



**MÉMOIRE SUR LE PROJET DE LOI 66 (PL66) VISANT À RENFORCER LE SUIVI DES  
PERSONNES FAISANT L'OBJET D'UN VERDICT DE NON-RESPONSABILITÉ POUR  
CAUSE DE TROUBLES MENTAUX OU D'INAPTITUDE À SUBIR LEUR PROCÈS**

**PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

Septembre 2024

## **PRÉSENTATION DES AUTEURS ET DE L'ORGANISME**

L'Observatoire en justice et santé mentale est une équipe de recherche financée par le Fonds de recherche en santé du Québec. La programmation 2023-2026 s'articule dans un contexte de l'accélération de la fragilisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale ainsi que des systèmes de santé mentale et de services sociaux provoquée par la crise sociosanitaire. Nous proposons des perspectives interdisciplinaires et intersectorielles, tout en priorisant les activités d'échange des connaissances avec les milieux de pratique des services de santé, des services sociaux, de la justice et de sécurité publique. La programmation correspond d'ailleurs à des préoccupations et des intérêts communs entre chercheurs, utilisateurs de service, décideurs, gestionnaires et intervenants. Notre équipe de recherche ayant travaillé sur ce mémoire se compose de de chercheurs, de cliniciens, proches aidants et patients partenaires dont voici les noms : Anne Crocker, Alana Klein, Ashley Lemieux, Audrey-Anne Dumais-Michaud, Carolle Brabant, Cécile Rousseau, Christian Savard, Yelle, Daniela Perrottet, Hannah Warren, Joao Da Silva Guerreiro, Laurence Roy, Julie Tansey, Luc Vigneault, Lucien Dupuis, Marc-André Roy, Marichelle Leclair, Marie-Hélène Goulet, Mathieu Dufour, Suzanne Péloquin et Yanick Charrette.

Anne Crocker, Carolle Brabant et Luc Vigneault étaient les représentants de l'équipe lors de l'audience à la Commission parlementaire du 10 septembre 2024. Vous trouvez leur présentation ci-après :

Anne Crocker, chercheuse et professeure au département de psychiatrie et d'addictologie et à l'École de criminologie de l'Université de Montréal, je suis titulaire de la chaire de recherche du Canada en santé mentale justice et sécurité et directrice de la recherche et de l'enseignement universitaire à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel. Mes travaux de recherche portent sur le régime de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux (NCRTM) à travers le Canada. Je tiens à préciser que je suis ici en tant que chercheuse.

Luc Vigneault, récipiendaire d'un doctorat honoris causa en pharmacie, la plus haute distinction décernée par l'Université Laval, en raison de sa contribution remarquable à l'avancement des connaissances en rétablissement et dans la lutte à la stigmatisation en santé mentale. En tant que personne vivant avec la schizophrénie et un trouble du déficit de l'attention, patient partenaire, conférencier, formateur et auteur de renommée internationale, il offre une perspective précieuse, enrichie par son expérience personnelle significative de la maladie mentale. À travers ses ouvrages grand public et ses publications scientifiques, Luc sensibilise efficacement et informe sur ces questions cruciales. Son engagement se manifeste également dans son rôle de pair aidant au sein de la communauté et des institutions, ainsi que par sa participation active dans des comités d'experts, à l'échelle locale et internationale. En tant qu'allié dévoué des familles

et des proches de ceux touchés par ces problématiques, Luc incarne un soutien inébranlable depuis les premiers instants.

Carolle Brabant, mère d'un fils de 39 ans ayant reçu un diagnostic de schizophrénie en 2002. De 2002 à 2008, il a été suivi par divers psychiatres et a été hospitalisé à plusieurs reprises. En 2008, il a été reconnu non criminellement responsable (NCR) et a séjourné à l'Institut Philippe-Pinel puis en hébergement supervisé ([Centre l'Entretoît](#)). Il continue à être suivi en externe et il va bien. Son mari, sa famille et elle ont toujours été présents auprès de lui. Elle est toujours sa proche aidante.

## INTRODUCTION

Nous remercions la Commission parlementaire pour l'invitation à participer à ses travaux dans l'étude du projet de Loi 66 visant à renforcer le suivi des personnes faisant l'objet d'un verdict de NCR pour cause de troubles mentaux ou d'inaptitude à subir leur procès.

Notre équipe de recherche a pris connaissance du projet de Loi no 66 ainsi que du Mémoire au conseil des ministre qui sous-tend la justification du projet de Loi. Les points soulevés dans ce mémoire font consensus à l'[Observatoire en Justice et santé mentale](#).

### 1. LA LOI TELLE QUE DÉCRITE EST CONTRAIRE À L'ESPRIT ET LA RAISON D'ÊTRE DE LA PARTIE XX.1 DU CODE CRIMINEL CANADIEN.

- a) Nous tenons à rappeler que le verdict de NCRTM n'est ni un acquittement, **ni une condamnation**. On vise le rétablissement (par les soins, les services et les soutiens) de la personne afin de réduire la récurrence de comportements problématiques et d'assurer la sécurité du public.
  - i. La présence d'un agent de probation dans ce contexte risque d'augmenter la méfiance des accusés et des familles et donc d'affecter le potentiel de collaboration dans le processus d'adhésion aux interventions médicales et psychosociales et donc le potentiel d'intervention inefficace voire risqué. À l'inverse, l'alliance thérapeutique a un impact positif sur les pensées criminogènes des personnes ayant un trouble mental et un implication judiciaire (Scanlon et al., 2022).
  - ii. Cette approche soulève des enjeux importants quant à la stigmatisation accrue à laquelle font déjà amplement face les personnes ayant un verdict de NCR.
- b) Il peut toutefois arriver qu'une personne soit à double statut (NCR et condamnée) et donc ait une surveillance correctionnelle ainsi qu'un suivi de la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM) auquel cas il y a déjà, comme c'était le cas à notre compréhension dans le contexte du décès de la Sergente Breau, un agent

de probation exerçait un suivi de M. Isaac Brouillard Lessard. Même dans ce contexte, des tragédies ont eu lieu malgré le nombre important de signes avant-coureurs identifiés. Le risque zéro n'existe tout simplement pas et notre investissement est dans la réduction des facteurs de risque et l'amélioration des facteurs de protection. Dans le cas de personnes NCR, ces facteurs de risque et de protection relèvent de l'expertise des équipes cliniques de santé et de services sociaux, un point que j'aborderai plus en profondeur dans quelques minutes.

- c) Le code criminel spécifie clairement que la responsabilité des soins et du suivi revient entièrement à l'hôpital (*Loi sur la réforme de la non-responsabilité criminelle. L.C. (2014), ch.6, art. 672.56, para. 1*).
- i. Il est donc permis de se questionner sur l'intérêt d'ajouter un acteur supplémentaire qui ne fait pas partie de l'équipe clinique de suivi, qui de plus relève d'un autre ministère, d'une autre culture de travail et qui a une reddition de compte différente de celle de l'hôpital désigné. Cet acteur supplémentaire est d'ailleurs généralement absent des meilleures pratiques internationales pour le suivi de personnes avec troubles mentaux et judiciarisés (Goulet et al., 2021; Lamberti et al., 2021).
  - ii. Aucune responsabilité légale n'est conférée aux services correctionnels, d'ailleurs aucune autre province n'utilise ce mécanisme de surveillance pour ces raisons.
  - iii. En fait l'implication des services correctionnels pourrait être contraire aux principes qui sous-tendent la Partie XX.a du Code criminel depuis l'arrêt Swain<sup>1</sup>. La Cour suprême avait alors insisté que le suivi des personnes devait se faire en dehors du système correctionnel et avait mené à une refonte du régime des Troubles Mentaux dans le Code criminel du Canada et la mise sur pied des Commission d'examen des troubles mentaux provinciales (*Review Boards*). Un changement d'une telle philosophie pourrait ouvrir la voie à des discussions en lien avec la Charte des droits et libertés.
- d) L'addition de manquements, ne risque que d'augmenter le fardeau de procédures, sans compter l'interférence avec un processus de réadaptation et d'intégration communautaire en plus d'augmenter la surcharge des cliniciens qui auront à produire de nouvelles évaluations si des nouvelles accusations sont portées.

## **2. PERPÉTUER LA CROYANCE QUE LE RÉTABLISSEMENT EST OPPOSÉ À LA SÉCURITÉ PUBLIQUE**

La réadaptation, la réhabilitation et le rétablissement (peu importe le terme que l'on choisit) est nécessaire à la réduction de la récidive violente et non son opposé.

---

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

- a) Il faut donc se questionner si ce sont des manquements aux conditions qui mènent aux événements de violence ou si ce ne sont pas plutôt des facteurs psychosociaux, médicaux et des contextes environnementaux, qui mènent à des manquements aux conditions dans la collectivité. Nous nous devons donc d'adresser prioritairement la/les causes et non la/les conséquences. C'est du moins ce que nous ont appris les deux enquêtes publiques du coroner de 2023 et de 2024 et c'est ce que nous indique la littérature.
- i. En effet, les écrits nous informent de la relation intime entre le milieu de vie et la santé et ils indiquent qu'un environnement physique adéquat dans un contexte qui promeut l'intégration sociale (Borg & Davidson, 2009; Chesters et al., 2005; Padgett, 2007) influence positivement le rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux.
  - ii. Les mécanismes existent déjà comme la délégation de pouvoir permettant à l'hôpital de ramener un individu dans un souci de prévention de la violence et de soins psychopathologique.
  - iii. Il y a aussi des mécanismes de partage d'information du Centre de renseignements policiers du Québec (CRPQ) qui doivent être consultés.
  - iv. Les études montrent que les mesures coercitives auprès des personnes qui ont des problèmes de santé mentale ne favorisent pas la réduction du risque de violence (Dvoskin et al., 2011). Les méthodes coercitives risquent au contraire de favoriser l'anxiété, la méfiance, la stigmatisation et nuit à l'intégration sociale, qui sont à leur tour des précipitants potentiels de la violence (Scanlon et al., 2022).
  - v. Les personnes ayant un trouble mental rapportent aussi leur manque de confiance envers les personnes ayant un mandat légal à leur égard. Les jeunes qui vivent une hospitalisation psychiatrique involontaire, considèrent par exemple leurs interventions comme étant davantage de nature punitive que thérapeutique (Jones et al., 2021). Les relations avec les agents correctionnels seraient d'ailleurs l'une des raisons expliquant l'augmentation importante du taux de décès par suicide chez les personnes incarcérées, qui pour les années 2009 à 2022, représente annuellement entre 21% et 65% et couvre 38% du nombre total de décès (Chesnay et al., 2024). L'attention et les ressources dans le système de santé forensique sont largement consacrées à la sécurité publique, alors que cette situation est incompatible avec les utilisateurs et les fournisseurs de services qui postulent en faveur des pratiques thérapeutiques (Livingston, 2018).

### **3. L'EXPERTISE SE TROUVE DANS LES ÉQUIPES CLINIQUES**

Le Québec a le plus haut taux de verdicts de non-responsabilité au pays, dont une proportion plus élevée due à des délits non-violents (Charrette et al., 2015; Crocker et al., 2015a, 2015b, 2015c, 2015d; Nicholls et al., 2015). Le niveau de risque de violence dans la collectivité doit donc être bien évalué, au-delà du délit pour lequel la personne a été trouvée NCRTM et sur une base continue et intégrée à l'état de santé mentale, aux stress ainsi qu'aux forces et soutien de la personne suivie.

- a. Cette évaluation requiert une expertise qui fait déjà partie du champ de compétences des professionnels de la santé et des services sociaux et doit se faire à même des équipes multidisciplinaires. L'absence de formation et de culture de soins axées sur le rétablissement chez les agents de probation sont des obstacles importants à la réduction réelle de la violence.
- b. La CETM a une charge per capita de dossier de NCRTM des plus élevées au Canada avec des ressources humaines limitées. Des risques d'embourbements significatifs de procédures légales sont à prévoir si les manquements sont systématiquement rapportés de manière officielle plutôt qu'utilisés dans les équipes cliniques comme levier de travail thérapeutique avec la personne visée. Je tiens à rappeler que le régime de la Partie XX.1 du Code criminel canadien n'est pas un régime de punition comme le sont les procédures pénales liées à la culpabilité, mais plutôt en lien avec les soins nécessaires.

#### **4. ÉVALUATION DE LA GESTION DU RISQUE INTÉGRÉE**

On ne peut pas dissocier les facteurs psychosociaux, médicaux et non médicaux dans l'évaluation du risque. C'est la raison pour laquelle la plupart des instruments d'évaluation du risque à court et moyen terme exigent que les évaluations et le plan d'intervention se fassent en équipe multidisciplinaire, car un facteur de risque peut en influencer un autre et un facteur de protection ou une force de l'individu peut réduire un autre facteur de risque. Affirmer que les agents de liaison (probation) ne s'occuperaient que des aspects non médicaux, c'est nier l'interrelation bien documentée entre les facteurs et n'a pas de valeur ajoutée dans la gestion du risque.

Les facteurs de risque incluent :

- a. 1) La désorganisation psychiatrique (qui exige un suivi clinique serré et une relation thérapeutique de confiance avec la personne et les proches). Il est à noter que les personnes ayant une schizophrénie présentent des troubles cognitifs qui requièrent de l'expertise et un suivi régulier (McCutcheon et al., 2023).
- 2) Cette désorganisation peut être précipitée par exemple, par une consommation inappropriée de substances qui peut être elle-même précipitée par des stress, de l'anxiété, voire l'ennui.
- 3) Les autres facteurs incluent les traits antisociaux, l'inobservance au traitement pharmacologique (ce qui inclut ne pas être à l'écoute des effets secondaires

nuisibles et en faire l'ajustement pour des meilleurs effets thérapeutiques), l'hébergement autonome plutôt que l'hébergement supervisé.

- b. Des évaluations intégrées du risque en continu sont à prioriser. La détérioration cognitive suite à une psychose peut également jouer et donc une connaissance fine de la maladie mentale est nécessaire à tout processus de prévention de la violence pour les personnes NCRTM.
- c. Un prérequis des évaluations du risque est de s'assurer de ce qui sera fait de l'évaluation, qui est responsable de cette décision et les conséquences qui peuvent résulter d'évaluations divergentes (Douglas & Otto, 2021).
  - i. Dans quel contexte spécifique les agents de liaison (probation) réaliseront des évaluations du risque? Comment la responsabilité de l'hôpital peut-elle être engagée provenant d'un intervenant ne relevant pas de ses services? Comment les agents de liaison venant des services correctionnels peuvent assurer la mise en place d'interventions de réduction de risque qui fait partie de l'évaluation du risque?
- d. Quand on parle de manquement en termes de consommation de substances, il faut d'abord se poser la question si les services et les meilleures pratiques en santé mentale sont offerts afin de réduire la probabilité d'utilisation de substances et donc de manquement. Là est le réel défi du suivi des personnes trouvées NCR. Il s'agit donc beaucoup plus d'une question de qualité et d'offre de services adaptés que de surveillance comportementale du type probatoire.
  - i. Un soutien clinique des troubles concomitants est donc la voie à privilégier et il manque encore beaucoup de ressources à cet effet au Québec.
    1. On voit clairement que chez les personnes déclarées NCR, environ la moitié recevaient des services de santé mentale réguliers et continus (Leclair et al., 2022)
    2. La littérature indique que les besoins de soins des personnes ayant un trouble mental qui ont vécu l'incarcération ne sont pas comblés (Frappier et al., 2009) et que les personnes déclarées NCRTM vivent des inégalités d'accès aux services de santé mentale (Leclair et al., 2022). Le projet de Loi 66 ne répond à aucun de ces constats.
- e. Il y a donc probablement lieu aussi de s'orienter plutôt vers des ressources d'hébergement de type l'Entretoit pour une plus grande proportion des personnes, car ces ressources réduisent les risques de récidive violente (Salem et al., 2016).

- f. L'évaluation du risque s'est montrée prometteuse auprès des personnes NCRTM lorsque l'on utilise un modèle d'évaluation du risque basé sur les forces de l'individu qui intègre ses antécédents psychosociaux et les facteurs de risque dans la réduction de la violence, le tout dans une vision de rétablissement (Chan, 2021). Il semble ainsi que ces différents éléments fassent partie du champ de compétences des professionnels de la santé et que la complexité de cette évaluation requiert un travail en équipe multidisciplinaire.

## **5. LES TAUX DE RÉCIDIVE-DES MYTHES À DÉFAIRE**

Les taux de récidive des personnes déclarées NCRTM (ici et un peu partout à travers le monde), en particulier les taux de récidive violentes sont plus faibles non seulement que les personnes qui ont été incarcérées qui n'ont pas un trouble mental mais particulièrement plus faibles que les personnes qui ont été incarcérées et qui ont un trouble mental (Bengtson et al., 2019; Charette et al., 2015; Igoumenou et al., 2019; Nilsson et al., 2011). En effet ce n'est pas parce qu'une personne a un trouble mental qu'elle est déclarée NCR, il y a des personnes qui ont un trouble mental qui sont condamnées et sont orientées vers les services correctionnels.

- a. Il n'y a donc aucune indication que l'intégration d'un intervenant correctionnel ait une valeur ajoutée en termes de réduction de la récidive chez des personnes ayant un trouble mental.

## **6. LES FAMILLES ET LES PROCHES**

Les familles et les proches sont des alliés qui ne sont pas soutenus et écoutés à leur juste valeur. Pourtant, ils sont aux premières loges des détériorations de santé mentale de leurs proches. L'ajout d'un agent de surveillance non thérapeutique risque de les mettre en situation de délation face à leur proche et risque de dynamiter la relation de confiance dans la famille qui reste pour beaucoup les fondations stables de la vie de la personne. Les écrits indiquent que dans le contexte québécois, le soutien social est un facteur de protection de l'itinérance chez les personnes ayant un trouble mental (Roy, Abdel Baki, et al., 2024; Roy, Leclair, et al., 2024). De plus, quelles seront les obligations des proches envers l'agent de surveillance. Seront-ils tenus de collaborer? Et cette collaboration sera-t-elle bidirectionnelle?

## **7. DÉPÔT DU PROJET DE LOI PRÉCIPITÉ**

Dans le contexte des initiatives en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux, il semble que le dépôt du projet de Loi soit précipité. En particulier, il ne tient pas compte de l'ensemble des travaux de hiérarchisation des soins en psychiatrie légale actuellement en cours qui avaient été clairement annoncés dans le plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 (Gouvernement du Québec, 2022) auquel a participé le ministère de la Sécurité publique, c'est-à-dire de la coordination des services

de psychiatrie légale en fonction du niveau de risque de l'individu à travers l'ensemble de la province. Il ne tient pas compte non plus du déploiement des formations sur l'évaluation et la gestion du risque dans les équipes de suivis intensifs et d'intensité variable dans la collectivité ou de la nouvelle équipe spécialisée de suivi intensif dans le milieu (SIM)-forensique de l'Institut Pinel.

## **CONCLUSION**

En ajoutant une composante correctionnelle au processus :

- On est à l'encontre de la raison d'être de la partie XX.1 du Code criminel canadien.
- On augmente la stigmatisation en mettant l'accent sur l'aspect de surveillance de la sécurité publique plutôt que sur l'intégration de l'évolution des problèmes du réseau de la santé et des services sociaux.
- On risque de générer un faux sentiment de sécurité car la réduction de la violence passe par une amélioration des soins dans la collectivité.
- On risque d'augmenter les procédures judiciaires, de complexifier le flot de communication et les corridors de services.
- On risque d'aliéner non seulement les personnes elles-mêmes visées mais également les familles et favoriser l'isolement et la non-divulgaration, facteurs précipitant les comportements violents – la question de confiance étant centrale au bon suivi des personnes.

## **CE QUE NOUS SOUHAITONS**

- Les leviers légaux nécessaires sont actuellement disponibles, il faut donc mieux les utiliser et les faire connaître avant d'avoir de nouvelles lois;
- Il faut orienter nos actions sur l'amélioration et plus de services en santé mentale dans la collectivité. Les recherches montrent que la réduction de la violence liée à la santé mentale se trouve dans deux sphères importantes : augmenter le traitement pharmacologique de clozapine et offrir du suivi intensif dans la collectivité qui tient compte d'un volet d'évaluation et de gestion du risque comme les équipes SIM-forensique (Douglas et al., 2024);
- Bien informer les policiers des dispositifs communicationnels qu'ils ont déjà à leur disposition;
- Augmenter la communication aussi entre les instances du réseau de la santé elles-mêmes;
- Augmenter la confiance et l'implication des proches et des personnes elles-mêmes dans leur processus thérapeutique;
- Mise en place d'une coordination des soins et des suivis et de navigation dans le réseau de la santé et des services sociaux.

## **MOT FINAL**

Nous invitons tous à tenter de répondre honnêtement à la question fondamentale : est-ce que cette loi, si elle avait été en place il y a deux ans, aurait permis de prévenir les décès tragiques que nous connaissons? Rien n'est moins certain.

De plus, est-ce que les manquements aux conditions sont les causes de la violence ? Les manquements aux conditions sont plutôt les conséquences d'une détérioration soit de la santé mentale, soit des relations et des suivis thérapeutiques ainsi que des conditions de vie difficiles, rien qui, à notre avis, ne sera résolu et compensé par l'ajout d'intervenants des services correctionnels.

Nous saluons les efforts pour tenter de réduire le risque de violence et la célérité avec laquelle le ministère de la Sécurité publique a tenté de l'adresser. Toutefois, il est de notre avis que ce projet de Loi constitue un diachylon qui risque de décoller et réexposer la plaie à relativement court terme. L'argent investi tant dans l'embauche, la formation que le déploiement des agents de liaison, serait mieux utilisé dans les soins en santé mentale dans la collectivité où se retrouvent les réelles causes (facteurs de risque) de violence future et ce dans l'ensemble de la collectivité et non seulement auprès des personnes sous mandat de la Commission d'examen des troubles mentaux.

Le régime de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux a été réformé en 1991 pour refléter la philosophie de besoin de soins pour réduire la violence et non pas la punition et la coercition. Nous souhaitons vivement que le Québec fasse un pas vers l'avant et non un recul dans les approches de soutien et de suivi en santé mentale.

## RÉFÉRENCES

- Auclair, N., & Millaud, F. (2011). La famille après un parricide psychotique. Crise, rupture et réorganisation. In *Le passage à l'acte dans la famille: Perspectives psychologique et sociale*. Presses de l'Université du Québec.
- Bengtson, S., Lund, J., Ibsen, M., & Langstrom, N. (2019). Long-Term Violent Reoffending Following Forensic Psychiatric Treatment: Comparing Forensic Psychiatric Examinees and General Offender Controls. *Front Psychiatry, 10*, 715. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00715>
- Borg, M., & Davidson, L. (2009). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health, 17*(2), 129-140. <https://doi.org/10.1080/09638230701498382>
- Chan, B. (2021). A strengths model and violence risk assessment with individuals not criminally responsible on account of mental disorder (NCRMD) in Canada. *Social Work in Mental Health, 19*(4), 345-364. <https://doi.org/10.1080/15332985.2021.1921897>
- Charette, Y., Crocker, A. G., Seto, M. C., Salem, L., Nicholls, T. L., & Caulet, M. (2015). The National Trajectory Project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 4: criminal recidivism. *The Canadian Journal of Psychiatry, 60*(3), 127-134.
- Chesters, J., Fletcher, M., & Jones, R. (2005). Mental illness recovery and place. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 4*(2), 89-97. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.2.89>
- Crocker, A. G., Nicholls T. L., Seto, M. C. et Côté, G. (2015a). The National trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry, 60*(3), 96-97. <https://doi.org/10.1177/070674371506000303>
- Crocker, A. G., Nicholls T. L., Seto, M. C., Charette, Y., Côté, G. et Caulet, M. (2015b). The National trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 1 – Context and methods. *The Canadian Journal of Psychiatry, 60*(3), 98-105 <https://doi.org/10.1177/070674371506000304>
- Crocker, A. G., Nicholls T. L., Seto, M. C., Charette, Y., Côté, G. et Caulet, M. (2015c). The National trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 2 –The people behind the label. *The Canadian Journal of Psychiatry, 60*(3), 106-116. <https://doi.org/10.1177/070674371506000305>
- Crocker, A. G., Charette, Y., Seto, M. C., Nicholls, T. L., Côté, G. et Caulet, M. (2015d). The National trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 3 – Trajectories and outcomes through the forensic system. *The Canadian Journal of Psychiatry, 60*(3), 117-126. <https://doi.org/10.1177/070674371506000306>
- Douglas, K., S., , Hodgins, S., Taylor, P. J., Fazel, S., & Monahan, J. (2024). Major Mental Illness and Violent Behavior: Scientific Review Paper for the American

- Psychology-Law Society (Division 41 of the American Psychological Association). Draft 1.1, March 11, 2024.
- Douglas, K. S., & Otto, R., K., (2021). *Handbook of violence risk assessment, 2nd ed.* Routledge/Taylor & Francis Group.
- Dvoskin, J. A., Skeem, J. L., Novaco, R. W., & Douglas, K., S. (2011). *Using social science to reduce violent offending.* Oxford University Press.
- Frappier, A., Vigneault, L., & Paquet, S. (2009). À la fois malade et criminalisé: témoignage d'une double marginalisation. *Santé mentale au Québec, 34*(2), 21-30.
- Goulet, M.H., Dellazizzo, L, Lessard-Deschênes, C.\* , Lesage, A., Crocker, A.G., Dumais, A. (2021). Effectiveness of forensic assertive community treatment on forensic and health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior, 49*(6), 838-852. DOI: <https://doi.org/10.1177/00938548211061489>
- Gouvernement du Québec. (2022). *S'unir pour un mieux-être collectif. Plan d'action interministériel en santé mentale, PAISM 2022-2026.* Bibliothèque et Archives nationales du Québec Retrieved from <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>
- Igoumenou, A., Kallis, C., Huband, N., Haque, Q., Coid, J. W., & Duggan, C. (2019). Prison vs. hospital for offenders with psychosis; effects on reoffending. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 30*(6), 939-958. <https://doi.org/10.1080/14789949.2019.1651381>
- Jones, N., Gius, B. K., Shields, M., Collings, S., Rosen, C., & Munson, M. (2021). Investigating the impact of involuntary psychiatric hospitalization on youth and young adult trust and help-seeking in pathways to care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 56*(11), 2017-2027. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02048-2>
- Lamberti, J. S., & Weisman, R. L. (2021). Essential elements of forensic assertive community treatment. *Harvard Review of Psychiatry, 29*(4), 278-297.
- Leclair, M. C., Charette, Y., Seto, M., Nicholls, T. L., Roy, L., Dufour, M., & Crocker, A. G. (2022). Barriers and facilitators of access and utilization of mental health services among forensic service users along the care pathway. *BMC Health Serv Res, 22*(1), 1495. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08848-9>
- Livingston, J. D. (2018). What Does Success Look Like in the Forensic Mental Health System? Perspectives of Service Users and Service Providers. *Int J Offender Ther Comp Criminol, 62*(1), 208-228. <https://doi.org/10.1177/0306624X16639973>
- Loi sur la réforme de la non-responsabilité criminelle. L.C. (2014), ch.6, art. 672.56, para. 1.* [https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/Annuelles/2014\\_6/page-2.html#:~:text=672.56%20\(1\)%20La%20commission%20d,sous%20r%C3%A9serve%20des%20modalit%C3%A9s%20de](https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/Annuelles/2014_6/page-2.html#:~:text=672.56%20(1)%20La%20commission%20d,sous%20r%C3%A9serve%20des%20modalit%C3%A9s%20de)
- McCutcheon, R. A., Keefe, R. S. E., & McGuire, P. K. (2023). Cognitive impairment in schizophrenia: aetiology, pathophysiology, and treatment. *Mol Psychiatry, 28*(5), 1902-1918. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-01949-9>
- Nicholls, T. L., Crocker, A. G., Seto, M. C., Charette, Y., Côté, G. et Wilson, C. M. (2015). The National trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 5 – How essential are

- gender-specific forensic psychiatric services? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(3), 135-145. <https://doi.org/10.1177/070674371506000308>
- Nilsson, T., Wallinius, M., Gustavson, C., Anckarsater, H., & Kerekes, N. (2011). Violent recidivism: a long-time follow-up study of mentally disordered offenders. *PloS one*, 6(10), e25768. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0025768>
- Padgett, D. (2007). There's no place like (a)Home: Ontological security among persons with serious mental illness in the united states. *Social science & medicine*, 64(9), 1925-1936.
- Roy, L., Abdel Baki, A., Crocker, A. G., De Benedictis, L., Latimer, É., Thibeault, E., Bérubé, F.-A., & Roy, M.-A. (2024). Les expériences en logement des personnes en début de parcours d'utilisation de services psychiatriques : spécificités et enjeux développementaux. *Santé mentale au Québec*, 49(1), 123-144. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1112529ar>
- Roy, L., Leclair, M., Crocker, A. G., Abdel-Baki, A., de Benedictis, L., Bérubé, F. A., Thibeault, E., Latimer, E., & Roy, M. A. (2024). Risk factors for homelessness and housing instability in the first episode of mental illness: Initial findings from the AMONT study. *Early Interv Psychiatry*, 18(7), 561-570. <https://doi.org/10.1111/eip.13495>
- R c Swain, [1991] 1 RCS 933
- Salem, L., Crocker, A. G., Charette, Y., Earls, C. M., Nicholls, T. L., & Seto, M. C. (2016). Housing Trajectories of Forensic Psychiatric Patients. *Behav Sci Law*, 34(2-3), 352-365. <https://doi.org/10.1002/bsl.2223>
- Scanlon, F., Hirsch, S., & Morgan, R. D. (2022). The relation between the working alliance on mental illness and criminal thinking among justice-involved people with co-occurring mental illness and substance use disorders. *J Consult Clin Psychol*, 90(3), 282-288. <https://doi.org/10.1037/ccp0000719>