

Volume 12 - Automne 2025

DOSSIER

*Santé mentale et
criminologie : enjeux
contemporains*

À MICRO OUVERT

Marc - Vivre avec moi-même

Nathaniel - Un pas vers la liberté

ÉTAT DE SITUATION

Claudie Bourget, Quand le
trauma façonne le suivi :
comprendre et ajuster
l'intervention auprès des
jeunes LSJPA

le BECCARIA



Ordre professionnel
des **criminologues**
du Québec



COMITÉ DE COORDINATION
Josée Rioux, crim.
Geneviève Morel

COORDINATION À L'ÉDITION
Josée Rioux, crim.

COMITÉ LE BECCARIA
Nadia Lachance, crim.
Claudie Rémillard, crim.
Patrick Deroy, crim.

RÉVISION
Stéphanie Larose

DIRECTION ARTISTIQUE
ET MISE EN PAGE
Émilie St-Pierre Plourde

Le masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le but d'alléger le texte. Tous les textes ne reflètent pas forcément l'opinion de l'Ordre et n'engagent que les auteurs. Les articles peuvent être reproduits à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025 ; Bibliothèque nationale du Canada : ISBN 978-2-9822459-45-5. Convention de la Poste-Publications

1100, Boul. Crémazie Est, bureau 610, Montréal (Québec) H2P 2X2
Tél : 514 437-6727, 1 844 437-6727



Accéder au site
Web de l'Ordre
professionnel des
criminologues du
Québec

Le Beccaria, un webzine publié deux fois par année, est une publication officielle de l'Ordre professionnel des criminologues du Québec (OPCQ) qui permet d'approfondir des sujets nommés au bénéfice de ses membres et de sa communauté. L'OPCQ désire en faire une ressource claire, complète et crédible répondant aux besoins de communication de tous. Les objectifs de la revue consistent à emmener les criminologues à se questionner et à se tenir à jour sur leur pratique, à intéresser le public aux réalités du métier, à faire rayonner la profession et à informer la population de la mission de l'Ordre.

Sommaire

04	Mot de la présidente <i>Nos grands défis</i>	50	Innovation <i>Agents d'intégration sociale et santé mentale des détenus : un pont entre prison et communauté</i> <i>Les criminologues, à la jonction des systèmes de Justice et de la Santé</i> <i>Implication des agents de liaison du ministère de la Sécurité publique dans le suivi des personnes faisant l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux ou d'inaptitude à subir leur procès.</i>
08	Mot du directeur général <i>2024-2025 : une année de transition et d'actions structurantes</i>	62	Inspiration <i>Quand la police et la médecine s'unissent, ça ECHINOPS!</i> <i>Force 7 : entre murs et murmures</i>
12	Du nouveau à l'OPCQ <i>Un guide sur la tenue de dossiers</i>	70	Recherche <i>Santé mentale et délinquance : les neurosciences au service de l'intervention</i>
13	Prix Mérite du CIQ	76	Portrait d'une criminologue <i>Emy Cloutier</i>
14	État de situation <i>Santé mentale, Loi P-38.001 et institutionnalisation : le rôle des partenariats policiers-cliniciens</i> <i>Adolescence, santé mentale et violences armées : Une combinaison explosive.</i> <i>La commission d'examen des troubles mentaux (CETM)</i> <i>Quand le trauma façonne le suivi : comprendre et ajuster l'intervention auprès des jeunes LSJPA</i> <i>Non-responsabilité criminelle et reconnaissance du tort : la trajectoire des familles endeuillées</i> <i>L'évaluation de santé mentale dans le processus judiciaire pour adolescents</i> <i>Judiciarisation et déjudiciarisation de la santé mentale : Déséquilibre et voies de rééquilibrage pénal</i> <i>Les programmes d'accompagnement justice santé mentale : principaux constats d'une étude évaluative</i>	80	À micro ouvert <i>Un pas de plus vers la liberté par Nathaniel</i> <i>Vivre avec moi-même par Marc</i> <i>Les services jeunesse de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel</i>
		88	Lus, vus et entendus pour vous



MOT DE LA PRÉSIDENTE

Nos grands défis



Josée Rioux
Criminologue
Présidente de l'Ordre professionnel
des criminologues du Québec

Depuis quelques années, la santé mentale occupe davantage l'espace médiatique. Pourtant, lorsqu'on observe le système judiciaire ou les services sociaux, on constate que ce sujet reste encore largement négligé. De nombreuses personnes vivant avec des troubles mentaux se retrouvent confrontées à un système où les ressources demeurent insuffisantes. Au lieu d'être soutenues, elles s'enlisent dans un cycle mêlant souffrance, marginalisation et récidive. La relation entre santé mentale et criminalité est donc devenue un enjeu majeur. Comment mieux dépister ces troubles ? Comment accompagner

ces personnes, qu'elles soient incarcérées ou en milieu ouvert ? Et surtout, comment rompre avec la fameuse « porte tournante » entre la prison et la communauté ?

L'une des causes de cette situation réside dans la précarité extrême de nombreuses personnes concernées : absence de logement stable, manque de revenus, isolement social. Certaines ont recours à la consommation de drogues ou d'alcool pour survivre au quotidien. Faute de réponses adaptées, la société délègue trop souvent à la police et à la prison des problèmes qui relèvent avant tout de la santé publique.

Or, une prison n'est pas un hôpital. Elle n'a pas vocation à soigner. Pire encore, l'incarcération peut aggraver les troubles psychiques : isolement, stress, violence du milieu carcéral... un véritable cercle vicieux.

Un manque criant de ressources

Que ce soit en milieu communautaire ou en détention, le constat est le même : les ressources sont insuffisantes. Les délais d'attente pour consulter un psychiatre ou un psychologue s'allongent, et les organismes communautaires débordent. Trop souvent, les personnes en crise se retrouvent sans suivi, jusqu'à la rupture.

De plus, nombre de personnes judiciairisées n'ont jamais bénéficié d'un diagnostic clair. On les étiquette comme « violentes » ou « instables »,

sans qu'une évaluation clinique sérieuse ait été menée. Pourtant, un diagnostic précoce dans le parcours judiciaire pourrait transformer la prise en charge : il permettrait d'adapter les interventions et d'orienter vers les bons services. Sans cela, on improvise, au détriment des plus vulnérables.

Pour remédier à cette situation, le ministère de la Sécurité publique a créé des postes d'agents d'intégration sociale, chargés d'assurer un meilleur accompagnement des personnes aux besoins complexes. Ces initiatives représentent un pas en avant, mais elles doivent s'appuyer sur une évaluation rigoureuse, une médication appropriée, un suivi soutenu et des programmes de réhabilitation ancrés dans la communauté.

Le défi du retour dans la communauté

La sortie de prison constitue un moment critique. Trop de personnes quittent l'établissement sans plan de réinsertion : ni logement, ni emploi, ni suivi médical. Pour une personne fragile psychologiquement, cette absence de repères mène souvent à l'itinérance... et à une nouvelle arrestation.

Des solutions existent : des structures d'hébergement adaptées, avec encadrement flexible, qui offrent non seulement un toit, mais aussi un accompagnement vers l'autonomie — gestion de la médication, insertion professionnelle, suivi thérapeutique. Dans plusieurs pays, des programmes comme Housing First (« le logement d'abord ») ont démontré leur efficacité pour stabiliser les parcours de vie. Appliqué à la réinsertion post-carcérale, ce modèle pourrait briser le cycle de la récidive.

Par ailleurs, certains pays ont instauré des tribunaux de santé mentale, dont l’objectif est de proposer un traitement plutôt qu’une peine d’emprisonnement aux personnes accusées souffrant de troubles psychiatriques. Les résultats sont prometteurs : baisse de la récidive, amélioration de la santé et économies pour l’État. Toutefois, ces tribunaux demeurent rares et sous-financés.

Au Québec, le programme PAJ-SM progresse, mais son champ d’application reste limité. Il est urgent d’en élargir l’accès.

Investir dans la santé mentale : un choix de société

Aborder la question de la santé mentale et de la criminalité, c’est parler de la société tout entière. Lorsqu’on ne soigne pas en amont, c’est le système judiciaire qui assume les conséquences. Or, incarcérer coûte plus cher que traiter — et surtout, ne règle rien.

Investir dans la santé mentale, c’est investir dans la sécurité publique, mais aussi dans la dignité humaine. C’est reconnaître que chacun mérite une seconde chance et qu’avec un accompagnement adéquat, la réinsertion est possible.

Conclusion

La santé mentale demeure le parent pauvre de la réinsertion sociale. Trop de personnes souffrantes croupissent encore en prison, privées de soins adaptés. Ressources limitées, diagnostics manquants, hébergement insuffisant : les défis sont nombreux. Pour changer la donne, il faut renforcer les services, développer des tribunaux spécialisés, former les intervenants et construire de véritables passerelles entre prison et communauté. La santé mentale ne doit plus être perçue comme un problème secondaire, mais comme une priorité collective. Parce qu’en fin de compte, prendre soin des plus vulnérables, c’est aussi prendre soin de toute la société.

Bibliographie

Commission de la santé mentale du Canada – *La santé mentale et le système de justice pénale* (2020).

Institut national de santé publique du Québec – *Portrait de la santé mentale au Québec*.

Ministère de la Sécurité publique du Canada / Service correctionnel du Canada – *Santé mentale en milieu correctionnel* (rapports annuels).

Rapport du Protecteur du citoyen (2022) – *La prise en charge des personnes incarcérées ayant des troubles mentaux*.

Statistique Canada – *Santé mentale et incarcération : tendances et profils sociodémographiques* (2021).



Le Beccaria



MOT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

2024-2025 : une année de transition et d'actions structurantes



David Henry
Criminologue
Directeur général et secrétaire

L'exercice 2024-2025 aura été, pour l'Ordre professionnel des criminologues du Québec (OPCQ), une année de transition assumée, marquée par des gestes concrets qui renforcent notre mission fondamentale de protection du public et consolident l'appui offert aux criminologues dans leur pratique. Ce petit mot rassemble les faits saillants de l'année, tels qu'exposés dans notre rapport annuel 2024-2025 disponible sur notre site internet et met en perspective les priorités qui guideront nos travaux à court terme.

Notre cap : mission, vision et valeurs

La mission de l'OPCQ demeure sans équivoque : protéger le public en encadrant la qualité des services rendus par les criminologues auprès des personnes en difficulté, contrevenantes, victimes et de leur entourage.

Pour y parvenir, l'Ordre contrôle l'admission à la profession, veille au maintien des compétences, soutient la qualité de l'exercice, informe le public et les membres, publie des avis professionnels et traite avec diligence les plaintes. La vision qui nous anime – contribuer à une société plus juste, ouverte et sécuritaire en étant une référence pour une pratique exemplaire – s'appuie sur

quatre valeurs phares : l'intégrité, le respect, la collaboration et la rigueur. Ces repères ont inspiré nos décisions et nos interventions tout au long de l'année.

Une transition à la direction et un legs institutionnel solide

L'année a été marquée par le départ, en août 2024, de Mme Geneviève Lefebvre, directrice générale et secrétaire pendant plus de cinq ans. Le rapport souligne l'ampleur de sa contribution : consolidation de la gouvernance, développement réglementaire, mise en place de comités statutaires performants et conformité exemplaire aux exigences du Code des professions et de l'Office des professions du Québec. Nommé directeur général et secrétaire en novembre 2024, je m'inscris dans cette continuité, avec le Conseil d'administration et l'équipe de la permanence, pour maintenir le rythme des chantiers ouverts et parachever ceux qui doivent l'être.

Faits saillants : rayonnement, science et services aux membres

Plusieurs initiatives phares témoignent de la vitalité de l'Ordre :

Prix Mérite du CIQ : le 24 octobre 2024, Mme Arlène Gaudreault a reçu le prix Mérite du CIQ de l'OPCQ pour l'ensemble de sa carrière dédiée à la reconnaissance des droits et besoins des personnes victimes.

Deuxième congrès de l'Ordre (24-25 octobre 2024) : 133 participants, 41 présentations, 20 ateliers et 2 plénières autour du thème « Adaptation des pratiques dans un contexte de transformation sociale ». Les sujets abordés – cybercriminalité, justice réparatrice, prévention de la radicalisation, interventions sensibles aux traumatismes, intégration du savoir expérientiel – illustrent l'actualité et la diversité des pratiques criminologiques.

Avis professionnel : publication d'un avis sur « L'assignation à comparaître et le secret professionnel », conçu pour outiller les membres appelés à témoigner, en conciliant exigences judiciaires et obligations déontologiques. L'avis est disponible sur notre site internet.

Vitrine numérique : refonte complète du site web à l'hiver 2025, avec une navigation simplifiée, un accès amélioré à l'information et une orientation claire vers les services pour les membres et le public.

Dialogue institutionnel : collaboration continue aux travaux de modernisation du système professionnel (Office des professions et cabinet ministériel) et aux chantiers d'élargissement des pratiques au MSSS, dont les livrables sont attendus en 2025-2026.

Admission : en 2024-2025, 182 personnes se sont ajoutées au Tableau, portant les admissions cumulées à 1 887 au 31 mars 2025. Parmi celles-ci, 33 candidats ont été admis par voie d'équivalences, après démonstration de compétences comparables à celles conférées par un diplôme reconnu. La profession demeure majoritairement féminine (1 677 femmes, 88,9 %). Le comité d'admission a, par ailleurs, modernisé ses outils (modèles d'entrevue, opérationnalisation des compétences spécifiques, projet de stage en milieu de travail),

en coordination avec le comité de révision des admissions. Ces efforts conjoints visent à concilier célérité, équité et rigueur.

Formation continue : la formation continue reste un pilier de la protection du public. Notre partenariat avec le CICC s'est poursuivi, en juin 2024, un colloque ayant pour thème « Aider les proches à mieux aider » a réuni par visioconférence 177 participants, portant sur l'accompagnement des proches de personnes judiciairisées ou vulnérables. En septembre 2024, « L'intégration du Good Lives Model » a réuni plus de 150 participants, signe d'un intérêt marqué pour les approches novatrices. En parallèle, six formations d'éthique et de déontologie offertes par les criminologues Cindy Laroche et Simon Legault, ont réuni 134 personnes, dont 93 membres. Cette formation cible des compétences essentielles pour naviguer au travers de dilemmes éthiques et de contextes cliniques complexes.

Inspection professionnelle : dans notre sixième année de déploiement du Plan de surveillance générale (PSG), l'équipe d'inspection – composé des criminologues Francis Ouellet, Stéphanie Létourneau, Josée Meilleur et Cynthia Ouellette – a réalisé 130 inspections sur un objectif initial de 100, en hausse substantielle par rapport à 88 inspections réalisées l'année précédente. Le comité d'inspection professionnelle (CIP) a amorcé le développement d'une nouvelle matrice de risque, développé des outils de supervision clinique, instauré des rencontres bisannuelles avec les inspecteurs et accueilli deux nouveaux membres. La progression de l'activité d'inspection atteste d'un double mouvement : une vigilance accrue et un accompagnement renforcé des membres vers une pratique de haute qualité.

Affaires réglementaires : un chantier majeur a

progressé, soit, la finalisation du projet de Code de déontologie des criminologues. Dans le courant de l'année, nous avons effectué une révision article par article avec l'Office des professions, consulté les membres et procédé à la publication pour consultation à la Gazette officielle le 25 février 2025. Ces travaux ont mené à l'adoption du nouveau code le 14 août 2025. Un Guide explicatif pour faciliter la compréhension du nouveau code de déontologie est disponible sur notre site internet.

Communication et valorisation de la profession

Convaincu du droit du public à une information claire et rigoureuse, l'Ordre a multiplié ses interventions en 2024-2025 : prises de position médiatiques, participation à des panels, publications spécialisées. Notre webzine Le Beccaria a poursuivi sa mission de diffusion des savoirs et des pratiques :

- Printemps 2024 (no 9) : « Et si prendre soin de soi était la clé pour aider l'autre » ;
- Automne 2024 (no 10) : « Jeunes en difficulté : défis et enjeux ».

Le comité du Beccaria, appuyé par la coordination de Josée Rioux, a permis de mobiliser la communauté professionnelle autour de thèmes à forte portée clinique et sociale.

Dossiers opérationnels : finances, gouvernance, ressources humaines

Le comité des finances et d'audit recommande d'augmenter la cotisation 2026-2027 de 16 \$, pour un total de 696 \$ (soit +2,3 %, arrimé à l'IPC 2024) en considérant le déficit d'opération de plus de 43 000\$ en 2024-2025, le budget prévisionnel 2026-2027, l'historique d'indexation, un comparatif interordres et la hausse des coûts liés aux activités de protection du public.

Le comité de gouvernance a suivi de près la mise en œuvre du Plan stratégique 2023-2026, encadré la formation des administrateurs, tenu deux rencontres stratégiques, assuré l'inscription d'un point statutaire en éthique et déontologie à chaque réunion du Conseil, supervisé l'élection de juin 2024 et l'accueil des nouveaux administrateurs, et finalement a piloté un processus de cooptation consécutif à ma nomination à la direction générale. Le comité a aussi amorcé l'élaboration d'une politique de conservation, destruction et anonymisation des renseignements personnels en conformité avec la Loi 25.

Au 31 mars 2025, l'Ordre comprenait 7,77 personnes, ETC (équivalent à temps plein), incluant la direction générale, le bureau de la permanence, le bureau du syndic et les inspecteurs. Je tiens à exprimer mes profonds remerciements à cette petite équipe qui accomplit un travail titanesque chaque année avec des moyens très limités.

Un immense merci également aux 63 criminologues et personnes siégeant sur nos 15 comités de travail. Cette trame d'engagement bénévole et professionnel est au cœur de notre capacité d'agir.

Finalement, je me dois de remercier la présidente, Mme Josée Rioux, pour son leadership rassembleur et les administrateurs pour leur engagement rigoureux.

Tous ensemble, nous continuons de bâtir un ordre professionnel crédible, utile et tourné vers l'intérêt supérieur du public.

Du nouveau à l'OPCQ : un guide sur la tenue de dossiers



Josée Meilleur
Criminologue
Inspectrice et conseillère
à la qualité de la pratique

Le 21 février 2022, l'Ordre professionnel des criminologues du Québec (OPCQ) a adopté le **Règlement sur les dossiers, les bureaux et la cessation d'exercice des criminologues**. Ce règlement vise à baliser la pratique professionnelle en matière de gestion et de conservation des dossiers, tout en assurant le respect des lois, du Code des professions et du Code de déontologie de l'OPCQ. L'objectif principal demeure la **protection du public** et la garantie d'une pratique rigoureuse, transparente et responsable.

Afin de faciliter la compréhension et l'application de ce règlement, l'Ordre a également élaboré un **Guide sur la tenue de dossiers**.

Ce document, déposé sur le site de l'OPCQ en juin 2025, se veut un outil d'accompagnement et d'explication, permettant aux membres de mieux saisir les exigences prévues et de les intégrer efficacement à leur pratique quotidienne.

En complément, des **annexes** contenant des exemples de documents fréquemment utilisés — tels que le formulaire d'**autorisation à communiquer des renseignements confidentiels** — sont également disponibles afin de soutenir concrètement les criminologues dans leur travail.

Rappelons que depuis l'automne 2023, l'OPCQ propose à intervalles réguliers une **formation sur la tenue de dossiers**. Cette initiative vise à soutenir les criminologues dans leur développement professionnel continu, tout en s'assurant que les normes relatives à la gestion documentaire soient appliquées de manière uniforme et conforme aux attentes déontologiques.

Par ces mesures, l'Ordre réaffirme son engagement envers une pratique professionnelle de qualité, encadrée par des règles claires et adaptées aux réalités de la profession, toujours dans une perspective de protection du public.

Prix « Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec »

Cette année, le conseil d'administration a remis le prix à madame **Michelle Dionne**.

Diplômée de l'Université de Montréal en 1983, Michelle Dionne a amorcé sa carrière au CSSMM comme ARH auprès d'enfants, de jeunes et de familles suivis soit en vertu de la LPJ de la LJC (LSJPA) ou de la LSSSS.

Intervenante puis adjointe clinique et finalement gestionnaire, c'est avec passion qu'elle a participé pendant 35 ans à plusieurs projets novateurs et contribué au développement des pratiques dans ce domaine d'intervention.

Au cours des dix dernières années, elle a occupé la fonction de DPJ/DP à Montréal. Touchée par la vulnérabilité des enfants et de leurs parents, souvent démunis et en détresse, elle a activement milité pour une approche humaine, respectueuse des droits et de la dignité de chacun. Le droit pour un enfant de grandir au sein d'une famille stable et aimante était au cœur de ses préoccupations.

Retraitée depuis 2018, elle s'est ensuite impliquée dans le développement des pratiques

cliniques auprès du MSSS et de divers établissements.

Elle est membre du conseil d'administration de l'OPCQ depuis 2020 et a chapeauté l'écriture du Mémoire présenté par l'OPCQ dans le cadre de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse.

Bravo Michelle et merci pour ton engagement !



Santé mentale, Loi P-38.001 et institutionnalisation : le rôle des partenariats policiers-cliniciens



Laurence Hamel-Perreault
Criminologue

La question de la santé mentale et de ses incidences sur la criminalité est devenue centrale dans les dernières années. Devant l'augmentation des appels d'urgence liés à la détresse psychologique, les corps policiers et le réseau de la santé ont développé des partenariats novateurs pour intervenir auprès des personnes en crise. Sur le terrain, ces collaborations reposent notamment sur l'application de la Loi P-38.001, qui permet de transporter une personne contre son gré vers un établissement de santé lorsqu'elle présente un danger grave et imminent pour elle-même ou autrui.

Si cette législation vise la protection des personnes et de la société, elle soulève aussi des enjeux éthiques et juridiques majeurs : comment concilier le respect de l'autonomie et de la dignité avec la nécessité de prévenir un passage à l'acte violent ou suicidaire ? Quels rôles peuvent jouer les criminologues dans l'évaluation du risque, l'accompagnement et l'intervention dans ce cadre juridique.

La Loi P-38.001 : protection et tension éthique

La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001) établit le cadre légal permettant d'intervenir rapidement lorsqu'un individu représente un danger grave et imminent. Dans un tel cas, une évaluation

clinique est réalisée et peut mener à un transport avec les policiers vers un établissement de santé.

Sur le plan des principes directeurs de l'intervention psychosociale, cette procédure met en lumière une tension majeure inscrite dans les cadres éthiques : elle révèle un conflit normatif incontournable, d'une part le respect du principe d'autonomie et d'autodétermination, d'autre part la reconnaissance du droit fondamental de recevoir assistance et protection lorsqu'une personne met sa vie ou celle d'autrui en danger. En pratique, la tension se manifeste surtout dans les zones d'incertitude, lorsque la dangerosité n'est pas évidente et que l'intervenant doit naviguer entre respect de l'autonomie et prévention du risque.

Dans une situation de crise complexe, retarder l'institutionnalisation peut accroître le risque ; toutefois, contraindre une personne à l'hospitalisation peut briser le lien de confiance et générer de la résistance à tout suivi futur.

Cette tension traverse les pratiques professionnelles, y compris celles des criminologues appelés à évaluer la dangerosité.

L’institutionnalisation sous P-38 ne doit pas être perçue uniquement comme une mesure coercitive, mais comme un levier d’accès aux soins. Ceci étant dit, elle ne peut être efficace sans une approche interdisciplinaire solide et sans ressources suffisantes en santé mentale.

Par ailleurs, cette question dépasse largement le terrain clinique et policier. En 2024, le ministre de la Santé et des Services sociaux a confié à l’Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) un mandat d’examen de la Loi P-38. Celui-ci a lancé un appel à mémoires afin de recueillir les perspectives de divers acteurs : associations de défense des droits, ordres professionnels, groupes communautaires, corps policiers, juristes et cliniciens. Parmi les mémoires déposés figurent ceux du Barreau du Québec, de l’Association des directeurs de police du Québec, de l’Association des médecins psychiatres du Québec, de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, du Curateur public, ainsi que de nombreux regroupements citoyens et communautaires. Cette démarche illustre l’ampleur des enjeux entourant la P-38 : équilibre entre droits fondamentaux, sécurité publique et accès aux soins.

Les partenariats policiers-cliniciens

Au Québec, plusieurs régions ont développé des équipes mixtes regroupant policiers et intervenants en santé mentale afin de répondre plus adéquatement aux situations de crise.

Ces modèles proposent une approche complémentaire, alliant la sécurité publique et l’accompagnement psychosocial. De manière générale, les policiers assurent la sécurisation des lieux et prennent en charge l’aspect légal ou criminel, tandis que les cliniciens (criminologues, travailleurs sociaux, psychoéducateurs) se concentrent sur l’évaluation clinique et le référencement vers les ressources appropriées.

Ces initiatives s’inscrivent dans une tendance mondiale visant à désamorcer les crises plutôt que de les judiciaireiser. Elles offrent une voie d’institutionnalisation plus souple et adaptée, où la contrainte (P-38) demeure une option ultime, plutôt qu’une réponse réflexe.

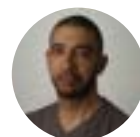
Somme toute, la place du criminologue dans ce dispositif est centrale. Ses compétences en matière d’évaluation du risque, de compréhension des trajectoires criminelles et d’analyse des contextes sociaux lui permettent d’agir comme médiateur entre les dimensions cliniques et judiciaires.

Ces partenariats permettent de mieux répondre aux crises liées à la santé mentale, de possiblement réduire la judiciaireisation des personnes vulnérables en agissant en amont et, ultimement, de prévenir certains gestes

criminels. Enfin, les consultations publiques menées par l’IQRDJ et les nombreux mémoires déposés rappellent que la Loi P-38 est au cœur d’un débat de société. Entre protection et droits fondamentaux, institutionnalisation et autonomie, elle appelle à une réflexion réfléchie, concertée et respectueuse de toutes les parties prenantes.

État de situation

Adolescence, santé mentale et violences armées : Une combinaison explosive



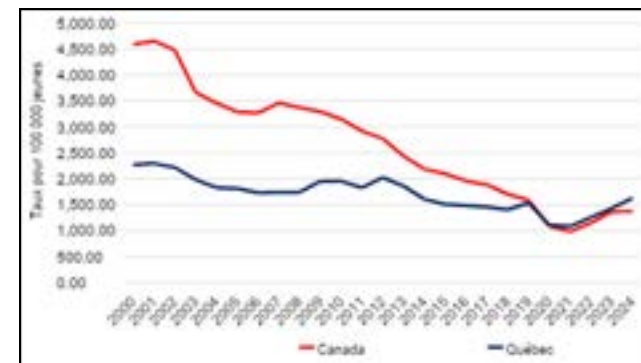
René-André Brisebois
M. Sc., criminologie



En collaboration avec
Chantal Fredette
Ph. D., criminologie

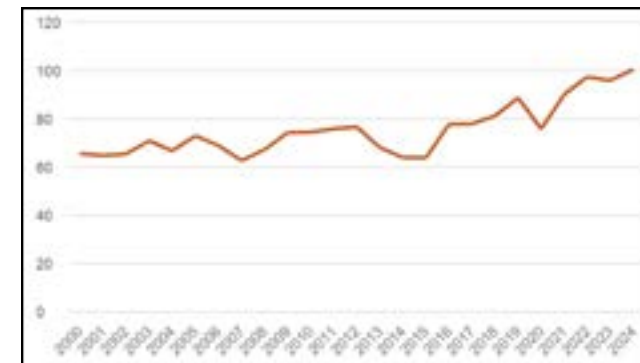
Les premières décennies des années 2000 sont marquées par une nette tendance à la baisse des crimes attribuables aux personnes mineures (voir le tableau 1¹). En revanche, une inquiétante tendance à la hausse est observée entre 2021 et 2024 (+ 50 %) au Québec, comme dans le reste du Canada (+ 40 %).

Tableau 1. Taux de personnes âgées de 12 à 17 ans inculpées d'un crime, Canada et Québec, 2000 à 2024



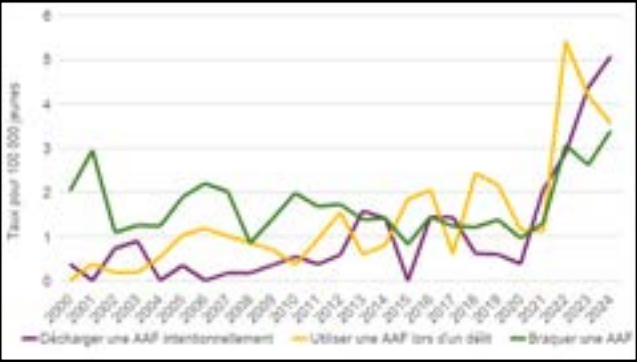
Bien qu'il soit prématuré d'y voir une progression croissante, cette tendance doit néanmoins être prise au sérieux. Une hausse du taux de crimes commis par les jeunes est observée pour la plupart des catégories d'infraction. L'indice de gravité des crimes avec violence qui leur est imputable connaît aussi une progression (voir le tableau 2²) qui serait principalement due à une augmentation des voies de fait, des agressions sexuelles, des vols qualifiés et des infractions relatives aux armes à feu.³

Tableau 2. Indice des crimes avec violence chez les personnes âgées de 12 à 17 ans, Québec, 2000 à 2024



La proportion croissante de violences armées dont sont responsables les jeunes depuis la fin de la pandémie de la COVID-19 est alarmante (voir le tableau 3⁴). Avant 2020, les taux moyens de personnes mineures inculpées d'avoir braqué une arme à feu, d'en avoir utilisé une lors de la commission d'un délit ou d'en avoir déchargé une intentionnellement était respectivement de 1,53, 0,98 et de 0,57. Or, une hausse spectaculaire est observée en période postpandémique. Entre 2021 et 2024, les taux moyens d'inculpation pour une infraction relative aux armes à feu ont carrément explosé, augmentant de 70 % dans le cas des braquages (2,6), de 267,3 % pour leur utilisation lors d'un passage à l'acte (3,6) et de 531,6 % dans le cas des décharges intentionnelles (3,6) ! Cette saisissante progression qui suit la levée des restrictions sanitaires est aussi observée aux États-Unis⁵, où la réouverture des communautés est associée à une aggravation d'une autre épidémie, celles des violences armées.⁶

Tableau 3. Taux de personnes âgées de 12 à 17 ans inculpées d'une infraction relative aux armes à feu (AAF), Québec, 2000 à 2024



Bien qu’il soit tentant de le faire, il est pour l’heure impossible d’établir un lien causal entre les impacts psychosociaux de la gestion sanitaire de la COVID-19 et la hausse des manifestations de violences armées en période postpandémique. Les variations peuvent s’expliquer tant par les pratiques d’application des lois que par leur prévalence réelle. Il est néanmoins difficile de ne pas reconnaître la synchronicité des phénomènes.

Il est admis que la pandémie a affecté la qualité de la santé mentale des personnes mineures en général et de celles présentant des difficultés d’adaptation en particulier.⁷ Une revue systématique des effets de la pandémie révèle une augmentation significative des symptômes psychopathologiques chez les personnes âgées de moins de 25 ans.⁸

L’expression symptomatique des difficultés affectant le bien-être varie toutefois selon l’âge. Les jeunes de 12 à 18 ans semblent avoir particulièrement souffert sur le plan social. L’isolement engendré par les mesures de confinement aurait exacerbé leur stress et leur détresse générale, les exposant à davantage de risques de développer des symptômes anxieux, d’inattention et d’hyperactivité. Au nombre des autres facteurs rattachés au développement de symptômes psychopathologiques chez les jeunes personnes exposées à la crise de la COVID-19 se trouvent la santé mentale des parents, le faible statut économique de la famille, le fait d’habiter de petits espaces, le fait d’avoir immigré, le manque d’activité physique, une diminution du temps de sommeil et une augmentation de celui consacré aux écrans.

Certes, les mesures de confinement ont affecté la santé mentale de tout un pan de la population. Elles ont cependant particulièrement fragilisé les personnes issues de groupes populationnels déjà vulnérables. En effet, des inégalités quant aux risques d’avoir été atteint par les conséquences des stratégies de gestion de la pandémie existent en raison des différents déterminants sociaux de la santé.⁹ La précarité économique, l’exclusion sociale, les inégalités économiques, le racisme et les expériences d’adversité sont autant de conditions de vie susceptibles d’affecter le bien-être des personnes. Ces conditions caractérisent aussi les milieux de vie où les violences armées sont les plus susceptibles de se manifester et qui contribuent, à leur tour, aux probabilités de développer ou d’aggraver les problèmes de santé mentale.¹⁰ C’est pourquoi il est pertinent, dans une perspective de prévention, de s’intéresser à la combinaison que constitue l’adolescence, les troubles de santé mentale et les violences

armées. Une combinaison qui peut s’avérer explosive dans un contexte où l’équilibre des déterminants sociaux de la santé est bouleversé par une crise, comme celle de la COVID-19.

En somme, il est risqué d’attribuer l’augmentation des infractions relatives aux armes à feu perpétrées par les jeunes depuis 2021 aux impacts psychosociaux de la gestion de la pandémie. En contrepartie, il est difficile de passer sous silence leur concomitance.

D’une part, parce que certains jeunes présentaient sans doute a priori des difficultés psychopathologiques et sociales susceptibles de les exposer aux violences armées. Des difficultés qui ont possiblement été exacerbées par la crise de la COVID-19, fragilisant davantage leur bien-être et influençant à la hausse les probabilités d’utiliser une arme. D’autre part, parce que les violences armées sont aussi une épidémie de santé publique. Chaque manifestation affecte le développement des personnes qui en sont auteurs, victimes et témoins et contribue, à la manière d’un virus, aux risques que de nouvelles violences aient lieu.¹¹ Cette contagion des violences armées, à la manière d’une crise sanitaire, affecte toutes les personnes des communautés touchées par leurs manifestations, incluant celles qui en sont responsables. C’est pourquoi il faut s’intéresser sérieusement aux stratégies mises en place pour la résorber.

Bibliographie

¹ Statistique Canada. Tableau 35-10-0177-01. Statistiques des crimes fondés sur l'affaire, par infractions détaillées, 2025.

² Statistique Canada. Tableau 35-10-0026-01. Indice de gravité de la criminalité et taux de classement pondéré, 2025.

³ Ministère de la Justice Canada (2025). *Statistiques sur les crimes commis par des jeunes et déclarés par la police au Canada, 2023*. Précis des faits. Division de la recherche et de la statistique.

⁴ Statistique Canada. Tableau 35-10-0177-01.

⁵ Ssentongo, P., et ses collaborateurs (2021). Gun violence incidence during the COVID-19 pandemic is higher than before the pandemic in the United States. *Scientific Reports*, 11(1), 20654.

⁶ Donnelly, M., et ses collaborateurs (2023). Firearm violence surrounding the COVID-19 pandemic : A reopening phenomenon. *Journal of surgical research*, 285, 168-175.

⁷ Baudry, C., et ses collaborateurs (2021). Adaptation psychosociale et santé mentale des jeunes vivant en contexte de pandémie lié à la COVID-19 au Québec, Canada. Données descriptives et préliminaires. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 62(1), 80.

⁸ Mauroy, A., et ses collaborateurs (2025). Santé mentale des jeunes durant la crise Covid-19 : une revue systématique de l'enfance au début de l'âge adulte. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 73(2), 86-101.

⁹ Carde, E. (2020). Inégalités sociales de santé et rapports de pouvoir : Covid-19 au Québec. *Santé publique*, 32(5), 461-471.

¹⁰ Weisburd, D., et ses collaborateurs (2025). *The future of the criminology of place : New Directions for research and practice*. Cambridge University Press.

¹¹ Thomson, N. D., (2025). *Handbook of Gun Violence*. Academic Press.

État de situation

La commission d'examen des troubles mentaux



Émy Cloutier
Criminologue



Marie-Eve Corney-
Robichaud j.a.t.a.q.
Présidente de la Commission
d'examen des troubles mentaux

De la volonté du lieutenant-gouverneur à la CETM

Imaginez une société dans laquelle les personnes ayant commis un acte criminel, alors que leur état mental ne leur permettait pas de juger de la qualité de leurs actes, étaient acquittées et tout simplement remises dans la communauté comme si rien ne s'était passé. Ou à l'inverse, si elles étaient gardées détenues ou hospitalisées, pour une durée indéterminée, jusqu'à ce que le lieutenant-gouverneur en décide autrement. Au Canada, nous avons connu ces deux situations. Puis, en 1991, une cause judiciaire (R. c. Swain) a mis en lumière que les pratiques contreviennent à l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés qui prévoit que « chacun a le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale ». Conséquemment, le Code criminel est modifié en février 1992 : la section XX.I est ajoutée. Il n'est plus question d'acquittement, mais de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux (art. 672.1 à 672.95 C.cr.). La même année, la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM) du Québec est constituée, régie par les dispositions du Code criminel canadien et elle est intégrée à la section des affaires sociales du Tribunal administratif du Québec (TAQ) en 1998.

Les personnes visées

La Commission d'examen des troubles mentaux rend des décisions dans le cas de personnes qui ont été accusées d'actes criminels et qui soit font l'objet d'un verdict d'incapacité à subir leur procès ou d'un verdict de non-responsabilité criminelle (NCR) pour troubles mentaux. Elle évalue si la personne présente un risque important pour la sécurité du public et, le cas

échéant, décide des mesures à prendre pour protéger la société.

1- Les personnes incapables à subir leur procès

Dans le cas d'une personne incapable à subir son procès, l'objectif est d'offrir un traitement à la personne afin de la rendre apte. La personne demeurera sous la CETM tant qu'elle sera incapable et que les accusations criminelles seront maintenues.

La CETM doit donc déterminer si, au moment de l'audience devant elle, la personne est apte ou non à subir son procès. Si elle demeure incapable et qu'elle représente un risque important pour la sécurité du public, les mesures appropriées pour contrôler ce risque (détention avec ou sans modalités, libération avec modalités) seront déterminées.

L'incapacité à subir son procès¹, c'est l'incapacité de l'accusé, en raison de troubles mentaux, d'assumer sa défense ou de donner des instructions à un avocat concernant sa défense, et ce, à toute étape des procédures avant que le verdict ne soit rendu. Pour être apte, la personne doit être en mesure de comprendre la nature et l'objet des poursuites, comprendre les conséquences éventuelles des poursuites et communiquer avec son avocat.

La Cour suprême a récemment précisé le test de l'aptitude à subir son procès dans l'arrêt Bharwani.² Le test se résume maintenant ainsi :

L'accusé doit, en raison de troubles mentaux, être incapable

1. d'assumer sa défense, ou
2. de donner des instructions à un avocat à cet effet.

Pour conclure à l'incapacité, il faut répondre par l'affirmative à deux questions :

1. L'accusé a-t-il des troubles mentaux?
2. Dans l'affirmative, ces troubles mentaux le rendent-ils incapable d'assumer sa défense ou de donner des instructions à un avocat à cet effet?

L'expression « assumer sa défense » implique deux concepts :

1. Les éléments constitutifs d'une « défense »³;
2. Un seuil de capacité pour « assumer » cette défense.⁴

2- Les personnes reconnues non criminellement responsables (NCR)

La non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux est un moyen de défense qui nécessite une évaluation psychiatrique spécifique sur cette question.

Pour qu'une personne soit reconnue non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux, il faut, au moment où elle a posé les gestes, qu'elle eût été atteinte de troubles mentaux dont l'intensité était telle que cela la rendait incapable de juger de la nature et de la qualité de l'acte ou de l'omission, ou de savoir que l'acte ou l'omission était mauvais(e).

Dans le cas d'une personne reconnue non criminellement responsable, en plus d'avoir pour rôle d'évaluer la dangerosité que présente la personne pour la sécurité du public, la CETM lui donne l'occasion de recevoir des soins et des services appropriés, qui permettront sa réinsertion sociale. Elle ne punit pas, n'acquitte pas, ne condamne pas, n'inflige pas de peine et ne remet pas en question le verdict de la cour criminelle. Ses décisions ont pour but, d'abord, d'assurer la sécurité du public, de répondre aux besoins de la personne accusée et de favoriser sa réinsertion sociale. Il n'y a pas de durée minimale ou maximale durant laquelle la personne doit être sous la CETM. Tant que la personne présente un risque important pour autrui, celle-ci demeure impliquée.

Les décisions de la CETM

Diverses ordonnances peuvent être émises. Les principales concernent le statut de l'accusé, ce qui détermine le lieu où il devra ou pourra habiter et les conditions qui lui seront imposées. Après avoir pris connaissance d'un ensemble d'éléments, médicaux et psychosociaux, la CETM prend la décision nécessaire et indiquée dans les circonstances propres au cas de chaque personne. Sont pris en considération : la sécurité du public (facteur prépondérant), l'état mental de la personne ainsi que sa réinsertion sociale et ses autres besoins.

La CETM doit d'abord déterminer, à chaque audience, si la personne représente un risque important pour la sécurité du public si aucun cadre légal n'était en place pour cette personne (si le public est à risque de subir un préjudice sérieux, physique ou psychologique suite à une infraction criminelle). En l'absence d'un tel risque, la commission doit libérer inconditionnellement la personne accusée.

Si elle conclut que ce risque est présent, la CETM peut :

- Rendre une décision de libération avec modalités : la personne peut vivre dans la communauté, mais elle doit tout de même se soumettre à certaines conditions;

- Rendre une décision de détention avec modalités : la personne devra demeurer détenue dans l'un des 45 hôpitaux désignés au Québec, mais pourrait bénéficier de sorties en communauté et/ou d'essais d'intégration en communauté qui, eux-mêmes, seront balisés par certaines conditions pertinentes à son cas spécifique;

- Rendre une décision de détention stricte : la personne devra demeurer dans un hôpital désigné et n'aura pas le droit d'en sortir tant que la décision ne sera pas modifiée par la CETM.

En matière de conditions, la commission dispose d'une grande latitude pour choisir celles qui sont les plus pertinentes dans chaque cas. Les plus fréquemment imposées sont d'habiter un endroit connu ou approuvé par le responsable de l'hôpital, se conformer aux recommandations de l'équipe traitante, s'abstenir de consommer de l'alcool ou des drogues, s'abstenir d'acquérir ou de posséder des armes et garder la paix. Elle ne peut pas ordonner la prise d'un traitement pharmacologique à une personne sans son consentement, mais elle peut refuser de la libérer si le risque qu'elle présente est trop important pour être assumé en collectivité dans l'état où elle est.

Les décisions sont prises par au moins trois membres, dont l'un est juriste et un autre est psychiatre, à l'occasion d'une audience (tant d'une première audience que d'une révision minimalement annuelle), qui permet aux parties

de présenter leurs points de vue par des rapports et des témoignages : le psychiatre, d'autres professionnels impliqués au suivi, le directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP) dans certains cas et la personne qui est directement visée par la décision. Les audiences sont publiques à moins qu'un huis clos n'ait été ordonné. Aucune partie n'a de fardeau de preuve, chacune amène ses éléments. La CETM a la responsabilité d'obtenir tous les éléments dont elle a besoin pour être en mesure de rendre sa décision.

La délégation de pouvoir

La délégation de pouvoir⁵ est une modalité qui peut être prévue à la décision de la CETM. Elle permet, au responsable de l'hôpital, d'assouplir les privations de liberté de la personne si par exemple son état mental s'améliore, mais également de les resserrer si son état mental, souvent traduit par des décisions ou des comportements en écart à ses habitudes, augmente le risque que la personne présente pour la sécurité du public si elle était maintenue en liberté selon les limites prévues dans la décision.

Et les victimes dans tout ça?⁶

D'abord, une partie peut parler pour les victimes, par exemple, pour demander à la CETM d'émettre des conditions destinées spécifiquement à assurer la sécurité de celles-ci. Aussi, les victimes ont des droits : recevoir l'avis

d'audience et, sur demande, une copie de la décision. Elles ont aussi le droit, lorsque la personne a été déclarée NCR, de déposer auprès de la CETM une déclaration qui décrit les conséquences qu'elles ont subies de l'acte posé par cette personne. La victime peut demander de lire sa déclaration lors de l'audience ou la présenter d'une autre façon dans la mesure où celle-ci est autorisée par la CETM. Finalement, les victimes ont le droit d'être avisées de la libération, conditionnelle ou inconditionnelle de la personne, ainsi que, sur demande, de son lieu de résidence projeté.

Différentes modalités sont prévues advenant le cas où la personne ne respecterait pas les conditions imposées.⁷ De plus, depuis 2009, les décisions de la CETM sont transmises aux corps policiers et consignées au Centre de renseignements policiers du Québec (CRPQ).

En 2024-2025, la CETM :

- avait 2205 dossiers actifs
- a tenu 2555 audiences
- a rendu 400 décisions de libération ...inconditionnelle

(Source : TAQ-I-Mètre – 2025-04-14)

Des sources d'informations supplémentaires :

Le Guide (disponible en français, en anglais et en ligne):
<https://www.taq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/file/publications/guide-CETM.pdf>

[Le site internet du Tribunal administratif du Québec :](https://www.taq.gouv.qc.ca/recours-au-tribunal/commission-dexamen-des-troubles-mentaux)
<https://www.taq.gouv.qc.ca/recours-au-tribunal/commission-dexamen-des-troubles-mentaux>

Brochure de l'Association québécoise plaider victime :

<https://aqpv.ca/publications/cetm/brochure-les-personnes-victimes-dactes-criminels-devant-la-commission-dexamen-des-troubles-mentaux/>

Bibliographie

¹ Article 2 du Code criminel.

² R. c. Bharwani, 2025 CSC 26

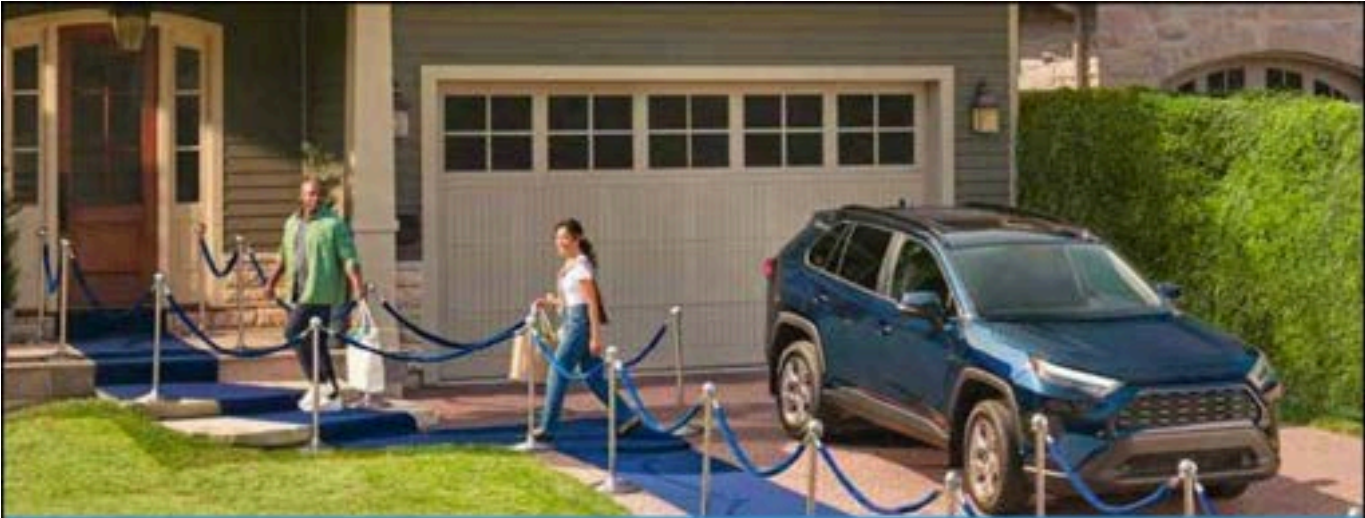
³ La notion de « défense » implique la prise d'actions affirmatives et de décisions délibérées qui comprennent, à tout le moins, les actions et les décisions qu'il revient toujours à l'accusé de prendre personnellement et celles qui ont trait à l'exercice de son droit à une défense pleine et entière.

⁴ Le seuil de capacité pour assumer une défense s'entend d'une compréhension qui est fondée sur la réalité, de la capacité de prendre des décisions et de la capacité de communiquer de manière intelligible.

⁵ Article 672.56 du Code criminel.

⁶ <https://aqpv.ca/publications/cetm/brochure-les-personnes-victimes-dactes-criminels-devant-la-commission-dexamen-des-troubles-mentaux/>

⁷ Articles 672.9 et suivants du Code criminel



Tirez profit de tarifs de groupe exclusifs pour vos assurances auto, habitation et entreprise



Obtenez une soumission et achetez en ligne dès aujourd'hui.
lapersonnelle.com/opcq
1 888 476-8737



Ordre professionnel des **criminologues** du Québec



laPersonnelle
Assureur de groupe auto, habitation et entreprise

La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc. Le rabais est approximatif et est réservé aux nouveaux clients, lorsqu'ils choisissent de combiner leurs assurances auto et habitation. Les économies sont basées sur le profil individuel de chaque client. Les économies et les rabais sont sous réserve des conditions d'admissibilité. Les taux et les rabais peuvent être modifiés sans préavis. Les clauses et modalités relatives aux protections décrites sont précisées au contrat d'assurance, lequel prévaut en tout temps. Certaines conditions, exclusions et limitations peuvent s'appliquer. L'assurance entreprise n'est offerte qu'au Québec. La Personnelle^{MD} et les marques de commerce associées sont des marques de commerce de La Personnelle, compagnie d'assurances, employées sous licence.

ÉTAT DE LA SITUATION

Quand le trauma façonne le suivi : comprendre et ajuster l'intervention auprès des jeunes LSJPA



Claudie Bourget
M. Sc. Travail social

Voir ce que l'on ne voit pas toujours

De nombreux jeunes suivis en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) ont des parcours de vie marqués par des traumatismes (Baglivio et al., 2014; Lafortune et al., 2015; Laurier et al., 2015). Selon Graf et al. (2021), plus un jeune cumule des expériences traumatiques dans l'enfance, plus il est à risque d'entrer en contact avec le système de justice, la maltraitance subie pendant l'enfance augmentant potentiellement de 50 % la probabilité d'agir des délinquants ultérieurs (Graf et al., 2021). De plus, un nombre élevé d'expériences de vie adverse chez les jeunes serait associé à un risque accru de délinquance juvénile grave, violente et persistante (Fox et al., 2015).

Le concept de trauma complexe fait référence à un ensemble de séquelles développementales résultant d'expériences traumatiques à caractère interpersonnel, souvent marquées par la trahison, la répétition ou la chronicité, et survenant à des périodes particulièrement vulnérables du développement.

(NCTSN; Felitti et al., 2009). Le trauma complexe se manifeste chez certains jeunes par des comportements parfois déroutants, tels que l'opposition, le retrait, la désorganisation ou encore l'impulsivité. Trop souvent, ces réactions sont interprétées par les intervenants comme de la provocation, de l'opposition ou de la manipulation plutôt que reconnues comme des mécanismes de survie ou des réponses

adaptatives à un environnement perçu comme menaçant (Blaustein et Kinniburgh, 2018). Repenser ces comportements à la lumière du trauma permet de mieux comprendre les jeunes et d'adapter les interventions en conséquence.

Le trauma complexe en contexte LSJPA : ce que les intervenants doivent savoir

Depuis plusieurs années, les avancées scientifiques soulignent l'importance de tenir compte de l'exposition aux traumatismes dans le cadre des interventions auprès des adolescents contrevenants (Astridge et al., 2023; Baglivio et al., 2014; Laurier et al., 2015). Cette proposition incite à considérer les impacts potentiels des traumas sur le développement et les relations interpersonnelles.

Le trauma complexe engendre des impacts neurodéveloppementaux qui doivent être pris en compte dans toute analyse criminologique ou psychosociale. Les altérations cérébrales liées à l'exposition chronique à des événements de vie adverses peuvent notamment affecter la régulation émotionnelle, l'attachement et la construction identitaire (Blaustein et Kinniburgh, 2018). Cela peut se manifester par une impulsivité marquée, une méfiance généralisée, une hypervigilance et des difficultés relationnelles, en l'occurrence dans le rapport à l'autorité. Ces jeunes peuvent présenter des comportements d'opposition, de rupture de lien, de désengagement ou encore des conduites à risque. Il est important de replacer ces comportements dans le contexte d'une adaptation à un vécu traumatique afin de mieux évaluer les trajectoires individuelles et adapter les réponses judiciaires ou les interventions en conséquence.

Comprendre l'impact du trauma complexe sur la dynamique des jeunes suivis en LSJPA

La connaissance des séquelles du trauma complexe offre une lunette aux intervenants afin de mieux comprendre certains comportements, certaines réactions et/ou certaines conduites à risques.

Chez les jeunes en situation de trauma complexe, les effets sur la relation d'aide peuvent être marqués par une difficulté à établir un lien de confiance avec les intervenants (Blaustein et Kinniburgh, 2018).

Cette méfiance peut se traduire par un manque d'adhésion aux mesures proposées ou par des attitudes d'évitement, de retrait ou même de sabotage, perçue à tort comme de la mauvaise volonté. Dans la sphère sociale, ces jeunes peuvent également adopter des attitudes de repli, de confrontation ou de désengagement (Blaustein et Kinniburgh, 2018), rendant l'intervention plus complexe.

Par ailleurs, certaines pratiques institutionnelles, comme la contention, l'isolement, les interventions autoritaires ou une application trop rigide du cadre, peuvent agir comme réactivation traumatique, aggravant les réactions de défense et compromettant la relation (Villalta et al., 2018).

La compréhension des dynamiques liées au trauma peut ainsi éviter des ruptures de lien, des escalades de comportement et dans certains cas,

une récurrence. Il est donc essentiel que les institutions et les professionnels adaptent leurs approches pour éviter de reproduire des schémas traumatiques et favoriser une véritable alliance avec ces jeunes.

Adapter l'intervention : principes d'une approche sensible au trauma¹

Une approche sensible aux traumatismes incite à voir au-delà des comportements, d'approcher la réalité en se détachant des manifestations, des symptômes et des étiquettes. Si le trauma complexe n'a pas de lien de cause à effet direct avec la délinquance ou la récurrence, il n'en demeure pas moins que le trauma complexe a des impacts indéniables sur les facteurs de risque associés au passage à l'acte délinquant.

L'expérience de sécurité, qu'elle soit physique, psychologique, sociale ou morale, constitue une pierre angulaire de l'intervention en contexte de trauma complexe (Blaustein & Kinniburgh, 2018). Avant toute exigence ou demande, il est primordial d'instaurer un climat sécurisant, fondé sur la qualité du lien, la prévisibilité des interventions et la cohérence des actions. Une des premières conditions consiste à créer un cadre de rencontre stable et prévisible, afin de prévenir l'activation du système de réponse au stress. Cela implique de réfléchir avec soin à plusieurs éléments : la structure des rencontres, le choix du lieu, l'établissement de routines, ou encore l'intégration de rituels. Par exemple, proposer un environnement calme, un cadre constant et des repères temporels clairs, comme des routines quotidiennes ou des rituels marquant les étapes clés de la semaine, favorise un sentiment de sécurité et de continuité chez les jeunes (Boscoville, 2023).

L'alliance thérapeutique fait référence à la qualité et à la solidité de la relation de

collaboration établie entre les jeunes et les intervenants (Biehal, 2008). En contexte de suivi, une alliance bien établie permet au jeune de se sentir en sécurité et de développer un lien de confiance significatif avec un adulte de référence. Cette relation commence à se tisser dès la première rencontre, puis se construit, s'approfondit et nécessite un travail constant pour être maintenue tout au long du suivi. Les intervenants peuvent nourrir cette alliance en adoptant une posture sécurisante, collaborative, respectueuse et empreinte d'empathie (Branson et al., 2017). Ces postures se manifestent par des gestes concrets au fil de l'intervention, tels que le geste de solliciter la perception du jeune face à sa situation, l'impliquer dans la définition de ses objectifs et l'inviter à choisir les moyens qui lui conviennent pour les atteindre. Il est aussi pertinent d'explorer régulièrement comment le jeune perçoit le suivi et d'évaluer sa satisfaction à l'égard des rencontres (Biehal, 2008).

Afin de soutenir le développement des jeunes, il est pertinent que les intervenants leur transmettent des connaissances sur les émotions ainsi que sur le fonctionnement du cerveau (Blaustein et Kinniburgh, 2018). En agissant comme modèles positifs et en créant un environnement favorable aux apprentissages, ils contribuent à renforcer les compétences socioémotionnelles des jeunes. Certains thèmes liés aux effets potentiels du trauma peuvent également être abordés au fil du suivi, notamment la compréhension du système d'alarme (système de réponse au stress) et les stratégies de régulation émotionnelle (Blaustein et Kinniburgh, 2018).

Finalement, adopter une approche sensible au trauma signifie également anticiper et minimiser les risques que



nos structures, nos pratiques ou nos gestes puissent être perçus comme des réactivations traumatiques.

Cela suppose une reconnaissance claire que certaines interventions coercitives peuvent elles-mêmes être traumatisantes et engendrer des répercussions. Réduire les risques de retraumatisation implique une vigilance constante, notamment en ce qui concerne l'exposition des jeunes à certaines mesures, telles que les interventions physiques en unité, les mesures de contention ou encore les sanctions limitant leur liberté (Villalta et al., 2018).

Vers une pratique plus humaine

L'objectif de cet article était de mieux comprendre comment le trauma influence la relation d'aide, les réponses aux interventions et la capacité du jeune à respecter les mesures judiciaires. Il propose une réflexion ancrée dans la pratique sur l'impact du trauma complexe dans le suivi des jeunes LSJPA et sur les ajustements concrets fondés sur les principes d'une approche sensible au trauma.

L'historique traumatique n'excuse pas les gestes, mais le reconnaître permet de mieux intervenir, d'encourager une posture réflexive et ancrée dans le respect du développement du jeune. Un intervenant qui adopte une approche sensible au trauma peut devenir une véritable figure de réparation.



Bibliographie

¹ Plusieurs pistes d'intervention proposées dans cette section proviennent du programme Lotus, de Boscoville, qui a été implanté dans la majorité des CISSS et CIUSSS du Québec. Lotus est l'une des initiatives permettant de réfléchir l'offre de service LSJPA en intégrant des interventions sensibles au trauma (<https://www.boscoville.ca/services/programmes/lotus/>).

Astridge, B., Wen Li, W., McDermott, B., Longhitano, C. (2023). A systematic review and meta-analysis on adverse childhood experiences: Prevalence in youth offenders and their effects on youth recidivism. Child abuse and neglect, Elsevier, 14 p.

Baglivio, M. T., Epps, N., Swartz, K., Huq, M. S., Sheer, A., & Hardt, N. S. (2014). The prevalence of adverse childhood experiences (ACE) in the lives of juvenile offenders. Journal of Juvenile Justice, 3(2), 1-17. <http://www.journalofjuvjustice.org/JOJJ0302/article01.htm>.

Biehal, N. (2008). Preventive services for adolescents: Exploring the process of change. British Journal of Social Work, 444-461. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl352>

Blaustein, M. E. et Kinniburgh, K. M. (2018). Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency. Guilford Publications.

Boscoville (2023). Guide de mise en œuvre Lotus. Montréal, Québec : Boscoville.

Branson, C. E., Baetz, C. L., Horwitz, S. M. et Hoagwood, K. E. (2017). Trauma-informed juvenile justice systems: A systematic review of definitions and core components. Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy, 9(6), 635.

Collin-Vézina, D. (2016, 9 juin). Le trauma complexe chez les enfants et les adolescents [présentation d'une conférencière invitée]. Boscoville.

Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J. et Daigneault, I. (2011). Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. International Journal of Mental Health and Addiction, 9(5), 577-589.

Collin-Vézina, D., McNamee, S., Brazeau, C. et Laurier, C. (2019) Initial Implementation of the ARC Framework in Juvenile Justice Settings. Laurier et al., 2015; Laurier, 2016

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. et Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American journal of preventive medicine, 14(4), 245-258.

Fox, B. H., Perez, N., Cass, E., Baglivio, M. T., & Epps, N. (2015). Trauma changes everything: Examining the relationship between adverse childhood experiences and serious, violent and chronic juvenile offenders. Child Abuse & Neglect, 46, 163-173. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.01.011> Graf, G. H., Chihuri, S., Blow, M., & Li, G.

G. (2021). Adverse childhood experiences and justice system contact: A systematic review. Pediatrics, 147(1), Article

e2020021030.

Lafortune, D., Royer, M.N., Rossi, C., Turcotte, M. E., Boivin, R., Cousineau, M.M., Dionne, J., Drapeau, S., Guay, J. P., Fenchel, F., Laurier, C., Meilleur, D. et Trépanier, J. (2015). La Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents sept ans plus tard : portrait des jeunes, des trajectoires et des pratiques (FQRSC 2011 — TA-144097).

Laurier, C., Guay JP, Lafortune D, Toupin J. (2015) Évaluer pour prévenir : les caractéristiques de la personnalité et les risques pris par les jeunes contrevenants associés aux gangs de rue. 21. Fonds de recherche du Québec — Société et culture (FQRSC)

NCTSN (<https://www.nctsn.org/>) est un site Web américain qui a pour objectif d'augmenter les standards et l'accès aux traitements en lien avec le trauma complexe.

Villalta L, Smith P, Hickin N, Stringaris A. (2018) Emotion regulation difficulties in traumatized youth: a meta-analysis and conceptual review. Eur Child Adolesc Psychiatry.

ÉTAT DE LA SITUATION

Non-responsabilité criminelle et reconnaissance du tort : la trajectoire des familles endeuillées



Valérie Bouillon
M.Sc. criminologie



Sonia Vallières
B.Sc. criminologie

Le texte suivant ne provient pas de données probantes, mais de l'issue de nos observations chez les familles endeuillées et victimes survivantes dans plusieurs dossiers d'homicide en cas de non-responsabilité criminelle (NRC).

Au regard des événements survenus au cours des quatre dernières années, marqués par des remises en question concernant la responsabilité criminelle, il est crucial de noter que ces situations impliquent souvent de nombreuses personnes victimes directes, qu'elles soient décédées ou survivantes. Ces personnes victimes présentent des besoins et attentes multiples et parfois divergents. Dans le cadre de la judiciarisation des affaires d'homicide, nous observons une distinction notable dans les réactions des familles face à des meurtres intrafamiliaux et ceux commis par des personnes étrangères. Ainsi, certaines familles, dans un premier temps, peuvent être tentées de se tourner vers l'avocat de la défense, afin d'assurer à leur proche, accusé du crime, des soins rapides pour traiter son état de santé mentale.

Lorsque la question de la responsabilité criminelle est soulevée, que ce soit en début de procédure judiciaire, ou immédiatement après le meurtre d'un proche par un membre de sa famille, il est essentiel de s'assurer d'une bonne compréhension par les proches.

Cependant, cette démarche peut également entraîner des divisions au sein du réseau familial, car les opinions et perspectives des membres de la famille varient considérablement. Dans de tels cas, il devient impératif de répondre aux besoins

de chaque individu, que ce soit de manière individuelle ou collective. Cela offre ainsi à chaque membre de la famille l'opportunité de s'exprimer librement.

Cette réalité souligne l'importance de ne jamais présumer des réactions ou des besoins des proches dans des cas d'homicides, qu'ils soient intrafamiliaux ou commis par des étrangers. Les jugements et idées préconçues par les acteurs judiciaires à cet égard peuvent parfois engendrer une forme de seconde victimisation (Symonds, 1980 ; Wemmers, 2017). Dans le cas des meurtres commis par des personnes étrangères, l'acceptation de la non-responsabilité criminelle semble soulever des enjeux particulièrement complexes et apparaît, selon nos observations, plus difficile à accepter, à intégrer. Ces affaires sont parfois accompagnées de victimes survivantes, qui doivent faire face à des séquelles profondes et durables. La notion de Mens Rea, comprise comme l'intention criminelle, se révèle alors particulièrement difficile à expliquer aux proches et aux survivants, qui sont souvent affectés par un stress post-traumatique.

Cette souffrance a un impact considérable sur leur perception du monde et de l'humanité. Dans ce contexte, le besoin de justice devient un impératif central, bien que difficilement accessible pour ceux qui vivent ces événements. Les acteurs du système judiciaire doivent donc faire preuve d'une grande bienveillance et veiller à une vulgarisation claire des concepts juridiques relatifs à la santé mentale.

Mais justement, qu'en est-il des enjeux soulevés par le processus judiciaire ? Lorsqu'il est question de la non-responsabilité criminelle, il y a deux voies pouvant être observées au niveau judiciaire. Tout d'abord, il y a le procès par admission lorsque les conclusions des rapports d'expertises sont admises par les deux parties, ou le procès régulier, si le ministère de la Sécurité publique souhaite laisser le soin à un jury/un juge de trancher la question de la non-responsabilité criminelle.

Un des enjeux pouvant être rencontrés par les proches lors de procès par admission est lié à l'exposé conjoint des faits qui est déposé à la cour. En effet, ce document est un sommaire des faits qui se sont produits, mais ne vient pas nourrir pleinement un des besoins majeurs des familles, soit la recherche d'information. Donc, le fait de ne pas avoir accès à la preuve, de ne pas entendre les témoins civils et/ou experts peut donner le sentiment aux familles de ne pas avoir accès à la totalité de l'enquête. Dans un autre ordre d'idée, la reconnaissance des faits n'est pas présente. L'individu accusé n'est pas reconnu coupable ou ne reconnaît pas sa culpabilité. Nous pouvons observer la détresse et la colère découlant de l'impression de banalisation des actes posés par l'accusé et par ricochet une désillusion envers le système de justice.

Finalement, en ce qui a trait à la sentence ; le concept juridique n'existe pas. Pour certaines familles endeuillées, cette étape est une façon de reconnaître la gravité des gestes posés et peut engendrer un sentiment d'apaisement, de sécurité et d'accomplissement de la justice. Ainsi, dans un contexte de non-responsabilité criminelle, comment ce besoin de justice peut-il être comblé ? Aucun terme de détention ne sera ordonné par le juge, outre le transfert de l'individu dans un hôpital psychiatrique. Le statut de l'accusé devient alors flou pour les familles. Il

ne sera pas considéré comme un détenu, mais plutôt comme un « patient » ou un « usager ». Ce changement de terminologie, qui vise à refléter un contexte de soins plutôt que de répression, peut être rassurant pour certains proches, mais également frustrant pour d'autres.

Notons que la condition de l'individu sera réévaluée chaque année et son statut également. Pour certaines familles et/ou victimes survivantes, cela peut alimenter le sentiment d'insécurité et d'incertitude face à l'avenir. Le sentiment de finalité concernant le volet des procédures judiciaires est difficilement comblé puisque ce chapitre reviendra chaque année sous un autre format, soit à travers le tribunal administratif (TAQ).

La première étape à la suite du transfert d'un dossier du ministère de la Sécurité publique vers la Santé publique consiste à s'inscrire en tant que victime auprès du TAQ. Cette inscription permet aux proches et aux victimes survivantes de recevoir des informations officielles sur les dates des audiences annuelles devant la commission d'examen des troubles mentaux (CETM). Avant ces audiences, tout comme devant la Cour supérieure, les familles et victimes survivantes ont la possibilité de rédiger une déclaration de la victime.

Cependant, il arrive parfois que le statut de victime soit remis en question par la CETM, malgré une reconnaissance antérieure par la Cour supérieure avant le transfert du dossier au TAQ. En effet, malgré l'inscription au TAQ ainsi que l'envoi de la déclaration de la victime, il n'est pas certain que le proche ou la personne survivante pourra s'exprimer lors de l'audience si ces derniers n'ont pas été ajoutés comme 'témoin' du ministère public. Malheureusement, le PPCP (procureur.e des poursuites criminelles et pénales) responsable n'est pas nécessairement

la même personne qui s'est occupée du dossier judiciaire. Cela peut faire en sorte que certaines personnes ne soient pas contactées pour connaître leurs droits quant à cette procédure.

Cette problématique bureaucratique peut conduire à une seconde victimisation chez plusieurs proches, qui se retrouvent confrontés à des démarches administratives supplémentaires.

Enfin, un autre enjeu majeur réside dans la prise en charge psychologique des victimes survivantes et des proches. Alors que les détenus bénéficient parfois d'un suivi psychologique illimité, vu l'acte criminel commis, de nombreux proches et victimes survivantes se voient limités. Bien que la prise en charge des détenus puisse être rassurante pour certains, ce déséquilibre génère un profond sentiment d'injustice chez les victimes et leurs familles.

Finalement, aucune information n'est transmise sur les modalités de traitement ou l'évolution du patient entre les audiences du TAQ. Ce moment est donc la seule étape où il est possible pour les familles et les victimes survivantes d'avoir accès à ce type d'information. Cela peut être confrontant et déstabilisant d'entendre les professionnels de la santé expliquer l'évolution du « patient », ses réussites, ses enjeux, ses sorties, son niveau de dangerosité, etc. Le sentiment d'impuissance face aux décisions qui seront prises quant à l'avenir peut venir, encore une fois, renforcer le sentiment d'insécurité, de craintes et de désillusions envers un système devant protéger la population.

En guise de conclusion, beaucoup de proches éprouvent ainsi parfois une méfiance envers un système dont ils jugent avoir failli à les protéger par le passé. Il est indéniable qu'un travail de collaboration entre les services d'aide aux victimes, le ministère public et le TAQ/CETM s'entame afin de respecter les droits des victimes d'acte criminel selon la charte canadienne à cet effet.



L'évaluation de santé mentale dans le processus judiciaire pour adolescents

Les enjeux de santé mentale peuvent être présents à tout âge et les adolescents n'y font pas exception. Dans le cadre du processus judiciaire prévu par la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (la « LSJPA »), le tribunal peut exiger une évaluation psychologique ou psychiatrique de l'adolescent dans certaines circonstances. Nous présenterons le cadre juridique de cette disposition et son application par tribunaux canadiens.

Le premier alinéa de l'article 34 de la LSJPA se lit comme suit :

34 (1) Le tribunal pour adolescents, à toute phase des poursuites, peut exiger, par ordonnance, que l'adolescent soit évalué par une personne compétente chargée de faire un rapport écrit au tribunal:

- a) soit avec le consentement de l'adolescent et du poursuivant;
- b) soit d'office ou à la demande de l'adolescent ou du poursuivant, lorsque soit le tribunal a des motifs raisonnables de croire que l'adolescent pourrait souffrir d'une maladie ou de troubles d'ordre physique ou mental, d'un dérèglement d'ordre psychologique, de troubles émotionnels, de troubles d'apprentissage ou de déficience mentale, soit plusieurs déclarations de culpabilité ont été prononcées contre lui dans le cadre de la présente loi ou de la Loi sur les jeunes contrevenants, chapitre Y-1 des Lois révisées du

Canada (1985), soit une infraction grave avec violence lui est reprochée, et lorsqu'un rapport médical, psychologique ou psychiatrique concernant l'adolescent pourrait lui être utile à l'une des fins visées aux alinéas (2) a) à g).

La LSJPA prévoit ainsi que l'évaluation peut être ordonnée dans une myriade de circonstances et pour servir différents buts qui sont énumérés au 2e alinéa de l'article 34, incluant la mise en liberté ou détention sous garde, statuer sur une demande pour assujettir l'adolescent à une peine pour adulte ou imposer ou réviser une peine spécifique.

Il convient d'abord de noter que l'évaluation peut être ordonnée à toute étape du processus, ce qui laisse une discrétion importante au tribunal selon l'évolution des procédures judiciaires et de la situation de l'adolescent.

La Cour d'appel du Québec, ainsi que plusieurs cours d'appel des autres provinces ont statué que le pouvoir d'ordonner la confection de l'évaluation constituait également un pouvoir discrétionnaire, c'est-à-dire que le juge dispose d'une liberté d'appréciation selon l'ensemble des circonstances de l'affaire pour prendre sa



Me Gabriel Destrempe
Rochette Avocat

décision.¹ Pour exercer cette discrétion, le juge doit sopeser différents éléments incluant le besoin d’information, son utilité et le caractère intrusif de l’évaluation. À la suite de cet exercice, le juge peut ordonner ou non l’évaluation. Par exemple, dans un dossier où le jeune avait déjà fait l’objet d’une évaluation psychologique et d’un rapport prédécisionnel dans le cadre de ses antécédents judiciaires et après une (1) journée d’audition, le poursuivant a demandé une nouvelle évaluation psychologique en vertu de l’article 34 LSJPA. Le juge a refusé la demande du poursuivant en mentionnant qu’elle était tardive, mais également que la nouvelle évaluation ne lui serait pas utile, car les informations déjà disponibles dans les évaluations existantes sont toujours d’actualité et qu’aucune preuve n’existait à l’effet qu’elles étaient obsolètes. La Cour d’appel a confirmé cette décision du juge du procès.²

Ensuite, le rapport est ordonné d’office ou à la demande de l’adolescent ou du poursuivant. Dans la mesure où l’adolescent et le poursuivant ne consentent pas, la demande d’une partie doit être bien informée et respecter l’une ou l’autre des conditions prévues à l’article 34 (1) b). Par exemple, dans une affaire d’incendie criminel, la Cour d’appel de l’Ontario a confirmé qu’une demande d’évaluation faite par l’avocat de la défense ayant mené à un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux sans qu’il soit clair que l’adolescent ou ses parents aient compris les implications d’une telle évaluation a compromis le processus et le plaidoyer de culpabilité de l’adolescent.³

Le rapport prévu à l’article 34 LSJPA peut notamment être confectionné pour examiner une demande présentée en vertu de l’article 33 (mise en liberté ou détention sous garde). Dans ce cas, le rapport est « versé au dossier de l’affaire pour laquelle il a été demandé ». Cela

permet, selon l’interprétation retenue par certains juges,⁴ d’exclure les déclarations incriminantes qui pourraient être utilisées plus tard alors que l’adolescent n’a pas encore pris position sur son plaidoyer. Cette interprétation est compatible avec l’article 147 LSJPA qui prévoit que les mentions ou déclarations faites au courant de l’évaluation ne sont pas admissibles en preuve sans le consentement de l’adolescent « devant un tribunal, une cour, un organisme ou une personne qui a compétence pour exiger des éléments de preuve ». Il y a toutefois des exceptions à cette exclusion et les déclarations sont notamment admissibles pour trancher une demande d’assujettissement à une peine pour adultes, prononcer ou réviser une peine et déterminer si l’adolescent était atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle.⁵

Finalement, l’évaluation prévue à l’article 34 LSJPA et son résultat dépendra de la participation de l’adolescent à cette dernière. Dans un dossier d’assujettissement à une peine pour adultes qui s’est rendu en Cour suprême du Canada, l’adolescent a refusé de participer à l’évaluation sur les conseils de son avocat.⁶ Le juge du procès a noté qu’aucune inférence négative n’était tirée de son refus de participer à l’évaluation, mais l’absence d’évaluation a empêché l’adolescent de pouvoir bénéficier du programme intensif de réadaptation dans le cadre d’une peine « jeunesse ».⁷

L’évaluation psychologique ou psychiatrique constitue un outil important prévu par la LSJPA pour que la situation de l’adolescent soit la mieux comprise par l’ensemble des parties et que le processus judiciaire s’adapte aux

réalités de santé mentale des jeunes contrevenants.

¹ LSJPA — 1522, 2015 QCCA 1230.

² *Ibid.*

³ *R. v. J.F.*, 2019 ONCA 432.

⁴ Voir notamment *R v AA*, 2018 ABPC 176.

⁵ Art. 147 (2), LSJPA.

⁶ *R. c. S.B.*, 2025 CSC 24, au paragr. 18.

⁷ *R. v. S.B.*, 2023 ONCA 369, au paragr. 72.

Judiciarisation et déjudiciarisation de la santé mentale : Déséquilibre et voies de rééquilibrage pénal



Yanick Charette
Professeur agrégé, Université Laval

Environ 20% de la population canadienne présente un problème de santé mentale répondant à un critère diagnostique, que ce soit un trouble anxieux, un trouble dépressif ou un trouble d'abus de substances.¹ Les troubles mentaux graves pour leur part, soit ceux qui sont considérés comme entravant sérieusement ou gravement une ou plusieurs activités importantes de la vie, sont plus rares; que l'on parle de troubles bipolaires (1,2%)² ou de troubles

psychotiques (0,4%)³. Néanmoins, les personnes vivant avec ces problématiques subissent beaucoup de stigmatisation, particulièrement en ce qui concerne leur risque de violence. Par exemple, la majorité de la population croit que les personnes avec un problème de santé mentale représentent un risque de violence.⁴ Dans les journaux, les deux problématiques sont souvent entremêlées et peu de place est laissée aux nuances.⁵

Pourtant, le lien entre violence et trouble mental n'est pas si évident. Deux éléments sont à considérer par rapport à cette relation.⁶ Premièrement, les troubles mentaux ne sont pas une cause nécessaire à la violence : la majorité des événements violents ne sont pas perpétrés par des personnes qui présentent un problème de santé mentale. On estime à environ 6% la proportion de la violence en lien avec les troubles mentaux graves.⁷

Deuxièmement, les troubles mentaux ne sont pas une cause suffisante à la violence : la majorité des personnes qui présentent un problème de santé mentale ne commettent pas de délits violents. Moins de 10% des personnes qui présentent un trouble mental grave commettent un délit violent.^{8,9} Certes, lorsqu'on regarde les données brutes de la perpétration de délits violents, les personnes qui présentent des troubles mentaux graves semblent avoir un risque de violence plus élevé, soit entre 2 à 4 fois plus de risque que les personnes ne présentant pas de trouble.^{9,10} Toutefois, cette prévalence doit être interprétée avec prudence, puisqu'elle ne prend pas en considération différents facteurs de vulnérabilité plus présents chez les personnes présentant un problème de santé mentale : pauvreté, isolement social, utilisation de substances, victimisation.^{11,12} Les études qui prennent en considération ces facteurs de vulnérabilité, dans le but de

comparer à des populations présentant des facteurs de risque similaires, constatent que le risque de violence est davantage lié à ces circonstances qu'au trouble mental lui-même.^{8,13,14}

Cette surreprésentation dans la perpétration de délits est toutefois beaucoup plus faible que la surreprésentation que l'on observe dans les établissements de détention : on retrouve 10 fois plus de personnes avec des troubles mentaux graves dans ces établissements que dans la population générale.^{3,15} Que pourrait expliquer ce déséquilibre? L'explication se trouve forcément entre la commission d'un délit et l'incarcération; un processus judiciaire défavorablement biaisé pour cette population.

On peut concevoir le système de justice comme une autoroute, avec plusieurs bretelles de sortie, à différents moments du processus pénal : signalement, arrestation, mise en accusation, verdict de culpabilité, sentence de détention. Certains individus poursuivront leur route dans le système pénal, alors que d'autres arriveront à l'éviter : par exemple, une infraction qui ne mène pas à une arrestation ou un verdict de culpabilité. Toutefois, certains biais font en sorte que certaines personnes ont moins de chance de prendre ces bretelles de sortie.

Les études ont montré que les personnes qui présentent un problème de santé mentale sont plus enclines à être signalées à la police,¹⁶ à être arrêtées,¹⁷ à être mises en accusation,¹⁸ à être condamnées,^{19,20} et à être incarcérées.^{19,21}

La taille de ces biais, pris indépendamment, peut sembler mineure, mais lorsqu'additionnés au fur

et à mesure des différentes étapes du système de justice, elle devient substantielle. Ce processus de sélection, en défaveur des personnes présentant des problèmes de santé mentale, mène à une surreprésentation importante dans le système carcéral, système qui a des effets délétères, particulièrement pour cette population.^{22,23}

Différentes stratégies peuvent être mises en place, à différents niveaux, pour éviter ces conséquences néfastes de la judiciarisation et des épisodes de détention chez les personnes présentant des problèmes de santé mentale; favorisant plutôt une offre de services adaptée. D’abord, et de manière prioritaire, il est possible d’intervenir en amont, en prévention, afin d’éviter que des événements tragiques se produisent, en améliorant l’accessibilité des services en santé mentale, mais aussi en diminuant la stigmatisation à laquelle fait face cette population qui mène à des préjugés défavorables dans toutes les sphères de leur vie, incluant leurs expériences pénales.

D’autre part, une fois engagées sur l’autoroute du système pénal, différentes mesures de diversion du système pénal peuvent être mises en place, dans le but de privilégier la prise de bretelles de sortie.²⁴ Ces mesures permettent d’éviter la détention, de favoriser l’accès aux soins, et de diminuer les probabilités qu’un nouvel acte criminel soit perpétré.^{25,26,27} Ces mesures ne doivent toutefois pas devenir la seule solution, et une stratégie en amont devrait être privilégiée pour éviter un effet pervers contre-productif de judiciarisation dans le but d’obtenir des services.

Toutefois, si on veut pérenniser les effets de ces stratégies, les services, le suivi et les efforts menant au rétablissement doivent être réfléchis sur le long terme.

Il faut donc aussi maximiser l’accessibilité à des soins en aval, suite à une judiciarisation, pour optimiser les chances de rétablissement pour ces personnes, ainsi que pour limiter les risques que d’autres événements tragiques se produisent et que les personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale se retrouvent dans un cycle de portes tournantes, qui ont des effets néfastes sur leur vie.

C’est avec cette vue d’ensemble que la surreprésentation des personnes avec des problèmes de santé mentale dans le système pénal doit être comprise et des stratégies d’intervention doivent être mises en place sur différents fronts pour arriver à atténuer ce problème de société.

Bibliographie

¹ Smetanin et al. (2011). The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011-2041. Prepared for the Mental Health Commission of Canada. Toronto: RiskAnalytica.

² Leclerc J, Lesage A, Rochette L, Huynh C, Pelletier É, Sampalis J. (2020). Prevalence of depressive, bipolar and adjustment disorders, in Quebec, Canada. Journal of affective disorders. 263:54-9.

³ Lesage A, Émond V. (2012) Surveillance des troubles mentaux au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. Institut national de santé publique du Québec.

⁴ Pescosolido, B. A., Manago, B., & Monahan, J. (2019). Evolving public views on the likelihood of violence from people with mental illness: Stigma and its consequences. Health Affairs, 38(10), 1735-1743.

⁵ Whitley, R. Berry, S. (2013). Trends in Newspaper Coverage of Mental Illness in Canada: 2005–2010. Canadian journal of psychiatry. 58(2), 107-112.

⁶ MacPhail, A., & Verdun-Jones, S. N. (2014). Mental illness and the criminal justice system. International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy.

⁷ Fazel, S., & Grann, M. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. American journal of psychiatry, 163(8), 1397-1403.

⁸ Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. PLoS medicine, 6, (8), e1000120.

⁹ Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G. M., & Långström, N. (2010). Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. Archives of general psychiatry, 67(9), 931-938.

¹⁰ Douglas, K. S., Guy, L. S., Hart, S. D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis. Psychological Bulletin, 135, (5), 679–706.

¹¹ Hiday, V. A. (1995). The social context of mental illness and violence. Journal of Health and Social Behavior, 36, (2), 122–137.

¹² Hiday, V. A. (2006). Putting community risk in perspective: A look at correlation of violence and mental illness. International Journal of Law and Psychiatry, 29, (4), 316–331.

¹³ Link, B. G., Andrews, H., Cullen, F. T. (1992). The Violent and Illegal Behavior of Mental Patients Reconsidered. American Sociological Review, 57, (3), 275.

¹⁴ Ten Have, M., De Graaf, R., Van Weeghel, J., Van Dorsselaer, S. (2014). The association between common mental disorders and violence: To what extent is it influenced by prior victimization, negative life events and low levels of social support? Psychological Medicine, 44, (7), 1485–1498.

¹⁵ Fazel S, Seewald K.(2012) Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. The British Journal of Psychiatry, 200(5):364-73.

¹⁶ Robertson, G. (1988). Arrest patterns among mentally disordered offenders. The British Journal of Psychiatry, 153(3), 313-316.

¹⁷ Charette, Yanick; Crocker, Anne G; Billette, Isabelle (2014) Police Encounters Involving Citizens With Mental Illness: Use of Resources and Outcomes. Psychiatric services, 65(4) 511-516.

¹⁸ Kane, E., Evans, E., Mitsch, J., Jilani, T., Quinlan, P., Cattell, J., & Khalifa, N. (2018). Police interactions and interventions with suspects flagged as experiencing mental health problems. Criminal behaviour and mental health, 28(5), 424-432.

¹⁹ Hoch, J. S., Hartford, K., Heslop, L., & Stitt, L. (2009). Mental illness and police interactions in a mid-sized Canadian city: What the data do and do not say. Canadian Journal of Community Mental Health, 28(1), 49-66.

²⁰ Seto, Michael C; Charette, Yanick; Crocker, Anne C; Nicholls, Tonia L (2020). Predicting Which Clinically Documented Incidents of Aggression Lead to Criminal Convictions. International Journal of Forensic Mental Health, 19(4), 365-376.

²¹ Hall, D., Lee, L. W., Manseau, M. W., Pope, L., Watson, A. C., & Compton, M. T. (2019). Major mental illness as a risk factor for incarceration. Psychiatric Services, 70(12), 1088-1093.

²² Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. The Lancet Psychiatry, 3(9), 871-881.

²³ Walker, J., Illingworth, C., Canning, A., Garner, E., Woolley, J., Taylor, P., & Amos, T. (2014). Changes in mental state associated with prison environments: a systematic review. Acta Psychiatrica Scandinavica, 129(6), 427-436.

²⁴ Munetz, M. R., & Griffin, P. A. (2006). Use of the sequential intercept model as an approach to decriminalization of people with serious mental illness. Psychiatric services, 57(4), 544-549.

²⁵ Lange, S., Rehm, J., & Popova, S. (2011). The Effectiveness of Criminal Justice Diversion Initiatives in North America : A Systematic Literature Review. International Journal of Forensic Mental Health, 10(3), 200-214.

²⁶ Lowder, E. M., Rade, C. B., & Desmarais, S. L. (2018). Effectiveness of mental health courts in reducing recidivism: A meta-analysis. Psychiatric services, 69(1), 15-22.

²⁷ Loong, D., Bonato, S., Barnsley, J., & Dewa, C. S. (2019). The effectiveness of mental health courts in reducing recidivism and police contact: A systematic review. Community mental health journal, 55(7), 1073-1098.

Les programmes d'accompagnement justice santé mentale : principaux constats d'une étude évaluative



Audrey-Anne Dumais Michaud
professeure agrégée
École de travail social et de criminologie, Université Laval



Yanick Charette
professeur agrégé
École de travail social et de criminologie, Université Laval



Geneviève Nault
professeure assistante
École de travail social et de criminologie, Université Laval



Anne Crocker
professeure titulaire
Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal

Depuis la création du premier Programme d'accompagnement en justice et santé mentale (PAJ-SM) à la Cour municipale de Montréal en 2008, ce modèle d'alternative à l'incarcération s'est largement implanté à travers le Québec. On compte aujourd'hui plus d'une quarantaine de programmes, déployés tant à la Cour du Québec qu'aux Cours municipales. Inspirés des tribunaux de santé mentale nord-américains (Mental Health Courts), ces programmes visent à offrir une justice adaptée aux personnes judiciairisées vivant avec un trouble mental ou d'autres formes de vulnérabilité (Ministère de la Justice, 2024 ; Jaimes et al., 2009). Malgré leur expansion, peu d'études ont documenté cette adaptation québécoise. C'est dans ce contexte que le ministère de la Justice du Québec a mandaté l'Observatoire en justice et santé mentale pour évaluer ces programmes, leur fonctionnement et leurs retombées, en vue d'émettre des recommandations sur l'accès, la gouvernance et l'efficacité. L'étude reposait sur un devis mixte triangulé, combinant des méthodes quantitatives et qualitatives : analyse des dossiers des procureurs de la Couronne, observations, entretiens semi-dirigés et sondages. Elle portait sur les dix premiers PAJ-SM implantés au Québec et visait à documenter leur structure et leur fonctionnement, le profil et

le parcours des participants, l'évolution de leurs trajectoires judiciaires et de cliniques, ainsi que la satisfaction des acteurs impliqués.

Les résultats montrent que, malgré leurs particularités locales, les PAJ-SM reposent sur un fonctionnement largement commun. Le processus typique comprend la référence, l'admission, l'élaboration d'un plan d'action individualisé, les suivis réguliers, les comparutions et la fermeture du dossier. Les différences observées concernent notamment la composition des comités opérationnels et la fréquence des audiences. Comparativement aux tribunaux réguliers, les PAJ-SM se caractérisent par un décorum plus souple et une approche davantage axée sur la réhabilitation que sur la punition. Les interventions visent à éviter l'incarcération et à offrir un accompagnement adapté à la situation de la personne. Ces tribunaux reposent sur une logique de collaboration plutôt que d'opposition : juges, procureurs, avocats de la défense et intervenants sociaux travaillent de concert à la stabilisation et à la réinsertion de la personne. L'intervenant pivot joue un rôle central dans cette dynamique : il soutient la personne, facilite l'accès aux services, assure la continuité entre les sphères judiciaire et clinique.

Cette approche favorise des relations plus humaines et individualisées, mais impose aux professionnels un ajustement de posture. Le juge doit conjuguer autorité et empathie, le procureur tenir compte des besoins de la personne accusée et l'avocat de la défense adopter une posture plus accompagnante. La collaboration intersectorielle, bien que bénéfique, soulève des questions sur le partage d'informations sensibles.

La majorité des participants sont des hommes francophones âgés en moyenne de 37 ans. Près de la moitié présentent un trouble psychotique ou de l'humeur, un tiers un trouble lié à l'usage de substances et un peu plus d'un tiers un trouble de la personnalité. Les infractions les plus fréquentes concernent le non-respect de conditions, les menaces ou le harcèlement et les voies de fait. Près de 85 % possèdent des antécédents judiciaires et 40 % avaient déjà eu un contact policier comme victimes avant leur intégration au programme. Dans 41 %, lorsque le programme a été complété avec succès, la personne bénéficie d'un rejet des accusations.

L'étude met en lumière que l'accès au PAJ-SM se fait majoritairement par l'intermédiaire des avocats de la défense, qui présentent le programme comme une mesure d'aide assortie de bénéfices judiciaires. Si plusieurs participants distinguent le PAJ-SM des tribunaux réguliers, leur compréhension du programme demeure souvent partielle. Ce constat soulève des questions sur la portée du consentement éclairé, particulièrement lorsque la participation repose sur la promesse d'éviter la prison. Les participants soulignent néanmoins le caractère humain et respectueux du processus, le sentiment d'écoute et la possibilité de s'exprimer devant le juge. Les plans d'action individualisés comportent généralement trois objectifs, la plupart centrés sur le suivi en santé mentale, la stabilité résidentielle, la réduction de la

consommation et l'insertion sociale.

Durant leur trajectoire au PAJ-SM, environ 17 % des participants ont enfreint une condition, 21 % ont commis une nouvelle infraction et un tiers ont connu une rechute liée à la consommation. Les équipes privilégient toutefois une approche souple : les écarts ne mènent pas nécessairement à une exclusion, mais servent à ajuster l'accompagnement. La durée moyenne du suivi est d'environ dix mois et demi, avec entre cinq et six comparutions. Près de 70 % des participants complètent le programme avec succès. Les taux de réussite sont plus élevés chez les personnes âgées de plus de 40 ans, celles qui utilisent des services psychosociaux et celles mieux insérées socialement. Les problématiques de l'usage à une substance, les bris de condition et la récidive diminuent les possibilités de réussite. En outre, on observe une baisse d'environ 40 % du rythme des délits après la participation. De façon inattendue, les femmes présentent un taux de récidive plus élevé que les hommes. Malgré une précarité persistante sur le plan résidentiel et occupationnel, les professionnels observent une certaine stabilisation à la fin du parcours.

Enfin, la satisfaction globale envers le programme est élevée. Les participants apprécient particulièrement le soutien des intervenants pivots, qui vulgarisent le processus judiciaire, les aident à naviguer dans les services et jouent un rôle déterminant dans leur stabilisation. Ils perçoivent le PAJ-SM comme un espace d'écoute et d'accompagnement, bien que certains en critiquent la lourdeur ou la rigidité. Les professionnels soulignent la richesse de la collaboration intersectorielle et la valeur du programme pour les participants, tout en mentionnant des contraintes de ressources et de temps. Les partenaires externes, du réseau de la santé, du communautaire et du juridique,

expriment une perception largement positive, bien qu'ils souhaitent une meilleure formation et des outils d'évaluation plus clairs.

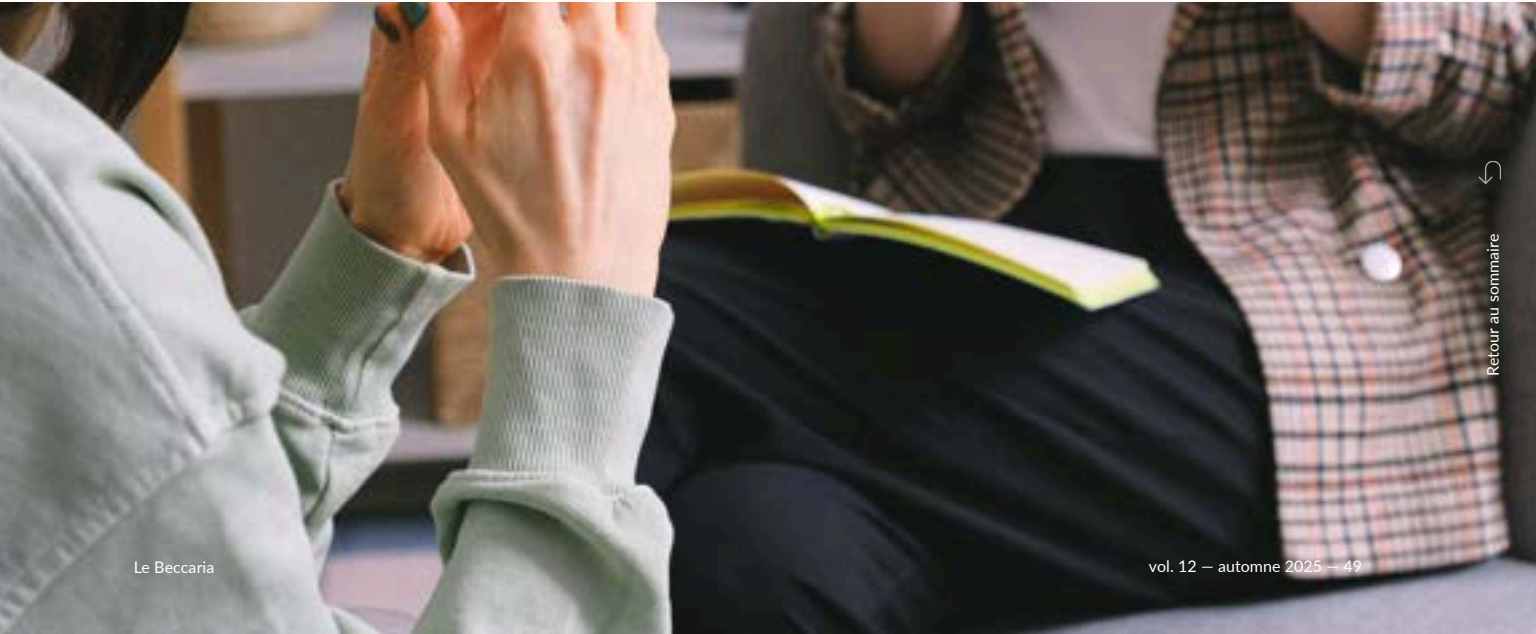
En somme, les PAJ-SM s'imposent comme une alternative au système pénal traditionnel. Ils favorisent la réhabilitation, réduisent la récidive et humanisent la justice en rétablissant des ponts entre le droit, la santé et le social. Toutefois, cette innovation demeure marquée par des tensions structurelles qui en limitent la portée transformatrice : elle repose sur une judiciarisation du soin, où l'accès à des ressources psychosociales demeure conditionné à une procédure pénale, renforçant paradoxalement la présence de l'appareil judiciaire dans la gestion de la santé mentale. Les critères d'admissibilité et la logique de responsabilisation individuelle tendent aussi à invisibiliser les facteurs structurels de la vulnérabilité, tels que la pauvreté, l'instabilité résidentielle ou les inégalités d'accès aux soins. Si les PAJ-SM contribuent à réduire les effets les plus punitifs de la judiciarisation, ils ne parviennent pas toujours à en renverser les logiques profondes. Leur potentiel d'humanisation de la justice repose donc sur un

équilibre précaire : ils incarnent à la fois une réponse pragmatique à des défaillances systémiques et le symptôme d'un déplacement du social vers le judiciaire.

Références

Jaimes, A., Crocker, A., Bédard, É. et 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>

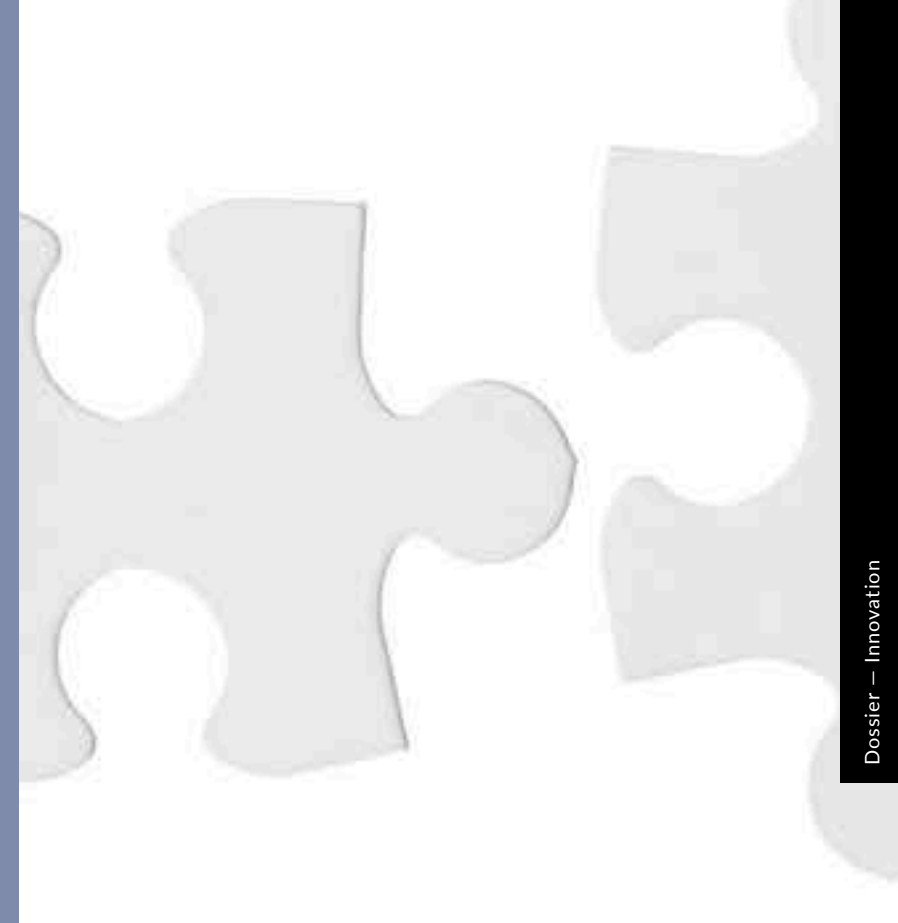
Ministère de la Justice (2024). Cadre de référence. Programme d'accompagnement justice et santé mentale+ (PAJ- SM+). Gouvernement du Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/justice/programmes/PAJSM/Cadre_Reference_PAJSM.pdf



Agents d'intégration sociale et santé mentale des détenus : un pont entre prison et communauté



Alice Baudard de Fontaine
Criminologue



La question de la santé mentale dans le parcours des personnes judiciarisées est au cœur des préoccupations lorsqu'on aborde la réinsertion sociale et le risque de récidive. Derrière les murs des établissements carcéraux, on retrouve un nombre significatif de personnes vivant avec des troubles mentaux, soit 11,9% en 2023-2024 (MSP, 2025). À cela s'ajoutent d'autres problématiques : dépendances, itinérance, pauvreté, rupture familiale, isolement social. Ces parcours de vie, marqués par la précarité et l'exclusion, rendent d'autant plus crucial l'accès à des services adaptés, coordonnés et continus. Or, sur le terrain, cela est loin d'être acquis.

Pour maximiser ses chances de succès, la réinsertion sociale doit débuter dès l'entrée en

détention. Or, le manque de ressources, le roulement de personnel et le peu de services spécialisés compliquent l'intervention. Bien que les établissements aient pour mission la protection de la société et la réhabilitation, les personnes souffrant de troubles mentaux restent souvent invisibilisées, livrées à elles-mêmes et plus exposées à la victimisation (Vacheret et al., 2011). Par ailleurs, les acteurs correctionnels observent une offre insuffisante de services pour une population carcérale particulière : les personnes purgeant de courtes peines avec des besoins multiples, notamment en santé mentale, bénéficiant de peu de soutien, tant en prison qu'en société. Ceci contribue au phénomène des « portes tournantes » de la récidive.

Face à cette problématique ainsi qu'à d'autres facteurs (violence armée à Montréal, lutte à l'itinérance), le sous-ministériat des services correctionnels a créé en 2022 les agents

d'intégration sociale (AIS). Leur mandat est d'intervenir rapidement auprès des détenus non suivis et vulnérables. Leur intervention, basée sur le volontariat du détenu, vise à mobiliser ses forces et à préparer un retour en communauté porteur de changement.

Travaillant avec une clientèle souvent méfiante, désengagée ou épuisée par le système, les AIS adoptent une approche flexible, créative et adaptée aux besoins spécifiques de chacun. Ils ne remplacent pas les partenaires du réseau, mais facilitent une transition cohérente entre la prison et la communauté.

L'accès aux services essentiels à la réhabilitation (hébergement, traitement des dépendances, soins de santé, aide financière) demeure un obstacle. Ceux-ci exigent souvent une stabilité préalable difficile à atteindre. Par exemple, une ressource d'hébergement peut refuser une personne tant qu'elle n'est pas abstinente, que sa santé mentale n'est pas stabilisée ou que ses documents administratifs ne sont pas à jour. De même, les services de santé mentale sont parfois inaccessibles à ceux en consommation active ou sans adresse. L'aide financière de dernier recours est compliquée à obtenir quand les documents requis manquent, une situation fréquente chez les personnes en itinérance.

Ces exemples illustrent comment la rigidité des procédures, les normes institutionnelles strictes et les mandats délimités des ressources freinent la mise en œuvre d'approches plus adaptées aux trajectoires complexes des usagers. Cette lourdeur bureaucratique exerce une pression

importante sur les intervenants qui peinent à concilier les exigences des institutions avec les réalités humaines.

Le manque de fluidité dans la circulation de l'information entre les divers services vient accentuer ces difficultés. Il n'est pas rare qu'un même usager soit accompagné par plusieurs intervenants, sans réelle coordination. Des décisions prises dans un service peuvent ne jamais être communiquées aux autres, fragmentant ainsi l'intervention. Ce morcellement nuit à la continuité des services.

C'est dans ce contexte que le rôle des AIS prend tout son sens. Leur travail permet une lecture transversale des situations, en identifiant les intervenants déjà mobilisés ou non autour d'un usager et en tentant de créer des passerelles entre les différents organismes. Cette démarche, bien que précieuse, est particulièrement chronophage et met en lumière une faiblesse structurelle : l'absence de coordination entre les services. Chaque acteur intervient selon son mandat, sa structure organisationnelle et ses ressources, souvent sans concertation ni vision d'ensemble. Cette fragmentation engendre non seulement de la confusion pour les usagers, mais aussi pour les intervenants, qui se retrouvent démunis face à l'ampleur des besoins et l'urgence d'agir. Les AIS constatent que la volonté de collaborer est présente chez les acteurs du terrain, mais ils se heurtent à la rigidité des structures.

Face à ces limites, le véritable atout des AIS réside dans leur autonomie et leur capacité à « franchir les frontières » institutionnelles, un rôle que la littérature qualifie de boundary spanners (Quirion et al., 2021).

En agissant à l'interface des différents réseaux, les AIS favorisent la circulation de l'information, la mobilisation des ressources et la mise en lien des acteurs concernés. Cette posture leur permet de développer de nouveaux canaux de collaboration, souvent informels, mais néanmoins efficaces.

Par exemple, l'AIS amorce dès l'incarcération les démarches pour régulariser les documents administratifs nécessaires à l'accès aux services (aide financière, soins, hébergement, thérapies). Il contacte les intervenants déjà impliqués ou en mobilise de nouveaux. Il facilite l'intégration à des ressources. Avec l'usager, il peut rebâtir un réseau de soutien familial. Son rôle est central lors du retour en communauté, où il accompagne activement la personne et contribue à la mise en place d'un filet social durable avec les intervenants du terrain.

Leur travail démontre que cette collaboration intersectorielle est non seulement possible, mais déjà en cours. Si des accords de partenariats interministériels et avec le secteur communautaire venaient à être mis en place, il n'y aurait sans doute pas de résistance sur le terrain : les intervenants y adhèrent déjà dans la pratique, pourvu qu'on leur laisse l'espace nécessaire.

En conclusion, les AIS apparaissent des acteurs clés dans la prévention de la récidive, notamment auprès des personnes présentant des troubles de santé mentale et des trajectoires complexes. Leur capacité à intervenir à l'interface des systèmes, à adapter leurs actions aux besoins réels et à agir avec souplesse dans

un cadre rigide est une richesse à reconnaître. Il faudrait soutenir cette posture, faciliter les échanges d'information dans le respect des droits et ouvrir des espaces de collaboration structurés entre institutions et organismes, voire former des équipes multidisciplinaires autour de l'usager. La prévention efficace de la récidive exige une meilleure intégration des services de base, ce que les AIS mettent déjà en œuvre, au quotidien.

Bibliographie

Quirion, B., Hamel, S., Gadbois, J. & Brunelle, N. (2021). La (ré)intégration sociocommunautaire comme réponse au morcellement organisationnel et clinique des personnes judiciairisées. *Criminologie*, 54(2), 13–38. <https://doi.org/10.7202/1084287ar>

Vacheret, M. et Lafortune, D. (2011). Prisons et santé mentale, les oubliés du système. *Déviance et Société*, . 35(4), 485-501. <https://doi.org/10.3917/ds.354.0485>.

Ministère de la Sécurité publique. (2024). [Lutte contre l'itinérance et la récidive - Déploiement d'agents d'intégration sociale dans les établissements de détention](https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/lutte-contre-litinerance-et-la-recidive-deploiement-dagents-dintegration-sociale-dans-les-etablissements-de-detention-5840) Gouvernement du Québec <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/lutte-contre-litinerance-et-la-recidive-deploiement-dagents-dintegration-sociale-dans-les-etablissements-de-detention-5840>

Ministère de la Sécurité publique. (2025) [Profil de la population carcérale 2023-2024](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/securite-publique/publications-adm/publications-secteurs/services-correctionnels/profil-clientele-correctionnelle/profil_population_carcerale_2023-2024.pdf). https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/securite-publique/publications-adm/publications-secteurs/services-correctionnels/profil-clientele-correctionnelle/profil_population_carcerale_2023-2024.pdf

INNOVATION

Les criminologues, à la jonction des systèmes de Justice et de la Santé



Émy Cloutier
Criminologue

Au Québec, les criminologues ont longtemps été des « intervenants » ou des « agents de relations humaines ».

Mais, depuis quelques années, le rôle du criminologue se précise, sa valeur ajoutée est constatée et la profession est de plus en plus visible. Les compétences spécifiques du criminologue sont reconnues et recherchées, ce qui conduit à l’affichage de postes de criminologues, entre autres, dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Lorsqu’un établissement a la responsabilité de l’évaluation et de la gestion des personnes qui présentent un risque important pour la société, en raison de leur état mental et qui sont sous la Commission d’examen des troubles mentaux (CETM), le personnel de l’établissement où se trouve l’hôpital désigné doit se mobiliser pour s’assurer du respect des décisions, procéder à l’évaluation ainsi qu’à la gestion du risque et déployer une offre de services cliniques. En ce

sens, les criminologues sont de précieux alliés et des contributeurs à forte valeur ajoutée au sein des équipes interdisciplinaires chargées de cette importante tâche.

L’évaluation du risque est définitivement un terrain d’action pour les criminologues. Il est évidemment question du risque de violence envers autrui, mais, en raison des interrelations entre différents comportements problématiques, il faut aussi évaluer, par exemple, le risque d’abus de substances, de congé non autorisé (fugue du milieu de vie autorisé) et de victimisation.¹

Bien que ce soit le médecin psychiatre qui soit responsable du plan de traitement, le criminologue met à contribution ses connaissances et ses compétences et utilise les outils de jugement clinique structurés,² appropriés pour chaque cas, afin d’estimer le niveau de risque pour chaque type de comportement problématique.

Il lui incombe aussi d’identifier les facteurs de protection et les facteurs de risque, incluant ceux qui sont les plus susceptibles d’entraîner un risque aigu (facteurs critiques). Le criminologue porte une attention particulière à la communication du risque, afin que les divers professionnels impliqués, tant ceux qui sont familiers avec les outils d’évaluation que ceux qui n’en ont jamais entendu parler, comprennent les résultats de l’évaluation, les éléments sur lesquels porter une attention particulière, ainsi que les liens entre les différents facteurs contributifs.

Si l’évaluation peut se faire à des moments spécifiques (annuellement, lors de la révision de la décision par la CETM ou encore lors d’une période de transition), une réévaluation en continu, ou « monitoring », permet d’apprécier les changements qui s’opèrent chez une personne ainsi que leur impact sur le risque qu’elle présente pour la société et sur ses besoins. Conséquemment, le niveau de supervision (modalités et fréquence) ainsi que la nature et l’intensité des services à offrir peuvent faire l’objet d’ajustements au moment opportun.

L’évaluation peut être faite en collaboration avec les autres professionnels et intervenants impliqués auprès de la personne, la personne elle-même et inclure les proches. Les résultats de l’évaluation et les recommandations peuvent faire l’objet d’échanges entre les membres de l’équipe et être présentés ou discutés avec le médecin psychiatre. Le criminologue peut être partie intégrante de l’équipe clinique ou s’y joindre sur demande en tant que professionnel-répondant.

Selon le résultat de l’évaluation de risque, des cibles d’intervention, dont certaines peuvent être prioritaires, seront identifiées.

Les criminologues peuvent intervenir directement par des interventions individuelles ou encore à travers une programmation de groupe. Non seulement ils pourront réaliser les interventions appropriées et animer le contenu prévu, mais ils en profiteront pour apprécier, notamment, la traitabilité des personnes.

La traitabilité implique deux (2) composantes : 1- la personne accepte de s’exposer au traitement, et 2-la personne retire des bénéfices du traitement (ça donne des résultats). Le criminologue pourra mettre en œuvre ou recommander différentes stratégies et actions destinées à améliorer la traitabilité de chaque personne.

Selon les résultats d’une évaluation à jour, tant en ce qui concerne les niveaux de risque que les facteurs contributifs, le criminologue participe à l’identification des conditions pertinentes et individualisées, qui auraient avantage à être demandées à la CETM, lorsque celle-ci aura à prendre une décision.

Il est fréquent que les personnes qui présentent des troubles concomitants de santé mentale et de l’utilisation de substances aient des contacts avec le système judiciaire (prévenues, détenues, en probation ou en sursis, en libération conditionnelle) ou sous la commission d’examen des troubles mentaux. Elles peuvent se retrouver dans des établissements de détention fédéraux ou provinciaux, dans des hôpitaux, des ressources de transition variées et en communauté. Dans ce contexte, le criminologue

est un intermédiaire de choix, une jonction essentielle entre la justice et la santé. Il/elle doit concilier des exigences cliniques avec les contraintes juridiques, dans le cadre de missions et mandats complémentaires. À titre d’exemple, on retrouve de plus en plus de criminologues au sein des équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM). Ils sont des interlocuteurs tout indiqués pour proposer une voie commune et cohérente entre le système de santé et le système judiciaire.

Bibliographie

¹ Le risque de victimisation fait référence à la probabilité qu’une personne soit la cible d’actes de violence verbale, physique ou sexuelle, incluant les actes qui entraînent la peur, les dommages à ses biens, etc.

² Le HCR-20 et le START en sont des exemples.

Implication des agents de liaison du ministère de la Sécurité publique dans le suivi des personnes faisant l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux ou d'inaptitude à subir leur procès



Julie St-Arnaud
Coordonnatrice provinciale du service
d'agents de liaison CETM

Le 3 octobre 2024, la Loi visant à renforcer le suivi des personnes faisant l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux ou d'inaptitude à subir leur procès est entrée en vigueur.

Au cours de l'automne 2023, à la suite d'événements tragiques impliquant des individus assujettis à une libération sous réserve de modalités ordonnées par la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM) suivant un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux (NRCTM), le ministère de la Sécurité publique (MSP) s'est vu confier le mandat d'élaborer ce projet de loi. Deux desdites tragédies ont d'ailleurs fait l'objet d'enquêtes publiques du coroner qui ont mis en lumière des enjeux au niveau du suivi des modalités ordonnées par la CETM.

L'une des enquêtes concerne le triple homicide de messieurs Mohamed Belhaj, André Lemieux et Alex Lévis Crevier perpétré dans des lieux publics de Laval et de Montréal en 2022. La seconde découle de l'assassinat de la policière Maureen Breau survenu en 2023 à Louiseville. Ces drames se sont également soldés par le décès de leurs protagonistes au cours de l'intervention policière.

Les rapports issus de ces enquêtes ont également mis en lumière des lacunes quant à la transmission des renseignements pertinents entre les partenaires, le travail en vase clos, une uniformité lacunaire

dans l'évaluation du risque, une certaine méconnaissance des leviers légaux en cas d'écarts aux conditions, de même que la complexité inhérente à la conjugaison du rôle de soins avec le rôle de surveillance.

La Loi permet désormais à un organisme du secteur de la santé et des services sociaux de communiquer à un corps de police les renseignements nécessaires à une intervention auprès de personnes faisant l'objet d'un verdict de NRCTM ou d'inaptitude à subir leur procès. Elle permet également aux Services correctionnels du MSP d'évaluer celles-ci ou de collaborer à leur suivi dans la communauté.

Pour ce faire, 32 agents de probation ont été formés afin d'œuvrer, sous l'appellation d'agents de liaison, auprès de certaines personnes déclarées NRCTM ou inaptes à subir leur procès (ISP). Certes, les personnes jugées NRCTM ou ISP ne représentent pas toutes un risque pour leurs concitoyens. C'est pourquoi le MSP a travaillé en étroite collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel afin d'établir un profil plus précis des personnes pouvant bénéficier d'un suivi dans la

communauté par un agent de liaison du MSP. Aussi, bien que leur implication dans un dossier de la CETM ne soit assujettie à aucun critère exclusif, ce service est privilégié lorsqu'une personne nécessite un suivi plus soutenu des modalités pour la protection du public. Par exemple lorsque celle-ci présente, indépendamment du trouble mental, des troubles du comportement à l'avant-plan, des valeurs délinquantes, un refus actif de se soumettre aux règles, une dynamique d'opposition à l'égard de l'autorité ou encore une problématique de dépendance susceptible d'accentuer le risque de violence.

Sur le plan opérationnel, les agents de liaison du MSP sont déployés à travers les différentes directions des services professionnels correctionnels de la province, de manière à assurer une couverture dans chacune des régions du Québec. Il s'agit de professionnels qualifiés pouvant exercer, conformément au Code des professions, l'acte réservé d'« évaluer une personne qui est atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité ». Alors, lorsqu'une modalité versée à l'ordonnance de la CETM prévoit leur implication, ils effectuent un suivi rapproché des personnes de concert avec les hôpitaux désignés. Ils accompagnent la personne dans sa mobilisation et son fonctionnement dans la communauté, de manière à susciter sa réussite

en regard du respect de ses modalités, tout en mettant à contribution son réseau de soutien. Ils mettent ainsi à profit leur expertise en termes d'application d'un cadre légal, de gestion du risque et de relation d'aide dans un contexte d'autorité.

L'offre de service du SMSC comporte, d'une part, un volet évaluatif appelé éclairage prédécisionnel, lequel vise à fournir, lorsque requis, une expertise complémentaire aux expertises médicales en vue d'une audience devant la CETM. Ce rapport porte notamment sur le risque que peut présenter la personne accusée pour la sécurité du public et tient compte de ses antécédents judiciaires, de ses besoins criminogènes et de ses facteurs de protection. Il se base sur un instrument structuré en appui au jugement clinique, pour lequel les agents de liaison ont été spécifiquement formés. D'autre part, le volet du suivi dans la communauté (suivi des modalités) permet la mise en place d'un filet de sécurité additionnel, en partenariat avec les hôpitaux désignés qui, en vertu du Code criminel, conservent la responsabilité de l'exécution de la mesure.

En effet, l'agent de liaison œuvre en étroite collaboration avec les équipes traitantes et s'implique dans le plan de service individualisé de l'utilisateur,

de manière à développer une compréhension commune et à favoriser la mise en place d'interventions concertées. Dans le contexte de la surveillance, il procède également à l'évaluation du risque à court terme, et ce, de façon continue.

De plus, le cas échéant, il effectue le signalement des manquements aux modalités et émet ses recommandations quant aux orientations à privilégier. Lorsque la situation le requiert, il met également à profit le partenariat déjà bien établi entre les Services correctionnels, les organisations policières et le système judiciaire.

En somme, issue d'une volonté de soutenir une concertation efficiente entre les différents partenaires, cette Loi permet une accessibilité renforcée aux renseignements nécessaires à la planification d'une intervention policière ainsi qu'une surveillance efficiente des modalités imposées à certaines personnes faisant l'objet d'un verdict de NRCTM ou d'ISP, favorisant ainsi une gestion mieux appuyée sur le risque au bénéfice de la population et de la personne suivie.

Quand la police et la médecine s'unissent, ça ECHINOPS !



Nadia Lachance
Criminologue

Les perturbations au niveau de la santé mentale existent depuis belle lurette, mais étaient plutôt cachées, rangées aux oubliettes ou voire même démonisées. Avec un certain soulagement, nous pouvons déclarer que nous sommes maintenant ailleurs, mieux outillés et mieux informés, et ce, malgré que la situation demeure préoccupante au niveau des statistiques probantes.

Au Québec, 20% de la population sera touchée directement ou indirectement par les troubles mentaux.¹ D'ailleurs, dans la province, chaque année, une personne adulte sur dix reçoit un diagnostic de trouble de santé mentale.² De plus, nous avons dénombré en 2022, 1142 suicides, soit trois par jour en moyenne.³ Cette moyenne demeure malheureusement la même en 2025 et cela nous indique qu'il y a toujours encore trop de personnes qui mettent fin à leurs jours ou aboutissent aux urgences pour des tentatives de suicide ou des pensées suicidaires.

À Montréal, le SPVM reçoit plus de 33 000 appels annuellement pour des personnes en crise ou dont l'état mental est perturbé.⁴ Il s'agit donc d'environ 100 appels/jour! De quoi les tenir occupés! (Notons d'ailleurs ici qu'il est possible que les chiffres soient plus éloquentes

encore si le code d'origine de l'appel demeure le même à la fin de celui-ci!). Qui plus est, face à ce constat, le SPVM s'est penché sur la problématique, depuis plusieurs années déjà, et a mis en place, en collaboration avec le CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal, une équipe de soutien aux urgences psychosociales, soit l'ÉSUP.

Cette équipe est constituée d'intervenants (des psychoéducateurs, des criminologues et des travailleurs sociaux) et de policiers. Ceux-ci sont regroupés en duo afin d'intervenir ensemble, en première ligne. Le but étant d'évaluer la situation, de désamorcer la crise et de recommander la personne à des services adaptés.

Un vrai travail d'équipe! En 10 ans (de 2012 à 2022), cette équipe est intervenue pour plus de 14000 appels de détresse!⁵

Trêve de préambule, voici donc le sujet dont je veux vous entretenir.

Imprégnées de cette belle réussite (que ce soit au niveau du travail d'équipe multidisciplinaire ou de l'aide véritable qui a été apportée à ces personnes souffrantes) et surtout, bien motivées à trouver une solution durable, afin, entres autres, de réduire le nombre d'interventions policières récurrentes auprès de personnes ayant un trouble de santé mentale, des agentes sociocommunautaires des PDQ des arrondissements de Saint-Léonard et de Saint-Michel ont pensé et créé le projet ECHINOPS (Équipe communautaire hybride d'interventions novatrices OBNL · Psychiatrie · SPVM).

Donc, en 2019, à la suite d'un lien privilégié créé avec un psychiatre communautaire du CLSC (pour ne pas le nommer : Dr. Luigi de Benedictis), les agentes sociocommunautaires (plus précisément, l'agente Julie Mazerolle et l'agente Mai Dang du PDQ de Saint-Léonard et les agentes Terri Coco et Mélanie Muniz du PDQ de Saint-Michel) ont entamé de grandes réflexions et discuté de solutions durables possibles. À ce moment-là, l'état de la situation est que l'on observe un nombre important d'hospitalisations pour ces personnes perturbées et un nombre élevé d'appels aux services d'urgence; ce qui monopolise régulièrement les patrouilleurs et ne règle pas la situation (allusion ici au phénomène des portes tournantes). L'idée de rapprochement auprès de ces personnes fait son chemin et des suivis directement aux domiciles est alors envisagés, mise de l'avant. Mais est-ce possible?

En janvier 2022, l'idée « folle » devient concrète : ECHINOPS est maintenant officiellement une équipe multidisciplinaire (policier.es, intervenant.es du guichet en santé mentale adulte ou d'un organisme communautaire, infirmier.es, pairs aidants et psychiatre) qui

œuvre auprès de personnes à la santé mentale fragile et qui ont besoin de support, d'écoute, d'être évaluées et référées rapidement à des services qui répondent à leurs besoins (plus que d'être tout simplement reconduites à l'hôpital par des patrouilleurs, évaluées et retournées à la maison).

Certains membres de l'équipe assurent donc minimalement un suivi régulier, soit 1 rencontre dans une période de 15 jours, au domicile de la personne qui a d'ores et déjà été identifiée comme nécessitant un accompagnement plus personnalisé ou d'une personne qui a nouvellement besoin d'aide.

Il peut aussi s'agir de ses proches. Selon les besoins identifiés. Il y a donc une rencontre effectuée par l'infirmier.e ou le/la psychiatre, qui s'assure alors de bien évaluer la situation. Ceux-ci offrent aussi un service de soutien-conseil, par téléphone, aux policier.es qui en ont besoin, lors d'interventions plus sensibles, mais qui n'ont pas besoin immédiatement de l'intervention plus « médicale ».

Donc, une idée farfelue qui s'est finalement concrétisée, a fait ses preuves, a aidé plusieurs personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et qui depuis, a reçu le Prix Hippocrate pour l'innovation en santé, a présenté le projet en Israël et a présenté ses résultats préliminaires en Barcelone, Espagne. Wow! Souhaitons donc que les coupures actuelles en santé et services sociaux ne mettent pas en péril ce genre d'initiative qui sort de l'Ordinaire!

Bibliographie

¹ CPRPQ et Association des médecins psychiatres du Québec. Consultations prébudgétaires 2025. Transmis au ministère des Finances du Québec, 14 février 2025.

² [Les comportements suicidaires au Québec : portrait 2025 | Institut national de santé publique du Québec](#)

³ [Rapport du directeur national de santé publique 2024 – Portrait de santé de la population selon le parcours de vie : pour agir collectivement](#)

⁴ https://spvm.qc.ca/fr/Fiches/Details/Personnes-en-crise-ou-avec-letat-mental-perturbe?utm_source=chatgpt.com

⁵ [Équipe de soutien aux urgences psychosociales : dix ans de collaboration pour la santé mentale - Communiqués - Service de Police de la Ville de Montréal - SPVM](#)



Retour au sommaire



Retour au sommaire

Force 7 : entre murs et murmures



Lydia Thomassin
Intervenante communautaire

Le phénomène des portes tournantes, c'est-à-dire le passage répété des individus dans le système carcéral et psychiatrique, est un enjeu sociétal bien présent, qui relève de difficultés d'adaptation ainsi que d'un manque de soutien social et d'accès aux soins. La stigmatisation et le jugement collectif sont également des obstacles majeurs à la réinsertion sociale des individus aux prises avec des problématiques de santé mentale. Il devient donc essentiel de proposer des actions concrètes pour aider ces personnes à réintégrer la collectivité, tout en assurant la protection de la société.

C'est dans cette optique qu'en 2012 est né le programme *Force 7*, visant exclusivement une clientèle masculine. Ce programme est dispensé par la maison de transition le *CRC Le Pavillon*, à Québec.

L'approche multidimensionnelle utilisée, axée sur les forces de l'individu, a pour but de susciter leur motivation à apporter des changements significatifs et améliorer leur qualité de vie, malgré leur implication parfois très ancrée dans le monde interlope.

C'est par le biais d'une surveillance et d'un encadrement légal que le tout est rendu possible.

Selon l'échelle de Beaufort, le vent de Force 7 est qualifié de grand vent frais, où tous les arbres s'agitent... sans se briser. Nous pouvons établir le parallèle avec nos résidents, qui font preuve de résilience à toutes les étapes de leur vie, sans ne jamais baisser les bras.

Le programme Force 7 est d'une durée totale de six mois, incluant quatre mois d'ateliers psychoéducatifs et deux mois de réinsertion sociale. Les participants ne sont pas dans l'obligation d'avoir un diagnostic clairement émis par un psychiatre, la présence de traits suffit pour bénéficier de nos services. D'ailleurs, le programme touche un large spectre de problématiques de santé mentale (troubles de l'humeur, troubles de la personnalité, trouble du stress post-traumatique, troubles anxieux, spectre de la schizophrénie et trouble psychotique, spectre de l'autisme, etc.).

Chaque jour, les participants prennent part aux ateliers psychoéducatifs, portant sur diverses thématiques, dont la

gestion des émotions et du stress, l'analyse criminologique, la sensibilisation à la consommation et à la violence, l'estime de soi, la planification budgétaire, la solitude, la communication, la dépendance affective, la santé mentale et le processus de deuil.

Ces notions sont pertinentes auprès de notre clientèle, touchée par des comorbidités variées, notamment par l'itinérance, l'impulsivité et la toxicomanie. Ils sont aussi amenés à déconstruire les tabous sur la santé mentale. Pour certains, le processus d'acceptation est avancé, pour d'autres, embryonnaire. Ils sont tous accueillis et respectés selon leur rythme respectif. Ces ateliers, offerts sous la formule de groupe, sont bénéfiques pour la création du sentiment d'appartenance et de soutien mutuel. Des activités sont également proposées, dans lesquelles les participants sont amenés à développer de nouveaux intérêts ou encore, à renouer avec d'anciens. Que ce soit par la visite de ressources communautaires, de bénévolat, de loisirs ludiques, d'ateliers de cuisine et/ou d'arts plastiques ou encore d'horticulture, chaque individu peut y trouver son compte.

Nos interventions, paradoxales, mais essentielles, sont orientées vers la protection de

la société, tout en offrant un accompagnement qui vise à favoriser le bien-être de l'individu.

Nous misons sur la responsabilisation, le développement de l'autonomie et de saines habitudes de vie, qui sont nécessaires au fonctionnement prosocial de l'individu en collectivité.

Cela se traduit, entre autres, par le biais d'assistance dans les tâches quotidiennes, d'accompagnement dans les divers rendez-vous et démarches de réinsertion (employabilité, logements), d'une gestion soutenue de la médication ainsi que de référencement vers d'autres services. Nous travaillons d'ailleurs en étroite collaboration avec les professionnels des organismes en collectivité. Nous estimons que l'échange d'informations entre partenaires est primordial pour assurer un suivi étroit et cohérent.

« Pour moi, le programme m'a vraiment aidé à apprivoiser mon anxiété et à vivre le moment présent. Il m'a fait voir des façons de prendre conscience de certains comportements que j'avais et m'a donné la possibilité de m'interroger sur la façon de pouvoir les travailler. Le programme laisse

le temps progressivement d'avancer, autant du côté personnel que social. Les intervenants ici, à Force 7, sont vraiment impliqués et aidants quand on veut s'en sortir. Le programme touche beaucoup de sphères de vie, c'est vraiment complet. Je souhaite du positif à tous comme il m'en arrive présentement.

- Guillaume Bertrand-Bibeau, résident actuel du programme Force 7

Le contexte légal amène un lot de défis supplémentaires, puisqu'il est composé de conditions restrictives à respecter. Néanmoins, c'est avec bienveillance, créativité et intégrité que les membres du personnel clinique assurent la surveillance desdites conditions et accompagnent les résidents dans leurs épreuves quotidiennes. Un esprit de solidarité et d'ouverture d'esprit règne au sein de l'équipe, accordant aux résidents une place sécuritaire pour être écouté et encouragé. Bref, le CRC Le Pavillon est un milieu encadrant, mais sécuritaire, dans lequel ils peuvent s'épanouir et développer une vision plus harmonieuse de leurs enjeux de santé mentale.

Santé mentale et délinquance : les neurosciences au service de l'intervention



Lara Butstraen
Criminologue

En mai 2019 à Montréal, il s'est tenu un colloque sur les approches en intervention psychocorporelle au Québec. Ces approches permettent de mieux saisir comment interagissent le psychique et le somatique. La littérature fait ressortir l'importance d'utiliser des techniques psychocorporelles.^{1,26,27,29} Les études sur le traumatisme démontrent un lien indéniable entre le corps et l'esprit. Les neurosciences confirment les impacts du trauma.^{23,17}

Que cela soit avec les clientèles juvénile ou adulte, la littérature fait part de l'association entre les activités délinquantes et la santé mentale vulnérable.^{9,25} D'ailleurs, il y a une surreprésentation du trouble de stress post-traumatique chez la clientèle judiciairisée en comparaison avec la population générale.^{9,8,20} À l'international, des experts du trauma démontrent l'influence du trauma non traité, dont la résilience ou le figement (« freeze ») qui peuvent prendre la forme de la délinquance.²⁹

Le traumatisme est d'abord une réaction corporelle instinctive.¹ Lors de l'exposition à l'expérience traumatique, le corps traverse des changements neurologique, biologique et anatomique, et ce, pendant que la personnalité cherche à se réadapter pour pouvoir habiter ce « nouveau corps » bouleversé.^{19,21,22}

En effet, le corps stocke les pensées, les sentiments et les souvenirs qui sont liés à l'événement dans le but d'y faire face

ultérieurement.^{1,2,3,14} Le trauma se loge dans la partie instinctive du cerveau, dans l'inconscient. Les sensations physiologiques des expériences antérieures se trouvent dans l'inconscient (la mémoire procédurale s'avère la mémoire biologique qui inscrit les modèles somatosensoriels). Le trauma irrésolu fait office de barrage pour accéder à la conscience (cortex), où se trouvent la réflexion et le jugement.¹⁵ Les contrôles comportementaux et de régulation ont majoritairement lieu sans que la conscience y participe. Les processus émotionnels ne dépendent pas de la réflexion (dans l'involontaire, l'inconscient). Les processus cognitifs ne peuvent pas modifier les contenus de la mémoire procédurale. Donc, ils ne peuvent pas modifier les comportements encodés dans notre mémoire.

La neurobiologie précise que les expériences préverbaux corporelles et émotionnelles sont enregistrées en mémoire implicite (dans l'inconscient, automatismes) et décident pour toute notre vie nos capacités de résonance.²⁶ Les techniques qui font appel aux processus cognitifs (réflexion = conscience) sont peu efficaces, car elles ne concernent pas la mémoire procédurale. Avec les connaissances sur les aires cérébrales, il est élucidé que l'on ne peut pas raisonner sans la conscience du corps.²⁸ Comme des ponts qui relient deux rives, les neurones communiquent entre eux, les synapses permettant de rassembler les informations afin d'avoir une vision globale. Les mécanismes dissociatifs du trauma empêchent la construction des synapses afin de parvenir à avoir une perception non fragmentée.²⁸

En d'autres mots, les personnes présentent des réactions imprévisibles à cause de l'altération biochimique de leur organisme: c'est la réaction post-traumatique involontaire.^{1,2,3,14,29} Les personnes traumatisées peuvent trop réagir



ou sous-réagir dans des situations ou face à des propos.^{1,2,3} Vous avez sûrement des exemples tirés de votre expérience clinique et professionnelle, quant à des client(e)s qui réagissent de façon disproportionnée même lors de contextes mineurs, qui se désorganisent, qui tombent en crise, ou qui réagissent sous le coup d'une impulsion.

Vous circulez en voiture dans la ville de Montréal au cours des derniers mois : rues bloquées, travaux de construction et les fameux cônes orange qui vous tiennent otages dans des bouchons de circulation, qui vous freinent, qui vous empêchent d'arriver dans les temps à destination, voire d'arriver tout court! Et bien le trauma, c'est comme le trafic permanent qui bloque la route !

La personne ne parvient pas à contrôler ses émotions et ses pensées, à gérer son état de tension. Elle a de la difficulté à être en relation avec les autres et à composer avec elle-même.²⁹ Au plan neurobiologique, c'est constamment la même route neuronale qui est empruntée. La personne tente de guérir du traumatisme en répétant le même schème (modèle). C'est le phénomène de répétition, réponse involontaire de figement (« freeze ») du système nerveux parasympathique, le « frein à mort »^{29,13,19} qui maintient la personne dans des comportements délinquants.²⁹ Sinon, l'organisme de la personne est biochimiquement stressé, et par résilience, son système nerveux sympathique se mobilise pour assurer sa survie par la fuite ou l'attaque, et ce par exemple, à travers des comportements délinquants.²⁹

Le mouvement facilite la perception

L'humain est doté d'une communication sensorielle dite transmodale. Chaque expérience, dont l'expérience relationnelle, laisse une trace

qui peut modifier le cerveau (plasticité), le système neuronal et les systèmes fonctionnels de régulation.^{23,24} Les expériences psychocorporelles peuvent restaurer le sens viscéral de contrôle.²⁹

Le mouvement permet de favoriser la perception unifiée de soi (vision globale) et ainsi quitter la perception fragmentée ou morcelée.²⁸ La sensation corporelle (mouvement) va au cerveau. Comme si le mouvement permettait à la personne de rassembler les morceaux éparpillés du casse-tête, et ainsi avoir tout le casse-tête complété.^{23,28}

Cela permet de saisir qu'en intervention, dans la relation intervenant(e)-client(e), modifier le comportement peut se réaliser par une proposition de nouvelles expériences émotionnelles qui s'avèrent réparatrices, tout en utilisant le mouvement (somatosensoriel).

L'intervenant(e) se penche sur les signaux somatosensoriels de son/sa client(e), et ajuste sa propre communication somatosensorielle:^{15,16} une qualité de présence, une voix apaisante, le regard porté vers les yeux, la respiration

profonde, une attitude bienveillante, se sentir intérieurement calme et sécurisé, prendre le temps. L'intervenant(e) contribue ainsi à réguler la personne aidée qui présente des états dysrégulés.²³ Nous pouvons comprendre toute l'importance et l'influence des propriétés de l'attachement thérapeutique²⁶ à incarner comme intervenant(e) dans la relation avec le/la client(e).

Parmi les ressources d'autorégulation neurobiologique, par exemple, nous retrouvons les techniques de respiration. Accompagner la personne aidée à pratiquer la respiration profonde lui permet d'activer son système nerveux parasympathique, et donc, à pratiquer la régulation.^{7,27} Également, l'enracinement (« grounding ») améliore la perception de la réalité et favorise la sécurité en diminuant l'état d'hypervigilance. Les plantes des pieds s'avèrent des zones les plus formées de propriocepteurs neurosensoriels. Pour établir ou rétablir la régulation, l'intervenant(e) établit le contact visuel en invitant la personne aidée à le/la regarder, à respirer, à porter attention à ses pieds à plat au sol.²⁶

Dr David Berceli, expert international en intervention et en traumatologie, a créé la technique TRE, « tension and trauma release exercises ». Il s'agit d'une séquence de sept exercices pour activer le processus naturel d'autorégulation. Les tremblements



neurogéniques (« tremors ») sont des réponses naturelles du système nerveux pour restaurer l'homéostasie neurophysiologique, et ainsi sortir de la réponse d'immobilisation (« freeze ») qui maintient la personne dans des réponses conditionnées. La personne se libère des tensions fixées dans les tissus conjonctifs en lien avec des expériences traumatiques.^{12,3} Dr Berceli a déjà pratiqué des séances de TRE avec des personnes incarcérées aux États-Unis.

Porges, professeur en psychiatrie à l'université de Caroline du Nord, explique les fondements neurophysiologiques, et est à l'origine de la théorie polyvagale.^{17,18,19} Si la curiosité vous anime pour découvrir le nerf vague...

Sans oublier Siegel, psychiatre et professeur à l'École de médecine de l'université de Californie, apporte des explications neurobiologiques sur l'interaction entre le corps, l'esprit et les relations.²⁴

Décloisonner les disciplines enrichit la pratique criminologique...

Bibliographie

¹ Berceli, D. La méthode T.R.E. pour se remettre d'un stress extrême, Thierry Souccar Éditions, France, 2014.

² Berceli, D. The Revolutionary Trauma Release Process : Transcend Your Toughest Times, Éditions Namaste, 2008.

³ Berceli, D. (2025). Body Tremors: The Natural Restorative Mechanism of the Human Body. In: H. Grassmann (Editor), M. Stupiggia (Editor), S. W. Porges PhD (Editor): Somatic-Oriented Therapies. Embodiment, Trauma, and Polyvagal Perspectives. P. 161 – 168. February 4, 2025.

⁴ Bonta, J., Blais, J., et Wilson, H. A. (2013). « Prédiction du risque de récidive chez les délinquants atteints de troubles mentaux – Synthèse quantitative ». Rapport pour spécialistes (janvier 2013).

Ottawa : Sécurité publique Canada.

⁵ Damasio, A. (1999). The feeling of what happens. New York: Harcourt, Brace.

⁶ Damasio, A. (2017). L'ordre étrange des choses : la vie, les émotions et la fabrique de la culture. Éditions Jacob, Paris, 392 p.

⁷ Dana, D. The Polyvagal Theory in Therapy: Engaging the Rhythm of Regulation (Norton Series on Interpersonal Neurobiology) New York: WW Norton, 2018.

⁸ Dowd, M.-A. (sous la direction). (2011). Rapport du protecteur du citoyen pour des services mieux adaptés aux personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale. Protection du citoyen. 94 pages. www.protecteurducitoyen.qc.ca

⁹ Laurier, C. et Sauvé-Lafrance, M. (2013). Les troubles mentaux chez les jeunes contrevenants. Un bref état de la question. Défi jeunesse, 19(3), 26-32.

¹⁰ Laurier, C. (2012). Feuillet d'information sur les principaux troubles de santé mentale retrouvés chez les jeunes contrevenants pris en charge par les centres jeunesse. Bulletin d'information, En collaboration avec le Centre d'expertise en délinquance et troubles de comportement du CJM-IU, décembre.

¹¹ Laurier, C. et F. Chagnon (2010). Analyse du risque suicidaire chez des jeunes contrevenants pris en charge par le Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire. Revue Défi jeunesse, vol. 17, no 1, 24-31.

¹² Laurier, C., Toupin, J., Guay, J-P et D. Lafortune (2010-2014). Évaluer pour prévenir : les caractéristiques de la personnalité et les risques pris par les jeunes contrevenants associés aux gangs de rue ., Projet financé. par le FQRSC dans le cadre des actions concertées.

¹³ Levine, P. (1997). Waking the tiger: Healing trauma. Berkeley, CA: North Atlantic Books.

¹⁴ Maté, G. When the body says no: the cost of hidden stress, Vintage Canada Edition, 2012.

¹⁵ Ogden, P. & al. Trauma and the Body: a sensorimotor approach to psychotherapy. New York: WW Norton, 2006.

¹⁶ Ogden, P. Sensorimotor Psychotherapy: interventions for trauma and attachment. New York: WW Norton, 2015.

¹⁷ Porges, S.W. The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communications and Self-regulation, New York : WW Norton, 2011.

¹⁸ Porges, S.W. & Dana, D. Clinical Applications of the Polyvagal Theory: The Emergence of Polyvagal-Informed Therapies. New York: W.W. Norton, 2018.

¹⁹ Porges, S. W. Polyvagal Perspectives: Interventions, Practices, and Strategies. New York : W. W. Norton & Company, 2024.

²⁰ Protecteur du citoyen (2014). Rapport annuel de l'Ombudsman correctionnel du Québec, dans rapport annuel d'activités 2013-2014, Assemblée nationale du Québec. <http://www.myvirtualpaper.com/doc/protecteur-du-citoyen/rapport-annuel2014/2014090901/#0>

²¹ Scaer, R. The Body Bears the Burden: Trauma, Dissociation, and Disease. Haworth Medical Press, New York, 2001.

²² Scaer, R. Trauma Spectrum: Hidden Wounds And Human Resiliency. New York: WW Norton, 2005.

²³ Shore, A. La régulation affective et la réparation du Soi, Les Éditions du GIG, Montréal, 2008.

²⁴ Siegel, D.J. Pocket Guide to Interpersonal Neurobiology: An Integrative Handbook of the Mind. W.W. Norton & Company, New York, 2012.

²⁵ Stewart, LA et Wilton G (2017). Troubles mentaux concomitants : prévalence et incidence sur les résultats en établissement (R-379). Ottawa (Ontario), Service correctionnel du Canada.

²⁶ Tonella, G., Heinrech-Clauer, V. (sous la direction). Aux fondements des thérapies psychocorporelles : l'analyse bioénergétique de Lowen à nos jours, Éditions Enrick, Paris, 2015.

²⁷ Tonella, G. (2019). Étiologie de la structure caractérologique narcissique, enjeux aux plans somatique et psychique, et intervention en analyse bioénergétique. Atelier de formation continue en analyse bioénergétique (OPQ : RAO2892-19) 14-15-16 juin 2019. Montréal.

²⁸ Van Der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., et Steele, K. Le Soi hanté : dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique. Éditions De Boeck, Paris, 2017.

²⁹ Van Der Kolk, B. The body keeps the score: Brain, mind and body in the healing of trauma, Penguin Books, New York, 2014.

PORTRAIT D'UNE CRIMINOLOGUE

Portrait d'une criminologue : Emy Cloutier



Claudie Rémillard
Criminologue



Le Beccaria

Bachelière de l'École de criminologie de l'Université de Montréal en 2001, Emy Cloutier a poursuivi son cheminement universitaire en complétant un second baccalauréat, constitué du cumul des certificats en droit, en intervention en toxicomanie et en gestion appliquée à la police et à la sécurité intérieure. Elle a ensuite obtenu une maîtrise en gestion et développement des organisations du réseau de la santé et des services sociaux, en plus de compléter le programme de relève des cadres supérieurs de la fonction publique. Membre en règle de l'Ordre professionnel des criminologues du Québec (OPCQ), depuis sa création en 2015, Emy Cloutier occupe aujourd'hui le poste de coordonnatrice à la Direction santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux adultes au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides.

L'intérêt de Mme Cloutier pour la criminologie naît de son attrait pour le droit, notamment la clarté des références, l'application des articles de loi selon chaque situation et l'interprétation selon l'esprit du législateur, ainsi que sa curiosité pour la complexité de l'être humain, qu'elle décrit ainsi : « ce qui peut paraître évident, mais qui n'est pas nécessairement la réalité lorsqu'on explore davantage, ce que les mécanismes de défense laissent croire, le développement de l'alliance thérapeutique... »

J'aime dénouer la complexité. Pour moi, complexité n'est pas synonyme de compliqué, c'est un défi et ça va être le fun ! »

Très tôt, elle a pu mesurer l'impact concret de son travail : « C'est quand j'ai commencé à voir

que j'arrivais à aider, à faire progresser les gens, à améliorer les choses, par mon analyse, mes interventions, mes décisions... que j'ai investi à vitesse grand V dans l'amélioration de mes connaissances et de mes pratiques. » Ces expériences initiales ont renforcé sa motivation et son engagement envers les personnes et les communautés qu'elle accompagne.

C'est au cours de ses premières années de carrière, et tout particulièrement au contact des milieux communautaires dans lesquels elle a œuvré de 2001 à 2011, que la passion de Mme Cloutier s'est véritablement révélée. Durant cette période, elle a notamment travaillé auprès de personnes en situation d'itinérance, puis a occupé des fonctions de direction clinique au sein d'une ressource intermédiaire liée au réseau de la psychiatrie légale, où elle intervenait auprès de personnes vivant avec des troubles de santé mentale, reconnues non criminellement responsables et sous mandat de la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM), ou encore dans le cadre de mesures judiciaires telles que le sursis ou la probation. Par la suite, elle a assumé des fonctions de coordination clinico-administrative au Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire (CRDM-IU), puis au Centre de réadaptation en dépendance du CISSS des Laurentides, où elle poursuit toujours son travail auprès d'équipes interdisciplinaires. Au fil de sa trajectoire, elle a collaboré étroitement avec diverses équipes de services en santé mentale, en intervention de crise, en suivi intensif dans le milieu et en traitement des premiers épisodes psychotiques. Elle a également contribué à la coordination de dossiers régionaux, notamment en matière de violence conjugale. Emy Cloutier participe actuellement à l'amélioration de l'organisation des services pour les personnes présentant des troubles concomitants, en plus d'être engagée au sein du Centre d'expertise et

de collaboration en troubles concomitants (CECTC) du RUIS de Montréal ainsi que de la Communauté de pratiques en organisation de services en troubles concomitants (COMPOSTC).

Parallèlement à ses fonctions, Emy Cloutier contribue à la formation et au développement des compétences de nombreux professionnels. Elle offre notamment des formations portant sur l'évaluation et la gestion du risque d'homicide, qu'il soit conjugal, familial ou filicide, sur l'évaluation et la gestion des comportements problématiques chez les personnes atteintes de troubles de santé mentale, incluant la violence, les tendances suicidaires, l'abus de substances et les fugues. Elle propose également des formations sur la Commission d'examen des troubles mentaux du Québec (CETM) et sur l'application de la Loi P-38 dans le cadre d'interventions en contexte psychotique. Elle a en outre participé à diverses tables et comités spécialisés en psychiatrie légale et en santé mentale. Enfin, elle intervient comme conférencière invitée auprès de diverses organisations professionnelles et universitaires, partageant son expertise pour soutenir l'amélioration des pratiques criminologiques et psychosociales.

Emy Cloutier joue un rôle clé dans la coordination et l'optimisation des services au croisement du réseau de la santé et des services sociaux, du milieu communautaire et des instances de sécurité publique, favorisant la collaboration intersectorielle et l'alignement des pratiques au bénéfice de la population, tout en ayant un souci particulier pour les personnes vulnérables. Son expertise s'exprime également comme témoin expert, contribuant à ce que les tribunaux disposent d'informations complètes et pertinentes pour prendre des décisions éclairées, alliant protection du public, dissuasion,

réadaptation et réinsertion sociale. Engagée dans le développement de la profession de criminologue, elle participe activement au partage de connaissances et à la formation continue de l'OPCQ.

Pour Mme Cloutier, la criminologie englobe de multiples dimensions et terrains d'action.

« La criminologie, c'est plein de choses différentes et connexes. Ça occupe plusieurs angles : l'analyse d'un phénomène criminel, l'évaluation des réponses possibles et de leurs impacts, la connaissance des auteurs de délits, l'angle des victimes et des mesures à prendre, comme société, pour les protéger et soutenir leur rétablissement ou encore adresser plus spécifiquement les personnes qui présentent des caractéristiques particulières »

explique-t-elle. Pour cette dernière, la criminologie consiste avant tout à comprendre les phénomènes, d'être en mesure de les identifier et de les expliquer par différentes variantes, telles qu'environnementales, sociales ou encore individuelles. Elle implique également de proposer des solutions adaptées et, selon le rôle, accompagner les personnes, les groupes ou les instances gouvernementales dans leur mise en œuvre. L'évaluation des résultats découlant de ces interventions permet ensuite d'ajuster les pratiques et d'améliorer continuellement les stratégies d'intervention et de prévention.

Emy Cloutier souligne également l'importance des qualités humaines autant que techniques dans la pratique des criminologues : « Il faut de la curiosité. Chercher à comprendre, poser des questions, creuser, chercher à saisir ce qui est dit, mais aussi ce qui nous est communiqué par d'autres moyens : le non verbal et les comportements d'une personne ou d'un groupe. Ça traduit un état, une réaction, ou un objectif, explicite ou implicite. Il faut aussi vouloir le bien et tendre vers le mieux possible, en tenant compte de divers enjeux, qui peuvent relever de la société, de l'individu, et d'un mélange des deux ». Elle rappelle que les criminologues travaillent au cœur de paradoxes, et c'est justement ce qui rend le travail si stimulant et enrichissant.

En s'adressant à la relève, Mme Cloutier rappelle que la formation universitaire ne représente qu'un point de départ : « On sort de l'université avec une micro-idée de ce que peut être notre pratique ». Selon elle, il appartient ensuite à chacun d'aller à la rencontre des milieux, de multiplier les expériences et de poursuivre activement ses apprentissages. Les stages peuvent jouer un rôle clé, mais ne doivent pas nécessairement être envisagés comme une fin en soi. Elle encourage notamment les rotations positionnelles pour mieux comprendre la réalité des partenaires et les enjeux connexes : « Aller donner un coup de main dans un secteur en souffrance, c'est une façon de saisir d'autres angles, d'autres dynamiques. » Elle évoque par exemple son passage à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) comme un moment marquant de compréhension élargie.

Pour elle, la curiosité, l'ouverture et l'engagement concret sont essentiels au développement professionnel : « Il faut s'avancer, manifester notre intérêt à connaître, à apprendre, à donner un coup de main en

échange d'apprendre de l'autre ». Elle invite les intervenants du réseau à s'impliquer, ne serait-ce qu'un temps, dans des organismes communautaires œuvrant auprès de leur clientèle, afin d'augmenter rapidement leur compréhension des réalités vécues. Elle précise aussi aimer apprendre par l'immersion : « Moi j'aime bien l'immersion. Je n'ai pas peur de ce qui est différent, je suis partante pour dire " hey je ne suis pas habituée, attends, OK, montre-moi! J'essaie! J'étais comment? " ». Une manière, selon elle, de demeurer proche des personnes, des milieux et du sens même du travail criminologique.



Un pas de plus vers la liberté



Nathaniel

Je m'appelle Danyka, je suis intervenante spécialisée pour le Centre l'Entre-Toit depuis environ quatre ans. Cet organisme a pour mission la stabilisation et la réinsertion sociale de personnes aux prises avec une double problématique de santé mentale et de démêlés avec la justice. Certains de nos résidents ont aussi des problématiques reliées à la toxicomanie. Le Centre l'Entre-Toit possède quatre établissements, dont trois à Montréal et un à Saint-Jérôme. Nous travaillons avec nos résidents tous les jours, afin qu'ils optimisent leur potentiel, en vue d'un retour en société. Au quotidien, nous offrons un accompagnement personnalisé à chacun en respectant leur rythme et leurs besoins. Les résidents ont chacun des suivis hebdomadaires avec leur intervenant responsable et spécialisé, afin de travailler ce qui est prévu dans leur plan de séjour, pour atteindre leurs objectifs. En ce sens, nous contribuons à la sécurité publique, en assurant la stabilité de nos résidents et en prévenant une détérioration de leur état.

Voici un texte par l'un de nos résidents :

« Je m'appelle Nathaniel, je suis dans la quarantaine et je suis au centre l'Entre-Toit, depuis plus d'un an, et je suis maintenant dans l'appartement supervisé, depuis quelques mois.

Il y a environ deux ans, j'ai fait une psychose, ce qui m'a amené à commettre un délit et me faire hospitaliser. Lors de mon hospitalisation, l'hôpital voulait me libérer dans la société, mais j'ai demandé à me faire envoyer dans une ressource plus encadrante. Je souhaitais cela, puisque j'avais comme condition légale de ne pas consommer de drogue, puis je savais que j'aurais vécu un échec si j'essayais de respecter cette condition seul.

Avant mon hospitalisation, alors que j'étais en psychose, j'ai eu une querelle avec la propriétaire du logement où j'habitais, puisque je lui ai volé du jus dans son réfrigérateur. Celle-ci a appelé la police. Les policiers sont donc venus me chercher et m'ont apporté à la Hutte, un organisme qui aide les gens en situation d'itinérance à retourner dans la société.

Quelque temps plus tard, j'ai consommé ce qui m'a amené à faire une autre psychose. Lors de la psychose, j'entendais des voix qui me disaient d'aller en mission. Cette mission était en fait d'entrer par effraction chez mon ancienne propriétaire, afin d'aller récupérer mes effets personnels. Après cet événement, j'ai été hospitalisé et diagnostiqué schizophrène, mais ce diagnostic a finalement été révoqué.

Lors de mon arrivée à la ressource, j'avais le statut de détention. Maintenant, je suis libéré sous modalités, depuis quelques mois. De ma perspective, c'est un pas de plus vers la liberté et je suis fière de moi.

En ce qui concerne mon équipe traitante, de façon générale, je la vois comme une aide appropriée. Avec les intervenants de la ressource, je peux venir leur parler lors de problèmes et je me sens écouté. Pour ce qui est de mon intervenant pivot, je le vois comme une main de velours; une personne douce qui est là pour désamorcer certains problèmes.

Finalement, pour ce qui est de mon psychiatre, j'ai un peu de misère avec lui, puisqu'il est quelqu'un de relativement froid. Cependant, je suis capable d'admettre que c'est le type d'approche qu'il me faut pour ne pas dérailler.

Pour moi, ce qui a été le plus difficile, lors de mon parcours, est la cessation de consommation de drogues. Avant d'être à la ressource, je consommais de façon régulière du cannabis et des amphétamines. Maintenant, je ne cacherais pas qu'il m'arrive occasionnellement de faire de petites rechutes de cannabis, où que je prenne quelques bouffés seulement. Cependant, je suis devenu beaucoup plus transparent avec ma consommation envers les intervenants. Sinon, une autre difficulté que j'ai eue lors de mon arrivée dans le groupe est que je devais être proactif. Maintenant, je suis mobilisé dans mes démarches de réinsertion sociale.

Mes objectifs pour le futur sont de reprendre des études en soudure. Mes démarches sont d'ailleurs déjà commencées. Je veux ainsi avoir un emploi intéressant et bénéficier d'un fonds de pension. De plus, je veux améliorer ma relation avec ma sœur avec qui j'ai repris récemment contact. »

Entrevue faite par Danyka L., intervenante spécialisée

Vivre avec moi-même



Marc

Je me souviens, sans véritablement me rappeler le nom de l’auteur, avoir lu un jour que « Souvent, le toit que les hommes ont au-dessus de leur tête les empêche de grandir ». À L’Entre-Toit c’est tout le contraire. En effet, cet organisme n’a de cesse de donner la possibilité à des personnes judiciairisées ayant des enjeux de santé mentale et/ou de toxicomanie, de profiter de cette parenthèse entre leurs murs afin de se poser, de réfléchir et de construire avec leur aide un projet qui donnera du sens à leur vie. En tant que salariée de cet organisme, c’est tout aussi naturellement que je m’engage dans mon travail auprès de ces personnes en ayant à cœur leur rétablissement, tout en respectant les missions et les valeurs de l’Entre-Toit. De plus, créer un plan de séjour personnalisé (PSP) en collaboration avec le résident et son accompagnateur n’est pas simplement se conformer à une exigence. C’est avant tout un travail d’équipe, où nous combinons nos connaissances, nos compétences et nos attitudes, dans l’objectif commun de concevoir un projet concret et aussi de susciter l’espoir d’un avenir meilleur.

Qu’est-ce qui t’a amené à l’Entre-Toit ?

« Je suis arrivé ici il y a quelques mois. J’ai séjourné dans une autre ressource avant de venir ici, mais je n’ai pas aimé l’expérience. Il n’y avait pas de suivi, aucune aide. Il y avait juste des tâches à faire, et pas d’activités. En comparaison, on est mieux suivi ici. J’ai aussi rechuté. C’était facile, il n’y avait aucun contrôle; pas de sorties avec enregistrement d’heures, on était beaucoup plus libres. »

« La tournée des événements de ma vie personnelle ? C’est long à conter, j’ai voulu venir ici pour m’en sortir, cela ne me tente pas de retourner à la rue, la rue c’est l’enfer, il n’y a pas de places pour coucher, c’est pire que la prison, moi je trouve que c’est pire. »

« Je compte plus les hospitalisations que j’ai eues, de mes 14 ans dans une autre province jusqu’à récemment en avril 2025. J’ai 40 ans cette année et je n’ai plus le

souvenir de quand je n’étais pas suivi en psychiatrie. »

« J’ai eu un diagnostic de schizophrénie. C’est comme un monde à part la psychiatrie, les personnes schizophrènes ou bipolaires sont souvent seules, ont de la difficulté à se trouver une blonde, toute ma vie j’ai été tout seul, c’est une souffrance. Je remarque que les personnes autour de moi qui ont un diagnostic sont aussi seules, souffrent d’isolement. On n’a pas le choix, il faut suivre, j’ai l’impression que je serais toujours suivi en psychiatrie, j’ai peu d’espoir. »

« J’ai eu des démêlés avec la justice, car sous psychose j’ai commis des vols, avec séquestration d’une personne. »

En quoi ta santé mentale a eu une incidence sur tes démêlés avec la justice ?

« En décembre 2023, je suis itinérant, sous consommation (tous les produits qui me passaient sous la main, morphine, cocaïne, speed, etc.), j’étais sans émotion et aux prises avec une santé mentale instable. Je voyais des choses qui n’existaient pas et j’entendais aussi des voix mandatoires qui me disaient de faire des affaires qui, en temps ordinaire, je n’aurais pas fait. Aussi j’ai commis des actes punis par la loi, j’ai encore aujourd’hui un statut de détention, mais cela me dérange pas, je veux reprendre ma vie en main, je veux m’en sortir. »

Comment perçois-tu ta mesure légale ?

« À la dernière audience au TAQ j’avais normalement un avocat, on avait préparé l’audience, mais il n’a pas pu venir ce jour-là et ne m’a pas trouvé de remplaçant. Je devais payer un avocat de ma poche, mais je ne pouvais pas. Du coup, j’ai dû me défendre

tout seul. Mon statut de détention a été reconduit, mais cela ne me dérange pas. Ce que je veux c’est m’en sortir, ne plus consommer, j’ai trop été influencé, je ne veux plus de ça. »

« Leur rôle est de m’aider, de me donner des outils, je suis à l’écoute de ce qu’ils pourraient me dire parce que c’est dans mon intérêt. »

« Il y a beaucoup d’intervenants, leur rôle c’est me faire sortir du TAQ, m’aider à faire un plan de match pour m’en sortir, me donner des outils pour que je puisse mieux vivre en société. Je veux plus revivre ce que j’ai vécu. »

Qu’est-ce que tu as trouvé le plus difficile dans ta situation ?

« De pas avoir de copine, de douce moitié, quelqu’un avec qui partager des émotions, voyager, cela fait longtemps que je ne suis pas sorti du Québec, j’aimerais changer d’air, voir d’autres provinces, d’autres pays. »

Quels sont tes objectifs futurs ?

« Continuer à ne plus consommer, avoir une copine, avoir un emploi à temps plein que j’aime, avoir un condo, quelque chose qui m’appartient, que j’ai acheté. »

Entrevue faite avec Marc (nom d’emprunt) par Christelle W., intervenante spécialisée à l’Entre-Toit.

Les services jeunesse de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel



Claudie Rémillard
Criminologue

Entretien avec le Dr Martin Gignac, pédopsychiatre et cogestionnaire médical du service de pédopsychiatrie à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Les services jeunesse de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel occupent une place unique au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Leur mandat s'étend bien au-delà de la seule interface entre santé mentale et judiciarisation. Ces services spécialisés accueillent des adolescents présentant des besoins cliniques complexes : troubles du comportement, enjeux de santé mentale ou encore situations encadrées par la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) ou la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA).

Sous la guidance du Dr Martin Gignac, pédopsychiatre et cogestionnaire médical du service de pédopsychiatrie, l'équipe offre des services de troisième ligne, c'est-à-dire des

services surspécialisés, destinés à des jeunes dont les besoins dépassent ce que peuvent offrir les soins de première ligne ou les services spécialisés. Le Dr Gignac précise que les jeunes peuvent être orientés vers les services jeunesse selon différentes trajectoires. Certains adolescents vivant dans la communauté sont référés par des médecins psychiatres ou par d'autres médecins spécialistes.

« Nous avons ouvert les critères de référence à des médecins spécialistes, comme un pédiatre spécialisé en troubles de comportement, qui peuvent diriger des jeunes vers nous », explique-t-il. « Il n'est donc pas nécessaire qu'ils soient déjà suivis par un psychiatre pour avoir accès à nos services. »

D'autres jeunes arrivent sous la LPJ et il s'agit souvent d'adolescents hébergés en centre jeunesse dont les troubles persistent malgré l'encadrement offert. « Ceux qui sortent du lot parce qu'ils ont des enjeux de santé mentale voient leur situation discutée à une table qu'on appelle deuxième niveau, où siègent différents professionnels tels que psychoéducateur, spécialiste en activité clinique, psychologue et souvent un psychiatre répondant, et cette équipe peut alors référer les jeunes à l'Institut », explique le Dr Martin Gignac. La référence peut provenir d'une demande interne du centre jeunesse pour les jeunes présentant des difficultés de fonctionnement ou d'une ordonnance du tribunal à la suite d'une demande d'expertise psychiatrique.

Enfin, la trajectoire la plus fréquente relève de la LSJPA. L'Institut, l'un des deux centres désignés avec l'Hôtel-Dieu du Sacré-Cœur à Québec, réalise les évaluations d'aptitude et de responsabilité criminelle. Comme le nombre de jeunes référés dans ce contexte reste limité, le fait de concentrer les expertises dans ces deux centres permet d'assurer un haut niveau de qualité. L'Institut est également sollicité pour des expertises psychiatriques prédécisionnelles, qui visent à éclairer le juge sur les mesures à mettre en place pour l'adolescent. À travers ces expertises, il peut aussi y avoir des demandes d'évaluation du risque de violence. La clinique effectue par ailleurs des expertises d'assujettissement de peine pour adulte auprès d'adolescents entre 16 et 17 ans ayant commis des délits graves, et ce type de demande concerne un nombre notable de jeunes, précise le Dr Gignac.

L'Institut intervient pour évaluer ces adolescents et, lorsque nécessaire, pour assurer une prise en charge adaptée à leur situation, en tenant

compte de la complexité de leurs besoins et des différents contextes dans lesquels ils évoluent. Pour répondre à ces besoins variés, les services jeunesse s'articulent autour de trois volets d'intervention : l'Unité F2, la clinique Réseau jeunesse (CRJ) et la clinique des adolescents auteurs de transgressions sexuelles. Ces cliniques offrent des services surspécialisés à des jeunes âgés habituellement de 12 à 18 ans, avec des exceptions possibles, notamment pour faciliter la transition vers l'âge adulte ou pour des situations où les jeunes ont épuisé toutes les ressources disponibles.

L'Unité F2 constitue l'unité hospitalière interne des services jeunesse. Elle accueille les jeunes nécessitant une prise en charge en milieu fermé, peu importe leur trajectoire de référence ; qu'ils proviennent notamment de la LPJ, de la LSJPA ou d'une référence médicale.

L'unité reçoit principalement des adolescents présentant des troubles de comportement sévères ou des difficultés de fonctionnement importantes, pour lesquels une observation et une évaluation en milieu hospitalier s'avèrent nécessaires.

Elle dispose de huit lits, répartis entre les mandats d'évaluation et de rétablissement, afin de maintenir un équilibre entre les besoins d'observation à court terme et les suivis thérapeutiques prolongés. Cette répartition permet d'éviter d'avoir uniquement des jeunes en évaluation, dont le roulement est plus rapide, ou seulement des jeunes en rétablissement, afin de préserver la stabilité de l'unité.

La différence, en milieu hospitalier, contrairement au centre jeunesse, réside dans les outils d’encadrements disponibles : salle d’isolement, mesures de contention ambulatoire, la présence d’une équipe d’intervention et de prévention des urgences, etc. Le cadre de vie est hautement structuré et s’appuie sur la constante, la répétition, la routine et des repères clairs, des éléments centraux à la méthode ARC (Attachement, Régulation et Compétences), qui sous-tend une grande partie des interventions. Les journées sont rythmées par des activités scolaires, de menuiserie et des ateliers thérapeutiques, auxquelles s’ajoutent des interventions pharmacologiques et psychothérapeutiques favorisant la stabilisation et le rétablissement. La prise en charge repose sur une approche multidisciplinaire : psychologues, psychoéducateurs, travailleurs sociaux, criminologues, ergothérapeutes, infirmiers et pharmacien clinicien collaborent pour élaborer un plan d’intervention individualisé, adapté aux besoins cliniques, comportementaux et psychosociaux spécifiques de chaque adolescent.

L’unité interne est réservée aux garçons, puisqu’il n’y pas d’unité mixte. Les adolescentes nécessitant une prise en charge hospitalière sont donc suivies dans le réseau, accompagnées par les professionnels de l’Institut afin d’assurer la continuité et la cohérence des interventions.

En parallèle au travail réalisé à l’interne, la clinique Réseau jeunesse constitue la porte d’entrée pour les adolescents orientés vers l’Institut depuis la communauté, les centres jeunesse ou les tribunaux. Elle évalue les jeunes pour déterminer si une admission à l’Unité F2 est nécessaire et assure les expertises et suivis externes, incluant des expertises psychiatriques, l’évaluation du risque de récidive violente et les expertises d’assujettissement de peine adulte,

intégrées aux services jeunesse. La CRJ s’inscrit dans le continuum de services de l’Institut, coordonnant l’évaluation externe, la liaison avec les familles, les centres jeunesse et les intervenants communautaires, ainsi que l’admission à l’Unité F2 lorsque l’hospitalisation devient nécessaire. Les jeunes identifiés comme nécessitant une prise en charge hospitalière sont mis sur liste d’attente, et les évaluations à l’Unité F2 s’étendent généralement sur 60 jours, afin de dépasser la phase d’adaptation initiale et mieux observer leurs besoins et comportements réels.

La clinique des adolescents auteurs de transgressions sexuelles répond à un mandat très spécifique : elle accueille des jeunes ayant commis un délit en lien avec des comportements sexuels problématiques. Contrairement aux autres services, elle ne réalise pas les expertises de responsabilité ou d’inaptitude, mais évalue les adolescents sous la LPJ ou la LSJPA. Elle offre des programmes de rétablissement et de thérapie, individuelle ou en groupe. Les interventions sont réservées aux adolescents qui reconnaissent leur problématique, tandis que ceux qui se montrent négateurs peuvent bénéficier d’une évaluation, mais pas d’un suivi en rétablissement. La majorité des jeunes arrivent via la judiciarisation, mais certains sont référés à la suite d’observations en centre jeunesse nécessitant un soutien spécialisé. La clinique collabore avec plusieurs organismes, tels que le Programme d’évaluation et de traitement des agresseurs sexuels (PÉTAS), le Centre d’évaluation et de traitement des agressions sexuelles (CETAS) et le Centre d’intervention en délinquance sexuelle (CIDS), et prend en charge les cas les plus complexes, notamment les adolescents présentant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l’autisme ou ayant commis des délits graves. Des chercheurs associés vont également étudier certains cas pour mieux comprendre les

différentes problématiques spécifiques.

Outre ces mandats spécialisés, les services jeunesse de l’Institut accueillent également des adolescents faisant l’objet d’ordonnances de la Commission d’examen des troubles mentaux (CETM) relevant du tribunal administratif du Québec (TAQ). Ces jeunes ont reçu un verdict de non-responsabilité criminelle ou d’inaptitude à subir leur procès et peuvent se retrouver en milieu de détention avec des modalités de sortie, dont la prise en charge est administrée par l’Institut, qui est le centre désigné pour les mandats relevant de la CETM pour la population adolescente de moins de 18 ans. Ainsi, lorsque leur état l’exige, la prise en charge hospitalière est assurée par l’Unité F2, en continuité avec les autres modalités établies dans le cadre de leur suivi.

L’intervention des criminologues est particulièrement importante pour ce type de mandat. Par exemple, en externe, ils contribuent au suivi des adolescents sous CETM, notamment pour l’évaluation du risque de récidive, la planification de la réintégration et l’analyse des facteurs de risque liés à la criminalité et à la violence.

Le rétablissement des adolescents s’appuie sur l’identification des facteurs de risque et de protection qui influencent leur trajectoire. La mobilisation familiale, l’accès à des ressources communautaires adaptées et à un cadre de vie sécurisant, ainsi que la participation à des projets structurants sont autant de conditions favorables à leur réussite.

À l’inverse, l’exposition à des environnements criminogènes, le manque de supervision et l’accès limité à des ressources d’hébergement adaptées constituent un obstacle majeur au rétablissement et augmentent le risque de rechute. Les interventions combinent soutien thérapeutique, accompagnement pour la scolarisation et l’insertion sociale, ainsi que guidance sur la gestion des comportements à risque, afin de maximiser les chances de stabilité et de développement autonome des jeunes.

En somme, les services jeunesse de l’Institut constituent un service de dernier recours : « ils sont vraiment le bout de la ligne », souligne le Dr Martin Gignac. Leur approche repose sur une collaboration étroite avec les partenaires dans la communauté et les institutions, afin de placer le jeune au centre des interventions et d’offrir « le bon service, à la bonne personne ». Il ajoute également que « le défi majeur reste de réduire les listes d’attente, car un délai trop long peut compromettre l’engagement des jeunes et leur trajectoire de rétablissement ».

Lus, vus et entendus pour vous

Comité le Beccaria

1. L'entretien auprès des clientèles non volontaires : Une pratique qui se cultive
Josée Rioux et Mélanie Guyon

 [Acheter ce livre](#)



2. Cap sur le rétablissement
Luc Vigneault

 [Acheter ce livre](#)



3. Rapport de la Coroner Géhane Kamel concernant les décès de Maureen Breau et Isaac Brouillard-Lessard.

 [Lire le rapport](#)

4. Troubles mentaux chez les enfants et les adolescents
Leila Ben Amor

 [Acheter ce livre](#)



5. Les troubles mentaux dans le système de justice
Carole Sénéchal

 [Acheter ce livre](#)



6. Psychologie de la délinquance
Fabienne Glowacks

 [Acheter ce livre](#)



7. Les troubles liés aux événements traumatiques
Bond, Belleville et Guay

 [Acheter ce livre](#)



8. Non criminellement responsable - documentaire
John Kastner

 [Visionner le documentaire](#)

9. Urgence Santé mentale – documentaire

 [Visionner le documentaire](#)

Le Beccaria