

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA RESPONSABILITÉ CRIMINELLE EN CAS DE TROUBLES MENTAUX :
EXPLORER LES PRATIQUES D'ÉVALUATION AU QUÉBEC
À TRAVERS L'ANALYSE DE RAPPORTS D'EXPERTISE
ET D'ENTREVUES AVEC DES EXPERTS PSYCHIATRES

ESSAI DOCTORAL

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

ÉTIENNE PELLETIER-MONTPETIT

OCTOBRE 2024

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont d'abord à mon directeur de recherche, João, qui m'a accompagné tout au long de mon parcours doctoral et m'a aidé à naviguer à travers ce long processus de recherche. Je suis reconnaissant pour la marge de liberté que tu m'as accordée dans ce projet et pour les nombreux conseils et encouragements ayant facilité chacune des étapes de sa réalisation.

Merci aux psychiatres qui ont accepté de participer à cette étude. Je remercie également l'Institut nationale de psychiatrie légale Philippe-Pinel d'avoir permis la réalisation de ce projet et la collecte de données, ainsi que le personnel de l'Institut qui a facilité cette collaboration.

Merci à Emma Laplante pour son aide dans le traitement et l'analyse des données.

Merci aux membres du jury, Emmanuelle Bernheim et Amylie Paquin, pour leur lecture attentive, leurs commentaires, leurs corrections et suggestions qui m'ont permis d'améliorer des éléments importants de l'essai en vue du dépôt final. Un merci également à Véronique Lussier et Karine Poitras pour leurs commentaires et suggestions sur la première version du projet de recherche doctoral.

Heureusement, la formation clinique faite en parallèle de la réalisation de ce projet m'a souvent encouragé à persévérer. Sur ce plan, je remercie mes superviseurs cliniques, Alexandre et Emmanuelle, pour votre appui, votre confiance et les connaissances que vous m'avez transmises et qui ont contribué à l'apprentissage de cette singulière profession.

Je remercie chaleureusement mes ami.e.s pour leur amour, leur présence et leur soutien, ainsi que tou.te.s les collègues avec qui compatir de nos périples académiques permet de les achever sans trop perdre la tête. Enfin, je remercie ma famille qui, sans toujours bien comprendre la nature et surtout la longueur effrayante de mon parcours universitaire, m'a toujours soutenu et encouragé.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	v
RÉSUMÉ	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1: PROBLÉMATIQUE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE	2
1.1. Revue de la littérature	6
1.1.1. La responsabilité criminelle en cas de troubles mentaux : mise en contexte.....	6
1.1.2. La rédaction des rapports d'expertise psycholégale.....	12
1.2. Cadre théorique.....	18
1.3. Objectifs de recherche	19
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE	21
2.1. Objectif 1 : Explorer les pratiques d'évaluation de la RCTM à partir d'un échantillon de rapports d'expertise	21
2.1.1. Échantillon	21
2.1.2. Grille d'analyse	22
2.1.3. Procédure.....	24
2.1.4. Stratégie d'analyse des données.....	25
2.2. Objectif 2 : Explorer les pratiques d'évaluation de la RCTM à travers des entrevues individuelles avec des experts psychiatres.....	26
2.2.1. Échantillon	26
2.2.2. Guide d'entrevue semi-dirigée	26
2.2.3. Procédure.....	27
2.2.4. Stratégie d'analyse des données.....	27
2.3. Considérations éthiques.....	29
2.4. Critères de rigueur	32
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS	34
3.1. Résultats de l'analyse des rapports d'expertise.....	34
3.1.1. Portrait descriptif des rapports d'expertise et des personnes évaluées.....	34
3.1.1. Analyse formelle des rapports	35
3.1.2. Éléments servant à construire l'opinion médico-légale	36
3.1.3. Les voix de l'expert et de l'évalué	38

3.2. Résultats de l'analyse thématique (entretiens avec des experts psychiatres)	39
3.2.1. Le psychiatre légiste et l'appareil judiciaire	40
3.2.1.1. Un rôle entre médecine et expertise médico-légale	40
3.2.1.2. Défis et difficultés dans le processus d'évaluation	43
3.2.2. Le rapport d'expertise	46
3.2.2. La notion opérationnalisée de responsabilité criminelle	49
3.2.2.1. Un concept médico-légal	50
3.2.2.2. Le problème de la consommation de substances	53
3.3. La situation sociale des personnes évaluées : entre les systèmes légal et psychiatrique	56
3.3.1. Aspects socio-économiques	56
3.3.2. Accès aux soins et services	58
CHAPITRE 4: DISCUSSION	60
4.1. Autour du thème de l'expert psychiatre et l'appareil judiciaire.....	60
4.2. Autour du thème de la notion opérationnalisée de responsabilité criminelle	66
4.2.1. La consommation de substances	68
4.3. Autour du thème de la situation sociale des personnes évaluées.....	70
4.4. Considérations conceptuelles autour de la responsabilité criminelle	72
4.4.1. Une narration individualisante	74
4.4.2. Socialiser la responsabilité criminelle ?	78
4.5. Limites de l'étude	84
4.6. Retombées de la recherche	85
4.7. Futures recherches	87
CONCLUSION	90
ANNEXES	93
Annexe A : Grille de cotation pour les rapports d'expertise.....	93
Annexe B : Guide d'entrevue semi-dirigée	100
Annexe C : Autorisation de consulter les dossiers médicaux.....	103
Annexe D : Certificat d'approbation éthique (UQAM)	104
Annexe E : Certificat d'approbation éthique (CIUSSS Douglas).....	105
RÉFÉRENCES	108

LISTE DES ABRÉVIATIONS

RC : responsabilité criminelle

RCTM : responsabilité criminelle en cas de troubles mentaux

NRCTM : non responsabilité criminelle en cas de troubles mentaux

CR : criminellement responsable

NCR : non criminellement responsable

RÉSUMÉ

Cet essai doctoral est une recherche exploratoire visant à faire un portrait des pratiques d'évaluation de la responsabilité criminelle au Québec à travers l'analyse de rapports d'expertise et d'entrevues avec des experts psychiatres. Nous avons procédé à l'analyse formelle et l'analyse de la qualité d'un échantillon de rapports d'évaluation selon les critères de cohérence et de pertinence des informations et à l'aide d'une grille de cotation élaborée pour cette recherche. Nous avons d'autre part procédé à l'analyse thématique des entrevues avec des psychiatres légistes. Nous avons accumulé des informations différentes et complémentaires permettant de tracer un portrait nuancé de l'expertise médico-légale en matière de responsabilité criminelle. Nos résultats sont concordants avec les failles rédactionnelles dont fait état la littérature et pointent vers la nécessité de considérer d'autres aspects pour évaluer leur qualité, comme l'articulation des différentes voix au sein d'un rapport. Nos résultats suggèrent aussi que la situation sociale des personnes évaluées révèle un niveau de précarité élevé et nous soulignons le manque de considération de cette dimension dans les expertises. Nous terminons par une portion critique adoptant une perspective sociologique sur le concept de responsabilité criminelle et son évaluation, en soulevant la question d'une responsabilité sociale.

Mots-clés : psychiatrie légale, responsabilité criminelle, expertise psycholégale, rédaction de rapports d'évaluation

ABSTRACT

This doctoral dissertation is an exploratory study of criminal responsibility assessments in Quebec, through an analysis of forensic reports and of interviews with psychiatrists. With a coding grid designed for this study, we analyzed a sample of forensic reports based on formal criteria, and analyzed their quality based on the criteria of coherence and relevance of information. We then conducted a content analysis of the interviews with a sample of forensic psychiatrists. The data from both sources are complementary and allowed us to draw a nuanced portrait of criminal responsibility assessments. Our results are consistent with some common errors in forensic report writing documented in scientific literature. They also point out to the necessity of considering other criteria for quality analysis of reports, namely the relation between different voices in the assessment. Our results also suggest that the social situation of assesses is very precarious but considered largely irrelevant in an assessment for criminal responsibility. We finally discuss the collective dimension of criminal responsibility from a critical perspective.

Key words: forensic psychiatry, criminal responsibility, mental health assessment, forensic report writing

INTRODUCTION

Cet essai doctoral porte sur l'évaluation de la responsabilité criminelle en cas de troubles mentaux (RCTM) au Québec. Peu d'études existent sur la question dans la province. À l'heure actuelle, la question est surtout traitée sous l'angle des personnes déclarées non criminellement responsables (NCR), en s'attardant par exemple à leur portrait sociodémographique, à leurs trajectoires et leurs parcours post-sentenciels. Le *Projet national des trajectoires sur les personnes déclarées non criminellement responsables pour cause de trouble mental au Canada* (Crocker et al., 2015a) rassemble plusieurs recherches et constitue probablement le projet le plus important sur la question. D'autres études ont été réalisées récemment en adoptant un angle de recherche semblable (Martin, 2019). Cependant, la question demeure peu ou pas étudiée à partir de l'angle des experts et celui des rapports d'évaluation qu'ils produisent, d'où la pertinence de notre étude.

Notre recherche entend explorer les pratiques d'évaluation de la RCTM au Québec à travers l'analyse d'un échantillon de rapports d'expertise et mettre les résultats en dialogue avec la perspective d'experts psychiatres qui réalisent ces évaluations. Les objectifs sont de récolter des données qui pourront servir de base à de futures études, proposer une méthode d'analyse de la qualité des rapports d'expertise, ainsi que situer théoriquement et conceptuellement la RCTM en se basant sur une analyse des pratiques concrètes et du discours des professionnels sur leur pratique (i.e, des rapports d'expertise et des entretiens semi-dirigés). L'état de la question et les exigences liées à l'essai doctoral expliquent l'ampleur relativement modeste de la recherche et dans ce contexte, l'étude est limitée en termes des tailles d'échantillons et de la généralisation des résultats.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

La psychiatrie légale se situe au carrefour des institutions médicale et judiciaire. Dans cette position, elle doit composer avec les défis qu'implique la conciliation du soin, de la sécurité publique et de la réinsertion sociale. Ce pluralisme intrinsèque à la psychiatrie légale peut la confronter à des dilemmes éthiques du fait de valeurs conflictuelles ou encore des multiples rôles des psychiatres légistes (Arboleda-Flórez et Weisstub, 2006). L'expertise psycholégale¹ est un des lieux où peut surgir de tels dilemmes (Weinstock, 2013).

Parmi les diverses évaluations psycholégales, l'évaluation de la responsabilité criminelle en cas de troubles mentaux (RCTM) est réservée, au Québec, à certains experts. Contrairement à d'autres types d'évaluations comme celles du risque de violence ou de la capacité parentale, qui peuvent être réalisées par plusieurs experts (criminologues, psychologues, travailleurs sociaux, etc.) (Brunet, 2014; Melton et al., 2017), l'évaluation de la RCTM ne peut qu'être faite par des psychiatres (légistes ou non).

L'expertise médico-légale peut être demandée à la fois par le tribunal ou par les parties. Le rôle de l'expert psychiatre dans ces évaluations est de formuler une opinion médico-légale sur la RC de la personne évaluée. S'il s'agit d'un témoignage d'opinion, échappant ainsi aux règles de preuve habituelles (Bernheim, 2008), le système de justice a néanmoins de hautes attentes envers les experts, dont le discours se doit d'être clair et rigoureux. Dans le cadre de son évaluation, l'expert expose les informations récoltées (ex. entretiens cliniques, évaluation psychologique, évaluation du risque de violence, rapports de police, différents témoignages) et à partir de celles-ci, fait des inférences sur l'état mental de l'accusé au moment du délit. L'opinion émise n'a pas force de loi, seul le tribunal peut prononcer une décision (ce qui n'est pas une sentence, précisons-le) de non-

¹ Dans ce qui suit, nous parlerons d'expertise *médicolégale* pour désigner l'expertise en matière de responsabilité criminelle (réalisée par des médecins psychiatres) et d'expertise *psycholégale* pour désigner toute forme d'expertise dans le domaine psychologique et psychiatrique.

responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux (NRCTM) ; l'expert intervient plutôt pour éclairer la décision du tribunal. En outre, il existe un débat à savoir si l'expert devrait se prononcer sur la « question fondamentale » (*ultimate issue*), par exemple en avançant que l'accusé est ou n'est pas responsable criminellement, ou si son intervention devrait simplement servir à renseigner le tribunal qui, lui, a la charge de la décision (Melton et al., 2017). On aperçoit en filigrane le problème de la frontière parfois brouillée entre l'opinion experte et la décision légale, entre savoir et juger (De Bonis et Bourcier, 1999).

Le Code criminel canadien définit comme suit la non-responsabilité criminelle (NRC) : « La responsabilité criminelle d'une personne n'est pas engagée à l'égard d'un acte ou d'une omission de sa part survenu alors qu'elle était atteinte de troubles mentaux qui la rendaient incapable de juger de la nature et de la qualité de l'acte ou de l'omission, ou de savoir que l'acte ou l'omission était mauvais » (L.R.C., 1985, ch. C-46, art. 16(1)). De plus, il y a une présomption que les individus ne sont pas atteints de troubles mentaux. La charge de la preuve appartient donc à la partie qui entend démontrer que l'accusé était, au moment de son délit, atteint d'un trouble mental de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle. Précisons déjà que le « trouble mental », que l'article 2 du Code criminel définit comme étant « toute maladie mentale », a un sens légal et non un sens psychiatrique. Il y a une différence entre son acception en droit criminel et en psychiatrie, ce qui signifie que ce n'est pas le diagnostic psychiatrique qui suffit à constituer en lui-même une défense de NRCTM.

Les répercussions de ces évaluations sur les accusés sont importantes. L'opinion des experts oriente très fortement le verdict du tribunal. Dans le cas d'une de NRCTM, le Code criminel prévoit trois décisions possibles : libération inconditionnelle, libération sous réserve ou détention dans un hôpital (L.R.C., 1985, art. 672.54). Dans le cas d'une libération inconditionnelle, l'accusé n'a plus affaire à la justice pour l'affaire concernée. Dans les deux derniers cas, il y a un réexamen ponctuel des décisions adoptées par la Commission d'examen des troubles mentaux : celle-ci est obligée de tenir une audience et rendre une décision dans une période de 90 jours (Tribunal administratif du Québec, 2016).

En se basant sur les données de sept provinces et territoires dont le Québec, un rapport de recherche publié par le Département de la justice canadien en 2006 souligne qu'entre 1992 et 2004, on observe une augmentation de 102% des verdicts de NRCTM (Latimer et Lawrence, 2006). Depuis quelques années, des chercheurs canadiens s'intéressent aux parcours des individus reconnus NRCTM. Le *Projet national des trajectoires sur les personnes déclarées non criminellement responsables pour cause de trouble mental au Canada* (Crocker et al., 2015a) nous donne une idée de l'ampleur du phénomène et du portrait statistique des individus concernés. Mentionnons d'abord que le nombre de personnes reconnues NRCTM est en croissance au Québec, province qui compte de loin le plus grand nombre de verdicts de NRCTM, soit 2389 entre mai 2000 et avril 2005 (dernière période pour laquelle les données sont disponibles) (Crocker et al., 2015a). Il faut cependant noter que l'écart de ces chiffres avec les autres provinces s'explique par le fait qu'il y a davantage de délits de gravité moindre qui font l'objet d'une évaluation de la RCTM au Québec. Les cas d'homicide et de tentative de meurtre pour lesquels la question de la RC est soulevée sont largement médiatisés, mais ils constituent en réalité un petit pourcentage des verdicts de NRCTM. Crocker et ses collègues (2015b) montrent qu'au Québec, entre 2000 et 2005, ce type de délit représentait moins de 5% des cas évalués. D'autres part, trois types de délits (voies de fait, délit contre la personne et vandalisme) représentent ensemble 75% des cas. De plus, dans 80 à 95% des cas, il y a présence d'un diagnostic psychiatrique (principalement trouble psychotique, trouble de l'humeur et schizophrénie).

Concernant le portrait statistique de ces évaluations, selon Statistique Canada, les cas relevant de la RCTM entre 2005 et 2012 représentent moins de 1% des affaires traitées dans les cours criminelles au pays (ACPD, 2023). Pour donner une idée de ce que ce pourcentage représente en nombre d'évaluations de la RCTM, mentionnons que d'après un document interne de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel (INPL-PP), 429 ont été réalisées par des experts affiliés à l'Institut au cours de l'année 2019-2020. Par ailleurs, la présente étude a puisé dans un bassin de 4529 évaluations pour la RCTM réalisées entre 2015 et 2021 par des experts affiliés à l'INPL-PP.

Un verdict de NRCTM peut impliquer un parcours judiciaire ardu, contrairement à ce qu'une opinion populaire peut véhiculer. Dans sa thèse doctorale en criminologie, Martin (2019) a montré à partir du cas québécois que contrairement à une opinion répandue, « la défense [de NRC] ne représente pas une échappatoire à la punition, considérant que ce verdict augmente la probabilité de subir de la détention comparativement aux accusés qui évoluent dans le système judiciaire traditionnel ». Quant au temps de détention, « les accusés NCRTM passent en moyenne plus de temps en détention [que les accusés CR] » (Martin, 2019). Les éléments qui font varier le temps de détention des accusés NCR sont l'état clinique et le risque de récidive, susceptibles d'évoluer, à la différence des peines d'accusés CR qui sont plutôt basées sur le principe de proportionnalité entre la peine et la gravité du crime. Enfin, « les accusés NCRTM passent une quantité de temps nettement supérieure sous supervision légale que les accusés déclarés CR » (Martin, 2019).

Étant donné l'influence que peuvent avoir les rapports d'expertise sur la décision du tribunal et, conséquemment, sur la vie des accusés, ces documents doivent répondre à de hautes exigences de qualité. Plusieurs recherches se sont penchées sur les qualités qui font de bons rapports psycholégaux et parmi ces recherches, certaines soulèvent des erreurs rencontrées dans les documents. Par exemple, Grisso (2010) évoque des opinions insuffisamment étayées (soit par rapport aux données, soit d'un point de vue logique), des problèmes d'organisation (ex. articulation illogique entre les sections du rapport ou les informations rapportées) ou encore des informations, données ou opinions non-pertinentes relativement au mandat.

Il existe une littérature scientifique qui se penche sur l'évaluation des rapports d'expertise psycholégale ici (Godbout, Poitras et Guerreiro, 2020) comme ailleurs (Borum et Grisso, 1996; Guerreiro, 2013; Grisso, 2010; Petrella et Poythress, 1983; Robbins, Waters et Herbert, 1997; Wettstein, 2005). Toutefois, il n'y a, à notre connaissance, aucune étude portant sur les pratiques d'évaluation de la RCTM au Québec. À la toute fin de la rédaction du présent essai, l'Académie canadienne de psychiatrie et droit (ACPD) commençait à publier le *Guide canadien sur l'expertise et la rédaction de rapports en psychiatrie légale* (2023), dont les différents volets sont encore à ce

jour en cours de parution. On y présente des lignes directrices dans plusieurs domaines de la psychiatrie légale, notamment concernant l'évaluation de la RCTM. Un document semblable créé par l'American Association of Psychiatry and the Law existe aux États-Unis depuis 2015.

1.1. Revue de la littérature

1.1.1. La responsabilité criminelle en cas de troubles mentaux : mise en contexte

Dans le Code criminel canadien, adopté en 1892, on se réfère aux règles de McNaghten issues du *common law* britannique pour juger de la RC. En 1843, McNaghten, qui souffrait d'une psychose paranoïaque, voulait s'en prendre au premier ministre britannique mais a plutôt tué son secrétaire privé. Il fut acquitté pour cause d'alinéation mentale, à la suite de quoi un groupe de juges dut établir les règles qui devaient guider ce genre de situation (Arboleda-Flórez et Weisstub, 2006). Les règles de McNaghten évoquent la capacité de l'individu à former une intention coupable (*mens rea*). Au Canada, les défenses pour cause de troubles mentaux ont été jugées et sont toujours jugées en fonction de ces règles.

On note qu'à partir des années 1950 au Canada, l'influence de la psychiatrie sur la détermination du diagnostic des accusés ayant des troubles mentaux génère un conflit grandissant entre les définitions légale et psychiatrique d'une défense de NRCTM, dont le nœud est la définition des « troubles mentaux » (Moran, 2014). Encore aujourd'hui, cela signifie que cette expression, dans une défense de NRCTM, a une acception juridique et non psychiatrique, c'est-à-dire que la simple présence d'un diagnostic psychiatrique chez l'accusé n'est pas censé être le critère pour statuer de sa responsabilité criminelle. Autrement dit, un individu ayant un diagnostic de schizophrénie, par exemple, ne sera pas nécessairement jugé NCR. Le « trouble mental » est défini juridiquement comme l'incapacité de juger de la nature légalement et moralement mauvaise d'un acte au moment où il est posé.

Dans notre système de justice, les notions de *mens rea* et d'*actus reus*, soit l'intention et l'acte, sont constitutifs du concept de RC. D'après la jurisprudence de la Cour suprême du Canada,

l'intention criminelle (*mens rea*) est une condition nécessaire à l'attribution d'une responsabilité criminelle (LeBel, 2009). Jusqu'à l'arrêt prononcé dans l'affaire *R. v. Chaulk* (1990), le sens du terme « mauvais », qui qualifie l'acte ou l'omission dans l'article 16 du Code criminel, était strictement légal, c'est-à-dire que pour établir une défense d'« aliénation mentale », on se référait à la capacité de l'accusé à apprécier la nature illégale de son acte. Cet arrêt a élargi l'interprétation du terme « mauvais » pour englober le *caractère moralement répréhensible* de l'acte ou de l'omission (LeBel, 2009). Ainsi, le fait de ne pas pouvoir comprendre, en raison d'un trouble mental au sens légal, que son acte est illégal *et/ou* moralement répréhensible ouvre la possibilité d'une défense de NRCTM. En 1992, une réforme du Code criminel touche la défense d'« acquittement pour cause d'aliénation mentale » (Roy et al., 2016). Elle devient une défense de « non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux », introduisant du même coup la notion de « trouble mental » au sens du droit criminel et changeant l'ensemble du processus. À la suite de cette modification, des chercheurs ont noté une augmentation exponentielle du nombre de personnes reconnues NRCTM (Crocker et al., 2014). Cela dit, un autre facteur qui pourrait expliquer ce changement est l'augmentation des mises en accusation.

Ces deux facteurs explicatifs auraient un lien avec deux conceptions de la justice : l'élargissement de la défense de NRCTM relèverait selon certains d'une justice réparatrice plus que punitive (ACPD, 2023). Les résultats de Martin (2019), notamment, que nous avons évoqués plus haut, peuvent toutefois servir à nuancer cette vision. Ajoutons que des travaux sociologiques sur la justice pénales montrent que l'aspect punitif est bien plus large que l'énoncé d'une peine ou une incarcération, par exemple dans la surveillance et la criminalisation accrues de certaines populations (Fassin, 2017) ou dans le phénomène de (sur)judiciarisation des populations marginalisées, précaires et sous-scolarisées (Bernheim, 2022; Otero, 2007; Wacquant, 2004). L'augmentation des mises en accusation peut donc aussi être mise au compte d'une justice punitive plus que réparatrice.

À la différence d'autres évaluations comme celle du risque de violence, qui s'attardent à l'état actuel de l'individu et fonctionne dans un paradigme de « gestion des risques », soit un point de vue prospectif (Millaud et Dubreucq, 2012), l'évaluation de la RC s'attarde rétrospectivement à

l'état mental de l'accusé à un moment précis dans le temps (Melton et al., 2017). La tâche de l'expert consiste à reconstituer l'état mental de l'individu au moment du délit. Pour ce faire, on ne peut se contenter d'exposer des faits et de rapporter des informations. Il faut de surcroît un travail de mise en relation des informations de sources diverses (ex. archives médicales, témoignages, rapports de police, etc.), des inférences et un raisonnement aboutissant à une opinion médico-légale.

Un tel mandat comporte son lot de défis. Par exemple, certains éléments liés à la personnalité ou la symptomatologie peuvent avoir changés entre le moment du délit et celui de l'évaluation (Melton et al., 2017). C'est pourquoi l'on va suggérer le recours à des archives afin d'aider la reconstitution de l'état mental de l'accusé au moment des faits (ex. rapport de police rédigé au moment du délit, rapport criminologique fait pour la Cour dans les jours suivants le délit, témoignages recueillis peu après le délit). Rappelons que la présence d'un diagnostic psychiatrique chez l'accusé, même au moment du délit, n'est pas suffisante pour se prononcer sur sa RC. D'autre part, notons que les tentatives récentes pour intégrer les neurosciences à l'expertise en matière de responsabilité pénale pour se prononcer sur l'état mental de l'individu se révèlent lacunaires autant d'un point de vue scientifique qu'épistémologique et judiciaire (Gkotsi et Gasser, 2016; Brown et Murphy, 2010).

Une étude comparative France-Québec concernant la pratique d'évaluation de la RCTM permet de faire ressortir des traits spécifiques au contexte québécois. Les auteurs notent d'abord qu'en France, « la nature et la gravité de l'infraction déterminent souvent l'ordonnance d'une expertise, plus que l'état mental de l'accusé » (Louan, Webanck et Senon, 2013, p. 290), bien que dans le Code pénal français le critère d'irresponsabilité pénale concerne aussi l'état psychique au moment du délit (Code pénal, art. 122.1). Comme nous l'avons vu plus haut, il est courant qu'au Québec une évaluation soit demandée et même qu'un verdict de NRCTM soit prononcé dans des cas de délits mineurs. On en conclut qu'au Québec, ce qui motive la demande est moins le type de délit qu'un doute quant aux capacités de l'individu à discriminer le bien du mal au moment du délit.

Les mêmes chercheurs observent que la procédure s'étend sur quelques heures en France alors qu'elle peut prendre de 5 à 60 jours ici. Ensuite, au Québec les observations pluridisciplinaires (ex. infirmières, criminologues, personnel socio-éducatif) sont prises en compte dans l'évaluation, même si l'opinion finale revient au psychiatre (Louan, Webanck et Senon, 2013). Enfin, les chercheurs soutiennent qu'en plus de la diversité des observateurs que nous venons de mentionner, les sources d'information sont plus variées au Québec et comprennent souvent une reconstruction de l'histoire criminologique de l'évalué ainsi que des entretiens avec ses proches ou d'autres personnes pertinentes.

La dimension multidisciplinaire de la pratique québécoise fait en sorte que plusieurs sources d'informations sont prises en compte dans l'évaluation. Cette diversité laisse penser que les évaluations seraient plus justes et plus riches. Toutefois, il faut souligner que tout dépend de la façon dont les informations sont interprétées, de leur articulation et de leur pertinence relativement au mandat d'évaluation. En outre, mentionnons que la pluralité des voix augmente le risque d'incohérences entre elles. Ce n'est pas un problème en soi et les discordances entre les sources d'informations ne produisent pas nécessairement un rapport incohérent, mais il est important que les incohérences fassent l'objet d'une discussion par l'expert (Guerreiro et al., 2014). Mentionnons enfin que le recours à de multiples sources d'information est un moyen de répondre au défi d'évaluer un état mental a posteriori.

Cette tâche est décomposée comme suit dans le guide de l'Association canadienne de psychiatrie et de droit (ACPD, 2023) qui traite des évaluations psycholégales et de la rédaction de rapports d'expertise. D'abord, évaluer si l'accusé souffrait d'un trouble mental au moment du délit, rappelant que l'existence d'un trouble mental au sens psychiatrique est nécessaire mais insuffisant. Second élément, il faut montrer qu'il y avait des symptômes associés à ce trouble mental au moment du délit. Ensuite, il faut évaluer si ces symptômes altéraient la capacité de juger la nature et la qualité de son acte (définie comme : avoir une conscience intellectuelle et émotionnelle de la signification de son acte). Vient enfin la nécessité d'évaluer si l'accusé pouvait « savoir » si la nature et la qualité de son acte étaient bien ou mal (dans un sens moral ou légal).

L'un des défis qui donne lieu à plusieurs dissensions dans de telles expertises concerne les cas d'amnésie, d'automatisme et de troubles mentaux qui sont statistiquement plus rarement associés à une défense de NRCTM (ex. troubles anxieux, TSPT). Notamment, la consommation de substances est un point litigieux important. Le problème consiste en ce que la perturbation de l'état mental, l'altération de la perception de la réalité et du jugement dans de telles circonstances, souvent couplées à un trouble mental existant, complique l'évaluation de la RC. Des questions émergent alors à propos de la consommation comme acte « volontaire » du sujet et sur le poids à accorder aux effets des substances versus les facteurs attribuables à un trouble mental sous-jacent. Pour aborder cet enjeu, on se réfère à la jurisprudence canadienne. L'arrêt de principe dans la cause *R. c. Bouchard-Lebrun* (2011), un cas d'intoxication volontaire et de « psychose toxique », précise que pour une défense de NRCTM, le trouble mental doit découler d'une cause interne et que l'intoxication est considérée comme une cause externe. (Le « test de la cause interne » est issu de *R. c. Stone* (1999) : il stipule que si une personne normale réagirait de la même façon que l'accusé dans le même contexte, la cause est externe et n'est pas un trouble mental. Il va de pair avec le « test du risque subsistant » : si l'accusé réagirait probablement de la même façon dans un autre contexte, le risque serait donc subsistant (susceptible de se répéter), pointant alors vers un trouble mental.) La Cour suprême précise dans le jugement *Bouchard-Lebrun* qu'il n'y a pas de seuil où l'intoxication, soit-elle très élevée, déchargerait l'individu de sa responsabilité criminelle. D'autre part, dans *R. c. Brown* (2022), elle a affirmé que le choix de s'intoxiquer ne peut pas contenir la présomption d'une faute criminelle (une décision qui entend assurer la présomption d'innocence). Une cause ultérieure, *R. c. Sullivan* (2022), applique ce principe en ouvrant la possibilité d'une défense d'automatisme sans trouble mental dans un cas d'intoxication extrême. Ces deux derniers cas ne changent cependant pas les principes de *Bouchard-Lebrun*. Par ailleurs, s'ils ne concernent pas les troubles mentaux dans le sens d'une défense de NRCTM, et si par ailleurs la jurisprudence est claire sur la question de la relation entre intoxication et trouble mental, nous présentons ces informations puisque dans les faits, lorsque nous lisons des rapports d'expertise, la consommation de substances soulèvent pourtant de nombreuses interrogations et les opinions médico-légales divergent malgré la jurisprudence.

Enfin, l'attribution de responsabilité à l'auteur d'un délit procède par imputation causale : X a commis un délit, donc X peut être jugé responsable du délit. Or, la RC soulève des interrogations à ce propos. Une défense de NRCTM, si l'on s'y attarde d'un point de vue conceptuel, s'intéresse à l'accusé moins comme l'agent de son acte que comme sujet de son acte. Autrement dit, il ne s'agit pas de déterminer si l'individu a posé un acte (en tant qu'agent, donc), mais s'il peut être dit sujet de son acte (s'il peut répondre de son acte, en être dit responsable, etc.). Dans ce contexte, des travaux remettent en question le mécanisme d'attribution causale d'une responsabilité de l'acte à son agent ou, du moins, d'en montrer le caractère non-nécessaire d'un point de vue socio-historique. Le travail de Fauconnet, sociologue s'inscrivant dans l'école durkheimienne, intitulé *La responsabilité, étude de sociologie* (1928) a fait date. Partant d'une conception de la responsabilité comme fait social, qui la considère comme un fait objectif plutôt que relevant d'une causalité subjective et interne à l'individu, il interroge comment s'est construit le sujet du jugement et de la peine dans nos sociétés individualistes. Des données anthropologiques permettent de constater les variations dans les réactions au crime, à la désignation d'un sujet responsable et à l'attribution de la responsabilité, c'est-à-dire les différentes réponses à la question « qui peut être tenu responsable de quoi ? ». Dans plusieurs travaux, l'ethnologie et les multiples traitements du crime et de la peine (ou du châtement) qu'on y rencontre servent d'appui pour démontrer « qu'il n'existe pas de relation nécessaire ou universelle entre la reconnaissance de la causalité qui lie un acte et son auteur et l'idée de responsabilité telle que nous la comprenons » (Fassin, 2017, p. 144). On peut considérer comme n'allant pas de soi ce lien de causalité. Comme le défend Fauconnet, il n'y a aucun lien nécessaire entre crime et responsable : « incriminer et imputer, punir et imputer sont des opérations distinctes » (Fauconnet cité par de Lagasnerie, 2016, p. 240). Bref, la cause de l'acte incriminé est posée dans l'agent individuel, mais le lien n'est pas nécessaire ni évident entre cet acte et la responsabilité du sujet. Selon certains, c'est bien plutôt l'« imputation de responsabilité qui construit la causalité [...] qu'elle prétend constater » (de Lagasnerie, 2016, p. 118).

1.1.2. La rédaction des rapports d'expertise psycholégale

La littérature scientifique consacrée aux pratiques d'expertise psycholégale s'attarde notamment à la qualité des évaluations et rédaction des rapports subséquents (Borum et Grisso, 1996; Guerreiro, 2013; Grisso, 2010; Petrella et Poythress, 1983; Robbins, Waters et Herbert, 1997; Wettstein, 2005). Analyser la « qualité » des rapports signifie évaluer les éléments qui font qu'un rapport est 1) pertinent au regard du mandat d'évaluation, 2) cohérent dans les informations présentées et les conclusions formulées, 3) compréhensible pour les lecteurs non-experts et 4) au service des accusés évalués (ex. diminue les risques de préjudices).

Le guide de l'Association canadienne de psychiatrie et droit (ACPD) en cours de publication contient des recommandations mais n'a pas pour but de dicter quoi faire aux professionnels. Il présente plutôt des points de repères et expose certains points litigieux comme les états d'automatisme (ex. psychose induite par des substances). De plus, il contient des exemples de questions pour mener un entretien d'évaluation, un canevas pour rédiger un rapport d'expertise, des questions visant à investiguer spécifiquement l'état mental de l'accusé au moment du délit ainsi qu'à évaluer sa capacité à apprécier la nature de ses actes. Il s'agit d'un guide assez détaillé dont les exemples pour structurer les rapports d'expertise suggèrent de nombreuses informations à inclure : l'exposition du mandat d'évaluation, le résumé du délit selon plus d'une source d'information, et notamment la version des faits de l'accusé, les antécédents légaux, l'histoire personnelle détaillée, d'autres antécédents (psychiatriques, de consommation, médicaux, criminels, etc.), l'examen mental, les résultats standardisés de tests psychométriques, l'opinion médico-légale et ses limites, un raisonnement rigoureux pour statuer sur la question de la RC, la présentation d'autres hypothèses qui pourraient expliquer le comportement, puis des recommandations.

On considère que les rapports d'expertise sont les points de chute des évaluations psycholégales. Cette façon de les voir peut toutefois laisser penser que le processus se fait en deux étapes strictement distinctes (évaluation d'abord, puis rédaction du rapport), alors qu'on peut le

conceptualiser autrement : la rédaction du rapport est constitutive de l'évaluation elle-même. Ainsi, Griffith et ses collègues (2010) parlent du rapport d'expertise comme étant à la fois la pratique et le produit (*the practice-product*) de la psychiatrie légale. Cette conception des rapports est plus riche que l'idée d'une simple communication de résultats à la suite d'une évaluation.

Dans sa structure, le rapport d'expertise est une « mise en récit » des différentes informations recueillies, qui sont de diverses natures (ex. rapports, entrevues, résultats à des tests) et proviennent de plusieurs sources (ex. personne évaluée, psychologue, policier). Ce travail de mise en récit porte avec lui une exigence de cohérence (Griffith et al., 2010), même si les informations peuvent être discordantes entre elles. Cela dit, les mêmes auteurs affirment qu'il s'agit tout autant d'un travail de synthèse et de raisonnement de la part de l'expert, en vue de formuler une opinion médico-légale. À ce propos, ils parlent du défi de faire entendre une pluralité de « voix » (i.e., les diverses sources d'information), ce qui implique de soupeser leur importance, leur pertinence et d'évaluer leur interaction (ex. informations discordantes, convergentes, complémentaires). Car il ne s'agit pas simplement de transmettre de l'information, celle-ci doit être interprétée et discutée, en plus d'être pertinente et cohérente par rapport à la formulation de l'opinion expertale (Guerreiro et al., 2014). Irréductible à une « technique », la rédaction des rapports d'expertise médico-légale relève d'un savoir-faire professionnel et porte pour cette raison des exigences de confidentialité, d'éthique et d'humanisme (Norko et Buchanan, 2017) qui s'ajoutent aux défis rencontrés par les experts.

Selon Poirier (2002), les rapports d'expertise seraient rarement lus en intégralité. Cela suggère que dans la pratique courante, ce sont les conclusions des rapports qui intéressent avant tout l'instance qui en fait la demande. Néanmoins, comme le rappellent Griffith et ses collègues (2010), l'entièreté du rapport peut potentiellement être lue par des professionnels d'une autre discipline ou par le grand public, soit des lecteurs dont la discipline, le langage professionnel, voire le niveau d'éducation sont différents. Cela nous rappelle l'importance de porter une attention particulière à ce qui y est inclus et comment l'information est présentée. La question de la

pertinence des informations rapportées et de la nécessité de les soumettre à discussion est une préoccupation qui n'est pas récente (Pollack, 1974). Toutefois, comme l'a constaté Guerreiro (2013), on constate aujourd'hui encore dans des rapports psycholégaux la présence d'informations non-pertinentes, que celles-ci soient présentées sans être reprises dans la formulation de son opinion ou qu'elles soient non-pertinentes relativement au mandat d'évaluation.

Des auteurs ont étudié les caractéristiques formelles et la qualité de rapports médico-légaux afin de déterminer des erreurs récurrentes. Grisso (2010) relève par exemple des opinions insuffisamment étayées et des problèmes d'organisation. On parle notamment de données présentées sans être interprétées par l'auteur, de confusion au niveau de la structure du rapport, d'informations superfétatoires, de données rapportées de façon erronée, du manque de diversité des sources d'informations, du manque de clarté quant à l'objectif de l'évaluation, ou encore d'une confusion entre les données brutes et leur interprétation (Grisso, 2010). Ce dernier élément est important puisqu'une indistinction entre les données brutes et les opinions ou interprétations de l'expert peut confondre les lecteurs (ex. les lecteurs interprètent eux-mêmes des données ou se méprennent sur la compréhension d'un concept psychologique qui n'est pas défini).

Les recommandations faites par Grisso (2010) peuvent favoriser une standardisation des rapports d'expertise, mais il faut cependant souligner qu'en homogénéiser les caractéristiques formelles n'en améliorent pas nécessairement la qualité (Grisso et al., 1994; Guerreiro, 2013; Poythress et al., 1991). Autrement dit, suivre un ensemble de règles pour rédiger un rapport d'expertise serait insuffisant d'un point de vue professionnel tout autant qu'éthique (Weinstock, 2013). Or, il existe des critères de qualité qui ne relèvent pas de la dimension formelle, comme nous le verrons plus bas, par exemple la cohérence et la pertinence des informations (la cohérence désigne l'interprétation des informations collectées et leur articulation logique à la fois entre elles et avec la formulation de l'opinion médico-légale, et la pertinence désigne la présence de diverses sources d'information qui sont soupesées en vue de parvenir à une compréhension de l'individu évalué).

En s'appuyant sur la littérature scientifique, on peut dire que la tentative d'améliorer l'objectivité des rapports d'expertise en fonction de leurs caractéristiques formelles aurait peu d'incidence sur leur qualité (Wettstein, 2005). Il faut donc concevoir cette dernière à partir d'autres critères. La réflexion autour du rôle d'« auteur » (*authorship*) de l'expert offre un bon point de départ pour ce faire. Problématique relativement récente dans la littérature (Simon, 2007), cet angle d'approche permet de penser la qualité des rapports à travers le prisme du travail de rédaction (i.e., sélection des informations, mise en relation, raisonnement), en plus de soulever la question des disparités entre les experts.

Dans ce contexte, des auteurs ont souligné la dimension « performative » de l'écriture des rapports d'expertise, ce qui place l'individualité de l'expert au cœur de la réflexion. Griffith et Baranoski (2007) émettent un doute quant à l'objectivité et l'impersonnalité qu'on suppose d'ordinaire aux rapports médico-légaux, une croyance répandue selon eux parmi les psychiatres qui les réalisent. Sur cette question, Weinstock (2013) a proposé de remplacer les exigences d'objectivité et d'impartialité par celles d'honnêteté et d'aspiration à l'objectivité. C'est que plusieurs éléments à considérer dans la rédaction des rapports ne relèvent pas de l'objectivité scientifique, tels le souci de faire entendre de multiples voix (Griffith et Baranoski, 2007) – un enjeu d'autant plus important lorsqu'on considère qu'au Québec, il est attendu que les psychiatres incluent les apports de différentes sources d'information dans leurs évaluations.

Les rapports médico-légaux doivent anticiper un contexte de réception propice à une analyse critique, un désaccord, une confrontation (par exemple lors d'un procès) et une contre-expertise (Griffith, Stankovic et Baranoski, 2010). De plus, ces chercheurs rappellent que ce type de document doit être intelligible pour l'appareil judiciaire, voire pour le grand public, sans toutefois céder sur la rigueur qui incombe à l'expert. À ce titre, Hoffman conseillait déjà, en 1986, à l'expert psychiatre de ne pas employer un langage trop technique et jargonneux afin d'être accessible à une audience profane. Par exemple, le risque d'employer des concepts psychiatriques ou psychologiques sans les définir est qu'un lecteur profane peut avoir l'illusion de maîtriser ces concepts (ex. « personnalité », « humeur », etc.).

Dans le même ordre d'idée, Griffith et ses collègues (2010) considèrent que le rapport d'expertise doit s'acquitter d'une tâche de « traduction » vers l'appareil judiciaire. On pourrait ajouter avec Castel (2010) qu'il ne s'agit pas seulement de traduire le psychiatrique vers le judiciaire, mais de faire « passer » quelque chose de l'acte commis par l'accusé, quelque chose de son sens (même s'il apparaît « insensé »). Dit autrement, l'expert a aussi la tâche d'expliquer une « vie complexe » (Griffith et al., 2010). Ce n'est alors pas qu'une question d'employer un langage approprié ni se conformer à une forme standardisée; il s'agit que l'auteur prenne conscience qu'il est lui aussi une voix dans le rapport qu'il rédige et que cette voix contribue à la construction du récit qu'il fait. Cette façon de conceptualiser les rapports d'expertise psycholégale a eu des échos chez d'autres professionnels (Appelbaum, 2010; Wettstein, 2010).

En somme, un survol de la littérature sur les rapports d'expertise psycholégale permet de constater qu'il s'agit d'objets plus complexes que de simples documents présentant les résultats d'une évaluation. À leur objectivité présumée, il est préférable de substituer une conception de leur rédaction comme une pratique où l'expert psychiatre doit rassembler et sélectionner des informations, les interpréter, les articuler entre elles et exposer son raisonnement, le tout en fonction du mandat d'évaluation.

Nous avons vu que plusieurs articles consacrés aux pratiques de l'expertise psycholégale soulignent les défis qui se présentent aux experts. Se pose alors la question de la qualité des rapports rédigés (ex. clarté, pertinence, cohérence). Les exigences de qualité sont d'autant plus pressantes que le sort des rapports d'expertise, lorsqu'ils passent vers l'appareil judiciaire, peut être très varié, entre autres parce qu'ils demeurent *tablettés (shelf life)* et donc accessibles pour une longue période (Graham et Naglieri, 2003). Enfin, nous voyons que les caractéristiques formelles n'englobent pas entièrement ce qu'on pourrait appeler la « qualité » des rapports.

En ce qui concerne la façon d'étudier les rapports psycholégaux, on documente plusieurs façons de procéder. On peut demander aux professionnels menant tel ou tel type d'évaluation les éléments qu'ils jugent pertinents d'inclure dans leur expertise (Borum et Grisso, 1996; Ryba, Cooper et Zapf, 2003). Des études de ce genre ont constaté d'importantes variations

interindividuelles à ce niveau, lesquelles sont parfois présentées comme un biais potentiellement nuisible pour l'individu évalué (Ogloff et Douglas, 2003). Ensuite, on peut aussi sonder les acteurs judiciaires (juges, procureurs, avocats) pour connaître leurs raisons pour demander une expertise et ce qu'ils considèrent pertinent dans les rapports auxquels elle aboutit (Hecker & Steinberg, 2002; LaFortune & Nicholson, 1995; Redding, Floyd, & Hawk, 2001). Une autre approche consiste à analyser des rapports avec une grille de cotation, par exemple en évaluant la logique et la fiabilité des arguments (Skeem et Golding, 1998; Skeem, Golding, Cohn, et Berge, 1998), la solidité du raisonnement (Grisso, 2010) et la pertinence des informations colligées au regard du mandat d'évaluation (Heilbrun et Collins, 1995; Robbins, Waters, et Herbert, 1997). Cette approche peut aussi procéder en prenant comme critères des principes (légaux, éthiques, scientifiques, professionnels) censés guider les pratiques et la rédaction de rapports psycholégaux et en évaluant s'ils sont effectivement respectés dans les dossiers étudiés (Heilbrun, 2001; Heilbrun et al., 2007; Lander et Heilbrun, 2009).

1.2. Cadre théorique

Nous nous inspirons en partie de l'approche adoptée par Protais (2016) dans son travail sur l'expertise judiciaire et la maladie mentale en France. L'autrice se détache du cadre théorique largement hérité de Michel Foucault, celui du « contrôle social » qui fait de l'expertise psychiatrique le pendant psychologico-moral du délit, où l'expertise viendrait confirmer et légitimer, dans un savoir médico-légal, la construction judiciaire du « criminel ». Selon l'autrice, la diversité des pratiques et des identités professionnelles des experts démentent cette image réifiée du psychiatre comme auxiliaire de la répression pénale (Protais, 2014, p. 24). Dans ce contexte, la recherche consiste plutôt de rendre compte des raisons que donnent les psychiatres pour pratiquer de telle ou telle façon leurs expertises. Ce cadre, qu'on peut qualifier de pragmatiste, ne s'arrête néanmoins pas à une simple description des phénomènes qui se voudrait neutre et objective, puisque les pratiques concrètes (i.e., ce que les professionnel.le.s font réellement sur le terrain) sont mises en rapport avec ce qui est explicite au plan « théorique » (i.e., la loi, la jurisprudence, la formation professionnelle, l'idéal de la pratique, etc.) et ce croisement des données permet de rendre compte des écarts entre les deux niveaux, de leur interaction, voire de leurs contradictions, et d'en proposer des explications et des interprétations. Par ailleurs, un apport critique est suggéré dans la discussion finale. Le cadre théorique s'appuie sur des travaux de sociologie traitant de la RC et de la justice pénale (Fassin, 2017; de Lagasnerie, 2016). Ce choix est motivé par ce qui apparaît comme une lacune dans la vision individualisante de la RC et nous permet d'exposer en quoi l'angle mort sociologique pourrait être pertinent pour de futures recherches, voire pour penser le processus d'évaluation actuel et le concept même de RC.

Enfin, l'attention portée à la place et la fonction des voix de l'accusé et de l'expert au sein du rapport d'évaluation s'inscrit dans un cadre théorique inspiré de travaux, recensés plus haut, de Griffith et Baranoski (2007) et Griffith et al. (2010).

1.3. Objectifs de recherche

Une évaluation de la RCTM, nous l'avons vu, sert en définitive à fournir au mandataire de l'évaluation un témoignage expertal concernant la RC de l'individu évalué, et ce en fonction de la définition qu'en donne le Code criminel et de la jurisprudence canadienne.

Comment les experts psychiatres procèdent-ils pour réaliser leur évaluation? Quelles sont les sources d'information (ex. rapport de police, évaluation psychologique, criminologue, entretiens avec la personne évaluée, des proches et des témoins, notes du personnel du milieu de détention, dossier médical, tests psychométriques, etc.) utilisées par les experts pour remplir leur mandat? Comment ces informations sont-elles articulées entre elles? Quel est le poids de chacune d'elles dans le raisonnement de l'expert en vue de formuler une opinion médico-légale sur la responsabilité criminelle? Les informations sont-elles seulement présentées ou sont-elles interprétées? Si elles sont interprétées, sous quelles bases? Sont-elles toutes pertinentes à la formulation de l'opinion relativement au mandat reçu par l'expert? Afin de répondre à ces questions, les objectifs et sous-objectifs de notre étude sont :

- A) Explorer les pratiques d'évaluation de la RCTM à partir d'un échantillon de rapports d'expertise.
 - a) Faire un portrait descriptif de l'échantillon des rapports d'expertise à partir de leurs caractéristiques formelles.
 - b) Analyser la qualité des rapports d'évaluation de la RCTM selon les critères de pertinence et de cohérence. (a) Analyser la pertinence des informations relativement à la formulation de l'opinion et au mandat d'évaluation. (b) Analyser la cohérence dans l'usage des informations (interactions entre les informations et connexions logiques entre l'information rapportée et la formulation de l'opinion).
 - c) Recenser les éléments sur lesquels s'appuient les experts dans leur raisonnement en vue de formuler leur opinion sur la RC.

B) Explorer les pratiques d'évaluation de la RCTM à partir d'entretiens individuels avec des experts psychiatres.

Plusieurs raisons motivent ce second objectif, la principale étant qu'il s'agit d'une seconde source d'information sur l'objet d'étude. De plus, c'est l'occasion de discuter avec des professionnels qui réalisent des évaluations de la RCTM à propos de nos résultats (objectif 1). Ajoutons que les experts seront des partenaires dans le perfectionnement de la grille de cotation en vue de futures recherches et qu'il nous apparaît important, dans le cadre d'une étude se penchant sur une pratique professionnelle, de les intégrer de façon partenariale. Cela contribue également à nuancer les résultats et la discussion du présent essai. Aussi, la consultation des rapports nous offre un regard sur le produit final du processus d'évaluation, tandis que les entretiens avec leurs auteurs permettent de récolter de l'information sur le processus lui-même. Ce volet de l'étude met l'accent sur la collaboration avec le milieu de recherche, bien qu'on ne puisse pas parler stricto sensu de recherche participative (Anadón, 2007). Dans un milieu professionnel, certaines pratiques peuvent être très ancrées et se perpétuer en demeurant peu questionnées. Elles peuvent avoir été apprises dans un contexte de mentorat et perpétuées comme telles, ce qui laisse peu de place aux changements. On les adopte comme une sorte de tradition institutionnelle et les occasions de les réviser sont rares. C'est donc en espérant agir au niveau de la formation professionnelle que nous souhaitons contribuer, en collaboration avec les professionnels, à réfléchir et à agir sur ces pratiques.

Ce qui lie les deux objectifs de recherche et motive l'analyse des documents avant les entrevues individuelles tient à ce que ce premier volet permet 1) de récolter des données à propos du contexte de recherche, 2) de soulever des questions susceptibles d'être abordées avec les experts psychiatres en entrevue et 3) d'enrichir les données disponibles sur l'objet d'étude (Bowen, 2009).

CHAPITRE 2

MÉTHODOLOGIE

Cette recherche recourt à un devis mixte, majoritairement qualitatif. Les données issues de l'étude des rapports d'expertise ont été récoltées à l'aide d'une grille de cotation et traitées à la fois quantitativement (statistiques descriptives) et qualitativement. Les données issues des entrevues individuelles ont quant à elles fait l'objet d'une analyse qualitative.

2.1. Objectif 1 : Explorer les pratiques d'évaluation de la RCTM à partir d'un échantillon de rapports d'expertise

2.1.1. Échantillon

L'échantillon est composé de 35 rapports d'expertise sélectionnées aléatoirement dans une population de 4529 rapports produits au cours des cinq dernières années (à partir du début de ce projet), soit entre 2015 et 2021. La taille de l'échantillon s'explique par le fait qu'il s'agit d'une recherche exploratoire devant mener à la rédaction d'un essai doctoral, ainsi que par le temps de cotation nécessaire pour chaque document. Nous avons composé l'échantillon à partir des documents disponibles dans les Archives médicales de l'INPL-PP : évaluations internes, évaluations faites en détention et évaluations en externe. Bien que l'INPL-PP ne soit pas le seul lieu d'évaluation au Québec, l'institution est une référence à l'échelle de la province, voire à l'échelle du pays en matière de psychiatrie légale. Elle a également un mandat d'enseignement qui passe à la fois par son affiliation à l'Université de Montréal et par son implication dans la formation en psychiatrie légale. Conséquemment, il est raisonnable de penser que les rapports d'expertise qui s'y trouvent sont une bonne représentation de la pratique d'évaluation de la RCTM au Québec. Enfin, pour maximiser la représentativité, nous avons analysé des rapports rédigés par 12 experts psychiatres.

2.1.2. Grille d'analyse

Quelques caractéristiques générales des rapports composant l'échantillon ont été recueillies à l'aide d'une grille de cotation (voir l'Annexe A). Ces informations ont servi à faire un portrait descriptif de l'échantillon. Une seconde portion de la grille comporte des items visant à évaluer le traitement des informations colligées dans le rapport selon les critères de cohérence et de pertinence (voir la définition que nous en donnons plus bas). Au fil de l'élaboration de la grille, nous avons cru pertinent d'ajouter des sections concernant la place et la fonction des voix de l'accusé et de l'expert au sein du rapport (selon la définition présentée plus haut de Griffith et Baranoski, 2007 ainsi que Griffith et al., 2010). Une autre section visant à coter les éléments intervenant dans le raisonnement menant à l'opinion médico-légale a aussi été ajoutée après avoir constaté, lors d'une étude préliminaire, qu'il semblait y avoir des différences à ce niveau

L'élaboration de la grille s'est faite en plusieurs étapes et suivant la volonté de créer un instrument adapté à la réalité de l'objet d'étude. Ainsi, nous avons adopté une approche à la fois déductive (les items ont d'abord été créés en fonction de ce qu'on retrouve dans la littérature existante) et inductive (des items ont été modifiés pour s'assurer qu'ils ciblent bien ce qu'on veut étudier). D'abord, une étude préliminaire a permis à l'étudiant-chercheur et au directeur de recherche de parcourir un échantillon composé de rapports d'expertise sélectionnés au hasard parmi les documents mis à notre disposition afin de vérifier si les items de la grille de cotation mesurent bien ce que nous souhaitons mesurer. Six documents ont été codifiés avec la grille provisoire. Au terme de ce processus, un retour sur nos observations avec le directeur de recherche a été fait afin de calibrer la grille. La comparaison de nos résultats et nos observations a permis d'améliorer les items afin de parvenir à un bon accord inter-juge et rendre la grille plus pertinente. Ainsi la rigueur de la démarche repose sur des critères caractéristiques de la recherche qualitative : la comparaison des résultats obtenus en codifiant les mêmes documents, les discussions qui s'ensuivent et les précisions apportées à la grille, et ce processus itératif lui-même (Connelly, 2016).

Les sections de la grille sont les suivantes : des informations sur la personne évaluée, un recensement des sources d'informations utilisées par l'expert, les items concernant l'analyse des éléments formels du rapport, le recensement des éléments qui interviennent dans le raisonnement expertal en vue de formuler une opinion médico-légale, une section d'items concernant les voix de l'expert et de l'évalué dans le rapport (avec un espace pour des remarques au besoin), puis un espace réservé aux notes supplémentaires au besoin. Les voix de l'expert et de l'évalué désignent la place et le poids de celles-ci dans le rapport, de même que des items qui mesurent la manière dont on parle de l'évalué et autres failles rédactionnelles recensées dans la littérature.

La partie de la grille qui doit mesurer la qualité des rapports est inspirée à la fois par la littérature scientifique et par l'adaptation d'un instrument mis au point dans le cadre d'une étude similaire qui analysait la qualité de rapports psycholégaux dans le système de justice portugais (Guerreiro, 2013; Guerreiro, Casoni et Santos, 2014).

Afin d'analyser la qualité des rapports ou si l'on veut, la façon dont sont traitées les informations rassemblées par l'expert, nous nous basons sur les critères de pertinence et de cohérence (Guerreiro, Casoni et Santos, 2014). Dans la présente étude, la pertinence est définie comme la présence de diverses sources d'information qui sont soutesées en vue de parvenir à une compréhension de l'individu évalué, le tout en lien avec le mandat d'évaluation. La pertinence sera analysée au regard des critères légaux qui balisent le mandat d'évaluation (ex. l'article 16 du Code criminel), du recours à une méthodologie claire pour l'évaluation et la rédaction du rapport, puis du traitement des informations visant à nous renseigner sur des traits particuliers à l'individu évalué.

Pour plus de précision, voici deux exemples d'items. 1) *Les informations rapportées sont prises en compte dans la formulation de l'opinion médico-légale sur la RC.* On cherche ici à déterminer si les informations que l'expert inclut dans son rapport sont reprises dans le raisonnement appuyant son opinion médico-légale. 2) *Les données issues de tests sont interprétées de façon à nous informer sur la spécificité de l'individu évalué.* On cherche ici à déterminer si l'information

rapportées issues de tests fournit des éléments de compréhension qui nous renseignent sur la singularité de la personne évaluée et qui sont susceptibles de nous renseigner sur son état mental au moment du délit.

Deuxièmement, le critère de cohérence est défini comme l'interprétation des informations, puis leur articulation logique à la fois entre elles et avec la formulation de l'opinion médico-légale. La cohérence est analysée en fonction de l'interprétation des données (ex. résultats à des tests, évaluations, archives) et non simplement de leur présentation, ainsi que des connexions logiques entre les sections du rapport et des connexions logiques entre les données et la formulation de l'opinion médico-légale.

Voici deux exemples d'items. 1) *S'il y a des données discordantes, elles font l'objet d'une discussion par l'expert.* Les informations peuvent diverger, mais on cherche ici à déterminer si dans un tel cas l'expert souligne les discordances et les soumet à la discussion. 2) *Les informations sur l'évalué sont articulées de façon logique (non-contradictoire).* On cherche ici à déterminer si l'expert ne se contredit pas dans l'exposition des informations.

2.1.3. Procédure

Dans le contexte pandémique, la collecte de données a été facilitée par un accès sécurisé à distance à la base de données OACIS de l'INPL-PP. Cette base de données regroupe tous les documents qui composent les dossiers médicaux des patients, dont les évaluations pour la Cour qui nous intéressent. L'accès a été autorisée par la directrice des Services professionnels, Dre Kim Bédard Charette (voir Annexe C). Nous avons ensuite pris contact avec la cheffe du Service des archives médicales afin d'obtenir une liste des expertises sur la RC réalisées entre 2015 et 2021. Un fichier Excel comportant les numéros de dossiers et les noms des personnes évaluées, le tout divisé en trois catégories (évaluations internes, en détention et externes) nous a été envoyé. C'est à partir de ce fichier et à l'aide d'un programme générant aléatoirement des nombres que nous avons constitué l'échantillon. Pendant le processus de constitution de l'échantillon, une attention a été portée aux auteurs des rapports afin d'en avoir le maximum pour rendre compte de la

diversité des pratiques. Concrètement, cela signifie qu'à partir du 25^e rapport échantillonné (une limite déterminée en fonction de la taille de l'échantillon), nous rejetons un rapport tiré aléatoirement s'il avait été écrit par un auteur dont au moins trois rapports composaient déjà l'échantillon. Cela nous a permis de tomber sur des rapports rédigés par des experts que nous n'avions pas encore rencontrés. La collecte des données s'est échelonnée à temps partiel sur plusieurs mois entre mars 2022 et avril 2023. La procédure de collecte de données consistait à aller récupérer dans OACIS le dossier tiré aléatoirement, le lire une première fois, puis le lire une seconde fois en remplissant la grille de cotation (Annexe A). Lors de la saisie des données en vue des analyses (cf. section suivante), nous nous sommes aperçus qu'il manquait parfois des données pour certains items. Nous sommes allés récupérer les données manquantes suivant la procédure décrite précédemment. Les données recueillies étaient conservées dans un fichier protégé par un mot de passe sur un ordinateur aussi protégé par un mot de passe.

2.1.4. Stratégie d'analyse des données

Les données recueillies à l'aide de la grille de cotation ont été saisies dans le logiciel SPSS. Nous avons bénéficié pour ce faire de l'aide d'une assistante de recherche qui s'est chargée de la saisie et des analyses statistiques. Nous avons préalablement catégorisé les délits (contre la personne, contre l'administration de la justice, infractions contre des biens et autres délits) et les diagnostics (spectre de la schizophrénie et troubles psychotiques, troubles dépressifs et anxieux, troubles bipolaires, troubles liés à l'usage de substances, troubles ou traits de personnalité, troubles neurodéveloppementaux et troubles paraphiliques) afin de faciliter la saisie de données et augmenter la pertinence des analyses.

Compte tenu de la taille de l'échantillon et conformément à notre objectif de recherche, nous avons fait des analyses descriptives : distribution de fréquences pour tous les items et, pour certains items, calcul de la moyenne. La petite taille de l'échantillon ne rendait pas pertinentes des analyses corrélationnelles, bien que des questions soulevées après la lecture de dizaines de dossiers aient surgies (ex. lien entre l'opinion médico-légale et les diagnostics, entre l'opinion et les types de délits, ainsi qu'entre l'opinion et d'une part les problèmes de communication expert-

accusé et d'autre part la place de la voix de l'accusé dans le rapport ?). D'autre part, nous avons discuté de la pertinence d'analyses factorielles avec l'assistante de recherche et avons convenu qu'elles n'étaient pas pertinentes compte tenu, encore une fois, de la taille de l'échantillon. Les tableaux des résultats produits par SPSS ont été regroupés dans un fichier Word qui a facilité l'analyse et la présentation des résultats. Quant au volet qualitatif, pour les remarques sur la place et le poids des voix des accusés et des experts, elles ont été notées dans les grilles de cotation puis compilées dans un document Word. Elles ont ensuite été résumées mais ne sont pas présentées dans la section des résultats plus bas, car la nature de ces données rendait l'analyse quantitative non pertinente ; elles ont plutôt servi d'appui à des éléments de la discussion.

2.2. Objectif 2 : Explorer les pratiques d'évaluation de la RCTM à travers des entrevues individuelles avec des experts psychiatres

2.2.1. Échantillon

Les personnes participantes qui ont été sollicitées pour une entrevue individuelle sont des experts psychiatres affiliés à l'INPLPP et qui réalisent des évaluations de la RCTM. Nous avons réalisé trois entretiens de cinquante minutes à une heure. Une invitation à participer à l'étude a été lancée lors d'une réunion départementale, puis un courriel informatif a été diffusé à l'ensemble des psychiatres de l'Institut. Les personnes participantes ont reçu par courriel le formulaire de consentement et ont été invitées à nous poser toute question jugée pertinente avant de le signer.

2.2.2. Guide d'entrevue semi-dirigée

Nous avons récolté une bonne partie des données de l'objectif 1 lorsque nous avons commencé à discuter du guide d'entrevue semi-dirigée avec notre directeur de recherche. Le guide a subi plusieurs révisions avant la réalisation des entretiens. Tel qu'on le voit à l'Annexe B, il est divisé en plusieurs sections qui s'intéressent à la personne interviewée, son expérience professionnelle, son rôle d'expert psychiatre, sa perception des rapports d'évaluation, puis à la notion de responsabilité criminelle et finalement la patientèle évaluée et la place des déterminants sociaux.

2.2.3. Procédure

Les entretiens individuels ont tous eu lieu via la plateforme Zoom. Nous les avons enregistrés et les avons transcrits. Une fois transcrits, les enregistrements audiovisuels ont été détruits. Pour ce qui est du déroulement des entrevues, nous nous sommes d'abord assuré que le formulaire de consentement avait été compris et signé. Des clarifications ont été faites au besoin. Nous nous sommes ensuite présenté aux personnes participantes, puis nous avons brièvement rappelé notre problématique et nos objectifs de recherche. Toutes les entrevues ont ensuite enchainé avec le premier thème prévu. Toutefois, elles n'ont pas nécessairement suivi l'ordre des questions du guide d'entrevue; nous avons privilégié la fluidité de la discussion, tout en nous assurant d'avoir couvert à l'issue de l'entretien tous les thèmes prévus. Les questions ont été posées le plus souvent au plus proche de leur formulation dans le guide, mais ont pu être reformulées soit pour les clarifier à une personne participante, soit parce que nous reprenions les termes employés par cette dernière. Certaines questions de relance n'ont pas été posées lorsque la personne interviewée abordait d'elle-même le sujet.

2.2.4. Stratégie d'analyse des données

Étant donné le type de matériel et notre objectif de recherche, nous avons effectué une analyse de contenu (Bardin, 2013), plus précisément une analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2017). L'objectif était de faire un examen discursif des thèmes abordés lors des entretiens afin de rendre compte des différents discours des psychiatres légistes sur leur pratique ainsi que leurs rapports entre eux. Cette méthode a permis de dégager les thèmes et catégories qui ressortent des entrevues et de rendre compte des divergences et des convergences entre les propos des personnes participantes.

Concrètement, la méthode de l'analyse thématique a consisté à passer en revue les transcriptions des entrevues en identifiant des thèmes qui se dégagent des discours. Pour ce faire, nous avons lu plusieurs fois les transcriptions des entrevues et les avons annotées. Pour parvenir à dégager des thèmes et diviser ceux-ci en catégories, les annotations ont servi à l'élaboration d'une *mind map* avec l'outil Coggle.it (qui permet de protéger le document avec un mot de passe que seul

l'étudiant-chercheur connaissait). Cela a permis d'organiser les données, de former des unités thématiques et des subdivisions en catégories. Cela a aussi permis de construire une représentation graphique constituée de trois arbres thématiques qui correspondent aux trois thèmes que nous avons dégagés des entrevues. Ceux-ci englobent les différentes catégories auxquels ont été associés une compilation de plusieurs citations issues des entrevues. Les processus d'annotation des verbatims et d'élaboration des arbres thématiques ont été faits parallèlement (Paillé et Mucchielli, 2016). Les résultats ont ensuite été présentés en fonction des thèmes créés et des points de vue divergents ou convergents des personnes participantes sur ceux-ci, le tout incluant des extraits d'entrevues présentées de façon anonyme. Dans le souci collaboratif avec le milieu de recherche, la mise en forme de nos résultats essaie de satisfaire à la fois les exigences et besoins du milieu de recherche (INPL-PP) et ceux de la communauté scientifique (Anadón, 2007).

2.3. Considérations éthiques

Ce projet de recherche a été évalué par deux comités d'éthique : le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) de l'UQAM (Annexe D) et le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, responsable d'évaluer les projets de recherche menés à l'INPL-PP (Annexe E). Ce dernier comité a aussi donné son approbation scientifique à notre projet de recherche. Dans les deux cas nous avons dû renouveler les approbations éthiques au cours du processus car elles étaient parvenues à échéance. De plus, nous nous sommes assurés que la consultation des rapports d'évaluation ne nécessitait que l'autorisation de la Dre Kim Bédard-Charrette, qui a signé le formulaire d'approbation (Annexe C).

Nous nous efforçons de satisfaire les critères éthiques exigés par le milieu de recherche et par l'UQAM. Nous avons tenté d'anticiper les risques associés à notre recherche et avons proposé des moyens pour les réduire. Somme toute, nous croyons que les avantages escomptés dépassaient largement les risques estimés. Il est possible que des psychiatres légistes aient des réserves par rapport à notre étude, puisque nous avons certains de leurs rapports d'expertise. Il se peut que cela soulève des inquiétudes, voire un sentiment d'intrusion. Afin de rassurer les professionnel.le.s, nous nous sommes efforcés de maintenir une bonne communication et une transparence avec le milieu de recherche, avons fait une présentation claire de notre étude, avons été attentifs à la rigueur de la démarche et avons fait les efforts pour respecter les exigences scientifiques et éthiques de l'établissement. Nous croyons que la possibilité qui a été offerte aux psychiatres légistes de participer à notre étude et la restitution des résultats de recherche ont été des stratégies pour traiter ce risque. De plus, une rencontre à laquelle ont participé l'étudiant-chercheur, le directeur de recherche, la directrice des Services professionnels, Dre Kim Bédard-Charrette, et la responsable de l'enseignement clinique, Dre Jocelyne Brault, avait pour but de présenter le projet et obtenir l'avis de ces personnes ressources sur la faisabilité du projet à l'INPL-PP et la meilleure manière de rejoindre les psychiatres pour les inviter à participer. Nous jugeons qu'il s'agit, là aussi, d'une stratégie qui a favorisé l'accueil de notre recherche au sein de l'institut.

Ensuite, nous avons tenté de respecter au mieux le principe de risque minimal. Le facteur de risque lié aux questions d'identification d'une personne (auteur, accusé, etc.) par un tiers a été prévu et nous avons pris les mesures nécessaires afin de respecter le droit à la protection de la vie privée de toute personne susceptible d'être identifiée. C'est notamment ce qui motive le choix de ne citer aucun cas évalué. Les psychiatres légistes ne sont jamais nommés et afin d'assurer l'anonymat de toutes les personnes impliquées dans les rapports d'évaluation. Aucune mention n'est faite d'un nom ou d'un cas précis. Les résultats de recherche sont également présentés de telle sorte qu'il est impossible d'identifier les personnes participantes. Certes, celles-ci étaient peu nombreuses et en ce sens, il ne serait pas difficile de cibler la population de laquelle elles sont issues. Néanmoins, ce sont les seules qui peuvent nous fournir l'information d'intérêt. Les bénéfices de recueillir ces informations nous ont donc semblés plus grands que les risques associés à leur participation aux entrevues, d'autant plus que des mesures ont été prises pour réduire ces risques.

Tous les rapports que nous avons consultés ont reçu un code anonymisé afin de pouvoir les retracer (ex. données manquantes) et pour saisir les données en vue de l'analyse. La correspondance entre un document et son code (ex. R1, R2...) n'est connue que de l'étudiant-chercheur et est conservée dans un ordinateur verrouillé à l'aide d'un mot de passe. Cette information n'est pas utilisée dans la rédaction de l'essai. De plus, seul l'étudiant-chercheur connaît le nom des auteurs des rapports car le superviseur du projet a une relation professionnelle avec ceux-ci en tant que psychologue clinicien à l'INPL-PP, ce qui évite ainsi un possible conflit lié à ce double statut.

En ce qui concerne le second volet de la recherche, soit les entrevues individuelles, les personnes participantes sont anonymisées dans la transcription des entrevues et dans la présentation des résultats. Seul l'étudiant-chercheur connaît la correspondance entre les individus réels et les codes (P1, P2, P3). Dans l'analyse des données, la présentation des résultats et la discussion, aucun élément n'est mentionné qui pourrait permettre d'identifier des personnes. De plus, nous nous sommes rendus disponibles pour discuter des enjeux éthiques avec les personnes

participantes au début de l'entretien. Nous nous sommes assurés de leur consentement libre et éclairé.

Enfin, un autre effort pour se conformer aux exigences éthiques touche les discussions entre l'étudiant-chercheur et son directeur de recherche, qui est employé de l'INPL-PP. Tout au long du processus de recherche et de rédaction, nos échanges n'ont contenu aucune information susceptible d'identifier un collègue ou toute personne ayant un lien avec notre étude. Quant à l'analyse des entrevues, l'identité des personnes interviewées demeure inconnue du directeur de recherche. De cette façon, il a été possible de discuter de la progression de la recherche tout en préservant leur anonymat.

2.4. Critères de rigueur

Afin de tendre vers une rigueur scientifique, notre recherche tente de se conformer aux critères décrits par Lincoln et Guba (1985), soit la crédibilité, la fiabilité, la confirmabilité et la transférabilité.

Le critère de crédibilité d'une étude permet d'évaluer si les résultats de la recherche sont véridiques et s'ils sont une représentation exacte des données recueillies (Lincoln et Guba, 1985). Différentes stratégies peuvent être utilisées pour aider le chercheur à augmenter la crédibilité de ses résultats. Dans la présente recherche, la crédibilité est assurée notamment par la triangulation des sources de données (Loiselle, Polit et Beck, 2007), c'est-à-dire que les données collectées proviennent de deux sources différentes (rapports d'expertise et les entrevues). De plus, la crédibilité est assurée par la triangulation des chercheurs lors de l'étude préliminaire (étudiant-chercheur et directeur de recherche).

La fiabilité désigne à la constance avec laquelle les résultats évoluent dans le temps (Lincoln et Guba, 1985). Le contexte d'une étude n'est pas immuable et est sujet à des changements et variations dans le temps. Il est alors nécessaire d'utiliser des stratégies pour permettre de gérer ces facteurs (Jensen, 2008). Afin d'assurer la fiabilité de l'étude, il est par exemple important de conserver des notes précises sur l'évolution de sa recherche ainsi que sur les différentes décisions qui sont prises en cours de route (Connelly, 2016). Dans le cas de la présente recherche, des notes de terrain ont été prises à travers les différentes étapes du projet, notamment pour documenter les observations faites à la cotation, les discussions avec le directeur de recherche et les modifications apportées à la grille de cotation et au guide d'entrevue.

Le critère de confirmabilité permet d'assurer que les résultats sont réellement issus des données collectées (Lincoln et Guba, 1985). Ceci implique de présenter clairement la manière dont les données ont été collectées et analysées afin que quiconque soit en mesure d'évaluer par lui-même la véracité de l'étude (Loiselle et al., 2007). Il serait possible que d'autres chercheurs puissent confirmer les résultats de l'étude afin de vérifier que les conclusions proviennent réellement des données (Jensen, 2008; Lincoln et Guba, 1985).

Finalement, le critère de transférabilité désigne le degré avec lequel les résultats de l'étude peuvent être transférés à d'autres contextes, à d'autres participants ou, dans notre cas, à d'autres rapports d'expertise (Lincoln et Guba, 1985). Une attention particulière doit être portée à la pertinence des participants en lien avec le contexte de l'étude ainsi qu'aux limites contextuelles des résultats (Jensen, 2008). Il s'agit donc, pour le chercheur, de broser un portrait précis de la population et du contexte étudiés. L'effort pour remplir le critère de transférabilité dans notre étude passe par une description élaborée du contexte et de l'échantillon, ce qui permettra à d'autres chercheurs de juger si nos conclusions peuvent s'appliquer à leur contexte de recherche (Jensen, 2008; Loiselle et al., 2007).

CHAPITRE 3

RÉSULTATS

3.1. Résultats de l'analyse des rapports d'expertise

3.1.1. Portrait descriptif des rapports d'expertise et des personnes évaluées

Les 35 rapports analysés ont été rédigés par 12 experts. Parmi les rapports étudiés, 57,1% des rapports concluent à une opinion de responsabilité criminelle et 37,1% de non-responsabilité. Le pourcentage restant s'explique par deux évaluations dans lesquelles l'expert a tranché en faveur de la NRCTM pour un délit et la RCTM pour un second délit.

Concernant les sources d'informations utilisées par les experts, on voit que dans tous les cas, l'expert s'est entretenu avec l'évalué. Dans plus de 70% des cas, il y a eu plus d'un entretien. Des rapports de police ou autres documents en lien avec l'enquête ont été utilisés près de 9 fois sur 10. Près de 95% des rapports ont eu recours au dossier médical (archives) de l'évalué. Dans plus de 70% les experts ont eu recours à des entretiens avec du personnel soignant ou la consultation de notes d'évolution couvrant la période de détention à Pinel. Les entretiens avec des proches ou membres de la famille sont moins fréquents (28,6%), de même que les entretiens avec un membre de l'équipe traitante (17,1%) (il faut toutefois noter que les personnes évaluées n'ont pas nécessairement une équipe traitante). La consultation de rapports d'autres professionnels qui ont été réalisés spécifiquement dans le cadre de leur évaluation est encore moins fréquente : 17,1% pour les rapports criminologiques et seulement 8,6% pour les rapports psychologiques. Les tests psychométriques sont très largement inemployés; on recense uniquement deux cas et les tests ont été administrés par un psychologue et non par le psychiatre.

Les caractéristiques sociodémographiques des personnes évaluées sont les suivantes : elles ont entre 16 et 60 ans (avec un âge moyen de 31,71 ans), près de 9 personnes sur 10 sont des hommes, 20% sont en situation d'itinérance et plus de 85% sont sans emploi.

Il arrive souvent qu'il y ait plus d'un délit concerné par l'évaluation. Dans plus de 91% des dossiers, il y a un délit contre la personne. Dans près de 43% des cas, il y a un délit contre l'administration de la justice (ex. bris de condition, manquement à une ordonnance de la Cour, bris d'engagement, résister à une arrestation, etc.). Dans plus de 28% des cas, il y a un délit contre des biens et on compte 20% d'autres délits (ex. possession de drogue, possession d'arme, conduite avec facultés affaiblies, sollicitation de services sexuels).

Il y a souvent plus d'un diagnostic retenu dans le cadre des évaluations. Il y a présence d'un trouble sur le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques dans plus de 54% des cas. Dans trois autres dossiers, ces troubles sont diagnostiqués comme étant induits par des substances. Un peu plus d'une personne sur dix a un diagnostic de trouble bipolaire. Dans 37,1% des cas, il y a un diagnostic de trouble de la personnalité ou l'évocation de « traits » de personnalité. Il n'y a que deux dossiers où on a posé des diagnostics de troubles dépressif ou anxieux et deux avec des troubles neurodéveloppementaux. Il y a un seul cas de trouble paraphilique. Enfin, dans 80% des cas, il y a un trouble liés à l'usage de substances.

3.1.1. Analyse formelle des rapports

En ce qui a trait à l'analyse formelle des rapports, dans une grande majorité des cas, l'expert divise clairement en sections le rapport (91,4%), documente l'obtention du consentement de l'évalué (91,4%), s'appuie sur les informations recueillies pour formuler des hypothèses sur le fonctionnement de la personne (91,4%) et expose la procédure et la méthode de son évaluation (88,6%). Dans une majorité un peu moindre, on note une distinction entre les observations et les hypothèses interprétatives (85,7%), une division claire entre les informations rapportées et la formulation de l'opinion médico-légale (80%), l'association claire des informations à leurs sources (77,1%), la mise en discussion les informations discordantes ou contradictoires (74,3%), la pertinence des informations présentées pour la formulation de l'opinion médico-légale (71,4%) et la présentation logique (non contradictoire ou incohérentes) des informations (71,4%). Dans 60% des cas, les conclusions s'appuient exclusivement sur les informations contenues dans le rapport, c'est-à-dire que dans 40% des rapports, il y a au moins un nouvel élément intervenant dans la

conclusion. Par ailleurs, dans moins de 15% des dossiers analysés, l'auteur prend soin de définir les termes savants (jargon) en les rapportant à leur contexte dans l'évaluation. Cependant, il faut préciser que dans un peu plus de 85%, cela est fait « partiellement » par l'expert, c'est-à-dire que le langage est globalement accessible mais des termes clés demeurent non-définis, manquent de contexte ou peuvent prêter à une interprétation libre du lectorat. Parmi les exemples récurrents, on note des mentions de médication souvent réduites au nom du produit sans autre explication (ex. raisons, fonction, effets), des termes diagnostiques sans explication ou encore, des expressions contenues dans l'examen mental qui sont hermétiques pour un lecteur profane (ex. « stable dans les trois sphères »).

3.1.2. Éléments servant à construire l'opinion médico-légale

Concernant les éléments intervenant dans le raisonnement des experts en vue de formuler une opinion, les antécédents psychiatriques sont très majoritairement mobilisés : on les évoque dans plus de 9 cas sur 10. Les antécédents criminels, quant à eux, sont évoqués dans 62,9% des cas. Les traitements (thérapeutique, pharmacologique) sont évoqués un peu plus d'une fois sur cinq. On parle de la symptomatologie au moment du délit dans près de 55% des cas. De façon plus précise, les symptômes les plus fréquemment évoqués sont des délires de type persécutoire (17,1%), des hallucinations (14,3%) et des symptômes maniaques (14,3%). À noter que lorsque ces éléments ne sont pas présents, il ne s'agit pas nécessairement (et le plus souvent) de lacunes ; il se peut que ces éléments n'étaient pas pertinents dans le cadre de l'évaluation ou étaient absents chez la personne évaluée.

Dans 80% des rapports analysés, que les accusés soient considérés RC ou NRC, on parle de l'effet du trouble mental sur son comportement au moment du délit. Dans 22,9% des cas, on parle de l'effet du trouble mental sur la personnalité générale de l'accusé, c'est-à-dire au-delà du délit en question. Dans un cas sur cinq, on dit qu'un trouble ou des traits de personnalité expliquent mieux qu'un trouble mental le comportement de l'évalué. Dans un seul cas, les symptômes seraient liés à autre chose qu'un trouble mental, des traits de personnalité ou la consommation. Cela signifie

que pour la quasi-totalité des rapports analysés, au moins l'une de ces trois composantes est évoquée pour expliquer le comportement de l'accusé au moment du délit.

On mentionne dans environ la moitié des rapports analysés la capacité à distinguer le bien du mal, le légal de l'illégal. Lorsque cela apparaissait dans les rapports, nous avons noté qu'on évoquait de façon presque équivalente le discernement cognitif (6 cas) et le discernement moral (5 cas).

Pour ce qui est des éléments psychosociaux pertinents, ils sont mentionnés dans 34,3% des cas. On entend par-là des informations pouvant concerner la situation économique et professionnelle, culturelle, migratoire, de précarité sociale, etc. La plupart du temps, ceux-ci n'ont toutefois pas de rôle explicatif par rapport au délit ou à l'état mental de la personne. Ils sont plutôt présents à titre informatif ou pour situer l'individu dans un contexte familial et/ou social.

L'un des items de la grille servait à noter le principe qui prime dans la décision des experts. À noter que plus d'un principe a pu être coché pour cet item lorsqu'ils semblaient équivalents. Le principe d'« éthique de la responsabilité », soit la position davantage moralisante, est au principe de la décision dans plus du quart des cas. Suivant un tel principe, l'expert donnera préséance à la nécessité de responsabiliser l'individu face à ses actes en semblant se baser sur une conviction morale. Quant au principe de l'« importance du soin », il prime dans un peu plus d'un rapport sur dix. Dans un tel cas, l'expert assoit davantage sa décision sur la nécessité d'une prise en charge médicale de la personne évaluée. À titre d'exemple, mentionnons deux cas semblables dans lesquels des symptômes paranoïdes au moment du délit sont couplés à une consommation de substances *et qui ne sont pas des cas de psychose toxique* : dans un cas, l'expert.e entend responsabiliser l'accusé en faisant primer l'intoxication (« éthique de la responsabilité ») tandis que dans l'autre, l'expert.e accorde plus de poids aux symptômes paranoïdes (ce qui correspond, dans ce dossier, au principe « importance du soin »). Mais dans une majorité de cas, soit près de 83%, c'est le principe du « bon jugement expertal » qui prime, que nous avons défini comme une revendication de la « neutralité » expertale par rapport à des positions plutôt morale ou de soin.

Dans un tel cas, l'expert s'en remet davantage à la conformité de son analyse aux critères légaux pour statuer sur la RC (définition du trouble mental dans l'article 16, jurisprudence, etc.).

La consommation de substances explique mieux qu'un trouble mental le comportement de l'accusé au moment du délit dans 40% des cas, elle est présente mais ne suffit pas à expliquer son comportement dans 20% des cas et elle est mentionnée dans les habitudes de l'accusé sans lien avec le délit dans plus de 30% des cas. La consommation de substances n'est pas mentionnée dans seulement trois cas étudiés, ce qui suggère qu'il s'agit d'une variable omniprésente dans les évaluations et dont nous parlerons dans la section consacrée à l'analyse thématique ainsi que dans la discussion.

3.1.3. Les voix de l'expert et de l'évalué

Pour ce qui est de l'analyse de la voix de l'expert, dans aucun rapport consulté l'expert se prononce sur la question légale (coupable/non-coupable) au-delà de la question psychiatrique. De manière générale, on note peu de formulations manquant de nuance ainsi que de diagnostics posés de façon non-individualisée (11,4% des rapports), de formulations impersonnelles, succincte et standardisée (3 rapports sur 35) et de jugement de valeur porté sur l'accusé (un rapport). En outre, un seul rapport se prononce sur des questions qui dépassent la RC et qui ne correspondent pas à des recommandations habituellement présentes en fin de rapport.

Quant à la voix des évalués, on observe dans 17,1% des cas un refus de coopérer à l'évaluation, une attitude de méfiance ou défensive. Dans un seul cas la personne dit ne pas se rappeler des événements. Pour ce qui est du poids relatif de la voix des accusés par rapport aux autres voix présentes dans le rapport, on évalue qu'elle n'est qu'au premier plan dans un seul rapport, en équilibre avec les autres dans plus de 48% des cas, tandis qu'elle est présente mais moins prise en compte que les autres (37,1%), et plutôt effacée, voire absente dans 11,4% des rapports. En somme, la voix des accusés est moins présente, a moins de poids et/ou est moins prise en considération dans près de la moitié des rapports analysés.

3.2. Résultats de l'analyse thématique (entretiens avec des experts psychiatres)

Nous allons maintenant présenter les résultats de l'analyse thématique. Les trois grandes rubriques auxquelles nous sommes parvenus sont (1) le psychiatre légiste et son rapport à l'appareil judiciaire, (2) le concept opérationnalisé de la responsabilité criminelle et (3) la situation sociale des personnes évaluées. Mais d'abord, il nous faut dire un mot sur l'échantillon de personnes participantes.

Parmi les trois personnes interrogées, deux cumulent plus de trente ans de pratique et l'une est en début de carrière. On peut penser que le recul réflexif que permet une longue expérience professionnelle d'une part et la formation récemment terminée d'autre part contribuent, pour chacune de ces personnes, à l'interrogation de leur discipline. Elles ont une attitude généralement portée sur le doute et la remise en question. Elles s'interrogent entre autres sur leur façon de rédiger des rapports, ce qu'il est utile d'inclure et ce qu'il faudrait exclure, l'uniformisation des rapports entre experts, la jurisprudence concernant les états d'intoxication ou encore, le poids des antécédents judiciaires dans l'évaluation. On relève surtout dans le discours de deux personnes participantes une préoccupation liée au risque d'erreur (ex. se tromper sur un diagnostic ou faire une erreur dans un cas de psychose toxique). Leurs réflexions touchent également la dimension globale et institutionnelle de leur activité professionnelle. L'une déplore par exemple le manque de données statistiques qui permettraient d'auto-évaluer, en tant qu'institution, leur pratique d'expertise médico-légale. La question du nombre significativement plus élevé d'expertises pour la RC au Québec a aussi été soulevée. En somme, nous constatons chez toutes les personnes participantes une attitude d'ouverture aux questions abordées en entrevue et une posture équilibrée entre le doute et les prises de position plus franches.

3.2.1. Le psychiatre légiste et l'appareil judiciaire

3.2.1.1. Un rôle entre médecine et expertise médico-légale

3.2.1.1.1. Départager les rôles

Le psychiatre légiste qui réalise des évaluations de la RC assume une fonction qui ne relève pas stricto sensu de son rôle de médecin psychiatre, bien que celui-ci ne puisse pas complètement être éludé. Les trois personnes participantes distinguent de façon claire leurs rôles médical et judiciaire, à la fois sur papier et dans leur pratique.

Il y a une démarcation claire entre la visée d'un traitement psychiatrique et celle d'une expertise médico-légale qui change la position du psychiatre à l'égard de la personne évaluée, comme l'expriment deux personnes interviewées : l'une dit que « *[les évalués] savent que nous ne sommes pas là pour leur meilleur intérêt mais à la demande de la Cour* » et l'autre que « *mon travail ce n'est pas de les traiter [les évalués], [...] c'est d'aider le juge à prendre la décision la plus juste possible dans son dossier* ». Le rôle expertal est, pour une autre personne, plus clairement délimité dans le cadre d'une pratique d'évaluation externe : « *en externe [...] c'est assez clair que je n'ai pas le rôle de médecin traitant ou soignant, je suis vraiment dans un rôle d'expert.* » Elle précise que le cadre dans lequel les rencontres avec l'accusé sont réalisées (externe ou interne, en détention ou hospitalisé) peut influencer la perception des rôles de l'expert par l'accusé et/ou ses proches. Sur ce point, il ne semble pas y avoir d'ambiguïté du côté des personnes participantes.

Le rôle expertal n'exclut pas le souci du soin et l'attitude soignante (empathie, respect). Comme l'affirme une personne participante : « *Au niveau déontologique on doit répondre à des exigences communes* ». Dans les cas où un accusé suscite de fortes réactions (empathiques ou antipathiques), « *il faut reculer et se dire que c'est une triste histoire, mais [se demander] est-ce que [mon opinion finale] est ou non la bonne réponse à la question [de la Cour]?* ». Cela appuie le constat que les deux statuts (médecin psychiatre et expert) peuvent coexister mais qu'une attitude professionnelle permet de départager les rôles en fonction des contextes. Parce qu'il n'y

a pas de clivage entre les deux, c'est le professionnalisme des experts qui permet de concilier le statut d'expert et la sensibilité clinique. Une personne participante résume le consensus des personnes interviewées sur ce point :

Même quand on est dans un rôle de médecin expert on a quand même notre pensée de médecin tout court. On a souvent une opinion de qu'est-ce qui serait mieux pour la personne. Je pense que c'est important d'être conscient de ça puis essayer que ça n'influence pas trop l'évaluation. [...] Je ne vais pas mettre quelqu'un non responsable juste parce que je me dis « il a besoin d'être suivi en psychiatrie ». Mais effectivement je pense que ça peut teinté un peu, des fois.

Il semble que le consensus sur la distinction claire des rôles va de pair avec un traitement du rôle médical (lequel est associé au soin, à l'empathie, aux opinions de l'expert sur le bien-être de la personne évaluée ou ce qui serait mieux pour elle) qui est perçu comme un potentiel biais. Ce biais risquerait de les éloigner de leur mandat d'évaluation et du rôle expert (i.e., la posture à laquelle s'attend la Cour). Bref, la dimension du soin et l'attitude empathique feraient l'objet d'une vigilance, voire d'une méfiance quant à sa possible contamination de la neutralité expertale, tandis que l'inverse ne ressort pas des entrevues.

Par ailleurs, le contexte peut parfois amener les psychiatres à jouer parallèlement les deux rôles. Comme l'ont souligné deux personnes participantes, c'est notamment le cas pour les évaluations à l'interne car le psychiatre assure le plus souvent un suivi et débute généralement un traitement, tout en réalisant d'autre part l'expertise demandée par la Cour. Malgré cela, les personnes participantes affirment que l'enjeu d'un possible conflit d'intérêt ou entre leurs rôles ne se pose pas vraiment dans leur pratique.

3.2.1.1.2. Contre-expertise et témoignage au tribunal

Dans la foulée des discussions sur les rapports de l'expert psychiatre à la Cour, la question de la contre-expertise a été soulevée. Le discours des personnes participantes permet d'identifier des cas où une contre-expertise peut être demandée. On note une diversité dans les exemples qu'elles fournissent.

Concernant les contre-expertises, une personne affirme que :

c'est le genre de cas [délit grave contre la personne qui est médiatisé] où souvent il va y avoir des contre-expertises ; soit parce que la Couronne voudrait que la personne soit au contraire trouvée coupable, soit qu'il y a des enjeux d'opinion publique dans ces dossiers plus médiatisés.

La décision de demander une contre-expertise peut être motivée par plusieurs acteurs (Couronne, avocats de la défense, accusés). La position de l'accusé, soit qu'il nie ou ne se rappelle pas les faits, peut forcer une contre-expertise. Mais c'est parfois l'accusé et son avocat qui peuvent chercher délibérément une opinion différente de celle fournie par une première expertise (bien qu'une seconde évaluation n'aboutisse pas nécessairement à une opinion contraire). Dans ce genre de demande, on rencontre à la fois des accusés qui désirent être reconnus non-responsables, par exemple « *quand un patient et son avocat de la défense voudraient être reconnu NCR au lieu de coupable (plutôt dans les crimes graves où il risquerait de la prison)* », et d'autres qui désirent être reconnus responsables, typiquement « *le patient qui nie les faits ou qui dit « je ne suis pas malade ».*

Par ailleurs, la Couronne peut demander une nouvelle expertise pour plusieurs raisons. Elle peut vouloir vérifier la valeur d'une première expertise lorsqu'elle a un doute. C'est le genre de cas où la Couronne « *dit : "le Dr X ça n'a pas d'allure son affaire", alors ils demandent à leur expert, qui leur dit ou non la même affaire, et si leur expert dit le contraire on repart pour la Cour* ». Cependant, le discours des personnes participantes laisse penser que c'est parfois avec la motivation de produire une expertise allant dans un sens précis. Par exemple, il arrive que

la Couronne trouve que ces gens-là sont tellement problématiques, dangereux et à risque de récidive, et ont quand même des enjeux de santé mentale (de trouble de personnalité et de consommation), puis veulent se réessayer pour la faire trouver non-responsable pour la faire rentrer dans le système de psychiatrie.

Si cela semble se faire au nom de l'intérêt de l'accusé, il y a des cas plus rares (souvent des délits graves contre la personne) où une contre-expertise sera demandée, semble-t-il au nom de la population, « *soit parce que la Couronne voudrait que la personne soit au contraire trouvée coupable, soit qu'il y a des enjeux d'opinion publique dans ces dossiers plus médiatisés* ». Il n'est

pas sûr qu'il y ait une réelle différence entre ces deux cas de figure. Mais nous n'avons pas suffisamment d'information pour décrire ce que fait la Couronne dans un tel cas.

Quant au témoignage expertal en Cour, il ressort des entretiens qu'il est plutôt rare que l'auteur d'un rapport doive aller témoigner. D'ailleurs, l'une des personnes participantes ayant une longue expérience affirme avoir peu de contact avec les intervenants de la Cour. Selon une autre, certaines Cours ont tendance à demander à l'expert de témoigner peu importe le cas, mais plus fréquemment, c'est lorsqu'il y a une contre-expertise qu'un témoignage est de mise. Enfin, on peut également demander à l'expert de témoigner en Cour non pour confronter son évaluation mais afin de préciser des éléments contenus dans son rapport.

3.2.1.2. Défis et difficultés dans le processus d'évaluation

3.2.1.2.1. Obstacles à la réalisation de l'évaluation

Plusieurs défis se poseraient aux psychiatres légistes pour remplir leur mandat d'évaluation. D'abord, on soulève les différences entre évaluer un accusé à l'interne (ex. en détention à Pinel) versus à l'externe (ex. se rendre au centre de détention ou recevoir l'accusé en clinique externe). En interne, toutes les personnes participantes soulignent l'abondance des sources d'information et la possibilité de rencontrer la personne évaluée plusieurs fois, tandis que deux d'entre elles insistent sur les obstacles de l'évaluation en externe : on perd parfois la trace de la personne jusqu'à une nouvelle arrestation, on ne fait souvent qu'une seule rencontre avec elle, ou encore, les sources d'information sont plus limitées. Aussi, il n'est pas rare que le délai entre le délit et l'évaluation soit long en externe, ce qui exclut toute observation de l'état clinique suivant de près le moment du délit et augmente le problème de la remémoration des faits par l'accusé.

Le niveau de collaboration de l'accusé est évoqué par les trois personnes participantes comme étant décisif dans leur évaluation. Refus de donner accès à son dossier médical ou de contacter des proches, méfiance, déni des faits ou affirmer n'avoir aucun souvenir du délit constituent des obstacles à cette source d'information cruciale qu'est la personne évaluée. Dans ces cas, nous ne notons pas dans le propos des personnes interviewées de sous-entendus quant à la mauvaise foi

des personnes évaluées; elles en parlent davantage comme un fait avec lequel il faut composer. Cela dit, il peut arriver que l'évaluation doive se faire avant même que les faits aient été avérés, ce qui n'est peut-être pas propice à une bonne collaboration de l'accusé. Une seule personne nomme clairement les réactions affectives de l'expert comme défi dans l'évaluation, autant lorsqu'on a affaire à quelqu'un de « *foncièrement antipathique* » qu'à quelqu'un qui « *génère beaucoup de sympathie* ».

Face à ces obstacles, toutes les personnes participantes partagent la même solution lorsqu'elles sont confrontées à une collaboration difficile. Celle-ci revient à en un objet de discussion au sein du rapport : « *commenter la fiabilité qu'on perçoit des propos du patient* » ou dire à la Cour qu'elle ne peut donner la version des faits de l'accusé « *parce que monsieur explique telle et telle chose, par contre je peux informer la Cour que durant les 2 mois qui précèdent cette période il était un manie, il était psychotique* », ou, plus rarement, communiquer au juge que « *je suis incapable de me faire une idée* » quant à sa responsabilité lorsque l'accusé ne collabore pas du tout. Exposer les difficultés rencontrées et nuancer les conclusions qu'on peut tirer en fonction du contexte d'évaluation semble l'attitude prudente adoptée par toutes les personnes interrogées. L'une d'entre elle pallie ce manque avec d'autres sources d'information autour du délit :

il faut nuancer à la fin : dire que j'ai fait mon rapport, le patient s'y est prêté, il ne reconnaît pas les faits, n'est pas capable de me donner des explications sur ce qui s'est passé au moment où les faits seraient survenus, mais avant et après il y a eu tel et tel et tel symptôme ; et dans le rapport de police on parle de telle et telle et telle chose ».

À ce propos, le traitement ou l'accès aux sources d'information comportent aussi des obstacles. Par exemple, une personne interviewée recommande que dans des situations où des différences ethnoculturelles sont en jeu, une attention particulière soit portée à ce que la famille raconte quant à l'évolution du tableau clinique. En revanche, le travail avec une population précaire, sans domicile fixe ou désaffiliée, peut confronter l'expert à une absence de toute source collatérale car l'accusé n'a tout simplement aucun réseau social. Dans d'autres cas encore, il s'agit de composer avec les versions contradictoires fournies par l'évalué entre deux rencontres. Ajoutons que les contradictions peuvent aussi apparaître entre plusieurs sources (ex. accusé, rapport de

police, témoin, etc.) et que dans ces cas, toutes les personnes interrogées parlent de la nécessité d'exposer ces divergences dans leur rapport et de les soumettre à discussion.

Enfin, deux personnes participantes soulignent le côté chronophage lorsqu'il s'agit de synthétiser de nombreux documents (dossier médical, antécédents judiciaires, etc.), tandis qu'une autre mentionne les délais parfois très courts dans lesquels il faut réaliser l'évaluation, ce qui peut poser un problème pour avoir accès à temps aux sources d'information pertinentes.

3.2.1.2.2. Manque de rétroaction de la Cour

Toutes les personnes interviewées ont fait état d'un manque de rétroaction de la Cour sur leurs expertises. Ce manque crée un obstacle à l'autoréflexivité et à la révision de leur pratique, en plus de nourrir un doute sur la qualité de leur travail : Une personne affirme que « *c'est une question que j'avais, si nos rapports étaient bons ou étaient clairs, ou orientaient finalement la Cour dans la direction qu'on pensait ou pas* ». Une autre, que « *si je me rendais compte malgré ce que je pense, [que] dans 50% des cas la Cour ne retient même pas mon expertise, de le savoir c'est super important parce que ça te fait réfléchir : qu'est-ce qui fait que mon opinion n'est pas retenue ?* ». La troisième dit : « *je n'ai aucune idée du devenir [des rapports] et je trouve ça plate, parce que des fois je me dis que j'ai dû passer à côté, il y avait affaires que j'ai dû manquer. J'aimerais le savoir pour ne pas tomber dans le même piège la prochaine fois.* »

Ces extraits mettent en lumière à la fois un questionnement et une certaine incongruité dans le processus d'expertise médico-légale. En effet, les personnes mandatées ne semblent pas savoir ce que le mandataire pense de leur travail et ce, bien qu'elles agissent à ce titre fréquemment. Si l'on accepte l'idée que les rapports d'expertise ne sont pas tous de qualité équivalente, on peut dire que le silence entourant la valeur et l'utilité de leurs rapports freine les possibilités d'amélioration et d'ajustement aux exigences de la Cour. Une personne interrogée nous informe qu'il y avait par le passé un document complété par la Cour qui était envoyé aux experts psychiatres et dans lequel on évaluait la pertinence de leur rapport d'expertise. Cette procédure n'existe plus, ce que déplore cette personne participante. Néanmoins, le manque de rétroaction

ne semble pas total. Que ce soit via du personnel de soin ou des acteurs judiciaires (ex. avocats), il arrive que les psychiatres aient des informations concernant le verdict du juge. Une personne participante avance notamment que « *les résultats préliminaires de l'autre étude [dirigée par Anne Crocker²] sur [le lien entre les conclusions de] nos rapports et les décisions la Cour, c'est presque 100%, c'est très rare que la Cour va à l'encontre de notre rapport d'expertise* ». Une personne participante affirme que « *les expertises qui sont faites à l'interne, normalement on le sait [le verdict] parce que le patient est soit libéré de l'hôpital pour retourner en détention ou pour être transféré à l'hôpital* ». On le voit, il s'agit là d'un constat fait par cette personne participante plus que d'une information ayant été communiquée officiellement. On note donc qu'il y a peu ou pas de rétroaction sur la qualité des rapports, bien qu'il arrive que des informations parviennent aux psychiatres par des canaux officieux (ex. discussion de couloir) et, d'après une personne interviewée, de façon succincte, par exemple en croisant un intervenant à la Cour qui dit : « *ah c'est vous Dr [X] ? Vos rapports sont bons* ». Tout ceci serait rare et informel, ce qui semble nourrir une incertitude quant à leur pratique.

3.2.2. Le rapport d'expertise

3.2.2.1. L'utilité des rapports au-delà du mandat d'évaluation

Il y a un consensus parmi les personnes participantes sur l'utilité des rapports d'expertise au-delà de leur simple réponse à la demande de la Cour. Elles en soulignent l'importance parmi les éléments qui seront pris en considération dans l'établissement d'une sentence et pour les modalités de suivi post-sentenciel, notamment pour les accusés NRC. Le rapport sert alors « *de plateforme pour la première évaluation après les premiers 45 ou 90 jours dans les hôpitaux* ». On défend la valeur du document en tant qu'évaluation psychiatrique détaillée sur laquelle sont susceptibles de s'appuyer des intervenants par la suite (ex. lorsque l'accusé est envoyé en détention à l'hôpital), voire d'autres experts advenant une future évaluation. C'est la « *qualité de consultation* » qu'une expertise peut avoir selon une personne interviewée. Une autre note

² Il s'agit fort probablement du *National trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada* (Crocker et al., 2015a).

également son impression que la Cour et les avocats se fient beaucoup à leur opinion psychiatrique quant au(x) diagnostic(s).

De plus, la question de l'accès aux soins a été soulevée par les trois psychiatres légistes. Deux personnes ont exprimé explicitement leur avis selon lequel leurs rapports peuvent servir à orienter des personnes ayant besoin d'une prise en charge psychiatrique vers les services appropriés, c'est-à-dire une sorte de rôle facilitateur dans l'accès aux soins. Elles soulignent la portée réelle que peuvent avoir ces documents. « *Pour les gens qui sont malades, clairement, c'est une porte d'entrée vers des suivis en psychiatrie* », affirme une personne participante, tandis qu'une autre dit avoir « *le souci de rebrancher ou carrément de brancher la personne dans le système [de santé]* ». Cela s'accompagne parfois d'une frustration, par exemple par rapport au phénomène des portes tournantes (entre libération trop précoce et nouveau délit avec nouvelle expertise). Cela permet de nuancer l'effet potentiellement facilitant des rapports d'expertise pour l'accès aux soins en montrant comment des décisions peuvent aller ensuite en sens contraire.

3.2.2.2. L'apprentissage, les qualités et les failles des rapports

3.2.2.2.1. Formation et apprentissage

La disparité de l'expérience professionnelle entre les personnes participantes permet d'entendre dans leur discours les indices de changements dans la formation en psychiatrie légale. La personne interviewée qui a le moins d'expérience professionnelle soutient que « *c'est beaucoup plus systématisé maintenant, l'apprentissage de l'évaluation de la responsabilité criminelle* » et que « *c'est un peu plus uniformisé la façon dont les plus jeunes psychiatres qui ont eu la formation font leurs évaluations et leur rapport* ». Une autre ayant plus d'expérience affirme : « *je n'avais pas eu la formation que les résidents ont maintenant, la sixième année. À l'époque nous apprenions sur le tas.* »

Plus concrètement, une personne participante décrit qu'en cours de formation, « *on voit des exemples de rapports, on se pratique à en écrire, on fait des évaluations avec nos superviseurs et*

on a de la rétroaction pour l'évaluation et pour la rédaction de rapport ». Au Collège royal, il y aurait d'après une personne des exercices d'autoévaluation de leur pratique. Il y aurait aussi une révision de rapports par des psychiatres d'expérience afin de travailler à l'INPL-PP, mais après cela, il n'y aurait personne qui se pencherait sur les rapports des experts. On peut rapprocher ce propos de ce qui a été mentionné plus haut concernant le manque d'autoévaluation des pratiques au sein de l'institution. Une autre personne interrogée ayant davantage d'expérience affirme que c'est « *tranquillement, en regardant les rapports des autres* » qu'elle a modifié sa pratique rédactionnelle.

On constate en somme que le processus d'apprentissage touchant l'évaluation et la rédaction a changé du fait d'une formation de spécialisation ajoutée il y a quelques années, devenant plus formel et standardisé. On note cependant qu'il y aurait par la suite, dans le milieu d'exercice, moins d'opportunités de formation continue et encore moins une pratique institutionnelle qui viserait la réflexivité et l'amélioration des pratiques. Il y a certes le guide de l'ADPL (2023) déjà cité, mais il s'agit de lignes directrices davantage qu'une pratique réflexive au sein de l'institution.

3.2.2.2.2. Pratiques rédactionnelles : les qualités et les failles

Les qualités dont les personnes participantes sont soucieuses dans leurs rapports touchent autant des aspects formels, comme l'utilisation prudente du jargon, que la dimension capitale d'articulation des informations et la clarté du raisonnement. Le souci d'employer un langage que peut comprendre un lectorat non-psychiatre est partagé. Diagnostics, médicaments et symptômes nécessitent d'être « *expliqu[és] d'une façon compréhensible pour les avocats et les juges* ». L'expert peut alors assumer un « *rôle d'éducation de la Cour dans la production du rapport* », affirme la même personne. Au-delà du vocabulaire technique, une personne participante évoque aussi l'importance de « *restituer à la Cour [la trajectoire de vie de l'évalué], le dire simplement en des termes qu'ils puissent comprendre* ». C'est ici plus qu'un enjeu de définition des termes pour lesquels des significations instituées existent; c'est l'assemblage d'informations visant à faire passer au lectorat les nuances d'une histoire de vie (anamnèse) et d'en montrer les éléments pertinents dans le raisonnement portant sur la RC.

On relève également l'importance attribuée à certaines parties du rapport et, surtout, à la solidité du raisonnement soutenant la conclusion. Puisqu'il n'y a pas d'obligation d'inclure des sections précises et déterminées, on entend un doute d'une personne participante quant à l'utilité d'une partie de son travail, par exemple l'inclusion d'éléments d'histoire personnelle et familiale (tels que mentionnés à la fin du paragraphe précédent). Les deux personnes participantes avec le plus d'expérience énoncent la nécessité d'une articulation logique des sections de manière à ce que leur conclusion découle des sections précédentes. Enfin, on souligne également l'importance d'être précis dans les recommandations et d'essayer d'en assurer la faisabilité (par exemple auprès du milieu censé accueillir la personne : a-t-il les ressources nécessaires à l'application des recommandations?).

Concernant les failles que les personnes interrogées ont rencontrées dans des rapports d'expertise, celles-ci ont trait au manque d'informations contenues dans l'évaluation psychiatrique, à la confusion au niveau du diagnostic et/ou de l'opinion médico-légale, aux rapports trop succincts ou beaucoup trop longs, au manque d'informations pertinentes pour se prononcer sur la question médico-légale et enfin à l'analyse lacunaire de l'application de l'article 16 du Code criminel.

3.2.2. La notion opérationnalisée de responsabilité criminelle

Nous avons présenté jusqu'ici le premier thème dégagé de l'analyse des entretiens, celui du psychiatre légiste et ses divers rapports à l'appareil judiciaire. Le second thème que nous avons dégagé est la notion de RC dans ses acceptations légale et psychiatrique. Ce thème contient les catégories suivantes : les éléments qui composent le concept médico-légal de RC, la méthode d'évaluation de la RC et l'enjeu problématique de la consommation de substances.

Le « trouble mental » avec lequel travaille les psychiatres dans le contexte d'un mandat d'évaluation de la RC est un concept légal, bien qu'il soit en relation étroite avec le concept psychiatrique. Disons à la lumière des entrevues que ce qui permet d'évaluer le degré de RC d'un individu repose, sans surprise, à la fois sur des critères légaux (article 16 du Code criminel,

définition légale du trouble mental, jurisprudence canadienne, etc.) et sur le savoir psychiatrique (symptomatologie psychotique, perte de réalité, altération du jugement, évolution de la maladie, etc.). Nous présenterons comment les personnes interrogées naviguent à travers la singularité des cas évalués et comment se construisent leurs raisonnements en vue de se prononcer sur la question de la RC.

3.2.2.1. Un concept médicolégal

« Des gens peuvent être malades, peuvent avoir des diagnostics, mais pas nécessairement être très symptomatiques au moment du délit », dit une personne participante. Une autre soutient semblablement que *« ce n'est pas parce qu'il est malade qu'il devrait être trouvé non criminellement responsable »*. Si le diagnostic psychiatrique est insuffisant pour statuer sur la question de la RC, c'est que dans la définition légale du trouble mental, le double critère d'évaluation (la conscience de la nature de ses actes et la capacité à distinguer le bien du mal, le légal de l'illégal) porte uniquement sur le moment du délit. Un diagnostic préexistant n'est donc pas suffisant pour évaluer la RC.

Comment évalue-t-on le degré de RC d'un individu? Il s'agit d'un travail de collecte d'informations, de mise en dialogue de celles-ci et d'inférences pour parvenir à statuer sur la question posée par la Cour. À partir du discours des personnes participantes, on dégage deux éléments principaux pour arriver à cette fin : les entretiens avec l'accusé, où celui-ci est invité à donner sa version des faits, puis la synthèse de plusieurs sources d'information collatérales. On cherche à en avoir le plus possibles : dossiers médicaux (archives), notes d'évolution rédigés par le personnel soignant et portant sur l'hospitalisation actuelle, rapports de police, interrogatoires vidéo, entrevue avec des proches et des membres de la famille... *« C'est sur la base du mélange de toutes ces informations qu'on va essayer de se faire une idée pour reconstituer qu'est-ce qui s'est passé. »*

Le croisement des sources d'information et la prise en compte du discours de la personnes évaluée visent en définitive à déterminer, après les faits, quel était l'état mental de cette dernière

au moment du délit. Lorsque, pour des raisons déjà évoquées, les informations sont pauvres et que peu d'information sur la période du délit sont accessibles, le travail consiste alors à croiser les informations entourant cette période afin d'inférer ce qui est le plus probable au regard de l'état mental (ex. augmentation de la consommation une semaine avant, hospitalisation récente, etc.). Mais dans les cas où les informations disponibles permettent de formuler une opinion, quelles sont ces informations et comment sont-elles traitées? L'idéal, comme le formule une personne interviewée, est que les informations fournies par la personne évaluée et celles issues de sources secondaires contribuent à former un portrait clinique cohérent pendant la période du délit ou, à tout le moins, la période entourant celle du délit. Advenant le cas où des versions se contredisent, les personnes participantes disent qu'il faut présenter les différentes informations et soumettre à discussion leurs discordances. À travers ces informations, on cherche surtout à déterminer « *la nature des perturbations de l'état mental* » ou « *des symptômes psychotiques francs bien documentés [...] qui vont dans le sens de la maladie du patient et qui expliquent le geste qui a été posé* ».

On observe ici que la capacité de « juger de la nature et de la qualité de ses actes » (tel que l'énonce l'art. 16 du Code criminel) est réduite au sens suivant : une perception adéquate de la réalité, laquelle renvoie en définitive à une évaluation de la symptomatologie psychotique (hallucinations, délire, etc.). Si bien qu'à travers le discours des psychiatres légistes, on constate que la question qu'il s'agit véritablement de trancher pourrait se formuler ainsi : la personne était-elle aux prises, au moment du délit, avec des symptômes psychotiques de nature à altérer son rapport à la réalité et son jugement ? Autrement dit, les experts chercheraient surtout à déterminer la nature des symptômes, leur intensité et leur contexte d'apparition, ce qui revient à déterminer s'il y avait des symptômes psychotiques aigus que la consommation de substances ne peut à elle seule expliquer.

Les personnes participantes ne parlent pratiquement pas de la capacité à distinguer le bien du mal, sinon qu'en citant l'article de loi. L'une d'elles affirme que « *de savoir la nature et la qualité de ses actes, c'est plus évident : il faut être très psychotique pour ne pas savoir que ce que tu fais, c'est vraiment ce que tu fais* », puis ajoute : « *mais départager le bien du mal, c'est là que c'est un*

peu plus incertain, la frontière. » Est-ce parce que cette dernière question découle en quelque sorte du premier critère (qu'on comprend comme une perception adéquate de la réalité et un jugement rationnel) qu'elle ne semble pas faire l'objet de discussion? On peut le supposer. Quoiqu'il en soit, les personnes interviewées s'étendent beaucoup plus sur la manière dont on évalue le rapport à la réalité des accusés.

Mentionnons un autre élément relevé dans les propos de deux personnes participantes : une distinction entre ce qui appartiendrait à la « personnalité » et ce qui appartiendrait plutôt à la « maladie mentale », la première étant généralement associée à une opinion de RC et la seconde de NRC. Un exemple venant brouiller cette distinction est donné dans le trouble de la personnalité antisociale. La personne participante soutient en effet :

on s'en rend compte de plus en plus, c'est une dysfonction au niveau du cerveau de ces personnes qui fait qu'ils n'ont pas le sentiment d'empathie et de compréhension des autres. Est-ce qu'éventuellement, dans 10-20 ans, ça pourrait être argumenté que c'est vraiment un trouble neurophysiologique ou biologique qui les empêche de départager le bien du mal ?

Le critère « biologique », c'est-à-dire pouvoir s'en remettre à l'étiologie réputée organiciste d'un trouble, semble perçu comme un appui pour argumenter en faveur d'une incapacité de distinguer la qualité de l'acte délictuel.

Il peut arriver qu'un doute subsiste quant à l'opinion médico-légale. Plusieurs cas sont aussi difficiles à trancher. On note d'abord dans le discours des personnes participantes la reconnaissance de ces situations incertaines, puis une attitude balancée entre l'admission du doute et la confiance de prendre la meilleure décision, même si celle-ci pourrait s'avérer erronée à la lumière de nouvelles informations. L'une des personnes participantes dit qu'en cas de grand doute, elle s'en remet à une évaluation probabiliste (il faut qu'elle soit sûre à au moins 50% + 1 que l'individu est ou non responsable). Une autre privilégie dans pareil cas « *le vent de la clinique* » et préfère se tromper en évaluant quelqu'un NRC, quitte à se « *dédire si j'ai des nouvelles informations* ».

Il ressort des entretiens qu'une des situations où le doute se manifeste davantage est celle impliquant la consommation de substances. Que faire de ces cas assez fréquents qui mêlent une symptomatologie psychotique et les effets de drogues ou de l'alcool ?

3.2.2.2. Le problème de la consommation de substances

Si cette question préoccupe toutes les personnes interrogées, deux d'entre elles énoncent clairement leur hésitation dans les cas où une consommation de substances brouille le tableau clinique, c'est-à-dire où il y a concomitance de symptômes psychotiques et d'effets induits par des substances. L'une évoque « *la nouvelle jurisprudence concernant les états d'intoxication, l'automatisme, les psychoses toxiques* » et ajoute qu'il « *est difficile pour moi de ne pas avoir l'impression que je pourrais commettre une erreur* ». Une autre avance que

ce qui me fait le plus hésiter, c'est toute la question de mettre de côté la consommation volontaire de drogues alors que ça peut faire partie d'un tableau de maladie mentale quand même (comme un symptôme ou une tentative de résolution de symptômes), puis avoir une maladie flamboyante à côté. C'est compliqué.

Face à ce défi, toutes les personnes participantes disent se tourner vers la jurisprudence pour faciliter la formulation de leur opinion. Ainsi des juges ont tranché par le passé : « *des symptômes psychiatriques mais qui [sont] seulement induits par la consommation volontaire de substances, [...] ça ne rencontre pas les critères d'un trouble mental au sens de la loi* ». Ce que précise aussi une autre personne : « *la définition légale c'est que ça ne doit pas être induit par une consommation volontaire* ». La nuance entre le légal et le psychiatrique est ici capitale. Une personne participante s'exprime à ce sujet : dans un cas où il y a un manque de jugement et une absence d'autocritique mais qui sont « *conséquences de la consommation, alors il n'y a pas d'ouverture à cette défense [de NRC]. C'est purement la loi* », mais elle ajoute aussitôt que « *si en tant que psychiatre on me disait simplement : "pensez-vous que ce monsieur savait exactement ce qu'il faisait, s'il avait un jugement rationnel ?" Je dirais : "c'est sûr que non"* ». Les experts psychiatres doivent donc distinguer ce qui relève d'une opinion clinique d'une opinion

médicolégale et cela repose sur une différence importante entre le jugement clinique et le jugement expertal. Dans ce dernier cas, c'est la jurisprudence qui sert de boussole.

D'emblée, il semble important pour toutes les personnes interviewées d'écrire dans leur rapport qu'il y avait bel et bien une perturbation du jugement et/ou des capacités de percevoir adéquatement la réalité et que cette perturbation était liée à la consommation de substances. Cependant, il s'agit pour les personnes interviewées de déterminer ce qui explique le mieux cet état en essayant de départager ce qui est attribuable à la consommation et ce qui relève de la maladie mentale. Autrement dit, il s'agit de soupeser les facteurs expliquant l'état mental au moment du délit. Pour ce faire, toutes les personnes interrogées s'entendent que la façon de procéder consiste à reconstruire la séquence des événements (périodes avant, pendant et après le délit) avec le plus de sources collatérales possibles.

À cet effet, on note chez les personnes participantes ayant une plus longue expérience professionnelle que dans leur raisonnement, l'accent mis sur l'importance des antécédents psychiatriques documentés est plus explicite. Dans ce contexte, elles cherchent à documenter au mieux l'histoire de la maladie et les habitudes de consommation ainsi que leurs effets sur l'individu afin tirer des conclusions sur ce qui a pu se passer lors du délit. *« Il y a des gens qui ont une maladie bien documentée, même s'ils consomment c'est plus facile d'argumenter en faveur de la non-responsabilité »*, affirme l'une d'entre elles. Elle ajoute que lorsqu'il *« est clair qu'il y a une différence dans le fonctionnement de la personne autour de la période du délit »* et que la consommation ne suffit pas à expliquer cette différence, on dispose d'éléments probants en faveur d'une défense de NRC. On relève dans le discours de cette même personne un souci d'inscrire le délit dans une histoire et plus particulièrement en relation avec les antécédents psychiatriques afin de comprendre comment la consommation s'inscrit dans le tableau clinique global. Elle décrit une hiérarchie des éléments servant au raisonnement : d'abord l'histoire individuelle, ensuite l'histoire psychiatrique, puis celle de la consommation.

Quant à la personne participante avec le moins d'expérience professionnelle, elle met davantage l'accent sur l'existence d'un trouble mental actuel sous-jacent aux effets de la consommation (ce

qui n'est pas dire qu'elle ignore les antécédents). La consommation est soupesée comme un facteur parmi plusieurs autres expliquant l'état de l'individu au moment du délit :

Si j'ai un patient avec qui il y a de la consommation de substances dans la période qui entoure les délits, mais que j'ai l'impression que la consommation est un des facteurs qui a fait décompenser sa schizophrénie ou son trouble bipolaire, et que maintenant la personne est vraiment décompensée au niveau de son trouble psychotique [...], puis qu'on a des symptômes qui sont soutenus dans le temps, que la consommation a contribué à ça mais n'est pas le seul facteur, alors je vais le mentionner.

On peut résumer en disant qu'on cherche à évaluer s'il y a lieu de poser un diagnostic de psychose toxique (ou de symptômes psychotiques induits par des substances) pour la période du délit. Ce qui importe dans ce cas, c'est l'évolution des symptômes et leur rémission. Lorsque la consommation est retenue comme facteur explicatif principal, c'est que les symptômes psychotiques induits se sont estompés dans les heures ou les jours suivant l'épisode psychotique. Pour une personne participante, ce raisonnement passe par une description des faits et leur évolution permet de démontrer le rôle de la consommation de substances pour la période du délit. Pour une autre, cela passe davantage par l'existence ou non d'antécédents psychiatriques documentés ainsi qu'une évaluation clinique pour déterminer si un trouble mental « évolue à bas bruit ». On constate qu'on se fie à des critères psychiatriques pour présenter le portrait clinique et évaluer l'interaction trouble mental/effets de substances, mais que tout cela est subordonné à des critères juridiques.

Une personne participante apporte cependant une nuance en évoquant par exemple qu'en manie, un individu qui ne consommait pas ou peu peut se mettre à consommer déraisonnablement. Dans un tel cas, on notera probablement une diminution des symptômes avec la dissipation des effets des drogues, mais le diagnostic de psychose toxique ne s'imposera pas nécessairement : il faut d'abord « *investiguer l'histoire de consommation, les fluctuations d'humeur [...] pour voir s'il y a une maladie mentale avant l'événement.* »

Enfin, nous ne relevons pas dans le discours des participantes de propos se rapportant à l'intention de l'accusé, à l'aspect volontaire de son acte, à sa décision de consommer. Nous le

mentionnons car selon l'une d'elles, « *il y a des puristes qui disent: si la personne consomme même si elle était malade, elle devrait être trouvée responsable* » (une observation que nous avons pu faire également dans l'analyse de l'échantillon de rapports d'expertise). L'aspect intentionnel ou volontaire ne semble pas jouer un rôle dans le raisonnement personnes interviewées; il n'est évoqué qu'en lien avec ce qu'en dit la jurisprudence. En résumé, dans les cas de consommation de substances, les raisonnements des experts s'appuient sur une évaluation psychiatrique axée sur un diagnostic différentiel d'une part et sur la jurisprudence d'autre part.

3.3. La situation sociale des personnes évaluées : entre les systèmes légal et psychiatrique

Le dernier thème qui se dégage de l'analyse des entretiens est celui de la situation sociale des accusés, entre les systèmes légal et psychiatrique. Il regroupe deux catégories : les caractéristiques socioéconomiques de ces personnes et leur accès/leur rapport aux soins et aux services. Ce thème rend compte de la perception des personnes participantes sur la patientèle évaluée et sur les raisons pour lesquelles ces gens se retrouvent dans de telles situations.

3.3.1. Aspects socio-économiques

Sur la patientèle évaluée, une personne participante signale que *beaucoup de gens qu'on voit sont très vulnérables sur le plan économique* » Elle précise : « *des gens qui n'ont pas vraiment de revenu, beaucoup de gens qui n'ont pas vraiment d'endroit où habiter, des gens sans domicile fixe, beaucoup de gens qui ont très peu de réseau social ni de famille* ». Une autre parle de gens « *instables sur le plan domiciliaire* », mais aussi d'une patientèle qui ressemble à celle des cliniques externes ou à celle faisant des allers-retours à l'urgence, selon la troisième personne. Les caractéristiques sociales mentionnées par toutes les personnes participantes suggèrent un niveau significatif de précarité économique et sociale, voire de désaffiliation sociale chez certaines personnes, parmi la patientèle évaluée. D'après les entrevues, on remarque que ces données sont davantage prises en compte par les psychiatres dans les recommandations faites en fin de rapport et non dans l'évaluation de la RC elle-même, où il s'agit de recommander des

modalités de suivi psychosocial et/ou de prise en charge psychiatrique en fonction des conditions de vie de la personne. Outre les recommandations post-sentencielles (peu importe le verdict), les caractéristiques socio-économiques n'influencent pas l'opinion médico-légale sur la RC. Une personne interviewée affirme d'un point de vue expertal que « *le statut socio-économique de la personne n'est pas un critère par rapport à la responsabilité criminelle* », tandis qu'une autre admet que ce statut « *n'influence pas mon opinion sur la responsabilité* ». Bien que visibles et reconnues par les psychiatres, les caractéristiques socio-économiques n'interviennent pas dans le raisonnement.

Y a-t-il une dimension sociale à la responsabilité criminelle ? Une personne participante évoque le nombre d'évaluation de la RCTM au Québec pour soutenir l'opinion d'une justice plus clémentine, moins punitive à l'égard des accusés. Elle dit ne pas « *faire porter la responsabilité ou le poids de la société par rapport à ce que l'individu fait. Je pense que donner de la dignité à quelqu'un et reconnaître ses droits c'est aussi de reconnaître ses responsabilités.* » La défense de NRCTM constituerait déjà une attention de la société pour le soin de certains accusés (à la différence d'un jugement qui ne tiendrait pas compte de la composante psychopathologique). Bien que selon cette perspective il y ait une forme de traitement social des cas de NRCTM, c'est un point de vue qui demeure solidaire d'une conception de la responsabilité criminelle qui ne serait qu'individuelle, c'est-à-dire qu'il n'y aurait aucune responsabilité sociale et politique dans pareils cas (cf. notre discussion). Pour une autre personne participante, la dimension sociale de la responsabilité criminelle semble apparaître en aval, dans la prise en charge et la conciliation soin/sécurité publique, plutôt qu'en amont, par exemple dans les déterminants sociaux de la criminalité : « *Ça devient effectivement un enjeu de société, ce qu'on va faire avec ces gens-là, comment est-ce qu'on veut les aider, qu'est-ce qui aide le plus les gens et qu'est-ce qui assure le plus la sécurité du public* ». Ainsi, lorsque les caractéristiques socio-économiques semblent avoir leur place dans les évaluations de la RC, c'est davantage pour contextualiser l'accusé et son délit, ou encore des éléments à prendre en compte dans les recommandations, mais jamais comme ayant un rôle explicatif en elles-mêmes; aucune des personnes participantes ne les fait intervenir dans son raisonnement de cette manière.

3.3.2. Accès aux soins et services

On décèle à travers les propos des personnes participantes une contradiction dans le traitement des accusés : beaucoup sont dans un état de précarité et cet état participerait précisément aux obstacles à l'aide et aux services dont ces personnes pourraient bénéficier. Par exemple, lorsqu'une personne participante affirme que la précarité sociale et l'itinérance ne sont pas « *une base suffisamment solide pour permettre un engagement dans un suivi* », on se demande pourquoi l'expression de besoins criants (précarité, itinérance) constitue un frein aux solutions disponibles pour y répondre (bien que des cliniques tentent de se rapprocher des refuges, comme le souligne cette même personne). On relève une semblable contradiction lorsqu'une personne interviewée affirme que « *quand la personne n'est pas stable [au plan domiciliaire] personne ne s'engage [dans un suivi], parce que la personne elle-même ne s'engage pas* ». On décèle dans cet extrait à la fois une déploration des conditions matérielles qui rendent difficile un suivi et l'appel à l'autonomie individuelle comme second facteur qui y ferait obstacle. Pour expliquer ce genre de contradiction, plusieurs propos des personnes participantes convergent vers une prise en compte de multiples facteurs.

D'abord, des problèmes structurels sont mentionnés : « *le manque de services en première ligne* », « *plusieurs enjeux du système de la santé* », « *[les évalués] ne sont pas priorisés sur les listes d'attente* », une « *difficulté d'ancrage rapide à des soins* », « *les familles sont parfois seules avec leurs enfants qui sont malades* », le manque de services lors d'une libération, un manque d'arrimage avec les milieux censés accueillir quelqu'un, voire un « *système plus réactif* » et du racisme. Complémentaires, les propos des personnes participantes pointent vers des défaillances systémiques dans l'accès aux services, la prise en charge, l'accompagnement, la communication entre milieux et l'attitude de professionnels. Tous ces éléments sont susceptibles d'être préjudiciables pour les accusés autant reconnus RC que NRC. Or, parallèlement à ces considérations, on retient des propos qui attribuent également aux accusés une forme de responsabilité de leur situation.

Un facteur que toutes les personnes participantes évoquent est le refus des accusés ou des patients de recevoir des services. À cet effet, deux personnes participantes parlent soit de l'« *autonomie des patients* », soit des « *droits individuels* » pour expliquer ce qui vient concrètement limiter la marge de manœuvre des soignants (à moins d'une ordonnance de la Cour). Dans ce contexte, quelqu'un qui refuse tout suivi sera souvent rencontré seulement *après* avoir commis un délit. On note que l'attitude non-collaborative ou carrément le refus de collaborer sont surtout ramenées ici à des variables individuelles comme l'absence d'autocritique et le désir de ne pas être vu comme malade.

CHAPITRE 4

DISCUSSION

Notre recherche visait à tracer un portrait des pratiques d'évaluation de la RCTM au Québec. Nous avons procédé à l'analyse de rapports d'évaluation et l'analyse thématique d'entrevues avec des experts psychiatres afin de mieux comprendre le fonctionnement de cette pratique. Le choix de récolter des données issues de ces deux sources s'est avéré utile pour répondre à nos objectifs de recherche. D'une part, nous avons accumulé des informations différentes et complémentaires permettant de tracer un portrait nuancé des pratiques. D'autre part, leur mise en dialogue et des retours à la littérature recensée ont permis d'enrichir la compréhension des données issues des rapports et des entretiens. Dans la discussion qui suit, nous allons lier et interpréter les résultats des deux volets de l'étude en faisant des retours à la littérature. Nous terminerons par une portion critique adoptant un angle sociologique sur le concept de RC et sur les pratiques d'évaluation de la RC.

4.1. Autour du thème de l'expert psychiatre et l'appareil judiciaire

La posture professionnelle revendiquée par toutes les personnes participantes, celle d'une démarcation claire entre leurs rôles médical et expertal, est cohérente avec les données recueillies dans les rapports. D'abord, les auteurs des rapports se conformaient en quasi-totalité à leur mandat d'évaluation et ne se prononçaient pas sur d'autres questions que celle de la RC. On peut également voir que dans une large majorité des cas, le principe du « bon jugement expertal » (i.e., privilégier la « neutralité » de l'expert, à la différence de la posture de soin et de celle moralisante) semble primer dans la décision, bien que des considérations d'ordre cliniques puissent être abordées par ailleurs, notamment dans les recommandations finales. Cela semble montrer qu'une distinction assez claire entre les fonctions d'expertise et de soin est maintenue dans la pratique. Dans les propos issus des entrevues, c'est la responsabilité professionnelle qui semblait être, pour les personnes interviewées, ce qui leur permettait de maintenir cette distinction. Or, on peut supposer que d'autres facteurs peuvent être en jeu, ne serait-ce que les

balises déontologiques, mais également la clarté du mandat d'évaluation (i.e., ce qui est demandé à l'expert excède-t-il son rôle d'expert pour la Cour?).

L'utilité des rapports d'expertise dépasse la réponse au mandat d'évaluation selon toutes les personnes participantes. On a pu le constater principalement à la présence d'une section « Recommandations » en fin de rapport dans la grande majorité de ceux qui ont été analysés. La fonction potentiellement facilitante dans l'accès à des soins ou services n'est cependant pas explicite dans les rapports et on peut penser que cet aspect est manifeste en dehors de ce qui est consigné dans le rapport d'expertise, par exemple pendant ou après un procès. Quant à l'interprétation de cet état de fait, nous pouvons suggérer que c'est le rôle médical des experts qui prend ici plus de place, que ce soit pour tenter d'aiguiller la personne évaluée dans le système de santé afin d'éviter les phénomènes des portes tournantes, ou bien pour éclairer de futurs intervenants quant au tableau clinique et au type de suivi recommandé. Il est intéressant de constater que le rôle expertal largement assumé par les psychiatres dans leurs évaluations laisse place au rôle médical mais, en quelque sorte, dans les « marges » des rapports d'expertise. Cela permet de nuancer l'interprétation du paragraphe précédent.

Quant au manque de rétroaction de la Cour, tel que relevé par les trois personnes interrogées, il ne transparaît évidemment pas à la lecture des rapports. On peut supposer que cet état de fait, malgré une rétroaction parfois informelle et indirecte (comme on l'a relevé dans les entretiens), contribue aux différences de qualité observées entre les rapports analysés. Que l'attitude soit portée sur le doute, comme c'est le cas des personnes participantes, ou au contraire sur plus de certitude, comme on serait susceptible de le rencontrer chez d'autres experts, il demeure qu'en ne sachant pas si le produit de leur expertise est utile, pertinent et clair (et dans quelle mesure) pour la Cour, cela peut maintenir une pratique où chacun.e se fie à ses propres impressions sur le bien-fondé de ses habitudes.

Conformément à la littérature recensée (ADPL, 2023; Louan, Webanck et Senon, 2013), nous avons constaté que les sources d'information mobilisées dans les évaluations sont multiples, ce qui est aussi valorisé par les personnes interviewées. On privilégie surtout les entretiens directs

avec l'accusé (100% des cas), la consultation du dossier médical et le rapport de police ou d'autres documents liées à l'enquête, ainsi que les informations concernant l'hospitalisation en cours (notes évolutives ou discussions avec le personnel soignant). Le recours au travail d'autres professionnels (criminologue, psychologue, etc.) dans le cadre des expertises est rare et d'ailleurs, aucune personne interrogée n'en a fait mention.

De manière générale, malgré les failles relevées dans les rapports analysés et qui sont documentées dans la littérature (Guerreiro, 2013; Grisso, 2010), leur qualité formelle et leur qualité en regard des critères de pertinence et de cohérence des informations est plutôt bonne, mais des points faibles ressortent de l'analyse. Ceux-ci touchent d'abord l'articulation des informations (ex. entretiens avec l'accusé, résumé des faits, antécédents, etc.) avec la formulation de l'opinion médico-légale. Rappelons aussi que la division entre ces deux parties n'est pas claire dans 20% des cas. En outre, dans près de 30% des cas, certaines informations sont exposées alors qu'elles ne sont pas pertinentes pour le raisonnement, mais elles ne seraient toutefois pas préjudiciables pour l'accusé dans plus de 85% des cas (c'est-à-dire que les informations superflues ne sont, par exemple, pas compromettantes pour l'accusé). De plus, dans 40% des rapports analysés, au moins un nouvel élément d'information apparaît dans la conclusion. Il peut par exemple s'agir de nouveaux éléments concernant le délit, la symptomatologie ou des propos de l'accusé qui n'avait pas été encore rapportés. Le rappel des résultats permet d'identifier des risques dans l'apparition de nouvelles informations en dehors de leur articulation dans le raisonnement, par exemple ne pas les traiter dans leur relation aux autres informations ayant servi au raisonnement. Pour le lecteur, cela peut aussi provoquer de l'incompréhension et, pour un décideur judiciaire, une liberté d'interprétation. La prudence est néanmoins de mise dans l'interprétation de ces résultats : une information non pertinente ou une incohérence dans le traitement d'informations ne minent pas nécessairement la qualité d'un rapport ; il faut traiter ces critères comme des ensembles d'éléments en interaction pour avoir une idée de la qualité globale d'un rapport.

D'autres points faibles identifiés touchent le traitement des informations : on rencontre des informations qui ne sont pas clairement associées à leurs sources dans près de 23% des rapports, la présentation d'informations manque au moins partiellement de logique (i.e., est incohérente ou contradictoire) dans près de 30% des rapports et des informations discordantes ou contradictoires ne sont pas soumises à discussion dans plus du quart des cas. Des exemples de risques associés à la présence de tels points faibles seraient une confusion à la lecture et une marge laissée au lectorat pour interpréter les incohérences ou combler les trous. Certaines failles identifiées dans nos résultats sont aussi rencontrées par les personnes interviewées dans certains rapports d'expertise. Elles ont mentionné le manque d'informations contenues dans l'évaluation psychiatrique, les rapports trop succincts, le manque d'informations pertinentes pour se prononcer sur la question médico-légale et les lacunes dans le raisonnement pour décider de l'application de l'article 16 du Code criminel. On peut donc dire qu'ici, nos analyses de rapports et les points de vue des personnes interrogées sont complémentaires. Cela signifie aussi que des experts sur le terrain rencontrent des lacunes semblables à celles relevées par d'autres chercheurs.

Pour atténuer ces lacunes, il pourrait être utile d'avoir à l'esprit les erreurs courantes et la conscience de leurs effets potentiels sur le lectorat. Se poser des questions sur les relations entre les informations présentées et anticiper que dans le cas de discordances entre elles, les exposer et, si nécessaire, les soumettre à discussion pourrait prévenir des confusions à la lecture. Les items de la grille de cotation pourraient éventuellement constituer un point de repère quant aux erreurs rencontrées. Toutefois, cela ne suffirait pas à assurer la bonne qualité d'un rapport d'expertise car certains enjeux ne sont pas strictement formels (ex. traitement des voix).

D'autre part, comme tendent à montrer les résultats de l'analyse formelle des rapports, ceux-ci partagent majoritairement une structure semblable, qui emprunte en partie au rapport psychiatrique ordinaire, en partie à l'apprentissage spécifique aux expertises psycholégales (ex. lecture d'autres rapports, formation en psychiatrie légale). Le guide de rédaction de l'ACPD (2023) étant en cours de publication, on ne peut conclure que les ressemblances formelles entre les rapports s'expliqueraient par une référence à ce dernier. On peut néanmoins supposer que ce qui

y est consigné circulait déjà dans les milieux de formation et de façon informelle entre les professionnel.le.s. En outre, bien qu'il y ait des airs de famille dans la structure des rapports (sections, division des informations), on rencontre des différences dans leur longueur, la présence ou non de certaines sections (ex. histoire familiale) ainsi que l'articulation entre les sections. C'est principalement à ce dernier élément qu'on pourrait attribuer des phénomènes (des failles) tels que ceux évoqués plus haut, à quoi on peut ajouter celui de la confusion entre les observations rapportées et leur interprétation (20% des rapports analysés).

Les explications de termes issus du jargon psychiatrique sont généralement partielles, c'est-à-dire qu'il y a dans de nombreux rapports des termes techniques non définis susceptibles d'être mal compris par le lectorat ou donner lieu à des interprétations divergentes. Ce résultat s'écarte des propos tenus par les personnes participantes, qui se disent soucieuses d'employer un langage clair et des termes compréhensibles pour la Cour. On peut en conclure qu'il y a soit un écart entre les pratiques réelles et ce que les professionnel.le.s en disent, soit des différences interindividuelles entre les personnes participantes et d'autres auteurs dont nous avons analysé les rapports.

Si l'on s'en tient au processus de collecte et de traitement d'informations, notons que la manière dont les personnes interrogées l'ont expliqué (ex. plusieurs sources, entretiens répétés avec l'accusé, etc.) rejoint majoritairement nos conclusions issues de l'analyse des rapports ainsi que les lignes directrices contenues dans le guide de l'ACPD (2023). Il semble donc y avoir sur ce point une convergence entre les principes, les pratiques et le discours des experts sur leur pratique.

Par ailleurs, le volume des sources consultées peut être important, comme en témoignent les résultats de l'analyse des rapports, et ce sont nos entretiens qui ont pu offrir un angle de compréhension supplémentaire en soulevant les défis liés à cette façon de procéder : synthèse des informations, délais rendant parfois difficile l'obtention des documents, etc. Il est possible que ces contraintes et défis expliquent en partie les résultats au niveau des failles observées dans l'attribution des informations à leurs sources, le traitement des informations discordantes ou encore leur articulation logique. Sur le traitement des informations discordantes, notons que les

personnes interrogées semblaient avoir à l'esprit la nécessité de soumettre ces discordances à discussion au sein de leur rapport, comme le soutiennent les bonnes pratiques en matière de rédaction psycholégale (Guerreiro et al., 2014).

Des enjeux qui vont au-delà de ces considérations formelles sont néanmoins apparus à l'analyse. L'importance d'aller au-delà des aspects formels a été recensée dans la littérature : rappelons que s'en tenir à des règles de rédaction serait insuffisant des points de vue professionnel et éthique (Weinstock, 2013) et que la tentative d'améliorer l'objectivité des rapports d'expertise sur le plan de leurs caractéristiques formelles aurait peu d'incidence sur leur qualité (Wettstein, 2005). Autrement dit, pour mieux rendre compte de cette pratique, il faut élargir l'angle d'analyse et ne pas s'en tenir aux aspects formels. C'est notamment ce qu'a permis, et pourrait permettre dans de futures recherches, l'analyse des voix contenues dans les rapports (Griffith et al, 2010; Appelbaum, 2010; Wettstein, 2010) ainsi que la notion d'*authorship* (Simon, 2007).

Si le recours à plusieurs sources d'information semble enrichir les points de vue sur la personne évaluée et sur les événements, la voix de l'accusé pèserait moins ou serait moins prise en considération que les autres sources d'informations dans la moitié des rapports analysés et ce, malgré une pratique généralisée d'entretiens multiples avec l'accusé dans le cadre de l'évaluation. Comment expliquer qu'on recueille systématiquement (et le plus souvent, à plus d'une reprise) les propos de l'accusé, mais qu'au terme de l'évaluation, leur poids dans le rapport soit diminué? Ce résultat soulève des interrogations quant à la représentation de l'accusé dans l'évaluation à laquelle il est soumis. Peut-être la question est-elle la suivante : on entend, à des degrés variables, les accusés, mais quelle écoute en a-t-on? Nous faisons l'hypothèse interprétative qu'il y a plusieurs niveaux d'écoute qui sont ou bien ignorés, ou bien sciemment écartés du fait de la nature même de l'expertise. En effet, celle-ci étant essentiellement centrée autour de la question de la capacité de discerner et de juger au moment du délit, ce qui appartient à d'autres registres – même s'ils permettraient d'enrichir la compréhension de l'accusé (Castel, 2009; Griffith et al., 2010) – serait traité comme étant secondaire, voire superfétatoire. Nous interprétons ainsi, par exemple, le traitement des informations socio-économiques dans les rapports analysés (ex. informations sur la situation économique et professionnelle, culturelle, le

parcours migratoire, la désaffiliation sociale, etc.), dont certaines paraissent parfois très importantes pour comprendre le sujet évalué et son délit. Rappelons que ces informations sont présentes dans un tiers des cas, mais même dans ce tiers, elles n'ont presque jamais de rôle explicatif (i.e., elles ne servent pas à former une explication du passage à l'acte) ni ne sont articulées dans le raisonnement expertal.

On peut mettre ces résultats en dialogue avec les entretiens et les interpréter ainsi : malgré la diversité des sources, tout dépend du traitement qu'en fait l'expert, celui-ci étant par ailleurs et le plus souvent le seul professionnel à proposer une compréhension de l'accusé dans le cadre de l'évaluation. Cela explique pourquoi, de toutes les voix présentes dans les rapports, celle de l'expert est la plus présente dans une majorité des cas, c'est-à-dire qu'on y sent le poids de l'*authorship* (Simon, 2007). Cette notion qualifie un ensemble de compétences rédactionnelles et une responsabilité de l'auteur (i.e., pouvoir rendre des comptes sur ce qu'on a écrit). Mais elle nomme aussi l'autorité de la position d'énonciation des experts : on pense notamment à l'influence importante sur le verdict et, surtout, à la façon dont les individus évalués sont présentés sous un angle presque exclusivement pathologique et/ou délictuel, et que cette identité présentée aux lecteurs porte le sceau d'une autorité médico-légale (nous détaillons cet élément d'analyse plus bas).

4.2. Autour du thème de la notion opérationnalisée de responsabilité criminelle

Nous en venons maintenant aux éléments saillants concernant la façon dont le concept de RC est manipulé dans la pratique, les manières dont les personnes interrogées en rendent compte et les notions corollaires avec lesquelles il est en interaction.

Lorsqu'on parle de la capacité à discerner le bien du mal dans les rapports analysés, on parle à parts presque équivalentes du discernement moral et du discernement cognitif. Dans les entretiens, cette question est peu abordée, sinon par une personne participante qui avance que le jugement moral est moins évident à déterminer que le jugement cognitif. On pourrait voir dans ces résultats, c'est-à-dire dans le peu de cas fait à une distinction entre les deux, l'intégration des

changements qu'a subi le concept de « trouble mental » et la synthèse des aspects moral et légal dans sa définition, tel que LeBel (2009) en retraçait l'histoire. On pourrait aussi voir dans ce résultat (et dans la synthèse conceptuelle) le signe d'une difficulté à superposer des concepts psychiatriques et légaux, laquelle aboutit en définitive à une fusion des deux, moins du fait d'un enrichissement de l'un par l'autre que d'une confusion irrésolue. On pourrait peut-être y voir à la fois la manifestation d'une barrière épistémique entre experts psy et acteurs judiciaires (Bernheim, 2018) et la tentative de son surmontement.

La question de la maladie mentale versus un trouble de la personnalité ressort dans les résultats des deux volets de l'étude. Dans notre échantillon de rapports, 9 des 13 personnes évaluées (près de 70%) ayant des diagnostics de troubles ou des « traits » de personnalité sont considérées responsables par l'expert (dans un dixième cas, l'opinion concluait à la RCTM pour un délit et la NRCTM pour un second). La taille de l'échantillon ne permet pas de tirer de conclusion quant à une corrélation entre une opinion de RC et un trouble de la personnalité, mais il serait intéressant de vérifier si la petite tendance observée ici est soutenue par de plus amples données.

On peut faire un lien entre cette distinction et le rôle de la « biologie » dans le raisonnement expertal, qui est apparu discrètement dans une entrevue et dans certains rapports analysés. Cela permet de faire un pont avec la littérature et l'analyse des pratiques d'évaluation de la RC. Le guide de l'ACPD (2023) mentionne qu'une des complexités de l'évaluation de la RCTM tient à « the increasing biological science behind various conditions ». Dans notre étude, une personne interrogée en offrait un exemple en faisant référence aux recherches sur le trouble de personnalité antisociale, qui montreraient des indices d'un soubassement biologique altérant le jugement sur la nature de ses actes, sur l'empathie et sur la théorie de l'esprit. L'énonciation de cette hypothèse suggérait que ce serait là des éléments susceptibles de soutenir une opinion de NRC. Cela peut être mis en dialogue avec le travail de Protais (2016) sur l'irresponsabilité pénale en France, dans lequel elle montre que pour certains experts, la biologie justifie l'irresponsabilité. Par exemple, la schizophrénie étant comprise comme une maladie mentale qu'expliquerait largement la biologie, les experts auraient tendance à se prononcer pour l'irresponsabilité (à la

différence de la paranoïa qui, selon l'auteur, serait associée à un trouble de la personnalité et susciterait par conséquent une réponse de responsabilisation de l'individu).

Sous le vocable de « biologie », nous pourrions aussi déceler le désir d'un critère réputé plus objectif qui permettrait de statuer sur la capacité de discernement et de jugement des individus. Rappelons ici les limites de cette aspiration, notamment en ce qui concerne le recours aux neurosciences (Gkotsi et Gasser, 2016; Brown et Murphy, 2010). C'est là une position théorique qui a une filiation historique et qu'on peut identifier aux rapports entre médecines organiciste et morale. Dans la seconde moitié du XIXe siècle, la médecine dite morale s'attardait aux lésions de ce qu'on appelait les « facultés de l'âme ». À l'opposé et en tension avec cette dernière, la médecine dite organiciste (qui repose, en gros, sur l'anatomo-pathologie et l'idée que la maladie mentale s'explique par des lésions organiques) facilitait les rapports du savoir psychiatrique avec les magistrats car elle offrait des preuves réputées objectives. (Guignard, 2008). Ce rapprochement suggère qu'il y aurait une tension historique, peut-être encore actuelle quoique sous une forme différente, entre un traitement « moral » et un traitement « scientifique » de la question de la RC. Les résultats de notre étude et la littérature suggèrent que c'est ce dernier qu'on promeut aujourd'hui, peut-être aux dépens d'une compréhension de la RC enrichie, par exemple, des sciences humaines et sociales.

4.2.1. La consommation de substances

Les problèmes posés au raisonnement expertal dans le contexte de la consommation de substances sont apparus évidents dans les analyses des rapports d'expertise et des entretiens. La revue de la littérature faite préalablement ne nous laissait pas penser que cet enjeu était aussi significatif, bien qu'on ait documenté cet élément comme un défi à l'évaluation (ACPD, 2023). En effet, dans 80% des cas analysés dans notre étude, il y a un diagnostic de troubles liés à l'usage de substances et dans 40%, la consommation de substances explique mieux qu'un trouble mental le comportement de l'accusé au moment du délit. Toutefois, seulement trois cas (8%) sont des psychoses induites par des substances et tous concluent à une opinion de RC. On ne peut toutefois pas interpréter ce dernier résultat comme une corrélation mais de futures études

pourraient se pencher sur le lien entre ces deux variables. De plus, les personnes interviewées s'entendent pour traiter la consommation de substances, même lorsqu'elle induit des symptômes psychotiques, au-delà de la dimension « volontaire » de l'intoxication (plus propice à rejeter la défense de NRCTM).

Si dans les rapports comme dans les propos des psychiatres légistes on s'en remet au Code criminel et à la jurisprudence (ex. pour des enjeux de consommation et le problème de l'automatisme) pour trancher la question de la RC, les doutes et les interrogations sur différents cas particuliers subsistent. C'est ce que les entretiens ont permis de mettre au jour : au-delà de la prise de position qui tend à se conformer à la jurisprudence, les propos des personnes participantes laissent entendre un processus réflexif en amont de la conformité à la jurisprudence. Celle-ci étant par définition en mutation, il est cohérent qu'on s'y conforme toujours pour statuer sur la RC tout en continuant de se questionner par ailleurs. L'analyse seule des rapports d'expertise ne nous aurait pas permis d'avoir accès à ces interrogations. Nous ignorons où ce genre d'exercice réflexif pourrait avoir lieu, mais il serait bénéfique que de tels espaces soient possibles au sein des institutions. On peut imaginer que des projets de recherche affiliés à l'INPL-PP pourraient constituer de tels espaces. Les échanges avec des professionnels d'autres disciplines (ex. sociologues, anthropologues, philosophes, etc.), par exemple sous forme de tables rondes ou de groupes de réflexion, pourraient aussi être une option.

On l'a vu, les problèmes rencontrés touchent principalement la « consommation volontaire » de substances, une notion sujette à discussion. Selon une personne participante, « *il y a des puristes qui disent: si la personne consomme même si elle était malade, elle devrait être trouvée responsable* », une observation que nous avons également pu faire en parcourant l'échantillon de rapports. Cela ne correspond toutefois pas à ce que les personnes interrogées disent de leur propre pratique. Au-delà des débats juridiques, sur le plan conceptuel, on peut déceler que les notions servant à articuler le sujet à son acte sont la volonté ou l'intention, et le lieu d'investigation est dès lors « l'intérieur » de l'individu. Cela participe d'une vision principalement individualisante à la fois de la criminalité et des troubles mentaux, soit une perspective qui ne prend pas en compte la possibilité qu'il y ait une responsabilité sociale dans les délits. Cela dit, les

entretiens que nous avons réalisés mettent moins l'accent sur la composante intentionnelle de la consommation pour trancher la question et davantage sur la discrimination entre maladie mentale et effets des substances, l'objectif étant d'analyser leur interaction au sein du tableau clinique.

4.3. Autour du thème de la situation sociale des personnes évaluées

Il y a quelques convergences entre les évalués dans les rapports de notre échantillon et les données socio-démographiques apparaissant dans le *Projet national des trajectoires sur les personnes déclarées non criminellement responsables pour cause de trouble mental au Canada* (Crocker et al., 2015b). Par exemple, la proportion d'hommes et de femmes est semblable (1/5 de femmes). Autre exemple, nos analyses sont cohérentes avec le *Projet national des trajectoires* en ce qu'elles démontrent qu'une population précaire est surreprésentée dans ces causes, bien que nos données suggèrent un portrait socio-économique encore plus défavorable que les données du *Projet national des trajectoires*. Il est difficile d'interpréter cette différence, qui relève peut-être de la différence de population (accusés CR et NCR dans notre étude) et de la taille de notre échantillon. Cependant, les proportions sont importantes dans les deux cas (rappelons que 20% des accusés dans notre échantillon sont en situation d'itinérance et plus de 85%, sans emploi). Au-delà de la question de la santé mentale, cela est cohérent avec les données issues des travaux concernant la « judiciarisation de la pauvreté » (Bernheim, 2019), c'est-à-dire par exemple la surreprésentation des populations marginalisées et en situation de précarité dans le système judiciaire. Au Québec, « les personnes judiciarisées en santé mentale vivent le plus souvent dans la précarité économique, sont peu scolarisées et sont marginalisées » (Bernheim, 2022) (sur la judiciarisation de la pauvreté, voir aussi Wacquant, 2004). Par ailleurs, il aurait été intéressant de comparer plus rigoureusement nos résultats avec ceux du *Projet national des trajectoires*, mais ce dernier se penche uniquement sur la population des accusés déclarés NCRTM, et d'autres problèmes se posent comme la manière différente dont les délits ont été catégorisés à des fins statistiques.

Par ailleurs, le nombre de délits contre l'administration de la justice est frappant : 43% des dossiers sont concernés. Une forte majorité d'entre eux (80%) aboutit à une opinion de NRC. Il s'agit d'un type de délit particulier car il participe d'une circularité de la judiciarisation (ex. une arrestation lors de laquelle un individu commet un nouveau délit, de nouvelles accusations alors que l'accusé est déjà au cœur de procédures judiciaires, etc.) et pourrait être vu comme participant à la sur-judiciarisation des populations désaffiliées et précarisées. On peut soulever des interrogations sur la pertinence d'un mandat d'évaluation de la RCTM pour des cas tels qu'un bris de condition, une omission de se conformer à une ordonnance et une entrave au travail des policiers (il serait à ce propos intéressant de comparer ce phénomène à d'autres juridictions canadiennes). Cela est toutefois cohérent avec les évaluations demandées pour des délits mineurs, qui sont fréquentes et expliquent en partie le grand nombre de verdicts de NRCTM au Québec. L'une des explications est qu'il est possible qu'une évaluation soit demandée pour ce type de délits dans l'espoir que la personne soit reconnue NRCTM et puisse entrer dans le circuit psychiatrique plutôt que faire des retours répétés dans le système judiciaire et en détention. Il s'agit ici d'une hypothèse qu'une remarque d'une personne interviewée permet d'appuyer.

Les entrevues ont permis d'étayer l'hypothèse qu'une évaluation de la RC peut avoir une fonction qui va au-delà du mandat de la Cour, notamment pour faciliter l'accès à des soins et services pour les accusés. Nos résultats suggèrent toutefois que le principe de l'« importance du soin » ne semble primer que dans un cas sur dix. On peut interpréter ces résultats en disant que, lorsqu'on cherche à faciliter la prise en charge psychiatrique ou psychosociale d'un individu, cela passe par une autre voie que le raisonnement de l'expert et davantage par les recommandations post-sentencielles et peut-être surtout, cela a-t-il lieu dans le cadre des procédures judiciaires elles-mêmes. Cela dit, cette fonction qu'on attribue à un rapport d'expertise sur la RCTM, dont le mandat n'est donc pas, du point de vue judiciaire, d'orienter l'accusé dans le système de santé ou de lui faciliter l'accès à des services, soulève des interrogations quant à l'influence sur la qualité et la composition du rapport ainsi qu'à propos des principes juridiques entourant la défense de NRCTM.

Au terme de l'analyse des données, nous avons conclu que la dimension sociale apparaissait – lorsqu'elle apparaissait – surtout comme un constat plus qu'un élément explicatif à la fois dans les évaluations, dans le traitement et dans la vision de ce que devrait être la prise en charge post-sentencielle. Par exemple, on se demande quels devoirs la société a envers les accusés NCR, comment concilier soin et sécurité publique, etc. Ces considérations méritent cependant d'être interrogées au-delà d'un simple constat, aussi désolée soit l'attitude qu'on puisse adopter à son égard. Il s'agit de déterminer dans quelle mesure il pourrait être problématisé afin d'enrichir la façon de comprendre la RC, voire de jouer un véritable rôle dans le processus d'évaluation de la RC. Nous proposons à cet effet quelques éléments d'analyse plus bas.

4.4. Considérations conceptuelles autour de la responsabilité criminelle

À la lumière de nos résultats, nous proposons pour introduire la dernière section de la discussion un condensé du fonctionnement de l'expertise en matière de RC et le situons dans le réseau conceptuel parfois implicite dans lequel il s'inscrit.

D'abord, cette pratique expertale cible spécifiquement l'état mental de l'individu, ce qui revient à dire : sa capacité de discerner et de juger. Celle-ci est généralement considérée comme étant entravée lorsqu'une symptomatologie psychotique touchant la perception de la réalité et la conscience de ses actes est suffisamment aiguë. L'essentiel des évaluations consiste donc à récolter et articuler ensemble des informations servant à se prononcer sur cette question, sa réponse commandant à son tour l'opinion sur la RC.

On remarque que la notion d'intention (*mens rea*) ne joue presque aucun rôle dans les raisonnements experts, bien qu'étant constitutive du concept légal de RC. Elle peut certes intervenir dans des contextes où la consommation de substances est discutée sous forme d'interrogation sur la « consommation volontaire », comme nous l'avons vu dans certains rapports. Toutefois, rappelons que le rôle de l'intention ou du caractère volontaire de la consommation était jugé négligeable par toutes les personnes interviewées. Ainsi, l'intention fait très rarement l'objet d'une discussion, alors qu'elle fut longtemps l'un des éléments sur lesquels reposait l'attribution de responsabilité (LeBel, 2009). L'imputation de la responsabilité d'un délit

nécessite l'élément intentionnel, en revanche l'exemption de responsabilité (la NRCTM) ne passe pas, selon les résultats de notre étude, par l'analyse de l'intention. On en conclue que dès que l'état mental de l'accusé soulève une interrogation et motive une évaluation de la RCTM, la *mens rea* pourtant semble devenir marginale. Cela est cohérent avec certaines positions soutenant que l'intention n'est pas utile pour déterminer la RC (Wilkins, 1985).

Ensuite, il est intéressant de mettre ce portrait en lien avec ce qui a constitué historiquement l'évaluation de la RC. Cela permet d'historiciser la pratique actuelle et d'en faire apparaître les contingences. Outre la question de l'acte volontaire ou involontaire que nous venons d'évoquer, mentionnons aussi le caractère moral de l'individu, la « nature » pervertie de l'individu, l'« anormalité » de l'auteur d'un crime et la « liberté de choix » entravée par l'aliénation mentale (Legault, s. d.) qui ont servi depuis le XIXe siècle à déterminer la responsabilité d'un individu à l'égard d'un crime qu'il a commis et qui se rencontrent plus dans les expertises. Certains pourraient cependant soutenir que ces éléments se sont transformés et revêtent aujourd'hui d'autres apparences, comme le soutiennent les travaux de Foucault sur les « anormaux » et le pouvoir psychiatrique (Foucault, 1999; 2003). Autre élément notable, le « discours sur soi » qu'on demandait à l'accusé afin de mesurer son intention et sa culpabilité (Guignard, 2008) nous semble généralement absent de la pratique actuelle. Certes, certains rapports offrent un aperçu d'un tel discours sur soi (et cela fait d'ailleurs partie d'une bonne pratique d'évaluation, selon une personnes interviewée), toutefois, il ne joue aucun rôle dans la détermination de l'intention ni du sentiment de culpabilité de la personne. À ce propos, il est rare que dans les rapports analysés la question de la culpabilité soit abordée et lorsqu'elle l'est, c'est en mentionnant que l'accusé nie les faits reprochés ou les minimise. Le degré de culpabilité ne semble avoir aucun poids dans la détermination de la RC.

En somme, l'objet de l'évaluation apparaît assez circonscrit dans l'expertise contemporaine : c'est la capacité de discerner et de juger. Au fond, il s'agit de statuer sur la capacité de l'individu à agir en fonction d'une perception adéquate de la réalité (discerner) et d'une appréciation de la légalité et/ou moralité de son acte (juger). L'intention de l'accusé, le sentiment de culpabilité, le degré de subjectivation de l'acte commis ou encore le récit de soi sont autant d'éléments qui sont très

largement absents des pratiques actuelles. Sans prôner un retour aux approches antérieures, disons que l'une des implications du déplacement que nous venons de décrire semble être une tendance à rétrécir l'étendue de la compréhension qu'on peut formuler des cas évalués, l'enjeu revenant souvent à évaluer le degré d'adéquation avec la réalité au moment du délit et guère davantage. Aussi problématique qu'ait pu être le traitement historique de la subjectivité des personnes souffrant de troubles mentaux et des auteurs de délits, le portrait que nous pouvons tracer de l'expertise contemporaine montre que la profondeur et la complexité subjectives des personnes évaluées ont peu d'importance. Si l'on essaie d'interpréter ce déplacement, on peut faire l'hypothèse que la tendance du rétrécissement du champ de l'évaluation aux seules capacités de discerner et juger peut répondre à une exigence de critères réputés plus objectifs pour la Cour.

4.4.1. Une narration individualisante

Nous venons de situer conceptuellement la responsabilité criminelle telle qu'elle se présente à la lumière de nos résultats, en essayant de tenir compte de son devenir historique. L'objet évalué (capacités de discerner et de juger), nous l'avons dit, exclut largement la part qu'on pourrait faire à la subjectivité des évalués, entendue au sens d'une singularité et de l'explication d'une « vie complexe » (Griffith et al., 2010). Or, il faut maintenant expliquer comment cela s'articule avec ce qu'on peut appeler la « narration individualisante » (de Lagasnerie, 2016) qui transparaît dans presque tous les rapports analysés. « Individualisante » signifie ici une compréhension qui repose sur des explications individuelles et qui écarte des explications susceptibles de socialiser l'acte délictueux et l'attribution de responsabilité. Autrement dit, il faut maintenant tenter d'interpréter pourquoi le prisme individualisant qui ressort de nos résultats ne coïncide pas avec une place plus grande accordée à la subjectivité des individus évalués.

Dans plusieurs dossiers analysés, on peine à discerner une personne derrière les informations et même derrière les propos de la personne évaluée. Cette personne se réduit fréquemment à ses antécédents judiciaires et/ou psychiatriques ; à la lecture, c'est la charpente d'un individu délinquant et/ou pathologique que l'on a comme portrait et guère davantage. On peut faire ici

un lien avec l'idée de Griffith et ses collègues (2010) selon laquelle la rédaction du rapport est en elle-même constitutive de l'évaluation de l'accusé : une manière de rédiger centrée sur (et parfois se réduisant à) la psychopathologie et les antécédents criminels a non seulement des effets sur les lecteurs, elle présente un individu dont la personnalité ne semble constituée que par ces éléments. Il est bien sûr utile d'avoir de telles informations et ils sont pertinents au regard du mandat de la Cour. Et évidemment, les psychiatres doivent répondre à une question précise et celle-ci n'est pas d'ordre sociologique. On peut toutefois se demander si, de ce fait, quelque chose se perd dans les évaluations de la RC.

Nuançons toutefois cette affirmation à partir de nos résultats. Nous avons rencontré dans l'analyse de quelques rapports et dans les propos d'une personne participante le souci de présenter l'accusé comme un sujet singulier et d'inclure des éléments n'ayant pas de rapport direct avec le délit ou la psychopathologie. Dans les remarques sur les voix des experts et des accusés au sein des rapports d'évaluation (cf. grille de cotation en Annexe A) que nous n'avons pas incluses dans la section des résultats, nous avons relevé plusieurs cas où l'expert présente différentes avenues explicatives, singularise l'individu (ex. en faisant une anamnèse dont les éléments rapportés ne concernent pas le délit ni la psychopathologie), fait preuve d'un souci clinique évident à la lecture sans minimiser le délit commis. Dans de tels rapports, on a le sentiment que la personne et son délits font l'objet d'un récit plus complexe et riche. Cela contribue également à une perception de l'expert comme étant plus modeste et soucieux d'exposer les ambiguïtés d'une situation. Ajoutons que les multiples voix prises en compte (i.e., les sources d'information) donnent une impression plus complète et nuancée de la situation décrite et de l'individu évalué.

Or, ces cas ne constituent pas la majorité des dossiers analysés. Nous maintenons donc qu'il y a un apparent paradoxe qui frappe cette narration individualisante et l'effet « anti-sociologique » qu'elle produit : c'est qu'elle ne résulte pas, dans la majorité des cas, en un portrait de la personne évaluée qui est individualisé, singulier et efficace dans sa tâche d'expliquer une « vie complexe » (Griffith et al., 2010). Bref, une narration individualisante équivaut rarement à un récit singularisé, rendant compte de la spécificité du sujet évalué. C'est que le terme « individualisante » ne

désigne pas ce qui rend compte de la singularité du sujet, il désigne plutôt l'effacement des forces externes (sociales, économiques, politiques, etc.) dans l'explication de l'acte individuel. La narration individualisante produit une double occultation : en occultant les facteurs sociaux dans la commission du délit, donc en se centrant exclusivement sur l'individu, elle occulte du même coup la singularité et la complexité du sujet. Les effets d'un tel discours ont été analysés d'un point de vue critique (Foucault, 2003; Foucault, 1999) : on pourrait y voir l'exercice d'un pouvoir (fut-ce à l'insu de ceux dont il émane) moins répressif que « normalisant », où l'on mettrait l'accent sur la façon dont le pouvoir médico-légal *produit* des sujets et moins sur la façon dont ils sont punis. La question devient alors celle du type de subjectivités produites (malades, délinquantes) et de leur traitement et leur insertion dans le système médico-judiciaire. Des travaux critiques célèbres (ex. Castel, 1981; Foucault, 2003; Foucault, 1999) soutiennent souvent que le rôle du savoir psychiatrique dans la justice pénale exerce un effet (et une violence) « normalisant » sur les individus, par exemple en occultant les sujets individuels dans le récit qui vise pourtant à les représenter pour l'instance judiciaire.

De Lagasnerie (2016) soutient pour sa part que la fonction du savoir psychiatrique et son usage médico-légal agiraient peut-être comme repoussoir contre le discours sociologique : se détournant des forces externes (socio-politiques) susceptibles d'expliquer l'acte d'un individu, on ne peut dès lors qu'en chercher les ressorts dans des forces internes à l'individu (intention, volonté, capacités de discerner et juger).

Ajoutons que nous avons rarement lu une tentative pour restituer aux lecteurs un sens à des actes apparemment insensés (Castel, 2010). Souvent, l'effet est plutôt celui d'une « accumulation de folie » qui a pour effet d'esquisser un individu réduit à sa folie et dont le caractère manifestement délirant des propos semble être présenté, surtout par un procédé d'accumulation, comme constituant à elle seule la preuve du non-sens de ses actes. À la lecture, nous voyons l'évidence d'un délire mais cela ne contribue nullement au sens que pourrait avoir l'acte commis. Il est intéressant de souligner que c'est autour du problème des « crimes sans motifs » (étranges, insensés) que les aliénistes se sont imposés dans le système judiciaire vers le milieu du XIXe siècle, en tant que « spécialistes du motif » (Guignard, 2008). Certes, même si cela aboutissait à une explication en termes de « folie de l'acte » éclaircissant l'acte inexplicable, on constate que ce

versant de l'expertise consistant à rendre ses raisons à un délit, même en apparence irraisonné, semble très largement absent de la pratique aujourd'hui.

Les paragraphes précédents nous amènent à suggérer qu'il y a un individualisme méthodologique latent dans l'expertise médico-légale sur la RC. Il s'agit de la position théorique consistant à décrire et expliquer les phénomènes sociaux par les propriétés et actions individuelles et par l'interaction entre des individus ; le fait social y est réduit au rapport d'un individu atomisé à un autre individu atomisé. Par exemple, un délit de voies de fait est compris comme l'action d'un individu atomisé sur un autre et de ce point de vue, l'individu est conçu et traité comme entité indépendante de ses interactions avec les autres. Cela diffère d'un holisme méthodologique, pour lequel un fait social est irréductiblement relationnel. Pour reprendre notre exemple, selon cette perspective, l'auteur des voies de fait et la victime sont unis par une relation (le délit) qui les détermine comme assaillant et comme victime, et ils n'existent pas comme tels en dehors de la totalité qu'est cette synthèse relationnelle (d'où l'appellation de « holisme »). Une autre forme de narration qu'une narration individualisante pourrait recourir au holisme méthodologique. On pourrait la qualifier de narration « structurale » (cf. de Lagasnerie, 2016) et elle aurait pour visée de rendre compte du contexte d'interaction dans lequel s'inscrit nécessairement le délit et la situation sociale de l'accusé. Elle changerait du même coup la compréhension de la responsabilité relative à cet acte et ouvrirait sur sa dimension collective.

La prise en compte de multiples voix au sein du rapport (Griffith et al., 2010) pourrait-elle contribuer à ce type de narration structurale ? Bien qu'essentielle à une bonne pratique d'évaluation, cela ne suffirait pas et il ne s'ensuit pas nécessairement que le résultat serait une narration structurale. Plusieurs voix, concordantes ou non, sur l'individu et le délit peuvent tout aussi bien construire une narration individualisante; il faudrait donc soumettre le traitement des différentes voix à une analyse du contexte d'interaction, tel que nous l'exposons dans la section qui suit.

On peut penser que l'inclusion d'autres professionnels (psychologues, criminologues, travailleurs sociaux, etc.) dans les évaluations pourraient élargir la compréhension de la personne évaluée. Rappelons que les rapports de notre échantillon font très peu appel à d'autres professionnels.

Cependant, cela demanderait des ressources sans doute beaucoup plus importantes. On peut même penser que des sociologues, philosophes, juristes et autres professionnels hors du champ psychiatrique pourraient contribuer à ce qu'une narration structurale soit possible. Celle-ci ne va pas sans remettre au cœur du débat la dimension sociale de la RC et présume qu'il y aurait une valeur à « comprendre » la personne évaluée selon ce genre de paramètres.

4.4.2. Socialiser la responsabilité criminelle ?

Il est frappant que les personnes interviewées semblent voir l'omniprésence de la précarité sociale et économique – qui, en effet, saute aux yeux – et que des études compilent des données soutenant empiriquement cette impression, mais que tout cela n'ait pratiquement aucun rôle dans l'analyse et le raisonnement expertal, tel que nous l'avons constaté à la fois dans les rapports d'évaluation et dans nos entretiens. C'est qu'on peut admettre des déterminants sociaux en matière de crime et de maladie mentale tout en ne leur donnant pas de poids dans un raisonnement expertal sur la RC. En même temps, il semble y avoir une grande réticence à la socialisation, à la « collectivisation » des problèmes relevant de la criminalité et de la maladie mentale. À plus forte raison, en faire valoir les aspects politiques (ex. la judiciarisation de la précarité) au sein de la pratique expertale semble encore plus ardu.

D'après le portrait que notre étude permet de tracer ainsi que la littérature recensée, on peut avancer que cet état de fait est compatible avec de bonnes pratiques d'évaluation et de rédaction : cela ne contrevient pas à la distinction des rôles expertal et médical, au respect du mandat d'évaluation, au recours à plusieurs sources d'information, au respect de certains critères formels dans la rédaction, etc. L'enjeu serait donc plutôt structurel : c'est la façon de concevoir la RC, son traitement judiciaire et, partant, ce que le mandat d'évaluation exige, qui forment ensemble un système à l'intérieur duquel la RC peut difficilement être autre chose qu'individuelle et désocialisée. Le social apparaît alors comme « un univers constitué de l'interaction de volontés individuelles » (Otero, Poupart & Spielvogel, 2004), c'est-à-dire que le « contexte d'interaction » (de Lagasnerie, 2016) est largement exclu dans le concept de RC ainsi que dans le raisonnement expertal pour statuer sur la question.

Comment pouvons-nous tenter d'interpréter cet état de fait? Si vivre en société signifie être constitué par nos relations et nos groupes d'appartenance, il s'ensuit que nous sommes impliqués d'une certaine manière dans ce qui arrive à chacun. De ce point de vue, la société dans son ensemble devrait toujours être, à certains égards, responsable des crimes qui s'y produisent. Quelque chose du social est à l'œuvre dans ce qui arrive dans un délit. Or, nous pouvons reprendre l'idée de Lagasnerie (2016) avançant que la responsabilité pénale *individuelle* sert non seulement à punir l'agent du crime, mais surtout, à ne pas punir tous les autres individus. Ce que Didier Fassin pour sa part, dans son travail sur la justice pénale, formule ainsi : « en mettant ainsi l'individu seul face à son acte, la société s'exonère elle-même de sa responsabilité dans la production et la construction sociale des illégalismes » (Fassin, 2017, p. 145). C'est ce que l'isolement de l'« état mental » comme seul critère d'évaluation de la RC contribue à produire.

Pensera-t-on tout de suite que, ce faisant, on déresponsabiliserait l'individu et qu'un crime demeurerait impuni ? Cela témoigne de la force de la narration individualisante sur nos façons d'envisager le crime et sa réponse pénale, et le ciment responsabilisant qui les unit dans la conception d'un individu libre et autonome. Une idée fortement attractive semble à l'œuvre ici : socialiser un délit et l'individu l'ayant commis reviendrait à le déresponsabiliser. Cette idée semble nous être inconcevable, voire insupportable, cela pour des raisons essentiellement conceptuelles et idéologiques. C'est ici que la perspective sociologique permet un type d'explication des actes individuels qui ne repose pas uniquement sur les catégories d'intention et de volonté individuelle, ni sur des capacités de discernement et de jugement, c'est-à-dire qui ne repose pas seulement sur des critères internalistes (soient-ils cognitifs ou moraux). Une conception différente de la responsabilité se rapporterait à ce que Bourdieu appelle « un système de facteurs complexes dont il faut évaluer le poids » et analyser l'interaction (cité par de Lagasnerie, 2016, p. 126). Ici, un autre changement est que l'importance du lien causal sur lequel repose l'imputation de responsabilité à l'agent d'un acte (X a commis un délit, donc X en est responsable) – et que seul un état mental troublé pourrait exonérer – n'est plus le socle sur lequel reposerait l'analyse. Le lien entre l'agent du délit et la cause du délit n'est pas un lien nécessaire (cf. Fauconnet, 1928). Les « facteurs complexes » dont le poids et l'interaction pourraient être

analysés nous situent hors de la tête de l'individu et ce, en situant l'individu dans un monde social (avec ses rapports de pouvoir, ses inégalités, ses institutions, etc.).

Pourrait-on imaginer une évaluation de la RC en ces termes ? Cette perspective peut nous paraître difficilement pensable. Soulignons qu'il ne s'agit pas ici d'une proposition pour changer la façon de réaliser des évaluation de la RCTM, ce qui serait un très vaste projet, mais plutôt une façon d'y intervenir « latéralement » en suggérant qu'un changement de perspective pourrait éventuellement avoir des répercussions sur la façon de traiter la notion de RCTM et son évaluation. Ce changement reposerait d'une part sur le choix de voir dans la responsabilité criminelle une responsabilité sociale (en s'appuyant sur des travaux et des données pertinentes) et d'autre part sur les outils d'analyse et de conceptualisation, comme l'analyse du contexte d'interaction ou encore ce que Fassin appelle « la part structurelle » et « la part circonstancielle de l'acte jugé », qui relèvent de « la dimension sociale [n'ayant] guère sa place dans la détermination de la responsabilité de l'auteur » dans nos façons actuelles de la traiter (Fassin, 2017, p. 142).

Des exemples donnés par Bourdieu (2012) dans *Sur l'État* nous aident à mieux imaginer ce qu'une analyse du contexte d'interaction permet. D'abord l'exemple de la transformation du traitement social de la maladie en termes de « risques collectifs et d'intérêt public » plutôt qu'en termes de « négligence et de faute » personnelle, qui a permis la collectivisation des risques et des stratégies de soins. Citons aussi l'exemple des accidents de travail, dont la responsabilité était imputée à la négligence de l'individu il y a un siècle et dont il semble aller de soi aujourd'hui qu'elle relève d'une responsabilité collective. Il s'agit là de sauts conceptuels ayant des effets très concrets sur les individus. Ces exemples montrent du même coup qu'il est possible de rendre compte d'un phénomène individuel en termes sociaux. On se rend compte que c'est l'« imputation de responsabilité qui construit la causalité [...] qu'elle prétend constater » (de Lagasnerie, p. 118) (i.e., l'agent du délit et le sujet responsable du délit qu'on relie par un lien de causalité).

Il n'est pas étonnant qu'on rencontre largement dans les pratiques d'évaluation de la RC, telles que les résultats de notre étude le suggèrent, une conception individualisante du crime, de la

maladie mentale et de la responsabilité. L'autonomie individuelle et les droits et devoirs individuels ont d'ailleurs été nommées par deux personnes dans nos entretiens pour signifier la préséance de l'individu sur le social dans la compréhension de la RC. L'une d'elles soutenait l'idée que la possibilité d'imputer la responsabilité d'un acte à un sujet est une question de dignité et elle posait cette possibilité comme le corrélat du respect des droits individuels. La primauté des libertés individuelles s'arrime à une « éthique de la responsabilité » (Protais, 2016) et la dignité morale et les droits individuels vont de pair avec un accroissement de la responsabilisation des individus à l'égard des transgressions de ces droits. Cette vision de la personne malade mentale comme un sujet ayant des droits individuels est la figure la plus récente, historiquement parlant, du « fou criminel », après la figure de l'aliéné à mi-chemin entre l'homme et l'animal, puis celle du « personnage dangereux » (Parent, 1999). Plus largement, il serait trop complexe d'exposer ici en quoi cela s'inscrit dans les transformations au long cours de l'individualisme dans nos sociétés modernes : on pourrait évoquer la façon dont a été institué le sujet responsable (le sujet pénal) dans les états modernes (Fauconnet, 1928), l'histoire de l'autonomie individuelle (Ehrenberg, 1991, 1995, 1998) et en quoi cette « exigence normative d'autonomie » (Otero, Poupart et Spielvogel, 2004) peut être liée à une forme d'explication des comportements qui met l'accent sur le rôle causal de l'agent individuel (Beauvois et Dubois, 1988).

Sans surprise, l'analyse souvent anti-sociologique de la RC conduit à ce que l'individu, dont on a une conception atomisée, c'est-à-dire comme pouvant être pris isolément de sa société, et l'investigation de ses capacités à juger et discerner prenne toute la place. L'expertise sur la RC, de façon générale, institue une perception anti-sociologique du monde, lequel est déshistoricisé et dépolitisé. Ce n'est bien sûr pas une intention ni une position explicitement adoptée par les psychiatres légistes, mais c'est néanmoins une interprétation que nous pouvons faire sur la base de nos résultats de recherche. À ce propos, les entretiens permettent de nuancer les résultats de l'analyse des rapports d'expertise sur la question du principe qui semble primer dans l'opinion finale. Dans plus de 4 cas sur 5, on notait que l'opinion s'appuyait sur le principe du « bon jugement expertal » et qu'un quart des conclusions s'appuyait sur une posture moralisante (rappelons qu'il y a parfois concomitance de deux principes). Ce qui transparait dans les rapports d'évaluation est majoritairement une posture professionnelle de l'expert (i.e., en appelant à la

définition légale du trouble mental, aux balises imposées par l'article de loi, à la jurisprudence), alors que dans le discours des personnes participantes, l'opinion morale semble avoir un poids équivalent à celle-ci. Nous n'imputons pas ici de croyances aux psychiatres sur une question qui n'a pas été abordée directement en entrevue, mais nous pouvons néanmoins avancer qu'il est possible de faire une expertise se soumettant aux balises légales tout en ayant des théories implicites d'ordre moral sur la responsabilité de l'individu, théories qui ne sont d'ailleurs pas strictement personnelles et idiosyncratiques, mais socialement partagées, que ce soit dans le milieu de formation et d'exercice professionnel, la classe sociale ou qu'il s'agisse d'idéaux moraux circulant dans l'espace social. À ce propos, d'après le travail de Protais (2016), les raisons fournies par les experts pour responsabiliser les malades mentaux varient et sont marquées par la socialisation professionnelle des psychiatres. Rappelons aussi qu'à travers nos entrevues, il semblait y avoir une attitude de vigilance par rapport au rôle soignant, une attitude qui visait à préserver la neutralité expertale. Toutefois l'inverse, soit une vigilance quant à la neutralité expertale, ne ressortait pas des entrevues. Il serait néanmoins pertinent d'étudier plus sérieusement en quoi la primauté du principe moralisateur (éthique de la responsabilité) et le principe du soin interagissent avec le respect du mandat de la Cour et des principes juridiques touchant la défense de NRCTM. Cela soulève la question de l'instrumentalisation des expertises et contre-expertises à d'autres fins que la défense juridique de NRCTM. Par ailleurs, on peut poser l'hypothèse d'une influence des disparités sociales entre une majorité des accusés et les experts psychiatres qui les évaluent. Est-ce que le rapport de classe pourrait aider à expliquer la façon dont les experts, qui jouissent d'une position sociale très favorisée, traitent la situation de précarité d'une grande part des accusés ? Il ne s'agit pas d'une hypothèse psychologique, mais encore ici d'une hypothèse portant sur la dimension structurelle et donc, comme c'est souvent le cas, non-volontaire et implicite dans les pratiques.

Enfin, lorsque le social apparaît dans les expertises, c'est moins du côté de l'évaluation que du côté de la sanction. Dans notre cas, on peut le repérer dans les recommandations post-sentencielles souvent faites en fin de rapport, là où la situation précaire peut être mentionnée, la difficulté d'accès aux soins suggérée, le manque de filet social documenté, etc. On le repère aussi dans le traitement de la dimension sociale de la RC axé sur le devoir collectif de prise en charge

psychiatrique des individus NRCTM ainsi que sur la conciliation du soin et de la sécurité publique. Bref, le caractère social de la responsabilité devient plus visible, c'est-à-dire pris en compte, lorsqu'on glisse vers la gestion du risque. Cela demeure cohérent avec une explication anti-sociologique de la RC, car il s'agit ou de soigner une pathologie individuelle ou de protéger la société contre l'individu. De plus, cela réitère la séparation, l'atomisation de l'individu par rapport à « la société » et jamais on ne mentionne que les déterminants sociaux pourraient être, eux aussi, l'objet d'un soin. Toutes ces questions touchent plus largement la sociologie de la justice et de la pénalité qui déborde le champ de notre étude. Néanmoins, il pourrait être pertinent d'articuler le versant problématique dans le traitement de la RC tel que nous l'avons présenté à des enjeux plus vastes, avec cette question en tête : pourquoi l'évaluation de la RC devrait-elle se baser uniquement sur le critère de l'état mental de l'individu ?

4.5. Limites de l'étude

Les principales limites de notre étude sont surtout liées à l'ampleur de la recherche pour un essai doctoral : taille des échantillons, analyses statistiques modestes et essentiellement descriptives. En conséquence, nous pensons avoir montré une prudence adéquate dans le cadre de cet essai quant à l'interprétation des résultats. Des analyses statistiques effectuées à partir des données issues des rapports d'expertise pourraient être plus poussées et se faire à partir d'un échantillon plus large que le nôtre.

L'attitude des personnes participantes à l'égard de leur pratique témoigne peut-être d'un biais d'échantillonnage, rendu visible après-coup. Nous avons constaté chez chacune d'entre elles une pratique réflexive déjà présente à propos de leur rôle expertal ainsi que sur les évaluations qu'elles réalisent. On peut supposer qu'une volonté de participer à une étude comme la nôtre est plus susceptible de se rencontrer chez des personnes pour qui notre problématique fait déjà l'objet d'interrogations personnelles. Pour tenter d'équilibrer ce biais dans de futures recherches, on peut imaginer des moyens pour atteindre les personnes qui seraient moins susceptibles de participer, comme une table ronde, un questionnaire à remplir ou bien inscrire les entretiens dans le cadre d'un projet d'auto-évaluation de l'institution sur ses pratiques expertales.

Enfin, le choix d'analyser des rapports d'expertise et de faire des entretiens individuelles laisse nécessairement de côté d'autres perspectives sur la RC, notamment celle des accusés.

4.6. Retombées de la recherche

Nous souhaitons que le milieu de recherche puisse profiter de nos résultats et que ceux-ci soient susceptibles d'influencer les pratiques qui y ont cours, notamment au niveau de la formation professionnelle et continue. Notre étude est susceptible d'avoir des retombées positives pour les experts psychiatres. Par exemple, ils peuvent bénéficier d'un portrait des rapports d'évaluation produits au sein de leur institution et nos résultats peuvent contribuer à la réflexion sur les pratiques d'évaluation de la RCTM, puis offrir des pistes pour bonifier la qualité des rapports (bien que nous ne formulons aucune recommandation dans cet essai). L'intérêt que toutes les personnes interviewées ont réitéré en entrevue pour les résultats de notre étude en montre la pertinence.

Puisque l'INPL-PP a un mandat d'enseignement (Université de Montréal), nous estimons que notre étude peut être utile à la formation des résidents en psychiatrie. En outre, les conclusions de notre étude concernant la rédaction des rapports d'expertise pourraient éventuellement servir à la formation d'autres professionnels qui sont appelés à la rédiger des rapports à l'intention des décideurs judiciaires (ex. psychologues, travailleurs sociaux), voire à améliorer la communication avec les acteurs judiciaires.

Les rapports d'évaluation ont des conséquences importantes sur la vie des accusés, en plus de servir de lien entre eux et l'appareil judiciaire. Bien que notre recherche ne les touche qu'indirectement, nous espérons qu'elle pourra avoir des retombées positives pour ces derniers, principalement en ayant une influence sur les pratiques d'évaluations auxquelles ils doivent se prêter ainsi que, par le biais de notre discussion, en traitant la place de leurs voix dans les évaluations auxquelles ils sont soumis et à la façon dont ils sont « présentés » aux lecteurs ayant un pouvoir décisionnel sur eux.

Enfin, nous souhaitons que cette recherche contribue à l'élargissement des connaissances dans le domaine de l'expertise psycholégale et servir à de futures études sur les évaluations de la RCTM

au Québec et, plus largement, aux domaines de recherche s'intéressant à des problématiques sociales, cliniques et légales affiliées (par ex. l'Observatoire en justice et santé mentale).

4.7. Futures recherches

Sachant qu'il y a une grande différence dans le nombre d'évaluation de la RCTM demandées entre le Québec et les autres provinces canadiennes, il serait intéressant d'étudier le phénomène dans d'autres juridictions du pays.

Étant donné la parution toujours en cours du guide de l'ACPD, on pourrait éventuellement faire une étude qui partirait des « principes » de la pratique qui y sont exposés, afin d'analyser les pratiques réelles (dans des rapports et par des entrevues). Il s'agirait ici d'employer une méthode différente de la nôtre mais qui a été adoptée dans certaines recherches dans le domaine psycholégal (Heilbrun, 2001; Heilbrun et al., 2007; Lander et Heilbrun, 2009). Un type de recherche adoptant une méthodologie différente, par exemple une approche pragmatiste, viserait à modifier au besoin les théories en fonction des pratiques, cela en prenant en compte ce que les acteurs disent de leur pratique et en analysant ce qui la sous-tend (ex. Fassin, 2017). (L'inverse consiste à partir des principes, des définitions instituées ou de l'idéal d'une pratique et de vérifier si ce que les gens font valident ce niveau conceptuel. Or, malgré des lignes directrices, des concepts institués, la pratique elle-même, dans les variations individuelles de chaque acteur, peut néanmoins montrer autre chose.) Par exemple, les experts psychiatres peuvent dire qu'ils ne font que respecter le mandat de la Cour selon la jurisprudence et dans la conformité à leur rôle d'expert, avec un souci professionnel de départager leurs rôles expertal et médical (ce que tendent à appuyer nos résultats). Mais c'est insuffisant car on doit mettre cela en relation avec la fonction qui leur est attribuée dans la détermination des sujets susceptibles d'être punis et pour quelles raisons (i.e., responsable ou non). Comme l'écrit Fassin, dans ce genre d'étude :

justifications [des acteurs] et interprétations [des chercheurs] se répondent et les scènes locales [les cas singuliers] doivent à chaque fois être comprises comme le produit de processus sociaux plus larges [...]. [Les pratiques] s'inscrivent toujours dans un contexte historique, culturel et politique qui les rend possibles. Articuler les deux niveaux – microsociaux et macrosociaux, si l'on veut – est essentiel pour éviter de réduire l'explication à des conduites ou des décisions individuelles et pour permettre de rendre compte des variations observées dans le temps et dans l'espace » (Fassin, 2017, p. 105).

Cet angle de recherche pourrait enrichir le volet critique que nous avons esquissé plus haut dans la discussion, en explorant en quoi les pratiques d'expertise médico-légale s'inscrivent dans des contextes socio-politiques déterminés dans lesquels sont formés et dans lesquels agissent les acteurs.

Par ailleurs, il aurait été intéressant de comparer, pour chaque évaluation, l'opinion du psychiatre avec le verdict du tribunal. Malheureusement, nombre d'obstacles rendent impossible d'explorer cette question dans le cadre du présent essai. D'après les personnes interrogées, rappelons que la vaste majorité des verdicts correspondraient aux opinions des experts.

De futures études pourraient se pencher sur la perspective des accusés sur le processus d'évaluation auquel ils sont soumis. Cela pourrait enrichir le *Projet national des trajectoires* (Crocker et al., 2015a; 2015b; 2015c). D'autre part, la perspective des acteurs judiciaires (juges, avocats) pourrait également être étudiée. Cela pourrait contribuer à combler les lacunes soulevées par toutes les personnes interviewées dans le cadre de notre étude concernant la communication entre les experts psychiatres et la Cour. On pourrait explorer davantage les perceptions des experts par rapport à leur rôle et mettre celles-ci en dialogue avec celles des décideurs judiciaires.

D'autres pistes de recherche pourraient articuler la problématique de la RC et ses pratiques d'évaluation à la justice pénale de façon plus globale. Les experts psychiatres ne sont pas en position de sanctionner, de punir, mais leur opinion médico-légale a un poids énorme et déterminant dans le verdict. Notre étude s'est penchée sur une pratique qui précède l'énoncé de la peine, bien qu'elle ait un rapport étroit avec celle-ci car elle détermine *qui* est punissable, c'est-à-dire imputable selon la loi, et est susceptible d'orienter les modalités de la peine prononcée (ce qui se lit dans les recommandations post-sentencielles habituellement présentées en fin de rapport). Or, comme des travaux sociologiques traitant des contextes étatsuniens et français le montrent, la problématique de la pénalité excède le contexte d'un simple procès ainsi que la question de la responsabilité (ex. Fassin, 2017; Garland, 1990). De plus, comme le montre Fassin (2017), il peut y avoir « châtement » même en étant non-responsable d'un délit, non sous la forme

d'une peine prononcée à l'issue d'un procès, mais dans les conditions sociales et les rapports de pouvoir favorisant les illégalismes et la judiciarisation de groupes marginalisés. Ajoutons à cela les obstacles jalonnant les trajectoires post-sentencielles (cf. Martin, 2019). Il s'agirait donc de situer la problématique que nous avons étudiée dans le contexte plus vaste d'une sociologie de la justice pénale.

CONCLUSION

Nous avons exploré les pratiques d'évaluation de la responsabilité criminelle au Québec à partir de l'analyse de dossiers et d'entrevues avec des experts psychiatres. Bien qu'étant une étude exploratoire, il s'agit à notre connaissance de la première étude au sujet de l'expertise sur la RCTM qui amorce une analyse conceptuelle du contenu des rapports d'évaluation et qui analyse le discours de psychiatres légistes sur leur pratique. Elle ouvre sur de futures études qui pourront tester et étoffer nos résultats de recherche et offre des pistes pour bonifier cette pratique expertale.

Le portrait descriptif de l'échantillon des rapports d'expertise, l'analyse de leur qualité, notamment selon les critères de pertinence et de cohérence, ainsi que la recension des éléments servant aux raisonnements des experts offrent un aperçu du produit des évaluations qui rend compte de leur fonctionnement interne et non pas seulement leur aspect formel. Les entretiens avec des experts psychiatres ont permis d'enrichir l'explication des pratiques d'évaluation et d'aborder des problématiques qui n'apparaissent pas nécessairement dans les rapports. Par exemple, rappelons le manque de rétroaction de la Cour sur les expertises a été nommé par les personnes interviewées. Il semble que sur ce point, il serait pertinent d'interroger l'ensemble des psychiatres experts et que des solutions concrètes seraient à portée de main afin de pallier cette faille (ex. simple document à remplir par la Cour)

Les principales failles formelles repérées dans les dossiers concernent des informations mal attribuées à leurs sources, des termes du jargon psychiatrique non définis, des confusions dans la division des informations en fonction de leur rôle dans le rapport (i.e., entre la portion des informations articulées entre elles et la portion de la formulation de l'opinion médico-légale), de même que des failles logiques dans la présentation des informations et dans le traitement des informations discordantes. Toutefois, on peut dire qu'au plan formel, la qualité des rapports analysés est plutôt bonne. Néanmoins, ce qui ressort de nos résultats est qu'il faut aller au-delà de ces critères formels pour bien rendre compte de la qualité des rapports d'expertise. Ainsi, au-delà des failles formelles, nous avons repéré des problèmes touchant des éléments de fond

comme la place et le poids des voix au sein du rapport, notamment le traitement de la voix des accusés, ainsi que ce que nous avons interprétée comme une tendance à la narration individualisante qui, nous semble-t-il, nous prive d'éléments essentiels pour analyser pleinement l'acte délictuel et l'attribution de responsabilité.

La consommation de substances s'est avérée être un point de tension récurrent autant dans l'analyse des rapports que dans les entretiens. Les résultats issus des dossiers montrent des différences dans la manière de traiter cette question malgré la jurisprudence, tandis que les psychiatres qui ont participé à notre étude s'entendent sur la façon de la traiter. Néanmoins, les entrevues ont permis de relever des questionnements à cet égard et il semble qu'il y ait là un point de tension entre les axes médical et légal de l'expertise : soit, d'un point de vue psychiatrique, l'intoxication comme faisant partie d'un tableau clinique versus ce qu'en dit la jurisprudence d'un point de vue légal. Cette tension ne bafoue pas nécessairement l'expertise médicolégale, mais suscite assurément des interrogations et des doutes sur la meilleure manière de rendre compte cliniquement de l'accusé tout en respectant la nature du mandat de la Cour.

L'interprétation des résultats a permis de mettre en lumière ce qui semble être une zone négligée de l'expertise sur la RCTM : sa dimension sociale. Celle-ci est parfois présente comme un décor sur fond duquel l'individu est présenté, mais ne joue aucun rôle explicatif dans le raisonnement expertal. À ce propos, un point important qui ressort de l'étude et qui mériterait d'être intégré à de futures recherches est qu'on ne peut sans doute pas se contenter d'approcher l'expertise médicolégale selon ses propres principes et critères de qualité; on peut récolter des données qui suggèrent une « bonne » pratique et laisser en plan des éléments importants constitutifs du fonctionnement de l'expertise, comme la dimension sociale (c'est ce que nous avons qualifié plus haut de dimension « structurelle »). Dans cette optique, il faudrait aussi connecter notre problématique à d'autres concernant la judiciarisation, les pratiques policières, le fonctionnement du tribunal et du Directeur des poursuites criminelles et pénales.

Les limites de cette étude relèvent principalement de la taille des échantillons et donc de l'extension possible de nos résultats. De futures recherches pourraient s'attarder à enrichir

l'analyse des rapports d'évaluation que nous avons entamée afin de voir si nos résultats sont généralisables et d'étendre les entrevues à un plus grand échantillon de psychiatres légistes.

ANNEXES

Annexe A : Grille de cotation pour les rapports d'expertise

No. de dossier :

Expert.e ayant fait l'évaluation :

INFORMATIONS SUR L'ÉVALUÉ.E

Age :

Sexe

Homme Femme Autre

Situation d'emploi

- Avait un emploi rémunéré au moment du délit*
- Sans emploi et recevant des prestations de sécurité sociale*
- Sans emploi et sans revenus*
- En situation d'itinérance*

Délit(s) pour le(s)quel(s) cette évaluation est demandée :

Diagnostic(s) posé(s) par l'expert.e dans le cadre de cette évaluation :

Opinion médico-légale de l'expert.e

Responsable *Non-responsable*

SOURCES D'INFORMATIONS

L'expert.e s'est entretenu avec l'évalué.e

Oui, une fois Oui, plus d'une fois Oui, imprécis Non

Autres sources consultées

- Rapport de police et/ou documents en lien avec l'enquête
- Rapport d'évaluation psychiatrique
- Rapport d'évaluation psychologique
- Rapport criminologique
- Entretiens avec du personnel soignant et/ou notes d'évolution depuis l'arrestation
- Dossier médical (archives)
- Membre(s) de la famille, amis et/ou proches de l'évalué.e
- Membre(s) de l'équipe traitante
- Entretiens avec du personnel du milieu de vie (ex. ressource communautaire)
- Autre (préciser) :

Utilisation de tests psychométriques pour cette évaluation

- Non Oui (préciser lesquels) :

ANALYSE FORMELLE DU RAPPORT

Le rapport est divisé en sections clairement identifiées.

- Oui Partiellement Non n/a

Division claire entre les informations rapportées et la formulation de l'opinion médico-légale.

- Oui Partiellement Non n/a

L'évalué.e a été informé.e de la procédure et la question du consentement a été soulevée.

- Oui Partiellement Non n/a

La procédure d'évaluation est décrite, la méthode est exposée.

- Oui Partiellement Non n/a

Cohérence des informations

Les informations sont présentées de manière logique (non contradictoires ou incohérentes).

Oui Partiellement Non n/a

S'il y a des informations et données discordantes ou contradictoires, elles font l'objet d'une discussion par l'expert.e.

Oui Partiellement Non n/a

Les informations rapportées par l'expert.e sont clairement associées à leurs sources.

Oui Partiellement Non n/a

Les observations sont distinguées des hypothèses interprétatives.

Oui Partiellement Non n/a

La formulation d'hypothèses sur le fonctionnement ou le comportement de l'évalué.e s'appuient sur les données recueillies (ex. tests, entretiens, documents consultés).

Oui Partiellement Non n/a

Les données issues de tests sont présentées selon leur signification normative.

Oui Partiellement Non n/a

Les données issues de tests sont interprétées de façon à nous informer sur la spécificité de l'individu évalué (i.e., pas uniquement selon leur signification normative).

Oui Partiellement Non n/a

Pertinence des informations

Les informations présentées dans le rapport sont pertinentes pour la formulation de l'opinion médico-légale (pas d'informations superflues).

Oui Partiellement Non n/a

S'il y a des informations superflues (non-pertinentes), celles-ci pourraient être préjudiciables pour l'évalué.e.

Oui Partiellement Non n/a

Les conclusions s'appuient exclusivement sur les informations contenues dans le rapport (pas de nouvelles informations dans la formulation de l'opinion médico-légale).

Oui Partiellement Non n/a

L'expert.e prend soin de définir les termes savants (jargon) en les rapportant à leur contexte dans l'évaluation.

Oui Partiellement Non n/a

ÉLÉMENTS SERVANT À CONSTRUIRE L'OPINION MÉDICOLÉGALE
--

- Les antécédents psychiatriques sont évoqués.

- Les antécédents criminels ou délictuels sont évoqués.
 - Le présent délit est présenté dans la continuité de l'historique criminologique.
 - On fait mention de traits antisociaux ou délinquants.

- Les traitements (thérapeutiques, pharmacologiques) sont évoqués.
 - On mentionne la difficulté de se conformer au(x) traitement(x).
 - Un changement dans la médication serait un élément décisif en lien avec le délit (ex. changement de médication, manquement dans la prise de médication).

- La symptomatologie au moment du délit est évoquée.

- Des symptômes psychotiques actifs au moment du délit sont évoqués.
 - Délire de type injonctif
 - Troubles de la pensée
 - Troubles de la perception de la réalité ou hallucinations
 - Délire de type persécutif
 - Symptômes maniaques
 - Trouble de l'humeur, composante affective, etc.
 - Autre
 - On parle de l'intensité des symptômes sans préciser leur type

- On parle de l'effet du trouble mental sur le comportement de l'individu *au moment du délit*.

- On parle de l'effet du trouble mental *sur la personnalité en général*.

L'évalué.e aurait agi selon des « traits de personnalité » (inclus les troubles du comportement, par ex. l'impulsivité) plutôt qu'un trouble mental.

Des symptômes liés à autre chose qu'à un trouble mental sont évoqués (une démence, une déficience intellectuelle, un trouble neurodéveloppemental). [*S'il y a des symptômes liés à la consommation de substance, cocher plus bas*]

On mentionne l'incapacité de distinguer le bien du mal, le légal de l'illégal.

On insiste sur le discernement moral : conscience de l'illégalité (de la loi, des interdits et des conséquences de les transgresser) et/ou conscience du bien et du mal (la teneur morale de l'acte).

On insiste sur le discernement cognitif (ex. perception de la situation lors des événements, altération du jugement, n'a pas de souvenirs des faits, etc.).

La consommation de substances est évoquée.

Elle explique mieux le comportement au moment du délit qu'un trouble mental.

Elle ne suffit pas à expliquer le comportement au moment du délit (ex. aggrave l'état de l'individu mais c'est le trouble mental prédomine).

Elle est mentionnée dans les habitudes de l'évalué.e mais pas en lien avec le délit.

On évoque des éléments psychosociaux pertinents (conditions de vie, précarité, manque d'accès aux services, absence de prise en charge thérapeutique, itinérance, sans emploi, éléments ethno-culturels pertinents, etc.).

- Quel principe semble primer dans la décision de l'expert.e?

Importance du soin, de la prise en charge, d'offrir un traitement.

Éthique de la responsabilité (i.e., position moralisante : il faut responsabiliser l'individu, qu'il assume son acte, etc.).

Le « bon jugement expertal » (se contente de répondre au mandat de la Cour selon la définition légale du trouble mental).

Autre (qualifier) :

VOIX DE L'EXPERT.E

Formulation(s) manquant de nuance (ex. « il s'agit d'un cas clair », « nul doute », « avec certitude », « on ne peut contester », « il est évident que »).

Jugement de valeur porté sur l'évalué.e (ex. donne l'impression à la lecture d'une personne odieuse, ahurissante, dangereuse, cruelle, irrécupérable, cas désespéré, etc.).

Évoque le(s) diagnostic(s) de façon non-individualisée (ex. « M. a un trouble bipolaire de type 1, les gens qui ont ce trouble ont telles caractéristiques, donc... »).

Formulation générale ou très succincte, impersonnelle, qui semble standardisée sans plus de justification (ex. « À la lumière des informations obtenues et des observations faites, nous concluons qu'au moment des faits, M. était atteint d'un trouble psychiatrique qui l'empêchait de distinguer le bien du mal »)

Se prononce sur la question légale (*i.e.* coupable ou non coupable) au-delà de la question psychiatrique.

Se prononce sur des questions qui dépassent la responsabilité criminelle (ex. dangerosité, réadaptabilité) [excluant les recommandations habituellement faites en fin de rapport]

Observations :

LA VOIX DE L'ÉVALUÉ.E

Un problème de communication est évoqué.

Refus de coopérer à l'évaluation, méfiance, attitude défensive.

Incapacité ou difficulté due à la symptomatologie ou à l'état général de l'évalué.e.

Autre :

Par rapport aux autres voix présentes dans le rapport, celle de l'évalué.e est :

Absente ou plutôt effacée

Présente mais moins prise en compte que les autres

En équilibre avec les autres

Au premier plan

Observations (crédibilité accordée à son discours, ce qui « passe » de son discours à l'audience, etc.) :

NOTES SUPPLÉMENTAIRES

Quelle(s) voix semble(nt) la ou les plus déterminante(s) dans la décision?

Passage(s) problématique(s) (citer) :

Remarques générales :

Annexe B : Guide d'entrevue semi-dirigée

Combien de temps avons-nous pour la rencontre?

Avez-vous des questions concernant le formulaire de consentement?

Présentation personnelle. Objectifs de recherche. Mon intérêt pour les rapports et sommaire des résultats préliminaires.

1. Information sur la personne interviewée.
 - a. Combien d'années d'expérience avez-vous comme psychiatre? Comme expert.e mandaté.e par la Cour? Avez-vous la sous-spécialité de psychiatre légiste? Est-ce une spécialisation qui vous plait?
 - b. Parmi tous les rapports d'évaluation que vous faites, quelle est la proportion de rapports d'expertise pour des affaires criminelles ?
 - c. Vous êtes-vous déjà questionné sur ces rapports, ces évaluations? Sur quoi vous êtes-vous interrogé?

2. Comment percevez-vous votre rôle dans le processus judiciaire?
 - a. Quelles tensions peut-il y avoir entre votre rôle de médecin psychiatre et votre rôle d'expert.e?
 - b. Quels sont les défis de communication avec l'appareil judiciaire ou d'autres instances, d'autres intervenants? Comment traitez-vous ces défis?
 - c. Au-delà de la demande qui vous est adressée par la Cour, celle de donner votre opinion médico-légale sur la RC, quel sens donnez-vous à vos mandats d'évaluation? Avez-vous l'impression d'aller au-delà du mandat d'évaluation?

[Idées de relance : Sentez-vous que vous avez la tâche de restituer aux lecteurs un sens, un contexte, etc. à des actes parfois apparemment insensés? Que vous devez parfois favoriser l'accès à des services?]

3. Pourriez-vous résumer votre apprentissage du processus d'évaluation et de rédaction psycholégales?
 - a. Quelles difficultés rencontrez-vous dans la rédaction? Quelles ont été vos solutions?
 - b. Êtes-vous déjà tombé sur un rapport dont la qualité laissait à désirer? Quelles étaient les failles? Quand vous tombez sur un tel rapport, comment avez-vous l'impression qu'on pourrait améliorer les pratiques?
 - c. Comment les défis de communication évoqués plus tôt vous forcent-ils à adapter vos pratiques rédactionnelles? Avez-vous en tête d'adapter votre rapport à des lecteurs qui ne sont pas familiers avec le jargon psychiatrique, par exemple?

4. Quelles sont vos impressions sur l'utilité de ces rapports?
 - a. Quelles sont les motifs pour demander une contre-expertise et quelle est sa réelle utilisation et sa réelle utilité?
 - b. Les rapports peuvent-ils servir à guider d'autres intervenants?

Introduire la question de la responsabilité criminelle.

Est-ce que la notion de responsabilité criminelle soulève des interrogations pour vous? Quels sont les aspects qui suscitent des réflexions?

5. Pour vous, qu'est-ce qui pèse le plus dans le raisonnement pour arriver à formuler une opinion médicolégale sur la responsabilité criminelle?
 - a. Quels sont les éléments nécessaires et suffisants pour conclure qu'un individu est non-responsable ?

b. *Laisser parler, puis* : Donnez un pourcentage (estimez le poids) pour les différents éléments.

6. Quelles sont vos impressions sur la patientèle que vous évaluez?

a. À votre avis, pourquoi ces personnes se retrouvent-elles dans ces situations?

b. Comment traitez-vous les variables sociales (précarité sociale, économique, éléments culturels et ethniques) dans vos évaluations ?

c. On statue sur la responsabilité criminelle d'un point de vue individuel. En songeant aux évaluations que vous avez faites et à celles que vous avez lues, quelle est votre opinion sur la responsabilité sociale lorsque criminalité et troubles mentaux sont mêlés ? [Si vous croyez qu'elle est pertinente, comment pourrait-on faire place à cette dimension sociale de la responsabilité?]

Annexe C : Autorisation de consulter les dossiers médicaux



Le 8 septembre 2021

Monsieur Etienne Pelletier
Chercheur titulaire
Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel
10905, boul. Henri-Bourassa Est
Montréal, QC, H1C 1H1

Autorisation de consulter les dossiers médicaux dans le cadre du projet de recherche « La responsabilité criminelle en cas de troubles mentaux : Explorer les pratiques d'évaluation à travers l'analyse de rapports d'expertise et d'entrevues avec des experts psychiatres »

M. Pelletier,

Nous désirons vous informer que nous autorisons l'accès aux dossiers médicaux à votre équipe de recherche, et ce, sans l'autorisation signée des usagers tel que le prévoit l'article 19.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux :

19.2. Le directeur des services professionnels d'un établissement ou, à défaut d'un tel directeur, le directeur général peut autoriser un professionnel à prendre connaissance du dossier d'un usager, à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche.

Le directeur doit cependant, avant d'accorder une telle autorisation, s'assurer que les critères établis par l'article 125 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels ([chapitre A-2.1](#)) sont satisfaits. Il doit refuser d'accorder son autorisation s'il est d'avis que le projet du professionnel ne respecte pas les normes d'éthique ou d'intégrité scientifique généralement reconnues.

L'autorisation doit être limitée dans le temps et elle peut être assortie de conditions. Elle peut être révoquée en tout temps si le directeur a des raisons de croire que le professionnel autorisé ne respecte pas le caractère confidentiel des renseignements ainsi obtenus ou ne se conforme pas aux conditions imposées ou aux normes d'éthique ou d'intégrité scientifique généralement reconnues.

Cette autorisation est valide pour la durée du projet de recherche exclusivement ou pour une période d'un an à compter d'aujourd'hui.

Je vous suggère de prendre contact avec Mme Elizabeth Mandeville, chef du Service des archives médicales à l'Institut, qui pourra vous aider quant à l'organisation de la consultation des dossiers médicaux.

Veuillez agréer, M. Pelletier, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Kim Bédard Charette, M.D., FRCPC
Directrice des Services professionnels
Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

c. c. Elizabeth Mandeville, chef du Service des archives médicales INPLPP

Page 1 sur 1

Annexe D : Certificat d'approbation éthique (UQAM)

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : La responsabilité criminelle en cas de troubles mentaux : Explorer les pratiques d'évaluation à travers l'analyse de rapports d'expertise et d'entrevues avec des experts psychiatres

Nom de l'étudiant : Etienne Pelletier-Montpetit

Programme d'études : Doctorat en psychologie profil professionnel

Direction(s) de recherche : Joao Da Silva Guerreiro

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année au plus tard un mois avant la date d'échéance (**2023-06-20**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Sylvie Lévesque
Professeure, Département de sexologie
Présidente du CERPE FSH

Annexe E : Certificat d’approbation éthique (CIUSSS Douglas)



Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

PAR COURRIEL ÉLECTRONIQUE

Montréal, le 6 août 2021

João Da Silva Guerreiro, Ph.D.
Chercheur principal
Professeur régulier
Département de psychologie
Université du Québec à Montréal

Objet: Approbation éthique et scientifique finale du projet IUSMD-21-04_Pinel, «La responsabilité criminelle en cas de troubles mentaux : Explorer les pratiques d'évaluation à travers l'analyse de rapports d'expertise et d'entrevues avec des experts psychiatres» Organisme subventionnaire : Faculté des sciences humaines de l'UQAM (Programme d'appui facultaire aux nouveaux professeurs-chercheurs)

Docteur Da Silva Guerreiro,

Comme vous le savez, l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel a délégué l'évaluation éthique de ses projets au Comité d'éthique de la recherche (CER) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal – sous-comité Santé mentale et neurosciences. Nous sommes heureux de vous informer que le protocole susmentionné a reçu une évaluation éthique et scientifique favorable du CER du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Cette approbation est valide pour une période d'un an du 6 août 2021 au 6 août 2022 pour l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.

Cette évaluation a suivi un processus accéléré réalisé par le membre délégué du CER le 5 août 2021.

Le président du CER confirme également que vous avez déposé les documents requis pour établir que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen scientifique dont le résultat est positif. Les documents suivants ont été approuvés :

- Approbation scientifique finale-IUSDM-21-04.pdf, daté le 22 avril 2021
- Budget associé au projet de recherche E_Pelletier.docx, non daté
- certificat éthique de la recherche.pdf, daté le 11 novembre 2020
- Devis de recherche Etienne Pelletier MODIF (clean).docx, daté le 28 mai 2021
- E_Pelletier CV.docx, non daté
- E_Pelletier formulaire-demande-dévaluation-dune-nouvelle-activité-de-recherche.pdf, signé le 8 janvier 2021
- INFO ET CONSENTEMENT JUIN 21.doc, daté le 21 juillet 2021
- Liste de projets en cours.docx, daté le 6 janvier 2021
- Réponses CER Pelletier Etienne.docx, non daté

6875, boulevard LaSalle, FBC 1116
Montréal (Québec) H4H 1R3
Téléphone : 514 761-6131 poste 2708
www.ciuss-ouestmtl.gouv.qc.ca

Conformément à toutes les lois et directives applicables, le CER est responsable de la surveillance éthique continue de ce projet de recherche. En tant de chercheur principal, vous êtes obligé de:

1. S'assurer que les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche sont respectées. À l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, le chercheur est responsable de maintenir une liste à jour des participants à la recherche, qui peut être transmis sur demande dans un délai minimal au CER ou à l'établissement;
2. Soumettre au CER, aux fins d'approbation préalable, toute modification autre qu'administrative apportée au projet de recherche, sauf si la modification est nécessaire afin d'éliminer un danger immédiat pour les sujets de recherche. Dans ce dernier cas, le CER en sera avisé dans les meilleurs délais;
3. Notifier au CER, dans les meilleurs délais, tout incident thérapeutique ou toute réaction indésirable graves pouvant être liés au médicament d'expérimentation ou au produit de santé naturel ou, selon le cas, tout accident lié à une procédure du projet;
4. Notifier au CER, dans les meilleurs délais, tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'éthicité du projet de recherche ou, encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation au projet;
5. Communiquer au CER, dans les meilleurs délais, toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme subventionnaire ou de réglementation;
6. Communiquer au CER, dans les meilleurs délais, toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies;
7. Communiquer au CER, dans les meilleurs délais, tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question soit l'éthicité du projet, soit sa décision;
8. Remettre au CER, dans les meilleurs délais, un rapport concernant l'interruption prématurée, temporaire ou définitive, du projet dans un site ou dans tous les sites, rapport dans lequel il indiquera la nature et les motifs de cette interruption ainsi que les répercussions que celle-ci aura sur les sujets de recherche, le cas échéant;
9. Remettre au CER un rapport annuel faisant état de l'avancement de la recherche, dans son ensemble, un mois la date de renouvellement annuel de l'approbation éthique;
10. Remettre au CER évaluateur, dans les meilleurs délais, un rapport final faisant état des résultats de la recherche;
11. Conserver de façon adéquate et pour une durée déterminée de 7 ans, aux fins du suivi continu, les documents se rapportant à la recherche.

Pour toute question concernant ce projet, ou pour obtenir les formulaires ou procédures pour le suivi continu, veuillez contacter le bureau du CER par téléphone au 514 761-6131, poste 2708 ou par courriel (cer.reb@douglas.mcgill.ca). Vous pouvez également les télécharger sur notre site : <https://douglas.research.mcgill.ca/fr/suivi-continu>

En terminant, nous vous prions de bien vouloir mentionner dans toute correspondance le numéro attribué à votre projet par le CER (IUSMD-21-04_Pinel).

Veillez noter que vous ne pouvez pas commencer à travailler sur cette étude avant d'avoir reçu une lettre d'autorisation signée par la personne mandatée pour autoriser la recherche dans l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.

Vous remerciant de votre excellente collaboration, veuillez agréer nos plus sincères salutations,



Rebecca MacDonald, M.A.
Agente de planification, programmation et recherche – éthique de la recherche
Direction des affaires universitaires, enseignement et recherche
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

De la part de:
Joseph Rochford, Ph.D.
Président, Comité d'éthique de la recherche – sous-comité Santé mentale et neuroscience
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

P.j. Documents approuvés (zip)

cc: Étienne Pelletier-Montpetit, étudiant au doctorat
Jeanne Vachon, Adjointe à la directrice de la recherche et de l'enseignement universitaire
Karine Harnois, Agente administrative, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel
Manon Boily, Personne mandatée, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel
Guichet unique de la recherche, CIUSSS-ODIM

RÉFÉRENCES

- Association Canadienne de psychiatrie et droit (ACPD) (2023). *Canadian Guidelines for Forensic Psychiatry Assessment and Report Writing: Criminal Responsibility*.
- Anadón, M. (dir.) (2007). *La recherche participative : multiples regards*. Presses de l'Université du Québec.
- Appelbaum, K. L. (2010). Commentary: The art of forensic report writing. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 38(1), 43–45.
- Arboleda-Flórez, J., & Weisstub, D. N. (2006). Psychiatrie médico-légale. Envergure, responsabilités éthiques et conflits de valeurs. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 193–213.
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. PUF.
- Beauvois, J. E. L., & Dubois, N. (1988). The norm of internality in the explanation of psychological events. *European Journal of Social Psychology*, 18(4), 299-316.
- Bernheim, E. (2008). Le psychiatre devant le juge : entre pragmatisme et captivité, une communication aléatoire. *Canadian Journal of Law & Society/La Revue Canadienne Droit et Société*, 23(1-2), 39-61.
- Bernheim, E. (2018). Les experts « psy » en justice. Dans Claveau, F., & Prud'homme, J. (dir.), *Experts, sciences et sociétés*. Presses de l'Université de Montréal.
- Bernheim, E. (2019). Judicialisation de la pauvreté et non-accès aux services juridiques : quand Kafka rencontre Goliath ». *Reflets*, 25(1), 71-93.
- Borum, R., & Grisso, T. (1996). Establishing standards for criminal forensic reports: an empirical analysis. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 24, 297–317.
- Bouley, D., Massoubre, C., Serre, C., Lang, F., Chazot, L. et Pellet, J. (2002). Les fondements historiques de la responsabilité pénale. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 160(5-6), 396-405. Elsevier Masson.
- Bourdieu, P. (2012). *Sur l'État : cours au Collège de France*. Seuil.
- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27-40.
- Brown, T. R., & Murphy, E. R. (2010). Through a scanner darkly: functional neuroimaging as evidence of a criminal defendant's past mental states. *Stanford Law Rev*, 62, 1119–20.
- Brunet, L. (dir.) (2014). *L'Expertise psycholégale* (2e éd.). Presses de l'Université du Québec.

- Castel, P.-H. (2009). *L'Esprit malade : cerveaux, folies, individus*. Les Éditions d'Ithaque.
- Castel, R. (1981). *La gestion des risques*. Éditions de Minuit.
- Code criminel canadien, L.R.C. 1985, c. C-46.
- Connelly, L. M. (2016). Trustworthiness in Qualitative Research. *Medsurg Nursing*, 25(6), 435-436.
- Crocker, A. G., Caulet, M., Charette, Y., Nicholls, T. L., Seto, M. C., Côté, G., Wilson, C. M. & Salem, L. (2014). Non responsable criminellement pour cause de troubles mentaux : vers des pratiques et des politiques informées. Dans *La non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux*. Édition Yvon Blais.
- Crocker, A.G., Nicholls T. L., Seto, M. C., Charette, Y., Côté, G. & Caulet, M. (2015a). The National Trajectory Project of Individuals found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder in Canada: Part 1-Context and Methods., *60(3)*, 98-105.
- Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Seto, M. C., Charette, Y., Côté, G., & Caulet, M. (2015b). 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.
- Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Seto, M. C., Charette, Y., Côté, G., & Caulet, M. (2015c). 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. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(3), 117-126.
- De Bonis, M., & Bourcier, D. (1999). *Les paradoxes de l'expertise : savoir ou juger ?*. Institut Sythélabo pour le progrès de la connaissance.
- De Lagasnerie, G. (2016). *Juger. L'État pénal face à la sociologie*. Fayard.
- Fassin, D. (2017). *Punir. Une passion contemporaine*. Seuil.
- Fauconnet, P. (2023). *La responsabilité : étude de sociologie*. PUF. [1928]
- Foucault, M. (1999). *Les anormaux: cours au Collège de France (1974-1975)*. Seuil.
- Foucault, M. (2003). *Le pouvoir psychiatrique : cours au Collège de France (1973-1974)*. Seuil.
- Garland, D. (1990). *Punishment in Modern Society, A Study in Social Theory*. Clarendon Press.
- Gkotsi, G. M., & Gasser, J. (2016). Critique de l'utilisation des neurosciences dans les expertises psychiatriques: le cas de la responsabilité pénale. *L'Évolution Psychiatrique*, 81(2), 434-445.

- Godbout, E., Poitras, P., & Guerreiro, J. (2020). L'interprétation du principe du meilleur intérêt de l'enfant dans la pratique psychosociale et juridique [Interpretation of the principle of the child's best interest in psychosocial and legal practice]. In K. Poitras et P. Gagnon (Eds.). *Psychologie et droit* (pp. 269-293). Éditions Yvon Blais.
- Graham, J. R., & Naglieri, J. A. (2003). *Handbook of psychology. Volume 10: Assessment psychology*. John Wiley & Sons.
- Griffith E. E. H., & Baranoski, M. V. (2007). Commentary: The place of performative writing in forensic psychiatry. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 35, 27–31.
- Griffith, E. E. H., Stankovic, A., & Baranoski, M. (2010). Conceptualizing the forensic psychiatry report as performative narrative. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 38, 32–42.
- Grisso, T. (2010). Guidance for improving forensic reports: A review of common errors. *Open Access Journal of Forensic Psychology*, 2, 102–115.
- Guerreiro, J. (2013). *Exploration of Implicit Theories in the Formation of Expert Opinion in Portuguese Criminal Law* (thèse doctorale). Université de Montréal.
- Guerreiro, J., Casoni, D., & Santos, J. C. (2014). Relevance and Coherence as Measures of Quality in Forensic Psychological Reports. *Psychiatry, Psychology and the Law*, 21(6), 890-902.
- Guignard, L. (2008). Les lectures de l'intériorité devant la justice pénale au XIXe siècle. *Romantisme*, 141(3), 23-35.
- Hecker, T., & Steinberg, L. (2002). Psychological evaluation at juvenile court disposition. *Professional Psychology*, 33, 300–306.
- Heilbrun, K., & Collins, S. (1995). Evaluations of trial competency and mental state at the time of offense: Report characteristics. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 61–67.
- Heilbrun, K. (2001). *Principles of forensic mental health assessment*. Kluwer Academic/Plenum.
- Heilbrun, K., Marczyk, G., DeMatteo, D., & Mack-Allen, J. (2007). A principles-based approach to forensic mental health assessment: Utility and update. In A. M. Goldstein (Ed.), *Forensic psychology: Emerging topics and expanding roles* (pp. 45–72). Wiley.
- Hoffman, B. F. (1986). How to Write a Psychiatric Report for Litigation Following a Personal Injury. *American Journal of Psychiatry*, 143, 164-169.
- Jensen, D. (2008). The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods. DOI: 0.4135/9781412963909

- LaFortune, K. A., & Nicholson, R. A. (1995). How adequate are Oklahoma's mental health evaluations for determining competency in criminal proceedings? The Bench and the Bar respond. *Journal of Psychiatry and Law*, 23, 231–262.
- Lander, T., & Heilbrun, K. (2009). The content and quality of forensic mental health assessment: Validation of a principles-based approach. *International Journal of Forensic Mental Health*, 8, 115–121.
- Latimer, J. & Lawrence, A. (2006). *The Review Board Systems in Canada: Overview of Results from the Mentally Disordered Accused Data Collection Study*. Ottawa : Department of Justice Canada.
- LeBel, L. (2009). La consolidation des fondements de la responsabilité pénale en droit criminel canadien depuis l'entrée en vigueur de la *Charte des droits et libertés*. *Les cahiers de Droit*, 50(3-4), 735-748.
- Legault, C. (s. d.). Comprendre le « criminel fou » dans la France du XIXe siècle : le meurtre Jobard (1851). *Strata : revue d'histoire des étudiants diplômés de l'Université d'Ottawa*.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications.
- Livingston, J. D., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., & Seto, M. C. (2016). Forensic mental health tribunals: A qualitative study of participants' experiences and views. *Psychology, Public Policy, and Law*, 22(2), 173-184.
- Loiselle, C. G., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Éditions du Renouveau pédagogique.
- Louan, E., Webanck, T. & Senon, J. (2013). L'évaluation du malade mental auteur d'infraction dans le système judiciaire québécois. *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 2(2), 271-293.
- Martin, S. (2019). *Non responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux : Comparaison des pratiques de supervision des Commissions d'examen aux peines prononcées dans le système pénal* [mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/23719/Martin_Sandrine_2019_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Melton, G. B., Petrila, J., Poythress, N. G., Slobogin, C., Otto, R. K., Mossman, D., & Condie, L. O. (2017). *Psychological Evaluations for the Courts: A Handbook for Mental Health Professionals and Lawyers*. Guilford Publications.
- Millaud F., & Dubreucq, J. L. (2012) Les outils d'évaluation du risque de violence : avantages et limites. *L'Information psychiatrique*, 88, 431-437.

- Moran, J. E. (2014). Mental disorder and criminality in Canada. *International journal of law and psychiatry*, 37(1), 109-116.
- Norko, M. A., & Buchanan, A. (2017). Forensic psychiatric report writing. Dans Rosner, R., Scott, C. L., & Raton, B. (dir.), *Principles and Practice of Forensic Psychiatry* (3e éd.). CRC Press.
- Ogloff, J. R. P., & Douglas, K. S. (2003). Psychological assessment in forensic settings. In J. R. Graham, J. A. Naglieri, & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology, volume 10: Assessment Psychology* (pp. 345–363). New York: Wiley.
- Otero, M. (2007). « Le psychosocial dangereux, en danger et dérangent : nouvelle figure des lignes de faille de la socialité contemporaine », *Sociologie et sociétés*, vol. 39, 2007, n° 1.
- Otero, M., Poupart, J., & Spielvogel, M. (2004). Sortir et s'en sortir. La montée de la norme d'autonomie dans les trajectoires de retour à la communauté des ex-détenus. Poupart, J. (Éd.), *Au-delà du système pénal: l'intégration sociale et professionnelle des groupes judiciairisés et marginalisés*. Presses de l'Université du Québec, 61-82.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2017). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Parent, H. (1999). *Responsabilité pénale et troubles mentaux : histoire de la folie en droit pénal français, anglais et canadien*. Éditions Yvon Blais.
- Petrella, R.C., & Poythress, N. G. (1983). The quality of forensic evaluations: an interdisciplinary study. *The Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 76–85.
- Poirier, R. (2002). Les rapports de communication entre experts et juristes : les enjeux implicites. *Interaction entre le droit et les sciences expérimentales : la preuve d'expertise. Actes du colloque, 15 mai 2001*. Éditions R.D.U.S.
- Pollack S. (1974). *Forensic Psychiatry in Criminal Law*. Los Angeles: University of Southern California.
- Poythress, N. G., Otto, R. K. & Heilbrun, K. (1991). Pretrial evaluations for criminal courts: Contemporary models of service delivery. *The Journal of Mental Health Administration*, 18(3), 198-208.
- Redding R. E., Floyd M. Y., & Hawk G. L. (2001). What judges and lawyers think about the testimony of mental health experts: A survey of the courts and bar. *Behavioral Science and the Law*, 19, 583–94.
- Robbins, E., Waters, J., & Herbert, P. (1997). Competency to stand trial evaluations: a study of actual practice in two states. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25, 469–483.

- Roy, R., Fugère, R., Bédard-Charrette, K., et Gagné, P. (2016). Psychiatrie légale – droit criminel et pénal. Dans Lalonde, P. et Pinard, G. F. (dir.) *Psychiatrie clinique* (tome II). Chenelière Éducation.
- Ryba, N. L., Cooper, V. G., & Zapf, P. A. (2003). Juvenile competence to stand trial evaluations: A survey of current practices and test usage among psychologists. *Professional Psychology, 34*, 499–507.
- Simon, R. (2007). Authorship in forensic psychiatry: a perspective. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and Law, 35*, 18-26.
- Skeem J. L., & Golding, S. L. (1998). Community examiners' evaluations of competence to stand trial: Common problems and suggestions for improvement. *Professional Psychology, 29*, 357–367.
- Skeem, J. L., Golding, S., Cohn, N., & Berge, G. (1998). Logic and reliability of evaluations of competence to stand trial. *Law and Human Behavior, 22*, 519–547.
- Wacquant, L. (2004). *Punir les pauvres: le nouveau gouvernement de l'insécurité sociale*. Agon.
- Weinstock R. (2013). The forensic report – An inevitable nexus for resolving ethics dilemmas. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 41*, 366–373.
- Wettstein, R. (2005). Quality and quality improvement in forensic mental health evaluations. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 33*, 158-175.
- Wettstein, R. (2010). Commentary: Conceptualizing the forensic psychiatry report. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law, 38*, 46-48.
- Wilkins, B. T. (1985). Intention and Criminal Responsibility. *Journal of applied philosophy, 2*(2), 271-278.