

**Les Tribunaux de santé mentale : déjudiciarisation et  
jurisprudence thérapeutique**  
**Mental health courts: Therapeutic jurisprudence in action**  
**Los Tribunales de Salud Mental: desjudicialización y  
jurisprudencia terapéutica**  
**Tribunais de saúde mental: desjudiciarização e jurisprudência  
terapêutica**

Annie Jaimes, Anne Crocker, Évelyne Bédard et Daniel L. Ambrosini

Volume 34, numéro 2, automne 2009

Santé mentale et justice

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/039131ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/039131ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Jaimes, A., Crocker, A., Bédard, É. & Ambrosini, D. L. (2009). Les Tribunaux de santé mentale : déjudiciarisation et jurisprudence thérapeutique. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 171-197. <https://doi.org/10.7202/039131ar>

Résumé de l'article

Au Québec comme ailleurs en Amérique, la désinstitutionnalisation, le manque de ressources et de services communautaires de santé mentale de même que les changements législatifs ont contribué à une augmentation des probabilités que des personnes atteintes de troubles de santé mentale aient des démêlés avec la justice. Les Tribunaux de santé mentale constituent une forme de déjudiciarisation, basée sur des principes de jurisprudence thérapeutique, qui prend forme au coeur des activités de la Cour. Cet article présente une synthèse critique de la littérature scientifique sur le sujet. Les auteurs exposent d'abord le contexte psycho-légal dans lequel ont émergé les Tribunaux de santé mentale puis décrivent le fonctionnement et les objectifs de ces entités judiciaires. L'article décrit ensuite le Plan d'Accompagnement Justice et Santé Mentale (PAJ-SM), le premier projet pilote de tribunal de santé mentale à Montréal, et le premier en son genre au Québec. On examine ensuite les études d'efficacité de ces institutions et les enjeux des programmes de déjudiciarisation. Les défis et les limites inhérents aux tribunaux spécialisés et la recherche qui les concerne sont discutés, ainsi que certaines alternatives tant au niveau de l'intervention que des méthodes de recherche. Les auteurs concluent que si les Tribunaux de santé mentale offrent des pistes prometteuses, ils ne constituent pas une panacée aux problèmes complexes situés à l'interface de la santé mentale et de la justice. Ces initiatives ne devraient pas occulter les autres mesures de déjudiciarisation en amont, ni la question centrale de l'accès aux services de santé mentale et de leur adéquation aux besoins des diverses clientèles.



## Les Tribunaux de santé mentale : déjudiciarisation et jurisprudence thérapeutique

---

Annie Jaimes\*

Anne Crocker\*\*

Évelyne Bédard\*\*\*

Daniel L. Ambrosini\*\*\*\*

Au Québec comme ailleurs en Amérique, la désinstitutionnalisation, le manque de ressources et de services communautaires de santé mentale de même que les changements législatifs ont contribué à une augmentation des probabilités que des personnes atteintes de troubles de santé mentale aient des démêlés avec la justice. Les Tribunaux de santé mentale constituent une forme de déjudiciarisation, basée sur des principes de jurisprudence thérapeutique, qui prend forme au cœur des activités de la Cour. Cet article présente une synthèse critique de la littérature scientifique sur le sujet. Les auteurs exposent d'abord le contexte psycho-légal dans lequel ont émergé les Tribunaux de santé mentale puis décrivent le fonctionnement et les objectifs de ces entités judiciaires. L'article décrit ensuite le Plan d'Accompagnement Justice et Santé Mentale (PAJ-SM), le premier projet pilote de tribunal de santé mentale à Montréal, et le premier en son genre au Québec. On examine ensuite les études d'efficacité de ces institutions et les enjeux des programmes de déjudiciarisation. Les défis et les limites inhérents aux tribunaux spécialisés et la recherche qui les concerne sont discutés, ainsi que certaines alternatives tant au niveau de l'intervention que des méthodes de recherche. Les auteurs concluent que si les Tribunaux de santé mentale offrent des pistes prometteuses, ils ne constituent pas une panacée aux problèmes complexes situés à l'interface de la santé mentale et de la justice. Ces initiatives ne devraient pas occulter les autres mesures de déjudiciarisation en amont, ni la question centrale de l'accès aux services de santé mentale et de leur adéquation aux besoins des diverses clientèles.

\* M.A., Centre de Recherche de l'Institut universitaire en santé mentale McGill.

\*\* Ph.D., Centre de Recherche de l'Institut universitaire en santé mentale McGill; Département de psychiatrie, Université McGill.

\*\*\* Collège Jean de Brébeuf.

\*\*\*\* B.C.L./LL. B, MSc., candidat au Ph. D, Centre de Recherche de l'Institut universitaire en santé mentale McGill; Département de psychiatrie, Université McGill.

### Remerciements

Ce travail a été rendu possible notamment grâce à une subvention de la fondation EJLB, de la Fondation des maladies mentales et de la Société québécoise de schizophrénie dans le cadre des travaux de recherche sur la mise en œuvre du Tribunal de santé mentale de Montréal. Anne Crocker, Ph.D. bénéficiait d'une bourse salariale Nouveau chercheur des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) lors de la rédaction de ce manuscrit. M. Daniel Ambrosini, L.L.B., M. Sc., candidat au Ph.D. est soutenu par la bourse Abraham Fuks de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas ainsi que par une bourse doctorale des Fonds pour la Recherche en Santé du Québec (FRSQ).

**E**n novembre 2007, Justin Scott St-Aubin est arrêté à la suite d'une altercation avec sa mère alors qu'il souffre de troubles psychotiques. En attente de son évaluation d'aptitude à subir un procès, le jeune homme de 25 ans est incarcéré pendant quelques jours au centre de détention Rivière-des-Prairies où il fait de multiples crises. Un psychiatre recommande son hospitalisation le plus rapidement possible, mais faute de place, M. St-Aubin passe une autre nuit difficile dans sa cellule, où il décède des suites d'une mesure de contention. Ce cas n'est malheureusement pas isolé : depuis l'an 2000, les prisons du Québec ont été le lieu d'au moins 13 décès « évitables », dont 8 sont clairement liés à une problématique psychiatrique (Dionne, 2008). Le rapport du Coroner sur le cas de M. St-Aubin conclut que les prisons ne peuvent pas fournir des soins adéquats à des détenus qui souffrent de problèmes psychiatriques.

Plusieurs études, particulièrement en Amérique du Nord, indiquent que la prévalence de problèmes de santé mentale est plus élevée en milieu carcéral qu'elle ne l'est dans la population générale (Bland et al., 1998 ; Côté et Hodgins, 1990 ; Fazel, 2002 ; Hodgins et Côté, 1990 ; Teplin, 1990) — et que le problème s'aggrave au cours de l'incarcération (Schneider et al., 2002). De plus, des recherches internationales ont démontré que les détenus atteints de troubles mentaux étaient particulièrement vulnérables en raison du peu de services spécialisés offerts en institutions correctionnelles (Reed et Lyne, 2000 ; Smith et al., 2003) et des conditions de détention qui peuvent aggraver les problèmes psychiatriques (Birmingham, 2001, 2003).

La prise en charge de personnes ayant à la fois des problèmes de santé mentale et des comportements qui attirent l'attention du système judiciaire soulève des questions fondamentales et parfois épineuses en matière d'éthique (libertés individuelles et sécurité publique) et de services (problèmes concomitants de santé). Afin de répondre aux besoins grandissant de cette clientèle, plusieurs initiatives de déjudiciarisation ont été mises sur pied. Les Tribunaux de santé mentale (TSM) en constituent un exemple et connaissent une popularité grandissante (Schneider et al., 2007). En Amérique du Nord, il en existe maintenant plus de 150, dont une quinzaine au Canada (Redlich et al., 2006 ; Schneider et al., 2007). L'émergence des TSM constitue une réponse du système de justice criminelle devant le nombre croissant de personnes ayant des problèmes de santé mentale, qui reviennent à la cour et sont détenues à répétition sans avoir reçu les soins appropriés. Les objectifs de cet article sont de décrire l'état des lieux au Canada et au Québec en matière de criminalisation des personnes atteintes de troubles mentaux ;

de présenter le fonctionnement, les objectifs et les enjeux des TSM ; de tracer le portrait du Programme d'Accompagnement Justice et Santé Mentale (PAJ-SM), le projet pilote du Tribunal de santé mentale à Montréal ; puis de discuter des recherches portant sur ces nouvelles initiatives psycho-légales.

## **Troubles mentaux et Justice**

### ***Changements législatifs canadiens : répercussion sur l'accès aux services***

À partir des années soixante, un nouveau modèle basé sur la défense des droits civils s'impose peu à peu en psychiatrie. Le mouvement de désinstitutionalisation avait comme objectif de favoriser une approche au traitement qui soit la moins privative de libertés ainsi que le maintien dans la collectivité des personnes traitées par les services psychiatriques. Au cours des trente années suivantes, le nombre de patients dans les hôpitaux psychiatriques a ainsi diminué de 80 % ; toutefois les services et les ressources en santé mentale n'ont que très partiellement suivi les patients dans la communauté (Bassuk et Gerson, 1991 ; Pogrebin et Poole, 1987 ; Williams et al., 1980). Le risque que ces personnes se trouvent dans la rue et soient privées de services s'est donc accru, tout comme leur probabilité d'avoir des contacts plus fréquents avec les instances judiciaires que ce soit pour des comportements dérangeants, des délits mineurs ou des délits plus sévères.

Dans la foulée du mouvement de désinstitutionalisation, plusieurs changements législatifs ont été adoptés pour accroître l'autodétermination des personnes ayant des problèmes de santé mentale. D'abord, sur le plan civil, des changements aux lois canadiennes au cours des 50 dernières années ont rendu le traitement et l'hospitalisation involontaire significativement plus difficiles (Weisstub et Arboleda-Flórez, 2006). Des changements importants ont également été apportés au Code criminel. Notamment, en 1992, le Parlement réforme la section XX.1 du Code criminel portant sur les troubles mentaux<sup>1</sup>. Les modifications favorisent une prise en charge selon le principe de la solution la moins restrictive de libertés.

Ces réformes législatives ont marqué des développements importants au chapitre de l'équilibre entre les droits et libertés individuelles et la sécurité de la population ; paradoxalement, elles sont aussi souvent invoquées comme des facteurs contribuant à la judiciarisation de la psychiatrie (Arboleda-Florez, 2004 ; Morrisey et Goldman, 1981) et accentuant la criminalisation de personnes atteintes de troubles mentaux (Abramson, 1972 ; Appelbaum, 1994 ; Arboleda-Florez et al.,

1995 ; Arboleda-Flórez et Weisstub, 2006 ; Ditton, 1999 ; Konrad, 2002). Les développements en matière de défense des droits des patients contre certains abus institutionnels n'ont pas été accompagnés de progrès aussi marqués au chapitre de l'accès aux services. Ainsi, dans la majeure partie des pays où une politique de désinstitutionalisation psychiatrique a été implantée, les patients se retrouvent « jetés » dans la communauté, sans accès à aucun lit d'hôpital (Weisstub et Arboleda-Flórez, 2006).

### ***Criminalisation des problèmes de santé mentale***

Ces changements socio-juridiques importants entraînent une croissance du nombre de personnes atteintes de troubles mentaux qui entrent en contact avec le système judiciaire, souvent pour des comportements auparavant traités par des services de santé ou des services sociaux. On remarque une tendance internationale à l'augmentation des ressources consacrées à la clientèle psycho-légale (Priebe et al., 2005). Certains observateurs estiment que le système de justice criminelle devient, pour plusieurs personnes vulnérables, le nouveau pourvoyeur de services de santé mentale et que la criminalisation de ces personnes constitue une forme de « réinstitutionalisation » (Abramson, 1972 ; Draine et al., 2008 ; Hiday, 1999 ; Kupers, 1999 ; Lamb et Weinberger, 1998 ; Priebe et al., 2005 ; Teplin, 1984).

L'impact des changements au Code criminel se fait sentir à plusieurs niveaux. Ces réformes ont d'une part engendré une croissance des évaluations de la responsabilité criminelle et des verdicts de non-responsabilité criminelle (NCR) partout à travers le Canada (Cardinal et Côté, 2003 ; Schneider et al., 2002). On note par ailleurs une plus grande hétérogénéité du type de délits commis par la « clientèle psycholégale ». En effet, une étude effectuée en Colombie-Britannique révèle que seulement 6,6 % des personnes déclarées NCR avaient commis un meurtre ou fait une tentative de meurtre, 36,4 %, des voies de fait, 22,5 %, des actes de nuisance et 11 %, des délits contre la propriété (Livingston et al., 2003). Le nombre de délits de survie dus à la pauvreté (par exemple, vols, manger sans payer, etc.) ont été souvent cités comme des raisons expliquant ce phénomène (Hiday, 1999 ; Lamb et al., 2002 ; Monahan, 1992).

On retrouve également en milieu correctionnel des pourcentages élevés de détenus des deux sexes atteints de troubles mentaux (Arboleda-Florez et al., 1995 ; Bland et al., 1998 ; Brinded et al., 2000 ; Brink et al., 2001 ; Daniel et al., 1988 ; Hodgins et Côté, 1990 ; Hyde et Seiter, 1987 ; Jordan et al., 1996 ; Motiuk et Porporino, 1992 ; Neighbors et al., 1987 ; Powell et al., 1997 ; Teplin, 1990, 1994 ; Teplin et al., 1996). De plus, les personnes jugées non criminellement responsables

pour troubles de santé mentale sont plus susceptibles de récidiver, d'être accusées formellement et de se retrouver en prison à plusieurs reprises, reproduisant ainsi le phénomène des « portes tournantes » (Baillargeon et al., 2009 ; Crocker et al., 2009). Au Québec, en milieu carcéral, la prévalence de troubles du spectre de la schizophrénie, de troubles bipolaires et de dépression majeure est respectivement de 2 à 7 fois, de 2 à 4 fois et de 4 à 7 fois celle observée dans la population générale (Hodgins et Côté, 1990).

Or, les établissements correctionnels sont des lieux où les problèmes de santé mentale sont susceptibles de s'aggraver. Non seulement les services psychiatriques offerts dans les prisons sont souvent insuffisants, voir inadéquats (Daigle et Côté, 2001 ; Daigle et al., 2006 ; Reed et Lyne, 2000 ; Smith et al., 2003), mais les conditions de détention (isolement, contention, etc.) peuvent exacerber les problèmes déjà présents, voire mener au décès des contrevenants. De fait, une étude indique que les problèmes de santé mentale constituent la première cause de morbidité dans les prisons britanniques (Birmingham, 2003). Des drames comme ceux de Justin Scott St-Aubin risquent de se reproduire si l'accès aux soins de santé mentale en milieu carcéral ne s'améliore pas de manière significative (Dionne, 2008).

### **Jurisprudence thérapeutique et programmes de déjudiciarisation**

La situation des personnes atteintes de troubles mentaux et criminalisées est un enjeu majeur et urgent auxquels les programmes de déjudiciarisation, tels les tribunaux de santé mentale tentent de répondre. Ces programmes se basent sur le principe de la jurisprudence thérapeutique (Hartford et al., 2004 ; Pound, 1942 ; Redlich et al., 2005 ; Schneider et al., 2007 ; Wexler, 1996 ; Wexler et Winick, 1992). Selon ce principe, la loi devrait être administrée et appliquée en tenant compte des causes sous-jacentes ayant contribué au contact de ces personnes avec la justice. L'hypothèse est que, dans le cas de délits liés à une problématique de santé mentale, la réponse traditionnelle du système de justice n'est ni la plus efficace ni la plus appropriée. Face à un accusé ayant des troubles mentaux, le principe de jurisprudence thérapeutique favorise non pas la détention, mais plutôt la prise en compte de la problématique de santé mentale au niveau des sanctions, des mesures d'encadrement et des services offerts, tels un suivi psychiatrique ou psychosocial, un soutien au niveau du logement ou de l'emploi, un traitement d'abus de substance, etc.

Les programmes de déjudiciarisation sont variés et en croissance (Hartford et al., 2004). En effet, au cours des vingt dernières années,

plusieurs types de programmes de déjudiciarisation ont émergé, notamment les programmes de déjudiciarisation pré-arrestation ou pré-accusation; les programmes de déjudiciarisation à la Cour, post-arrestation; et les tribunaux de santé mentale. Dans le premier cas, les services policiers utilisent leur pouvoir discrétionnaire afin d'éviter l'arrestation, avec ou sans la collaboration d'intervenants en santé mentale<sup>2</sup>. Le second mécanisme de déjudiciarisation se déploie à la Cour, avant l'audience, et implique habituellement que le procureur prenne la décision de ne pas poursuivre l'accusé (Steadman et al., 1995). La couronne peut plutôt décider de référer le contrevenant à un service spécialisé ou de faire une demande d'évaluation d'aptitude à subir son procès ou de responsabilité criminelle. Enfin, le troisième type de programme concerne les tribunaux de santé mentale qui œuvrent à la déjudiciarisation au sein même du système judiciaire. La prolifération de ces institutions aux États-Unis et au Canada incite plusieurs observateurs à présager qu'ils feront bientôt partie intégrante du droit psychiatrique (Acquaviva, 2005 ; Thomas, 2002).

### *Critiques de la jurisprudence thérapeutique et des programmes de déjudiciarisation*

Malgré l'enthousiasme qu'elle provoque, la jurisprudence thérapeutique ne fait pas l'unanimité. Ses détracteurs s'y opposent le plus souvent en raison de la difficulté de concilier les mandats juridiques et thérapeutiques (Haycock, 1994). L'accent sur la thérapie, les bénéfices pour les accusés et la collaboration entre les acteurs discréditeraient selon certains, le système de justice criminelle (Casey, 2004 ; Davis, 2003 ; Erickson et al., 2006 ; Slobogin, 1995). En réponse à ces critiques, les défenseurs des TSM affirment que c'est précisément cette approche collaborative centrée sur les besoins du contrevenant qui permet un traitement plus global et plus juste au sein de ces entités hybrides (Schneider et al., 2007). On peut toutefois s'interroger sur la façon d'organiser la collaboration multidisciplinaire du TSM afin d'assurer le respect des différents mandats du tribunal.

Deuxièmement, certains critiquent la nature potentiellement coercitive des programmes de déjudiciarisation qui imposeraient des traitements psychiatriques ou pharmaceutiques que les personnes auraient autrement refusés (Tyuse et Linhorst, 2005). Les partisans des TSM argumentent d'abord que le consentement éclairé et la participation volontaire constituent des éléments essentiels de ces tribunaux — les accusés peuvent choisir de faire face aux mêmes accusations criminelles et aux mêmes sanctions qui prévalent pour les citoyens qui

n'ont pas de troubles de santé mentale (Thompson et al., 2007). D'ailleurs, les études indiquent que le niveau de coercition perçu par les accusés dans des tribunaux tels les TSM, est très faible et que les contrevenants y évaluent leur traitement plus positivement que dans les tribunaux réguliers (O'Keefe, 2006 ; Poythress et al., 2002 ; Schneider et al., 2007 ; Poythress et al., 2002). D'autres observateurs soulignent que ces institutions sont avant tout des tribunaux adressant des délits criminels (Griffin et al., 2002), ce qui justifierait en soi une forme de coercition au nom de la sécurité publique. Les accusés choisissent néanmoins à quel système ils souhaiteront se plier : celui des procédures régulières ou celui des programmes des TSM. Quoi qu'il en soit, étant donné les problèmes de santé mentale des accusés et la nature mineure des délits, les TSM évitent habituellement les mesures coercitives (sanctions ou emprisonnement par exemple) (Griffin et al., 2002). La question plus spécifique du type de traitement offert aux contrevenants n'a cependant pas encore été étudiée et mériterait qu'on y prête attention dans des recherches ultérieures sur les TSM.

Troisièmement, certains détracteurs des TSM sont préoccupés par le risque qu'un tribunal réservé aux personnes atteintes de troubles mentaux contribue à augmenter la stigmatisation et la marginalisation déjà expérimentées par cette clientèle (Watson et al., 2000). Ils soutiennent que tout le système judiciaire devrait être réformé. Selon Schneider et al. (2007), il semble plus pratique et efficace de faire appel à un tribunal dévoué à ces questions en raison de la spécificité des besoins de la clientèle psycho-légale, qui bénéficie grandement des adaptations procédurales, logistiques, légales et thérapeutiques de ces TSM.

Finalement, dans le contexte de pénurie de ressources en santé mentale, certains observateurs se demandent si les services de déjudiciarisation favorisent les patients ayant posé des gestes criminels au détriment des autres (Wolff, 2002). Bien que cette critique identifie le cœur du problème, soit la pénurie de services, elle relève davantage du système de santé que des programmes de déjudiciarisation (Schneider et al., 2007). Ces programmes ont d'ailleurs pris naissance en raison de l'insuffisance des services et ne sont d'aucune utilité si les ressources vers lesquelles diriger les accusés sont manquantes (Lamb, 2009).

Malgré ces enjeux, la jurisprudence thérapeutique et les programmes de déjudiciarisation soulèvent un engouement croissant ; ils ont généré des approches novatrices menant au traitement plus équitable des contrevenants atteints de trouble de santé mentale. Parmi ces initiatives, les TSM visent à briser le cycle de délit et d'incarcération en



offrant des traitements et un soutien social dans la communauté (Acquaviva, 2005); ils visent aussi à réduire la stigmatisation en défendant l'autonomie des accusés (Hartford, 2007; Poythress et al., 2002). Les TSM constituent la dernière alternative de déjudiciarisation dans la trajectoire de plusieurs prévenus souffrant de trouble de santé mentale.

### ***Origine des TSM***

Le premier TSM a été fondé en 1997 dans le comté de Broward en Floride (Boothroyd et al., 2003; Christy et al., 2005), grandement inspiré par les « Drug Courts » américains<sup>3</sup>. Trois ans plus tard, le président Clinton signait un arrêt ministériel autorisant le développement d'une centaine de projets pilotes de TSM basés sur le modèle du comté de Broward (*America's Law Enforcement and Mental Health Project*, 106th Congress of the United States, 2000). Depuis, les TSM ont proliféré: on en compte maintenant plus de 150 aux États-Unis (Thompson et al., 2007) et une quinzaine au Canada.

### ***Éléments clefs des TSM***

Dans un effort d'harmonisation, McNeil et Binder (2007) proposent une définition fonctionnelle des TSM basée sur les éléments suivants: 1) un registre judiciaire distinct pour les accusés ayant des troubles de santé mentale; 2) un juge désigné; 3) une approche non adversative; 4) une participation volontaire; 5) un plan de traitement conçu sur mesure pour chaque individu et 6) la possibilité de retirer les accusations advenant la coopération du contrevenant.

Plus précisément, un TSM est caractérisé par un fonctionnement plus informel de ses audiences et ses procédures. Alors qu'un tribunal régulier est animé d'un esprit de confrontation et de punition (Schneider et al., 2007), le TSM se présente plutôt comme un « agent thérapeutique » (Lerner-Wren, 2000) qui, à travers des échanges non conflictuels vise à trouver la meilleure solution menant au rétablissement éventuel du contrevenant (Grudzinskas et al., 2005; Poythress et al., 2002). Le juge n'est pas perçu comme une autorité détachée, mais plutôt comme un acteur qui noue une alliance avec le candidat (Poythress et al., 2002; Steadman et Naples, 2005).

Le fonctionnement d'un TSM se base aussi sur la collaboration interdisciplinaire entre professionnels des champs juridiques et cliniques. Les équipes peuvent être composées de juges, d'avocats, de procureurs de la couronne, de médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, d'agents de liaison, criminologues, etc. (Grudzinskas

et Clayfield, 2004 ; Grudzinskas et al., 2005 ; Schneider et al., 2007). Afin d'assurer la collaboration interdisciplinaire, il est essentiel que tous les intervenants se familiarisent avec le langage, les outils et les valeurs des uns et des autres et comprennent leur rôle distinct dans le processus judiciaire (Hartford, 2007 ; Schneider et al., 2007).

Une autre particularité des TSM réside dans leur capacité de formuler des solutions personnalisées à chaque contrevenant. La collaboration de l'équipe multidisciplinaire permet de synthétiser des expertises légales et thérapeutiques et de configurer un programme qui prend en compte les particularités psychiatriques, psychosociales, criminelles ainsi que les ressources et besoins de chaque accusé (Goldkamp et Irons-Guynn, 2000).

Toutefois, les TSM varient énormément et il semble presque impossible d'en trouver deux identiques (Schneider et al., 2007). Un recensement récent de tous les TSM aux États-Unis permet d'identifier des axes de variations importantes selon les critères d'admissibilité, du processus d'admission, du programme proposé, des mécanismes de mise en application des programmes et des conséquences légales de la graduation du programme (National Alliance on Mental Illness, National Gains Center, Tapa Center, 2005). Les TSM visent tous cependant le même objectif : la déjudiciarisation des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale.

### ***Les TSM au Canada***

Le Canada a rapidement suivi les États-Unis, d'abord avec le Tribunal de Toronto en 1998, peu après celui du comté de Broward (Ormston, 2006 ; Schneider et al., 2007). Le TSM de Toronto est ouvert tous les jours de la semaine dans une salle attitrée ; des psychiatres et des intervenants en santé mentale sont disponibles sur les lieux pour évaluer l'état de la personne, renseigner les familles et faire le lien avec les services communautaires. Des infrastructures adaptées aux besoins de la clientèle ont été mises en place dans le but de réduire la détention, accélérer le processus et assurer la sécurité de la population (Schneider et al., 2007).

Il existe maintenant des tribunaux de santé mentale un peu partout au Canada. En mai 2009, on recense 14 TSM et 7 tribunaux en cours d'implantation dans diverses juridictions canadiennes. L'Ontario remporte la palme avec ses 11 tribunaux spécialisés. En plus du tribunal de Toronto, plusieurs autres institutions fonctionnent à temps partiel dans les villes de Brampton, Kitchener, London, Newmarket, Ottawa, Sudbury et Hamilton (Leroux 2008). De plus, Ottawa, London et

Oshawa ont mis sur pied des projets pilote de TSM à l'intention des adolescents (Butler 2008). Le Nouveau-Brunswick a pour sa part fondé le TSM de St-John<sup>4</sup> en 2000, suivi du Labrador et Terre-Neuve (Reiksts, 2008). Le Plan d'Accompagnement Justice et Santé Mentale (PAJ-SM) mis en œuvre à la Cour municipale de Montréal en mai 2008 est le premier tribunal de santé mentale au Québec (Provost 2007). Plusieurs autres provinces canadiennes en sont à diverses étapes de mise sur pied de leur TSM. Au printemps 2009, le TSM de Nouvelle-Écosse n'attendait plus que la fin des rénovations de la nouvelle salle pour débiter ses audiences à Halifax (Stewart 2009). Le Manitoba et la Nouvelle Écosse (Moulton, 2007) ainsi que la Colombie Britannique, le Yukon et le Nunavut ont entrepris les démarches ou examinent la possibilité de se doter d'un tel tribunal (Reiksts 2008). L'Alberta, sous l'initiative du juge A.H. Lefever, en est à implanter son tout premier TSM. Les TSM canadiens se distinguent de leurs voisins du sud puisqu'ils traitent principalement de délits mineurs et que des aveux de culpabilité ne sont pas toujours nécessaires pour intégrer un tel tribunal (Schneider et al., 2007).

### ***Le Plan d'Accompagnement Justice et Santé Mentale à Montréal (PAJ-SM)***

Pour répondre aux besoins de la clientèle de la Cour municipale, un projet pilote de tribunal de santé mentale, renommé PAJ-SM, a été lancé en 2008 pour une durée de trois ans, s'inspirant des TSM de Toronto et de St-Jean au Nouveau-Brunswick. Le projet est né sous l'initiative d'organismes communautaires<sup>5</sup>, du ministère de la Justice ainsi que du ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. La collaboration entre les intervenants des réseaux de la santé et correctionnel, du milieu communautaire ainsi que des instances judiciaires a permis d'élaborer un programme sur mesure, adapté aux besoins locaux et en continuité avec les services de déjudiciarisation déjà offerts à Montréal.

Le PAJ-SM, tel qu'il fonctionne après un an de mise en œuvre, répond aux critères fonctionnels définissant les TSM. Il s'adresse aux adultes aptes et criminellement responsables, qui font face à des accusations dites « mineures » à la Cour municipale, et qui présentent des troubles de santé mentale, ou co-occurents avec d'autres problématiques (par exemple, toxicomanie, déficience intellectuelle). Ce tribunal se caractérise par la présence d'une équipe multidisciplinaire réduite : un groupe restreint de juges, trois procureurs de la couronne, un agent de probation, un omnipraticien spécialisé en santé mentale,

deux agents de liaison pour la santé et les services sociaux, deux intervenants d'Urgence-psychosociale Justice (UPS-J Cour), ainsi qu'un avocat de l'aide juridique. Cette équipe permet de réduire le roulement d'intervenants en contact avec le prévenu et d'assurer un meilleur suivi.

Le PAJ-SM ne crée pas d'entité judiciaire parallèle, il offre plutôt, au sein même de la Cour municipale, un programme à caractère social à deux volets : le volet suivi et le volet liaison. Les contrevenants qui participent au volet suivi s'engagent envers la Cour, à respecter certaines conditions ; si le programme est complété avec succès, les accusations peuvent être retirées. Les contrevenants qui refusent de participer ou qui ne sont pas éligibles au volet suivi peuvent bénéficier des services du volet liaison du tribunal. Le volet liaison est moins intensif dans son suivi. Dans les deux volets, le PAJ-SM offre à chaque accusé un suivi continu et individualisé. La participation à ce programme est entièrement volontaire ; en tout temps, l'accusé peut exiger que son dossier soit retourné au tribunal régulier, tout en continuant de recevoir les services de santé et services sociaux. Une étude d'évaluation participative et formative est présentement en cours pour documenter le processus d'implantation et la première année de vie du programme PAJ-SM.

### **Impact et efficacité des TSM**

Les critères d'efficacité à prendre en compte dans l'évaluation des TSM comprennent : 1) le nombre de participants (référés au TSM, rencontrés, évalués et ayant complété le programme) ; 2) les services reçus par les participants au TSM (quantité, type, qualité, continuité) ; 3) les délais (entre les diverses demandes d'évaluation ou de prise en charge et les services) ; 4) l'impact sur la sécurité publique (arrestations, temps d'incarcération, récidives, etc.) et 5) la qualité de vie des participants (impact sur le fonctionnement, l'emploi, le logement, la santé mentale, les tentatives de suicide, etc.) (Council of State Governments, 2002). Aucune étude ne prend tous ces critères en compte, les recherches existantes sur les TSM sont de nature descriptive. Les rares études d'efficacité qui existent, toutes américaines, portent habituellement sur un seul tribunal à la fois (Steadman et Redlich, 2006). Cependant, l'ensemble des études soulignent plusieurs avantages à ce type de tribunaux autant pour les contrevenants que pour la population générale.

Le Tribunal du comté de Broward en Floride, le premier modèle du genre est sans aucun doute le plus étudié. Les évaluations de ce programme sont encourageantes : elles indiquent que le tribunal réduit considérablement le nombre de jours d'incarcération des personnes

(Christy et al., 2005) et facilite l'accès au traitement (Boothroyd et al., 2003). Néanmoins, les études sur l'impact clinique n'ont pas révélé de changements significatifs chez les accusés après 8 mois suivant la comparution devant le TSM (Boothroyd et al., 2005 ; Petrilá et al., 2001). Toutefois, Boothroyd et al. (2005) estiment que ces résultats reflètent à la fois la chronicité des maladies dont souffrent les contrevenants et l'échec du système de santé de leur prodiguer des traitements adéquats.

Le TSM du comté de Clark, fondé en 2000 au Nevada, a été le lieu d'une investigation plus spécifique de la récidive des participants (Herinckx et al., 2005b). Cette recherche a comparé l'histoire criminelle des participants un an avant leur entrée au tribunal et un an après. Les résultats sont probants : le taux de criminalité des participants chute de 400 % un an après leur intégration au tribunal. De plus, les délits liés aux bris de probation baissent de 62 %, et, 54 % des participants n'ont pas été arrêtés dans l'année suivant leur entrée au tribunal. L'absence de groupe témoin empêche néanmoins de conclure qu'il s'agit uniquement de l'effet du TSM. Aussi, l'auto-sélection des individus déterminés à changer leur comportement peut avoir biaisé les résultats.

D'autres études, limitées aussi par l'absence de groupe contrôle, indiquent des changements majeurs chez les contrevenants avant et après l'intégration au tribunal en terme d'impact positif sur l'accès au traitement et le fonctionnement psychosocial. On note aussi une diminution de la récidive, des cas d'itinérance, d'abus de substance et du nombre d'hospitalisation (O'Keefe, 2006 ; Trupin et Richards, 2003). Dans leur évaluation d'un TSM en Caroline du Nord, Moore et Hiday (2006) ont de leur côté choisi d'utiliser, comme groupe de comparaison, des contrevenants admissibles mais ayant été arrêtés un an avant l'existence d'un TSM. Leurs résultats démontrent une différence marquée entre les deux groupes au niveau de la récidive, inversement proportionnelle à l'intensité du contact avec le tribunal. Ces résultats importants sont néanmoins influencés par les différences démographiques et criminelles entre les participants TSM et ceux des groupes de comparaison.

La seule étude randomisée sur les TSM est celle de Cosden (2003 ; 2005), réalisée à Santa Barbara. Cette recherche a assigné des contrevenants à un TSM, à un suivi intensif dans la communauté ou à un tribunal régulier avec un traitement standard, soit des rencontres occasionnelles avec un agent de liaison. Les données démontrent qu'après un an, les participants du TSM ont commis moins de nouveaux délits que le groupe témoin (Cosden et al., 2003), et après deux ans, cette différence se maintient, bien qu'elle soit non significative (Cosden et al., 2005).

Sur le plan économique, une étude multi-site de la société RAND<sup>6</sup> (Ridgely et al., 2007) examine plus spécifiquement les coûts de traitement, de justice criminelle et d'assistance aux participants du TSM avec ceux d'un tribunal régulier. Les chercheurs observent que l'augmentation des coûts de services de santé est contrebalancée par la baisse des dépenses liées à l'incarcération. Les coûts nets restent donc similaires, mais les dépenses sont considérées plus judicieuses (Ridgely et al., 2007). Ces études préliminaires fournissent des indices de l'efficacité potentielle des TSM sur l'accès aux soins de santé et sur la récidive criminelle (Moore et Hiday, 2006). En ce qui concerne l'impact des TSM sur les différents indicateurs de fonctionnement ou de qualité de vie des contrevenants, des recherches longitudinales et plus détaillées sont nécessaires.

### ***Obstacles et limites des études d'efficacité***

Les résultats de ces études, bien qu'encourageants, sont toutefois limités par plusieurs facteurs dont des obstacles inhérents au sujet de recherche. Nous examinons ici quelques défis rencontrés dans l'évaluation d'une intervention complexe et dynamique, grandement influencée par les variations subjectives des multiples acteurs impliqués (Wolff et Pogorzelski, 2005).

D'abord, les TSM constituent des phénomènes mouvants et non standardisés (Steadman et al., 2001). Non seulement les interventions varient-elles énormément d'un site à l'autre (Erickson et al., 2006 ; Grudzinskas et al., 2005) et d'un participant à l'autre (Goldkamp et Irons-Guynn, 2000), ces institutions sont aussi en constante évolution (Belenko, 2002 ; Cosden et al., 2003 ; Hoffman, 2002). Il est difficile de mesurer l'effet d'une seule intervention en raison des modifications internes (structure, procédures, personnel) et des changements contextuels (disponibilité des soins de santé, politiques, perceptions du public, etc.) (Wolff et Pogorzelski, 2005). Pour ces raisons, les études d'efficacité des TSM devraient être effectuées une fois leur mise en œuvre terminée et les changements internes et contextuels devraient être documentés de manière à identifier leurs effets à moyen et long termes sur le fonctionnement de ces institutions (Wolff et Pogorzelski, 2005).

La difficulté d'établir un groupe témoin équivalent aux participants des TSM représente aussi un autre défi pour les chercheurs (Moore et Hiday, 2006). Si les variables sociodémographiques habituelles doivent être contrôlées, viennent s'ajouter les caractéristiques cliniques (diagnostic, comorbidité, sévérité) et criminologiques (type de crime, sévérité, antécédents criminels, etc.) des participants. Plus important

encore, la motivation à participer peut influencer les résultats de manière significative (Wolff et Pogorzelski, 2005). Les hauts taux d'attrition auprès de cette clientèle compliquent aussi la comparaison à long terme (Lamb et al., 1996). Pour pallier ce problème, certains chercheurs ont utilisé des accusés éligibles comme groupe témoin mais évalués avant la mise en place du TSM (Gurrera, 2007); des contrevenants de tribunaux réguliers; des accusés ayant refusé de participer au programme (Petrila et al., 2001); ou des accusés d'une autre juridiction n'ayant pas accès à un TSM (Belenko, 2002; Boothroyd et al., 2003). D'autres ont plutôt suivi l'évolution du dossier criminel des participants, un an avant et un an après leur adhésion au programme (Herinckx et al., 2005a). Plusieurs préfèrent les essais randomisés et contrôlés à ces stratégies aux divers écueils, et ce malgré leurs limites, dont des risques d'attrition différents à court et long terme selon l'assignation (Wolff et Pogorzelski, 2005).

Un troisième enjeu concerne la définition des indicateurs de « succès » et la manière la plus juste de le mesurer (Trupin et Richards, 2003; Wolff et Pogorzelski, 2005). La criminalisation et l'impact clinique varient énormément selon le type de mesure, la fréquence, le temps écoulé depuis l'entrée au tribunal et l'évaluation de l'efficacité sur l'accès aux services. Le financement inadéquat de ce secteur vient s'ajouter à ces défis méthodologiques, logistiques et conceptuels (Schneider et al., 2007; Steadman et al., 2005). Par ailleurs, même les recherches d'efficacité les plus sérieuses ont souvent une portée limitée puisqu'elles ne portent que sur un TSM ancré dans un contexte social, politique et juridique spécifique (Wolff et Pogorzelski, 2005).

Pour palier ces obstacles, Wolff et Pogorzelski (2005) ont proposé que ces études empruntent des méthodologies propres aux évaluations d'interventions complexes. Les auteurs suggèrent un modèle conceptuel qui prend en compte l'aspect dynamique et multidimensionnel des TSM, ainsi que l'influence de leurs particularités internes et contextuelles sur leur fonctionnement. Le modèle d'étude serait idéalement randomisé et contrôlé en fonction des variables susceptibles de faire fluctuer les résultats qui devraient être colligés dans le temps, durant et après l'intervention pour en évaluer la durabilité de leur impact. Enfin, une étude qualitative est nécessaire pour mieux comprendre la dynamique interne du tribunal et l'influence exercée par le contexte extérieur sur ce dernier. À la lumière des investigations sur les TSM, il semble que l'évaluation de leur efficacité représente un défi coûteux, mais réalisable et important si l'on souhaite répondre adéquatement au problème de criminalisation des personnes ayant un problème de santé mentale.

## **Conclusion**

Bien que les TSM soient relativement jeunes, les quelques études sur leur capacité à déjudiciariser les personnes atteintes de troubles mentaux sont prometteuses en termes d'impact sur les taux de récidives, la sévérité des délits et la sécurité publique. Des recherches plus approfondies sont nécessaires afin d'examiner des enjeux uniques à la jurisprudence thérapeutique et aux TSM. De plus, il importe de se pencher sur la définition de critères opérationnels qui encadrent les TSM (Christy et al., 2005), puisque l'absence de tels repères rend l'évaluation et la comparaison difficile. D'autre part, il est crucial de développer des études longitudinales sur l'évolution tant juridique que clinique de la clientèle psycho-légale en tenant compte de la complexité des réseaux institutionnels et la disponibilité des services.

Plusieurs s'entendent pour dire que le système judiciaire n'est pas le pourvoyeur idéal de services de santé mentale et que les TSM ne constituent pas une panacée, ils n'offrent qu'une possibilité de déjudiciarisation parmi d'autres alternatives. Les problèmes d'accessibilité aux soins de santé mentale et de l'adéquation des services aux multiples problématiques présentées doivent être abordés. Tout programme de déjudiciarisation est d'ailleurs limité si les services vers lesquels diriger les personnes sont insuffisants ou inadéquats (Lamb, 2009). Ces initiatives s'avèrent particulièrement pertinentes et urgentes en cette époque de durcissement des politiques à l'égard des comportements délinquants et criminels (Draine et al., 2008 ; Garland, 2001 ; Gottschalk, 2006 ; Whitman, 2003).

Plusieurs questions concernant les TSM demeurent toutefois en suspens. Par exemple, pour qui ces institutions sont-elles plus efficaces, et pour quoi ? Qu'en est-il des contrevenants jugés trop « difficiles » par les TSM et les autres mécanismes de déjudiciarisation (Draine et al., 2008 ; Tyuse et Linhorst, 2005) ? Les « cas » les plus ardues pourraient être précisément ceux qui impliquent les personnes les plus vulnérables. L'accès aux soins demeure un enjeu de taille au chapitre des droits de ces personnes et on peut se demander si la protection de leurs droits en termes de liberté et d'autonomie est suffisante. Cette protection ne devrait-elle pas inclure les droits sociaux et économiques ? Si l'objectif est réellement de prévenir en amont la judiciarisation des personnes atteintes de troubles mentaux, il est essentiel de se pencher sur les problèmes de stigmatisation, de violence structurelle et d'exclusion sociale de ces personnes (Farmer, 1999 ; Weisstub et Arboleda-Flórez, 2006).

Entre temps, des mesures doivent être mises en place afin d'éviter des drames tels que celui de Justin Scott St-Aubin et de sa famille, et



d'autres personnes qui vivent une situation similaire. Le Plan d'Accompagnement Justice et Santé Mentale à la Cour municipale de Montréal, premier en son genre au Québec, vise à contribuer à la décriminalisation de la clientèle dite psycho-légale de sa juridiction. Toutefois, ce tribunal ne peut répondre que de manière imparfaite et temporaire à des besoins qui exigent des solutions globales et concertées. Comparativement aux États-Unis, le Canada accuse un certain retard en matière de psychiatrie légale et de jurisprudence thérapeutique. Il est à souhaiter que les recherches futures et les initiatives liées aux programmes de déjudiciarisation au Québec puissent identifier des pistes justes et efficaces, non seulement en matière de traitement judiciaire des personnes ayant un trouble mental, mais aussi au chapitre de la prévention de leur criminalisation et de l'accès aux soins de santé mentale de deuxième et troisième ligne.

## Notes

1. Les nouvelles dispositions du Code criminel engendrent l'emploi d'une nouvelle terminologie de «non-responsabilité criminelle pour cause de troubles de santé mentale» (NCR) remplaçant l'ancienne terminologie d'acquiescement pour cause d'«aliénation mentale». Cette nouvelle terminologie ne constitue ni un verdict de culpabilité ni d'un verdict d'acquiescement; par cette défense, on reconnaît plutôt qu'une personne qui commet un acte criminel alors qu'elle est atteinte de troubles mentaux ne doit pas être tenue criminellement responsable de ses actes ou de ses omissions de la même manière qu'une personne saine d'esprit. Cependant, cette même personne n'a pas automatiquement droit à une libération inconditionnelle. Afin d'empêcher que la personne ne pose d'autres actes criminels dangereux pour elle-même ou pour la société, le législateur peut exercer sa compétence en droit criminel en restreignant la liberté de cette personne, à travers les Commissions d'examen qui réévaluent annuellement le risque que posent les accusés. *Winko v. British Columbia (Forensic Psychiatric Institute)* [1999] 2 S.C.R. 625.
2. Ces programmes sont nombreux. Certaines juridictions comme la Californie, Vancouver, Calgary ont adopté le modèle des Équipes d'Intervention de Crise (Borum, 2000); San Diego et Hamilton travaillent avec une Équipe d'Urgence Psychiatrique (Council of State Governments, 2002); Santa Fe, London (Ontario), Gatineau et Halifax ont plutôt choisi l'Équipe de Crise Mobile basé sur le modèle élaboré à Memphis au Tennessee (Steadman et al., 2000). À Montréal, les intervenants d'Urgence Psychosociale-Justice interviennent tant dans la collectivité qu'à la cour et au Palais de Justice afin de réduire la judiciarisation (Morin et al., 2000). L'équipe offre un service clinique conseil aux policiers ainsi qu'aux juges, aux procureurs et aux avocats de la défense dans

l'orientation clinique et légale des accusés. À Québec, le Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH : [www.infopech.org](http://www.infopech.org)) travaille également auprès des personnes ayant des problématiques multiples afin d'éviter la judiciarisation.

3. Les « Drug Courts » aux États-Unis visent à répondre aux problématiques particulières des contrevenants toxicomanes (Erickson et al., 2006). On en dénombre maintenant plus de 1820 en Amérique du Nord, fondés en grande partie sur des procédures standards définies par la National Association of Drug Courts Professionals (Steadman et Naples, 2005). Les « Drug Courts » offrent aux accusés un suivi ancré dans la collectivité, supervisé par un tribunal, et ont comme double objectif de réduire la récidive et l'incarcération tout en maintenant la sécurité de la population (Tyuse et Linhorst, 2005). Les TSM se basent sur des mécanismes de fonctionnement interne, de consultation multidisciplinaire et d'encadrement similaires pour assurer la prise en charge du contrevenant (Grudzinskas et Clayfield, 2004 ; Tyuse et Linhorst, 2005).
4. <http://www.mentalhealthcourt-sj.com/summary.html>
5. Il s'agit de la fondation EJLB, la Fondation des maladies mentales et la Société québécoise de schizophrénie.
6. Les sites sont : le comté Broward (Floride) ; le comté Clark (Nevada) ; Seattle, Washington ; Brooklyn, New York ; la Caroline du Nord ; Santa Barbara, la Californie.

## Références

- ABRAMSON, M. F., 1972, The criminalization of mentally disordered behavior : Possible side-effect of a New Mental Health Law, *Hospital and Community Psychiatry*, 23, 4, 13-17.
- ACQUAVIVA, G. L., 2005, Mental Health Courts : No Longer Experimental, *Seton Hall Law Review*, 971, 36.
- AMERICA'S LAW ENFORCEMENT AND MENTAL HEALTH PROJECT, 2000, 106th Congress of the United States, 2nd Sess.
- APPELBAUM, P. S., 1994, *Almost a Revolution, Mental Health Law and the Limits of Change*, Oxford University Press.
- ARBOLEDA-FLOREZ, J., 2004, On the evolution of mental health systems, *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 5, 377-380.
- ARBOLEDA-FLOREZ, J., LOVE, E. J., FICK, G., O'BRIEN, K., HASHMAN, K., ADERIBIGBE, Y. A., 1995, An epidemiological study of mental illness in a remanded population, *International Medical Journal*, 2, 2, 113-126.

- ARBOLEDA-FLÓREZ, J., WEISSTUB, D. N., 2006, Psychiatrie médico-légale. Envergure, responsabilités éthiques et conflits de valeurs, *Santé mentale au Québec*, 31, 2, 193-213.
- BAILLARGEON, J., BINSWANGER, I. A., PENN, J. V., WILLIAMS, B. A., MURRAY, O. J., 2009, Psychiatric disorders and repeat incarcerations : the revolving prison door, *American Journal of Psychiatry*, 166, 103-109.
- BASSUK, E. L., GERSON, S., 1991, Deinstitutionalization and mental health services, *Scientific American*, 238, 2, 46-53.
- BELENKO, S., 2002, The challenges of conducting research in drug treatment court settings, *Substance Use and Misuse*, 37, 1635-1664.
- BIRMINGHAM, L., 2001, Diversion from custody, *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 198-207.
- BIRMINGHAM, L., 2003, The mental health of prisoners, *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 3, 191-201.
- BLAND, R. C., NEWMAN, S. C., THOMPSON, A. H., DYCK, R. J., 1998, Psychiatric disorders in the population and in prisoners, *International Journal of Law and Psychiatry*, 21, 3, 273-279.
- BOOTHROYD, R. A., MERCADO, C. C., POYTHRESS, N. G., CHRISTY, A., PETRILA, J., 2005, Clinical Outcomes of Defendants in Mental Health Court, *Psychiatric Services*, 56, 7, 829-834.
- BOOTHROYD, R. A., POYTHRESS, N. G., MCGAHA, A., PETRILA, J., 2003, The Broward Mental Health Court : process, outcomes, and service utilization, *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 55-71.
- BORUM, R., 2000, Improving high risk encounters between people with mental illness and the police, *Journal of the American Academy for Psychiatry and the Law*, 28, 332-337.
- BRINDED, P. M. J., SIMPSON, A. I. F., LAIDLAW, T. M., FAIRLEY, N., MALCOM, F., 2000, Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons : a national study, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 166-173.
- BRINK, J. H., DOHERTY, D., BOER, A., 2001, Mental disorder in federal offenders : A Canadian prevalence study, *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 339-356.
- BUTLER, D., 2008, Mental health court proves a huge success, *Ottawa Citizen*.
- CANADIAN CHARTER OF RIGHTS AND FREEDOMS, 1982, Consitution Act B.
- CARDINAL, C., CÔTÉ, G., 2003, *La clientèle psychiatrie-justice au Centre de détention Rivières-des-Prairies et à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal*, Centre de Recherche de l'Institut Philippe Pinel de Montréal.

- CASEY, T., 2004, When good intentions are not enough : problem-solving court and the impending crisis of legitimacy, *Southern Methodist University Law Review*, 57, 4, 1459.
- CHRISTY, A., POYTHRESS, N. G., BOOTHROYD, R. A., PETRILA, J., MEHRA, S., 2005, Evaluating the efficiency and community safety goals of the Broward County Mental Health Court, *Behavioral Sciences and the Law*, 23, 2, 227-243.
- COSDEN, M., ELLENS, J. K., SCHENELL, J. L., YAMINI-DIOUF, Y., WOLFE, M. M., 2003, Evaluation of a mental health treatment court with assertive community treatment, *Behavioral Sciences and the Law*, 21, 415-427.
- COSDEN, M., ELLENS, J. K., SCHNELL, J., YAMINI-DIOUF, Y., 2005, Efficacy of a mental health treatment court with assertive community treatment, *Behavioral Sciences and the Law*, 23, 2, 199-214.
- CÔTÉ, G., HODGINS, S., 1990, Co-occurring mental disorder among criminal offenders, *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 18, 271-281.
- COUNCIL OF STATE GOVERNMENTS, 2002, *Criminal justice/Mental Health Consensus Project*, Council of State Governments.
- CROCKER, A. G., HARTFORD, K., HESLOP, L., 2009, Gender and police encounters : A comparison of individuals with and without mental illness, *Psychiatric Services*, 60, 1, 86-93.
- DAIGLE, M., CÔTÉ, G., 2001, Suicides et troubles mentaux chez des hommes incarcérés : faut-il en appeler à une prise en charge communautaire ? *Criminologie*, 34, 2, 103-122.
- DAIGLE, M. S., LABELLE, R., COTE, G., 2006, Further evidence of the validity of the Suicide Risk Assessment Scale for prisoners, *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 5, 343-354.
- DANIEL, A. E., ROBINS, A. J., REID, J. C., WILFLEY, D. E., 1988, Lifetime and six-month prevalence of psychiatric disorders among sentenced female offenders, *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 16, 4, 333-342.
- DAVIS, W. N., 2003, Special problem for specialty courts, *American Bar Association Journal*, 89, 32-37.
- DIONNE, P. G., 2008, *Rapport d'investigation du coroner : Dossier de Justin Scott St-Aubin — Rapport no. A-305857*, Bureau du Coroner.
- DITTON, P. M., 1999, *Mental Health and Treatment of Inmates and Probationers*, U.S. Department of Justice.

- DRAINE, J., WILSON, A. B., POGORZELSKI, W., 2008, Limitations and potential in current research on services for people with mental illness in the criminal justice system, *Journal of Offender Rehabilitation*, 45, 3, 159-177.
- ERICKSON, S. K., CAMPBELL, A., LAMBERTI, J. S., 2006, Variations in mental health courts: Challenges, opportunities, and a call for caution, *Community Mental Health Journal*, 42, 4, 335-344.
- FARMER, P., 1999, Pathologies of Power: Rethinking health and human rights, *American Journal of Public Health*, 89, 10, 1486-1496.
- FAZEL, S., 2002, Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359, 545-550.
- GARLAND, D. L., 2001, *The Culture of Control: Crime and Social Order in Contemporary Society*, University of Chicago Press.
- GOLDKAMP, J. S., IRONS-GUYN, C., 2000, *Emerging Judicial Strategies for the Mentally Ill in the Criminal Caseload: Mental Health Courts in Fort Lauderdale*, Seattle, San Bernardino, and Anchorage, Crime and Justice Research Institute, Washington, D.C.
- GOTTSCHALK, M., 2006, *The Prison and the Gallows: The Politics of Mass Incarceration in America*, Cambridge University Press, New York.
- GRIFFIN, P. A., STEADMAN, H. J., PETRILA, J., 2002, The use of criminal charges and sanctions in mental health courts, *Psychiatric Services*, 53, 10, 1285-1289.
- GRUDZINSKAS, A. J. J., CLAYFIELD, J. C., 2004, Mental health courts and the lesson learned in juvenile court, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32, 3, 223-227.
- GRUDZINSKAS, A. J. J., CLAYFIELD, J. C., ROY-BUJNOWSKI, K. M., FISHER, W. H., RICHARDSON, M. H., 2005, Integrating the criminal justice system into mental health service delivery: the Worcester diversion experience, *Behavioral Sciences and the Law*, 23, 2, 277-293.
- GURRERA, M. M., 2007, *An Evaluation of a Mental Health Court: Process, Procedure, and Outcome*, North Carolina State University.
- HARTFORD, K., 2007, *Diversion Project for People with Concurrent Disorders*, Lawson Health Research Institute.
- HARTFORD, K., S., D., DOBSON, C., DYKENAM, C., FURHAM, B., HANBIDGE, J., 2004, *Evidence-based Practices in Diversion Programs for Persons with Serious Mental Illness who are in Conflict with the Law: Literature Review and Synthesis*, Ontario Mental Health Foundation and Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.

- HAYCOCK, J., 1994, Speaking truth to power: Rights, therapeutic jurisprudence, and the Massachusetts mental health law, *New England Journal of Criminal and Civil Confinement*, 20, 301-320.
- HERINCKX, H. A., SWART, S. C., AMA, S. M., DOLEZAL, C. D., KING, S., 2005a, Re-arrest and linkage to mental health services among clients of the Clark County mental health court program, *Psychiatric Services*, 56, 7, 853-857.
- HERINCKX, H. A., SWART, S. C., AMA, S. M., DOLEZAL, C. D., KING, S., 2005b, Re-arrest and linkage to mental health services among clients of the Clark County mental health court program, *Psychiatric Services*, 56, 7, 853-857.
- HIDAY, V. A., 1999, Mental illness and the criminal justice system, in Horowitz, A., and Scheid, T.L., eds., *A Handbook of Mental Health*, Cambridge University Press.
- HODGINS, S., CÔTÉ, G., 1990, Prévalence des troubles mentaux chez les détenus des pénitenciers du Québec, *Santé mentale au Canada*, 38, 1, 1-5.
- HOFFMAN, M. B., 2002, The Denver drug court and its unintended consequences, in Nolan, J.L., ed., *Drug Courts: In Theory and in Practice*, Aldine de Gruyter, New York, 67-88.
- HYDE, P. S., SEITER, R. P., 1987, *The Prevalence of Mental Illness among Inmates in the Ohio Prison System*, Department of Mental Health, Ohio Department of Rehabilitation and Correction.
- JORDAN, B. K., SCHLENGER, W. E., FAIRBANK, J. A., CADELL, J. M., 1996, Prevalence of Psychiatric Disorders among incarcerated women: II, Convicted felons entering prison, *Archives of General Psychiatry*, 53, 513-519.
- KONRAD, N., 2002, Prisons as new asylums, *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 583-587.
- KUPERS, T. A., 1999, *Prison Madness: the Mental Health Crisis behind Bars and what we Must Do About It* (1st ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- LAMB, H. R., 2009, Reversing criminalization, *American Journal of Psychiatry*, 166, 8-10.
- LAMB, R. H., WEINBERGER, L. E., 1998, Persons with severe mental illness in jails and prisons: A review, *Psychiatric Services*, 49, 4.
- LAMB, R. H., WEINBERGER, L. E., DECUIR, W. J., 2002, The police and mental health, *Psychiatric Services*, 53, 10, 1266-1271.

- LAMB, R. H., WEINBERGER, L. E., RESTON-PARHAM, C., 1996, Court intervention to address the mental health needs of mentally ill offenders, *Psychiatric Services*, 47, 3, 275-281.
- LERNER-WREN, G., 2000, *Broward's Mental Health Court: An Innovative Approach to the Mentally Disabled in the Criminal Justice System*, The National Center for State Courts, Williamsburg, VA.
- LEROUX, C. L., 2008, *A Behind-the-Scenes Examination of the Kitchener Mental Health Court: The Diversion of Persons with Mental Disorders*, MA Thesis, University of Waterloo, Ontario.
- LIVINGSTON, J. A., WILSON, D., TIEN, G., 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.
- MCNIEL, D. E., BINDER, R. L., 2007, Effectiveness of a Mental Health Court in Reducing Criminal Recidivism and Violence, *American Journal of Psychiatry*, 164, 9, 1395-1403.
- MONAHAN, J., 1992, Mental disorder and violent behavior: Perceptions and evidence, *American Psychologist*, 47, 4, 511-521.
- MOORE, M. E., HIDAY, V. A., 2006, Mental health court outcomes: a comparison of re-arrest and re-arrest severity between mental health court and traditional court participants, *Law and Human Behavior*, 30, 6, 659-674.
- MORIN, D., LANDREVILLE, P., LABERGE, D., 2000, Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale: le modèle de l'Urgence psychosociale-justice, *Criminologie*, 33, 2, 81-107.
- MORRISEY, J. P., FOLDMAN, H. H., 1981, The enduring asylum, *International Journal of Law and Psychiatry*, 4, 13-34.
- MOTIUK, L. L., PORPORINO, F. J., 1992, *The Prevalence, Nature and Severity of Mental Health Problems among Federal Male Inmates in Canadian Penitentiaries*, Correctional Service of Canada.
- MOULTON, D., 2007, Mental health courts gain popularity across Canada, *Lawyers Weekly*, 28, 12.
- NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNESS, NATIONAL GAINS CENTER, TAPA CENTER, 2005, *Criminal Justice/Mental Health Consensus, Project: Survey of Mental Health Courts*, Arlington, VA.
- NEIGHBORS, H. W., WILLIAMS, D. H., GUNNINGS, T. S., LIPSCOMB, W. D., BROMAN, C., LEPKOWSKI, J., 1987, *The Prevalence of Mental Disorder in Michigan Prisons*, Michigan State University.

- O'KEEFE, K., 2006, *The Brooklyn Mental Health Court Evaluation: Planning, Implementation, Courtroom Dynamics and Participant Outcome*, Center for Court Innovation, New York.
- ORMSTON, E. F., 2006, Specialized courts in Canada: Mental health court in Ontario, *Provincial Judges' Journal*, 29, 1, 34-35.
- PETRILA, J., POYTHRESS, N. G., MCGAHA, A., BOOTHROYD, R., 2001, Preliminary observations from an evaluation of the Broward county mental health court, *Court Review*, 14-22.
- POGREBIN, M. R., POOLE, E. D., 1987, Deinstitutionalization and increased arrest rates among the mentally disordered, *Journal of Psychiatry and Law*, 15, 1, 117-127.
- POUND, R., 1942, *Social Control through Law*, Transaction Publishers, London.
- POWELL, T. A., HOLT, J. C., FONDACARO, K. M., 1997, The prevalence of mental illness among inmates in a rural state, *Law and Human Behavior*, 21, 4, 427-438.
- POYTHRESS, N. G., PETRILA, J., MCGAHA, A., BOOTHROYD, R., 2002, Perceived coercion and procedural justice in the Broward mental health court, *International Journal of Law and Psychiatry*, 25, 1-17.
- PRIEBE, S., BADESCONYI, A., FIORITTI, A., HANSSON, L., REINHOLD, K., 2005, Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries, *British Medical Journal*, 330, 123-126.
- REDLICH, A. D., STEADMAN, H., MONAHAN, J., PETRILA, J., GRIFFIN, P. A., 2005, The second generation of mental health courts, *Psychology, Public Policy, and Law*, 11, 4, 527-538.
- REDLICH, A. D., STEADMAN, H. J., MONAHAN, J., ROBBINS, P. C., PETRILA, J., 2006, Patterns of practice in mental health courts: A national survey, *Law and Human Behavior*, 30, 3, 347-362.
- REED, J. L., LYNE, M., 2000, Inpatient care of mentally ill people in prison: results of a year's programme of semistructured inspections, *British Medical Journal*, 320, 1031-1034.
- REIKSTS, M., 2008, *Mental Health Courts in Canada*, LawNow.
- RIDGELY, S. M., ENGBERG, J., GREENBERG, D. M., TURNER, S., DEMARTINI, C., DEMBOSKY, J. W., 2007, *Justice, Treatment and Cost: An Evaluation of the Fiscal Impact of Allegheny County Mental Health Court*, Rand Corporation, Santa Monica, CA.



- SCHNEIDER, R. D., BLOOM, H., HEREEMA, M., 2007, *Mental Health Courts : Decriminalizing the Mentally Ill*, Irwin Law, Toronto.
- SCHNEIDER, R. D., FORESTELL, M., MACGARVIE, S., 2002, *Statistical Survey of Provincial and Territorial Review Boards*, Department of Justice Canada.
- SLOBOGIN, C., 1995, Therapeutic jurisprudence five dilemmas to ponder, *Psychology, Public Policy and Law*, 1, 1, 193-219.
- SMITH, S. S., BAXTER, V. J., HUMPHREYS, M. S., 2003, Psychiatric treatment in prison : A missed opportunity ? *Medicine, Science and the Law*, 43, 2, 122-126.
- STEADMAN, H. J., DAVIDSON, S., BROWN, C., Mental health courts : Their promise and unanswered questions, *Psychiatric Services*, 52, 4, 457-458.
- STEADMAN, H. J., DEANE, M. W., BORUM, R., MORRISSEY, J. P., 2000, Comparing outcomes of major modes of police responses to mental health emergencies, *Psychiatric Services*, 51, 645-649.
- STEADMAN, H. J., MORRIS, S. M., DENNIS, D. L., 1995, The diversion of mentally ill persons from jails to community-based services : A profile of programs, *American Journal of Public Health*, 85, 12, 1630-1635.
- STEADMAN, H. J., NAPLES, M., 2005, Assessing the effectiveness of jail diversion programs for persons with serious mental illness and co-occurring substance use disorders, *Behavioral Sciences and the Law*, 23, 2, 163-170.
- STEADMAN, H. J., REDLICH, A. D., 2006, *An Evaluation of the Bureau of Justice Assistance Mental Health Court Initiative*, Bureau of Justice Assistance.
- STEADMAN, H. J., REDLICH, A. D., GRIFFIN, P., PETRILA, J., MONAHAN, J., 2005, From referral to disposition : case processing in seven mental health courts, *Behavioral Sciences and the Law*, 23, 2, 215-226.
- STEWART, J., 2009, N.S. mental health court on hold, *The Chronicle Herald*, march 10.
- TEPLIN, L. A., 1984, Criminalizing mental disorder : The comparative arrest rate of the mentally ill, *American Psychologist*, 39, 7, 794-803.
- TEPLIN, L. A., 1990, The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees : Comparison with the epidemiologic catchment area program, *American Journal of Public Health*, 80, 6, 663-669.
- TEPLIN, L. A., 1994, Psychiatric and substance abuse disorders among male urban jail detainees, *American Journal of Public Health*, 84, 2, 290-293.
- TEPLIN, L. A., ABRAM, K. M., MCCLELLAND, G. M., 1996, Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women : I. Pretrial jail detainees, *Archives of General Psychiatry*, 53, 505-512.

- THOMAS, S. P., 2002, The mental health court: an idea whose time has come, *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 8, 733.
- THOMPSON, M. F., OSHER, F., TOMASINI-JOSHI, D., 2007, *Improving Responses to People with Mental Illnesses. The Essential Elements of a Mental Health Court*, Bureau of Justice Assistance, New York.
- TRUPIN, E. W., RICHARDS, H., 2003, Seattle's mental health courts: early indicators of effectiveness, *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 33-53.
- TYUSE, S. W., LINHORST, D. M., 2005, Drug courts and mental health courts: *Implications for social work, Health and Social Work*, 30, 3, 233-240.
- WATSON, A., LUCHINS, D., HANRAHAN, P., HEYRMAN, M. J., LURIGIO, A. J., 2000, Mental health court: Promises and limitations, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 28, 476-482.
- WEISSTUB, D. N., ARBOLEDA-FLÓREZ, J., 2006, Les droits en santé mentale au Canada: une perspective internationale, *Santé mentale au Québec*, 31, 1, 19-46.
- WEXLER, D., 1996, Therapeutic jurisprudence in clinical practice, *The American Journal of Psychiatry*, 153, 4, 453-455.
- WEXLER, D., WINICK, B. J., 1992, Therapeutic jurisprudence and criminal justice mental health issues, *Mental and Physical Disability Law Reporter*, 16, 2, 225-231.
- WHITMAN, J., 2003, *Harsh Justice*, Oxford University Press.
- WILLIAMS, D. H., BELLIS, E. C., WELLINGTON, S. W., 1980, Deinstitutionalization and social policy: Historical perspectives and present dilemmas, *American Journal of Orthopsychiatry*, 50, 1, 54-64.
- WOLFF, N., POGORZELSKI, W., 2005, Measuring the effectiveness of mental health courts, *Psychology, Public Policy and Law*, 11, 539-569.

## **ABSTRACT**

### **Mental health courts: Therapeutic jurisprudence in action**

In Québec, as elsewhere in North America, psychiatric deinstitutionalization, lack of community mental health resources as well as legislative changes to civil and criminal codes have led to an increased probability that individuals with a mental illness come into contact with the criminal justice system. Based on the principle of therapeutic jurisprudence, mental health courts constitute emerging diversion programs, taking place within the court, implemented to offer an alternative to

incarceration for individuals with a mental illness. This article offers a critical synthesis of the scientific literature on the topic. The authors first present the context in which mental health courts were developed; describe their objectives and functioning; and introduce the Montreal Mental Health Court pilot project, renamed PAJ-SM (Plan d'Accompagnement Justice et Santé) the first of its kind in Québec. The paper examines the research on mental health courts and tackles some of the stakes of diversion programs. The challenges and limits inherent to specialized courts are discussed as well as methodological obstacles related to the study of these complex intervention programs. The authors conclude that mental health courts offer promising intervention venues, but that they do not constitute a panacea to resolving all issues related to the contact of mentally ill individuals with the justice system. Mental health courts must be accompanied by other intervention strategies for persons with mental health problems at all stages of the criminal justice process.

## RESUMEN

### **Los Tribunales de Salud Mental: desjudicialización y jurisprudencia terapéutica**

En Quebec, como en otras partes de América, la desinstitutionalización, la falta de recursos y de servicios comunitarios de salud mental así como los cambios legislativos han contribuido al aumento en las probabilidades de que las personas con trastornos mentales tengan altercados con la justicia. Basados en los principios de jurisprudencia terapéutica, los tribunales de salud mental constituyen un tipo de programa de desjudicialización emergente puesto en marcha con el propósito de ofrecer alternativas al encarcelamiento de estas personas. Este artículo presenta una síntesis crítica de la literatura científica sobre el tema. Los autores exponen primero el contexto psicolegal en el que han surgido estas entidades judiciales, describen su funcionamiento y sus objetivos y esbozan el cuadro del proyecto piloto del Tribunal de Salud Mental de Montreal, el primero en su género en Quebec. El artículo examina los estudios de eficacia de estas instituciones y aborda las cuestiones de los programas de desjudicialización. Se discuten los retos y los límites inherentes a los tribunales especializados y las investigaciones que les conciernen, así como ciertas alternativas tanto a nivel de la intervención como de los métodos de investigación. Los autores concluyen que si bien los Tribunales de salud mental ofrecen pistas prometedoras, no constituyen la panacea de los problemas complejos situados en la interfaz de la salud mental y la justicia; deben estar

acompanhados de otras medidas paralelas al proceso judicial para responder a las necesidades de las personas con problemas de salud mental.

## **RESUMO**

### **Tribunais de saúde mental: desjudiciarização e jurisprudência terapêutica**

No Quebec, como em outras regiões na América, a desinstitucionalização, a falta de recursos e de serviços comunitários de saúde mental, além das mudanças legislativas contribuíram para um aumento das probabilidades que as pessoas que sofrem transtornos mentais tenham problemas com a justiça. Baseado em princípios de jurisprudência terapêutica, os tribunais de saúde mental constituem um tipo de programa de desjudiciarização emergente criado com o objetivo de oferecer alternativas ao encarceramento destas pessoas. Este artigo apresenta uma síntese crítica da literatura científica sobre o assunto. Os autores expõem primeiramente o contexto psico-jurídico no qual surgiram estas entidades judiciárias, descrevem seu funcionamento e seus objetivos e mostram um quadro do projeto-piloto do Tribunal da Saúde Mental de Montreal, primeiro no gênero no Quebec. O artigo examina os estudos de eficácia destas instituições e trata dos desafios dos programas de desjudiciarização. Os desafios e os limites inerentes aos tribunais especializados e a pesquisa que os interessa são discutidos, assim como algumas alternativas tanto ao nível da intervenção quanto aos métodos de pesquisa. Os autores concluem que se os tribunais de saúde mental oferecem pistas promissoras, eles não constituem uma panacéia aos problemas complexos situados na interface da saúde mental e da justiça; eles devem ser acompanhados por outras medidas paralelamente ao processo judiciário para responder às necessidades das pessoas que sofrem problemas de saúde mental.