, même à l'étape de la décision sur l'aptitude et y compris au sujet des antécédents judiciaires dont la production à la cour relève pourtant de la responsabilité du poursuivant. Aux dires d'invités au Comité, cette façon de faire permettrait de réduire le phénomène des « portes tournantes » pour les accusés déclarés aptes à subir un procès, lequel implique des demandes répétées d'évaluation de l'aptitude, par exemple dans les cas de toxicomanie où l'appareil judiciaire éprouve parfois de la difficulté à obtenir l'information requise pour prendre une décision éclairée assurant la prise en charge adéquate de l'état de santé et de la condition sociale de l'accusé. Bien qu'aucune preuve d'un tel impact n'existe, la transmission de ces informations complémentaires viserait à orienter la décision de la cour, notamment sur la sentence, le cas échéant, de façon à assurer l'accès de l'accusé aux soins et aux services en santé mentale. Dans le cas d'un accusé déclaré ISP, cela permet d'entreprendre le travail qui devra être fait, le cas échéant, durant son hospitalisation sous garde ou son suivi par la CETM (par ex. : dossiers antérieurs déjà demandés, proches à contacter déjà désignés, problème de toxicomanie détecté, etc.).

## **ÉVALUATION EN VUE D'UNE DÉCLARATION DE DÉLINQUANT DANGEREUX OU À CONTRÔLER**

En 1997, des modifications ont été apportées au Code criminel concernant les délinquants qui présentent un risque élevé de récidive. Au nombre des modifications, une ordonnance de renvoi pour évaluation à la suite d'une demande de la poursuite en vue d'obtenir qu'un délinquant soit déclaré « délinquant dangereux ou à contrôler » a été ajoutée. C'est aux articles 752 à 761 du Code, chapitre XXIV, que se trouvent les règles relatives aux délinquants dangereux ou à contrôler. Le lecteur qui souhaite obtenir davantage de détails sur les dispositions relatives à ce chapitre peut consulter une présentation faite par le Bureau des affaires criminelles et jeunesse du DPCP (voir l'annexe 1). Le renvoi pour évaluation est défini par l'article 752.1, qui se lit comme suit :

« 752.1.(1) Sur demande du poursuivant, le tribunal doit, avant d'imposer une peine au délinquant qui a commis des sévices graves à la personne ou une infraction visée à l'alinéa

753.1(2)a) et lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire que celui-ci pourrait être déclaré délinquant dangereux ou délinquant à contrôler en vertu respectivement des articles 753 et 753.1, le renvoyer, par une ordonnance écrite et pour une période maximale de soixante jours, à la garde de la personne qu'il désigne, laquelle effectue ou fait effectuer par des experts une évaluation qui sera utilisée comme preuve lors de l'examen de la demande visée aux articles 753 ou 753.1.

(2) La personne qui a la garde du délinquant doit, au plus tard trente jours après l'expiration de la période d'évaluation, déposer auprès du tribunal un rapport d'évaluation et mettre des copies de celui-ci à la disposition du poursuivant et de l'avocat du délinquant.

(3) Sur demande du poursuivant, le tribunal peut, s'il est convaincu qu'il y a des motifs raisonnables de le faire, proroger d'au plus trente jours le délai de dépôt du rapport. »

Le renvoi est donc le fait d'une ordonnance de la cour et les délais maximaux pour procéder à l'évaluation et au dépôt du rapport sont prévus par le Code criminel. Contrairement au chapitre sur les troubles mentaux, celui sur les délinquants dangereux ou à contrôler ne définit pas ce qui constitue une évaluation au sens de ce chapitre ou ce qu'il faut entendre par « expert ». Il ne définit pas davantage ce qu'il faut entendre par « personne désignée par le tribunal pour garder et évaluer ou faire évaluer le délinquant ». À cet égard, l'article 752.1 du Code criminel emploie le terme « personne » et non « hôpital ». En outre, contrairement au chapitre sur les troubles mentaux, le chapitre XXIV ne comporte aucune indication quant à la désignation, par le ministre de la Santé d'une province, des personnes qui seraient tenues de garder et d'évaluer ou de faire évaluer un délinquant visé par une demande de renvoi au sens du chapitre XXIV du Code.

À l'époque de l'entrée en vigueur du régime des délinquants dangereux ou à contrôler, l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, en vertu d'une entente de services conclue verbalement et de gré à gré avec le ministère de la Justice du Québec, acceptait d'effectuer de telles évaluations. C'est pourquoi la directive du DPCP (voir l'annexe 1) portant sur la procédure de demande de renvoi d'un délinquant afin d'obtenir une déclaration de délinquant dangereux ou à contrôler (DEL-1) mentionne que lors d'une telle demande, le procureur spécifie que l'évaluation doit être faite à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et que la garde du délinquant est assumée par les services correctionnels québécois. Cela dit, cette directive ne s'appuie sur aucune disposition de la loi, ni sur aucun décret.

À l'époque, on prévoyait qu'il y aurait environ 20 à 25 demandes d'évaluation de cette nature par année. Or, alors qu'en 1998-1999, il y avait eu 8 demandes d'expertise concernant un délinquant dangereux ou à contrôler, en 2007-2008, il y en a eu 40. Pour l'année 2008-2009, une soixantaine de rapports d'expertises de cette nature ont dû être produits par l'IPPM. En outre, il semble que de plus en plus souvent, plusieurs demandes arrivent en même temps, ce qui vient interférer avec le nombre de plus en plus restreint d'experts ayant les compétences nécessaires pour réaliser ce type d'expertise, de sorte que le respect des délais pose problème. C'est d'ailleurs le problème le plus souvent signalé par les juges coordonnateurs des régions. Il faudrait donc trouver un moyen de réguler la demande afin d'éviter un dépassement indu des délais prévus par le Code criminel ou pouvoir compter sur d'autres ressources que les experts de l'IPPM pour réaliser ces expertises.

L'augmentation du nombre de demandes d'évaluation relatives aux délinquants dangereux ou à contrôler a pour origine, entre autres, l'élargissement du concept de « sévices graves à la

personne », l'un des deux critères utilisés pour procéder à un renvoi pour évaluation, l'autre étant une infraction sexuelle au sens de l'alinéa 753.1(2)a) du Code criminel. En effet, ce concept s'applique dans les cas d'infractions violentes ou dangereuses punissables d'au moins 10 ans d'emprisonnement. Parmi ces infractions, on trouve la conduite dangereuse ou susceptible de l'être pour la vie ou la sécurité d'une autre personne ou une conduite ayant infligé, ou susceptible d'infliger, des dommages psychologiques graves à une autre personne. C'est dire qu'une condamnation pour conduite avec capacités affaiblies ou pour un délit de fuite causant la mort peut mener à un renvoi pour évaluation en vue d'une désignation de délinquant dangereux ou à contrôler. Même chose en ce qui concerne les condamnations associées à des infractions liées au crime organisé.

À cet égard, des membres du Comité s'interrogent sur la compétence des psychiatres pour juger de la dangerosité de ces types de délinquants. Puisque l'expert prévu par le Code criminel dans ces cas est désigné par le tribunal, qui n'est pas lié par la directive du DPCP, et qu'il n'a pas besoin d'être un médecin, des professionnels d'autres domaines (psychologues, criminologues, spécialistes en toxicomanie et dépendances, etc.) pourraient certainement avoir les compétences requises pour évaluer ces délinquants. Et comme il faut s'attendre à ce que le nombre de demandes de ce type continue d'augmenter, la directive du DPCP voulant que seul l'IPPM puisse y répondre pourrait facilement être revue et modifiée.

En ce qui concerne le contenu des rapports associés à une évaluation en vue d'une déclaration de délinquant dangereux ou à contrôler, les représentants du DPCP font état des éléments suivants :

- les facteurs démontrant l'incapacité du délinquant à contrôler ses actes ou ses pulsions sexuelles (répétition de ses actes, notamment celui qui est à l'origine de l'infraction dont il a été déclaré coupable);
- les facteurs permettant de croire qu'il causera vraisemblablement la mort, des sévices ou des dommages psychologiques graves à autrui;
- l'indifférence marquée quant aux conséquences de ses actes sur autrui;
- le comportement brutal (peu de chances qu'à l'avenir ce comportement soit inhibé par les normes ordinaires de restriction du comportement);
- le fait qu'il ne soit pas nécessaire que le contrevenant soit intraitable, que plusieurs traitements aient été tentés ou aient échoué.

Concernant les ressources humaines et le temps requis pour réaliser ce type d'évaluation, un document rédigé par le représentant de l'IPPM (voir l'annexe 8) donne les éléments suivants : 5 heures de temps d'archiviste médicale, 16 heures de temps de psychiatre, 28 heures de temps de psychologue, 4 heures de temps de technicien en pléthysmographie et 3,5 heures de temps de secrétaire médicale, soit un temps total moyen de 56,5 heures par évaluation, sans compter l'admission d'un jour à l'IPPM et le temps de déplacement du psychiatre, qui varie de 4 heures à 3 jours. Le coût moyen d'une évaluation de ce type est estimé à 4 000 \$. Il s'agit donc d'une activité lourde à porter pour un établissement hospitalier.

## **RÉMUNÉRATION DES EXPERTISES PSYCHOLÉGALES**

La rémunération des médecins qui travaillent en psychiatrie légale apparaît comme un facteur important dans le manque de ressources humaines spécialisées associé à ce champ d'activités. Selon plusieurs membres du Comité, le mode de rémunération et la rémunération elle-même des actes médicaux associés aux évaluations de l'état mental d'un accusé ou à la garde ou au

traitement de cette clientèle ne sont pas suffisamment intéressants pour inciter des médecins, psychiatre ou pas, à faire de la psychiatrie légale. Le peu d'intérêt des médecins pour la psychiatrie légale débouche sur un manque chronique de ressources dans certaines régions du Québec et sur un débordement (non-respect des délais fixés par le Code criminel pour réaliser les évaluations) dans d'autres régions. Il faut dire que le secteur privé mène une forte concurrence au secteur public lorsqu'il s'agit d'attirer des ressources humaines, sans compter le gouvernement fédéral, qui offre une rémunération plus élevée pour ce genre d'expertises.

Différents problèmes ont été soulevés en rapport avec la question de la rémunération, notamment par le représentant de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ). Selon ce représentant, trois principaux constats ont été mis en évidence sur cet aspect :

- Aucune rémunération n'est prévue concernant certains actes médicaux associés à la psychiatrie légale.
- Certains actes médicaux associés à la psychiatrie légale ne sont pas rémunérés à leur juste valeur.
- Certains actes médicaux associés à la psychiatrie légale ne peuvent pas être facturés selon le mode de rémunération mixte.

Or, environ 80 % des psychiatres facturent leur travail selon le mode de rémunération mixte. Aussi, il serait souhaitable que des actes médicaux soient créés et que la souplesse nécessaire pour que ces actes soient admissibles au mode de rémunération mixte soit présente. Il est aussi souhaité que le même acte soit reconnu pour toute présence à la cour, peu importe la cour dont il s'agit (Cour supérieure, Cour du Québec, Cour municipale).

Ces questions ont été réglées à la suite d'une entente entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), à laquelle appartient l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ), et le MSSS au cours de l'été 2009. La modification 51 à l'Accord-cadre des médecins spécialistes, ratifiée en novembre 2009 par la lettre d'entente n° 172, a apporté de multiples correctifs au mode de rémunération des médecins psychiatres dans le domaine des actes médicolégaux.

Concernant les médecins omnipraticiens qui font de la psychiatrie légale, une entente est aussi intervenue récemment entre leur fédération (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec) et le MSSS. Il s'agit de la lettre d'entente n° 220, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010, et portant sur l'évaluation de l'état mental d'un accusé relativement à son aptitude à subir un procès et au témoignage des médecins omnipraticiens devant une cour ou un tribunal administratif.

## **COORDINATION INTERSECTORIELLE**

### **Découpage administratif du territoire**

Le Québec comprend 36 districts judiciaires. Pour chacun de ces districts judiciaires, la Loi sur la division territoriale (L.R.Q., c. D-11) désigne un chef-lieu où l'on trouve un palais de justice. Toutefois, quelques districts judiciaires comptent plus d'un palais de justice sur leur territoire. De même, certaines municipalités relèvent simultanément de plus d'un district judiciaire. Au total, le Québec compte 56 palais de justice répartis, sur le plan administratif, dans 10 régions

judiciaires. En plus de ces palais de justice, la Cour du Québec offre des services itinérants dans plusieurs régions et localités, notamment dans le Nord-du-Québec et sur la Côte-Nord.

De leur côté, les procureurs aux poursuites criminelles et pénales sont répartis dans 39 points de service répartis entre 7 régions administratives. À l'instar de la cour, des procureurs sont appelés à fournir des services itinérants dans de nombreuses communautés, notamment autochtones, réparties sur tout le territoire du Québec.

Quant aux services correctionnels, responsables de l'administration des sentences et d'autres décisions des tribunaux, notamment par rapport au transport et à la garde des accusés sous mandat, ils comptent 18 établissements de détention, situés dans 16 villes différentes du Québec, dont 3 établissements seulement à Montréal. De même, 9 directions régionales des services correctionnels sont réparties sur tout le territoire du Québec, elles-mêmes rattachées à 2 directions générales adjointes, l'une dans l'Ouest-du-Québec, l'autre dans l'Est-du-Québec. La région de Montréal compte à elle seule une troisième direction générale adjointe. Ces 3 directions générales adjointes sont rattachées à 1 direction générale, soit la Direction des services correctionnels, qui relève du MSP du Québec.

Quant aux services de psychiatrie légale offerts par les 50 hôpitaux désignés, sur le plan administratif, ils sont répartis dans 16 régions sociosanitaires. Au regard de la correspondance entre ces découpages administratifs du territoire, il ressort que le découpage territorial dans l'un et l'autre secteur pose problème dans les villes de Granby, Cowansville et Drummondville seulement. Par exemple, sur le plan administratif, la ville de Drummondville fait partie de la région judiciaire de l'Estrie, alors que sur le plan sociosanitaire, elle fait partie de la région de la Mauricie–Centre-du-Québec. Dans ces cas se pose la question de savoir ce qui détermine à quel établissement désigné seront envoyés les accusés pour lesquels une évaluation de l'état mental est ordonnée. Dans les faits, ceux qui comparaissent au palais de justice de Drummondville sont envoyés tantôt à l'établissement désigné pour l'Estrie, soit le CHUS, tantôt, à celui de la Mauricie–Centre-du-Québec, soit le CSSS de l'Énergie. Qu'est-ce qui détermine la décision qui sera prise? Aucun des membres siégeant au Comité ne peut donner de réponse précise à cette question. Le plus souvent, il semble que la décision dépendra de la recommandation faite par les procureurs au dossier.

### **Cour itinérante**

Les cours itinérantes de la Cour du Québec ont été introduites dans les années 70 et elles offrent des services dans les districts judiciaires de l'Abitibi et de Mingan. En une dizaine d'années, le nombre de déplacements de ces cours est passé de 20 à 25 voyages par année à environ 50 déplacements dans le Nord par année.

Dans le district judiciaire de l'Abitibi, 4 circuits sont en activité, soit celui de la Baie d'Ungava, celui de la Baie d'Hudson, celui de la Baie-James et celui des communautés intérieures. Ce district est desservi par une équipe de 9 juges basés en Abitibi, 10 procureurs aux poursuites criminelles et pénales basés à Amos et 1 procureur permanent à Kuujuaq. Les procureurs font en moyenne 39 voyages annuellement, ce qui représente 139 jours. Dans le district judiciaire de Mingan, les territoires de la Basse-Côte-Nord et de Schefferville-Kawawachikamach sont visités par une équipe de 4 procureurs basés à Sept-Îles. Ces procureurs font en moyenne 14 voyages par année, ce qui représente 55 jours.



En 2007-2008, le nombre de dossiers criminels et pénaux ouverts par la cour itinérante du district de l'Abitibi a été de 2 061 concernant les adultes et de 264 concernant les mineurs. À Mingan, au cours de la même période, ces chiffres sont de 1 093 et 145 respectivement. Précisons que plusieurs dossiers peuvent concerner un seul et même accusé.

En matière de fonctionnement, il arrive souvent que tout le personnel de la cour et les accusés voyagent à bord du même avion. Dans le district de l'Abitibi, la plupart des accusés pour lesquels une ordonnance d'évaluation de l'état mental est rendue sont envoyés au CH désigné dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, plus précisément à Malartic. Dans le district de Mingan, les accusés dont l'état mental doit être évalué sont généralement envoyés au CSSS de Sept-Îles, désigné dans l'arrêté ministériel pour la région de la Côte-Nord.

Voici un exemple illustrant les difficultés associées à la coordination des activités en psychiatrie légale à l'intérieur du système de santé et entre les secteurs impliqués. Le représentant de la magistrature a montré aux membres du Comité une lettre datée du 28 mai 2009, envoyée à la greffière adjointe du palais de justice de Sept-Îles par le chef du département de psychiatrie du Centre hospitalier de Sept-Îles, l'établissement désigné pour la région de la Côte-Nord. Cette lettre indiquait que, dorénavant, il leur sera impossible de faire des évaluations d'aptitude et de responsabilité criminelle, et ce, pour une période indéterminée. Dans cette lettre, aucune mention n'indique que l'agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord ou le directeur des services professionnels de l'hôpital doit en recevoir une copie conforme. Aussi bien la magistrature que les procureurs sont surpris de cette décision. L'envoi de cette lettre serait possiblement attribuable au départ ou à l'absence des psychiatres de cette région (congé de maladie et ou de maternité).

Selon plusieurs des membres du Comité, cet exemple illustre bien le problème des effectifs réduits dans le secteur de la psychiatrie légale. Il met également en lumière les difficultés de concertation et de coordination. Le rôle des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) dans le domaine de la psychiatrie légale est également soulevé, tout comme la nécessité et la pertinence d'avoir des agents de liaison qui permettraient de faire le lien entre le secteur de la santé et celui de la justice. Selon les représentants de la CETM, les constats en psychiatrie légale sont alarmants et l'absence d'uniformité ou de normes de pratique d'un établissement à un autre ou d'une région à une autre ne facilite en rien la liaison avec les partenaires intersectoriels.

### **Télé-comparution, télé-audience et télé-psychiatrie**

En ce qui concerne la télé-comparution, le représentant de la magistrature explique que le service est de plus en plus accessible les fins de semaines par l'entremise d'un juge de paix magistrat, le plus souvent par conférence téléphonique. Cependant, lorsqu'il y a audition de témoins, par exemple lors d'une enquête sur remise en liberté, l'utilisation de la visioconférence est possible pourvu que les parties au dossier y consentent. Cette modalité d'audition doit toutefois être utilisée le moins possible et être réservée aux cas urgents. À sa connaissance, les psychiatres qui font des évaluations sont rarement assignés à comparaître dans les cas d'aptitude, un peu plus fréquemment lorsqu'il s'agit de la responsabilité criminelle, souvent lorsque le rapport psychiatrique est contesté et presque toujours lorsqu'il est question d'une désignation de délinquant dangereux ou à contrôler.

Les audiences de la CETM peuvent aussi se faire par visioconférence. Dans ce cas, on parle de télé-audience et le consentement de l'accusé est aussi exigé. Cependant, l'utilisation de la

télé-audience est tributaire de la technologie en place, puisque c'est toujours le site ayant la moins bonne technologie qui détermine la qualité de la transmission.

Dans le secteur de la santé, on a aussi vu se développer la télé-santé, notamment la télé-psychiatrie. Un document produit par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS, 2006) confirme que, selon les écrits recensés et les experts consultés, plusieurs activités cliniques, dont l'expertise médico-légale, répondent avec succès aux besoins des patients lorsqu'elles se font par visioconférence. Par contre, ce mode de prestation des services est contre-indiqué dans certains cas, notamment dans le cas des patients qui le refusent, qui sont violents, instables, impulsifs ou qui présentent un risque suicidaire ou une dangerosité immédiate. Il est aussi peu recommandé dans les cas complexes, tels que les évaluations de la responsabilité criminelle. L'AETMIS ajoute qu'un cadre juridique adéquat constitue un élément essentiel et qu'en ce qui concerne le consentement, la législation doit prévoir que seuls des patients juridiquement aptes devraient bénéficier des services de télé-psychiatrie. En outre, étant donné le caractère sensible des informations transmises, une attention particulière doit être portée à la protection de la confidentialité et au respect du secret professionnel.

Les questions suivantes se posent dans les cas d'évaluation de l'état mental :

Comment obtenir le consentement libre et éclairé d'accusés que la cour suspecte d'être inaptes à subir leur procès?

Comment assurer la protection de la confidentialité dans les cas d'accusés placés sous garde?

Plusieurs des membres du Comité croient que nous n'aurons pas le choix de développer ce mode de services en psychiatrie légale, considérant le manque de ressources spécialisées en région. Toutefois, afin d'en faciliter l'usage, des trajectoires de services clairement définies devront être élaborées et les experts appelés à utiliser ces technologies de prestation de services devront être formés en conséquence.

## **MÉCANISMES DE CONCERTATION ET DE LIAISON INTERSECTORIELLES**

Selon les résultats du sondage maison réalisé en 2006-2007 auprès des responsables régionaux du programme de services en santé mentale (voir l'annexe 4), dans environ la moitié des hôpitaux désignés, le personnel du département de psychiatrie ou de l'unité médico-légale, selon le cas, assure la liaison avec les intervenants judiciaires et ceux de la sécurité publique. Le plus souvent, une infirmière ou encore l'archiviste est responsable de contacter l'infirmerie ou le service du transport de l'établissement de détention afin de planifier l'exécution de l'ordonnance judiciaire ou les rendez-vous. Il en va de même pour obtenir des procureurs de la couronne et des greffes des tribunaux ou de la CETM les documents légaux nécessaires aux évaluations ou au suivi des décisions rendues. Là où le volume d'activités psycholégales le justifie, un poste d'agent de liaison spécifiquement affecté à la psychiatrie légale a été créé. C'est notamment le cas dans les régions qui ne comptent qu'un seul hôpital désigné, comme c'est le cas dans la Capitale-Nationale ou en Outaouais. Quelques régions se sont en outre dotées de protocoles d'entente multisectorielle ou encore de tables de concertation multisectorielle.

Par exemple, en Outaouais, une table de concertation justice-santé mentale a été mise sur pied. Ses activités découlent d'un mandat de sensibilisation et de réseautage, d'appui aux projets des partenaires, de définition de projets conjoints, de solution de cas particuliers et de représentation. Cette table existe depuis 2000, sur une base volontaire. Plusieurs secteurs sont

représentés, dont celui de la santé et des services sociaux et celui de la justice. Le CH Pierre-Janet, seul établissement de santé de la région désigné dans l'arrêté ministériel, est aussi doté d'une agente de liaison. Cette dernière voit à la gestion de l'exécution des ordonnances, assure l'interface entre les réseaux, fait la liaison avec les avocats de la poursuite et de la défense et aide les intervenants en santé à interpréter les demandes et les décisions des tribunaux. Elle donne également de la formation en plus de préparer et de coordonner les comparutions devant la CETM. Elle s'assure aussi du suivi des prises en charge. Précisons qu'un avocat de l'aide juridique est spécifiquement désigné afin d'agir comme personne facilitatrice pour cette clientèle auprès du tribunal judiciaire et du tribunal administratif.

Dans quelques cas, des problèmes de liaison et de concertation ont été soulevés, notamment dans des hôpitaux désignés où aucun mécanisme officiel de liaison ou de concertation n'a été mis en œuvre, entre autres du fait que les demandes y sont plus rares. Dans certains cas, il arrive qu'un accusé sous ordonnance soit amené par les services correctionnels du ministère de la Sécurité publique directement à l'urgence de l'hôpital désigné, sans que personne du département de psychiatrie n'ait été informé de son arrivée. Dans d'autres cas, l'heure tardive à laquelle l'accusé arrive à l'établissement de santé pose problème, le personnel médical et de la sécurité nécessaires à son accueil n'étant plus en poste. Il arrive également que plusieurs des documents juridiques requis pour procéder à l'évaluation n'accompagnent pas le patient, ce qui nuit à la capacité du personnel médical de répondre à la demande du tribunal dans les délais impartis. Dans les localités où la Chambre criminelle et pénale ne siège pas tous les jours, ou là où elle offre des services itinérants, les hôpitaux désignés éprouvent des difficultés à faire devancer la date de la comparution lorsque l'évaluation est terminée, ainsi que le permet l'article 672.191 du Code criminel. Cela fait en sorte de monopoliser indûment un lit d'hospitalisation et de maintenir sous garde un accusé qui aurait la possibilité d'être remis en liberté.

Afin de pallier ce genre de problèmes, le Comité est d'avis que chaque région doit se doter d'une table de concertation multisectorielle ou encore d'un protocole multisectoriel relatif aux modalités de liaison entre les secteurs concernés.

## **CONTRAINTES ET ENJEUX POUR LES PARTIES EN CAUSE**

### **Contraintes et enjeux pour le milieu judiciaire**

Concernant les représentants du bureau du Directeur des poursuites criminelles et pénales, de la magistrature et de la sécurité publique, les contraintes et les enjeux à prendre en compte se résument au respect strict des ordonnances ou des décisions rendues par les tribunaux et à celui des délais prévus dans le Code criminel.

Quant au représentant du ministère de la Justice du Québec (MJQ), les principaux enjeux concernent la pertinence ou non d'effectuer des démarches en vue d'amender la partie XX.1 du Code criminel, par exemple suivant la détermination d'irritants pouvant être corrigés de façon administrative ou justifiant des amendements législatifs. Un autre enjeu a trait aux démarches à entreprendre en vue d'améliorer les informations de gestion et la collecte de données relatives à la psychiatrie légale qui, comme nous l'avons vu, font cruellement défaut.

## **Contraintes et enjeux pour les personnes accusées et les avocats de la défense**

Selon les données présentées, près de trois accusés sur quatre soumis à une ordonnance d'évaluation de leur état mental ont des antécédents psychiatriques, près de deux sur trois ont des antécédents criminels et la presque totalité sont mis sous garde durant la période prévue pour l'évaluation, bien souvent en établissement de détention, du moins dans les régions de Montréal, de l'Outaouais et de la Mauricie–Centre-du-Québec. Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que l'un des enjeux soulevés par le représentant des personnes utilisatrices de services en santé mentale soit l'accès à des soins en santé mentale adéquats et suffisants en milieu carcéral, notamment par rapport à la médication prescrite.

Toujours selon le représentant des personnes utilisatrices de services en santé mentale au Comité, il est inadmissible qu'une personne qui prend une médication psychotrope (ex. : des antipsychotiques ou des antidépresseurs), prescrite en bonne et due forme par un médecin et même parfois appuyée par une ordonnance du juge, en soit parfois privée pendant trois à cinq jours, sinon pour une période plus longue, lorsqu'elle est admise en établissement de détention. Ce sevrage forcé peut parfois avoir des conséquences désastreuses pour cette personne. Par exemple, il peut arriver qu'un accusé qui vit une crise psychotique ou qui se désorganise en établissement de détention soit soumis à une mesure administrative de confinement pour une durée de quelques heures à quelques jours, plutôt que de recevoir des soins.

De l'avis de ce représentant, compte tenu des conditions actuelles des soins en santé mentale en milieu carcéral et afin d'éviter que des personnes vivent une expérience traumatisante d'incarcération quand elles sont forcées de subir une évaluation de leur état mental, il faudrait éviter le recours à la mise sous garde en milieu carcéral dans ces cas.

Ces propos sont appuyés par les représentants des avocats de la défense, qui considèrent que la dangerosité de l'accusé devrait être évaluée en premier afin de pouvoir le remettre en liberté durant la période prévue pour l'évaluation, chaque fois que cela est possible. Sinon, la durée de la période prévue pour l'évaluation devrait être réduite au minimum (respect des délais) ou un mécanisme permettant de ramener l'accusé devant le tribunal dès que l'évaluation est terminée doit être prévu, évitant ainsi une prolongation inutile de la détention, surtout si elle se fait en établissement carcéral.

## **Contraintes et enjeux pour les hôpitaux désignés**

En 2006-2007, un sondage maison auprès des responsables régionaux du programme de services en santé mentale, qui portait sur les divers aspects des responsabilités à assumer par les établissements désignés dans l'arrêté ministériel (voir l'annexe 4), a permis de confirmer que seulement 28 établissements désignés (56 %) disent être en mesure d'assumer la garde d'accusés hospitalisés en vertu du Code criminel. Un peu moins, soit 27 établissements (54 %), affirment être en mesure de procéder à une évaluation de l'état mental en vue de déterminer la responsabilité criminelle d'un accusé et un peu plus, soit 34 établissements (68 %), indiquent être en mesure de réaliser des évaluations sur l'aptitude à subir un procès. Quant à la surveillance associée à une délégation de pouvoir accordée par la CETM, 30 établissements (60 %) rapportent être en mesure d'offrir ce service. En fait, plusieurs responsables d'hôpitaux désignés disent ne pas avoir les ressources humaines et matérielles dont ils auraient besoin pour faire face aux obligations qui leur sont imposées par leur statut d'hôpital désigné. Qui plus est, bien souvent la cour rend une ordonnance d'évaluation de l'état mental d'un accusé sous

garde dans l'hôpital désigné sans avoir vérifié la capacité actuelle de cet hôpital à recevoir l'accusé. Les ordonnances ne tiennent pas compte de la capacité limitée des établissements désignés d'offrir le service souhaité avant de rendre leur ordonnance.

Face à ces difficultés, la majorité des régions ayant plusieurs hôpitaux désignés sur leur territoire souhaitent pouvoir concentrer leurs ressources en psychiatrie légale dans un seul établissement à vocation régionale, particulièrement pour la garde des accusés. Les autres hôpitaux désignés de la région verraient alors le mandat associé à leur désignation restreint aux évaluations d'aptitude ou encore au suivi dans la communauté des accusés qui relèvent de la CETM. C'est ce que l'on pourrait appeler une « désignation partielle » dans l'arrêté ministériel.

C'est ce que souhaitent pouvoir faire les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, de Chaudière-Appalaches et de la Montérégie. Dans toutes ces régions, sauf l'Abitibi-Témiscamingue, aucun établissement désigné n'a d'unité d'hospitalisation ou de lits assignés à la clientèle psycholégale. Cette absence fait en sorte que cette clientèle est intégrée à la clientèle courante en psychiatrie adulte, mettant potentiellement celle-ci en danger ou créant parfois chez elle de l'insécurité, notamment lorsque les accusés arrivent au département de psychiatrie sans avis préalable, sous escorte et avec des menottes aux poignets et aux chevilles. En outre, le séjour parfois prolongé des accusés sous garde en vertu du Code criminel dans des lits d'hospitalisation ajoute au problème de débordement des urgences hospitalières qui n'ont plus de lits disponibles pour recevoir les autres patients. Qui plus est, à quelques endroits, on donne priorité à cette clientèle sur celle de l'urgence, indépendamment de l'état de santé présenté par l'accusé, pour la seule raison qu'il s'agit d'une hospitalisation sur ordre de la cour et que, en cas de refus de la part de l'établissement, une poursuite pour outrage au tribunal est possible.

Comme le montre le tableau 1 de la page 56, ces régions, sauf la Montérégie, n'ont qu'un petit volume d'activités en psychiatrie légale, encore plus minime si l'on considère la répartition de ce volume par établissement. Par exemple, au CSSS de la Haute-Gaspésie, un des cinq établissements désignés pour la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, seulement deux évaluations concernant la responsabilité criminelle ont été réalisées sur une période de trois ans, soit de 2005-2006 à 2007-2008. Il est donc très difficile pour ces établissements de maintenir une expertise en psychiatrie légale et les aménagements nécessaires, sur le plan de la sécurité, à la garde d'accusés sous juridiction criminelle. Pour ces raisons, il y aurait lieu de « rationaliser » la garde d'accusés en établissement de santé, en mettant sous garde en centre hospitalier seulement les cas dont l'état de santé l'impose. Ces cas pourraient être assumés par un seul établissement à vocation régionale.

À l'opposé, dans les régions qui ne comptent qu'un seul établissement désigné, l'application de la délégation de pouvoir est plus complexe lorsque l'accusé est libéré sous modalités et suivi dans sa communauté par un psychiatre ou un médecin d'un autre centre hospitalier. À distance, il est difficile pour le centre désigné de remplir ses obligations légales et ses responsabilités. Des mécanismes d'entente entre établissements qui tiennent compte de l'aspect légal doivent être prévus. Par contre, faute d'avoir été validés par un tribunal, personne ne sait dans quelle mesure ces mécanismes sont satisfaisants sur le plan légal.

### **Contraintes et enjeux pour l'IPPM**

Concernant l'IPPM, les contraintes associées à la psychiatrie légale sont surtout de nature clinique (voir l'annexe 8). Elles ont trait par exemple au manque de lits disponibles pour les

expertises, à la multiplicité des sources de demandes, au caractère parfois incohérent de la demande, à l'incapacité de prioriser les demandes d'expertise et à l'absence relative de ressources d'hébergement en externe. L'absence de fluidité dans la trajectoire de soins des patients, l'inconfort éthique et clinique lié aux ordonnances combinées et la contrainte disproportionnée imposée par les expertises de délinquants dangereux ou à contrôler sont également mentionnés. Quant aux enjeux majeurs, ils relèvent de la mission nationale de l'IPPM et de son rôle plus spécifique de ressource de troisième ligne. Évidemment au travers de tout cela, les questions relatives au développement des ressources humaines et de la recherche en psychiatrie légale demeurent au cœur des préoccupations de cette institution de renommée internationale.

### **Contraintes et enjeux majeurs pour la CETM**

Malgré tous les efforts déployés par la CETM, il n'en demeure pas moins que le principal facteur associé au dépassement de délais relève de son manque d'effectifs, compte tenu de l'augmentation régulière du nombre de dossiers sous sa responsabilité, du nombre d'audiences à tenir et du nombre d'hôpitaux à visiter.

Sur ce dernier point, en 2008-2009, la CETM du Québec a tenu 1 893 audiences dans 83 lieux différents. Cela signifie que des audiences ont été tenues dans des établissements qui n'avaient pas été désignés dans l'arrêté ministériel 2005-013 et dans plusieurs lieux différents pour un même établissement (par exemple, les établissements ayant plusieurs pavillons ou points de service). Les données collectées par la RAMQ permettent de confirmer que quelques ordonnances d'évaluation de l'état mental d'accusés sont exécutées par des établissements qui ne sont pas désignés. Selon les informations disponibles, il s'agit le plus souvent d'accusés déjà suivis ou connus de ces établissements, lesquels se voient alors confier à la fois le mandat de l'évaluation, de la garde et du suivi d'un accusé lorsque ce dernier est déclaré ISP ou reçoit un verdict de NRCTM.

L'annexe 6 (voir l'annexe 6) présente les contraintes et les enjeux pour la CETM. L'immensité du territoire et la dispersion des hôpitaux désignés imposent une lourde logistique à gérer et constituent une source de problèmes. Il est en effet difficile de planifier adéquatement les audiences quand il faut prévoir des déplacements dans un aussi grand nombre d'endroits différents, d'autant plus que le nombre de dossiers dans certains hôpitaux est peu important. De plus, la distance entre plusieurs de ces hôpitaux est relativement grande, ce qui exige beaucoup de temps de déplacement. D'autre part, plusieurs hôpitaux désignés n'ont pas les ressources humaines et matérielles dont ils auraient besoin pour faire face aux obligations qui leur sont imposées par leur statut d'hôpital désigné, ce qui pose des difficultés dans leurs transactions avec la Commission avant, pendant comme après les audiences qu'elle tient dans ces établissements.

Selon la CETM, une solution logique à ces problèmes est de réduire, de façon significative, le nombre d'hôpitaux désignés dans l'arrêté ministériel, de manière à simplifier le système en vue de faire face à l'augmentation du nombre de verdicts d'ISP ou de NRCTM d'un accusé et à la plus grande complexité des cas. Une proposition en ce sens a été déposée auprès du Comité par la CETM (voir l'annexe 6). Les hôpitaux qui peinent actuellement à faire face à leur statut d'hôpital désigné seraient libérés de cette responsabilité. Par contre, les hôpitaux désignés, qui seraient alors les seuls à s'occuper de psychiatrie légale au Québec, auraient l'obligation

d'allouer les ressources nécessaires pour s'acquitter des responsabilités liées à leur désignation.

De cette façon, la CETM verrait son travail facilité, la diminution du nombre d'hôpitaux permettant des déplacements plus fréquents vers ces derniers. Il en résulterait une meilleure planification des audiences dans le respect des délais prescrits. Ces changements permettraient en outre la constitution d'équipes traitantes plus spécialisées et multidisciplinaires dans les établissements désignés et d'accroître la qualité de la prestation des soins en psychiatrie légale, puisque l'expertise serait concentrée. Présentement, on observe un morcellement des compétences, les équipes étant réparties dans 50 hôpitaux dispersés sur tout le territoire du Québec. Dans un nombre plus restreint d'établissements, les intervenants développeraient une meilleure connaissance de la façon de faire devant les tribunaux judiciaires et la CETM ainsi que de l'importance de bien préparer leur témoignage et de formuler des recommandations précises.





## CHAPITRE 3 – LES CONSTATS ÉTABLIS PAR LE COMITÉ

### DÉVELOPPEMENT DÉSORDONNÉ DE LA PSYCHIATRIE LÉGALE DANS UN VASTE RÉSEAU INTERMINISTÉRIEL ET INTERSECTORIEL

**Au Québec, la psychiatrie légale s’est développée comme une ville sans plan d’urbanisation.** Les structures et les organisations impliquées s’enchevêtrent dans des réseaux qui se sont tissés au fil des alliances, des habitudes et des initiatives personnelles. La bonne volonté des parties et les liens de collaboration ont permis aux systèmes de fonctionner en dépit des obstacles. Cette issue n’a toutefois été possible qu’au prix de pertes importantes sur le plan de l’efficacité et de l’efficacité des processus en place. Surtout, les **personnes aux prises avec un trouble mental ont beaucoup trop souvent été victimes des ratés de ces processus.**

**Les ramifications de la psychiatrie légale débordent bien au-delà des frontières de la Direction de la santé mentale du MSSS.** Afin de déterminer correctement les moyens à mettre en place afin d’assurer une performance accrue, il importe de saisir l’environnement dans lequel la psychiatrie légale s’inscrit et de connaître les principaux acteurs impliqués. À ce sujet, le prochain tableau dresse une liste partielle des parties intéressées à la psychiatrie légale dans le but de donner une idée de l’étendue de ses interfaces.

**Voici la « cartographie » macroscopique des principales parties intéressées à la psychiatrie légale au Québec**

Parties intéressées	Certaines composantes
Le citoyen	La personne souffrant d’un trouble mental qui est accusée en vertu du Code criminel  Les proches de la personne souffrant d’un trouble mental  Le contribuable  Le droit à l’accès aux soins de santé et aux services sociaux
Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)	18 régions socio-sanitaires  50 hôpitaux désignés (en vertu de l’ <i>Arrêté ministériel 2005-013</i> )  La Direction de la santé mentale au MSSS  Organismes communautaires en santé mentale

Ministère de la Sécurité publique (MSP)	<p>Les services correctionnels : 18 établissements de détention et les services de probation</p> <p>Sûreté du Québec</p> <p>Commission québécoise des libérations conditionnelles</p>
Ministère de la Justice (MJQ)	<p>Districts judiciaires</p> <p>Palais de justice</p>
La magistrature	Cour du Québec, Chambre criminelle et pénale
Les avocats	<p>Directeur des poursuites criminelles et pénales</p> <p>Les avocats de la défense</p> <p>Le Barreau du Québec</p> <p>Aide juridique</p>
Commission d'examen des troubles mentaux (CETM)	<p>Assurer la sécurité du public.</p> <p>Tenir compte des besoins de l'accusé, notamment quant à sa réinsertion sociale.</p>
Municipalités	<p>Les cours municipales traitant des affaires criminelles</p> <p>Les corps policiers municipaux</p>
Réseau d'aide pour l'itinérance	La combinaison de la rupture sociale et de la maladie mentale peut se solder par une incidence plus élevée de criminalisation

Les interfaces entre ces acteurs sont très nombreuses et s'insèrent au fil des ramifications qui se sont développées avec le temps. Nous faisons face à **un vaste réseau intersectoriel et interministériel pour lequel il n'existe pas de gouvernance assurant une harmonisation et une concertation des politiques et des pratiques**, sans compter les gains qui deviendraient alors possibles concernant la performance des systèmes pris dans leur globalité. Également, des lacunes sont présentes à l'intérieur même des ministères et des organisations dans leur capacité d'ordonner leurs ressources aux fins de la psychiatrie légale.

Même dans un contexte optimal de gestion, la coordination des activités de cette multiplicité d'organisations présenterait un défi de taille. On peut aisément imaginer le cafouillis qui règne, comme cela est trop souvent le cas actuellement, lorsque les mécanismes de coordination sont insuffisants et n'ont que des effets fragmentaires sur les systèmes.

**Voici différents exemples qui illustrent le manque de coordination et de concertation entre les parties, de même qu'à l'intérieur des organisations elles-mêmes.**

- **Sur les 50 hôpitaux désignés dans l'arrêté ministériel 2005-013, seulement un peu plus de la moitié assurent grosso modo pleinement leur mandat**, alors qu'environ le quart n'assument aucune responsabilité à ce sujet. Les établissements qui se désistent, totalement ou partiellement, évoquent souvent le fait qu'ils n'ont pas les ressources nécessaires pour répondre aux demandes de la psychiatrie légale. Cette position s'inscrit dans un contexte où des normes, qui définiraient les moyens à mettre à la disposition des hôpitaux désignés, n'existent pas. Il devient alors délicat d'invalider ou de soutenir l'argumentation des hôpitaux désignés qui ne remplissent pas leur mission. La désignation des hôpitaux dans l'arrêté ministériel ne tenait pas compte de l'organisation des services à mettre en œuvre et des ressources à investir.
- **Les hôpitaux désignés, qui tentent de se conformer aux exigences de leur statut, sont soumis à différents facteurs qui font fluctuer significativement leur capacité de poursuivre les activités.** Ainsi, certains d'entre eux ont dû cesser leurs activités, définitivement ou pour une période indéterminée, laissant plusieurs de leurs partenaires dans l'expectative.
- **L'agencement des activités entre la cour, les établissements de détention et les hôpitaux désignés est trop souvent impossible à planifier.** Dans un jeu de vases communicants, la cascade des événements peut prendre diverses formes. Voici quelques exemples :
  - **Le choix de l'hôpital désigné dans l'ordonnance de la cour ne tient pas compte de la capacité de l'établissement de santé de l'exécuter** (ex. : un lit peut ne pas être disponible dans le cas où l'ordonnance exige la détention de l'accusé en centre hospitalier). Parfois, l'ordonnance vise un hôpital qui n'est pas désigné dans l'arrêté ministériel. Le juge n'a pas toujours accès à l'information pertinente qui éclairerait sa décision. Tel ne serait plus le cas s'il pouvait être renseigné, en temps opportun, au sujet des solutions de rechange qui permettraient à la cour de voir ses ordonnances exécutées à la fois en fonction des impératifs juridiques et des ressources disponibles. Au fil du temps, un nombre considérable d'ordonnances ne sont pas exécutées ainsi que la cour l'exige (délais non respectés, évaluations effectuées dans un autre lieu que celui qui est désigné dans l'ordonnance), ce qui expose les établissements fautifs à des blâmes.
  - **La détention en centre hospitalier d'un accusé à évaluer n'est pas systématiquement basée sur l'indication selon laquelle l'état de santé de l'accusé nécessite ou non une hospitalisation.** En conséquence, des accusés dont l'état de santé requiert une hospitalisation demeurent en établissement de détention alors que des accusés détenus sous ordonnance en centre hospitalier n'ont pas besoin d'un tel encadrement. Il arrive également que des accusés soient détenus dans un établissement de détention ou dans un hôpital désigné alors qu'ils

pourraient être libérés, si les conditions s'y prêtaient, afin de subir les évaluations en externe.

- Pour ajouter à ce constat de désordre, mentionnons que **les accusés faisant l'objet d'une détention sous ordonnance dans un hôpital désigné sont souvent admis en priorité, devant les patients qui attendent, dans une civière qu'ils occupent au service des urgences, que des lits hospitaliers se libèrent.** En d'autres mots, des accusés qui ne requièrent pas de soins hospitaliers sont admis prioritairement, au détriment de patients dont l'état de santé nécessite une hospitalisation. Le statut légal a alors préséance sur l'état de santé lorsqu'il s'agit de prioriser une admission dans un établissement de santé.
- **Les établissements de détention gardent des accusés aux prises avec un trouble mental symptomatique concernant lequel ils n'ont pas l'expertise nécessaire pour intervenir sur le plan de l'évaluation clinique et du traitement.** Cette impasse crée à l'occasion des tensions entre les établissements de détention et les hôpitaux désignés incapables de répondre au volume d'ordonnances exigeant une garde en milieu hospitalier. Des rapports de force peuvent alors s'exercer au détriment du lien de collaboration. Le fait qu'un accusé requière des services de santé auxquels il n'a pas accès est non seulement inacceptable, mais s'est parfois soldé par des événements tragiques.
- D'autres difficultés concernent **l'interface entre la CETM et des partenaires**, notamment :
  - **La CETM n'a pas d'emprise sur le nombre d'hôpitaux désignés par arrêté ministériel ni sur les ressources qui leur sont attribuées pour remplir leur mission.** De surcroît, elle est à la merci des ordonnances de la cour qui doivent être exécutées par des hôpitaux non désignés. C'est ainsi qu'en 2008-2009, les membres de ce tribunal administratif ont sillonné les routes du Québec pour se rendre dans près de 83 lieux différents (il y a 50 hôpitaux désignés au Québec), sans compter les efforts pour s'y retrouver dans les méandres des nombreux pavillons des CSSS dans lesquels l'audience pouvait se tenir. Parfois, la CETM devait parcourir de longues distances pour un petit nombre de cas à traiter. **Alors que l'Ontario ne compte que 13 établissements désignés et la Colombie-Britannique, 18, la CETM du Québec se voit contrainte à investir ses déjà maigres ressources pour simplement s'adapter à cet immense circuit.** En conséquence, elle peine à respecter les délais prescrits. Les centres hospitaliers se plaignent aussi de sa trop faible capacité d'adapter son rôle aux besoins des accusés et des impératifs de gestion des établissements (ex. : tenir une audience afin de libérer un accusé et, par le fait même, un lit hospitalier). La CETM doit s'accommoder de tenir des audiences dans des établissements qui n'ont ni l'expertise ni l'infrastructure pour transiger avec elle.
- **La CETM souligne qu'il y aurait intérêt à améliorer la coordination de ses activités avec celles de certains hôpitaux désignés, en particulier concernant les points suivants :**
  - Elle déplore la disponibilité tardive des rapports d'évaluation des dossiers relatifs à l'audience, le fait qu'ils sont parfois incomplets ou tout simplement absents.

- Lors du transfert interhospitalier d'un accusé qui implique également le transfert de la responsabilité légale à un autre établissement de santé, désigné ou non dans l'arrêté ministériel, l'hôpital désigné doit obtenir préalablement l'autorisation de la CETM lors d'une audience.
- L'encadrement sécuritaire d'un accusé transféré dans un hôpital non désigné dans l'arrêté ministériel incombe à l'hôpital désigné, qui demeure responsable de cet accusé.
- **On devrait éviter toute pratique permettant de rendre des ordonnances combinées**, en particulier une ordonnance d'évaluation de l'aptitude à subir son procès en concomitance avec une ordonnance d'évaluation de la responsabilité criminelle. **Ces ordonnances combinées posent des problèmes sur le plan éthique, logistique et juridique.** Par exemple, l'expertise nécessaire pour procéder à chacune de ces évaluations ne se trouve pas nécessairement réunie dans l'hôpital désigné dans l'ordonnance. Également, sur le plan juridique, l'accusé doit devenir apte à subir son procès avant que l'on puisse considérer sa responsabilité criminelle.

Dans le cours des travaux du Comité, le juge en chef adjoint à la Chambre criminelle et pénale, l'honorable Maurice Galarneau, a diffusé un communiqué adressé à la magistrature afin de rappeler à cette dernière la nécessité d'éviter de rendre de telles ordonnances combinées. La même directive a été donnée par le Directeur des poursuites criminelles et pénales du Québec dans un communiqué daté du 20 octobre 2009 et adressé à l'ensemble des procureurs en chef aux poursuites criminelles et pénales.

- **Les mécanismes permettant de réduire le temps d'hospitalisation des accusés ne sont pas suffisamment utilisés.** Le délai pour inscrire un accusé au rôle du tribunal, alors qu'il occupe un lit hospitalier, pourrait être réduit dans certaines conditions. Voici deux exemples de ces conditions :
  - Lorsqu'un accusé est détenu dans un hôpital désigné et que l'ordonnance d'évaluation demandée (aptitude, responsabilité criminelle, etc.) par la cour a été exécutée.
  - À la suite d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux, lorsque la cour ordonne la détention de l'accusé dans un hôpital désigné, la CETM pourrait parfois tenir une audience plus rapidement.
- Lorsque l'évaluation optimale d'un accusé est exigée par une ordonnance de la cour, le médecin doit avoir accès à des documents qui malheureusement ne sont pas toujours sous le contrôle du réseau de la santé. **La circulation de l'information est considérée comme un facteur clé de la qualité des évaluations soumises à la cour.** Les rapports d'événements rédigés par les policiers, les actes d'accusation et les antécédents judiciaires constituent autant d'illustrations de ce type d'information. On devrait faciliter leur transmission automatisée au médecin responsable de l'évaluation.
- **Les ordonnances en provenance d'une cour criminelle ou de la CETM ne devraient s'adresser qu'aux hôpitaux désignés dans l'arrêté ministériel.** À défaut de respecter cette règle, comme cela arrive parfois, des hôpitaux non désignés se voient confier l'exécution d'ordonnances pour lesquelles ils ne disposent pas forcément de la légitimité, de l'expertise ou des ressources requises.

## LA HAUSSE CONSTANTE DES VOLUMES D'ACTIVITÉS EN PSYCHIATRIE LÉGALE

L'ensemble des parties intéressées observe une hausse du nombre d'ordonnances traitées en psychiatrie légale au cours des dernières années. Au-delà des inévitables réaménagements souhaités en psychiatrie légale au Québec, **cette croissance constante du nombre d'ordonnances** appelle en soi à la vigilance et à un ajustement de l'organisation de services.

En parallèle, **la durée de validité moyenne des ordonnances est également en augmentation**. Les facteurs suivants ont été mentionnés pour expliquer ce phénomène :

- Étant donné que le réseau de la santé peine à respecter les délais, en particulier les ordonnances d'aptitude de 5 jours, certains districts judiciaires ont pris l'habitude de fixer des délais plus longs (30 jours).
- Sur le plan médical, les sujets évalués présentent un état de santé et des conditions sociales plus complexes qu'auparavant (ex. : plusieurs diagnostics psychiatriques pour un même individu, intégration sociale précaire, polytoxicomanie, lésions cérébrales).
- Le manque de mécanismes assurant une performance adéquate des systèmes. Par exemple, lorsque l'évaluation d'un accusé admis dans un hôpital désigné est terminée avant le délai indiqué dans l'ordonnance, cet établissement peut demander au greffe de la cour de faire recomparaître l'accusé plus tôt. Cette pratique n'est pas toujours possible ou mise en œuvre.

En conséquence, on assiste à une consommation accrue des ressources du système de santé et des services sociaux (clinique externe, lits hospitaliers de courte ou de longue durée).

## LES CAUSES DE LA CROISSANCE DES VOLUMES D'ACTIVITÉS

**Le Comité dénonce les lacunes du « système civil », qui se soldent par un accès insuffisant aux services en santé mentale pour les citoyens.** Dans cette perspective, la judiciarisation devient un moyen de permettre cet accès aux services pour les accusés. Pour illustrer ce phénomène, certains ont qualifié la psychiatrie légale « d'exutoire du système civil ». En conséquence, **les activités de la psychiatrie légale sont perverties et vont au-delà de sa mission première, à savoir exécuter les ordonnances de la cour en vertu de la partie XX.1 du Code criminel.**

Par exemple, de façon très répandue, les rapports d'évaluation de l'aptitude à subir un procès contiennent plus d'information que le Code l'exige. Cet ajout de renseignements vise à guider la décision de la cour afin que l'accusé soit dirigé vers les ressources appropriées et que ses besoins cliniques soient satisfaits. Certains y voient une entorse aux règles de confidentialité lorsque, par exemple, le rapport mentionne le diagnostic de l'accusé et les traitements indiqués. D'autres accueillent favorablement ce complément d'information éclairant la décision de la cour.

**Ainsi, à la fois la croissance du volume de cas traités et l'élargissement de l'étendue des activités de la psychiatrie légale engendrent une pression sur les ressources utilisées.**

**Cet usage de la psychiatrie légale aux fins de « forcer » l'accès aux services en santé mentale crée des attentes et des déceptions.** Par exemple, des familles inquiètes du sort d'un de leur membre qui souffre d'un trouble mental et qui, pour diverses raisons, ne bénéficie pas de l'assistance médicale indiquée, sont invitées à porter plainte afin que celui-ci ait accès à des traitements. Ces familles peuvent être amèrement déçues lorsque la personne souffrant d'un trouble mental se retrouve en détention, sans obtenir les services espérés.

**Les facteurs suivants sont aussi évoqués pour expliquer la croissance des activités en psychiatrie légale :**

- **Le modèle sociétal actuel expose les citoyens à un risque inégalé de rupture sociale.** Le nombre de personnes victimes de désaffiliation sociale importante gonfle sans cesse le flot des sans-abri et des marginaux. Parmi elles, plusieurs sont aux prises avec des symptômes actifs de maladie mentale. Livrées à des conditions de survie et étant parfois elles-mêmes désorganisées, ces personnes ne trouvent généralement pas sur leur route les soins et les services dont elles ont besoin. Les mécanismes adaptés pour leur porter secours n'étant pas au point ou tout simplement inexistant, la judiciarisation s'avère souvent la seule façon de leur offrir un encadrement de même qu'un accès aux services de santé et aux services sociaux.
- **La double stigmatisation qui accompagne le statut de personne souffrant d'un trouble mental ayant effectué un séjour en psychiatrie légale rend la réinsertion sociale parfois difficile.** Par exemple, à défaut de disposer d'un hébergement adapté à son état, un citoyen affecté d'un trouble mental peut être gardé indûment dans le système de la psychiatrie légale et en accaparer les ressources.

#### **L'ABSENCE DE GOUVERNANCE INTERMINISTÉRIELLE DE LA PSYCHIATRIE LÉGALE**

L'univers de la psychiatrie légale déploie de multiples ramifications dans plusieurs directions. **Comme l'a démontré le présent rapport, ses frontières dépassent la compétence du MSSS et s'intriquent dans des interfaces interministérielles et intersectorielles.** La saine gouvernance de la psychiatrie légale fait appel à une concertation de parties intéressées, qui sont dispersées dans des horizons différents et qui ont parfois des intérêts divergents. En conséquence, les dispositifs de la gouvernance devront tenir compte de ces caractéristiques particulières.

**Un certain nombre de préoccupations font l'objet de considérations qui relèvent d'un échelon suffisamment élevé de la hiérarchie ministérielle, interministérielle et politique pour profiter à la fois de l'éclairage et de la légitimité nécessaires. Voici quelques exemples à ce sujet :**

- **On ne dispose actuellement d'aucune évaluation du coût et des retombées socioéconomiques, considérés dans la globalité des systèmes impliqués, qui éclairerait la prise de décision.** Les meilleurs rapports coûts/bénéfices des moyens assurant la réponse aux besoins du citoyen ne sont pas connus. Ces études socioéconomiques nous indiqueraient les zones possibles d'amélioration de la performance. Elles nous donneraient de l'information sur les coûts et les bénéfices associés à chacun des maillons de la chaîne logistique.

À défaut de parvenir à jeter un regard englobant les principaux systèmes, on risque de voir les questions financières se régler dans un rapport de force, entre les parties, qui relèquerait aux oubliettes l'intérêt supérieur du citoyen.

- **Les principaux partenaires qui travaillent en psychiatrie légale collectent peu de données dans ce domaine, sinon aucune.** En conséquence, l'information éclairant les activités en psychiatrie légale s'avère très parcellaire. Il s'agit d'une lacune importante, notamment pour les décideurs, les gestionnaires et les chercheurs.
- **La responsabilité de financer les différentes composantes de la psychiatrie légale n'est pas toujours clairement attribuée à une partie.** Le simple fait qu'il n'existe pas de règles englobant les différents systèmes et ministères implique à l'ambiguïté de l'imputabilité financière. **Les ministères et les organisations mis en cause gèrent leurs crédits budgétaires en solo, au risque d'une perte d'efficacité de leurs activités examinées dans leur ensemble.** Cette absence de gestion globale rend d'ailleurs difficile l'élaboration de cadres budgétaires qui incluraient les incitatifs financiers les plus appropriés.

À titre d'exemple parmi d'autres, mentionnons le nombre insuffisant de ressources d'hébergement pour les personnes souffrant d'un trouble mental qui sont judiciairisées. Ainsi, les accusés sans abri sont presque systématiquement envoyés en établissement de détention alors que, si les ressources d'hébergement existaient, plusieurs y seraient probablement dirigés et éviteraient l'incarcération. Qui devrait être responsable de payer pour ces ressources? Le MSSS ou le MSP? Qui doit mesurer les effets de l'implantation de ces ressources? Un tel contentieux ne pourrait être tranché qu'à un échelon supérieur.

**Parfois, des questions litigieuses sont soulevées et leur résolution bute sur les positions irréconciliables des parties.** La question du lieu de détention des accusés faisant l'objet d'une ordonnance d'évaluation est un exemple de ce type d'impasse. Chacune des deux positions antagonistes décrites ci-dessous sont soutenues par des interprétations juridiques différentes. Une intervention à un niveau interministériel serait probablement susceptible de dénouer le tout.

D'une part, des membres du Comité, dont certains représentent des organisations du système de santé, soutiennent que le lieu de garde doit généralement être l'établissement de détention, sauf si des critères médicaux justifient une hospitalisation. Dans cette perspective, l'ordonnance prévoit les déplacements nécessaires entre le lieu de détention et le lieu désigné pour l'évaluation. Par exemple, l'établissement de détention amène l'accusé à la clinique externe de l'hôpital désigné afin qu'il subisse l'évaluation ordonnée par la cour et le ramène ensuite à l'établissement de détention. Les avantages suivants sont soulignés par des représentants d'organisations du système de santé :

- Les évaluations précoces en externe permettent de déterminer les cas devant être hospitalisés. Autant que faire se peut, les lits hospitaliers sont réservés aux cas pour lesquels une indication d'hospitalisation est donnée.
- Sans la lourdeur administrative inhérente aux procédures d'hospitalisation, il est probable que le débit d'évaluations en externe soit plus important que si elles étaient toutes effectuées à l'interne.

D'autre part, certains affirment que le lieu de détention devrait systématiquement être un hôpital désigné, puisqu'un accusé aurait ainsi accès aux soins médicaux dont il a besoin.



Dans ce cas, l'accusé est détenu dans un hôpital désigné où les ordonnances d'évaluation sont exécutées. Au-delà de l'accès aux soins pour l'accusé, les avantages suivants sont associés à une hospitalisation :

- L'observation clinique est plus soutenue et il est plus facile d'effectuer des évaluations approfondies (neuropsychologie, prises de sang, examens radiologiques du cerveau, etc.). En conséquence, il est plus facile de repérer les simulateurs et d'établir les diagnostics avec une plus grande certitude.
  - Les cliniciens disposent de plus de temps pour recueillir l'information incidente et pour planifier le suivi de l'accusé.
- Certains **amendements législatifs** pourraient s'avérer déterminants pour la bonne marche de la psychiatrie légale. La concertation interministérielle et politique constitue une condition sine qua non de réussite à ce sujet.

**Actuellement, aucun dispositif n'a été mis en place en vue d'assurer une gouvernance suffisamment légitime, centralisée et compétente de ces aspects de la psychiatrie légale.**

## LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

Différents problèmes ont été soulevés en rapport avec la rémunération des médecins psychiatres, à savoir que plusieurs actes médicaux associés à la psychiatrie légale n'étaient pas rémunérés, que certains actes ne pouvaient pas être facturés sous le mode de rémunération mixte (la grande majorité des psychiatres facturent leur travail sous ce mode), que les actes médicaux en psychiatrie légale étaient peu valorisés, etc. Ces questions ont été réglées à la suite d'une entente entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), à laquelle appartient l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ), et le MSSS au cours de l'été 2009. La modification 51 à l'Accord-cadre des médecins spécialistes, ratifiée en novembre 2009 par la lettre d'entente n° 172, a apporté de multiples correctifs concernant la rémunération des médecins psychiatres dans le domaine des actes médicolégaux.

Cette entente avec la FMSQ ne s'applique pas aux médecins de famille qui font de la psychiatrie légale. Dans la perspective où le Comité propose de diversifier les professions contribuant à la psychiatrie légale, il y a lieu de s'assurer que la rémunération des médecins omnipraticiens les incite suffisamment à jouer leur rôle dans le domaine. Dans plusieurs endroits, ce sont des médecins de famille qui agissent comme médecins traitants des accusés et qui témoignent devant la CETM. Le rôle des médecins de famille en psychiatrie légale pourrait être bonifié. À ce sujet, la lettre d'entente 220, conclue entre le MSSS et la FMOQ, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, concerne les évaluations de l'état mental en vue de déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès et non celles réalisées en vue de déterminer la décision à rendre à l'égard de ce dernier ou encore sa responsabilité criminelle.



## CHAPITRE 4 – LES RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

Le temps est venu de **simplifier les systèmes entourant la psychiatrie légale et de les mettre davantage au service du citoyen** en vertu des principes suivants :

- Le contribuable s'attend à ce que l'administration publique gère de façon performante les ressources mises à sa disposition.
- Dans une société de droits, le citoyen s'attend à ce que la justice soit rendue en fonction de la loi et des règles établies à ce sujet.
- Les personnes souffrant d'un trouble mental et qui sont judiciairisées ont droit à l'accès aux services de santé en fonction de leur état de santé et de leurs besoins.

Le succès d'une réforme de la psychiatrie légale s'appuiera sur un investissement substantiel d'argent dans les différents systèmes impliqués. Elle tablera sur une revue de la littérature en vue de déterminer les meilleures pratiques au Canada et dans le monde. L'exploration des modèles d'organisation de services et des arrimages entre les différents acteurs qui ont cours dans les autres provinces canadiennes promet d'être fort instructive.

Pour être complète et que ses chances de réussite soient plus grandes, une réorganisation de la psychiatrie légale ne doit pas se faire en vase clos au sein du MSSS. Elle doit tenir compte des attentes et des contraintes des partenaires concernés.

### LA CONCERTATION DES PARTIES

Comme nous l'avons démontré précédemment, la psychiatrie légale souffre d'un manque de coordination et de communication entre les multiples organisations, secteurs, régions et ministères concernés. La psychiatrie légale déborde largement les frontières de la Direction de la santé mentale du MSSS et du Ministère lui-même. **Le défaut de mieux articuler ces écarts administratifs entre les parties se soldera inmanquablement par une vision stratégique déficitaire, une incohérence dans les actions des acteurs, une performance sous-optimale des systèmes impliqués et parfois des résultats dramatiquement désastreux.** Afin de combler ces écarts, tant sur le plan vertical que sur le plan horizontal, des mécanismes de coordination doivent être mis en place.

**a) Le Comité recommande la formation des comités de coordination et de concertation suivants :**

- **Comité national interministériel permanent**
  - Il portera son attention sur les enjeux globaux compatibles avec son positionnement stratégique interministériel, en particulier au regard des questions financières et économiques.
  - Il s'assurera d'avoir accès à l'information pertinente sur l'évolution de la psychiatrie légale au Québec et d'avoir la compétence nécessaire pour contribuer à l'amélioration continue de son fonctionnement.
  - Il jouira de la légitimité et de l'autorité nécessaire pour obtenir les effets désirés, notamment au sujet de la conciliation des parties lorsqu'un litige oppose ces dernières.

- Il établira un partenariat entre les parties qui assurera l'intégration et la coordination des politiques ministérielles en psychiatrie légale.
  - Il soutiendra le développement de comités régionaux ou suprarégionaux; entre autres, il en définira les frontières et les responsabilités.
- **Comités régionaux ou suprarégionaux**
    - Ils regrouperont les acteurs principaux impliqués en psychiatrie légale et assureront leur concertation afin de favoriser la bonne marche des activités.
    - Ils privilégieront une approche pragmatique par résolution de problèmes.
    - Ils achemineront au comité national permanent l'information sur les enjeux qui relèvent de sa compétence.
- b) Une « tour de contrôle » du réseau de la santé en psychiatrie légale assurant la coordination des activités**

**Dans le but d'« ordonnancer » les activités entre les organisations, le Comité propose d'implanter une fonction de coordination au sein du système de santé et des services sociaux.** Cette fonction disposerait de l'information, de la compétence et de l'autorité pour garantir les résultats attendus. Elle aurait accès à une banque de données qui la renseigneraient, en temps réel, sur l'état des ressources en psychiatrie légale.

**Le Comité a déploré l'absence de « tour de contrôle », dans le réseau de la santé, s'assurant que les décisions impliquant ce dernier soient prises en fonction d'une hiérarchisation des services et de l'exécution des ordonnances des tribunaux, dans les délais prescrits, par des hôpitaux désignés qui ont la capacité de le faire. Pour atteindre ces objectifs, la « tour de contrôle » fournirait toute l'information utile à la cour avant qu'elle ne rende la décision envisagée.**

Par exemple, dans le cas d'une ordonnance d'évaluation de l'APS d'un accusé, l'information transmise par la « tour de contrôle » indiquerait le lieu à privilégier pour exécuter l'ordonnance, soit :

- directement à l'infirmierie de l'établissement de détention (ces infirmeries devraient alors être désignées par arrêté ministériel;
- dans un service d'hébergement offrant l'encadrement adéquat;
- en clinique externe d'un hôpital désigné ou en milieu intrahospitalier.

**Lorsque cela s'avérerait utile, elle mettrait aussi l'information à la disposition de la CETM afin d'en éclairer les décisions** (par exemple dans les cas de transferts interhospitaliers).

Avec cette meilleure coordination entre les parties, **la primauté à la remise en liberté pendant que l'ordonnance d'évaluation est en vigueur serait plus susceptible d'être favorisée.** En d'autres mots, plutôt que de s'en remettre presque exclusivement à la détention, soit en établissement de détention ou dans un hôpital désigné, la cour serait éclairée sur d'autres options.

## **LES HÔPITAUX DÉSIGNÉS**

- a) Le Comité recommande une diminution du nombre d'hôpitaux désignés dans l'arrêté ministériel au sens de l'article 672.1 du Code criminel**

À ce sujet, **la CETM insiste sur l'importance cruciale d'une telle réduction afin de lui donner de meilleures conditions pour accomplir sa mission.** Elle suggère expressément de diminuer à 26 le nombre d'hôpitaux désignés (soit 1 par région sociosanitaire, à l'exclusion de la Montérégie et de Montréal) et propose une liste d'hôpitaux qu'elle aimerait voir désigner.

**Le Comité est ouvert à l'idée de considérer l'option de la désignation partielle d'hôpitaux.** Par exemple, un nouvel arrêté ministériel pourrait distinguer des catégories d'établissements hospitaliers disposant des moyens d'effectuer différents types d'évaluations suivant la partie XX.1 du Code criminel, notamment l'évaluation de l'APS d'un accusé ou le suivi des personnes libérées par la CETM sous réserve de modalités.

**Les avantages suivants** sont associés à l'exécution de cette recommandation du Comité, à savoir diminuer le nombre d'hôpitaux désignés à un total qui demeure à préciser :

- **Simplification du système**
- La CETM rehausserait sa capacité de respecter les échéances imposées par la loi et de raccourcir les délais afin de répondre aux demandes de ses partenaires (par exemple les demandes de révision).
- **Le Québec concentrerait l'expertise et les ressources en psychiatrie légale dans un nombre plus restreint d'établissements et, du coup, serait en meilleure position de constituer des masses critiques viables dans ce domaine.** Relativement à la complexification des cas, l'expertise en psychiatrie légale est appelée à se développer et les dispositions soutenant sa pérennité deviennent d'autant plus importantes. À ce propos, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a reconnu, en 2009, le fait que la psychiatrie légale était une surspécialité de la psychiatrie.

**Certaines conséquences** à cette diminution du nombre des hôpitaux désignés **sont anticipées**, dont les suivantes :

- **Des personnes témoignant devant la CETM devront parcourir de plus longues distances.** Plus le territoire desservi par l'hôpital désigné sera étendu, plus les inconvénients liés aux déplacements s'avéreront irritants. Par exemple, l'accusé, les proches de l'accusé, le médecin traitant, les membres de l'équipe traitante ou l'avocat de l'accusé pourraient avoir à se déplacer sur de longs trajets afin d'être présents à l'audience. Les coûts et la logistique à mettre en place ne seraient pas négligeables.
- La préoccupation de la distance à parcourir se pose pour le MSP, qui assure actuellement à titre gracieux le transport des accusés entre palais de justice ou de l'établissement de détention et l'hôpital désigné.
- La majorité des hôpitaux désignés seraient dans l'incapacité, du moins dans l'état actuel des choses, d'assurer le suivi de tous les patients sous la compétence de la CETM. En conséquence, **l'AQESSS insiste pour que des mécanismes continuent de permettre aux hôpitaux désignés de déléguer le suivi d'accusés, libérés sous réserve de modalités, à des équipes traitantes et à des médecins ne travaillant pas dans un hôpital désigné.**

**En accord avec la CETM, le Comité mise sur la conclusion d'ententes officielles de services intervenant entre les hôpitaux désignés et d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux afin d'assurer le suivi de patients libérés sous réserve de modalités. Ces dispositions favoriseront la réinsertion sociale des accusés sous la responsabilité de la CETM dans leur milieu de vie.** Ces ententes garantiront que l'hôpital désigné continuera d'être en position d'exécuter correctement les ordonnances des tribunaux judiciaires et de la CETM. Pour y parvenir en tenant compte de la délégation du suivi à d'autres acteurs, les rôles et responsabilités des établissements impliqués dans ces ententes avec l'hôpital désigné seront précisés.

**Selon la CETM, un tel système pourrait théoriquement être invalidé par une décision d'un tribunal. En effet, il n'a pas été « testé juridiquement ».** Une révision de la jurisprudence des décisions prises par les CETM et une revue de la littérature des meilleures pratiques au Canada nous éclaireraient peut-être sur l'ampleur de ce risque. L'organisation de services en psychiatrie légale de l'Ontario et celle de la région de Vancouver en Colombie-Britannique sont mentionnées comme inspirantes.

- Plus la « distance administrative » sera grande entre l'hôpital désigné et l'établissement non désigné, plus le risque sera élevé que la coordination et la communication entre les parties en souffrent.

#### **b) L'établissement de normes relatives au statut d'hôpital désigné**

**Ces normes détermineraient la capacité d'un établissement à assumer ses fonctions d'hôpital désigné selon sa position dans la hiérarchisation des services.** Ces critères permettraient de mieux saisir les effets, en matière d'investissement de ressources, de la désignation d'un hôpital par arrêté ministériel. Ils préciseraient les paramètres à respecter afin de tenir compte des acteurs concernés (établissement de détention, cours de juridiction criminelle, etc.). Voici **quelques repères suggérés concernant ces normes** :

- **Investir les ressources en tenant compte de la position de l'hôpital désigné dans la hiérarchisation des services et des attentes le concernant à ce sujet.** Par exemple, à certains égards, l'infrastructure de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal n'est pas la même que celle d'un autre hôpital désigné du réseau.
- **Tenir compte de l'évolution de la demande**, en croissance si la tendance se maintient, afin d'ajuster l'attribution des ressources en conséquence dans les établissements offrant les services.
- **Préciser les ressources immobilières et matérielles**
  - En clinique externe (ex. : salle d'attente adaptée afin que l'arrivée d'un accusé, menotté et accompagné par des agents correctionnels, ne le transforme pas en « animal de foire »)
  - Déterminer les besoins, par habitant, en lits de courte durée et de longue durée.
  - Exigences de la CETM pour procéder à des audiences (ex. : local où se tient l'audience, articles 16 à 19 du guide de la CETM, 2007)

- **Définir les normes d'un « milieu sécuritaire »**, surtout concernant la garde, tant pour l'accusé que pour le personnel mandaté pour assurer cette garde :
  - **Il semble qu'aucune loi ne détermine les conditions de sécurité encadrant la détention d'un accusé dans un hôpital désigné.** Néanmoins, des normes devraient être édictées afin de s'assurer que les aspects de la sécurité ont été pris en compte, autant en ce qui concerne la détention des accusés qu'en ce qui concerne leur suivi ou leur hébergement en externe.
  - **Ces normes varient en fonction de la mission de l'organisation dans le cadre de la hiérarchisation des services.** Par exemple, celles qui s'appliquent à l'IPPM, un hôpital désigné offrant des services de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> ligne, seront différentes de celles qui s'appliquent à un établissement offrant des services de 2<sup>e</sup> ligne.
  - **Différentes sources d'information ou des centres d'expertise ont été suggérés en vue d'aider le MSSS dans l'élaboration des normes de sécurité, notamment :**
    - le ministère des Services gouvernementaux, responsable de la Société immobilière du Québec;
    - l'Institut canadien pour la sécurité des patients, qui a publié en 2009 un guide intitulé *La sécurité des patients et la santé mentale*;
    - la jurisprudence des différentes commissions d'examen des troubles mentaux à la grandeur du Canada;
    - les infrastructures de l'Ontario à ce sujet.
- **Préciser les particularités des ressources humaines, autant sur le plan médical que pour les autres professions :**
  - Garantir une masse critique d'expertise suffisante afin de maintenir les services à long terme et éviter les ruptures de services « au moindre coup de vent ».
  - Établir les besoins, par habitant, de médecins en psychiatrie légale.
  - Assurer la formation et la spécialisation des ressources humaines :
    - garantir la qualité des services;
    - tenir compte de la féminisation;
    - adopter une approche de la dangerosité présentée par des accusés;
  - préciser les responsabilités des acteurs du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) afin d'assurer la formation et l'accès à l'expertise;
  - planifier la main-d'œuvre qualifiée tant sur le plan de sa formation que sur le plan de sa répartition dans les hôpitaux désignés.
- **Énoncer les fonctions du « responsable de l'hôpital »** (en vertu de l'article 672.1 du Code criminel), dont le rôle est crucial dans la bonne marche des procédures en général, notamment en rapport avec la CETM.
- Assurer une **offre de services en anglais** (surtout dans les régions de Montréal, de l'Estrie et de l'Outaouais).

- **Idéalement, désigner les hôpitaux situés à proximité d'un établissement de détention.** On suggère que les hôpitaux désignés soient situés à moins de deux heures de route, dans la mesure du possible.
- **Moduler l'offre de services pour les régions éloignées**
  - Les régions nordiques n'ont jamais eu d'hôpital désigné. La réinsertion des accusés dans ces territoires est difficile.
  - Coordonner l'offre de services avec les activités des cours itinérantes (dans les districts judiciaires de l'Abitibi et de Mingan).
  - Utiliser des technologies de communication (ex. : télé-comparution, télé-psychiatrie).
- Développer une **approche adaptée pour les Autochtones** qui prenne en considération les éléments suivants :
  - la langue et la culture;
  - le fait qu'ils vivent souvent dans des zones isolées et parfois difficilement accessibles;
  - le fait que la réinsertion sociale dans le milieu de vie de leur choix n'est pas toujours possible actuellement (ex. : une personne libérée sous réserve de modalités par la CETM ne peut être « réinsérée » qu'à Montréal, plutôt que dans sa région, puisque seul un hôpital désigné de Montréal assure son suivi).

**Les hôpitaux désignés s'inscriront dans une hiérarchisation des services. Certains d'entre eux pourraient se voir confier une mission suprarégionale. Il est possible que certaines régions n'aient pas d'hôpital désigné.** La population et la superficie du territoire de chacune des régions ainsi que leurs spécificités constituent autant de paramètres à considérer. Par exemple, l'étendue géographique des régions nordiques du Québec impose des contraintes que l'on ne retrouve pas sur le territoire de Montréal.

À d'autres endroits, **des accommodements devront être mis en œuvre en vue de faire face aux contraintes inhérentes à un découpage géographique de la région sociosanitaire radicalement différent de celui du district judiciaire** (exemple du territoire de Granby : le district judiciaire de Bedford et la région sociosanitaire de la Montérégie). Dans ces conditions, il semble que, jusqu'à maintenant, la cour décide du lieu d'exécution des ordonnances de façon relativement arbitraire et sans égard à l'organisation de services prévue par le réseau de la santé. Les correctifs qui seront apportés à ce sujet devront permettre aux parties de planifier les trajectoires de services.

**Peu importe le modèle retenu, toute la population du Québec doit avoir accès aux services de psychiatrie légale.**

**La mission nationale de l'IPPM s'inscrit dans cette hiérarchisation des services. De toute évidence, cette mission nationale devra être consolidée et précisée.** Actuellement, elle se perd dans le volume de demandes de services qui lui sont acheminées, et ce, généralement sans égard à sa mission de soins spécialisés de 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> ligne.



**La transformation de l'organisation actuelle des services en un système hiérarchisé d'hôpitaux désignés, en nombre dorénavant réduit, devra prévoir des modalités de transition qui toucheront tous les acteurs concernés.** Par exemple, la réduction de 5 à 1 du nombre d'hôpitaux désignés dans une région aurait des répercussions sur le réseau de la santé et des services sociaux, le MSP, la magistrature, etc.

#### **CONSTRUIRE UNE BASE DE DONNÉES ET UN « TABLEAU DE BORD »**

Les travaux du Comité ont mis en lumière le peu de données disponibles sur les activités de la psychiatrie légale, autant au MSSS que dans les autres ministères ou secteurs impliqués. **En conséquence, sans « tableau de bord », la gestion de la psychiatrie légale s'assimile à un pilotage à vue dans des conditions qui deviennent parfois périlleuses.**

**Si possible dans le cadre d'une entreprise commune, nommément avec la CETM, le MSP et le MJQ, le MSSS construirait et entretiendrait une base de données permettant de suivre le déploiement des ressources et leur utilisation.**

Voici certains des **avantages** qui y seraient associés :

- Accès à un « tableau de bord » et à de l'information servant au développement de la psychiatrie légale, au soutien de sa gestion et à la recherche dans ce domaine.
- Capacité de procéder à des analyses comparatives (*benchmarking*) entre les organisations, et ce, à des fins d'amélioration de la qualité.
- Suivi des données financières.
- Utilisation d'indicateurs aux fins de la reddition de comptes et des mesures de performance.

**La fonction de « tour de contrôle », suggérée dans le présent rapport afin d'améliorer la coordination entre les parties, appuiera ses activités sur des données accessibles en temps réel** (taux d'occupation des lits hospitaliers, délai anticipé pour la libération d'un lit, disponibilité d'un médecin en clinique externe pour effectuer des évaluations demandées par la cour, taux d'occupation des places d'hébergement, etc.). Dans cette perspective, une base de données et un « tableau de bord » seraient utiles.

#### **TÉLÉ-AUDIENGE ET TÉLÉ-PSYCHIATRIE**

Afin d'améliorer la performance des systèmes, certains membres du Comité suggèrent de **développer au maximum l'utilisation des moyens de communication à notre disposition, nommément la télé-audience et la télé-psychiatrie.** La télé-psychiatrie réfère à l'utilisation de la visioconférence pour relier simultanément et en temps réel un patient et un professionnel de la santé mentale, ou des professionnels de la santé entre eux, afin de réaliser une activité diagnostique, thérapeutique, formative ou autre entre deux ou plusieurs sites.

Dans plusieurs cas, particulièrement **dans le contexte de la vaste étendue géographique du territoire québécois et celui de la pénurie de main-d'œuvre spécialisée,** le recours à ces technologies permettra d'économiser du temps et des ressources sans pour autant réduire la

qualité des services. Pensons notamment aux régions nordiques et aux activités des cours itinérantes. Ces technologies sont perçues comme des moyens de moderniser le réseau de la santé et ses interfaces avec ses partenaires en psychiatrie légale. Leur mise en œuvre devrait tenir compte des expériences en cours et des politiques adoptées les concernant, entre autres le document produit par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS, 2006). Précisons que la télé-audience requiert le consentement des deux parties au dossier. Elle est autorisée devant une cour de justice criminelle et également devant la CETM.

Le Comité a énuméré un certain nombre de **résistances au sujet de ces technologies**, dont les suivantes :

- Certains juges y associent des difficultés accrues d'évaluer l'accusé puisque ce média (télé-audience) diminue la capacité d'apprécier la crédibilité des témoins (communication non verbale), surtout dans les cas complexes. Ainsi, certains juges, autant de la CETM que de la Chambre criminelle et pénale, refusent d'y avoir recours dans certains cas ou même de façon absolue.
- Des juges critiquent la procédure du fait qu'elle pourrait donner une apparence de « justice à rabais » puisqu'elle serait utilisée surtout pour la population éloignée.
- La question de la confidentialité est un frein à l'utilisation de la télé-psychiatrie lorsque l'accusé est gardé en établissement de détention. On ne laisserait pas un détenu seul dans une pièce pour être évalué. Il ne jouirait donc pas de la confidentialité à laquelle il a droit dans le cadre d'une telle évaluation.
- Ces technologies sont contre-indiquées dans certaines conditions, par exemple dans le cas d'une personne psychotique, impulsive ou violente.
- Le recours à ces technologies est peu recommandé dans les cas complexes.

### **Avantages perçus**

- Ces technologies et les procédures qui s'y rattachent pourraient résoudre des problèmes ayant trait à des régions éloignées.
- La télé-psychiatrie est admise par notre système de justice « même si un avocat pourrait un jour contester la qualité de l'évaluation réalisée à l'aide d'un tel procédé ».
- La technologie doit être suffisamment sophistiquée pour satisfaire les acteurs. En particulier, certains mentionnent que la qualité technique est très importante; le son et l'image doivent être nets.

### **LA CETM**

La CETM exige systématiquement le témoignage d'un médecin dans la grande majorité sinon dans la totalité des audiences qu'elle mène. **Devant l'évolution du monde du travail, notamment dans le système de santé, lequel est dorénavant fortement modulé par la**

**pluridisciplinarité et l'intégration des activités professionnelles** (cf. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines; Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé), **on pourrait revoir le caractère obligatoire de la présence d'un médecin dans tous les cas de comparution devant la CETM.** Rappelons cependant que la CETM a un pouvoir de type inquisitoire, c'est-à-dire qu'elle a le pouvoir d'aller chercher les éléments de preuves nécessaires à sa prise de décision.

**Les parties sont invitées à se concerter en vue de définir l'information recherchée par la CETM et les meilleures façons de la produire, selon les circonstances, sans nécessairement avoir recours au témoignage d'un médecin.** Ainsi, dans certains cas, le témoignage de membres de l'équipe traitante durant l'audience et le rapport écrit du médecin traitant seraient peut-être suffisants pour ne pas exiger la comparution de ce médecin. De plus, dans les cas où l'état de santé de l'accusé relève davantage d'un domaine d'expertise autre que celui de la psychiatrie (exemples : déficience intellectuelle, traumatisme cranio-cérébral), le spécialiste concerné devrait être consulté plutôt que le psychiatre.

**Contrairement au médecin, selon les régions, certains acteurs sont parfois absents lors des audiences.** Nous pensons ici surtout au **procureur de la poursuite**, au représentant du majeur inapte (ex. : le **curateur public**) et au **service de probation** (dans le cas d'un accusé à double statut). Il y a lieu de préciser les circonstances motivant la présence de ces acteurs lors d'une audience tenue par la CETM.

#### **AMENDEMENTS LÉGISLATIFS**

**Le dénouement de certaines impasses pourrait exiger des amendements législatifs.** Sans que le Comité formule une recommandation formelle à ce sujet, voici un exemple de condition où un amendement législatif pourrait être un jour envisagé :

- Dans le contexte de l'exécution d'une ordonnance d'évaluation de l'état mental d'un accusé rendue en vertu du Code criminel, **l'accès au dossier médical de l'accusé par l'hôpital désigné devrait être accordé automatiquement.** Il devrait s'agir d'une exception aux règles habituelles de confidentialité. Dans l'état actuel des choses, cet accès ne peut être consenti que par l'accusé, ce qui génère des retards. Lorsque l'accusé refuse, l'expert est privé de la connaissance des antécédents médicaux de l'accusé et ce manque peut avoir un effet négatif sur la qualité de l'évaluation qu'il effectue.

#### **L'APPLICATION DE LA PARTIE XX.1 DU CODE CRIMINEL DANS LES CAS QUI CONCERNENT LA LOI SUR LE SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE POUR ADOLESCENTS**

Aucun problème particulier n'a été soulevé concernant la contribution du réseau de la santé et des services sociaux dans l'application de la partie XX.1 du Code criminel dans les cas qui concernent la LSJPA. Les deux hôpitaux désignés dans l'arrêté ministériel 2005-013, soit l'IPPM et le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), suffisent à répondre au faible volume de demandes qui leur sont acheminées annuellement.

## LES ÉVALUATIONS EN VUE DE LA DÉSIGNATION DES DÉLINQUANTS DANGEREUX OU À CONTRÔLER

**L'évaluation des délinquants dangereux ou à contrôler a été confiée historiquement à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. La directive voulant que seul l'IPPM réalise ces évaluations découle d'une entente verbale entre cet établissement et le ministère de la Justice. Toutefois, aucun motif ne justifie que cela demeure absolument le cas.** En effet, le Code criminel stipule que seul un « expert » peut exécuter l'ordonnance d'évaluation, mais sans spécifier une profession en particulier. Il pourrait tout aussi bien s'agir d'un criminologue, d'un psychologue que d'un psychiatre. **Il n'exige pas non plus que l'évaluation soit réalisée par un expert du réseau de la santé.**

**Certains arguments voulant que ces évaluations soient effectuées plutôt par des experts indépendants sont avancés.**

**D'autres soutiennent que les équipes de psychiatrie légale du MSSS sont les mieux placées pour procéder.** Selon les tenants de cette position, le niveau élevé de l'expertise psychiatrique est essentiel pour éclairer la cour. Les effets d'un statut de délinquant dangereux ou à contrôler étant très importants, ils affirment que les évaluations devraient être de première qualité. Certains affirment que d'autres établissements que l'IPPM pourraient être habilités à faire ces évaluations.

Selon le Comité, compte tenu de récents amendements au Code criminel, à savoir l'élargissement du concept de « sévices graves à la personne » de l'article 753.1(2)a), utilisé comme critère pour procéder au renvoi pour évaluation en vue d'une déclaration de délinquant dangereux ou délinquant à contrôler, **il est probable que le volume annuel d'expertises demandées par la cour dans ce contexte sera en hausse dans les prochaines années.** Si tel était le cas, le coût associé suivrait la même pente ascendante. Rappelons que le nombre d'évaluations effectuées par l'IPPM dans ce contexte est passé de 8 en 1998-99 à 40 en 2007-2008.

**Le Comité recommande aux autorités ministérielles concernées de revoir la question des évaluations en vue de la désignation des délinquants dangereux ou à contrôler,** entre autres de répondre aux questions suivantes :

- Quel ministère sera responsable de ces évaluations?
- Qui paiera les frais de leur réalisation?
- Quels sont les professionnels qui seront dorénavant sollicités pour les réaliser?
- Quels sont les établissements qui réaliseront ces évaluations?

Les accusés doivent être gardés en établissement de détention et non pas dans un hôpital désigné.

## L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ MENTALE EN MILIEU CARCÉRAL

**Le Comité convient du fait que pour les personnes incarcérées souffrant d'un trouble mental, l'accès aux services en santé mentale est problématique.** Par exemple, on déplore que les personnes doivent parfois encourir un délai de plusieurs jours avant de pouvoir prendre leur médication psychotrope. Tout comme cela existe dans la société en général, la stigmatisation à l'égard de ces personnes joue un rôle dans le sort qui leur est réservé. Les rouages entourant les services de santé mentale sont décrits comme étant bureaucratiques et

peu compatissants. Plusieurs dénoncent le double standard dont les soins en santé mentale font l'objet comparativement aux soins de santé physique. Par exemple, un accusé présentant un infarctus aigu du myocarde (une maladie physique) sera vraisemblablement transféré dans un hôpital pour y être soigné alors que dans le cas d'une psychose aiguë (une maladie mentale), il demeurera emprisonné. L'accès aux médicaments indiqués pour des maladies physiques serait beaucoup plus rapide et facile que l'accès aux médicaments indiqués pour des maladies mentales.

À défaut de bénéficier des soins requis pour stabiliser leur état, les personnes ayant une décompensation psychiatrique peuvent être isolées ou contenues par la force. Le Comité n'est pas en mesure d'évaluer objectivement l'ampleur du phénomène.

Afin de prodiguer des soins et des services en santé, les établissements de détention ont recours aux services de leur infirmerie. **Rappelons que ces infirmeries sont sous la compétence du MSP et non pas du MSSS.** Lorsque des accusés font l'objet d'une ordonnance d'évaluation, des parties intéressées espèrent que le lieu de détention ordonné de l'accusé sera le centre hospitalier afin qu'il reçoive ainsi l'assistance médicale indiquée tout en subissant l'évaluation ordonnée. Les ordonnances d'évaluation n'étant toutefois pas réalisées systématiquement dans un milieu interne hospitalier, sans compter l'écart parfois constaté entre le lieu de détention ordonné en milieu hospitalier et le lieu de détention effectif, qui demeure l'établissement de détention, l'impasse décrite plus haut peut devenir très fâcheuse, sinon intolérable.

Le Comité propose **les avenues suivantes afin d'améliorer l'accès aux soins en santé mentale des accusés détenus** en établissement de détention :

- Le Comité **recommande que la responsabilité des infirmeries des établissements de détention du MSP soit transférée au MSSS.** Les personnes détenues bénéficieraient de l'accès à des services plus spécialisés et à un arrimage mieux articulé avec les différentes composantes du système de santé. Ces infirmeries serviraient de plateforme pour faire l'évaluation des personnes concernées, non seulement pour assurer l'accès aux soins durant la détention, mais également pour établir la trajectoire de services appropriés si un transfert vers un établissement de santé s'avérait indiqué sur le plan médical.
- **Comme n'importe quel citoyen détenu souffrant d'une maladie physique nécessitant des soins d'urgence, une personne dont l'état mental est sérieusement détérioré devrait être transférée vers l'établissement de santé offrant le niveau de soins approprié à son état de santé.** Par exemple, un individu présentant un infarctus aigu du myocarde sera transféré dans un centre hospitalier afin de recevoir les soins appropriés. Il devrait en être de même pour un citoyen détenu aux prises avec une décompensation sur le plan mental pour laquelle une évaluation médicale en milieu hospitalier est indiquée.

#### RECOMMANDATIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

- a) **Le Comité rappelle qu'une réorganisation de la psychiatrie légale devra tenir compte de plusieurs autres enjeux que ceux indiqués dans son mandat, dont les suivants :**
  - **Circonscrire la définition de ce qu'est un « patient de psychiatrie légale » relativement à son statut et à ses besoins.** Cette clarification délimiterait le cœur des activités de la

psychiatrie légale en établissant les frontières de son territoire. Cette « cartographie » de la psychiatrie légale départagerait ses responsabilités de celles qui incombent à d'autres acteurs. Ce recentrage de la psychiatrie légale apparaît souhaitable compte tenu des altérations considérables que ses activités ont subi au fil des décennies, comme les décrit le présent rapport. Par exemple, les « contours » financiers de la psychiatrie légale, dans les établissements de santé, doivent être précisés et l'utilisation des ressources ainsi investies, mieux définies.

- **L'accès à des mesures de soutien dans la communauté, y compris les ressources d'hébergement**, est décrit comme un enjeu de taille. Il limiterait le nombre de cas judiciairisés (en évitant la judiciarisation grâce à un accès à un hébergement d'urgence pour des personnes subissant une crise psychiatrique et psychosociale), diminuerait le nombre d'incarcérations (en particulier concernant les accusés sans abri) et faciliterait la réinsertion sociale des accusés à la fin du processus judiciaire.

**En particulier, la phase de postjudiciarisation des personnes souffrant d'un trouble mental peut s'avérer pénible dans un contexte où elles sont frappées d'une double stigmatisation**, soit celle relative à la maladie mentale et celle attribuée au fait qu'elles ont un dossier criminel. En conséquence, **des mesures doivent être prises en vue de faciliter leur réinsertion sociale**. Trop souvent, des personnes libérées sous réserve de modalités ou inconditionnellement par la CETM demeurent indûment en centre hospitalier du fait que les ressources pouvant les accueillir en communauté n'existent pas ou les refusent. Les droits de ces personnes sont alors lésés et le centre hospitalier assume les coûts démesurés de leur hébergement.

- **La CETM, le MJQ, le MSP et le MSSS pourraient colliger ensemble des données utiles à la bonne gestion de la psychiatrie légale de même qu'à la recherche et au développement dans ce domaine**. Cette mise en commun de données informatisées doit être autorisée par des instances supérieures, qui conviendront notamment de la répartition des rôles, des responsabilités et des coûts entre les parties.
- **Des mécanismes de prévention de la judiciarisation** permettraient de faire diminuer le nombre de cas acheminés vers la psychiatrie légale. Voici quelques repères à ce sujet :
  - mise à jour de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui et optimisation de son application;
  - amélioration des interventions de crise en santé mentale, et ce, en concertation avec les policiers;
  - concernant l'itinérance, mise sur pied de services en santé mentale adaptés aux personnes en rupture sociale;
  - intégration dans la communauté des services de santé mentale et implantation des politiques gouvernementales à ce sujet, par exemple le soutien d'intensité variable (SIV), le suivi intensif par une équipe dans le milieu (SIM);
  - évaluation de la valeur ajoutée de certains programmes (différentes expériences sont tenues actuellement au Canada sur les « tribunaux de santé mentale », dont l'expérience québécoise du projet pilote de programme d'accompagnement Justice-Santé mentale [PAJ-SM] à la Cour municipale de la Ville de Montréal);
  - recours à des ordonnances de traitement ou d'hébergement dans la communauté rendues par les tribunaux civils;
  - avantage accordé aux recours civils sur les recours criminels, lorsque cela est indiqué et possible.

- Élaborer une **politique de recherche et développement** qui constitue une mesure cruciale pour l'avancement de la psychiatrie légale au Québec. **L'Institut Philippe-Pinel de Montréal et les principaux centres de psychiatrie légale du Québec contribueraient aux activités de recherche pertinentes sur le plan des enjeux nationaux.**
  - **Assurer l'accès aux traitements des personnes souffrant d'un trouble mental durant la période correctionnelle, autant en milieu fermé qu'en milieu ouvert.**
  - De façon générale, **la modernisation du système de soins et de services en santé mentale qui a cours actuellement doit se poursuivre.**
  - **Créer une vie associative professionnelle dans le domaine de la psychiatrie légale** qui briserait l'isolement des parties intéressées, favoriserait le développement de communautés de pratique et l'amélioration des services. Cette vie associative rassemblerait les acteurs du système de santé, du MJQ, du MSP et les autres parties intéressées. Autrement dit, elle soutiendrait les échanges entre les parties afin de les rapprocher et d'améliorer la communication et la concertation entre elles.
  - La psychiatrie légale étant un champ d'activités relativement peu connu, **la formation professionnelle constitue un enjeu afin d'assurer une offre de services de qualité.** Le Comité suggère de considérer les éléments suivants à ce sujet :
    - Elle concerne autant l'enseignement donné dans les universités pour les futurs intervenants que la formation continue destinée à ceux en fonction.
    - Cet enjeu concerne toutes les personnes qui travaillent dans le domaine de la psychiatrie légale, nommément les médecins, la magistrature, les professionnels et les agents des services correctionnels, les avocats, les policiers, etc.
    - Une « formation croisée », c'est-à-dire une formation qui intègre les aspects juridiques à la fois en matière civile et en matière criminelle, offerte simultanément aux personnes qui travaillent dans différents secteurs ou ministères, est privilégiée afin de créer des « ponts » entre les parties et de favoriser une compréhension commune. Il importe d'avoir une vision plus interdisciplinaire de la formation.
- b) De plus, certaines innovations seraient susceptibles de générer des gains intéressants. À titre d'exemples, voici quelques avenues de réflexion :**
- Dans l'article 672.1, **le Code criminel permet au Procureur général du Québec (PGQ) de statuer que des professionnels qui ne sont pas des médecins puissent effectuer l'évaluation de l'état mental d'un accusé en vertu d'une ordonnance d'évaluation.** La concrétisation de cette possibilité justifierait la formation de professionnels qui ne sont pas des médecins afin qu'ils puissent effectuer de telles évaluations, ce qui augmenterait la capacité du réseau de la santé de répondre aux demandes de la cour à ce sujet.
  - Lorsqu'un accusé est soumis à une ordonnance d'évaluation ou de traitement, d'autres options que l'hospitalisation, lorsque certaines conditions sont réunies, pourraient s'avérer tout aussi efficaces, moins coûteuses et parfois moins privatives de liberté pour l'accusé. Voici deux suggestions de **lieux qui représentent des solutions de rechange à l'hospitalisation :**

- **Les ressources d'hébergement en communauté** seraient probablement utiles, en particulier pour les accusés sans abri.
- Dans le contexte de la mise en communauté des services en santé mentale, il est maintenant possible de prodiguer des traitements actifs directement dans le milieu de vie des personnes, notamment le **domicile de l'accusé**. Les modèles de « suivi intensif en équipe dans le milieu » (SIM) et de « soutien d'intensité variable » (SIV) constituent des exemples.
- Une interprétation du Code criminel permet qu'**une ordonnance d'évaluation soit exécutée par l'infirmerie du centre de détention**. Dans certains cas, cette avenue pourrait être explorée, particulièrement si la responsabilité de l'infirmerie passait du MSP au MSSS.



## BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN ACADEMY OF PSYCHIATRY AND THE LAW (2005)

<http://www.aapl.org/ethics.htm>

CARDINAL, C. et G. CÔTÉ (2003). *La clientèle psychiatrie-justice au Centre de détention Rivière-des-Prairies et à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal*. Rapport remis au ministère de la Santé et des Services sociaux, 145 p.

CENTRE CANADIEN DE LA STATISTIQUE JURIDIQUE, (janvier 2003). *Étude spéciale sur les accusés atteints de troubles mentaux dans le système de justice pénale*, Statistique Canada, n° 85-559, Ottawa, 35 p.

CROCKER, A.G., O.E. FAVREAU et M. CAULET (2002). « Gender and fitness to stand trial: A 5-year review of remands in Quebec », *International Journal of Law and Psychiatry*, 25, 67-84.

FORENSIC MENTAL HEALTH SERVICES EXPERT ADVISORY PANEL, (décembre 2002). *Assessment, treatment and community reintegration of the mentally disorder offender: Final report*, Toronto, Ontario, 141 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006)

[http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/lequebec\\_20/population\\_20/tot18pop20.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/lequebec_20/population_20/tot18pop20.htm) (page consultée le 8 janvier 2010)

KRONSTROM, A. (2001). *Rapport d'enquête sur les causes et les circonstances du décès de monsieur Brian Bédard*, Montréal, Bureau du coroner, 76 p.

LEBLANC, L. (non publié) *La Commission d'examen des troubles mentaux (CETM) et la garde en établissement – Un sommaire de l'état de la situation au 14 novembre 2008*, Québec, 9 p.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU CANADA (2006). *Les systèmes de commissions d'examen au Canada – Survol des résultats de l'étude de la collecte de données sur les accusés atteints de troubles mentaux*, Division de la recherche et de la statistique, 51 p.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU QUÉBEC (mars 2004). *Guide sur les troubles mentaux au sens du Code criminel*, Bureau des affaires criminelles, Direction générale des poursuites publiques, 48 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2005). *Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, 96 p.

ROBITAILLE, C., GUAY, J-P. et SAVARD, C. (2002). *Portrait de la clientèle correctionnelle du Québec 2001*, Montréal, Société de criminologie du Québec pour la DGSC du ministère de la Sécurité publique du Québec, 128 p.

TRIBUNAL ADMINISTRATIF DU QUÉBEC (2007). *Commission d'examen des troubles mentaux (CETM) – Guide (français)*, Québec, 22 p.

TRIBUNAL ADMINISTRATIF DU QUÉBEC, (2008). *Rapport annuel de gestion 2007-2008*. Québec, 108 p. [http://www.ta.q.gouv.qc.ca/pdf/Rapport\\_annuel\\_2007-2008.pdf](http://www.ta.q.gouv.qc.ca/pdf/Rapport_annuel_2007-2008.pdf)



**ANNEXE 1**  
**CADRE LÉGAL DE LA PARTIE XX.1 DU CODE CRIMINEL, PRÉSENTATION SOMMAIRE DU RÉGIME DES**  
**DÉLINQUANTS DANGEREUX OU À CONTRÔLER ET DIRECTIVE DU DIRECTEUR DES POURSUITES**  
**CRIMINELLES ET PÉNALES**

Le contenu de cette annexe a été reproduit intégralement afin de respecter le ou les auteurs.  
Son contenu n'engage que son ou ses auteurs

*PROJET – Version du 14 avril 2009*

# **LES TROUBLES MENTAUX**

## **Cadre légal de la partie XX.1 du *Code criminel***

**COMITÉ DE TRAVAIL INTERMINISTÉRIEL SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE PSYCHIATRIE LÉGALE  
RELEVANT DU *CODE CRIMINEL***

<b>TABLE DES MATIÈRES</b>
---------------------------

<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>i</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
<b>SECTION 1 – INAPTITUDE À SUBIR SON PROCÈS</b> .....	<b>3</b>
<b>1. PROCÉDURE DEVANT LE TRIBUNAL</b> .....	<b>3</b>
1.1 Détermination de l’aptitude [art. 672.1, 672.3, 672.22, 672.23, 672.24, 672.25, 672.26, 672.27 et 2] .....	3
1.2 Ordonnance d’évaluation [art. 672.11, 672.12 et 2] .....	3
1.2.1. Responsable chargé de l’évaluation [art. 672.1] .....	3
1.2.2. Contenu de l’ordonnance d’évaluation et sa forme [art. 672.13] .....	4
1.2.3. Durée de l’ordonnance d’évaluation [art. 672.14 et 672.15] .....	4
1.2.4. Mise en liberté provisoire de l’accusé pendant l’évaluation [art. 672.16, 672.17 et 672.18] .....	5
1.2.5. Lieux de garde pendant l’évaluation .....	5
1.2.6. Fin de l’évaluation et le dépôt du rapport [art. 672.191 et 672.2] .....	6
<b>2. DÉCISION DU TRIBUNAL RELATIVEMENT À L’APTITUDE</b> .....	<b>7</b>
2.1 Ordonnance de traitement pour un accusé inapte [art. 672.58] .....	7
2.2 Audience [art. 672.45] .....	8
<b>3. DÉCISIONS RENDUES PAR LE TRIBUNAL OU LA COMMISSION [ART. 672.54 ET PAR. 141(6) LSJPA]</b> .....	<b>9</b>
3.1 Libération sous conditions .....	10
3.2 Détention à l’hôpital .....	10
3.3 Durée de la décision [art. 672.63] .....	10
<b>4. PROCESSUS DE RÉVISION PAR LA COMMISSION [ART. 672.81, 672.82 ET 672.83]</b> .....	<b>10</b>
4.1 Révision annuelle obligatoire et la révision facultative [par. 672.48(1) et art. 672.83] .....	11
4.2 Autres types de révisions [par. 672.81(2), (2.1) et (3) et art. 672.83] .....	13
<b>5. EXÉCUTION DES ORDONNANCES [ART. 672.9 À 672.94]</b> .....	<b>13</b>
5.1 Arrestation avec mandat .....	13
5.2 Arrestation sans mandat .....	14
5.3 Mise en liberté de la personne arrêtée .....	14

<b>5.4</b>	<b>Maintien de la détention .....</b>	<b>14</b>
<b>5.5</b>	<b>Pouvoirs du juge de paix devant qui est conduite une personne arrêtée .....</b>	<b>15</b>
<b>SECTION 2 – VERDICT DE NON-RESPONSABILITÉ CRIMINELLE .....</b>		<b>16</b>
<b>6.</b>	<b>ORDONNANCE D'ÉVALUATION [ART. 672.11 ET 672.12] .....</b>	<b>16</b>
<b>7.</b>	<b>DÉCISIONS À L'ÉGARD DE L'ACCUSÉ [ART. 672.45, 672.46, 672.27, 672.54 ET 672.56] .....</b>	<b>17</b>
<b>8.</b>	<b>PROCESSUS DE RÉVISION DES DÉCISIONS [ART. 672.81, 672.82, 672.85 ET 672.121].....</b>	<b>18</b>
<b>SECTION 3 – APPEL .....</b>		<b>20</b>
<b>ANNEXE – ARRÊTÉ MINISTÉRIEL NUMÉRO 2005-013 .....</b>		<b>21</b>

## INTRODUCTION

Les règles concernant les troubles mentaux prévues aux articles [672.1](#) à 672.95 de la partie XX.1 du *Code criminel* (*C.cr.*) s'appliquent à toutes les infractions, qu'elles soient poursuivies comme actes criminels ou selon la procédure sommaire. En outre, l'article 2 définit les troubles mentaux comme toute maladie mentale et l'inaptitude à subir son procès comme l'incapacité de l'accusé en raison de troubles mentaux d'assumer sa défense ou de donner des instructions à un avocat à cet effet. C'est l'article 16 qui établit le principe de non-responsabilité criminelle d'une personne souffrant de troubles mentaux en édictant qu'une personne n'est pas responsable d'un acte ou d'une omission de sa part survenu alors qu'elle était atteinte de troubles mentaux qui la rendaient incapable de juger de la nature et de la qualité de l'acte ou de l'omission, ou de savoir que l'acte ou l'omission était mauvais. L'ensemble de ces règles s'applique avec les adaptations nécessaires aux infractions imputées aux adolescents, [par. 141\(1\)](#) de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* (*LSJPA*).

Les troubles mentaux ne sont donc considérés aux fins de la partie XX.1 que dans la mesure où ils peuvent affecter la capacité d'un accusé à subir son procès ou à engager sa responsabilité. Deux intervenants majeurs sont appelés à apprécier les effets des troubles mentaux sur les accusés, le tribunal et la Commission d'examen des troubles mentaux. C'est devant le tribunal que comparaît l'accusé au tout début des procédures. C'est au tribunal qu'il revient de prononcer éventuellement le verdict d'inaptitude à subir son procès ou de non-responsabilité criminelle. Une fois le verdict prononcé, à moins d'une libération inconditionnelle décidée par le tribunal, la commission doit revoir l'accusé pour évaluer son aptitude à subir son procès, le cas échéant, et décider des mesures à prendre pour protéger le public compte tenu de la dangerosité de l'accusé, de son état mental et de ses besoins incluant la nécessité de sa réinsertion sociale.

Depuis l'arrêt *Swain*<sup>15</sup>, le *Code criminel* confie à la commission le soin de décider elle-même des mesures à prendre envers l'accusé pour protéger le public, compte tenu de son évaluation. « Pour s'acquitter de cette difficile évaluation des troubles mentaux et des risques pour la sécurité qui y sont associés, la Commission compte des experts parmi ses membres et dispose de vastes pouvoirs d'enquête. Au moins un des cinq membres dont la Commission est minimalement constituée doit être autorisé à exercer la psychiatrie et son président doit être un juge nommé par le gouvernement fédéral ou une personne qui remplit les conditions de nomination à un tel poste »<sup>16</sup>. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 1998, les pouvoirs de la commission sont exercés par la section des affaires sociales du Tribunal administratif du Québec en conformité avec l'article 19 de la *Loi sur la justice administrative* (*L.R.Q.*, chapitre J-3) qui la désigne comme étant une commission d'examen au sens des articles 672.38 et suivants du *Code criminel*.

Ce document traite des articles du *Code criminel* relatifs aux troubles mentaux étant pertinents aux fins des travaux du Comité. Des hyperliens permettent aux lecteurs d'accéder aux articles de loi ainsi qu'aux causes de jurisprudence.

---

<sup>15</sup> *R. c. Swain*, [1991] 1 R.C.S. 933.

<sup>16</sup> *R. c. Owen*, [2003] 1 R.C.S. 779.

## SECTION 1 – INAPTITUDE À SUBIR SON PROCÈS

### 1. PROCÉDURE DEVANT LE TRIBUNAL

#### 1.1 Détermination de l'aptitude [art. 672.1, 672.3, 672.22, 672.23, 672.24, 672.25, 672.26, 672.27 et 2]

Pour déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès, le tribunal doit être saisi de la question et ordonner une évaluation mentale. La question de l'inaptitude peut être soulevée d'office par le tribunal ou soumise par la poursuite ou la défense, à toute étape des procédures avant que le verdict ne soit rendu. Dès que le juge a des motifs raisonnables de douter de la capacité de l'accusé à répondre de manière adéquate à la procédure criminelle dirigée contre lui, il doit tenter d'obtenir le maximum d'informations pour déterminer cette aptitude et tenir une audition à ce sujet ([par. 672.23\(1\)](#)).

La charge de prouver l'inaptitude de l'accusé, par prépondérance des probabilités ([art. 672.22](#)), incombe à la partie qui a soulevé la question ([par. 672.23\(2\)](#)). Le cas échéant, cette question peut être soulevée d'office par le tribunal ([par. 672.23\(1\)](#)).

#### 1.2 Ordonnance d'évaluation [art. 672.11, 672.12 et 2]

Le tribunal peut rendre une ordonnance d'évaluation de l'état mental de l'accusé s'il a des motifs raisonnables de croire qu'une preuve concernant son état mental est nécessaire pour déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès ([art. 672.11a](#) C.cr.). Généralement, ce sont les accusés en état de crise qui font l'objet d'une ordonnance d'évaluation d'aptitude. L'évaluation de l'aptitude d'un accusé à subir son procès porte sur l'examen de son état mental au moment où doit se tenir son procès et non pas au moment de la commission de l'infraction reprochée.

L'article [672.12](#) C.cr. encadre le pouvoir du tribunal d'émettre une ordonnance d'évaluation. La règle générale est à l'effet que le tribunal peut rendre une ordonnance d'évaluation à toute étape des procédures intentées contre l'accusé, d'office ou à la demande de ce dernier ([par. 672.12\(1\)](#)) avant que le verdict ne soit rendu. Cet article accorde au tribunal un pouvoir discrétionnaire lui permettant de rejeter la demande d'évaluation. Lorsque l'accusé est poursuivi par procédure sommaire, l'ordonnance d'évaluation ne pourra être rendue à la demande du poursuivant que si l'accusé a soulevé la question de son inaptitude ou si la poursuite démontre qu'il existe des motifs raisonnables de mettre en doute l'aptitude de l'accusé à subir son procès ([par. 672.12\(2\)](#)).

##### 1.2.1. Responsable chargé de l'évaluation [art. 672.1]

L'évaluation de l'état mental de l'accusé est faite par un médecin ou par toute autre personne désignée par le Procureur général du Québec (PGQ) comme étant qualifiée ([définition à l'art. 672.1](#)). Le PGQ n'a procédé à aucune



désignation pour permettre à des personnes autres que des médecins d'évaluer l'aptitude<sup>17</sup>. Bien que généralement les psychiatres sont sollicités pour procéder à cette évaluation, un omnipraticien sera en mesure d'effectuer ce test.

On inscrit rarement l'identité de la personne ou du service chargé de l'évaluation puisque, habituellement, l'ordonnance mentionne le nom de l'hôpital où elle doit être réalisée. Cet hôpital demeure un lieu désigné au sens de [l'Arrêté ministériel numéro 2005-013 \(annexe I\)](#), tel que le précise l'article [672.1](#). Il ne s'agit donc pas de n'importe quel hôpital au sens des lois provinciales. Néanmoins, l'expression « *le service chargé de l'évaluation* » est beaucoup plus large et permet l'inscription, notamment, de l'infirmerie d'un centre de détention ou de l'unité psychiatrique d'un hôpital<sup>18</sup>. De même, on pourrait inscrire le nom d'un médecin et il pourrait être obligé de réaliser l'évaluation prévue.

### 1.2.2. Contenu de l'ordonnance d'évaluation et sa forme [art. 672.13]

L'article [672.13](#) prévoit le contenu de l'ordonnance d'évaluation :

- cette ordonnance « désigne la personne ou le service chargé de l'évaluation ou l'hôpital où celle-ci doit être faite » ([al. 672.13\(1\)a](#));
- l'ordonnance d'évaluation « précise si l'accusé doit demeurer sous garde pendant que l'ordonnance est en cours de validité » ([al. 672.13\(1\)b](#));
- elle « fixe la période durant laquelle l'évaluation doit avoir lieu, notamment celle de l'évaluation elle-même et celle des déplacements nécessaires » ([al. 672.13\(1\)c](#)).

L'ordonnance d'évaluation ne pourra cependant ni autoriser ni ordonner le traitement psychiatrique de l'accusé sans son consentement ([art. 672.19](#)).

Le tribunal pourra également exiger dans son ordonnance la production d'un rapport écrit par la personne responsable de l'évaluation de l'état mental de l'accusé, lequel rapport devra être transmis au tribunal, au poursuivant, à l'accusé et à son avocat ([art. 672.2](#)).

Généralement, l'ordonnance d'évaluation est rendue selon la [Formule 48](#).

### 1.2.3. Durée de l'ordonnance d'évaluation [art. 672.14 et 672.15]

L'ordonnance d'évaluation de l'aptitude ne peut être rendue pour une période supérieure à cinq jours, sauf si l'accusé et le poursuivant consentent à une période supérieure, mais elle ne peut toutefois dépasser 30 jours ([par. 672.14\(2\)](#)). Le tribunal peut rendre une ordonnance d'évaluation pour une période de 60 jours s'il est convaincu que des circonstances exceptionnelles l'exigent ([par. 672.14\(3\)](#)). Il peut aussi, d'office ou à la demande de l'une des

---

<sup>17</sup> Le projet de loi C-10 (*Loi modifiant le Code criminel (troubles mentaux) et modifiant d'autres lois*. L.C. 2005, ch.22) a introduit ce pouvoir discrétionnaire compte tenu de la pénurie de psychiatres dans certaines administrations. Par exemple, des psychologues qualifiés pourraient être autorisés à évaluer l'aptitude d'un accusé.

<sup>18</sup> On pourrait même, en théorie, désigner le service d'un hôpital non désigné.

parties, prolonger l'ordonnance pour la période qu'il juge nécessaire à l'évaluation de l'état mental de l'accusé ([par. 672.15\(1\)](#)) pourvu que l'ensemble de l'ordonnance et de ses prolongations n'excède pas 60 jours ([par. 672.15\(2\)](#)). Il s'agit d'une question d'ordre public à laquelle même l'accusé ne peut renoncer. Il faudra ramener l'accusé devant le tribunal pour procéder à l'émission d'une nouvelle ordonnance.

#### 1.2.4. Mise en liberté provisoire de l'accusé pendant l'évaluation [art. 672.16, 672.17 et 672.18]

L'article [672.16](#) prévoit que la priorité est accordée à la mise en liberté de l'accusé pendant la durée de son évaluation. Il n'est détenu pendant une ordonnance d'évaluation que conformément aux conditions prévues à cet article. Le tribunal ne peut ordonner la détention sous garde pendant l'évaluation que s'il est convaincu que cela est nécessaire pour l'évaluation de son état mental ou que, à la lumière du témoignage du médecin, la détention est souhaitable pour évaluer l'état mental de l'accusé et que ce dernier y consent ([al. 672.16\(1\)a](#)). De plus, le juge peut ordonner la détention sous garde pendant l'évaluation lorsque :

- l'accusé doit être détenu pour une autre raison; ou
- en vertu d'une autre disposition du *Code criminel*; ou
- lorsque le poursuivant a démontré que la détention de l'accusé est justifiée au sens du paragraphe [515\(10\)](#)<sup>19</sup> ([al. 672.16\(1\)b](#) et [c](#)).

Finalement, dans les cas prévus aux paragraphes [515\(6\)](#) et [522\(2\)](#), l'accusé doit être détenu, sauf s'il démontre que sa détention n'est pas justifiée<sup>20</sup>, cette fois-ci pour l'ordonnance d'évaluation ([par. 672.16\(3\)](#)).

Pendant la période de validité de l'ordonnance d'évaluation rendue par le tribunal, aucune autre ordonnance de mise en liberté provisoire ou de détention de l'accusé ne peut être rendue à l'égard de cette infraction ou d'une infraction incluse ([art. 672.17](#)).

Pendant que l'ordonnance d'évaluation rendue par le tribunal est en cours de validité, le tribunal peut modifier les conditions de celles-ci qui portent sur la mise en liberté provisoire de l'accusé ou sa détention, de la façon qu'il juge indiquée, lorsque la nécessité lui est démontrée par le poursuivant ou l'accusé ([art. 672.18](#)).

#### 1.2.5. Lieux de garde pendant l'évaluation

Pendant son évaluation, l'accusé peut être détenu dans un hôpital désigné ou dans un établissement de détention.

---

<sup>19</sup> Dans ce cadre, il s'agit des conditions générales de remise en liberté, soit que sa détention est nécessaire pour assurer sa présence au tribunal, pour la protection ou la sécurité du public ou pour ne pas miner la confiance du public envers l'administration de la justice.

<sup>20</sup> Pour l'application des paragraphes [515\(6\)](#) et [522\(2\)](#), et donc d'une ordonnance d'évaluation en vertu du paragraphe [672.16\(3\)](#), un accusé peut démontrer que la détention n'est pas justifiée au sens du paragraphe [515\(10\)](#).

Les hôpitaux désignés par [l'Arrêté ministériel 2005-013 \(annexe I\)](#) ([art. 672.1](#)) ont non seulement l'obligation de prendre en charge l'évaluation des personnes contrevenantes, mais aussi d'assurer leur garde.

Quant aux établissements de détention, ils ont un mandat général d'admettre les personnes que les tribunaux décident d'incarcérer. Le directeur d'un établissement de détention doit y admettre toute personne qui, en vertu de la loi, doit être détenue dans cet établissement; il sera responsable de la garde de cette personne jusqu'à sa libération définitive ou son transfert dans un autre établissement<sup>21</sup>. Un établissement de détention est donc tenu d'assumer la garde de l'accusé, même dans le cadre d'une évaluation de son aptitude ou de sa responsabilité criminelle, lorsqu'elle lui est spécifiquement confiée dans l'ordonnance rendue ([art. 672.13](#)).

Pour déterminer le lieu de garde pendant l'évaluation, il y aurait lieu de considérer la mission des hôpitaux (fins médicales) et celle des établissements de détention (fins sécuritaires) ainsi que les motifs qui justifient la détention de l'accusé édictés à l'article [672.16](#).

La double désignation du lieu de garde ou la désignation conjointe entre un établissement de détention et un hôpital pose divers problèmes d'application. Contrairement aux mandats de garde en établissement de détention qui demeurent largement libellés parce que le directeur général de l'établissement a le pouvoir de transférer la personne incarcérée dans tout autre établissement de détention<sup>22</sup>, rien ne permet à un hôpital désigné, dépositaire de la garde, de transférer cette garde à un tiers, qu'il s'agisse d'un autre hôpital désigné ou d'un établissement de détention. De même, la loi ne permet pas à un établissement de détention de transférer un accusé vers un hôpital désigné, sauf si l'ordonnance d'évaluation précise les modalités particulières de son déplacement ([al. 672.13c](#)).

Enfin, rappelons que, pendant sa période de validité, l'ordonnance d'évaluation rendue par le tribunal a primauté sur l'issue de toute audience sur la mise en liberté de l'accusé ([art. 672.17](#)). De cette manière, si l'accusé fait l'objet d'un mandat de dépôt suite à l'enquête sur sa mise en liberté (garde dans un établissement de détention) et d'une ordonnance d'évaluation comportant une mise sous garde dans un hôpital désigné, le lieu de garde pour les fins de l'évaluation sera l'hôpital désigné.

#### 1.2.6. Fin de l'évaluation et le dépôt du rapport [art. 672.191 et 672.2]

Dès la fin de l'évaluation, l'accusé qui en a fait l'objet doit comparaître dans les plus brefs délais ([art. 672.191](#)). Le responsable de l'évaluation doit donc s'assurer d'informer le tribunal que l'évaluation est terminée. Ainsi, même si l'évaluation a été prévue pour 15 jours, lorsqu'elle est terminée, même après cinq jours, l'accusé doit être aussitôt retourné devant le tribunal sans attendre la date fixée.

---

<sup>21</sup> Article 30 de la *Loi sur le système correctionnel du Québec*, L.R.Q., c. S-40.1.

<sup>22</sup> Article 34 de la *Loi sur le système correctionnel du Québec*, L.R.Q., c. S-40.1.

Le rapport d'évaluation est déposé dans le délai fixé par le tribunal ([par. 672.2\(2\)](#)). Le rapport d'évaluation est transmis au poursuivant, à l'accusé et à l'avocat qui le représente, à l'exception des renseignements que le tribunal estime nécessaires de retenir pour protéger la sécurité d'un tiers ou pour éviter de nuire au traitement de l'accusé ([par. 672.2\(3\)](#)).

## **2 DÉCISION DU TRIBUNAL RELATIVEMENT À L'APTITUDE**

Le jury ([art. 672.26](#)) ou le tribunal ([art. 672.27](#)) doit déterminer la question de l'aptitude et rendre un verdict.

Les parties appelées à participer au débat devant le tribunal sont le poursuivant, l'accusé, le responsable de l'hôpital ainsi que toute personne désignée à ce titre par le tribunal ([par. 672.1\(1\)](#) ainsi que [672.5\(3\)](#) et [\(4\)](#)). Précisons que le *Code criminel* n'accorde pas le statut de partie à la victime d'un accusé.

Dans le cas où l'accusé est jugé apte à subir son procès, les procédures se poursuivent comme si la question n'avait pas été soulevée ([art. 672.28](#)). Lorsque l'accusé est détenu au moment où est rendu le verdict d'aptitude, le tribunal peut ordonner qu'il soit maintenu en détention dans un hôpital jusqu'à la fin de son procès, s'il a des motifs raisonnables de croire qu'il deviendra inapte à subir son procès s'il est mis en liberté ([art. 672.29](#)).

Lorsque l'accusé est jugé inapte à subir son procès, les plaidoyers sont écartés et le jury, s'il est formé, est libéré ([art. 672.31](#)). Une audience devra être tenue pour déterminer la décision à rendre ([art. 672.54](#)) à l'égard de l'accusé jugé inapte.

### **2.1 Ordonnance de traitement pour un accusé inapte [art. 672.58]**

Lors d'un verdict d'inaptitude et à la condition que le tribunal n'ait rendu aucune décision à l'égard de l'accusé en vertu de l'article [672.54](#), le poursuivant peut, dans certaines circonstances, demander au tribunal de rendre une ordonnance pour forcer un accusé inapte à suivre un traitement d'une période maximale de 60 jours pour le rendre apte à subir son procès ([art. 672.58](#)). La décision ne doit être rendue que si le tribunal est convaincu, à la lumière du témoignage du médecin, qu'un traitement particulier est nécessaire pour le rendre apte à subir son procès ([par. 672.59\(1\)](#)). Les critères applicables à une telle décision sont prévus au paragraphe [672.59\(2\)](#). Le médecin témoignera avoir évalué l'accusé et considéré :

- qu'il est inapte à subir son procès;
- que le traitement psychiatrique et tout autre traitement médical connexe qu'il précise le rendront vraisemblablement apte à subir son procès dans un délai maximal de 60 jours et que, en l'absence de ces traitements, l'accusé demeurera vraisemblablement inapte à subir son procès;
- que ces traitements n'entraînent pas pour l'accusé un risque démesuré, compte tenu des bénéfices espérés; et

- qu'ils sont les moins sévères et les moins privatifs de liberté qui, dans les circonstances, pourraient être prescrits.

Une décision prévoyant le traitement ne peut être rendue sans que l'accusé ait été informé par écrit de la demande ([art. 672.6](#)), y compris ses parents dans le cas des adolescents ([par. 141\(2\) LSJPA](#)). L'accusé peut contester la demande et présenter des éléments de preuve à ce sujet ([par. 672.6\(2\)](#)). Le tribunal peut ordonner le traitement sans le consentement de l'accusé ([par. 672.62\(2\)](#)).

Même lorsque toutes les conditions requises sont satisfaites, une décision de traitement en vertu de l'article [672.58](#). ne peut être rendue sans le consentement du responsable de l'hôpital où l'accusé doit subir le traitement ([par. 672.62\(1\)](#)).

Les traitements possibles sont limités par l'article [672.61](#) et excluent notamment la psychochirurgie<sup>23</sup> et la sismothérapie<sup>24</sup>.

### 2.2 Audience [art. 672.45]

Lorsque l'accusé est jugé inapte à subir son procès, une décision doit être prise, soit par le tribunal ou la commission.

Le tribunal peut d'office et doit, à la demande de l'accusé ou du poursuivant, tenir une audition pour déterminer la décision à rendre ([par. 672.45\(1\)](#)). La décision rendue par le tribunal est en vigueur pour une courte durée ; la commission doit la réviser avant l'expiration de la période de 90 jours suivant la décision ([par. 672.47\(3\)](#)). Le tribunal est tenu de faire parvenir sans délai à la commission tout procès-verbal ainsi que tous autres documents, renseignements et pièces ([par. 672.52\(2\)](#)).

Le tribunal peut laisser à la commission le soin de prendre la décision ([par. 672.47\(1\)](#)). Dans ce cas, la commission doit, dans les meilleurs délais, tenir une audience et rendre une décision au plus tard 45 jours après le prononcé du verdict ([par. 672.47\(1\)](#)) ou 90 jours dans les cas où le tribunal a prolongé le délai, s'il est convaincu qu'il existe des circonstances exceptionnelles ([par. 672.47\(2\)](#)). Le tribunal est tenu de faire parvenir sans délai à la commission tout procès-verbal ainsi que tous autres documents, renseignements et pièces ([par. 672.45\(1.1\)](#)). Les conditions de mise en liberté ou de détention de l'accusé demeurent en vigueur ([par. 672.46\(1\)](#)) jusqu'à ce que la commission rende sa décision. Si la nécessité lui en est démontrée, le tribunal peut modifier l'ordonnance relative à la mise en liberté de l'accusé ou de détention avant que la commission rende sa décision ([par. 672.46\(2\)](#)).

Lors de l'audience pour rendre la décision, la commission devra déterminer si, à son avis, l'accusé est, au moment de l'audience, devenu apte à subir son procès ([art. 672.48](#)). Dans le cas où la commission détermine que l'accusé est apte, elle ordonne son renvoi devant le tribunal qui devra décider à nouveau de cette aptitude ([par. 672.48\(2\)](#)). Le président de la commission peut aussi décider du

---

<sup>23</sup> Opération chirurgicale au cerveau visant à enlever ou détruire des cellules cérébrales ou des tissus (définition prévue au par. 672.61(2)).

<sup>24</sup> Chocs électriques au cerveau (définition prévue au par. 672.61(2)).

renvoi de l'accusé devant le tribunal, sur étude du dossier et sans audience, si les conditions suivantes sont réunies :

- l'accusé est apte; et
- la commission ne tiendra pas une audience dans un délai raisonnable; et
- l'accusé et le responsable de l'hôpital y consentent (par. 672.48(3)).

Lorsque la commission détermine que l'accusé est inapte, elle rend une décision conformément à l'article [672.54](#).

### **3. DÉCISIONS RENDUES PAR LE TRIBUNAL OU LA COMMISSION [art. 672.54 et par. 141(6) LSJPA]**

L'article [672.54](#) énonce les décisions que peut rendre le tribunal ou la commission lorsque l'accusé est déclaré inapte à subir son procès. Le tribunal, lorsqu'il rend une décision en vertu du [par. 672.45\(2\)](#), ou la commission, lorsqu'elle rend une décision à la place du tribunal en vertu de l'article [672.47](#), ordonne la décision la moins sévère et la moins privative de liberté à l'endroit de l'accusé parmi les suivantes :

- la libération conditionnelle de l'accusé ([art. 672.54b](#)); ou
- la détention de l'accusé dans un hôpital ([art. 672.54c](#)).

Le décideur choisit l'une des deux options qui satisfait le mieux à la condition de l'accusé examinée en fonction des critères suivants imposés par la loi :

- la nécessité de protéger le public face aux personnes dangereuses;
- l'état mental de l'accusé;
- ses besoins;
- la nécessité de sa réinsertion sociale.

L'évaluation de ces critères doit se faire sous l'angle de rendre la décision la moins sévère et la moins privative de liberté. Le décideur choisit l'une des deux options, il ne peut ordonner une détention pour une période déterminée accompagnée d'une libération conditionnelle ([E.F. c. Québec \(Procureur général\)](#))<sup>25</sup>.

Pour les jeunes contrevenants, en sus de ces critères, le décideur doit prendre en considération l'âge et les besoins spéciaux de l'adolescent ainsi que les observations présentées par les parents ([par. 141\(6\) LSJPA](#)).

---

<sup>25</sup> *E.F. c. Québec (Procureur général)*, [2006] QCCA 1392.



### **3.1 Libération sous conditions**

Une décision de libération sous conditions permet à l'accusé de résider dans la communauté sous réserve des modalités énoncées dans la décision. Habituellement, ces modalités prévoient que l'accusé doit communiquer avec l'hôpital, s'abstenir de consommer de l'alcool et des drogues, ne pas communiquer avec la victime, ou signaler tout changement d'adresse. Sous réserve de certaines modalités, la commission peut déléguer au responsable de l'hôpital le pouvoir d'assouplir ou de resserrer les privations de liberté de l'accusé à l'intérieur des limites prévues par l'ordonnance. Toute modification ordonnée par la personne responsable est réputée être une décision de la commission ([art. 672.56](#)).

### **3.2 Détention à l'hôpital**

Le lieu de détention est un hôpital désigné par [l'Arrêté ministériel 2005-013 \(art. 672.1\)](#). Un mandat de dépôt selon la [Formule 49](#) visant à conduire la personne dans un hôpital désigné sera émis enjoignant les agents de la paix à y mener cette personne ([art. 672.57](#)). Ce mandat est exécutoire partout au Canada ([art. 672.9](#)).

La décision de détention peut être assortie de modalités, tels le niveau de sécurité et les privilèges d'accès à la communauté. La commission peut déléguer au responsable de l'hôpital le pouvoir d'assouplir ou de resserrer les privations de liberté de l'accusé à l'intérieur des limites prévues par l'ordonnance. Toute modification ordonnée par la personne responsable est réputée être une décision de la commission ([art. 672.56](#)).

### **3.3 Durée de la décision [art. 672.63]**

La décision entre en vigueur le jour où elle est rendue ou à la date ultérieure que fixe le tribunal ou la commission et le demeure jusqu'à ce que celle-ci tienne une audience pour la réviser et rendre une nouvelle décision ([art. 672.63](#)). Le verdict d'inaptitude entraîne la présence de l'accusé devant la commission qui pourra être appelée à le voir régulièrement en audience pour décider des mesures à prendre à son égard. Quant au tribunal, il pourra éventuellement être appelé à tenir une audience pour déterminer s'il existe toujours suffisamment d'éléments de preuve pour que l'accusé subisse son procès.

## **4. PROCESSUS DE RÉVISION PAR LA COMMISSION [art. 672.81, 672.82 et 672.83]**

Les parties appelées à participer au débat devant la commission sont l'accusé, le responsable de l'hôpital, le procureur général, s'il le demande, ainsi que toute personne désignée à ce titre par la commission (par. 672.1(1) ainsi que 672.5.(3) et (4)). Précisons que le *Code criminel* n'accorde pas le statut de partie à la victime d'un accusé.

Le *Code criminel* prévoit des audiences de révisions obligatoires ([art. 672.81](#)) :

- la révision annuelle pour examiner une décision rendue relativement à l'accusé;
- la révision à la demande de la personne responsable du lieu où l'accusé est détenu ou doit se présenter;
- la révision à la suite d'un avis que la personne responsable du lieu où l'accusé est détenu ou doit se présenter a resserré de façon importante les privations de liberté de celui-ci pendant une période de plus de sept jours;
- la révision en vue d'un placement d'un accusé condamné pour une autre infraction à une peine d'emprisonnement, c'est-à-dire le contrevenant à double statut;

et facultatives ([art. 672.82](#)) :

- la révision facultative à l'initiative de la commission ou à la demande de l'accusé ou de toute autre partie pour réviser ses propres décisions.

#### **4.1 Révision annuelle obligatoire et la révision facultative [par. 672.48(1) et art. 672.83]**

Il appartient à la commission de réviser périodiquement la décision rendue à l'égard d'un accusé. Sa compétence se limite à réviser la décision en vigueur. La révision annuelle de l'accusé jugé inapte à subir son procès consiste à déterminer si son inaptitude ([art. 672.32](#) et [672.48](#)) continue d'exister et si les décisions visées à [l'article 672.54](#) relatives à sa détention ou aux conditions de sa libération doivent être modifiées.

Lorsque la commission détermine que l'accusé est apte, celui-ci devra comparaître devant le tribunal qui, à son tour, décidera de son aptitude à subir son procès ([par. 672.48\(2\)](#)). En d'autres termes, la révision périodique se poursuivra jusqu'à ce que l'une des trois alternatives suivantes survienne :

- le renvoi à procès de l'accusé devenu apte;
- l'acquiescement de l'accusé en l'absence d'éléments de preuve *prima facie* pour qu'il puisse subir son procès;
- la suspension d'instance, car l'accusé est inapte de façon définitive et il ne présente aucun danger important pour la sécurité du public ([par. 672.851\(b\)ii](#)).

La commission doit tenir une révision dans les 12 mois après la première audience suivant un verdict et, par la suite, à l'intérieur de chaque période de 12 mois suivant sa décision ([par. 672.81\(1\)](#)). Également, la commission peut, en tout temps, tenir une audience de sa propre initiative ou à la demande de l'accusé ou de toute autre partie ([par. 672.82\(1\)](#)). Lorsque la commission tient une audience de sa propre initiative, elle en donne avis à toutes les parties ([par. 672.82\(1.1\)](#)).

La commission a le pouvoir de proroger le délai préalable à la tenue d'une audience de révision jusqu'à un maximum de 24 mois après la décision ou sa



révision, si l'accusé est représenté par un avocat et que ce dernier et le PGQ y consentent ([par. 672.81\(1.1\)](#)).

La commission ayant compétence à l'égard d'un accusé déclaré inapte peut, de sa propre initiative ou à la demande de l'accusé ou du poursuivant, rendre une ordonnance portant évaluation de l'état mental de celui-ci, soit pour :

- déterminer s'il y a lieu de faire une recommandation au tribunal de suspendre l'instance, car l'accusé est inapte de façon définitive et ne présente aucun danger important pour la sécurité du public (sous-al. 672.851(b)ii) et art. (672.121(a));
- rendre une décision en vertu de l'article [672.54](#) afin que l'accusé soit libéré conditionnellement ou détenu dans un hôpital dans les cas suivants :
- aucun rapport d'évaluation de l'état mental de l'accusé n'est disponible;
- aucune évaluation de son état mental n'a été faite au cours des 12 derniers mois;
- l'accusé a fait l'objet d'un [transfert interprovincial](#) (art. 672.121(b)).

Dans les autres cas, le rapport d'évaluation disponible doit être utilisé.

L'ordonnance peut être rendue selon la [Formule 48.1](#) ([art. 672.13](#)). Les règles s'appliquant sont les mêmes que lors de l'ordonnance d'évaluation pour déterminer la décision initiale : le contenu ([art. 672.13](#)), la durée ([art. 672.14](#)) et le pouvoir de la commission de la prolonger ([art. 672.15](#)).

La priorité est accordée à la remise en liberté de l'accusé pendant la durée de son évaluation ([par. 672.16\(1.1\)](#)). Il n'est détenu pendant une ordonnance d'évaluation que conformément aux conditions prévues à cet article. La commission ne peut ordonner la détention sous garde pendant l'évaluation que dans les cas suivants :

- l'accusé est déjà détenu dans un hôpital ([art. 672.54c](#));
- la détention de l'accusé est nécessaire pour évaluer son état mental ou, à la lumière du témoignage d'un médecin, la détention est souhaitable pour évaluer l'état mental de l'accusé et l'accusé y consent;
- l'accusé doit être détenu pour une autre raison ou en vertu d'une autre disposition du *Code criminel*.

Lors de l'audience, la commission, sauf dans le cas où il a été déterminé que l'accusé est apte à subir son procès ([par. 672.48\(1\)](#)), révisé la décision et rend toute décision indiquée dans les circonstances ([art. 672.83](#)) en conformité avec les modalités prévues à l'article [672.54](#).

#### **4.2 Autres types de révisions [par. 672.81(2), (2.1) et (3) et art. 672.83]**

La commission tient une audience de révision le plus tôt possible dans les cas suivants :

- à la demande du responsable du lieu où l'accusé est détenu;
- à la demande du responsable du lieu où l'accusé doit se présenter;
- après avoir été avisé ([par. 672.56\(2\)](#)) que la personne responsable du lieu où l'accusé est détenu a procédé à un resserrement important des privations de liberté<sup>26</sup> de celui-ci pendant une période supérieure à sept jours;
- l'accusé est condamné à une peine d'emprisonnement pour une autre infraction; c'est-à-dire, il devient un [contrevenant à double statut](#).

Les règles entourant le processus de révision énoncées à la partie précédente s'appliquent.

#### **5. EXÉCUTION DES ORDONNANCES [art. 672.9 à 672.94]**

L'accusé qui ne respecte pas les conditions prévues dans la décision<sup>27</sup> (voir la définition à l'article [672.1](#)) ou l'ordonnance d'évaluation comparait devant un juge de paix<sup>28</sup>. Les articles [672.9](#) à 672.94 régissent le pouvoir d'arrestation de l'agent de la paix et la procédure qui s'en suit.

##### **5.1 Arrestation avec mandat**

Le mandat délivré dans une province à l'égard d'un accusé relativement à une ordonnance d'évaluation ou tout acte de procédure qui se rattache à celle-ci peut être exécuté en tout lieu au Canada ([art. 672.9](#)).

---

<sup>26</sup> Rappelons que lorsqu'elle rend une décision de libération conditionnelle ([art. 672.54b](#)) ou de détention ([art. 672.54c](#)) à l'égard de l'accusé, la commission peut déléguer au responsable de l'hôpital le pouvoir d'assouplir ou de resserrer les privations de liberté de l'accusé à l'intérieur des limites prévues par l'ordonnance et sous réserve des modalités de celle-ci ([art. 672.56](#)).

<sup>27</sup> Décision rendue en vertu de l'article [672.54](#) (libération avec conditions ou détention dans un hôpital) ou de traitement dans le cas d'un verdict d'inaptitude à subir son procès en vertu de l'article [672.58](#).

<sup>28</sup> Lors des travaux entourant l'adoption du projet de loi C-10 (*Loi modifiant le Code criminel (troubles mentaux) et modifiant d'autres lois*. L.C. 2005, ch.22), le gouvernement a rejeté la proposition du Comité permanent de créer une infraction pour défaut volontaire de se conformer à une ordonnance décisionnelle. Le gouvernement est d'avis que la création d'une telle infraction exigerait un examen plus approfondi, puisque des poursuites judiciaires additionnelles pourraient nuire au traitement et à la guérison. Le gouvernement a fait remarquer la complexité d'un régime double selon lequel une personne pourrait être assujettie aux dispositions sur les troubles mentaux pour une infraction de base, tout en étant assujettie à des sanctions pénales (ou déclarée encore une fois non criminellement responsable en raison de troubles mentaux) pour violation d'une décision relative à une première infraction :  
[http://www.parl.gc.ca/common/Bills\\_ls.asp?lang=F&ls=C10&source=Bills\\_House\\_Government&Parl=38&Ses=1](http://www.parl.gc.ca/common/Bills_ls.asp?lang=F&ls=C10&source=Bills_House_Government&Parl=38&Ses=1)

## **5.2 Arrestation sans mandat**

Un agent de la paix peut arrêter un accusé sans mandat en tout lieu au Canada, s'il a des motifs raisonnables de croire que l'accusé a contrevenu ou a fait volontairement défaut de se conformer aux conditions prévues dans la décision ou l'ordonnance d'évaluation ou est sur le point de le faire (art. 672.91). Le juge ou le juge de paix pourra délivrer un mandat d'entrée autorisant l'agent de la paix à pénétrer dans une maison d'habitation pour procéder à l'arrestation de l'accusé (art. 529.1).

## **5.3 Mise en liberté de la personne arrêtée**

Le paragraphe 672.92(1) permet à l'agent qui, suivant l'article 672.91, a arrêté une personne qui était en liberté sous conditions (en vertu d'une décision prise conformément à l'article [672.54b](#)) ou qui faisait l'objet d'une ordonnance d'évaluation, de la libérer par voie de sommation ou de citation à comparaître et de la livrer au lieu mentionné dans la décision ou l'ordonnance d'évaluation.

## **5.4 Maintien de la détention**

L'agent de la paix ne peut mettre l'accusé en liberté s'il a des motifs raisonnables de croire (par. 672.92(2)) :

- qu'il est nécessaire, dans l'intérêt public, de le détenir sous garde, eu égard aux circonstances, y compris la nécessité :
  2. de procéder à son identification;
  3. d'établir les conditions de la décision ou de l'ordonnance d'évaluation;
  4. d'empêcher qu'une autre infraction soit commise;
  5. d'empêcher l'accusé de contrevenir à la décision ou à l'ordonnance d'évaluation ou d'omettre de s'y conformer;
- que l'accusé fait l'objet d'une décision ou d'une ordonnance d'évaluation du tribunal ou de la commission d'examen d'une autre province;
- que si l'accusé est remis en liberté, celui-ci se soustraira à l'obligation de comparaître devant un juge de paix.

Si l'accusé n'est pas mis en liberté, il doit être conduit devant un juge de paix ayant compétence dans la circonscription territoriale où a eu lieu l'arrestation sans retard injustifié et dans tous les cas dans les 24 heures (par. 672.92(3)).

Lorsque l'agent de la paix arrête un accusé à l'égard duquel une ordonnance de détention dans un hôpital a été rendue ([art. 672.54c](#)), celui-ci doit être conduit devant un juge de paix ayant compétence territoriale où a eu lieu l'arrestation sans retard injustifié et dans tous les cas dans les 24 heures (par. 672.92(4)). Si l'accusé contrevient à une décision de placement sous garde, les policiers ne peuvent donc le libérer.

Si aucun juge de paix compétent n'est disponible dans les 24 heures qui suivent l'arrestation, l'accusé doit être conduit devant un juge de paix le plus tôt possible (par. 672.92(5)).

## **5.5 Pouvoirs du juge de paix devant qui est conduite une personne arrêtée**

L'article 672.93 traite des pouvoirs du juge de paix devant qui est conduit l'accusé aux termes de l'article 672.92.

D'abord, si le juge n'est pas convaincu qu'il existe des motifs raisonnables de croire que l'accusé a contrevenu ou a omis de se conformer à une décision ou à une ordonnance d'évaluation, il est tenu de le remettre en liberté (par. 672.93(1)). Dans ce cas, il devra en donner avis au tribunal ou à la commission d'examen qui a rendu la décision ou l'ordonnance (par. 672.93(1.1)).

Si, par contre, le juge est convaincu qu'il existe de tels motifs raisonnables, il peut rendre l'ordonnance intérimaire indiquée dans les circonstances en attendant l'audience de la commission ou du tribunal, notamment une ordonnance portant livraison de l'accusé au lieu mentionné dans la décision ou l'ordonnance d'évaluation (par. 672.93(2)). L'ordonnance émise peut porter livraison de l'accusé au lieu mentionné dans la décision ou dans l'ordonnance d'évaluation. Ainsi, le juge pourrait imposer la détention dans un centre hospitalier ou imposer des conditions plus sévères en attendant l'audition devant la commission ou le tribunal. Un avis de l'ordonnance rendue doit être transmis à la commission ou au tribunal qui a rendu la décision ou l'ordonnance d'évaluation (par. 672.93(2) *in fine*).

Le projet de loi C-10 a modifié l'article 672.93 de façon à ajouter le défaut de se conformer à une ordonnance d'évaluation comme motif sur lequel un juge de paix peut s'appuyer pour ne pas libérer l'accusé. La possibilité pour le juge de paix de rendre une ordonnance de livrer l'accusé au lieu mentionné dans la décision ou l'ordonnance d'évaluation faisait aussi partie des amendements contenus dans ce projet de loi<sup>29</sup>.

En vertu de l'article 672.94, la commission qui reçoit l'avis du juge de paix (suivant le paragraphe 672.93(1.1) ou (2)) peut exercer à l'égard de l'accusé les attributions mentionnées aux articles 672.5 et [672.81](#) à [672.83](#), comme s'il s'agissait de la révision d'une décision (art. 672.94). C'est dire que « toute décision indiquée dans les circonstances » pourrait être rendue par la commission ([art. 672.83 in fine](#)).

---

<sup>29</sup> Pour un examen détaillé des amendements apportés par le projet de loi C-10 à la section du *Code criminel* portant sur les troubles mentaux, voir le sommaire législatif : <http://www.parl.gc.ca/LEGISINFO/index.asp?Language=F&query=4217&Session=13&List=ls>

## SECTION 2 – VERDICT DE NON-RESPONSABILITÉ CRIMINELLE

Les paragraphes 16(2) et (3) prévoient que toute personne est présumée ne pas être affectée de troubles mentaux de nature à la soustraire à la responsabilité criminelle et que la preuve des troubles mentaux doit se faire selon la prépondérance des probabilités par la partie qui entend invoquer ce moyen.

Ainsi, la partie qui entend soulever une défense de troubles mentaux doit faire la preuve qu'il est plus probable que l'accusé était atteint de troubles mentaux au sens de la loi au moment de la perpétration de l'infraction. Cette preuve sera généralement constituée d'une expertise.

Dans l'arrêt *Swain*<sup>30</sup>, la Cour suprême du Canada a statué que la poursuite ne pouvait présenter une preuve de troubles mentaux contre le gré de l'accusé qui, en vertu de la règle de common law, a le droit de contrôler ses propres moyens de défense.

Ce droit n'est cependant pas absolu. Le ministère public pourra présenter une preuve de troubles mentaux de son propre chef dans les deux circonstances suivantes :

3. lorsque la preuve même de l'accusé tend à mettre en doute sa capacité mentale de former une intention criminelle;
4. une fois que la culpabilité de l'accusé a été établie hors de tout doute raisonnable et avant d'inscrire la déclaration de culpabilité.

L'accusé, quant à lui, peut invoquer les troubles mentaux en tout temps au cours du procès avant que le verdict ne soit rendu.

Lorsque la preuve revêt un caractère de vraisemblance « air of reality », le juge du procès sera fondé de donner des directives au jury relativement à l'article 16 *C.cr.*

### 6. ORDONNANCE D'ÉVALUATION [art. 672.11 et 672.12]

Une ordonnance d'évaluation peut être rendue par le tribunal, en application de l'article 672.11 *C.cr.*, pour déterminer si l'accusé était atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle et déterminer la décision qui devrait être prise. Elle ne peut être en vigueur pendant plus de 30 jours (par. 672.14(1)).

La procédure est similaire à celle prévue dans le cadre de l'inaptitude à subir son procès quant à la prolongation de la durée, à la forme et aux personnes désignées pour procéder à une évaluation.

La règle générale est à l'effet que le tribunal peut rendre une ordonnance d'évaluation à toute étape des procédures intentées contre l'accusé, d'office ou à la demande de ce dernier avant que le verdict ne soit rendu ([par. 672.12\(1\)](#)).

---

<sup>30</sup> À la suite de l'arrêt *Swain*, [1991] 1 R.C.S. 933, une nouvelle partie XX.1 du *Code criminel* est entrée en vigueur afin de régir le cas des personnes atteintes de troubles mentaux.

Néanmoins, le *Code criminel* limite les circonstances dans lesquelles il peut rendre une ordonnance d'évaluation en vue de déterminer si l'accusé était atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle au moment de la perpétration de l'infraction reprochée :

5. si ce dernier a mis en doute sa capacité mentale à former l'intention criminelle nécessaire;
6. si le poursuivant démontre, qu'en raison de troubles mentaux, il existe des motifs raisonnables de mettre en doute la responsabilité criminelle de l'accusé à l'égard de l'infraction reprochée (par. 672.12(3)).

**7. DÉCISIONS À L'ÉGARD DE L'ACCUSÉ [art. 672.45, 672.46, 672.47, 672.54 et 672.56]**

Étant donné que les personnes faisant l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour troubles mentaux ne sont ni déclarées coupables ni acquittées, elles ne sont donc pas libérées d'une façon systématique. Une fois le verdict prononcé, il incombe au tribunal ou à la commission de se prononcer sur l'importance du risque que ces personnes représentent et, si ce risque est important, de décider des mesures à prendre pour assurer la sécurité du public tout en tenant compte des besoins de cette personne, notamment sur le plan de la réinsertion sociale.

Le tribunal peut d'office et doit, à la demande de l'accusé ou du poursuivant, tenir une audience pour déterminer la décision à rendre (art. 672.45).

Le tribunal ou la commission peut rendre l'une des trois décisions suivantes :

7. la libération inconditionnelle;
8. la libération avec conditions;
9. la détention avec ou sans modalités.

La décision rendue par le tribunal est en vigueur pour une courte durée puisque la commission doit la réviser avant l'expiration de la période de 90 jours suivants ([par. 672.47\(3\)](#)). Le tribunal est alors tenu de faire parvenir sans délai à la commission le procès-verbal ainsi que tous autres documents, renseignements et pièces soumis lors de l'audition ([par. 672.52\(2\)](#)).

Le tribunal peut laisser à la commission le soin de prendre la décision ([par. 672.47\(1\)](#)). Dans ce cas, la commission doit, dans les meilleurs délais, tenir une audience et rendre une décision au plus tard 45 jours après le prononcé du verdict de non-responsabilité criminelle ([par. 672.47\(1\)](#)) ou 90 jours dans les cas où le tribunal a prolongé le délai, s'il est convaincu qu'il existe des circonstances exceptionnelles ([par. 672.47\(2\)](#)).

L'article [672.54 C.cr.](#) énonce les quatre critères dont le tribunal ou la commission devront tenir compte lors de la prise de décision à l'égard de l'accusé :

10. la nécessité de protéger le public;

11. l'état mental de l'accusé;
12. ses besoins; et
13. la nécessité de sa réinsertion sociale.

L'évaluation de ces critères doit se faire sous l'angle de rendre la décision la moins sévère et la moins privative de liberté<sup>31</sup>.

Le rôle du tribunal ou de la commission consiste à déterminer si la preuve établit que la libération de l'accusé non responsable criminellement ferait courir à la collectivité un risque « important ». Dans l'arrêt *Winko*<sup>32</sup>, la Cour suprême mentionne au par. 672.54 que le législateur est venu attribuer à la notion de « dangerosité » un sens très restreint. L'accusé **doit** être libéré inconditionnellement s'il ne représente pas un « risque important pour la sécurité du public. »

Lorsque la commission rend une décision de libération avec conditions ou de détention, elle peut, comme pour les inaptes, **déléguer** au responsable de l'hôpital le pouvoir d'assouplir ou de resserrer les privations de liberté de l'accusé à l'intérieur des limites qu'elle fixe (par. 672.56(1)). Advenant un resserrement important d'une durée de plus de sept jours, le responsable doit en aviser la commission (par. 672.56(2)).

## **8. PROCESSUS DE RÉVISION DES DÉCISIONS [art. 672.81, 672.82, 672.85 et 672.121]**

Le processus de révision est le même que dans le cas de l'aptitude à subir un procès.

L'article 672.121 permet à la commission de rendre des ordonnances d'évaluation lorsqu'elle est compétente à l'égard d'un accusé et qu'elle a des motifs raisonnables de croire qu'une preuve concernant son état mental est nécessaire.

Précisons que la commission devient compétente lorsque l'accusé a été déclaré non responsable criminellement pour cause de troubles mentaux et n'a pas été libéré inconditionnellement par le tribunal.

Tant que l'accusé n'a pas été libéré inconditionnellement, la commission doit tenir une révision dans les 12 mois après la première audience suivant un verdict et, par la suite, à l'intérieur de chaque période de 12 mois suivant sa décision. Ce délai peut être prolongé, dans des circonstances exceptionnelles, jusqu'à un maximum de 24 mois. On admet deux exceptions à cette révision annuelle : la première lorsque l'accusé, représenté par un avocat, et le PGQ y consentent; la deuxième lorsque l'accusé a commis « une infraction grave contre la personne » qu'il fait l'objet d'une détention dans un hôpital, que la commission est convaincue que l'état de l'accusé ne s'améliora probablement pas et que sa détention dans un hôpital demeure nécessaire (par. 672.81(1.2) C.cr.).

---

<sup>31</sup> Voir *Centre de santé mentale de Penetanguishene c. Ontario (P.G.)*, [2004] 1 R.C.S. 498 et *Pinet c. St. Thomas Psychiatric Hospital*, [2004] 1 R.C.S. 528.

<sup>32</sup> Voir *Winko c. Colombie-Britannique*, [1999] 2 R.C.S. 625.



La commission peut, en tout temps, tenir une audition de révision à la demande de l'accusé ou de toute autre partie (par. 672.82(1)).

De plus, la commission doit tenir une nouvelle audition le plus tôt possible lorsque :

- le responsable de l'hôpital où l'accusé est détenu, ou doit se présenter, avise la commission qu'il a procédé à un resserrement important des privations de liberté de l'accusé pendant plus de sept jours (par. 672.81(2.1));
- ce responsable a demandé une révision d'une décision de détention ou de libération avec conditions ([art. 672.81](#));
- l'accusé, qui est déjà en détention, est condamné à une peine d'emprisonnement par le tribunal pour une autre infraction, c'est-à-dire qu'il devient un accusé à double statut (par. 672.81(3)).



### **SECTION 3 – APPEL**

Toute partie aux procédures peut interjeter appel à la Cour d'appel de la province où est rendue une décision du tribunal ou de la commission, ou d'une ordonnance de placement rendue par cette dernière pour tout motif de droit, de fait ou mixte de droit et de fait (par. 672.72(1)). Au Québec, l'appel sera logé devant la Cour d'appel du Québec.

Le délai d'appel est fixé à 15 jours suivant la date à laquelle l'appelant a reçu une copie de la décision et des motifs (par. 672.72(2)). La Cour d'appel peut fixer un délai supérieur (par. 672.72(2)). Le dépôt d'un avis d'appel interjeté à l'égard de l'article [672.58](#) (traitement) ou de l'article 672.54a) (libération inconditionnelle) suspend l'application de la décision jusqu'à la décision de l'appel (art. 672.75). Dans les autres cas, la Cour d'appel aura discrétion sur toute demande de suspension (art. 672.76).

La Cour d'appel peut :

- confirmer la décision du tribunal ou de la commission;
- rendre la décision qui aurait dû être ordonnée en vertu de l'article [672.54](#) ou l'ordonnance de placement que la commission aurait pu rendre;
- renvoyer l'affaire au tribunal ou à la commission pour une nouvelle audition;
- rendre toute autre ordonnance (par. 672.78(3)).

**ANNEXE – ARRÊTÉ MINISTÉRIEL NUMÉRO 2005-013**

Partie 2 GAZETTE OFFICIELLE DU QUÉBEC, 7 septembre 2005, 137e année, no 36 5101-5103

**Arrêtés ministériels**

**A.M., 2005**

**Arrêté numéro 2005-013 du ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 25 août 2005**

CONCERNANT la désignation des lieux en vue de la garde, du traitement ou de l'évaluation d'un accusé ou d'un adolescent en application du *Code criminel* et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents.

LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX,

VU qu'en vertu de l'article 672.1 du *Code criminel* (L.R.C., 1985, c. C-46), le ministre de la Santé et des Services sociaux désigne des lieux en vue de la garde, du traitement ou de l'évaluation d'un accusé visé par une décision ou une ordonnance d'évaluation ou de placement;

VU qu'en vertu du paragraphe 11 de l'article 141 de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (L.C., 2002, c. 1), le ministre de la Santé et des Services sociaux désigne des hôpitaux en vue de la garde, du traitement et de l'évaluation des adolescents;

VU l'arrêté ministériel 98-11 du 2 juillet 1998 qui, en application du *Code criminel* et de la Loi sur les jeunes contrevenants (L.R.C., 1985, c. Y-1), désigne des lieux en vue de la garde, du traitement ou de l'évaluation d'un accusé ou d'un adolescent;

VU que la Loi sur les jeunes contrevenants a été remplacée par la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents;

VU la nécessité de remplacer l'arrêté ministériel 98-11 du 2 juillet 1998;

**ARRÊTE CE QUI SUIT :**

- 1° l'arrêté ministériel 98-11 du 2 juillet 1998 est remplacé par le présent arrêté;**
- 2° la garde, le traitement ou l'évaluation d'un accusé visé par une décision ou une ordonnance d'évaluation ou de placement, au sens de l'article 672.1 du *Code criminel*, est confié aux établissements suivants :**

**Région 01 – Bas-Saint-Laurent**

Le centre régional de santé et de services sociaux Rimouski  
Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup

**Région 02 – Saguenay–Lac-Saint-Jean**

Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi

**Région 03 – Capitale-Nationale**

Centre hospitalier Robert-Giffard

**Région 04 – Mauricie et du Centre-du-Québec**

Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie

**Région 05 – Estrie**

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

**Région 06 – Montréal**

Hôpital Douglas

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Institut Philippe Pinel de Montréal

Hôpital Rivière-des-Prairies

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Centre hospitalier de l'université de Montréal

Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île

Centre hospitalier de St. Mary

L'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis

Centre de santé et de services sociaux de la Petite Patrie et Villeray

Hôpital Sainte-Justine

Centre de santé et de services sociaux d'Achilles et Montréal-Nord

Centre universitaire de santé McGill

**Région 07 – Outaouais**

La Corporation du Centre hospitalier Pierre-Janet

**Région 08 – Abitibi-Témiscamingue**

Centre de santé et des services sociaux de la Vallée-de-l'Or

Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales

Centre de santé et de services sociaux les Eskers de l'Abitibi

Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda

**Région 09 – Côte-Nord**

Centre de santé et de services sociaux de Manicouagan

Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles

**Région 10 – Nord-du-Québec**

Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi

Centre de santé et des services sociaux de la Vallée-de-l'Or

Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales

Centre de santé et de services sociaux les Eskers de l'Abitibi

Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda

**Région 11 – Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine**

Centre de santé et de services sociaux de la Côte-de-Gaspé

Centre de santé et de services sociaux des Îles

Centre de santé et de services sociaux du Rocher-Percé  
Centre de santé et de services sociaux Baie-des-Chaleurs  
Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Gaspésie

**Région 12 – Chaudière-Appalaches**

Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford  
Centre de santé et de services sociaux de Beauce  
Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet  
Hôtel-Dieu de Lévis

**Région 13 – Laval**

Centre de santé et de services sociaux de Laval

**Région 14 – Lanaudière**

Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière  
Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière

**Région 15 – Laurentides**

Centre de santé et de services sociaux Rivière-du-Nord / Nord-de-Mirabel  
Centre de santé et de services sociaux d'Antoine-Labelle

**Région 16 – Montérégie**

Centre de santé et de services sociaux Jardins-Roussillon  
Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska  
Centre de santé et de services sociaux du Suroît  
Centre de santé et de services sociaux Richelieu-Yamaska  
Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher  
Hôpital Charles LeMoine  
Centre de santé et de services sociaux  
Haut Richelieu / Rouville  
Centre de santé et de services sociaux de Sorel-Tracy

**3° la garde, le traitement ou l'évaluation des adolescents, au sens du paragraphe 11 de l'article 141 de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* est confié aux établissements suivants :**

Centre hospitalier universitaire de Québec  
Institut Philippe-Pinel de Montréal

Présentation sommaire du régime des  
délinquants dangereux et à contrôler  
(art. 752 à 761 du *Code criminel du Canada*)

Bureau des affaires criminelles et jeunesse

(Me Annie-Claude Bergeron)

19 mai 2009

1

## Aperçu de la présentation

- Renvoi par le juge pour évaluation;
  - ✓ sévices graves à la personne
  - ✓ ordonnance d'évaluation
- Requête délinquant dangereux
  - ✓ délinquants violents / sexuels
  - ✓ rôle de l'expert
  - ✓ infraction subséquente commise par un d.d.
- Requête délinquant à contrôler
  - ✓ ordonnance de surveillance de longue durée

2

Renvoi par le juge pour évaluation  
(art. 752.1)

Conditions préalables :

- après condamnation, avant peine;
- procureur autorisé par son chef (exigé par nos directives);
- condamnation pour « sévices graves à la personne » OU infraction sexuelle au sens de l'al. 753.1(2)a).

3

## Renvoi pour évaluation

« Sévices graves à la personne » (art. 752) :

1- infractions violentes ou dangereuses  
punissables d'au moins 10 ans d'emprisonnement

OU

2- agressions sexuelles.

4

## Renvoi pour évaluation

1 – Infractions violentes ou dangereuses

Infractions punissables, par mise en accusation, d'un emprisonnement d'au moins 10 ans ET impliquant :

- soit* l'emploi, ou une tentative d'emploi, de la violence contre une autre personne ;
- soit* une conduite dangereuse, ou susceptible de l'être, pour la vie ou la sécurité d'une autre personne ou une conduite ayant infligé, ou susceptible d'infliger, des dommages psychologiques graves à une autre personne.

5

## Renvoi pour évaluation

1 – Infractions violentes ou dangereuses

Exemples (selon les circonstances) :

- vol qualifié ;
- complot / tentative de meurtre ;
- enlèvement ;
- infractions relatives au proxénétisme ;
- conduite avec capacité affaiblie et délit de fuite causant la mort.

6

## Renvoi pour évaluation

### 2 – Infractions sexuelles

Infraction ou tentative de perpétration de:

- ✓ agression sexuelle (art. 271);
- ✓ agression sexuelle armée, menaces à une tierce personne ou infliction de lésions corporelles (art. 272);
- ✓ agression sexuelle grave (art. 273).

7

## 3- Crimes sexuels énumérés

(al. 753.1(2)a))

- contacts sexuels / incitation à ;
- exploitation sexuelle ;
- infractions relatives à la pornographie juvénile ;
- leurre ;
- exhibitionnisme ;
- agressions sexuelles ;
- acte grave de nature sexuelle commis lors de la perpétration d'une autre infraction dont il a été déclaré coupable.

8

## Renvoi pour évaluation

Preuve pouvant être considérée par le juge

- preuve entendue lors du procès ;
- évaluations antérieures :
  - ✓ rapport présentenciel ;
  - ✓ rapport d'évaluation au pénitencier, etc. ;
- toute preuve additionnelle.

9

## Renvoi pour évaluation - critère

Le tribunal ordonne le renvoi s'il a des motifs raisonnables de croire que le contrevenant pourrait être déclaré délinquant dangereux ou délinquant à contrôler

10

## Renvoi pour évaluation

Nature de l'ordonnance (art. 752.1 et DEL-1)

- durée maximale de 60 jours ;
- évaluation à l'Institut Philippe Pinel de Mtl ;
- garde du contrevenant assumée par les services correctionnels québécois ;
- dépôt du rapport au plus tard 30 jours après l'expiration de la période d'évaluation ;
- possibilité d'un délai additionnel de 30 jours si motifs raisonnables de ce faire (demandé au tribunal par poursuivant).

11

## Nature de l'évaluation

Outils utilisés, outre l'opinion clinique, pour mesurer la dangerosité :

- divers tests et outils actuariels :
  - ✓ test de personnalité MMPI ;
  - ✓ SVR-20, évaluation du risque de récidive sexuelle ;
  - ✓ Static-99, évaluation du risque de récidive ;
  - ✓ échelle de psychopathie de Hare PCL-R ;
  - ✓ phallométrie, etc.

12

### À la suite de la production du rapport 3 possibilités pour la poursuite

- 1- requête pour faire déclarer le contrevenant délinquant dangereux;
- 2- requête pour faire déclarer le contrevenant délinquant à contrôler;
- 3- aucune requête (peine régulière).

13

### Enlèvement de la procédure

- Consentement du procureur général est requis (art. 754 C.cr.)

14

### Preuve d'expert

Même si la poursuite choisit de ne présenter aucune requête, le rapport d'évaluation est admissible pour la détermination de la peine :

- ✓ *R. c. N. (R.A.)*, (2001) 160 C.C.C. (3d) 571 (C.A.Alta) ;
- ✓ *R. c. O'Neill*, [2002] B.C.J. n° 3090(C.S.C.-B.).

15

### Délinquants dangereux

- 1- condamnation « sévices graves à la personne » ET
- 2- existence d'un danger pour autrui en vertu de preuves établissant un comportement répétitif ou brutal (al. 753(1)a) OU des pulsions sexuelles incontrôlables (al. 753(1)b).

16

### 2 types de délinquants dangereux

- délinquant dangereux violent : al. 753(1)a);
- délinquant sexuel dangereux : al. 753(1)b).

17

### Délinquant dangereux violent

Preuve de l'une de ces situations :

- 1- incapacité à se contrôler : sous-al. 753(1)a)(i) ;
- 2- indifférence marquée quant aux conséquences de ses actes d'agression : sous-al. 753(1)a)(ii) ;
- 3- comportement brutal : sous-al. 753(1)a)(iii).

18

### Délinquant dangereux violent

1 - incapacité à se contrôler (sous-al. 753(1)a)(i))

« Par la répétition de ses actes, notamment celui qui est à l'origine de l'infraction dont il a été déclaré coupable, le délinquant démontre qu'il est incapable de contrôler ses actes et ce comportement permet de croire qu'il causera vraisemblablement la mort d'une autre personne, des sévices ou des dommages psychologiques graves à d'autres personnes. »

19

### Délinquant dangereux violent

2 - indifférence marquée (sous-al. 753(1)a)(ii))

« Par la répétition continue de ses actes d'agression, notamment celui qui est à l'origine de l'infraction dont il a été déclaré coupable, le délinquant démontre une indifférence marquée quant aux conséquences raisonnablement prévisibles que ses actes peuvent avoir sur autrui. »

20

### Délinquant dangereux violent

3 - comportement brutal (sous-al. 753(1)a)(iii))

« Un comportement, chez ce délinquant, associé à la perpétration de l'infraction dont il a été déclaré coupable, d'une nature si brutale que l'on ne peut s'empêcher de conclure qu'il y a peu de chance pour qu'à l'avenir ce comportement soit inhibé par les normes ordinaires de restriction du comportement. »

21

### Délinquant sexuel dangereux

(al. 753(1)b))

- agressions sexuelles ;
- conduite antérieure du délinquant dans le domaine sexuel, y compris lors de la perpétration de l'infraction dont il a été déclaré coupable, démontre son incapacité à contrôler ses impulsions sexuelles et laisse prévoir que vraisemblablement il causera à l'avenir de ce fait des sévices ou autres maux à d'autres personnes.

22

### Comportements visés

Il n'est pas nécessaire que le contrevenant soit « intraitable » pour être déclaré délinquant dangereux:

- ✓ *R. c. Haug*, 2008 SKCA 23, par. 92 ;
- ✓ *R. c. Goforth*, 2007 SKCA 144, par. 54.

23

### Comportements visés

Il n'est donc pas nécessaire que plusieurs traitements aient été tentés ou aient échoué avant une déclaration de délinquant dangereux:

- ✓ *R. c. Welburn*, C.Q. 700-01-065524-061, 4 juillet 2008, par. 108;
- ✓ *R. c. Simon*, 2008 ONCA 578, par. 92-93.

24



## Comportements visés

- un individu sans antécédent peut être déclaré délinquant dangereux :  
✓ *R. c. Yanoshewski*, (1996) 104 C.C.C. (3d) 512 (C.A.Sask.);
- ...ou délinquant à contrôler :  
✓ *R. c. M.L.*, [2006] J.Q. n° 12444 (C.Q.);  
✓ *R. c. Belnavis*, [2005] J.Q. n° 17824 (C.Q.).

25

## Présomption de dangerosité

(par. 753(1.1)) – amendement juillet 2008

Le contrevenant est présumé remplir les conditions prévues aux al. 753(1)a) ou b), selon le cas, si :

- 1) l'infraction dont il a été trouvé coupable est une « infraction primaire » ;
- 2) cette infraction mérite une peine de 2 ans ou plus;
- 3) il a déjà été condamné pour au moins 2 infractions primaires ;
- 4) dans chaque cas, une peine de 2 ans ou plus lui a été imposée.

26

## Présomption de dangerosité

Il appartiendra alors au contrevenant d'établir, par prépondérance des probabilités, qu'il ne devrait pas être déclaré délinquant dangereux

27

## Choix offerts au tribunal

- 1- déclarer l'individu délinquant dangereux et choisir la peine appropriée (par. 753(4) et (4.1));
- 2- déclaration de délinquant à contrôler (al. 753(5)a));
- 3- peine ordinaire (al. 753(5)b)).

28

3 choix de peine pour un délinquant dangereux - amendement juillet 2008

- à durée indéterminée (principe) ;
- peine de 2 ans ou plus et ordonnance de surveillance de 10 ans max ;
- peine ordinaire (par. 753(4) et (4.1)).

29

## Peine à durée indéterminée en principe

...sauf si le tribunal est convaincu, sur le fondement des éléments mis en preuve lors de l'audition de la demande, que l'on peut vraisemblablement s'attendre à ce que le fait d'infliger une peine moins sévère protège de façon suffisante le public contre la perpétration par le délinquant d'un meurtre ou d'une infraction qui constitue des sévices graves à la personne (par. 753(4.1) C.cr.)

30

## Si peine à durée indéterminée

La situation d'un tel délinquant dangereux sera examinée par la Commission nationale des libérations conditionnelles (CNLC) 7 ans plus tard, et par la suite à tous les 2 ans, afin d'établir s'il y a lieu de lui accorder une libération conditionnelle (art. 761 C.ér.).

31

## Rôle de l'expert

« The purpose of the psychiatric evidence is to provide the judge with an expert opinion on the interpretation of past conduct and the likely future conduct of the offender based on his or her past behaviour. The court using it must then determine what future danger the offender presents to society. » (R. c. Neve, (1999) 137 C.C.C. (3d) 97, par. 182 (C.A.Alta))

32

## Responsabilité ultime du juge

« [...] the legislation does not delegate to the field of psychiatry the responsibility of determining whether dangerous offender status should be ascribed to the offender. That remains the ultimate decision of the Court. » (R. c. Young, [1998] N.J. no 15, p. 157 (C.A.T.-N.))  
\* Audition sans jury dans tous les cas (par. 754(2)).

33

## Responsabilité ultime du juge

N'empêche, « la fonction de juge n'est pas munie d'un pouvoir prophétique » et le rôle du tribunal est de « prononcer une décision raisonnable dans l'immédiat tout en soupesant la portée de sa décision dans le futur » (Welburn, précité, par. 69-70).

34

## Nouvelle infraction commise par un délinquant dangereux (art. 753.01)

Si un délinquant dangereux est par la suite trouvé coupable :

- de sévices graves à la personne OU
- d'avoir manqué à une condition de l'ordonnance de surveillance de longue durée...

35

## Nouvelle infraction commise par un délinquant dangereux

- ...le tribunal doit, sur demande du poursuivant, le renvoyer sous garde pour évaluation ;
- durée maximale de 60 jours ;
- évaluation à l'Institut Philippe Pinel de Mtl ;
- garde du contrevenant assumée par les services correctionnels québécois ;
- dépôt du rapport au plus tard 30 jours après l'expiration de la période d'évaluation fixée par le tribunal ;
- possibilité d'un délai additionnel de 30 jours si motifs raisonnables.

36

### Nouvelle infraction commise par un délinquant dangereux (par. 753.01(4))

Peine pouvant ensuite être demandée par le poursuivant :

- à durée indéterminée ;
- ordonnance imposant une nouvelle période de surveillance de longue durée, en sus de toute autre peine infligée pour l'infraction.

37

### Statistiques depuis 1997

- au 3 février 2008, le Canada comptait 251 délinquants dangereux ;
- le Québec en comptait alors 47.

38

### Délinquants à contrôler 2 possibilités

- lorsqu'une demande de déclaration de délinquant dangereux est rejetée par le tribunal (al. 753(5)a) ;
- demande spécifique visant à faire déclarer un contrevenant délinquant à contrôler (art. 753.1).

39

### Buts du régime selon la Cour suprême (2008)

- prévention de la récidive et protection du public au cours d'une période de réinsertion sociale contrôlée;
- intégration du délinquant au sein de sa communauté sous la supervision du Service correctionnel du Canada

40

### Délinquants à contrôler (par. 753.1(1))

Le tribunal doit être convaincu de ceci :

- 1- une peine minimale de 2 ans s'impose ;
- 2- le contrevenant présente un risque élevé de récidive ;
- 3- il existe une possibilité réelle que ce risque puisse être maîtrisé dans la collectivité.

41

### Risque élevé de récidive

Est présumé si:

- 1- condamnation pour une infraction sexuelle énumérée à l'al. 753.1(2)a) ET
- 2- preuve d'actes répétitifs qui permettent de croire à d'autres dommages graves OU
- 3- preuve d'une conduite antérieure dans le domaine sexuel qui laisse croire à d'autres sévices à venir.

42

## Délinquants à contrôler

### Possibilité réelle de maîtrise du risque

Le tribunal devrait évaluer si le risque pourra être contrôlé au cours de la peine et de l'ordonnance de surveillance envisagées :

- ✓ *R. c. G.L.*, 2007 ONCA 548, par. 8 et 37, permission d'appeler à la C.S.C. refusée ;
- ✓ *Goforth*, précité (2007 C.A.Sask.), par. 65 ;
- ✓ *R. c. Johnson*, 2008 BCCA 149, par. 78.

43

## Délinquants à contrôler

### Possibilité réelle de maîtrise du risque

En outre, la possibilité de traitement devrait dépasser la simple lueur d'espoir et être fondée sur la preuve :

- ✓ *Haug*, précité (2008 C.A.Sask.), par. 89 ;
- ✓ *R. c. Allen*, 2007 ONCA 421, par. 31 ;
- ✓ *R. c. McCallum*, [2005] O.J. n° 1178 (C.A.O.), permission d'appeler à la C.S.C. refusée ;
- ✓ *R. c. M.(L.S.)* (2003), 173 C.C.C. (3d) 75 (C.A.C.-B.) ;
- ✓ *R. c. D.W.M.*, [2001] A.J. n° 165 (C.P. Alta).

44

### Possibilité réelle de maîtrise du risque

En pratique, le simple désir exprimé de suivre une thérapie suffit parfois pour convaincre le tribunal de l'existence d'une possibilité réelle de contrôle :

- ✓ *R. c. Boyer*, [2006] J.Q. n° 9386 (C.A.Q.) ;
- ✓ *R. c. Ménard*, [2002] J.Q. n° 5271 (C.A.Q.) ;
- ✓ *R. c. Myrtil*, [2002] J.Q. n° 473 (C.A.Q.), permission d'appeler à la C.S.C. refusée ;
- ✓ *R. c. Graver*, 2007 ONCA 13 (prise en compte de l'attitude hostile et non coopérative rapportée par psy) ;
- ✓ *Welburn*, précité, par. 85 (prise en compte d'infractions non dévoilées au psy).

45

## Choix offerts au tribunal

- déclarer le contrevenant délinquant à contrôler et imposer la peine prévue pour ces personnes (par. 753.1(3)) ;
- peine ordinaire (par. 753.1(6)).

46

## Délinquant à contrôler - peine

- peine minimale d'emprisonnement de 2 ans ;
- ordonnance de surveillance au sein de la collectivité pour une période maximale de 10 ans (par. 753.1(3)).

47

## Surveillance de longue durée

- la durée est basée sur le passé criminel et les risques de récidive du délinquant, qu'appécie le rapport d'évaluation (Cour suprême 2008) ;
- durée moyenne au pays : 9 ans ;
- au 8 avril 2007 : 71,4% des ordonnances avaient une durée de 10 ans ;
- conditions fixées par le CNLC (possibilité de recommandations par le juge).

48

## Statistiques

- au 2 juin 2008, le Canada comptait 494 délinquants à contrôler ;
- le Québec en comptait alors 147;
- moins de 1% sont des femmes ;
- 26.1 % s'identifient en tant qu'autochtones ;
- 76.3% ont dans leur casier judiciaire des infractions sexuelles.

49

**DÉLINQUANT DANGEREUX OU DÉLINQUANT À CONTRÔLER -  
PROCÉDURE DE DEMANDE**

En vigueur le : 1998-01-22	Révisée le : 1999-05-06 / 2005-09-15 2007-06-18 / 2008-01-11 / 2008-07-28 / 2008-09-08 / 2009-08-21 / 2010-03-10	P.-V. No : 99-03 / 05-04 / 07-04 / 07-05 / 07-06 / 08-01	Actualisée le : 2007-03-15
-------------------------------	--	---	-------------------------------

Référence : Articles 752.1, 753, 753.1 et 754 du *Code criminel*

Renvoi : Directive TEM-4, RDH-1

1. **[Autorisation du procureur en chef]** - Aucune demande visant à obtenir une ordonnance de renvoi en vertu de l'article 752.1 C.cr. dans le but d'obtenir qu'un délinquant soit déclaré « délinquant dangereux » ou « délinquant à contrôler » ne peut être présentée au tribunal par un procureur sans qu'il ait obtenu l'autorisation du procureur en chef.
2. **[Obtention de l'autorisation pour la demande d'ordonnance de renvoi pour évaluation]** - Préalablement à la présentation d'une telle demande de renvoi, le procureur soumet au procureur en chef la fiche prévue à l'annexe 1 dûment remplie, et ce, le plus tôt possible.
3. **[Évaluation]** - Lors de la demande d'ordonnance de renvoi, le procureur spécifie que l'évaluation doit être faite à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et que la garde du délinquant est assumée par les Services correctionnels québécois.

Le procureur transmet à l'expert tous les documents qu'il juge pertinents à l'évaluation du délinquant (dénonciation, déclaration de la victime, rapport de police, casier judiciaire, rapport psychiatrique, rapport des Services

correctionnels). Il doit également l'informer de la date à laquelle le rapport d'expertise doit être déposé au tribunal.

Une copie du rapport d'expertise doit être transmise au procureur en chef dès que disponible.

4. **[Obtention de l'autorisation pour la demande de déclaration de délinquant dangereux ou à contrôler]** - Le procureur en chef considère les conclusions du rapport d'expertise parmi l'ensemble des éléments soumis à la fiche prévue à l'annexe 1. S'il est toujours convaincu qu'il est justifié de procéder au dépôt d'une demande visant à faire déclarer le délinquant dangereux ou à contrôler, le procureur en chef signe le consentement requis par l'article 754 C.cr. (voir annexe 2). Ce consentement est déposé au greffe du tribunal par le procureur. Une copie est transmise au procureur en chef du Bureau des affaires criminelles et jeunesse.
5. **[Suivi du procureur en chef au BACJ et au SCC]** - Le procureur en chef avise le procureur en chef du Bureau des affaires criminelles et jeunesse du suivi d'une demande prévue au paragraphe 4 et lui transmet copie de la décision du tribunal de déclarer le délinquant, délinquant dangereux ou à contrôler. De plus, il avise, dans les meilleurs délais, le Service correctionnel du Canada à l'adresse courriel suivante : [MontrealPalais@CSC-SCC.GC.CA](mailto:MontrealPalais@CSC-SCC.GC.CA), de la décision du tribunal et s'assure de la transmission des documents pour photocopie. Il s'assure également que le processus prévu à la directive RDH-1 a été complété peu importe le sort réservé à la demande par le tribunal (voir annexe 3).

ANNEXE 1

Fiche à compléter visant à obtenir l'autorisation du procureur en chef pour  
présenter une demande d'ordonnance de renvoi pour évaluation

(Article 752.1 C.cr.) \*

1. **Informations concernant le dossier**
  - 1.1 Numéro du dossier;
  - 1.2 Nom du procureur responsable;
  - 1.3 Nom du délinquant;
  - 1.4 Date de naissance du délinquant;
  - 1.5 Nature de la demande de déclaration envisagée (délinquant dangereux ou à contrôler).
2. **Informations concernant le délit actuel**
  - 2.1 Nature de l'infraction;
  - 2.2 Date de la commission de l'infraction;
  - 2.3 Circonstances de la commission de l'infraction (décrire l'infraction et, s'il y a lieu, joindre le rapport de police et la déclaration de la victime);
  - 2.4 Date de la sentence;
  - 2.5 Détention préventive (indiquer la date).
3. **Antécédents judiciaires criminels**

Joindre le casier judiciaire du délinquant et décrire les circonstances de ses antécédents criminels pertinents.
4. **Antécédents psychiatriques**

Écrire toute information pertinente relative aux antécédents psychiatriques du délinquant : psychiatre traitant, diagnostic, nature du traitement ou de la thérapie, date des séjours en milieu hospitalier, etc. Joindre, s'il y a lieu, tout rapport psychiatrique.
5. **Antécédents carcéraux**

Écrire toute information pertinente relative aux antécédents carcéraux du délinquant : thérapie, comportement général, etc. Joindre, s'il y a lieu, tout rapport carcéral.
6. **Dangerosité**

Écrire toute information pertinente permettant d'établir la dangerosité du délinquant : facteurs démontrant son incapacité à contrôler ses actes ou ses impulsions sexuelles, facteurs permettant de croire qu'il causera vraisemblablement la mort, des sévices ou des dommages psychologiques graves à d'autres personnes, indifférence quant aux conséquences de ses actes sur autrui, etc. Joindre tout document pertinent concernant la dangerosité du délinquant.
7. **Risque de récidive**

Écrire toute information pertinente relative au risque de récidive que représente le délinquant : répétition continuelle de ses actes, conduite antérieure dans le domaine sexuel, contrôle du risque de récidive, etc. Joindre tout document pertinent.
8. **Autres commentaires**

\* Documenter la fiche selon les critères prévus aux articles 753 et 753.1 C.cr.



ANNEXE 2

CANADA  
PROVINCE DE QUÉBEC  
DISTRICT DE \_\_\_\_\_

COUR (DU QUÉBEC OU SUPÉRIEURE)  
(Chambre criminelle)

No :

SA MAJESTÉ LA REINE

- c -

---

DEMANDE EN VERTU DE LA PARTIE XXIV C.cr.  
(DÉLINQUANT DANGEREUX / DÉLINQUANT À CONTRÔLER)

---

Je, soussigné(e), Me \_\_\_\_\_, procureur en chef aux poursuites criminelles et pénales, consens à ce que des procédures afin de faire déclarer \_\_\_\_\_ délinquant dangereux / délinquant à contrôler en vertu de la partie XXIV C.cr. soient intentées et entendues devant les tribunaux.

\_\_\_\_\_  
(Endroit)

Le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom et coordonnées du procureur en chef  
aux poursuites criminelles et pénales

ANNEXE 3

(Date) \_\_\_\_\_

PAR COURRIEL

Me  
Procureur en chef aux poursuites criminelles et pénales  
Bureau des affaires criminelles et jeunesse  
Directeur des poursuites criminelles et pénales  
Iberville Un  
1195, avenue Lavigerie, bureau 60  
Québec (Québec) G1V 4N3

Objet : NOM, Prénom du délinquant

N/D :

Cher collègue,

Le jj-mm-aaaa une demande a été formulée afin de faire déclarer \_\_\_\_\_  
délinquant dangereux  \ délinquant à contrôler  en vertu de la partie XXIV C.cr.

Comme requis par la directive DEL-1, je vous informe que :

- Le tribunal a déclaré l'accusé délinquant dangereux le jj-mm-aaaa .
- Le tribunal a condamné l'accusé à purger une peine de \_\_\_\_\_ et l'a déclaré délinquant  
à contrôler pour une période de \_\_\_\_\_, le jj-mm-aaaa;
- Le Service correctionnel du Canada a été avisé de la déclaration de délinquant dangereux ou à  
contrôler et les documents ont été transmis au bureau des procureurs aux poursuites criminelles et  
pénales de Montréal pour photocopie;
- Le procureur en chef du BAESD a été informé de la demande selon la directive RDH-1;
- Le tribunal a refusé notre demande le jj-mm-aaaa;

Vous trouverez ci-joint une copie de la décision.

Veuillez agréer, cher collègue, l'expression de mes salutations distinguées.

\_\_\_\_\_  
Nom et coordonnées du procureur en  
chef aux poursuites criminelles et  
pénales

**ANNEXE 2**  
**ARRÊTÉ MINISTÉRIEL 2005-013**

Le contenu de cette annexe a été reproduit intégralement afin de respecter le ou les auteurs.  
Son contenu n'engage que son ou ses auteurs

**Arrêtés ministériels**

**A.M., 2005**

**Arrêté numéro 2005-013 du ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 25 août 2005**

CONCERNANT la désignation des lieux en vue de la garde, du traitement ou de l'évaluation d'un accusé ou d'un adolescent en application du *Code criminel* et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents.

LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX,

VU qu'en vertu de l'article 672.1 du *Code criminel* (L.R.C., 1985, c. C-46), le ministre de la Santé et des Services sociaux désigne des lieux en vue de la garde, du traitement ou de l'évaluation d'un accusé visé par une décision ou une ordonnance d'évaluation ou de placement;

VU qu'en vertu du paragraphe 11 de l'article 141 de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (L.C., 2002, c. 1), le ministre de la Santé et des Services sociaux désigne des hôpitaux en vue de la garde, du traitement et de l'évaluation des adolescents;

VU l'arrêté ministériel 98-11 du 2 juillet 1998 qui, en application du *Code criminel* et de la Loi sur les jeunes contrevenants (L.R.C., 1985, c. Y-1), désigne des lieux en vue de la garde, du traitement ou de l'évaluation d'un accusé ou d'un adolescent;

VU que la Loi sur les jeunes contrevenants a été remplacée par la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents;

VU la nécessité de remplacer l'arrêté ministériel 98-11 du 2 juillet 1998;

**ARRÊTE CE QUI SUIT :**

- 1° **l'arrêté ministériel 98-11 du 2 juillet 1998 est remplacé par le présent arrêté;**
- 2° **la garde, le traitement ou l'évaluation d'un accusé visé par une décision ou une ordonnance d'évaluation ou de placement, au sens de l'article 672.1 du *Code criminel*, est confié aux établissements suivants :**

**Région 01 – Bas-Saint-Laurent**

Le centre régional de santé et de services sociaux Rimouski  
Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup

**Région 02 – Saguenay–Lac-Saint-Jean**

Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi

**Région 03 – Capitale-Nationale**

Centre hospitalier Robert-Giffard

**Région 04 – Mauricie et du Centre-du-Québec**

Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie

**Région 05 – Estrie**

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

**Région 06 – Montréal**

Hôpital Douglas

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Institut Philippe Pinel de Montréal

Hôpital Rivière-des-Prairies

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Centre hospitalier de l'université de Montréal

Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île

Centre hospitalier de St. Mary

L'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis

Centre de santé et de services sociaux de la Petite Patrie et Villeray

Hôpital Sainte-Justine

Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord

Centre universitaire de santé McGill

**Région 07 – Outaouais**

La Corporation du Centre hospitalier Pierre-Janet

**Région 08 – Abitibi-Témiscamingue**

Centre de santé et des services sociaux de la Vallée-de-l'Or

Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales

Centre de santé et de services sociaux les Eskers de l'Abitibi

Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda

**Région 09 – Côte-Nord**

Centre de santé et de services sociaux de Manicouagan

Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles

**Région 10 – Nord-du-Québec**

Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi

Centre de santé et des services sociaux de la Vallée-de-l'Or

Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales

Centre de santé et de services sociaux les Eskers de l'Abitibi

Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda

**Région 11 – Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine**

Centre de santé et de services sociaux de la Côte-de-Gaspé

Centre de santé et de services sociaux des Îles

Centre de santé et de services sociaux du Rocher-Percé

Centre de santé et de services sociaux Baie-des-Chaleurs

Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Gaspésie

**Région 12 – Chaudière-Appalaches**

Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford  
Centre de santé et de services sociaux de Beauce  
Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet  
Hôtel-Dieu de Lévis

**Région 13 – Laval**

Centre de santé et de services sociaux de Laval

**Région 14 – Lanaudière**

Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière  
Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière

**Région 15 – Laurentides**

Centre de santé et de services sociaux Rivière-du-Nord / Nord-de-Mirabel  
Centre de santé et de services sociaux d'Antoine-Labelle

**Région 16 – Montérégie**

Centre de santé et de services sociaux Jardins-Roussillon  
Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska  
Centre de santé et de services sociaux du Suroît  
Centre de santé et de services sociaux Richelieu-Yamaska  
Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher  
Hôpital Charles LeMoyne  
Centre de santé et de services sociaux Haut Richelieu / Rouville  
Centre de santé et de services sociaux de Sorel-Tracy

**3° la garde, le traitement ou l'évaluation des adolescents, au sens du paragraphe 11 de l'article 141 de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* est confié aux établissements suivants :**

Centre hospitalier universitaire de Québec  
Institut Philippe-Pinel de Montréal

**ANNEXE 3**  
**FORMULAIRES JUDICIAIRES**

Le contenu de cette annexe a été reproduit intégralement afin de respecter le ou les auteurs.  
Son contenu n'engage que son ou ses auteurs

Formule 48  
Ordonnance d'évaluation

**ORDONNANCE D'ÉVALUATION**  
(article 672.13 C.cr) Formule 48

CANADA  
PROVINCE DE QUÉBEC  
District de \_\_\_\_\_  
Localité de \_\_\_\_\_  
Numéro de dossier \_\_\_\_\_  
Numéro séquentiel \_\_\_\_\_  
Corps policier et no d'événement \_\_\_\_\_  
Code statistique \_\_\_\_\_

Attendu que j'ai des motifs raisonnables de croire qu'une preuve de l'état mental de (*nom de l'accusé et date de naissance*)

qui a été accusé de (*indiquer brièvement l'infraction dont l'accusé est inculpé*) :

peut être nécessaire en vue de (*cocher l'énoncé qui s'applique*) :

- déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès;
- décider si l'accusé était atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle sous le régime du paragraphe 16(1) du *Code criminel* au moment où l'acte ou l'omission dont il est accusé est survenu;
- décider si l'accusée inculpée d'une infraction liée à la mort de son enfant nouveau-né était mentalement déséquilibrée au moment de la perpétration de l'infraction;
- dans le cas où un verdict d'inaptitude de l'accusé à subir son procès ou de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux a été rendu, déterminer la décision indiquée à prendre à l'égard de celui-ci en conformité avec les articles 672.54 ou 672.58 du *Code criminel*;
- dans le cas où un verdict d'inaptitude de l'accusé à subir son procès a été rendu, décider si la suspension de l'instance devrait être prononcée en vertu de l'article 672.851 du *Code criminel*;

J'ORDONNE QU'une évaluation de l'état mental de (*nom de l'accusé et date de naissance*)

soit effectuée par (*indiquer la personne ou le service qui devra effectuer l'évaluation, ou encore l'endroit où elle devra l'être*)

pour une période de \_\_\_\_\_ jours.

**ASSESSMENT ORDER**  
(section 672.13 Cr.C) Form 48

CANADA  
PROVINCE OF QUÉBEC  
District \_\_\_\_\_  
Locality of \_\_\_\_\_  
Record No. \_\_\_\_\_  
Sequential No. \_\_\_\_\_  
Police force and occurrence No. \_\_\_\_\_  
Statistical Code \_\_\_\_\_

WHEREAS I have reasonable grounds to believe that evidence of the mental condition of (*name of accused and date of birth*)

who has been charged with (*set out briefly the offence in respect of which the accused is charged*):

may be necessary to determine (*check applicable option*):

- whether the accused is unfit to stand trial;
- whether the accused suffered from a mental disorder so as to exempt the accused from criminal responsibility by virtue of subsection 16(1) of the *Criminal Code* at the time of the act or omission charged against the accused;
- whether the balance of the mind of the accused was disturbed at the time of commission of the alleged offence, where the accused is a female person charged with an offence arising out of the death of her newly-born child;
- if a verdict of unfit to stand trial or a verdict of not criminally responsible on account of mental disorder has been rendered in respect of the accused, the appropriate disposition to be made in respect of the accused pursuant to section 672.54 or 672.58 of the *Criminal Code*
- if a verdict of unfit to stand trial has been rendered in respect of the accused, whether a stay of proceedings should be ordered in accordance with section 672.851 of the *Criminal Code*

I HEREBY ORDER an assessment of the mental condition of (*name of accused and date of birth*)

to be conducted by/at (*name of person or service by whom or place where assessment is to be made*)

for a period of \_\_\_\_\_ days.



La présente ordonnance est en vigueur pendant \_\_\_\_\_ jours, y compris la durée des déplacements; pendant ce temps, l'accusé doit demeurer :

sous garde (*indiquer le lieu de détention*)

en liberté, sous réserve des conditions suivantes :

*This order is to be in force for a total of \_\_\_\_\_ days, including travelling time, during which time the accused is to remain*

*in custody at (place where accused is to be detained)*

*out of custody, on the following conditions:*

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

At \_\_\_\_\_, on \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Juge, Juge de paix, Greffier du tribunal

\_\_\_\_\_  
*Judge, Justice of the Peace, Clerk of the court*

HÔPITAL (*personne ou service responsable de l'évaluation*)

HOSPITAL (*person or service in charge of the assessment*)

DÉTENTION

DETENTION

Formule 49  
Mandat de dépôt

**MANDAT DE DÉPÔT  
DÉCISION DE DÉTENTION**

CANADA (article 672.57 C.cr.)  
PROVINCE DE QUÉBEC Formule 49  
District  
Localité de  
Numéro de dossier - - -

Numéro séquentiel

Corps policier et numéro d'événement

Code statistique

AUX AGENTS DE LA PAIX DU DISTRICT DE

ET au gardien (*administrateur, directeur*) de (*prison, hôpital ou autre établissement où l'accusé est détenu*):

Le présent mandat est décerné pour l'internement de (*nom de l'accusé et date de naissance*)

profession ou occupation

adresse

ci-après appelé l'accusé.

ATTENDU QUE l'accusé a été inculpé de (*indiquer brièvement l'infraction dont l'accusé est inculpé*):

ATTENDU QU'il a été décidé que l'accusé:

- était inapte à subir son procès;
- n'était pas criminellement responsable pour cause de troubles mentaux.
- 

Les présentes ont pour objet de vous enjoindre, au nom de Sa Majesté, d'appréhender l'accusé et de le conduire sûrement à l'hôpital:

et de le livrer au directeur avec l'ordre suivant :

**WARRANT OF COMMITTAL  
DISPOSITION OF DETENTION**

CANADA (Section 672.57 Cr.C.)  
PROVINCE OF QUÉBEC Form 49  
District  
Locality of  
Record No. - - -

Sequential No.

Police force and Occurrence No.

Statistical Code

TO THE PEACE OFFICERS IN THE DISTRICT OF

AND to the keeper (*administrator, warden*) of the prison, hospital or other appropriate place where the accused is detained):

This warrant is issued for the committal of (*name of the accused and date of birth*)

occupation

address

hereinafter called the accused

WHEREAS the accused has been charged that (*set out briefly the offence in respect of which the accused was charged*):

WHEREAS the accused was found :

- unfit to stand trial ;
- not criminally responsible on account of mental disorder
- 

This is, therefore, to command you, in Her Majesty's name, to take the accused in custody and convey the accused safely to the hospital at:

and there deliver the accused to the warden with the following precept :

- - -  
- - -

IL VOUS EST ORDONNÉ à vous, directeur de recevoir l'accusé sous votre garde à l'hôpital

et de l'y détenir sûrement jusqu'à ce qu'il soit livré en d'autres mains selon l'application régulière de la loi.

Les conditions d'internement de l'accusé sont les suivantes:

À titre de directeur de l'hôpital les pouvoirs qui suivent, à l'égard des restrictions de la liberté de l'accusé, de leurs modalités et des conditions qui s'y rattachent, vous sont délégués :

À \_\_\_\_\_, le

\_\_\_\_\_  
Juge, Juge de paix, Greffier

Hôpital

Rapportable

Détention

*I DO THEREFORE COMMAND you the said warden to receive the accused in your custody in the said hospital*

*and to keep the accused safely there until the accused is delivered by due course of law.*

*The following are the conditions to which the accused shall be subject while in your hospital :*

*The following are the powers regarding the restrictions (and the limits and conditions on those restrictions) on the liberty of the accused that are hereby delegated to you the said warden of the said hospital :*

At \_\_\_\_\_, on

\_\_\_\_\_  
*Judge, Justice of the Peace, Clerk*

Commission d'examen

Dossier

**RAPPORT D'EXÉCUTION**

Je fais rapport que le \_\_\_\_\_,  
conformément au présent mandat, j'ai arrêté et conduit l'accusé à  
(indiquer l'hôpital)

\_\_\_\_\_ et l'ai livré au gardien, à savoir (indiquer le nom du directeur)

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Agent de la paix

**REPORT OF EXECUTION**

I report that on \_\_\_\_\_,  
in accordance with this warrant, I arrested and conveyed the  
accused to (enter name of hospital)

\_\_\_\_\_ and I delivered him to the keeper, i.e. (enter name of warden)

At \_\_\_\_\_, on \_\_\_\_\_

Peace officer

**REÇU DU GARDIEN CONSTATANT LA RÉCEPTION  
DE L'ACCUSÉ**

Formule 43

Je certifie que j'ai reçu de \_\_\_\_\_

agent de la paix du district de \_\_\_\_\_

l'accusé identifié comme étant \_\_\_\_\_

en même temps que l'original du présent mandat décerné  
par \_\_\_\_\_

L'état de l'accusé est le suivant: \_\_\_\_\_

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Gardien

**KEEPER'S RECEIPT FOR ACCUSED**

Form 43

I certify that I have received from \_\_\_\_\_

a peace officer in the district of \_\_\_\_\_

the accused identified as being \_\_\_\_\_

together with the original of this warrant issued by  
by \_\_\_\_\_

The condition of the accuse dis as follows : \_\_\_\_\_

At \_\_\_\_\_, on \_\_\_\_\_

Keeper

# Formulaire de signalement d'un manquement à une ordonnance

Processus entre la CETM et le CRPQ : Guide des procédures

---

## **ANNEXE**

### **Signalement d'un manquement à une ordonnance**

À RETOURNER COMPLÉTÉ au corps de police : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

En date du : \_\_\_\_\_

Madame, Monsieur : \_\_\_\_\_ (DDN : \_\_\_\_\_)

**A fait défaut de respecter la décision numéro \_\_\_\_\_ de la Commission d'examen des troubles mentaux ou du tribunal judiciaire :** (décrire le manquement ou l'évasion)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En conséquence, nous requérons l'intervention des policiers afin de localiser cette personne et qu'elle soit traitée conformément aux dispositions du Code criminel.

\_\_\_\_\_  
Médecin (ou responsable de l'établissement)



#### **ANNEXE 4**

**GRILLE DE COLLECTE D'INFORMATIONS SUR LES SERVICES DISPONIBLES POUR LES PERSONNES  
SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX QUI SONT JUDICIARISÉES (APTITUDE À COMPARAÎTRE,  
RESPONSABILITÉ CRIMINELLE, MANDAT DE DÉPÔT)**

Le contenu de cette annexe a été reproduit intégralement afin de respecter le ou les auteurs.  
Son contenu n'engage que son ou ses auteurs

**Grille de collecte d'informations sur les services disponibles pour les personnes souffrant de troubles mentaux qui sont judiciairisées  
(aptitude à comparaître, responsabilité criminelle, mandat de dépôt)**

Question 1. : a) Dans votre région, le (s) centre (s) hospitalier (s) désigné (s) (arrêté ministériel 2005-013) pour répondre aux ordonnances d'évaluation ou de traitement de l'état mental d'un accusé (articles 672.1 et suivants du c.cr.) s'acquitte(nt)-il (s) de leur mandat?

- Quant à l'aptitude à subir son procès ?
- Quant à la responsabilité criminelle ?
- Quant à la garde et / ou au traitement en établissement (mandat de dépôt) ?

b) Combien de lits sont disponibles ou réservés pour cette clientèle dans chacun des CH désignés de votre région ?

c) Combien de psychiatres font ou peuvent faire des évaluations de l'aptitude à subir son procès et / ou de la responsabilité criminelle ?

d) Quelles procédures sont prévues quant au transport de l'accusé d'un lieu à l'autre (par ex. : de la détention ou du palais de justice au CH et vice versa) ; quant à la liaison avec le Tribunal une fois l'évaluation complétée ? Bref y a-t-il un mécanisme de concertation locale entre les différents acteurs concernés (MSSS – Justice – Sécurité publique) ?

Question 2. : En cas de déclaration d'inaptitude ou de non-responsabilité criminelle, quel (s) centre (s) hospitalier (s) offre (nt) des services de traitement (s) pour cette clientèle ?

- Types de traitements disponibles ?
- Ressources médicales affectées à ces services (traitement et / ou garde en établissement) ?

Question 3. : Si l'un ou l'autre des services indiqués plus haut n'est pas disponible dans votre région, où sont transférés les accusés et quels sont les mécanismes de transfert prévus ?

- Quant à l'aptitude à subir son procès ?
- Quant à la responsabilité criminelle ?
- Quant à la garde en établissement (mandat de dépôt) ?
- Quant aux traitements à offrir à cette clientèle ?

Question 4. : Au cours de la dernière année, y a-t-il eu des cas plus complexes ou très dangereux qui ont dû être référés ailleurs ? (N.B. On entend ici les cas référés ailleurs par le CH et non ceux référés ailleurs par le Tribunal lui-même). En moyenne combien de cas de ce genre sont référés chaque année ?



**ANNEXE 5**  
**SONDAGE RÉALISÉ AUPRÈS DES JUGES COORDONNATEURS DES RÉGIONS**

Le contenu de cette annexe a été reproduit intégralement afin de respecter le ou les auteurs. Son contenu n'engage que son ou ses auteurs

	<p><b>Comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale</b></p>
	<p>État de la situation à la Cour du Québec</p> <p>Maurice Galarneau Juge en chef adjoint 19 mai 2009</p>

	<p><b>a) Partie XX.I</b></p>
	<p>1) 672.11 (a) détermination de l'aptitude à comparaître</p>

**i) Y a-t-il un hôpital désigné dans vos ou votre région pour une personne détenue?**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	LEQUEL OU LESQUELS?
Abitibi-Témiscamingue	Non	L'Institut Philippe-Pinel
Bas-St-Laurent-Côte-Nord		
Estrie	Oui	Drummondville : Chus Hôtel-Dieu Granby : Chus – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke Sherbrooke : Chus de Sherbrooke
Laval-Laurentides-Lanaudière	Oui	À St-Jérôme, l'hôtel-Dieu. À Joliette, le Centre hospitalier régional de Lanaudière (CHRDL). À Laval, l'Institut Philippe-Pinel. À Mont-Laurier, l'hôpital de l'Annonciation et/ou l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.
Mauricie-Bols-Francis	Oui	Centre de santé et services sociaux de l'Énergie situé à Shawinigan. Toutefois, il assure le service aussi bien pour La Tuque, Shawinigan que Trois-Rivières et Victoriaville.

**i) Y a-t-il un hôpital désigné dans vos ou votre région pour une personne détenue? (suite)**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	LEQUEL OU LESQUELS?
Montérégie		C.S.S.S. Jardins-Roussillons, C.S.S.S. Haute-Yamaska, C.S.S.S. du Suroît, C.S.S.S. Richelieu-Yamaska, C.S.S.S. Pierre-Boucher Hôpital Charles-Lemoyne, C.S.S.S. Haut Richelieu/Rouville, C.S.S.S. Sorel-Tracy
Montréal	Oui	Les hôpitaux Pinel et Douglas sont connus, mais les autres n'étant pas connus, les juges ne peuvent y référer.
Outaouais	Oui	Centre Pierre-Janet et le Centre hospitalier Noltec de l'Outaouais
Québec-Chaudière-Appalaches	Oui	Centre hospitalier Robert-Giffard (Québec) Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford Mines, Centre de santé et de services sociaux de Beauce, Centre de santé et de services sociaux Montmagny-L'Islet, Hôtel-Dieu de Lévis
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Oui	Nous sommes bien servis de ce côté. I.R.S.

**ii) Pour une personne en liberté?**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	LEQUEL OU LESQUELS?
Abitibi-Témiscamingue	Oui	Centre hospitalier de Malartic
Bas-Saint-Laurent-Côte-Nord		
Estrie	Oui	Drummondville : Chus Hôtel-Dieu Granby : Chus
Laval-Laurentides-Lanaudière	Non	
Mauricie-Bois-Francis	Oui	Centre de santé et services sociaux de l'Énergie situé à Shawinigan. Toutefois, il assure le service aussi bien pour La Tuque, Shawinigan que Trois-Rivières et Victoriaville.

**ii) Pour une personne en liberté? (suite)**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	LEQUEL OU LESQUELS?
Montréal	Oui	Les mêmes.
Montréal	Oui	À Montréal, certains hôpitaux reçoivent sûrement ce genre de clientèle, mais leurs noms ne sont pas connus des juges. (C.P.L.M.)
Outaouais	Oui	Centre Pierre-Janet
Québec-Chaudière-Appalaches	Oui	Centre hospitalier Robert-Giffard (Québec) Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford Mines, Centre de santé et de services sociaux de Beauce, Centre de santé et de services sociaux Montmagny-L'Islet Hôtel-Dieu de Lévis
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Oui	Même chose I.R.S. et je crois que Roberval ne fait pas de psychiatrie légale, n'ayant pas les budgets à cet effet.

**iii) Les délais pour obtenir un rapport sont-ils respectés?  
672.14 (5 jours – maximum 30 jours)  
(circonstances exceptionnelles 60 jours)**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	DÉLAIS
Abitibi-Témiscamingue	Oui	Généralement, des prolongations sont demandées.
Bas-St-Laurent-Côte-Nord		
Estrie	Oui	Drummondville – généralement, dans les cinq jours (à ma connaissance, ne dépasse jamais 30 jours) Granby – 5 jours ouvrables, en général Sherbrooke – en général, 5 à 7 jours pour la comparution/apptitude
Laval-Laurentides-Lanaudière	Oui	Généralement! À St-Jérôme, oui, depuis le début 2008. À Joliette, oui. À Mont-Laurier, oui.
Mauricie-Bois-Francs	Oui	Pour l'apptitude, les dates de retour à la Cour sont toujours le mardi de la semaine suivante. Le délai varie donc de deux à cinq jours francs.

**iii) Les délais pour obtenir un rapport sont-ils respectés?  
(suite)  
672.14 (5 jours – maximum 30 jours)  
(circonstances exceptionnelles 60 jours)**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	DÉLAIS
Montréal	Oui	
Montréal	Oui	5 jours sans consentement et 30 jours avec le consentement.
Outaouais	Oui	
Québec-Chaudière-Appalaches	Oui	Généralement
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Oui	Dans l'ensemble, c'est satisfaisant.

**iv) Les accusés sont-ils généralement détenus lors des demandes?**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES
Abitibi-Témiscamingue	Oui	La majorité, oui.
Bas-St-Laurent-Côte-Nord		
Estrie	Oui	
Laval-Laurentides-Lanaudière	Oui	
Mauricie-Bois-Francs	Oui	Souvent pour assurer la protection du public, parfois pour leur propre protection étant donné l'absence de ressource d'hébergement temporaire. Il arrive qu'un juge remette en liberté une personne avec l'obligation de résider au Centre, mais cela n'est pas apprécié par le Centre. Quand elles sont en liberté, il arrive souvent qu'une autre personne-ressource ou un membre de la famille doit garantir qu'il se présentera à son rendez-vous lorsque convoquée.

**iv) Les accusés sont-ils généralement détenus lors des demandes? (suite)**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES
Montérégie	Oui	
Montréal	Oui	
Outaouais	Oui	
Québec-Chaudière-Appalaches	Oui	
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Oui	

**v) Les rapports sont-ils complets?**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES
Abitibi-Témiscamingue	Oui	
Bas-St-Laurent-Côte-Nord		
Estrle	Oui	
Laval-Laurentides-Lanaudière	Oui	
Mauricie-Bois-Francis	Oui	Nous avons une qualité exceptionnelle de rapport. Ils contiennent plusieurs données antérieures, des pistes de solutions et beaucoup d'information pertinente.

**v) Les rapports sont-ils complets? (suite)**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES
Montréal	Oui	
Montréal	Oui	
Outaouais	Oui	
Québec-Chaudière-Appalaches	Oui	
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Oui	Complets... peut-être, mais le contenu n'est pas toujours pertinent à ce que nous devons savoir à l'étape où il nous est fourni.

**vi) Est-ce qu'un rapport limité à deux pages faisant état du diagnostic de l'aptitude et d'une recommandation, si nécessaire, serait suffisant?**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES
Abitibi-Témiscamingue	Oui	
Bas-St-Laurent-Côte-Nord		
Estrie	Oui	Dans la majorité des cas.
Laval-Laurentides-Lanaudière	Oui	
Mauricie-Bois-Francis	Non	Nous avons connu une époque où nous avions des conclusions semblables et cela n'était pas dans l'intérêt des personnes et des tribunaux. Même si l'examen prévu au Code criminel n'est pas conçu spécifiquement pour cela, la complexité des problèmes de santé mentale, de toxicomanie, de déficience et de masquage ainsi que l'examen de la dangerosité, militent plus en faveur de rapport complet.

**vi) Est-ce qu'un rapport limité à deux pages faisant état du diagnostic de l'aptitude et d'une recommandation, si nécessaire, serait suffisant? (suite)**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES
Montérégie	Oui	Sauf exceptions, un tel rapport devrait suffire. C'est d'ailleurs ce qui se produit.
Montréal	Oui	Il faudrait que le rapport contienne quelques détails au soutien du diagnostic surtout en cas de contestation. Il n'est cependant pas nécessaire d'avoir un mini présentiel.
Outaouais	Oui	
Québec-Chaudière-Appalaches	Non	
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Oui	Sauf sur demande expresse d'un volet particulier.



**vii) Existe-t-il un processus pour ramener le détenu dès que l'examen est complété?**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES
Abitibi-Témiscamingue	Oui	La sécurité publique s'en occupe.
Bas-St-Laurent-Côte-Nord		
Estrie	Oui	Drummondville : Un avis est acheminé par le Centre hospitalier au médecin chargé de l'examen au greffe, aux avocats et au juge qui a fait la demande d'examen;
	Oui	Granby
	Non	Sherbrooke : Il est retourné à la détention pour la prochaine date de comparution.
Laval-Laurentides-Lanaudière	Oui	
Mauricie-Bols-Francis	Non	Il n'y a pas de processus formel, mais tout le monde est au courant de cette possibilité.

**vii) Existe-t-il un processus pour ramener le détenu dès que l'examen est complété? (suite)**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES
Montérégie	Oui	
Montréal	Oui	
Outaouais	Oui	
Québec-Chaudière-Appalaches	Oui	
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Oui	Sûrement puisqu'ils reviennent.

**viii) Les accusés que l'on croit inaptes sont-ils toujours représentés par avocats ou est-il nécessaire d'en nommer en vertu de l'article 672.24 (1)?**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES
Abitibi-Témiscamingue	Oui	
Bas-St-Laurent-Côte-Nord		
Estrie	Oui	Drummondville : Dans la très grande majorité, ces personnes sont représentées par avocat, et souvent, par les avocats permanents du bureau d'aide juridique. Granby : Presque toujours représentés.
Laval-Laurentides-Lanaudière	Oui	La plupart du temps, ils sont représentés.
Mauricie-Bols-Francis	Oui	Il y a deux écoles de pensée. Certains croient qu'il n'est pas nécessaire de nommer un avocat lors de la demande initiale « 672.11 parle de... motifs de croire qu'une preuve est nécessaire pour déterminer son aptitude » d'autres oui. Dans tous les cas, dès qu'une personne est inapte, un avocat est désigné (672.24).

**viii) Les accusés que l'on croit inaptes sont-ils toujours représentés par avocats ou est-il nécessaire d'en nommer en vertu de l'article 672.24(1)? (suite)**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES
Montérégie	Oui	Jusqu'à maintenant, la plupart sont toujours représentés par le même procureur.
Montréal	Oui	Considérant la présence aux comparutions d'un avocat de l'aide juridique, il est rarement nécessaire d'en nommer sauf si l'accusé refuse cet avocat.
Outaouais	Oui	Généralement.
Québec-Chaudière-Appalaches	Oui	Généralement.
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Oui	Règle générale, ils sont représentés.

**B) 672.11 (b) Détermination de la responsabilité criminelle**

**i) Y a-t-il un hôpital désigné dans vos ou votre région pour une personne détenue?**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	LEQUEL OU LESQUELS?
Abitibi-Témiscamingue	Non	Ils sont parfois gardés au Centre de détention et amenés au Centre hospitalier de Malartic pour évaluations.
Bas-St-Laurent-Côte-Nord		
Estrie	Oui	Drummondville : Chus Hôtel Dieu Granby : Chus Sherbrooke : Chus de Sherbrooke
Laval-Laurentides-Lanaudière	Oui	Les mêmes que pour l'évaluation de l'aptitude. Quand il s'agit d'un crime grave, les évaluations se font à l'Institut Pinel, quelque soit le lieu d'origine de la demande.
Mauricie-Bois-Francis	Oui	Le même

**i) Y a-t-il un hôpital désigné dans vos ou votre région pour une personne détenue? (suite)**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	LEQUEL OU LESQUELS?
Montréal	Oui	Les mêmes que ci-haut mentionnés. Il arrive toutefois, dépendamment du délit, que ce soit l'Institut Philippe-Pinel.
Montréal	Oui	À Montréal, certains hôpitaux reçoivent sûrement ce genre de clientèle, mais leurs noms ne sont pas connus des Juges.
Outaouais	Oui	Centre Pierre-Janet
Québec-Chaudière-Appalaches	Oui	Le même.
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Oui	Saguenay, I.R.S.

**ii) Les délais pour obtenir un rapport sont-ils respectés?**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	DÉLAIS
Abitibi-Témiscamingue	Oui	Pinel les respecte pour les adultes, délais extensionnés pour les jeunes contrevenants.
Bas-St-Laurent-Côte-Nord		
Estrie	Oui	Drummondville : Sauf circonstances exceptionnelles; Granby : 30 jours
Laval-Laurentides-Lanaudière	Oui	Généralement. Mêmes remarques que pour les évaluations sur l'aptitude. Les demandes de prolongation viennent davantage de l'Institut Pinel.
Mauricie-Bols-Francis	Oui	30 jours.

**ii) Les délais pour obtenir un rapport sont-ils respectés?  
(suite)**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	DÉLAIS
Montréal	Plus ou moins	Il arrive de plus en plus souvent qu'un délai additionnel soit requis pour ce genre de rapport.
Montréal	Oui	
Outaouais	Oui	
Québec-Chaudière-Appalaches	Oui	
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Oui	

**iii) Les rapports sont-ils complets?**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES
Abitibi-Témiscamingue	Oui	
Bas-St-Laurent-Côte-Nord		
Estrie	Oui	
Laval-Laurentides-Lanaudière	Oui	
Mauricie-Bois-Francs	Oui	Les rapports sont très documentés et les conclusions sont recherchées.

**iii) Les rapports sont-ils complets? (suite)**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES
Montréal	Oui	
Montréal	Oui	
Outaouais	Oui	
Québec-Chaudière-Appalaches	Oui	
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Oui	

**iv) Est-ce que cela arrive que l'évaluation sur l'aptitude et la responsabilité soit demandée au même moment?**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	SI OUI, EST-CE FRÉQUENT?
Abitibi-Témiscamingue	Oui	
Bas-St-Laurent-Côte-Nord		
Estrie	Oui	Drummondville : moins de 5% Granby : environ 1% Sherbrooke : environ 40%
Laval-Laurentides-Lanaudière	Oui	Dans 30 à 40% des cas.
Mauricie-Bois-Francs	Oui	Non, cette pratique est fortement découragée par les juges et déconseillée par les psychiatres. (5%)

**iv) Est-ce que cela arrive que l'évaluation sur l'aptitude et la responsabilité soit demandée au même moment? (suite)**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	SI OUI, EST-CE FRÉQUENT?
Montréal	Oui	À 80%, Je dois toutefois souligner que j'ai demandé aux collègues d'éviter de faire la double demande au début du processus surtout en région où la problématique de lits se pose avec acuité. Comme la détermination de l'aptitude requiert 5 jours plutôt que 30 pour l'évaluation de la responsabilité criminelle, j'ai suggéré de débiter avec la question de l'aptitude.
Montréal	Oui	À Montréal, cette situation peut se produire dans environ 15% des dossiers.
Outaouais	Oui	50%
Québec-Chaudière-Appalaches	Oui	25%
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Oui	15 à 20%

**v) Y a-t-il une table de concertation de psychiatrie légale dans vos ou votre région?**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	Croyez-vous qu'il serait nécessaire qu'il y ait une table de concertation?
Abitibi-Témiscamingue	Je l'ignore	Non
Bas-St-Laurent-Côte-Nord		
Estrie	Oui Non Non	Drummondville Granby Sherbrooke : Pas à ma connaissance (surtout pour le suivi et la mise en place de services cohérents)
Laval-Laurentides-Lanaudière	Non	J'en ai mis une sur pied à St-Jérôme quand je suis devenu coordonnateur adjoint parce que les délais n'étaient absolument pas respectés dans le district de Terrebonne. Depuis que la situation est rentrée dans l'ordre, nous avons mis fin à cette table, car elle avait perdu sa pertinence et les problèmes seraient réglés de façon ponctuelle et bilatérale.
Mauricie-Bois-Francs	Oui	

**v) Y a-t-il une table de concertation de psychiatrie légale dans vos ou votre région? (suite)**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	Croyez-vous qu'il serait nécessaire qu'il y ait une table de concertation?
Montréal	Oui	Il en existe une à St-Hyacinthe et une seconde est à voir le jour à Valleyfield.
Montréal	Oui	
Outaouais	Oui	
Québec-Chaudière-Appalaches	Oui	
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Je l'ignore	

**c) Loi sur le système pénal pour adolescent (L.S.J.P.) (art. 141)**



**i) Y a-t-il un fort volume?**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	Avez-vous des problèmes particuliers?
Abitibi-Témiscamingue	Non	Le Centre hospitalier de Malartic accepte maintenant de les évaluer.
Bas-St-Laurent-Côte-Nord		
Estrie	Non	
Laval-Laurentides-Lanaudière	Non	
Mauricie-Bois-Francs	Non	

**i) Y a-t-il un fort volume? (suite)**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	Avez-vous des problèmes particuliers?
Montérégie	Non	Les demandes d'évaluation en vertu de 672.11 du Code criminel sont plutôt rares en chambre jeunesse dans la région, mais lorsque c'est arrivé, il n'y a eu aucun problème. (voir annexe 1 ci-après – suite des commentaires)
Montréal	Non	Aucun problème particulier à signaler.
Outaouais	Non	
Québec-Chaudière-Appalaches		
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Non	

## **Annexe 1**

### **Suite des commentaires - Montérégie**

- c) Loi sur le système pénal pour adolescent (L.S.J.P.) art. 141  
i) Y a-t-il un fort volume?

Je tiens toutefois à porter à votre attention les demandes d'évaluation faites en vertu de l'article 34 de la LSJPA. Cet article permet au juge de renvoyer un adolescent sous garde pour fins d'évaluation pour une période de 30 jours. Aucune discrétion n'est prévue pour que le juge puisse prolonger ce délai. Nous n'avons jamais été en mesure d'obtenir une évaluation psychiatrique dans ce délai de 30 jours. Vous pouvez comprendre la difficulté lorsque la défense soulève ce problème de délai parce que si l'adolescent est sous garde, habituellement, il est question de dangerosité alors le remettre en liberté n'est pas toujours la solution idéale. Il faut pourtant alors s'y résoudre.

### **D) Partie XXIV – Délinquant dangereux ou délinquant contrôlé**

Dans la province, compte tenu qu'il s'agit d'expertises particulières toutes les demandes sont référées à l'Institut Philippe-Pinel.

**i) Y a-t-il des problèmes particuliers à souligner?**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES
Abitibi-Témiscamingue	Oui	Longs délais pour l'obtention des rapports. Lorsqu'il doit y avoir contre-expertise, les délais s'allongent, et là, échanges entre experts. Devrait songer à une expertise unique.
Bas-St-Laurent-Côte-Nord		
Estrie	Non	
Laval-Laurentides-Lanaudière	Non	Les rapports sont toujours très détaillés.
Mauricie-Bois-Francis	Oui	Le délai, mais cela s'améliore.

**i) Y a-t-il des problèmes particuliers à souligner? (suite)**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES
Montérégie	Oui	Les délais sont souvent difficiles à respecter. Il n'est pas rare qu'un délai additionnel soit requis.
Montréal	Oui	L'augmentation du non respect des délais, considérant la multiplication des demandes d'expertises de cette nature.
Outaouais	Oui	Délais non respectés
Québec-Chaudière-Appalaches	Oui	Retard dans l'évaluation et la production du rapport.
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Oui	Au niveau de l'acceptation des demandes et surtout du délai de transmission des rapports.

	<b>E) Questions diverses</b>

	<b>i) Dans l'ensemble, les rapports correspondent-ils à ses attentes?</b>																			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">RÉGION ADMINISTRATIVE</th> <th style="width: 15%;">OUI OU NON</th> <th style="width: 52%;">COMMENTAIRES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Abitibi-Témiscamingue</td> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bas-St-Laurent-Côte-Nord</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estrie</td> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Laval-Laurentides-Lanaudière</td> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mauricie-Bois-Francis</td> <td></td> <td>Les rapports de notre Centre, oui. La question est difficile à saisir.</td> </tr> </tbody> </table>		RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES	Abitibi-Témiscamingue	Oui		Bas-St-Laurent-Côte-Nord			Estrie	Oui		Laval-Laurentides-Lanaudière	Oui		Mauricie-Bois-Francis		Les rapports de notre Centre, oui. La question est difficile à saisir.
RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES																		
Abitibi-Témiscamingue	Oui																			
Bas-St-Laurent-Côte-Nord																				
Estrie	Oui																			
Laval-Laurentides-Lanaudière	Oui																			
Mauricie-Bois-Francis		Les rapports de notre Centre, oui. La question est difficile à saisir.																		

<b>i) Dans l'ensemble, les rapports correspondent-ils à ses attentes? (suite)</b>		
RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES
Montréal	Oui	
Montréal	Oui	
Outaouais	Oui	
Québec-Chaudière-Appalaches	Oui	
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Oui	

<b>ii) Serait-il approprié que dans chaque région, il y ait un représentant : psychologue, infirmière ou autre personne désignée par l'hôpital qui pourrait aider la Cour, au besoin?</b>		
RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	Est-ce qu'il y a une personne ressource, si non, est-ce utile d'en désigner une?
Abitibi-Témiscamingue	Non	Non
Bas-St-Laurent-Côte-Nord		
Estrie	Non	Je ne crois pas que ce soit nécessaire en Estrie.
Laval-Laurentides-Lanaudière	Non	Dans la région, il n'y en a pas et on ne voit pas quelle aide une telle personne pourrait apporter.
Mauricie-Bois-Francs		Nous essayons de mettre en place une ressource, un agent de liaison, avec la DESMO.

**ii) Serait-il approprié que dans chaque région, il y ait un représentant : psychologue, infirmière ou autre personne désignée par l'hôpital qui pourrait aider la Cour, au besoin? (suite)**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	Est-ce qu'il y a une personne ressource, si non, est-ce utile d'en désigner une?
Montréal	Non	Il serait utile d'en désigner une .
Montréal	Oui	À la chambre criminelle de Montréal, le Dr. Mansour et le personnel de l'unité d'urgence psycho-sociale, sous l'égide du CLSC des Faubourgs (projet spécial du ministère de la santé et des services sociaux) sont disponibles pour la Cour, du lundi au vendredi. À la Chambre de la jeunesse, aucune mesure de cette nature n'existe, mais ce besoin n'a jamais été identifié.
Outaouais		Il n'y en a pas et il serait utile d'en désigner une.
Québec-Chaudière-Appalaches	Oui	Il y en a une.
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Non	Ce serait intéressant à envisager, car nous n'avons pas toujours les solutions aux problèmes.

**iii) Dans chacune des régions serait-il approprié de créer une table de concertation?**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES
Abitibi-Témiscamingue	Non	
Bas-St-Laurent-Côte-Nord		
Estrie	Non Ne sais pas Oui	Drummondville Granby Sherbrooke
Laval-Laurentides-Lanaudière	Non	À moins qu'il n'y ait des problèmes récurrents.
Mauricie-Bois-Francs		

**iii) Dans chacune des régions serait-il approprié de créer une table de concertation? (suite)**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES
Montréal	Oui	Si une table de concertation provinciale était mise sur pied, il ne m'apparaît pas souhaitable qu'il en existe une en région.
Montréal	Oui	
Outaouais	Oui	
Québec-Chaudière-Appalaches	Non	
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Oui	

**iv) Devrions-nous créer une table provinciale de concertation?**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES
Abitibi-Témiscamingue	Non	
Bas-St-Laurent-Côte-Nord		
Estrie		Je ne sais pas compte tenu du peu de demandes dans notre région.
Laval-Laurentides-Lanaudière	Non	
Mauricie-Bols-Francis	Oui	

**iv) Devrions-nous créer une table provinciale de concertation? (suite)**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES
Montréal	Oui	Je crois même que ce serait hautement nécessaire afin d'assurer une certaine uniformité dans les pratiques.
Montréal	Oui	
Outaouais	Oui	
Québec-Chaudière-Appalaches	Non	
Saguenay-Lac-Saint-Jean		

**v) Dans votre région, y a-t-il une personne ressource, médecin ou psychiatre pour faire une évaluation à la comparution ou doit-on demander une évaluation dans les 5 jours?**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES
Abitibi-Témiscamingue	Non	
Bas-St-Laurent-Côte-Nord		
Estrie	Non Non Non	Drummondville : On doit demander de procéder à l'évaluation dans les délais prévus. Granby : dans les 5 jours. Sherbrooke : Il faut demander une évaluation.
Laval-Laurentides-Lanaudière		Il faut toujours demander une évaluation de 5 jours.
Mauricie-Bois-Francs		Nous devons demander dans les 5 jours...



<p><b>v) Dans votre région, y a-t-il une personne ressource, médecin ou psychiatre pour faire une évaluation à la comparution ou doit-on demander une évaluation dans les 5 jours? (suite)</b></p>																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>RÉGION ADMINISTRATIVE</th> <th>OUI OU NON</th> <th>COMMENTAIRES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Montréal</td> <td>Non</td> <td>Il faut demander le 5 jours.</td> </tr> <tr> <td>Montréal</td> <td>Oui</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Outaouais</td> <td>Oui</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Québec-Chaudière-Appalaches</td> <td></td> <td>Évaluation dans les 5 jours.</td> </tr> <tr> <td>Saguenay-Lac-Saint-Jean</td> <td>Oui</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES	Montréal	Non	Il faut demander le 5 jours.	Montréal	Oui		Outaouais	Oui		Québec-Chaudière-Appalaches		Évaluation dans les 5 jours.	Saguenay-Lac-Saint-Jean	Oui	
RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	COMMENTAIRES																		
Montréal	Non	Il faut demander le 5 jours.																		
Montréal	Oui																			
Outaouais	Oui																			
Québec-Chaudière-Appalaches		Évaluation dans les 5 jours.																		
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Oui																			

<p><b>vi) Dans le Grand-Nord ou sur la Côte-Nord, existe-t-il des problèmes particuliers?</b></p>								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>RÉGION ADMINISTRATIVE</th> <th>OUI OU NON</th> <th>LESQUELS?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Abitibi-Témiscamingue</td> <td>Oui</td> <td>Lorsqu'une évaluation est requise et que l'accusé n'est pas détenu, aucun organisme ne veut défrayer les coûts de transport.</td> </tr> </tbody> </table>			RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	LESQUELS?	Abitibi-Témiscamingue	Oui	Lorsqu'une évaluation est requise et que l'accusé n'est pas détenu, aucun organisme ne veut défrayer les coûts de transport.
RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	LESQUELS?						
Abitibi-Témiscamingue	Oui	Lorsqu'une évaluation est requise et que l'accusé n'est pas détenu, aucun organisme ne veut défrayer les coûts de transport.						

**vii) Y a-t-il des problèmes de chevauchement des districts judiciaires versus les hôpitaux désignés dans vos régions?**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	LESQUELS?
Abitibi-Témiscamingue	Non	
Bas-St-Laurent-Côte-Nord		
Estrie		Non, le Chus Hôtel-Dieu assume les évaluations pour déterminer l'aptitude à comparaître et la responsabilité criminelle pour les régions de Granby, de Sherbrooke et de Drummondville. À Granby, malgré le chevauchement, ça fonctionne très bien. Nous sommes très satisfaits des services du Chus.
Laval-Laurentides-Lanaudière	Non	
Mauricie-Bois-Francis		Les personnes de Victoriaville sont examinées à Shawinigan. Si elles sont en liberté, c'est très difficile. Si elles sont en détention, la prison est à Trois-Rivières, c'est un peu mieux!

**vii) Y a-t-il des problèmes de chevauchement des districts judiciaires versus les hôpitaux désignés dans vos régions? (suite)**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	LESQUELS?
Montérégie	Non	Pas à ma connaissance.
Montréal		
Outaouais	Non	
Québec-Chaudière-Appalaches	Non	
Saguenay-Lac-Saint-Jean		

<p><b>ix) À Montréal, il y a une pénurie de places disponibles dans les hôpitaux ou autres. Ainsi, plusieurs détenus doivent demeurer à l'Institut Pinel, alors qu'ils pourraient être hébergés dans des centres spécialisés et cela a pour conséquence que ces détenus occupent une place à Louis-Philippe Pinel et que seuls les cas graves sont traités à cet endroit. Ainsi, les autres évaluations doivent se faire en milieu carcéral, le problème existe-t-il dans votre région?</b></p>		
RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	LESQUELS?
Abitibi-Témiscamingue	Non	
Bas-St-Laurent-Côte-Nord		
Estrie	Non Oui Non	Drummondville : Pas jusqu'à maintenant. Granby : Cela arrive de façon sporadique, mais on ne peut dire que ce soit un problème. Sherbrooke
Laval-Laurentides-Lanaudière	Non	Il arrive que des prévenus doivent attendre en centre de détention qu'une place se libère à l'hôpital pour y être évalués.
Mauricie-Bois-Francis	Oui	À notre échelle, on a les mêmes problèmes, nombre de places, gravité des cas, sélection des cas en fonction de critères, ordonnances judiciaires... etc.

<p><b>ix) À Montréal, il y a une pénurie de places disponibles dans les hôpitaux ou autres. Ainsi, plusieurs détenus doivent demeurer à l'Institut Pinel, alors qu'ils pourraient être hébergés dans des centres spécialisés et cela a pour conséquence que ces détenus occupent une place à Louis-Philippe Pinel et que seuls les cas graves sont traités à cet endroit. Ainsi, les autres évaluations doivent se faire en milieu carcéral, le problème existe-t-il dans votre région? (suite)</b></p>		
RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	LESQUELS?
Montréal	Oui	Sans que ce soit systématique, il arrive que l'évaluation se fasse au centre de détention.
Montréal		
Outaouais	Non	
Québec-Chaudière-Appalaches		
Saguenay-Lac-Saint-Jean		

**x) Y-a-t-il d'autres problèmes que nous n'avons pas traités dans ce sondage?**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	LESQUELS?
Abitibi-Témiscamingue	Non	
Bas-St-Laurent-Côte-Nord		
Estrie		
Laval-Laurentides-Lanaudière	Non	
Mauricie-Bois-Francs	Non	

**x) Y-a-t-il d'autres problèmes que nous n'avons pas traités dans ce sondage? (suite)**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	LESQUELS?
Montréal		À Valleyfield, les médecins psychiatres refusent de faire les évaluations à cause du tarif. Ils prétendent qu'ils ne feront pas de telles expertises à 450\$ alors que la RAMQ verse un montant beaucoup plus substantiel. Auparavant, l'aide juridique compensait, mais la politique a été changée récemment afin d'avoir une pratique uniforme en Montérégie, ce qui n'a pas plu aux psychiatres de Valleyfield. Il s'agit là d'un énoncé sommaire de la problématique.

**x) Y-a-t-il d'autres problèmes que nous n'avons pas traités dans ce sondage? ( suite)**

RÉGION ADMINISTRATIVE	OUI OU NON	LESQUELS?
Montréal		Depuis plus de 25 ans, la difficulté d'entente entre les trois ministères concernés par la problématique des personnes démontrant un double problème de criminalité et de santé mentale persiste. Depuis la désinstitutionnalisation, ces personnes se retrouvent régulièrement dans le système judiciaire considérant l'incapacité du système de santé d'en prendre charge. Les solutions avancées pour modifier cette situation sont souvent remises en question, peu de personnes s'y intéressent et la volonté de dégager des ressources financières qui pourraient permettre une modification de la situation est totalement absente. Ce commentaire ne répond pas vraiment à la question précise posée, mais il apparaît nécessaire de profiter de cette occasion de la consultation effectuée par le ministère de la santé et des services sociaux pour sensibiliser les autorités compétentes à cette réelle problématique afin que des solutions à plus long terme soient apportées.

**Fin**



**ANNEXE 6**  
**DOCUMENTS DÉPOSÉS PAR LA COMMISSION D'EXAMEN DES TROUBLES MENTAUX**

Le contenu de cette annexe a été reproduit intégralement afin de respecter le ou les auteurs. Son contenu n'engage que son ou ses auteurs

## Présentation de la Commission d'examen des troubles mentaux

Comité de travail interministériel sur la  
prestation des services de psychiatrie légale

Montréal, 19 mai 2009

Me Mathieu Proulx, président,  
Commission d'examen des troubles  
mentaux  
Tribunal administratif du Québec

- Présentation de la Commission  
d'examen des troubles mentaux
- Problèmes et pistes de solution

- Une CETM est instituée par le Code criminel dans chaque province du Canada (c. XX.I Code criminel- art. 672.38).
- L'article 19 de la Loi sur la justice administrative du Québec désigne la Section des affaires sociales du Tribunal administratif du Québec pour assumer les responsabilités et compétences d'une Commission d'examen.

- Les membres sont nommés à la section des affaires sociales et affectés à la CETM par le conseil des ministres durant bonne conduite (*Loi sur la justice administrative*, art. 19 et 38).
- La CETM et le TAQ ont deux présidents distincts étant deux entités distinctes
- Structure unique au Canada
- La Commission d'examen des troubles mentaux (CETM) n'assume pas les cas de garde en établissement en vertu de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (LPP)

Création d'une Section de la santé mentale au sein du TAQ qui sera désignée CETM et qui entendra les requêtes en matière de LPP

La CETM a la responsabilité de trouver un juste équilibre entre deux droits fondamentaux:

- La liberté de l'individu
- La sécurité du public



## La CETM n'est pas un forum punitif

Elle doit tenir compte:

- de la nécessité de protéger le public face aux personnes dangereuses;
- de l'état mental de l'accusé et de ses besoins;
- de la nécessité de favoriser la réinsertion sociale de l'accusé.

Elle doit rendre la décision la moins sévère et la moins privative de liberté

## Mission sociale très importante

La Commission d'examen est un tribunal administratif appelé à évaluer, en fonction de leur état mental, la dangerosité des accusés envers autrui qui comparaissent devant elle à la suite:

- d'un verdict d'incapacité à subir son procès;
- d'un verdict de non responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux.

## Inaptitude à subir un procès (décisions CETM)

- Devenus aptes depuis verdict
  - Renvoi devant Cour criminelle (art. 672.48 (2))
  - Encadrement de la liberté (art. 672.49)
- Demeurés inaptes
  - Demeurent sous la juridiction de la CETM
  - Encadrement de la liberté
- Dans tous les cas:
  - libération conditionnelle
  - détention

\* Libération inconditionnelle impossible

- Renvoi au tribunal sur dossier par président (art. 672.48 (3))

- Si accusé apte et
- si CETM ne tiendra pas une audience dans un délai raisonnable et
- si accusé ET responsable de l'hôpital y consentent

## Non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux (décisions CETM)

Détermination de l'importance du risque pour la sécurité du public, les besoins de l'accusé et la nécessité de la réinsertion sociale

- Si CETM pas convaincue que risque important
  - Libération inconditionnelle
- Si CETM est convaincue que risque important
  - Libération avec conditions
  - Détention avec ou sans conditions (stricte)

## Mode de fonctionnement décisionnel

- En audiences seulement
- À la majorité des membres du quorum (art. 672.42)
- Président du quorum
  - Investi des pouvoirs prévus aux art. 4 et 5 de la Loi sur les enquêtes (fédérale) (art. 672.43)
  - Pouvoir d'assignation
  - Pouvoir de contraindre à témoigner et à produire des documents
  - Mandat d'amener l'accusé adressé au directeur du centre de détention ou au corps de police (art. 672.85)

## Pouvoirs et activités juridictionnelles

---

### Arrêts importants de la Cour suprême

- Arrêt Owen
- Arrêt Winko

## L'arrêt OWEN 2003 CSC 33

---

### Par. 29:

Pour s'acquitter de cette difficile évaluation des troubles mentaux et des risques pour la sécurité qui y sont associés, la Commission compte des experts parmi ses membres et dispose de vastes pouvoirs d'enquête.

## OWEN

---

### Par.30:

La question de savoir si, à cause de son état mental, l'intimé représente un risque important pour la sécurité du public fait manifestement appel à une grande expertise.

## OWEN

---

### Par. 29:

Si la Commission ne compte qu'un psychiatre, au moins un autre de ses membres doit être une personne autorisée à exercer la médecine ou la profession de psychologue et « dont la formation et l'expérience relèvent de la santé mentale » (art. 672.39 C.cr.)

## L'arrêt WINKO (1999) 2 R.C.S. 625

---

### Par. 54:

Le système est de type inquisitoire. Il incombe au tribunal ou à la commission d'examiner tous les éléments de preuve pertinents de part et d'autre.

## WINKO

---

### Par. 55:

Le tribunal et la commission d'examen sont habiles à s'acquitter de cette tâche. Ils peuvent ordonner la production de dossiers et assigner des témoins, y compris des experts pour étudier le cas et fournir les renseignements qu'ils demandent.

## CETM – Quelques statistiques

- 1581 dossiers actifs au 30 mars 2009
- 1893 audiences tenues en 2008-09
- CETM est un tribunal qui a siégé dans 83 lieux d'audience en 2008.

## Formations multidisciplinaires

	Temps plein	Temps partiel
Avocats	4	8
Psychiatres	1	10
Psychologues	1	4
Travailleurs sociaux partiel	1	1

## CETM: problèmes et pistes de solution

## Les parties (art. 672.1 C.cr)

- De plein droit
  - Accusé
  - Responsable de l'hôpital
- Sur demande
  - Procureur général
- CETM peut accorder statut
  - Personne intéressée dans le meilleur intérêt de l'accusé
- Victime n'est pas une partie

## Droits des parties (art. 672.5, 672.52 (3) et 672.72 (1))

- Recevoir un avis d'audience
- Être présentes à l'audience
- Être représentées par avocat (obligatoire pour inaptes)
- Interroger et contre-interroger les témoins
- Faire des représentations
- Recevoir la décision
- Appeler de la décision

## Principaux problèmes identifiés

- Avant l'audience
- À l'audience
- Après l'audience

## 1. Problèmes avant audience

### 1.1 Retard dans la réception des renseignements complets nécessaires à l'ouverture du dossier de la CETM (art. 672.52(2) C.cr.).

Le Tribunal judiciaire qui a rendu le verdict a la responsabilité de transmettre son dossier sans délai incluant:

- Le verdict
- Le procès-verbal
- L'acte d'accusation
- Le rapport de police complet
- L'expertise psychiatrique

❖ Faire diligence

### 1.2 Éléments contradictoires dans les documents reçus du tribunal judiciaire

- l'art. 672.54 a) réfère à une libération inconditionnelle, mais il est écrit dans le verdict «sous la responsabilité de la CETM».
- l'art. 672.54 b) réfère à une libération et on nous transmet un mandat de dépôt.

❖ Une meilleure connaissance de la CETM par les différents intervenants de la justice (Juge, greffier).

### 1.3 La CETM n'est pas informée du désir du Procureur général du Québec d'être une partie

Le PGQ qui veut être reconnu comme partie doit le demander.

❖ Production d'une comparution par le PGQ.

### 1.4 Difficulté à identifier le procureur de l'accusé

- Comparutions multiples et successives d'avocats de la défense dans un même dossier
- Comparutions à l'insu de l'accusé
- Sollicitation auprès de l'accusé

❖ Rappel de l'application du code de déontologie.

### 1.5 La grande complexité de la planification des rôles

- Le nombre important d'hôpitaux désignés (53)
- Les transferts d'accusés entre les hôpitaux en l'absence d'autorisation de la CETM
- Les demandes tardives de remise (par toutes les parties)

### 1.6 Difficulté d'exécution des mandats d'amener (art 672.85 C.cr)

- Méconnaissance du mandat d'amener de la CETM
- Confusion des responsabilités
- ❖ Meilleure connaissance de la part de tous les intervenants.

## 2. Problèmes à l'audience

### 2.1 Manquements dans certains hôpitaux

- Absence du représentant de l'hôpital
- Disponibilité tardive des rapports d'évaluation des dossiers de la journée
  - ❖ Disponibilité de la personne ressource durant tout le temps où la CETM est présente.
  - ❖ Remise des rapports de la journée, dès l'arrivée de la CETM.

### 2.2 Salles inadéquates pour tenir une audience dans certains hôpitaux

- La salle se doit d'être propice à la bonne marche de l'audience.
  - Sécurité
  - Superficie
  - Insonorisation
  - Accessibilité
  - Décorum

### 2.3 Absence du psychiatre au dossier

- Pour favoriser la meilleure prise de décision
- Pour permettre aux juges de poser des questions sur l'ensemble de la situation de l'accusé et pour colliger des informations quant à l'alliance thérapeutique
- Pour permettre le contre interrogatoire sur le rapport soumis aux juges
- Pour éviter un ajournement
- ❖ Présence du psychiatre traitant à chacune des audiences

### 2.4 Absence de l'intervenant-principal sur le terrain ou du responsable du suivi dans la communauté.

- ❖ Présence de l'intervenant et production de son rapport

## 2.5 Rapport psychiatrique inexistant ou incomplet

- À l'arrêt Mazzei 2006 CSC 7, la Cour suprême a rappelé l'importance d'une preuve contenant des renseignements exacts concernant l'état mental de l'accusé.

## MAZZEI 2006 CSC 7

Par. 42:

Lorsqu'elle s'acquitte du mandat et du rôle que la loi lui confie en vertu de la partie XX.I, il est nécessaire et essentiel qu'une commission forme sa propre opinion indépendante sur le programme de traitement et les progrès cliniques de l'accusé et, en fin de compte, sur le risque que celui-ci représente pour la sécurité du public et sur ses chances de réadaptation et de réinsertion. (nos soulignés)

## MAZZEI

Par. 42:

Il est tout simplement impossible d'atteindre ces objectifs sans disposer de renseignements exacts, indépendants et à jour concernant l'état mental de l'accusé, son programme de traitement, ses progrès cliniques et ses chances de réadaptation.

## 2.5 Éléments constitutifs du rapport, ce qui doit être:

- Les antécédents psychiatriques de l'accusé.
- Les évaluations psychologiques et neuro-psychologiques
- Les antécédents psychosociaux:
  - Environnement social et intégration socioprofessionnelle.
- Description du comportement:
  - Attitudes et collaboration,
  - Réactions aux frustrations, impulsivité, agressivité,
  - Antécédents de violence,
  - Consommation de drogues ou d'alcool.

## 2.5 Éléments constitutifs du rapport (suite)

### Les antécédents médicaux pertinents

- Description de l'attitude face à la maladie et au traitement:
  - Reconnaissance, compréhension et acceptation de la maladie,
  - Fidélité à la médication prescrite.
- Plan de soins de l'équipe traitante:
  - Plan d'intervention et pronostic,
  - Ressources, capacités d'adaptation et autonomie de l'accusé,
  - Soutien familial et social,
  - Besoin d'encadrement de l'accusé et sa volonté de collaborer à son plan de traitement.

## 2.5 Éléments constitutifs du rapport (suite)

- Opinion et recommandations du psychiatre:
  - Opinion quant à la dangerosité de l'accusé,
  - Recommandation quant aux mesures à mettre en place pour assurer la protection du public et les besoins de l'accusé, notamment en ce qui a trait à sa réinsertion sociale.

### 3. Problèmes après l'audience

#### 3.1 Absence et manque de ressources pour donner suite à la décision de la CETM

- ❖ Priorité d'octroi des ressources d'hébergement accordée aux accusés sous la responsabilité de la CETM.
- ❖ Suivi des personnes sous la responsabilité de la CETM par du personnel compétent, stable, relié directement à l'équipe traitante.

#### 3.2 Difficultés rencontrées par l'établissement hospitalier dans l'exécution de la décision de la CETM

- L'établissement recherche une opinion sur la décision rendue par la CETM
- La responsabilité du respect de la décision ne relève pas de la CETM
- La CETM ne peut être juge et partie
- ❖ Opinion par leur propre service juridique

#### 3.2 Difficultés (suite)

- ❖ Le responsable de l'hôpital où l'accusé est détenu ou suivi a, au premier chef et à travers l'équipe traitante, la responsabilité de s'assurer que l'accusé se conforme à la décision de la CETM. (Guide de la CETM)

#### 3.3 Méconnaissance de la délégation de pouvoir

Certains établissements connaissent mal l'étendue de leur pouvoir délégué.

- ❖ La délégation doit être claire.
- ❖ Le représentant de l'hôpital doit demander des précisions avant le prononcé de la décision de la CETM.

#### 3.4 Accusés disparus

L'hôpital en a perdu la trace

- ❖ L'hôpital désigné responsable est chargé du suivi (art. 672.1 C.cr.).
- ❖ L'hôpital doit signaler aux policiers le manquement (voir le formulaire « Signalement d'un manquement à une ordonnance »)

## Conclusion

Importance pour la CETM d'être opérationnelle considérant:

- les délais légaux
- le territoire très vaste
- le grand nombre d'intervenants

❖ Appel à la collaboration et à la communication de tous les partenaires impliqués dans le processus



## **Synthèse des contraintes majeures et principaux enjeux et défis pour la CETM**

### **Contraintes majeures**

- Les délais inscrits au Code criminel, particulièrement :
  - o Les nouveaux verdicts de la Cour (45 ou 90 jours pour tenir l'audience de la CETM, art.672.47 c.cr.)
  - o Les révisions à la demande des hôpitaux désignés (art. 672.81 (2) c.cr.)
  - o Les ordonnances d'évaluation de la CETM délai : 30 jours (art 672.121 c.cr.)
  - o Les audiences de la CETM suite à une hospitalisation de l'accusé de plus de 7 jours découlant de l'exercice d'une délégation de pouvoirs au bénéfice de l'hôpital (672.56 et 672.81 (2.1) c.cr.)
- Le nombre trop élevé d'hôpitaux désignés (implique une logistique lourde et complexe. Implique un nombre élevé d'intervenants. Le personnel hospitalier change et on doit tout réexpliquer de nouveau. Expertise diluée et morcelée)
- Accusé envoyé par la Cour dans un hôpital non désigné
- Le manque de ressources d'hébergement externe
- Le manque de ressource pour assurer le suivi des décisions dans les milieux de vie
- La non exécution des décisions et ordonnances de la CETM en raison de la rareté des ressources;
- L'insuffisance du nombre de juges administratifs qui a comme conséquence un nombre élevé d'audiences par jour
- Les audiences CETM dans des centres de détention (logistique lourde, sécurité, rapport psychiatrique...)

### **Principaux enjeux et défis de la CETM**

- Assurer la protection du public et favoriser la réinsertion sociale des accusés (défi constant pour assurer l'atteinte des deux volets de la mission CETM)
- Obtenir les éléments de preuve nécessaires à la prise de décision
- Coordination avec tous les hôpitaux désignés et les équipes traitantes de tout le territoire
- Formation multidisciplinaire de 3 juges en mode de cour itinérante
- Le défi technologique : dossier d'audience numérisé, procès-verbal électronique, les limites de la visioaudience en santé mentale
- Faire connaître la CETM qui est un tribunal qui parle par ses décisions (activités juridictionnelles)
- Établir un mode de communication officiel avec les responsables de la psychiatrie

**Proposition de la  
Commission d'examen des troubles mentaux**

**Révision de la liste des hôpitaux désignés**

**Octobre 2009**

# LES HÔPITAUX DÉSIGNÉS

Rappelons qu'au cours des dernières années, deux coroners ont soulevé dans leur rapport des problèmes en lien avec le secteur de la psychiatrie légale notamment la question de la désignation des établissements à l'Arrêté ministériel 2005-013, relatif à la garde, au traitement ou à l'évaluation d'un accusé. Certains hôpitaux désignés ignorent la nature de leur statut et les responsabilités qui s'y rattachent et, en conséquence ils ne peuvent donner les services attendus.

À la suite de la décision du Ministère de la Santé et des Services sociaux de réitérer sa volonté d'entreprendre des travaux sur l'organisation provinciale des services en psychiatrie légale dans son *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens (PASM)*, la Direction de la santé mentale a mis en place un comité de travail consultatif, composé des représentants des principales organisations intéressées. Dans le cadre des travaux de ce comité, la Commission d'examen des troubles mentaux, ci-après désignée CETM désire soumettre une proposition de modification à la liste des lieux désignés à l'Arrêté ministériel 2005-013.

On dénombre au Québec un grand nombre (50) d'hôpitaux désignés. Le Québec est de loin la juridiction qui, dans l'ensemble du Canada, en compte le plus. L'Ontario, la province qui se compare le plus au Québec, n'en a que 13. La Colombie-Britannique, l'autre province la plus importante en ce qui concerne le nombre d'accusés non criminellement responsables en raison de troubles mentaux ou inaptes à subir un procès, en compte 18. En 2007-2008, le Québec comptait 1422 dossiers actifs d'accusés et l'Ontario en comptait 1315.

## HÔPITAL DÉSIGNÉ – DÉFINITION

Qu'est-ce qu'un hôpital *désigné*?

La définition nous est donnée au *Code criminel* qui, à son article 672.1(1), prévoit qu'un «hôpital» est un « lieu d'une province désigné par le ministre de la Santé de la province en vue de la garde, du traitement ou de l'évaluation d'un accusé visé par une décision ou une ordonnance d'évaluation ou de placement. »

L'Arrêté ministériel 2005-013 du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, émis le 25 août 2005, désigne ainsi, comme nous l'indiquons en introduction du présent document, 50 hôpitaux pour «la garde, le traitement ou l'évaluation d'un accusé visé par une décision ou une ordonnance d'évaluation ou de placement» des accusés.

Deux hôpitaux sont spécifiquement désignés pour la garde, le traitement ou l'évaluation des adolescents, au sens du paragraphe 11 de l'article 141 de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*. Ce sont l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et le Centre hospitalier universitaire de Québec.

## La répartition actuelle des hôpitaux désignés par région

<b>Région 01</b> Bas-Saint-Laurent	2	CSSS Rimouski-Neigette CSSS de Rivière-du-Loup
<b>Région 02</b> Saguenay-Lac-Saint-Jean	1	CSSS de Chicoutimi
<b>Région 03</b> Capitale-Nationale	1	Institut universitaire en santé mentale de Québec (Robert-Giffard)
<b>Région 04</b> Mauricie et Centre du Québec	1	CSSS de l'Énergie
<b>Région 05</b>	1	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

<b>Estrie</b>		
<b>Région 06 Montréal</b>	14	Hôpital Douglas Hôpital Louis-H. Lafontaine Institut Philippe-Pinel de Montréal Hôpital Rivière-des-Prairies Hôpital Maisonneuve-Rosemont Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal Centre hospitalier de l'université de Montréal (CHUM) CSSS de l'Ouest-de-l'Île (Lakeshore) Centre hospitalier de St.Mary Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis CSSS Cœur-de-l'Île (CLSC Petite Patrie, CLSC Villeray et Hôpital Jean-Talon) Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord Centre universitaire de santé McGill
<b>Région 07 Outaouais</b>	1	Corporation du centre hospitalier Pierre-Janet
<b>Région 08 Abitibi-Témiscamingue</b>	4	CSSS de la Vallée-de-L'Or CSSS des Aurores-Boréales CSSS les Eskers de l'Abitibi CSSS de Rouyn-Noranda
<b>Région 09 Côte-Nord</b>	2	CSSS de Manicouagan (Baie-Comeau) CSSS de Sept-Îles
<b>Région 10 Nord-du-Québec</b>	5	CSSS de Chicoutimi CSSS de la Vallée-de-L'Or CSSS des Aurores-Boréales CSSS les Eskers de l'Abitibi CSSS de Rouyn-Noranda
<b>Région 11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine</b>	5	CSSS de la Côte-de-Gaspé (Gaspé) CSSS des Îles CSSS du Rocher-Percé (Chandler) CSSS de la Baie-des-Chaleurs (Maria) CSSS de la Haute-Gaspésie
<b>Région 12 Chaudière-Appalaches</b>	4	CSSS de la région de Thetford CSSS de Beauce CSSS de Montmagny-L'Islet Hôtel-Dieu de Lévis
<b>Région 13 Laval</b>	1	CSSS de Laval
<b>Région 14 Lanaudière</b>	2	CSSS du Nord de Lanaudière (Joliette) CSSS du Sud de Lanaudière (Repentigny)
<b>Région 15 Laurentides</b>	2	CSSS St-Jérôme (Rivière-du-Nord / Nord-de-Mirabel) CSSS d'Antoine-Labelle
<b>Région 16 Montérégie</b>	8	CSSS Jardins-Roussillon CSSS de la Haute-Yamaska CSSS du Suroît CSSS Richelieu-Yamaska CSSS Pierre-Boucher

		Hôpital Charles-Lemoyne CSSS Haut-Richelieu / Rouville CSSS Pierre-de-Saurel
<b>Adolescents</b>	2	Institut universitaire en santé mentale de Québec (Robert Giffard) Institut Philippe-Pinel de Montréal

## LES PROBLÈMES LIÉS À CETTE SITUATION

L'immensité du territoire et la dispersion des hôpitaux désignés imposent une lourde logistique à gérer pour tous les intervenants au dossier. Une telle situation constitue une source de problèmes pour la CETM et aussi pour certains hôpitaux. Il est en effet difficile de planifier adéquatement les audiences quand il faut prévoir des déplacements dans autant d'endroits différents, d'autant plus que le nombre de cas dans certains hôpitaux est peu important. De plus, la distance entre plusieurs de ces hôpitaux est relativement grande ce qui amène beaucoup de temps de déplacement.

D'autre part, plusieurs hôpitaux désignés n'ont pas les ressources humaines et matérielles dont ils auraient besoin pour faire face aux obligations qui leur sont imposées par leur statut d'*hôpital désigné*. Au Québec, la psychiatrie légale est une réalité relevant de 3 ministères distincts soit le ministère de la Justice, le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Santé et des Services sociaux. La désignation des hôpitaux désignés relève cependant uniquement du ministère de la Santé et des Services sociaux.

## LE PORTRAIT DES RÉGIONS - Audiences tenues en 2007-2008

### **Le Bas-Saint-Laurent (01)**

- 55 audiences tenues

- 12 CSSS Rivière-du-Loup
- 43 CSSS Rimouski-Neigette

### **Le Saquenay-Lac-Saint-Jean (02)**

- 61 audiences tenues

- 53 CSSS de Chicoutimi (Pavillon Roland-Saucier).
- 3 CSSS Domaine-du-Roy (Roberval)
- 5 Hôpital de Chicoutimi

### **La Capitale nationale (03)**

-115 audiences tenues

- 110 Institut universitaire en santé mentale de Québec (Robert-Giffard)
- 1 Hôpital de l'Enfant-Jésus
- 3 Hôpital Saint-Sacrement
- 1 Centre hospitalier Université Laval

### **La Mauricie et le Centre du Québec (04)**

- 107 audiences tenues

- 76 CSSS de Shawinigan-Sud (Shawinigan)
- 3 CHRTR (Trois-Rivières)
- 2 CSSS du Haut-Saint-Maurice (La Tuque)
- 14 CSSS Drummond
- 12 Hôtel-Dieu d'Arthabaska

### **L'Estrie (05)**

- 61 audiences tenues au Centre universitaire de santé de Sherbrooke

### **L'Île de Montréal (06)**

- 796 audiences tenues

- 261 Institut Philippe-Pinel
- 110 Hôpital Douglas
- 90 Louis-H. Lafontaine
- 61 Centre hospitalier de l'université de Montréal (l'Hôpital Notre-Dame et l'Hôpital St-Luc – Pavillon Roland Bock)
- 57 Hôpital du Sacré-Cœur (Pavillon Albert-Prévost)
- 41 Hôpital juif Sir Mortimer B. Davis
- 39 CSSS de l'Ouest-de-l'Île (Lakeshore)
- 39 Centre de santé de l'université Mc Gill (l'Hôpital général de Montréal et l'Hôpital Royal-Victoria – pavillon Allan Memorial)
- 32 Hôpital St-Mary
- 31 Hôpital Rosemont
- 15 CSSS de la Petite-Patrie et Villeray
- 16 CSSS d'Achutesic et Montréal-Nord
- 4 Hôpital Rivières-des-Prairies
- 0 Hôpital Ste-Justine

### **L'Outaouais (07)**

- 100 audiences tenues au Centre hospitalier Pierre-Janet

### **L'Abitibi-Témiscamingue (08)**

- 51 audiences tenues

- 35 CSSS Vallée-de-l'Or (Malartic)
- 11 CSSS de Rouyn-Noranda
- 3 CSSS les Eskers de l'Abitibi (Amos)
- 1 CSSS des Aurores-Boréales de Macamic
- 1 CSSS des Aurores-Boréales de La Sarre

### **La Côte-Nord (09)**

- 7 audiences tenues

- 4 Centre hospitalier régional de Sept-Îles
- 3 CSSS de Manicouagan (Baie-Comeau)

### **Le Nord-du-Québec (10)**

- 1 audience tenue au Centre de santé de Chibougamau

La région du Nord-du-Québec, en termes de région administrative, couvre un grand territoire au nord Roberval et au sud du Grand-Nord. Les hôpitaux désignés de cette région se trouvent plus au Sud et sont ceux de l'Abitibi-Témiscamingue et celui de Chicoutimi.

### **La Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)**

- 31 audiences

- 11 CSSS de la Baie-des-Chaleurs (Maria)
- 11 CSSS de la Côte-de-Gaspé (Gaspé)
- 6 CSSS du Rocher-Perché (Chandler)

- 3 CSSS de la Haute- Gaspésie (Sainte-Anne-des-Monts)

### **Chaudière-Appalaches (12)**

- 35 audiences

- 17 CSSS de Beauce (St-Georges de Beauce)
- 4 CSSS de la région de Thetford (Thetford-Mines)
- 4 CSSS Montmagny-L'Islet (Montmagny)
- 10 Hôtel-Dieu de Lévis

### **Laval (13)**

- 25 audiences tenues au CSSS Laval ( Cité-de-la-santé)

### **Lanaudière (14)**

- 49 audiences

- 35 CSSS du nord de Lanaudière (Joliette)
- 14 CSSS du sud de Lanaudière (Repentigny)

### **Les Laurentides (15)**

- 102 audiences

- 65 CSSS Rivière-du-Nord/ Nord de Mirabel (St-Jérôme)
- 34 CSSS d'Antoine-Labelle (L'Annonciation)
- 3 Ste-Agathe des Monts

### **Montérégie (16)**

- 162 audiences

- 40 Hôpital Charles-Lemoyne,
- 24 CSSS Pierre-Boucher,
- 24 CSSS du Suroît (Valleyfield)
- 20 CSSS de la Haute-Yamaska (Granby)
- 16 CSSS Haut-Richelieu/ Rouville (Saint-Jean-sur-Richelieu)
- 16 CSSS Jardins-Rousillon (Châteauguay)
- 15 CSSS Richelieu-Yamaska (St-Hyacinthe)
- 7 CSSS Pierre-de-Saurel (Sorel)

**Nunavik (17) et les Terres-Cries-de-la-Baie-James (18)** ne comptent aucun hôpital désigné.

## **SOLUTION À CES PROBLÈMES**

Une solution logique à ce problème est de réduire, de façon significative, le nombre d'hôpitaux désignés. Il faut à tout prix simplifier le système pour faire face au défi de l'avenir (complexité des cas et augmentation des verdicts). Les avantages se feront sentir autant au bénéfice de l'accusé que de l'équipe traitante.

Les hôpitaux désignés devraient être les seuls à s'occuper de psychiatrie légale au Québec autant pour la CETM que pour les tribunaux judiciaires. La reconnaissance d'un tel titre devrait conférer un statut d'accréditation en psychiatrie légale c'est-à-dire une obligation d'allouer les ressources nécessaires pour accomplir leur responsabilité.

La CETM verrait son travail facilité, la diminution du nombre d'hôpitaux permettant des déplacements plus fréquents vers ces derniers. Il en résulterait une meilleure planification des audiences tout en respectant les délais prescrits par la loi.

Les hôpitaux qui peinent actuellement à faire face à leur statut *d'hôpital désigné* seraient libérés de cette responsabilité. Par contre, ceux qui seront désignés correspondront aux critères et aux besoins de la psychiatrie légale. Ces changements permettraient la constitution d'équipes traitantes plus spécialisées et multidisciplinaires dans les centres désignés. Une diminution du nombre d'hôpitaux désignés accroîtrait la qualité de la prestation des soins en psychiatrie légale et permettrait une expertise plus concentrée. Présentement il y a morcellement des compétences, les équipes étant réparties dans 50 centres dispersés sur tout le territoire du Québec. Dans un nombre plus restreint d'établissements, les intervenants développeront une meilleure connaissance de la façon de faire devant les tribunaux judiciaires et la CETM ainsi que de l'importance de bien préparer leur témoignage et de formuler des recommandations précises.

Il s'agit là d'une proposition permettant de faire face à l'augmentation significative des problèmes de santé mentale dans notre société qui se traduit par un accroissement du nombre de verdicts de non-responsabilité criminelle rendus par les tribunaux judiciaires.

La complexité de plus en plus grande des problèmes de santé mentale, la réalité de la toxicomanie de plus en plus présente dans notre société et ses conséquences, la croissance significative du nombre de cas avec un diagnostic psychiatrique, ainsi que les impacts de la désinstitutionalisation commandent d'établir un modèle d'organisation de la psychiatrie légale au Québec pour faire face à ces nouveaux défis.

## **PROJET DE RÉDUCTION DU NOMBRE D'HÔPITAUX DÉSIGNÉS**

Différents facteurs doivent être pris en considération dans l'énoncé d'un projet de réduction du nombre d'hôpitaux désignés. Il est primordial de tenir compte du fait qu'il faut couvrir toutes les régions du Québec de même que les besoins spécifiques de chacune, tout en assurant un minimum de régionalisation.

La population et la superficie du territoire de chacune des régions ainsi que leurs spécificités sont des critères très importants à examiner. Citons notamment la région de Montréal qui compte plus de 60% de tous les cas relevant de la Commission d'examen. Les communautés linguistiques, les hôpitaux désignés et leur proximité avec les centres de détention, la nécessité pour un hôpital désigné d'offrir un milieu sécuritaire et adéquat pour l'accusé, l'équipe traitante et les membres de la CETM, le nombre d'audiences à tenir dans chacune des régions sont autant de facteurs à considérer dans la prise de décision.

Les hôpitaux non désignés conserveraient leur responsabilité en matière de suivi médical, de réadaptation et de réinsertion sociale dans les milieux de vie des accusés. Ils devraient par contre tenir informés les hôpitaux désignés du suivi et des mesures de réinsertion prises à l'égard des accusés.

Des ententes de services devront être encouragées entre les hôpitaux désignés et les hôpitaux non désignés, ententes permettant d'assurer l'exécution des décisions tant des tribunaux judiciaires que de la CETM pour couvrir toute la population du territoire du Québec. De telles ententes favoriseraient également la réinsertion des individus dans leur milieu de vie et assureraient que toutes les informations soient acheminées aux hôpitaux désignés pour le plein exercice des activités juridictionnelles des tribunaux judiciaires et de la CETM.

## **Nous recommandons au ministre de la Santé et des services sociaux**

### **Recommandation 1**



Réduire le nombre d'hôpitaux désignés pour le faire passer de 50 à 26, soit 1 hôpital désigné par région administrative sauf pour les régions de Montréal et de la Montérégie. Cette réduction serait faite comme suit :

- **région 01** – CSSS de Rimouski-Neigette
- **région 02** – CSSS de Chicoutimi
- **région 03** – Institut universitaire en santé mentale de Québec (Robert-Giffard)
- **région 04** – CSSS de l'Énergie (Shawinigan)
- **région 05** – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- **région 06** – Institut Philippe-Pinel de Montréal
  - Hôpital Louis-H. Lafontaine
  - Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (Pavillon Albert Prévost)
  - Hôpital Douglas
  - Centre hospitalier de l'université de Montréal
  - CSSS de l'Ouest-de-l'Île
  - Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis,
  - Centre universitaire de l'université Mc Gill
- **région 07** – Centre hospitalier Pierre-Janet
- **région 08** – Centre hospitalier de la Vallée-de-l'Or (Malartic)
- **région 09** – CSSS de Sept-Iles
- **région 10** – Hôpitaux des régions 02 et 08
- **région 11** – CSSS de la Côte-de-Gaspé (Gaspé)
- **région 12** – CSSS de Beauce (St-Georges de Beauce)
- **région 13** – CSSS de Laval
- **région 14** – CSSS du Nord de Lanaudière (Joliette)
- **région 15** – CSSS St-Jérôme (Rivière-du-Nord / Nord de Mirabel)
- **région 16** – Hôpital Charles-Lemoyne
  - CSSS du Suroît (Valleyfield)
- **région 17** – Désigner un hôpital dans la région du Nunavik
- **région 18** – Désigner un hôpital dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James

## **Recommandation 2**

Maintenir les deux centres pour adolescents

- Institut Philippe-Pinel de Montréal
- Institut universitaire en santé mentale de Québec (Centre de pédopsychiatrie).

**Recommandation 3**

Préciser l'établissement dans l'éventualité où l'un des hôpitaux désignés compterait plus d'un point de service.

**Recommandation 4**

Promouvoir le respect de la liste des hôpitaux désignés par tous les intervenants au processus (juges, procureurs de la couronne, greffiers, procureurs de la défense).

**Recommandation 5**

Faire en sorte que la reconnaissance comme hôpital désigné confère à l'établissement une allocation budgétaire supplémentaire pour assumer ses responsabilités.

**Recommandation 6**

Sensibiliser à l'importance qu'une première décision dans le dossier de l'accusé soit rendue par le juge du tribunal judiciaire dans le but d'allouer un délai de 90 jours avant la tenue de la première audience de la CETM.

**Recommandation 7**

Promouvoir la conclusion d'ententes de prestations services entre les hôpitaux désignés et non désignés pour permettre l'exécution des ordonnances tant des tribunaux judiciaires que de la CETM sur tout le territoire du Québec, favorisant ainsi la réinsertion sociale des individus dans le milieu de vie et assurant la canalisation de l'information pour répondre aux besoins juridictionnels.

**Recommandation 8**

Prévoir des modalités de transition afin de concrétiser la diminution du nombre des hôpitaux désignés.

**ANNEXE 7**  
**CONTENU DES RAPPORTS D'EXPERTISE**

Le contenu de cette annexe a été reproduit intégralement afin de respecter le ou les auteurs.  
Son contenu n'engage que son ou ses auteurs

**RAPPORT D'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE SUITE À UNE  
ORDONNANCE D'ÉVALUATION SUR L'APTITUDE À SUBIR SON PROCÈS**

---

NOM :

PRÉNOM :

SEXE : M

F

DATE DE NAISSANCE :

**ARTIE 1 :**

**INFORMATIONS RECUEILLIES AUPRÈS DE LA PERSONNE EXAMINÉE**

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES :

CONSOMMATION D'ALCOOL ET DROGUES :

PRISE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES :

ÉLÉMENTS RAPPORTÉS PAR LA PERSONNE :

LA PERSONNE SE DIT APTÉ À SUBIR SON PROCÈS :

OUI

NON

LA PERSONNE DIT COMPRENDRE LE PROCESSUS JUDICIAIRE :

OUI

NON

LA PERSONNE SE DIT ÊTRE CAPABLE DE RELATION SUFFISANTE AVEC SON AVOCAT :

OUI

NON

**RAPPORT D'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE SUITE À UNE  
ORDONNANCE D'ÉVALUATION SUR L'APTITUDE À SUBIR SON PROCÈS**

NOM :

PRÉNOM :

SEXE : M

F

DATE DE NAISSANCE :

PARTIE 2 : EXAMEN PSYCHIATRIQUE SOMMAIRE			
LIEU D'EXAMEN		HYGIÈNE ET TENUE VESTIMENTAIRE	
<input type="checkbox"/> DÉTENTION <input type="checkbox"/> CH autre :		<input type="checkbox"/> appropriée <input type="checkbox"/> négligée <input type="checkbox"/> extravagante autre :	
POSTURE LORS DE L'EXAMEN		ACTIVITÉ	
<input type="checkbox"/> debout <input type="checkbox"/> assis <input type="checkbox"/> couché		<input type="checkbox"/> calme <input type="checkbox"/> bizarre ou désorganisé <input type="checkbox"/> agité <input type="checkbox"/> hyperactif <input type="checkbox"/> ralenti autre :	
ATTITUDE		DÉBIT VERBAL	
<input type="checkbox"/> collabore bien <input type="checkbox"/> collabore peu ou pas <input type="checkbox"/> menaçante <input type="checkbox"/> agressive <input type="checkbox"/> impulsive autre :		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> ralenti <input type="checkbox"/> accéléré autre :	
CONCENTRATION		MÉMOIRE	
<input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> légèrement altérée <input type="checkbox"/> modérément altérée <input type="checkbox"/> sévèrement altérée		immédiate : <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> déficiente récente : <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> déficiente lointaine : <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> déficiente	
ORIENTATION		AFFECT	
<input type="checkbox"/> adéquate <input type="checkbox"/> altérée <input type="checkbox"/> temps <input type="checkbox"/> lieu <input type="checkbox"/> personne		<input type="checkbox"/> approprié <input type="checkbox"/> discordant <input type="checkbox"/> labile <input type="checkbox"/> émoussé <input type="checkbox"/> plat autre :	
COURS DE LA PENSÉE		HUMEUR	
<input type="checkbox"/> normal <b>Si anormal</b> <input type="checkbox"/> circonstanciel <input type="checkbox"/> associations relâchées <input type="checkbox"/> incohérence <input type="checkbox"/> blocages <input type="checkbox"/> fuite des idées <input type="checkbox"/> tangentiel autre : (néologisme, persévération...)		<input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> euphorique <input type="checkbox"/> anxieuse autre :	
CONTENU DE LA PENSÉE		PERCEPTION	
<input type="checkbox"/> idées dépressives <input type="checkbox"/> idées obsessionnelles <input type="checkbox"/> idées délirantes <b>Si déliries</b> <input type="checkbox"/> référence <input type="checkbox"/> persécution <input type="checkbox"/> jalousie <input type="checkbox"/> mégalomanie <input type="checkbox"/> somatisation <input type="checkbox"/> religion <input type="checkbox"/> bizarre (syndrome, influence, pensée imposée) description:		<input type="checkbox"/> normale <b>Si anormale</b> <input type="checkbox"/> dépersonnalisation <input type="checkbox"/> déréalisation <input type="checkbox"/> illusions <input type="checkbox"/> hallucinations	
SI HALLUCINATIONS		CONTACT AVEC LA RÉALITÉ	
<input type="checkbox"/> auditives <input type="checkbox"/> visuelles <input type="checkbox"/> olfactives <input type="checkbox"/> kinesthésiques <input type="checkbox"/> rares <input type="checkbox"/> occasionnelles <input type="checkbox"/> fréquentes <input type="checkbox"/> permanentes		<input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> légèrement altéré <input type="checkbox"/> moyennement altéré <input type="checkbox"/> sévèrement altéré	
JUGEMENT		AUTOCRITIQUE	
<input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> légèrement altéré <input type="checkbox"/> moyennement altéré <input type="checkbox"/> sévèrement altéré		<input type="checkbox"/> adéquate <input type="checkbox"/> partielle <input type="checkbox"/> minimale ou nulle	

**RAPPORT D'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE SUITE À UNE  
ORDONNANCE D'ÉVALUATION SUR L'APTITUDE À SUBIR SON PROCÈS**

NOM :

PRÉNOM :

SEXE : M  
F

DATE DE NAISSANCE :

**PARTIE 3 :**

**IMPRESSIONS ET RECOMMANDATIONS**

SOMMAIRE ET IMPRESSIONS :

APTÉ À SUBIR SON PROCÈS

INAPTE

L'EXAMEN SOMMAIRE NE PERMET  
PAS DE SE PRONONCER

LES MOTIFS :

LA PERSONNE PRÉSENTE UNE DANGÉROSITÉ  
IMPORTANTÉ ET ACTUELLE :

pour elle-même

pour les autres

UNE HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE :

oui

non

UN TRAITEMENT POUR ALCOOLISME ET TOXICOMANIE :

oui

non

UN SUIVI EN CLINIQUE EXTERNE ET CABINET MÉDICAL :

oui

non

AUTRES FORMES D'AIDE :

La personne accepte que ce rapport soit transmis au Centre hospitalier Pierre-Janet  oui  non

\_\_\_\_\_  
Date de remise

\_\_\_\_\_  
Date de l'examen

\_\_\_\_\_  
heure

\_\_\_\_\_  
Paul Robinson, m.d.  
Omnipraticien # 179-115



## 2. OPINION CLINIQUE DANS LE CAS D'UN VERDICT D'INAPTITUDE À SUBIR SON PROCÈS

*Vous devez donner une opinion clinique sur la capacité de l'usager à :*

- *comprendre la nature ou l'objet des accusations portées contre lui ;*
- *comprendre les conséquences possibles de telles accusations ;*
- *collaborer avec son avocat de manière à assurer sa défense.*

---

---

---

---

---

## 3. RECOMMANDATIONS

Compte tenu de la condition clinique actuelle et de mon opinion sur l'aptitude, j'émetts les recommandations suivantes à la discrétion du Tribunal ;

- apte                                       inapte

*Indiquez les mesures à prendre pour la protection du public le cas échéant.*

---

**Détention :**

*OU*

**Détention sous réserve des modalités suivantes :**

- θ Sorties, sans être accompagné(e) d'un membre du personnel selon le plan de soins ;

*OU*

**Libération sous réserve des modalités suivantes :**

- θ habiter à/au ;
- θ habiter à un endroit approuvé par le responsable de l'hôpital ;
- θ se conformer aux directives de son médecin traitant et/ou l'équipe traitante ;
- θ s'abstenir de consommer de l'alcool ;
- θ s'abstenir de consommer toute drogue ;
- θ garder la paix ;
- θ autres : \_\_\_\_\_

***ET (s'il y a lieu)***

θ **Libération sous réserve avec délégation (art.672.56.C.Cr.) :** (Le responsable de l'hôpital a le pouvoir d'assouplir ou de resserrer les privations de liberté)

---

Signature du médecin

---

Date





# RAPPORT PRÉSENTÉ À LA COMMISSION D'EXAMEN (T.A.Q.)

## RAPPORT SUITE À UN VERDICT DE NON-RESPONSABILITÉ CRIMINELLE

Date de l'audition : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de l'utilisateur : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS PERTINENTES CONCERNANT L'ÉVOLUTION CLINIQUE DEPUIS :

➤ la dernière comparution à la Commission d'examen (T.A.Q.) le : \_\_\_\_\_

➤ le verdict de non responsabilité criminelle rendu par la Cour le : \_\_\_\_\_

### 1. RESUME DU SUIVI CLINIQUE

1.1 Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_

Date de la dernière visite : \_\_\_\_\_

1.2 Situation et problématique actuelle (contexte psycho-social, état mental, description du comportement, violence, consommations de drogues ou alcool, collaboration au traitement).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

1.3 Diagnostics : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.4 Médications : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.5 Plan de soin de l'équipe traitante :(pronostic, capacité, soutien familial et social, besoins d'encadrements.)

---

---

---

---

## 2. OPINION CLINIQUE DANS LE CAS D'UN VERDICT DE NON RESPONSABILITÉ CRIMINELLE.

- Vous devez donner une opinion clinique sur la gravité du risque que l'utilisateur représente pour la sécurité du public. (Indiquez les mesures à prendre pour la protection du public le cas échéant).

---

---

---

---

---

---

## 3. RECOMMANDATIONS

Compte tenu de la condition clinique actuelle, j'émetts les recommandations suivantes à la discrétion du Tribunal ;

- Libération inconditionnelle :

*OU*

- Détention :

*OU*

- Détention sous réserve des modalités suivantes :

θ Sorties, sans être accompagné(e) d'un membre du personnel, selon le plan de soins:

*OU*

- Libération sous réserve des modalités suivantes :

θ habiter à/au ;

θ habiter à un endroit approuvé par le responsable de l'hôpital ;

θ se conformer aux directives de son médecin traitant et/ou l'équipe traitante ;

θ s'abstenir de consommer de l'alcool ;

θ s'abstenir de consommer toute drogue ;

θ garder la paix ;

θ autres : \_\_\_\_\_

*ET (s'il y a lieu)*

θ Libération sous réserve avec délégation (art.672.56.C.Cr.) : (Le responsable de l'hôpital a le pouvoir d'assouplir ou de resserrer les privations de liberté)

---

Signature du médecin

---

Date

### Contenu des rapports

#### La forme

- ✓ **Les rubriques usuelles:**
  - ✓ La situation judiciaire
  - ✓ La mise en garde
  - ✓ Les sources d'information
  - ✓ Identification et revue des antécédents
  - ✓ L'état clinique et l'examen mental
  - ✓ L'impression diagnostique
  - ✓ L'analyse md-légale
  - ✓ Les recommandations

---

---

---

---

---

---

---

---

### Contenu des rapports

- ✓ **L'aptitude à comparaître**
  - ✓ Évaluation plus sommaire
  - ✓ Analyse transversale
  - ✓ Analyse contemporaine
  - ✓ En pratique:
    - ✓ Durée entrevue: 30-60 min. (x= 50 min.)
    - ✓ Recherche d'information: lecture de la preuve policière (si disponible...), révision du dossier, discussion avec le personnel, accès aux dossiers antérieurs, appel aux proches et intervenants, etc.
    - ✓ Investigation et (re-) prescriptions
    - ✓ Rapport de 3-6 pages (x= 4-5 pages)

---

---

---

---

---

---

---

---

### Contenu des rapports

- ✓ **La responsabilité criminelle**
  - ✓ Évaluation plus approfondie
  - ✓ Analyse longitudinale
  - ✓ Analyse rétrospective
  - ✓ Recherche de maladie mentale active ou passée
  - ✓ Mise en évidence de symptômes et d'indices cliniques de dysfonctionnement dans les jours précédents et moments contemporains au délit
  - ✓ Exploration des motivations délictuelles

---

---

---

---

---

---

---

---

### Contenu des rapports

- ✓ **La responsabilité criminelle (suite)**
  - ✓ Compréhension du mode de pensée et de comportement du sujet avant, pendant et après le délit
  - ✓ Mise en perspective dans la trajectoire de vie du sujet
  - ✓ Analyse de l'association entre trouble mental et l'incapacité à juger de ses actes ou savoir s'ils sont mauvais
  - ✓ En pratique:
    - ✓ Entrevue(s) de 1½h à 3h...
    - ✓ Revue exhaustive de toutes les sources d'information
    - ✓ Période d'observation, investigation, etc.
    - ✓ Rapports plus longs: ≥ 5 pages

---

---

---

---

---

---

---

---

### Contenu des rapports

- ✓ **La CETM**
  - ✓ Rubriques usuelles: contexte, atcds, histoire longitudinale
  - ✓ État clinique récent et actuel
  - ✓ Si révision: mise à jour de l'évolution depuis dernière audition
  - ✓ Préciser paramètres thérapeutiques et sociaux
  - ✓ Élaborer sur le niveau de risque/ dangerosité
  - ✓ Impression clinique et recommandations, incluant en lien avec l'encadrement-modalités de l'OCE

---

---

---

---

---

---

---

---

### Contenu des rapports

- ✓ **La CETM**
  - ✓ Grande hétérogénéité des rapports
  - ✓ Évaluation de la dangerosité:
    - ✓ Recherche Dre Anne Crocker (instruments, etc)
    - ✓ Organisation d'une formation régionale (avril 2008)
  - ✓ Obligation de fournir une recommandation (statut)
  - ✓ Met la table pour l'audience à venir (présence nécessaire)

---

---

---

---

---

---

---

---

# Programme médico-légal

## Comité de travail interministériel sur la présentation des services de psychiatrie légale

Québec, lundi 28 septembre 2009

1) **Mode de fonctionnement :**

À venir

2) **Contenu des rapports :**

Évaluation de l'aptitude :

- Origine de la demande
- Lieu et date de l'évaluation
- Documents consultés
- Actes d'accusations
- Mise en garde concernant la confidentialité
- Identification du patient
- Antécédents psychiatriques personnels
- Antécédents médicaux
- Habitudes de consommation
- Antécédents judiciaires
- Antécédents psychiatriques familiaux
- Médication
- « Situation légale actuelle » :
  - version selon les rapports policiers
  - version du sujet
- Examen mental
- Impressions diagnostiques
- Opinion concernant l'aptitude
- Recommandations

Évaluation de la responsabilité criminelle :

Mêmes informations que pour l'aptitude

+

- Histoire personnelle
- Informations collatérales (souvent de la famille)
- Évaluations complémentaires.  
Ex. :
  - psychologie,
  - ergothérapie,
  - neuropsychologie.
- Opinion sur la responsabilité
- Recommandations

Évaluation pour la CETM :

- Introduction : Rappel des informations concernant les accusations qui ont conduit au verdict de NRC.
- Bref résumé de la dernière audience (dont la décision qui fut rendue)
- Identification
- Évolution depuis la dernière audience ou depuis le verdict de NRC
- Médication
- Examen mental
- Diagnostics
- Opinion concernant la dangerosité
- Recommandations

**3) Mécanismes de concertation et de liaison avec la justice :**

« Comité interdisciplinaire » instauré depuis octobre 2008 qui comprend :

- juge coordonnateur
- représentant des procureurs aux poursuites criminelles et pénales
- représentant des avocats de la défense
- DSP
- responsables du programme en santé mentale
- médecin du médico-légal

Avec parfois des invités...

Liens avec les procureurs et agents de libération conditionnelle au « cas par cas ».

Liens avec la détention  
(rendez-vous, transport, bureau de santé, etc.)

**ANNEXE 8**  
**DOCUMENTS DÉPOSÉS PAR L'INSTITUT PHILIPPE-PINEL DE MONTRÉAL**

Le contenu de cette annexe a été reproduit intégralement afin de respecter le ou les auteurs.  
Son contenu n'engage que son ou ses auteurs

## Expertises délinquants dangereux/à contrôler

19 mai 2009

---

---

---

---

---

---

---

---

### Archiviste médicale: 5 heures

- Réception de la demande
- Vérification des dates
- Demandes de délai
- Demande et vérification de documents
- Attribution au md
- Organisation du transfert du détenu vers RDP
- Admission d'un jour à l'IPPM
- Fermeture du dossier et codification

---

---

---

---

---

---

---

---

### Temps psychiatre: 16 heures

- Lectures de documents (variable)
- Entrevues avec le prévenu
- Discussion avec les autres professionnels impliqués
- Rédaction du rapport
- Révision et correction du rapport
- Témoignage en Cour et temps de déplacement (non-comptabilisé)

---

---

---

---

---

---

---

---



### **Temps psychologue: 28 heures**

- Révision du dossier
- Entrevue
- Administration de tests
- Cotation des tests et corrections
- Discussion avec les autres professionnels impliqués
- Rédaction du rapport
- Révision et correction

---

---

---

---

---

---

---

---

### **Technicien en pléthysmographie: 4 heures**

- Entrevue
- Évaluation des préférences sexuelles
- Discussion avec les autres professionnels impliqués
- Rédaction du rapport
- Révision et correction du rapport

---

---

---

---

---

---

---

---

### **Admission d'un jour à l'IPPM**

- Encadrement sur l'unité de vie par le personnel, chambre à disposition, literie, repas, etc
- Encadrement par un garde sécuritaire pour les déplacements

---

---

---

---

---

---

---

---

**Temps secrétaire médicale: 3.5 heures**

- Transcription du rapport
- Révision du rapport

---

---

---

---

---

---

---

---

**Temps et coûts**

- Temps total moyen: 56.5 heures
- Temps de déplacement du psychiatre: de 4 heures à 3 jours
- Coûts moyens: \$4,000.00

---

---

---

---

---

---

---

---

## CONTRAINTES ET ENJEUX: IPPM

---

---

---

---

---

---

---

---

### CONTRAINTES CLINIQUES

- Manque de lits en expertise
- Incohérence de la demande
- Sources multiples de référence
- Incapacité de priorisation clinique des demandes d'expertise
- Absence relative de ressources d'hébergement en externe

---

---

---

---

---

---

---

---

### CONTRAINTES CLINIQUES

- Absence de fluidité dans la trajectoire de soins des patients
- Inconfort éthique et clinique lié aux doubles demandes simultanées (aptitude et responsabilité)
- Contrainte disproportionnée liée aux expertises de délinquant dangereux/à contrôler

---

---

---

---

---

---

---

---

### CONTRAINTES CLINIQUES

- Gérer la complexité éthico-clinico-légale de la clientèle
- Contraintes multiples et parfois contradictoires touchant un même patient (OCE, curatelle, protectrice du citoyen, ordonnance de traitement)
- Stabilisation des équipes de travail

---

---

---

---

---

---

---

---

### ENJEUX

- Définir mission nationale
- Obtenir les ressources matérielles et humaines nécessaires pour une mise à niveau (118.1 LSSS) et réaliser notre mission nationale
- Assurer la relève en ressources humaines de toutes catégories
- Accroître la part de recherche pertinente aux enjeux nationaux

*Établir des standards nationaux*

---

---

---

---

---

---

---

---

### ENJEUX

- Obtenir statut de sur-spécialité
- Travailler dans de meilleures conditions dans les établissements du SCQ
- Utilisation plus spécifique de notre rôle de troisième ligne
- Impacts de la loi 21 sur les éducateurs
- Informatisation clinique

---

---

---

---

---

---

---

---

## ENJEUX

- Modifier le mode de rémunération des expertises
- Identifier des nouveaux modes d'intervention adaptés aux modifications de la clientèle (âge, co-morbidité physique et psychiatrique, toxicomanie, etc.)
- Améliorer la perception/acceptation de la clientèle dans le grand public

---

---

---

---

---

---

---

---



**ANNEXE 9**  
**LISTE DES CONSTATS ET DES RECOMMANDATIONS DU COMITÉ**

## Liste des constats et des recommandations du Comité

### LES CONSTATS ÉTABLIS PAR LE COMITÉ

#### **Constat 1**

Le volume des activités en psychiatrie légale est en hausse constante.

#### **Constat 2**

Les causes de la consommation accrue des ressources du système de santé et des services sociaux, aux fins de l'administration de la justice, sont multiples.

#### **Constat 3**

Parfois, le système de justice criminel est perçu comme un moyen pour que les personnes atteintes de troubles mentaux qui n'entrent pas dans le cadre légal ou organisationnel du système de santé et de services sociaux puissent accéder à des soins.

#### **Constat 4**

Dans les établissements de détention de compétence provinciale, l'accès aux services en santé mentale peut être problématique pour les personnes incarcérées souffrant d'un trouble mental.

#### **Constat 5**

Les activités de la psychiatrie légale s'insèrent dans un vaste réseau interministériel et intersectoriel dont les ramifications débordent les frontières de la santé et des services sociaux.

#### **Constat 6**

Il n'existe pas de gouvernance interministérielle de la psychiatrie légale.

#### **Constat 7**

La coordination et la planification intersectorielles des activités en psychiatrie légale posent problème ou sont insuffisantes.

#### **Constat 8**

Aucune norme ne définit les besoins en ressources nécessaires pour accomplir le mandat associé à la désignation d'un hôpital en vue de la garde, du traitement ou de l'évaluation au sens du Code criminel.

#### **Constat 9**

Au Québec, seuls des médecins sont désignés pour faire l'évaluation de l'état mental d'un accusé en conformité avec une ordonnance d'évaluation rendue en vertu de la partie XX.1 du Code criminel, bien que le Code permette au Procureur général de désigner toute autre personne comme étant qualifiée pour faire cette évaluation.

#### **Constat 10**

Aucune planification stratégique ne permet de répondre aux demandes d'évaluation en vue de la désignation des délinquants dangereux ou à contrôler.



## **LES RECOMMANDATIONS DU COMITÉ**

### **Recommandation 1**

Une personne souffrant d'un trouble mental nécessitant des soins et qui est détenue dans un établissement carcéral de compétence provinciale devrait être orientée vers une ressource qui soit en mesure d'offrir un niveau de soins approprié à son état de santé.

### **Recommandation 2**

La responsabilité des infirmeries des établissements de détention provinciaux, actuellement sous la gouvernance du ministère de la Sécurité publique, devrait être transférée au ministère de la Santé et des Services sociaux.

### **Recommandation 3**

Un comité interministériel permanent de pilotage en psychiatrie légale devrait être créé.

### **Recommandation 4**

Des comités régionaux ou suprarégionaux de coordination et de concertation intersectorielles en psychiatrie légale devraient être déployés sur l'ensemble du territoire.

### **Recommandation 5**

Une hiérarchisation des services de psychiatrie légale, fondée sur des normes relatives au statut d'hôpital désigné par arrêté ministériel au sens de l'article 672.1 du Code criminel, devraient être édictées.

### **Recommandation 6**

Des ententes officielles de services entre les hôpitaux désignés et d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux devraient être conclues en vue d'assurer le suivi dans leur milieu de vie des accusés déclarés inaptes à subir leur procès ou non responsables criminellement pour cause de troubles mentaux qui sont libérés sous réserve de modalités.

### **Recommandation 7**

Les processus relatifs aux témoignages des professionnels du réseau de la santé devant la CETM devraient être optimisés.

### **Recommandation 8**

La transmission de l'information nécessaire à la bonne marche des évaluations demandées par la cour devrait être systématique.

### **Recommandation 9**

Une base de données et des tableaux de bord en psychiatrie légale devraient être créés.

### **Recommandation 10**

Une « tour de contrôle » en psychiatrie légale dans le réseau de la santé et des services sociaux, qui fournirait de l'information utile à la cour ou à la CETM avant qu'elles ne rendent une décision, devrait être créée.

**Recommandation 11**

Une planification stratégique devrait être établie afin de répondre aux demandes d'évaluation en vue d'une déclaration de délinquant dangereux ou délinquant à contrôler.

**Recommandation 12**

La réorganisation de la psychiatrie légale devrait tenir compte de plusieurs enjeux autres que ceux indiqués dans le mandat du Comité.

[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)