

Centre de toxicomanie et de santé mentale  
1001, rue Queen Ouest  
Toronto Ontario  
Canada M6J 1H4  
Tél.: 416 535-8501  
[www.camh.ca/fr](http://www.camh.ca/fr)

# La santé mentale et la justice pénale : cadre stratégique

Octobre 2013

# But

Le but de ce cadre stratégique est de :

- faciliter la réponse de CAMH à tous les paliers de gouvernement au sujet des questions émergentes de politiques en matière de santé mentale et de justice pénale;
- fournir un modèle pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques en matière de santé mentale et de justice pénale qui répondent le plus efficacement possible aux besoins de prévention, de déjudiciarisation et de traitement ou réadaptation des personnes atteintes d'une maladie mentale;
- faire connaître le point de vue de CAMH sur les politiques en matière de santé mentale et de justice pénale;
- encourager la convergence de la recherche et des pratiques au sein de CAMH et de l'ensemble du système sur les questions de santé mentale et de justice pénale.

Ce document est une traduction du [Mental Health and Criminal Justice Policy Framework](#) de CAMH. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec Roslyn Shields, analyste principale des politiques de CAMH, par courriel à [roslyn.shields@camh.ca](mailto:roslyn.shields@camh.ca) ou par téléphone au 416 535-8501, poste 32129.

Pour des renseignements en français, vous pouvez contacter Jean-François Crépault, analyste principale des politiques de CAMH, par courriel à [jeanfrancois.crepault@camh.ca](mailto:jeanfrancois.crepault@camh.ca) ou par téléphone au 416 535-8501, poste 32127.

# La santé mentale et la justice pénale : un enjeu important

Les personnes atteintes d'une maladie mentale sont surreprésentées dans le système de justice pénale. Le rapport annuel 2011-2012 du Bureau de l'enquêteur correctionnel Canada constatait que 36 % des délinquants sous responsabilité fédérale avaient été jugés, à leur admission, comme ayant besoin d'un suivi psychiatrique ou psychologique et que 45 % des hommes détenus et 69 % des femmes détenues avaient reçu des services de soins de santé mentale en établissement (Sapers et Zinger, 2012). La surreprésentation des personnes atteintes d'une maladie mentale dans le système correctionnel pourrait augmenter au fil des années. Entre 1997 et 2010, les symptômes de maladie mentale grave constatés chez les délinquants sous responsabilité fédérale au moment de leur admission en établissement ont augmenté de 61 % pour les hommes et de 71 % pour les femmes (Sorenson, 2010).

Les raisons pour lesquelles des personnes atteintes d'une maladie mentale se retrouvent aux prises avec le système de justice pénale sont nombreuses. Les facteurs sociaux, comme la pauvreté, le logement inadéquat et les traumatismes, peuvent augmenter le risque, de même que les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool. Dans certains cas, la maladie mentale elle-même est à l'origine du comportement qui a conduit à l'intervention du système de justice pénale. Quelle que soit la raison, on désigne souvent la surreprésentation des personnes atteintes d'une maladie mentale dans le système de justice pénale par l'expression « criminalisation » de la maladie mentale.

La criminalisation de la maladie mentale est liée à plusieurs facteurs, dont le plus important est le manque d'accès à un traitement et à des soutiens appropriés (Hartford, Carey et Mendonca, 2007). Sans accès à des soutiens et des services, certaines personnes atteintes d'une maladie mentale peuvent commettre des crimes ou se comporter d'une manière qui attire l'attention de la police. La façon dont la police réagit dans ces situations est un indicateur précoce de la probabilité que la personne en question se trouve encore plus aux prises avec le système de justice pénale. Lorsque des personnes atteintes d'une maladie mentale sont incarcérées, elles peuvent éprouver des symptômes plus graves de la maladie, elles sont isolées des soutiens et services communautaires (ce qui rend l'accès à ces services encore plus difficile lors de leur libération) et courent un risque accru de se retrouver sans-abri après leur libération (ministère de la Santé et des Soins de longue durée [MSSLD], 2006). Ces personnes dépendent aussi des services de santé mentale offerts dans le système correctionnel, qui peuvent être insuffisants (Société de schizophrénie de l'Ontario [SSO], 2012; Sapers et Zinger, 2012). Le fait d'avoir des démêlés avec le système de justice pénale peut aussi augmenter la stigmatisation et la discrimination que les personnes atteintes d'une maladie mentale subissent déjà.

Il est impératif que le problème de la criminalisation des personnes atteintes d'une maladie mentale soit traité et que ces personnes reçoivent le soutien, les soins et le traitement dont elles ont besoin et auxquels elles ont droit.

Pour combattre et réduire la criminalisation des personnes atteintes d'une maladie mentale, il est utile de suivre une approche fondée sur la justice sociale afin d'élaborer une politique publique qui mette l'accent sur la prévention des démêlés avec le système de justice pénale, en veillant à ce que des solutions de déjudiciarisation soient offerts et accessibles et à ce que des services de traitement et de réadaptation adaptés aux besoins diversifiés de la population soient mis en place.

# Ce que nous savons

## Prévenir les démêlés avec le système de justice pénale

Les stratégies concernant la population dans son ensemble, établies par la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) (2012) et le MSSLD (2011) et axées sur l'amélioration de la santé mentale pour tous les citoyens, sur des collectivités saines et solides et sur une intervention précoce dès qu'une personne présente des signes de maladie mentale, constituent une base importante. Ces stratégies doivent aussi tenir compte des besoins particuliers des communautés autochtones et racialisées qui peuvent être vulnérables aux problèmes de santé mentale (Comité provincial de coordination des services à la personne et des services juridiques [Comité provincial CSPSJ], 2011).

Des recherches ont montré que les personnes atteintes de schizophrénie ont un risque plus élevé de commettre un homicide que celles atteintes d'autres maladies mentales graves (Schanda, 2005). Les risques que ces personnes commettent un meurtre et aient affaire au système de justice pénale peuvent être réduits si elles reçoivent un traitement précoce et adéquat (Nielsen et Large, 2008). De même, des interventions ciblées visant à réduire les problèmes de comportements susceptibles de conduire à un acte criminel pourraient être utiles pour les personnes atteintes d'une maladie mentale qui présentent d'autres facteurs de risque (par exemple, des antécédents de comportement antisocial, de la toxicomanie) (Lamberti, 2007). Les efforts visant à empêcher la criminalisation des personnes atteintes d'une maladie mentale devraient également se concentrer sur la mise en place d'un plus grand nombre de programmes et de services axés sur les déterminants sociaux de la santé (comme le logement et le revenu) (Sorenson, 2010).

Globalement, l'accès à un système communautaire de santé mentale bien financé, coordonné et complet — avec le soutien de soins spécialisés en milieu hospitalier — aidera à éviter que de nombreuses personnes atteintes d'une maladie mentale aient des démêlés avec le système de justice pénale.

## Police

Les agents de police sont parfois décrits comme les « premiers intervenants informels de notre système de santé mentale » en raison de la fréquence de leurs contacts avec des personnes atteintes d'une maladie mentale (Adelman, 2003). Selon des recherches, 5 % des appels pour service ou autres interventions des agents de police mettent en cause une « personne perturbée affectivement » (PPA) (terme utilisé par la police pour décrire les personnes atteintes d'une maladie mentale), et 40 % des personnes atteintes d'une maladie mentale ont été arrêtées au moins une fois dans leur vie (Brink et al., 2011). En Ontario, en 2007, il y a eu plus de 40 000 contacts entre des policiers et des personnes atteintes d'une maladie mentale, et 16 000 ont donné lieu à des arrestations en vertu de la *Loi sur la santé mentale* (Durbin, Lin et Zaslavka, 2010). Les contacts de ce genre ont augmenté au fil du temps.

## Appels liés à la santé mentale et arrestations en vertu de la *Loi sur la santé mentale* en Ontario

	2003-2004	2007
<b>Appels liés à la santé mentale</b> (taux par 100 000)	287	397
<b>Arrestations en vertu de la <i>Loi sur la santé mentale</i></b> (taux par 100 000)	172	232

Durbin, Lin et Zaslavska, 2010.

Soixante pour cent des contacts entre des policiers et des PPA sont liés à un comportement criminel présumé (dont 20 % avec violence et 40 % sans violence). Les 40 % restants des contacts sont sans rapport avec un comportement criminel et peuvent être liés à des crises de santé mentale, à des comportements bizarres ou à la victimisation criminelle (Brink et al., 2011). Les PPA sont surreprésentées dans les incidents de blessures par balle, d'utilisation d'armes incapacitantes et de décès mettant en cause des policiers (Brink et al., 2011).

Les policiers ont un pouvoir discrétionnaire considérable pour déterminer la façon d'aborder et de résoudre leurs contacts avec des PPA. La formation et la déjudiciarisation avant le dépôt d'accusations peuvent contribuer à améliorer les interactions entre la police et les PPA afin de prévenir des blessures et des décès et, dans la mesure du possible, d'éviter les démêlés avec le système de justice pénale.

### Formation

Une formation qui aide les agents de police à reconnaître les signes et les comportements liés à la maladie mentale et leur apprend comment réagir en présence d'une personne gravement malade, contribue à atténuer les interactions négatives entre la police et les PPA. Une formation qui apprend aux agents de police comment travailler avec des personnes ayant une maladie mentale réduit les stéréotypes et les attitudes stigmatisantes (Brink et al, 2011; Hanafi et al, 2008). Une formation intensive en techniques de désescalade a également un effet positif sur les attitudes et les connaissances des agents. La formation prépare les policiers à intervenir dans des situations mettant en cause des PPA et augmente la probabilité qu'ils orientent ces personnes vers des services de santé mentale appropriés (Compton et al., 2008).

La santé mentale est une composante obligatoire du programme de formation du Collège de police de l'Ontario pour les nouvelles recrues. La Police provinciale de l'Ontario et les services de police municipaux offrent aussi une variété de programmes de formation facultatifs ou obligatoires à leurs agents (Comité provincial CSPSJ, 2011). Selon une étude menée en Ontario, 84 % des services de police offraient une formation à leurs agents de première ligne, et 59 % des agents de police avaient suivi cette formation (Durbin, Lin et Zaslavska, 2010). Des clients et des spécialistes en santé mentale ont exprimé la crainte que la formation des policiers dans ce domaine soit limitée et manque de cohérence. Ils ont noté que la formation continue est nécessaire et que des séances de

compte rendu après tous les incidents impliquant des PPA seraient utiles. Le Comité provincial CSPSJ (2011) a souligné le manque de normes provinciales, notamment de mécanismes de surveillance et de reddition de comptes, qui permettraient d'assurer la cohérence de la formation des policiers en matière de santé mentale dans tout l'Ontario.

### Déjudiciarisation avant accusation

La déjudiciarisation avant le dépôt d'une accusation signifie que des policiers orientent des PPA vers des hôpitaux ou d'autres services de santé mentale au lieu de poursuivre leur cas dans le système de justice pénale. La déjudiciarisation avant accusation est une stratégie importante dans la lutte contre la criminalisation des personnes atteintes d'une maladie mentale, en leur reconnaissant le droit de recevoir des soins de santé (Sorenson, 2010).

Les agents tiennent compte de plusieurs facteurs pour déterminer s'ils doivent arrêter une personne ou l'orienter vers le système de santé mentale : la gravité de l'infraction, le fait que la personne est connue ou non de la police, et le danger que la personne pourrait présenter pour elle-même ou quelqu'un d'autre. Les policiers utilisent également diverses options de déjudiciarisation avant le dépôt d'accusations, notamment : orientation de la personne vers des services de santé mentale communautaires locaux, escorte de la personne jusqu'à son domicile; appel à des services d'intervention en situation de crise pour prendre en charge la personne, ou interpellation de la personne en vertu de la *Loi sur la santé mentale* (LSM) afin de l'escorter jusqu'à la salle d'urgence d'un hôpital (PHSJCC, 2011).

Les agents de police peuvent se montrer réticents à utiliser des options de déjudiciarisation. Ils peuvent décider de ne pas conduire une PPA à l'hôpital parce que les périodes d'attente sont longues, qu'ils sont convaincus que la personne ne répond pas aux critères d'admission à l'hôpital ou qu'ils craignent que l'hôpital libère rapidement la PPA après l'avoir admise (Adelman, 2003). Le manque de services vers lesquels orienter les gens peut également dissuader des policiers d'utiliser des options de déjudiciarisation (Wilson-Bates et Chu, 2008). En Ontario, très peu de services de police ont conclu des ententes formelles pour le transfert vers des hôpitaux, des centres de crise extrahospitaliers ou des programmes de gestion du sevrage (Durbin, Lin et Zaslavska, 2010). De plus, les options de déjudiciarisation avant le dépôt d'accusations ne sont pas utilisées de façon cohérente dans toute la province et leur disponibilité dépend du poste de police et des services sociaux et de santé mentale offerts localement (Comité provincial CSPSJ, 2011).

Même lorsque des options de déjudiciarisation sont utilisées, les politiques des services de police en la matière peuvent contribuer à la stigmatisation vécue par les personnes atteintes d'une maladie mentale. En Ontario, une interaction avec la police avec interpellation et détention en vertu de la LSM exige l'ouverture d'un dossier de police en matière non criminelle. Ce dossier apparaîtra en cas de vérification des antécédents et pourrait conduire à une discrimination en matière d'emploi. En 2011, l'Association des chefs de police de l'Ontario a élaboré des lignes directrices pour s'assurer que les renseignements sur la santé mentale recueillis par la police ne sont pas divulgués dans le cadre de la vérification des antécédents. Environ 30 % des services de police appliquent ces lignes directrices (Ontario Mental Health Police Record Check Coalition [PRCC], 2013).

## Services d'intervention en situation de crise

Les services policiers d'intervention en situation de crise liée à la santé mentale sont des programmes de déjudiciarisation avant accusation répandus en Amérique du Nord. Les services d'intervention en situation de crise se présentent sous diverses formes, mais la plupart sont constitués d'équipes de policiers spécialement formés qui travaillent en collaboration avec des spécialistes de la santé mentale pour intervenir en cas d'incident mettant en cause des PPA en détresse aiguë. Selon les circonstances, leur objectif est de désamorcer la situation sur place ou de transférer ou orienter la personne en question vers des services de santé mentale. En Ontario, la majorité des services de police ont un type ou un autre de service d'intervention en situation de crise liée à la santé mentale, mais en réalité, il est rarement fait appel à ces services (Durbin, Lin et Zaslavka, 2010). L'utilisation minimale de ces services est probablement due à la difficulté d'obtenir leur intervention suffisamment rapidement, au fait que l'agent n'en connaît pas forcément l'existence ou encore que les policiers estiment que ces services ne sont pas exigés dans une situation donnée.

Il existe divers services d'intervention en situation de crise en Ontario, mais ils ne sont pas standardisés et ne font l'objet d'aucune surveillance (CSPSJ, 2010). L'évaluation de ces services est également limitée et la plupart des recherches dans le domaine portent sur la formation des agents en intervention en situation de crise plutôt que sur la mise en œuvre d'un ensemble cohérent de services d'intervention en situation de crise. Les études existantes prouvent les avantages de ces services. Aux États-Unis, les équipes d'intervention en situation de crise ont permis de réduire les taux de blessures subies tant par les policiers que par les PPA, d'augmenter les orientations vers des établissements de traitement plutôt que vers des prisons, de réduire les taux de récidive, d'améliorer les relations entre la police et les personnes atteintes d'une maladie mentale et de relever le moral des policiers (Dupont et Cochran, 2000). Les équipes d'intervention en situation de crise peuvent également réduire la morbidité psychiatrique en identifiant plus précisément les urgences psychiatriques et en orientant rapidement les personnes concernées vers un traitement approprié (Strauss et al., 2005).

## Tribunaux de la santé mentale et programmes de déjudiciarisation après dépôt d'accusations

Le système de justice pénale est complexe et il est difficile d'en comprendre les méandres, notamment pour les personnes atteintes d'une maladie mentale. En vertu de la *Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario*, les tribunaux doivent être accessibles et offrir des mesures d'adaptation pour les personnes handicapées. Pourtant, les personnes atteintes d'une maladie mentale continuent de se heurter à des obstacles qui les empêchent de participer pleinement aux procédures judiciaires les concernant. Certaines personnes reçoivent l'assistance d'agents de soutien dans les tribunaux (professionnels de la santé mentale qui connaissent le système juridique). Ces agents aident les personnes atteintes d'une maladie mentale et leurs familles à comprendre le système judiciaire et les mettent en contact avec les services de santé mentale dont elles ont besoin (MSSLD, 2006). Néanmoins, du fait de l'absence de dépistage des troubles mentaux dans les tribunaux, les personnes atteintes d'une maladie mentale ne reçoivent

l'assistance d'agents de soutien et ne sont orientées vers des services de santé mentale que si elles-mêmes, ou d'autres personnes concernées par leur affaire, signalent leurs troubles mentaux.

La déjudiciarisation après le dépôt d'accusations est un élément clé des programmes de soutien judiciaire. Dans le but d'éviter que les personnes atteintes d'une maladie mentale aient affaire davantage au système de justice pénale, des agents de soutien dans les tribunaux, des avocats et des procureurs de la Couronne ont créé des programmes qui peuvent permettre d'annuler des accusations portées à l'encontre d'une personne dans le cas où la maladie mentale est un facteur contributif, où les infractions présentent un faible risque et où la personne peut recevoir un soutien et un traitement dans la collectivité (Chaimowitz, 2012).

Les données sur les résultats obtenus dans le cadre des programmes de déjudiciarisation et de soutien dans les tribunaux sont limitées, mais l'information dont on dispose montre que ces résultats sont positifs. Selon le MSSLD (2006), les programmes de déjudiciarisation et de soutien judiciaire facilitent l'accès aux services de santé mentale, améliorent la santé mentale et les progrès des clients, diminuent le taux de récidive et d'hospitalisation et déchargent le système de justice pénale. Selon les résultats de l'évaluation d'un programme de soutien judiciaire en Ontario, les clients qui ont bénéficié de ces services présentaient des symptômes moins graves de maladie mentale, couraient moins le risque d'être sans domicile fixe, étaient mieux à même de vivre de façon indépendante dans la société et obtenaient de meilleurs résultats dans leurs affaires juridiques. À leur sortie du programme, seulement 4 % de ces clients ont été incarcérés et seulement 2 % détenus par l'entremise de la Commission ontarienne d'examen. Il a été également mentionné que ce programme améliore l'efficacité du processus judiciaire (Aubry et al., 2009).

L'efficacité des programmes de déjudiciarisation et de soutien dans les tribunaux peut être compromise par plusieurs facteurs. Une étude des programmes de soutien dans les tribunaux en Ontario a conclu que les agents de soutien avaient de la difficulté à mettre les personnes atteintes d'une maladie mentale en contact avec des psychiatres et des hôpitaux locaux. Ces personnes devaient attendre longtemps pour obtenir les services et ne recevaient pas toujours tous les services dont elles avaient besoin (Dewa et al., 2008). Les membres du personnel d'un programme de soutien dans un tribunal en Ontario ont déclaré qu'ils étaient seulement en mesure de venir en aide aux personnes aux besoins les plus urgents en raison des ressources limitées dont ils disposent par rapport à la demande. Ils ont fait valoir qu'un plus grand nombre de personnes atteintes d'une maladie mentale pourraient être orientées vers le programme si celui-ci avait une capacité plus élevée (Aubry et al., 2009).

Dans plusieurs villes à travers le Canada, les personnes atteintes d'une maladie mentale peuvent comparaître devant des tribunaux de santé mentale qui sont spécifiquement conçus pour répondre à leurs besoins et défis particuliers et qui ont des liens avec les ressources communautaires. Les évaluations des tribunaux de ce genre sont limitées, mais la recherche internationale indique que le taux de récidive est moins élevé dans les tribunaux de santé mentale qui disposent d'un pouvoir plus large pour imposer un traitement et un suivi et résoudre les problèmes liés à la consommation de drogue ou d'alcool, au logement et à l'aide sociale (Schneider, 2010).

## La « non-responsabilité criminelle » et la santé mentale dans le contexte judiciaire

« Non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux » est une défense juridique importante qui est utilisée depuis longtemps pour les personnes qui, aux termes du *Code criminel* du Canada, souffraient d'une maladie mentale qui les rendait incapables de comprendre leurs actes au moment où elles ont commis une infraction pénale. Ces personnes reçoivent un traitement dans le cadre du système médico-légal de santé mentale, plutôt que de purger une peine dans le système de justice pénale. Les personnes atteintes d'une maladie mentale qui commettent des crimes ne sont pas toutes jugées comme des personnes non-criminellement responsables (« personnes NCR »). Il s'agit seulement d'un petit nombre de personnes dont les actes sont réputés avoir été causés par leur maladie mentale. D'après les données de la Commission ontarienne d'examen, environ 0,001 % des personnes accusées d'une infraction au *Code criminel* sont jugées NCR (soit de 250 à 280 personnes par an). Peu de personnes désignées NCR ont commis des infractions graves avec violence, comme un homicide, une tentative de meurtre ou une infraction sexuelle (8,1 %) (Crocker et al., 2013), mais un nombre important ont commis des voies de fait (40,7 %) (Latimer et Lawrence, 2006).

### Le régime de la non-responsabilité criminelle (NCR) au Canada

Historiquement, l'objectif primordial du régime NCR au Canada était de parvenir à un juste équilibre entre la sécurité publique et les besoins de traitement et de réadaptation des délinquants atteints de troubles mentaux. Une personne jugée non responsable criminellement était orientée vers une commission d'examen provinciale ou territoriale qui prenait l'une des trois décisions suivantes : libération inconditionnelle, libération conditionnelle ou ordonnance de détention. La commission d'examen fondait sa décision sur le fait que la personne posait ou non un « danger important » (défini comme un « risque réel de préjudice sérieux, physique ou psychologique » subi par d'autres) et rendait la décision « la moins sévère et la moins privative de liberté » à l'égard de la personne accusée, en se fondant sur cette évaluation du risque. Selon une étude portant sur plusieurs commissions d'examen, les décisions concernant des personnes NCR prises lors de la première audience se répartissaient comme suit : ordre de détention dans 51 % des cas, libération conditionnelle dans 29,3 % des cas, et libération inconditionnelle dans 9,8 % des cas. La libération inconditionnelle était plus susceptible d'être accordée aux personnes accusées d'infractions non violentes (Latimer et Lawrence, 2006).

Le système médico-légal de santé mentale vise à fournir aux personnes NCR le traitement et la réadaptation dont elles ont besoin. Ces programmes fonctionnent de manière similaire aux programmes civils de santé mentale et sont fondés sur les principes de la réadaptation psychosociale et sur les pratiques cliniques exemplaires (ministère de la Santé, 1999). Les personnes qui font l'objet d'une ordonnance de détention ou d'une libération conditionnelle doivent participer à un traitement dans un hôpital psychiatrique, ou dans la collectivité dans le cadre d'un partenariat entre un hôpital et un organisme communautaire. Les personnes qui sont libérées automatiquement ne sont pas tenues de participer à des programmes médicaux légaux de santé mentale. Elles sont toutefois encouragées à faire un suivi en obtenant un soutien et des services au sein du système civil de santé mentale.

Les personnes NCR libérées sous condition ou faisant l'objet d'un ordre de détention doivent se présenter devant la commission d'examen au moins une fois par an pour évaluer leurs progrès et leur participation active à leur rétablissement. La commission examine aussi le risque qu'elles pourraient présenter pour la sécurité du public et décide s'il y a lieu de changer la décision les concernant. La durée moyenne pendant laquelle des personnes demeurent sous la compétence d'une commission d'examen varie selon les données analysées. Latimer et Lawrence (2006) ont constaté que toutes les personnes non criminellement responsables sont restées dans le système pendant au moins six mois, 60 % y sont restées pendant plus de cinq ans et 23,3 % pendant plus de 10 ans. Crocker et al. (2013) ont constaté que dans leur échantillon de 165 personnes NCR accusées d'infractions graves avec violence, 49 % ont été libérées automatiquement après une moyenne de deux ans et demi sous l'autorité de la commission d'examen. Les 51 % restants étaient restés sous l'autorité de la commission d'examen pendant plus de cinq ans et demi. Quelle que soit la durée pendant laquelle les personnes sont restées sous l'autorité de la commission d'examen, les taux de récidive pour le régime NCR sont beaucoup plus faibles que les taux de récidive des personnes détenues dans un établissement correctionnel fédéral.

#### Taux de récidive

Régime de la non-responsabilité criminelle (NCR)	Système correctionnel fédéral
7,5 – 10,4 % (Livingston et al, 2003; Crocker et al, 2013)	41 – 44 % (Bonta, Rugge et Dauvergne, 2003)

#### Changements apportés récemment au régime NCR

En février 2013, le gouvernement fédéral a présenté le projet de loi C-54 qui recommande plusieurs modifications à la législation en matière de non-responsabilité criminelle. Le projet de loi C-54 introduit trois grands groupes de modifications proposées. Le premier est un ensemble de propositions visant à informer davantage les victimes et à accroître leur participation, notamment en les avisant plus systématiquement des audiences de la commission d'examen et de leur possibilité de fournir une « déclaration de la victime ». Deuxièmement, le projet de loi C-54 fait de la sécurité du public le facteur prépondérant dans le processus décisionnel de la commission d'examen, diminuant ainsi l'importance d'un bon équilibre avec les besoins de traitement et de réadaptation de la personne NCR. Le projet de loi C-54 exige également que les commissions d'examen prennent la décision qui est « nécessaire et indiquée dans les circonstances », et modifie la définition de « risque important », en abaissant le seuil de risque au-delà duquel une personne accusée demeure sous la compétence de la commission d'examen. Enfin, le projet de loi C-54 crée une catégorie de délinquants « à haut risque » qui sont assujettis à des restrictions très sévères pour l'obtention d'une autorisation de sortie temporaire et pour lesquels le délai préalable à la tenue d'une audience d'examen peut être prorogé jusqu'à un maximum de trente-six mois.

Avec les modifications proposées par le projet de loi C-54, l'élément central de la législation NCR, qui était jusqu'alors le traitement et la réadaptation (tout en tenant compte de la sécurité du public), devient la punition et la sécurité. Imposer des restrictions plus sévères au nom de la sécurité du public compromet les chances de réadaptation des personnes NCR et leur capacité à réussir leur réinsertion sociale. Comme nous l'avons indiqué plus haut, les données confirment le succès du régime actuel, et de nombreux spécialistes de la santé mentale dans le contexte judiciaire ont exprimé la crainte que le projet de loi C-54 compromette leur capacité à fournir les meilleurs soins cliniques possibles aux personnes NCR. Malgré les témoignages de ces experts, le projet de loi C-54 a été adopté en troisième lecture à la Chambre des communes en juin 2013. Le seul amendement au projet de loi était que l'impact des modifications apportées au régime serait révisé au bout de cinq ans.

### **Hausse de la demande dans le système médico-légal**

Les nouvelles restrictions imposées par le projet de loi C-54 ajouteront encore à la difficulté croissante de disposer de la capacité suffisante pour fournir le meilleur traitement possible au nombre de plus en plus élevé de personnes qui entrent dans le système médico-légal de santé mentale. Même si les personnes NCR représentent une faible proportion au sein du système de justice pénale dans son ensemble, le nombre de personnes dans le système médico-légal de santé mentale a augmenté considérablement depuis l'introduction de la législation en matière de non-responsabilité criminelle en 1991, surtout au Québec et en Ontario. Entre 1992 et 2004, le nombre de cas soumis à une commission d'examen a augmenté de 102 % à l'échelle du Canada (Latimer et Lawrence, 2006). CAMH a constaté que le nombre de patients relevant de la compétence de la Commission d'examen qui sont admis à ses services a augmenté de 87 % entre 2000 et 2005. L'augmentation du nombre de personnes NCR met une pression sur le système médico-légal, notamment sur la demande de placements en milieu hospitalier. CAMH a noté que cette demande est particulièrement élevée dans les régions du Grand Toronto et de Hamilton où il y a pénurie chronique de lits d'hospitalisation, alors que dans l'Est de l'Ontario, le nombre de lits disponibles est en surnombre. CAMH a appelé à une meilleure répartition des lits disponibles dans les hôpitaux de la province pour régler ce problème.

Pour alléger la demande de placement et améliorer le traitement des clients, CAMH a mis l'accent sur la création de partenariats ainsi que sur une meilleure intégration avec les ressources au niveau local. CAMH a mis en place des solutions créatives, comme l'aménagement de logements de transition avec services de réadaptation, qui améliorent l'intégration dans la société des clients à faible risque, tout en maximisant l'utilisation des services médicolégaux en milieu hospitalier pour les clients qui présentent un risque plus élevé et dont les problèmes de santé mentale sont plus complexes. Toutefois, ces solutions ne seront pas suffisantes lorsque le projet de loi C-54 sera adopté et qu'un plus grand nombre de personnes NCR demeureront dans le système médico-légal pendant des durées plus longues.

## Le système correctionnel

En raison du manque d'accès à des possibilités de déjudiciarisation ou de la nature de leurs crimes, un nombre important de personnes atteintes d'une maladie mentale se retrouvent dans le système correctionnel. Les prisons provinciales (pour les accusés dont le procès et le prononcé de la peine ne sont pas terminés ou qui purgent une peine de moins de deux ans) et les prisons fédérales (pour ceux qui purgent des peines de plus de deux ans) peuvent être des endroits particulièrement difficiles et éprouvants pour les personnes atteintes d'une maladie mentale. La question de savoir si certaines personnes atteintes d'une maladie mentale devraient ou non être en prison est encore controversée. Néanmoins, personne ne devrait remettre en question les services que ces personnes reçoivent lorsqu'elles sont détenues. Tous les détenus ont un droit fondamental à des soins de santé, y compris des soins de santé mentale, et la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* établit l'obligation du système correctionnel à fournir ces soins. Les détenus atteints d'une maladie mentale ont également droit aux mêmes services de traitement et de réadaptation que ceux offerts au reste de la population.

### Prévalence de la maladie mentale et pratiques de dépistage

Il existe différentes estimations de la prévalence de la maladie mentale dans le système correctionnel. Selon Service correctionnel du Canada (SCC), le pourcentage des personnes détenues dans les prisons fédérales qui ont été identifiées à leur admission comme nécessitant des soins de santé mentale est de 13 % chez les hommes et de 29 % chez les femmes — des taux qui ont doublé entre 1997 et 2008 (Sapers et Zinger, 2012). Dans le système provincial, selon le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels (MSCSC), 15 % des détenus ont besoin d'une prise en charge clinique pour une maladie mentale (2008). Le ministère a également noté que la maladie mentale est beaucoup plus répandue dans la population en détention provisoire (les accusés dont le procès et le prononcé de la peine ne sont pas encore terminés), chez laquelle le nombre d'alertes de santé mentale a augmenté de 44,1 % au cours de la dernière décennie.

Le pourcentage de détenus ayant été hospitalisés antérieurement pour cause de maladie mentale est plus élevé chez les femmes (30,1 %) que chez les hommes (14,5 %) (Sapers et Zinger, 2012). Les données de SCC révèlent également que parmi les femmes détenues dans les prisons fédérales, 50 % ont des antécédents de comportement autodestructeur, plus de 50 % sont toxicomanes ou ont des antécédents de toxicomanie, 85 % ont des antécédents de violence physique et 68 % ont des antécédents de violence sexuelle. La proportion de détenus autochtones ayant une maladie mentale grave a fluctué entre 5 et 14 % de 1996 à 2009, mais la surreprésentation de cette population dans le système correctionnel dans son ensemble — les Autochtones représentent moins de 4 % de la population canadienne, mais 21 % de la population carcérale — et leur surreprésentation considérable dans les incidents d'automutilation, indiquent qu'il existe des besoins sérieux en matière de santé mentale dans cette population auxquels il faut répondre (Simpson, McMaster, et Cohen, dans la presse; Sapers et Zinger, 2012).

Les données mettent en évidence le nombre important de problèmes de santé mentale dans les centres de détention provisoire et les prisons. Pourtant, ces chiffres peuvent en fait sous-estimer la prévalence et la gravité de la maladie mentale au sein du système correctionnel. Des pratiques de dépistage et d'évaluation efficaces sont nécessaires afin d'identifier avec précision les personnes qui ont besoin d'assistance et de déterminer les types de services dont elles ont besoin. Même si SCC a récemment amélioré le dépistage au moment de l'admission, la Société de schizophrénie de l'Ontario ([SSO], 2012) a constaté que les pratiques de dépistage dans les établissements provinciaux et fédéraux sont généralement insuffisantes et incohérentes.

## Accès au traitement et aux services en santé mentale

Les détenus atteints d'une maladie mentale ont droit au même traitement et aux mêmes services de santé mentale que ceux offerts à la population générale, y compris l'accès aux médicaments, le counseling, la réadaptation et le soutien social. Dans les prisons fédérales, la plupart des soins de santé mentale sont fournis dans l'un des cinq centres régionaux de traitement (CRT). Le rôle des CRT est de fournir un traitement aux délinquants et de les stabiliser afin de les replacer au sein la population carcérale générale. Cependant, le manque de ressources des CRT a conduit à une détérioration des services et ces centres ne sont plus en mesure de fournir une gamme complète de soins de santé mentale (Service, 2010). La demande pour les services des CRT est telle que les délinquants sont libérés trop tôt et retournent rapidement en situation de crise (Sorenson, 2010). Cette forte demande signifie aussi que les services des CRT ne sont disponibles que pour les personnes qui ont les formes les plus aigües de maladie mentale et que d'autres détenus ne reçoivent aucun traitement ou reçoivent des soins cliniques limités. Les CRT ont aussi de la difficulté à fournir les soins nécessaires aux délinquants dont les comportements sont les plus complexes. Ces délinquants reçoivent très peu de services de santé mentale et sont plutôt placés en isolement à titre de mesure de sécurité (Service, 2010).

La SSO (2012) a procédé à un examen complet des services de santé mentale dans les prisons provinciales et a constaté que ces services varient d'un établissement à l'autre. Une évaluation et un traitement spécialisés sont fournis à différentes catégories de personnes dans les centres de traitement provinciaux, mais les processus d'orientation et d'évaluation ne sont pas clairs, pas plus que les types de services fournis. Certains traitements individuels sont offerts sur place dans toutes les prisons (par exemple, la gestion des médicaments), mais il est difficile de savoir si du personnel spécialisé en santé mentale est effectivement disponible sur place dans chaque établissement et si le personnel des services correctionnels a reçu une formation en santé mentale. Dans l'ensemble, la SSO a conclu que les services de santé mentale dans les prisons provinciales sont insuffisants et manquent de cohérence.

## Sécurité

Les délinquants atteints d'une maladie mentale sont extrêmement vulnérables dans les systèmes correctionnels fédéral et provinciaux. Ces personnes déclarent ne pas se sentir en sécurité et être souvent victimes d'intimidation et de violence de la part d'autres délinquants (Sorenson, 2010) et d'agents des services correctionnels (SSO, 2012). Les détenus atteints d'une maladie mentale ont des difficultés particulières en prison, qui se manifestent par un comportement perturbateur, de l'agressivité, de la violence, un repli sur soi-même ainsi que par le refus ou l'incapacité de suivre les ordres et les règles (Sapers et Zinger, 2012). L'automutilation et le suicide sont également répandus. Selon des données de SCC, au cours de l'exercice 2010-2011, il y a eu 822 incidents d'automutilation impliquant 304 délinquants, un taux qui a doublé au cours des cinq années précédentes. Le taux de suicide dans le système correctionnel fédéral est sept fois plus élevé que la moyenne nationale. Au cours de l'exercice 2010-2011, il y a eu quatre suicides et 54 tentatives de suicide. Les quatre délinquants qui se sont suicidés avaient une maladie mentale et avaient déjà tenté de se suicider auparavant. Les données de SCC montrent également que le tiers des tentatives d'automutilation et trois des quatre suicides sont survenus dans des unités d'isolement.

Du fait de leur manque de compréhension des symptômes de la maladie mentale et de leur mauvaise interprétation des comportements qui lui sont associés, les agents des services correctionnels réagissent souvent par des mesures de sécurité au lieu d'une intervention appropriée en situation d'urgence et de soins de santé mentale (Sorenson, 2010). Les moyens courants utilisés dans les prisons en cas d'automutilation comprennent la maîtrise physique, la

contention, l'utilisation de brouillard poivré et l'isolement (Sapers et Zinger, 2012). L'isolement est surutilisé dans les prisons et pénitenciers en cas de comportements liés à la maladie mentale (SSO, 2012). Un isolement prolongé peut exacerber les symptômes de la maladie mentale, causer un préjudice psychologique et physiologique irréversible et constitue une réponse inadéquate pour les délinquants atteints d'une maladie mentale (Sapers et Zinger, 2011).

### **Planification de la remise en liberté**

Il est important de bien planifier la libération des détenus atteints d'une maladie mentale afin d'assurer le succès de leur réinsertion dans la société. Au palier fédéral, l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité a été mise en place en 2005 afin de faciliter cette transition. Des difficultés persistent néanmoins parce que certains médecins et programmes de santé mentale communautaires n'acceptent pas l'aiguillage de délinquants vers leurs services (Service, 2010). Au niveau provincial, la planification de la libération est rendue difficile par l'absence de politiques et de procédures institutionnelles ainsi que par le refus de certains services en milieu communautaire de fournir un soutien aux délinquants (SSO, 2012). Il semble que l'absence d'aiguillage vers des ressources communautaires au moment de la libération influe sur les taux de récidive. Brown (2009) a confirmé que les détenus souffrant d'une maladie mentale sont beaucoup plus susceptibles d'avoir de nouveau des démêlés avec le système de justice pénale que les autres détenus.

Une bonne planification de la libération exige une médication adéquate, des rendez-vous dans des cliniques de consultations externes, la prise en charge par des psychiatres, des services de counseling et la participation des autorités des établissements correctionnels et de la libération conditionnelle. Des modèles de traitement médico-légal communautaire dynamique peuvent aussi aider les personnes atteintes d'une maladie mentale à continuer de recevoir des soins de santé mentale après leur libération et à ne pas commettre d'autres activités criminelles (Simpson, McMaster, et Cohen, sous presse).

### **Populations vulnérables**

Certaines catégories de personnes atteintes d'une maladie mentale sont particulièrement à risque dans le système correctionnel. La SSO (2012) parle de la situation « catastrophique » des personnes en détention provisoire. Ces personnes ne sont pas évaluées sur le plan de la santé mentale avant d'avoir été formellement inculpées et n'ont accès à pratiquement aucun traitement ou programme. Les femmes détenues n'ont pas accès à un soutien et à des services adaptés à leurs difficultés particulières (par exemple, des antécédents de violence physique et sexuelle). De leur côté, les détenus autochtones ont un accès très limité à des programmes et services adaptés à leur culture et ont moins de chances que les autres détenus de recevoir des soins de santé mentale pendant leur incarcération (SSO, 2012). Le risque de ne pas avoir accès à des soins de santé mentale appropriés au sein du système correctionnel fédéral est aussi plus élevé pour les femmes et pour les Autochtones.

# Principes d'une approche canadienne globale en matière de santé mentale et de justice pénale

## 1.

**Les Canadiennes et Canadiens devraient avoir accès à des programmes de prévention et d'intervention qui réduisent la probabilité de démêlés avec le système de justice pénale.**

Exemples de mesures résultant de ce principe :

- Investissement et mise en œuvre de stratégies globales de santé mentale à tous les paliers de gouvernement.
- Stratégies de santé mentale visant à réduire la surreprésentation des Autochtones et des communautés racialisées au sein du système de justice pénale.
- Accès en temps opportun à des services appropriés pour les enfants, les adolescents et les adultes présentant les premiers signes d'une maladie mentale.
- Partout au Canada, accès, pour les personnes atteintes d'une maladie mentale, à des services, à des traitements et à des soutiens complets, adéquats et adaptés à la diversité de leurs besoins.

## 2.

**Les personnes atteintes d'une maladie mentale qui commettent des infractions criminelles devraient avoir la possibilité d'être orientées vers le système de santé mentale plutôt que vers le système de justice pénale.**

Exemples de mesures résultant de ce principe :

- Partout au pays, les services de police mettent en œuvre des programmes de déjudiciarisation avant le dépôt d'accusations et disposent d'équipes d'intervention en situation de crise liée à la santé mentale.
- Partout au Canada, les personnes ayant une maladie mentale qui entrent dans le système de justice pénale ont accès à un soutien dans les tribunaux et à des programmes de déjudiciarisation.
- L'accès aux tribunaux de santé mentale est amélioré à travers le pays.
- La législation relative à la non-responsabilité criminelle (NCR) maintient un juste équilibre entre la sécurité du public et les besoins de traitement et de réinsertion des délinquants.

## 3.

**Les personnes atteintes d'une maladie mentale qui commettent des infractions devraient avoir accès à des soins de santé mentale de haute qualité et adaptés à leur culture.**

Exemples de mesures résultant de ce principe :

- Les organismes de santé mentale communautaires ont les ressources nécessaires pour fournir des services aux personnes atteintes d'une maladie mentale qui ont commis des infractions.

- Le dépistage des troubles mentaux dans les établissements correctionnels est efficace, continu et cohérent.
- Les personnes en détention provisoire sont immédiatement évaluées sur le plan de leur santé mentale et ont accès à la gamme complète des services de santé mentale offerts dans les établissements correctionnels.
- Le système correctionnel donne accès à des services, des traitements et des soutiens complets, adéquats et adaptés aux besoins diversifiés de tous les détenus atteints d'une maladie mentale (en accordant une attention particulière aux femmes et aux personnes autochtones).
- La planification de la libération est une priorité dans les établissements correctionnels. Les personnes atteintes d'une maladie mentale sont mises en contact avec des ressources communautaires appropriées avant leur libération.
- Des lits d'hospitalisation réservés aux délinquants sont disponibles en nombre suffisant dans les différentes régions pour répondre à la demande.

#### 4.

### **Le traitement et la réadaptation des délinquants atteints d'une maladie mentale doivent faire partie du mandat fondamental et de la philosophie du système correctionnel.**

Exemples de mesures résultant de ce principe :

- Le système correctionnel dispose d'une stratégie de santé mentale qui décrit explicitement son rôle en matière de prestation de soins de santé mentale aux détenus.
- Les établissements correctionnels inculquent et promeuvent une culture où l'accès au traitement et à la réadaptation est considéré comme une priorité pour les détenus souffrant d'une maladie mentale.
- Les établissements correctionnels maintiennent un juste équilibre entre la philosophie de la justice pénale — la sécurité et la gestion des risques — et la philosophie de la santé mentale — le traitement, la réadaptation et le rétablissement.

#### 5.

### **Les personnes atteintes d'une maladie mentale doivent être traitées avec respect et dignité au sein du système de justice pénale, et la plus haute importance doit être accordée à leur sécurité.**

Exemples de mesures résultant de ce principe :

- Tous les employés et représentants du système de justice pénale sont formés quant à la façon de traiter avec compassion et respect les personnes atteintes d'une maladie mentale.
- La police et les agents des services correctionnels reçoivent une formation initiale et continue sur les techniques d'intervention appropriées en situation de crise mettant en cause des personnes en détresse.
- Les formations sur la santé mentale et l'intervention en situation de crise sont standardisées et surveillées et font l'objet d'une évaluation continue.
- L'isolement des personnes atteintes d'une maladie mentale doit être limité à des circonstances exceptionnelles et pour des périodes de courte durée. Les personnes atteintes d'une maladie

mentale ne sont jamais isolées pendant des périodes prolongées.

- Des délinquants atteints d'une maladie mentale sont consultés pour la planification et l'élaboration des stratégies, des programmes, des services et de la formation en matière de santé mentale dans le contexte du système de justice pénale.

## 6.

**Les lois, les politiques et les programmes devraient encourager l'intégration entre le système de justice pénale et le système de santé mentale afin d'élargir l'accès aux services, d'améliorer la qualité des soins et de faciliter la transition entre les systèmes.**

Exemples de mesures résultant de ce principe :

- Les services de police, les tribunaux et les établissements correctionnels ont des partenariats d'orientation, formels et informels, avec des médecins de famille, les hôpitaux locaux, les services de santé mentale communautaires et d'autres ressources communautaires.
- Les établissements correctionnels ont des partenariats avec des hôpitaux psychiatriques pour transférer temporairement les soins des personnes atteintes d'une maladie mentale grave et de troubles du comportement dont les besoins en santé mentale ne peuvent être satisfaits dans les établissements correctionnels.
- Les programmes médicolégaux de santé mentale ont des partenariats avec des programmes de logement et des services de santé mentale communautaires.
- Les décisions concernant les politiques, les programmes et le financement en matière de santé mentale au sein de n'importe quelle partie du système de justice pénale sont prises dans le contexte de l'ensemble du système afin d'assurer la continuité des services et la meilleure utilisation des ressources limitées.

## 7.

**Les décisions gouvernementales et la législation devraient être fondées sur des données probantes, et les pratiques exemplaires et la recherche dans ce domaine devraient être soutenues.**

Exemples de mesures résultant de ce principe :

- Les décisions du gouvernement sont fondées sur des connaissances approfondies des causes et des effets de la criminalisation de la maladie mentale.
- Les décisions gouvernementales s'appuient sur des données probantes fiables en matière d'impacts positifs et négatifs des différentes politiques en matière de santé mentale dans le contexte de justice pénale en ce qui concerne les délinquants atteints d'une maladie mentale (par exemple, la prévention, la déjudiciarisation et le traitement par comparaison aux politiques répressives pour sévir contre la criminalité).
- Toute modification des politiques de justice pénale qui touche les personnes atteintes d'une maladie mentale fait l'objet d'une évaluation rigoureuse et transparente.
- Le gouvernement soutient et finance la recherche et l'évaluation d'approches canadiennes en matière de santé mentale dans le contexte de la justice pénale.

# Conclusion

La criminalisation de la maladie mentale doit être traitée de sorte que les personnes atteintes d'une maladie mentale puissent accéder au traitement et au soutien dont elles ont besoin pour vivre dans les meilleures conditions. Une approche de justice sociale qui met l'accent sur la prévention, la déjudiciarisation, le traitement et réadaptation peut contribuer à réduire le nombre de personnes atteintes d'une maladie mentale qui ont des démêlés avec le système de justice pénale, à fournir des options de déjudiciarisation à celles qui ont de tels démêlés, et à faire en sorte qu'un traitement et un soutien sont offerts à tout moment dans l'ensemble du système. Les principes énoncés ci-dessus forment la pierre angulaire de cette approche, et nous exhortons tous les paliers de gouvernement à les examiner. Enfin, il convient de noter que ces principes sont fondés sur la recherche et l'expertise dans le domaine de la maladie mentale des adultes. Même si plusieurs de ces principes s'appliquent à d'autres populations dans le système de justice pénale (par exemple, les adolescents ou les personnes ayant une dépendance), l'élaboration de politiques dans ces domaines particuliers exigerait un examen plus ciblé des problèmes les concernant.

**Le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) est le plus grand hôpital et établissement d'enseignement en santé mentale du Canada, ainsi que l'un des principaux centres de recherche du monde dans ce domaine. CAMH intègre les soins cliniques, la recherche, l'enseignement, l'élaboration de politiques et la promotion de la santé afin de transformer la vie des personnes touchées par des problèmes de santé mentale et de toxicomanie.**

# Bibliographie

- Adelman, J. (2003). *Study in blue and grey. Police interventions with people with mental illness: A review of challenges and responses*. Vancouver (C.-B) : L'Association canadienne pour la santé mentale. Consulté à <http://www.cmha.bc.ca/files/policereport.pdf>
- Aubry, T., Sylvestre, J., Smith J., Miller, M. et Birnie, S. (2009). *Evaluation of the implementation and outcomes of the Canadian Mental Health Association, Ottawa branch's court outreach program*. Ottawa (Ontario) : Université d'Ottawa. Consulté à <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/23010/294293.pdf>
- Bonta, J., Ruge, T. et Dauvergne, M. (2003). *La récidive chez les délinquants sous responsabilité fédérale*. Ottawa (Ontario). Solliciteur général Canada. Consulté à <http://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rcvd-fdffndr/index-fra.aspx>
- Brink, J., Livingston, J., Desmarais, S., Greaves, C., Maxwell, V., et Michalak, E. et al. (2011). *Étude portant sur les perceptions des personnes atteintes de maladie mentale à l'égard de la police et sur leurs interactions avec elle*. Calgary (Alberta) : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté à <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/document/437/study-how-people-mental-illness-perceive-and-interact-police>
- Brown, G.P. (2009). *Seriously mentally ill inmates in Ontario correctional facilities: Prevalence, mental health care needs, and implications for correctional and mental health care policy*. Présentation à la conférence du Comité de coordination des services à la personne et des services juridiques, 26–28 octobre 2009. Niagara Falls (Ontario).
- Chaimowitz, G. (2012). The criminalization of people with mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2) [Insert], 1–6.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Calgary (Alberta). Auteur. Consulté à <http://strategie.commissionsantementale.ca/pdf/strategie-text-fr.pdf>
- Compton, M.T., Bahora, M., Watson, A.C. et Oliva, J.R. (2008). A comprehensive review of extant research on crisis intervention team (CIT) programs. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 36(1), 47–55.
- Crocker, A.G., Seto, M.C., Nicholls, T.L. et Cote, G. (2013). *Description and processing of individuals found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder accused of "serious violent offences."* Rapport final présenté à la Division de la recherche et de la statistique, ministère de la Justice Canada, mars 2013.
- Dewa, C.S., Chau, N., deRuiter, W., Loong, D., Trojanowski, L. et Yip, A. (2008). *The Matryoshka Project: Examining the effects of enhanced funding on specialized projects. Wave 3 report: Court support programs. Version 2*. Toronto (Ontario) : Centre de toxicomanie et de santé mentale. Consulté à [https://www.ehealthontario.ca/portal/server.pt/gateway/PTARGS\\_0\\_11862\\_11751\\_2182\\_2019\\_43/http%3B/wcpublisher.phportal.prod.ont.gss%3B7087/publishedcontent/publish/ssa/eho/communities/mental health and addictions/systems enhancement evaluation initiative/final reports/matryoshka project court support programs wave 3 report november 2008.pdf](https://www.ehealthontario.ca/portal/server.pt/gateway/PTARGS_0_11862_11751_2182_2019_43/http%3B/wcpublisher.phportal.prod.ont.gss%3B7087/publishedcontent/publish/ssa/eho/communities/mental%20health%20and%20addictions/systems%20enhancement%20evaluation%20initiative/final%20reports/matryoshka%20project%20court%20support%20programs%20wave%203%20report%20november%202008.pdf)

- Dupont, R. et Cochran, S. (2000). Police response to mental health emergencies: Barriers to change. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 28(3), 338–344.
- Durbin, J., Lin, E. et Zaslavska, N. (2010). *Impact Study, Final Report : A study of hospital emergency service use, crisis service delivery and police response after mental health system enhancements*. Toronto (Ontario) : Centre de toxicomanie et de santé mentale. Consulté à <http://eenet.ca/wp-content/uploads/2013/10/june-2010.pdf>
- Hanafi, S., Bahora, M., Berivan, D. et Compton, M. (2008). Incorporating crisis Intervention team knowledge and skills into the daily work of police officers: A focus group study. *Community Mental Health Journal*, 44(6), 427–432.
- Hartford, K., Carey, R. et Mendonca, J. (2007). Pretrial court diversion of people with mental illness. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 34(2), 198–205.
- Lamberti, J.S. (2007). Understanding and preventing criminal recidivism among adults with psychotic disorders. *Psychiatric Services*, 58(6), 773–781.
- Latimer, J. et Lawrence, A. (2006). *Les systèmes de commissions d'examen au Canada : Survol des résultats de l'étude de la collecte des données sur les accusés atteints de troubles mentaux*. Ottawa (Ontario) : Ministère de la Justice du Canada. Consulté à [http://www.justice.gc.ca/eng/pi/rs/rep-rap/2006/rr06\\_1/rr06\\_1.pdf](http://www.justice.gc.ca/eng/pi/rs/rep-rap/2006/rr06_1/rr06_1.pdf)
- Livingston, J.D., Wilson, D., Tien, G. et Bond, L. (2003). A follow-up study of persons found not criminally responsible on account of mental disorder in British Columbia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(6), 408–415.
- Ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels. (2008). *Pour un Ontario fort et sécuritaire : Plan stratégique 2008–2013*. Toronto (Ontario) : Auteur. Consulté à <http://www.mcscs.jus.gov.on.ca/stellent/groups/public/@mcscs/@www/@com/documents/webasset/ec069601.pdf>
- Ministère de la Santé. (1999). *Making it happen: Operational framework for the delivery of mental health services and supports*. Toronto (Ontario) : Auteur. Consulté à <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/1000/10279602.pdf>
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2011). *Esprit ouvert, esprit sain : Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances*. Toronto (Ontario) : Consulté à [http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/mental\\_health2011/mentalhealth\\_rep2011.pdf](http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/mental_health2011/mentalhealth_rep2011.pdf)
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2006). *Cadre stratégique des programmes de déjudiciarisation et de soutien judiciaire pour les personnes atteintes de troubles mentaux*. Toronto (Ontario) : Consulté à <http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/mentalhealth/frameworkf.pdf>
- Nielssen, O. et Large, M. (2008). Rates of homicide during the first episode of Psychosis and after treatment: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 36(4), 702–712.
- Ontario Mental Health Police Record Check Coalition. (2013). Your right to limit the disclosure of mental health information. Consulté à <http://www.mentalhealthpolicerecords.ca/yourrights>
- Provincial Human Services and Justice Coordinating Committee. (2011). *Police and mental health: A critical review of joint police/mental health collaborations in Ontario*. Toronto (Ontario) : Author. Consulté à

[http://www.hsicc.on.ca/Uploads/PHSJCC\\_Police-MH\\_Final\\_Report\\_January\\_31\\_2011.pdf](http://www.hsicc.on.ca/Uploads/PHSJCC_Police-MH_Final_Report_January_31_2011.pdf)

- Sapers, H. et Zinger, I. (2012). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2011-2012*. Ottawa (Ontario) : Bureau de l'enquêteur correctionnel (Canada). Consulté à <http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20112012-fra.aspx>
- Schanda, H. (2005). Psychiatry reforms and illegal behaviour of severely mentally ill. *The Lancet*, 365(9457), 367–369.
- Société de schizophrénie de l'Ontario. (2012). *Provincial correctional response to Individuals with mental illnesses in Ontario: A review of the literature*. Consulté à [http://www.schizophrenia.on.ca/getmedia/c2af5aea-1bf8-40fd-86ad-1fd9b928f40a/Provincial\\_Corrections\\_Literature\\_Review\\_Final\\_March\\_2012.pdf.aspx](http://www.schizophrenia.on.ca/getmedia/c2af5aea-1bf8-40fd-86ad-1fd9b928f40a/Provincial_Corrections_Literature_Review_Final_March_2012.pdf.aspx)
- Schneider, R.D. (2010). Mental health courts and diversion programs: A global survey. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(4), 201–206.
- Service, J. (2010). Sous mandat : Un examen de la mise en œuvre de la « Stratégie en matière de santé mentale » du Service correctionnel du Canada. Rédigé à l'intention du Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada. Kanata (Ontario) : Auteur. Consulté à <http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/oth-aut/oth-aut20100923-eng.aspx>
- Simpson, A.F., McMaster, J.J. et Cohen, S.N. (in press). Challenges for Canada in meeting the needs of persons with serious mental illness in prison: A select review. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*.
- Sorenson, K. (2010). *La santé mentale et la toxicomanie dans le système correctionnel fédéral. Rapport du Comité permanent de la sécurité publique et nationale*. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada. Consulté à <http://www.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/SECU/Reports/RP4864852/securp04/securp04-e.pdf>
- Strauss, G., Glenn, M., Reddi, P., Afaq, I., Podolskaya, A. et Rybakova, T. et al. (2005). Psychiatric disposition of patients brought in by crisis intervention team officers. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 223–228.
- Wilson-Bates, F. et Chu, J. (2008). *Lost in transition: How a lack of capacity in the mental health system is failing Vancouver's mentally ill and draining police resources*. Vancouver, British Columbia : Vancouver Police Department. Consulté à <http://vancouver.ca/police/assets/pdf/reports-policies/vpd-lost-in-transition.pdf>