

Université de Montréal

Étude de l'interaction entre les principes de la justice thérapeutique et l'achèvement des
Programmes d'accompagnement justice et santé mentale du Québec

Par

Maude Boucher-Réhel

École de Criminologie, Faculté des études supérieures et postdoctorales

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise en criminologie option mémoire

Août 2023

© Maude Boucher-Réhel, 2023

Ce mémoire intitulé

**Étude de l'interaction entre les principes de la justice thérapeutique et l'achèvement des
Programmes d'accompagnement justice et santé mentale du Québec**

Présenté par

Maude Boucher-Réhel

A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes

Catherine Arseneault

Président-rapporteur

Chloé Leclerc

Directeur de recherche

Yanick Charette

Codirecteur

Audrey-Anne Dumais Michaud

Membre du jury

Résumé

La désinstitutionnalisation des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale dans les années 60 au Canada a eu comme conséquences de rendre ces personnes plus susceptibles de se retrouver à la rue faute de services et leurs contacts avec les autorités policières ont augmenté. Face à la surreprésentation de personnes atteintes de troubles mentaux dans le système de justice et la reconnaissance que le système de justice traditionnel n'est pas adapté pour ce type d'accusés, des tribunaux de santé mentale (TSM) commencent alors à émerger. Au Québec, le premier TSM à voir le jour est le Programme d'accompagnement justice et santé mentale (PAJ-SM) à la Cour municipale de Montréal en 2008. Des questions résident autour de l'efficacité de ces tribunaux dont l'achèvement aurait pour effet de réduire le risque de récidive des accusés.

Objectif : Le principal objectif de cette étude est de comprendre le lien entre les principes de la justice thérapeutique (JT) et l'achèvement des PAJ-SM. Pour ce faire, les données ont été collectées à partir de 516 dossiers de procureurs dans six PAJ-SM différents. Des dimensions importantes de la JT souvent exclues d'autres études telles que les équipes multidisciplinaires, le fonctionnement du tribunal et les traitements ou services reçus par l'accusé ont été mesurées avec une régression logistique et des arbres décisionnels tout en tenant compte des caractéristiques des participants et des programmes qui peuvent influencer l'achèvement comme les données sociodémographiques, les diagnostics, les infractions, l'imposition de conditions de la cour et les événements de vie qui ponctuent la trajectoire judiciaire des participants.

Résultats : Les résultats des analyses de la régression logistique et des arbres décisionnels indiquent que les participants qui utilisent des services médicaux ou psychosociaux, des services de la vie quotidienne et des services spécialisés, lors que leur participation au PAJ-SM, ont de plus grandes probabilités de compléter le programme. Aussi, ils ont de plus grandes probabilités de compléter le PAJ-SM, s'ils ont dans leur plan d'action l'objectif d'arrêter ou de diminuer leur consommation de substance et qu'ils ont de plus longs délais entre leurs audiences.

Mots clés : Programme d'accompagnement justice et santé mentale, tribunaux de santé mentale, achèvement, justice thérapeutique, jurisprudence thérapeutique.

Abstract

The deinstitutionalization of people with mental health problems in the 1960s in Canada made these people more likely to end up on the streets due to lack of services and their contact with the police authorities increased. Faced with the overrepresentation of people with mental disorders in the justice system and the recognition that the traditional justice system is not suitable for this type of defendant, mental health courts (MHC) then began to emerge. In Quebec, the first MHC to be created was the *Programme d'accompagnement justice et santé mentale* (PAJ-SM) at the Municipal Court of Montreal in 2008. Questions reside around the efficiency of its courts, the completion of which would reduce the risk of recidivism of the accused.

Objective: The main objective of this study is to understand the relationship between the principles of therapeutic justice (TJ) and the completion of PAJ-SM. To this end, data were collected from 516 prosecutors' files in six different PAJ-SM. Important dimensions of TJ often excluded from other studies, such as multidisciplinary teams, court functioning and treatments or services received by the accused, were measured with logistic regression and decision trees, while taking into account participant and program characteristics that may influence completion, such as sociodemographics, diagnoses, offenses, imposition of court conditions and life events that punctuate participants' judicial trajectory.

Results: The results of the logistic regression and decision tree analyses indicate that participants who use medical, psychosocial, daily living and specialized services during their participation in the PAJ-SM have a higher probability of completing the program. They are also more likely to complete the PAJ-SM if their action plan includes the objective of stopping or reducing their substance use, and if they have a longer delay between hearings.

Keywords : Programme d'accompagnement justice et santé mentale, mental health court, MHC, completion, therapeutic justice, therapeutic jurisprudence.

Table des matières

Résumé	3
Abstract.....	4
Table des matières.....	5
Liste des tableaux	9
Liste des figures	10
Liste des sigles et abréviations.....	11
Remerciements.....	12
Introduction	13
Chapitre 1 – Recension des écrits	16
1.1. Surreprésentation des accusés atteints de troubles mentaux dans le système de justice régulier.....	16
1.1.1. Problématiques vécues par les accusés atteints de troubles de santé mentale dans le système de justice régulier	17
1.2. Théorie de la justice thérapeutique en réponse aux problématiques vécues par les accusés atteints de troubles de santé mentale.....	20
1.2.1. Principes de la justice thérapeutique au sein des tribunaux de santé mentale.....	22
Collaboration entre les acteurs judiciaires.....	22
Création du lien de confiance avec l'accusé	23
Maximisation de l'autonomie de l'accusé	24
Individualisation des dossiers	25
Participation de l'accusé à des services et des traitements.....	25
Assouplissement du décorum de la cour	26
Autres théories pour comprendre les tribunaux de santé mentale.....	26

1.3. Tribunaux de santé mentale	27
1.3.1. Émergence des tribunaux de santé mentale	27
1.3.2. Définition et fonctionnement des tribunaux de santé mentale	29
Critères d'inclusion dans les tribunaux de santé mentale	30
Moment de l'intégration dans les tribunaux de santé mentale	31
Cadre de l'intervention au sein des tribunaux de santé mentale	33
Sanctions et récompenses dans les tribunaux de santé mentale	33
Trajectoire au sein des programmes d'accompagnement justice et santé mentale	34
1.4. Facteurs associés à l'achèvement des programmes dans les tribunaux de santé mentale	37
1.4.1. Mesures de la justice thérapeutique et des services	40
1.4.2. Autres mesures	46
Chapitre 2 – Problématique	53
2.1. Objectifs de l'étude	56
Chapitre 3 – Méthodologie	58
3.1. Données	58
3.2. Source des données	58
3.3. Mesures et variables	59
3.3.1. Variable dépendante.....	61
3.3.2. Variables contrôles et explicatives.....	61
Variables en lien avec la justice thérapeutique	61
Variables sociodémographiques	62
Variables liées aux diagnostics.....	63
Variables liées aux infractions.....	63

Variables liées aux objectifs	64
Variables liées aux conditions	66
Variables liées aux services	67
Variables liées aux audiences	69
Variables liées aux évènements de vie durant la trajectoire PAJ-SM	70
3.4 Analyses statistiques	71
3.4.1. Analyse concernant la variation en lien avec les villes.....	72
Analyses bivariées	72
3.4.2. Analyses concernant l'achèvement des PAJ-SM	72
Analyses bivariées	72
Analyses multivariées	72
3.4.3. Analyses concernant l'individualisation des dossiers au sein des PAJ-SM.....	75
Chapitre 4 – Résultats	78
4.1. Variation en lien avec les villes	78
4.1.1. Analyses bivariées	78
4.2. Achèvement des PAJ-SM.....	85
4.2.1. Lien entre les variables explicatives et la probabilité de compléter le PAJ-SM	86
Analyses bivariées	86
Régression logistique pas-à-pas.....	89
4.3. Individualisation des dossiers au sein des PAJ-SM.....	93
4.3.1. Profil diagnostique du trouble lié à l'usage de substance.....	93
4.3.2. Bris de condition	96
4.3.3. Rechute de consommation	98
4.3.4. Récidive	101

Chapitre 5 – Discussion et conclusion.....	104
5.1 Interprétation des résultats	104
5.1.1. Vue d’ensemble	104
5.1.2. Variables sociodémographiques, diagnostics et infractions	105
5.1.3. Services médicaux et psychosociaux.....	108
5.1.4. Présence d’un professionnel ou d’une personne de soutien pour l’accusé	109
5.1.5. Délais entre les audiences et audiences annulées.....	110
5.1.6. Bris de condition, objectifs et conditions.....	112
5.1.7. Rechute de consommation	113
5.1.8. Récidive	114
5.1.9. Hospitalisation	114
5.1.10. Stabilité, services de la vie quotidienne et services en lien avec le logement	114
5.1.11. Individualisation des dossiers	117
5.2 Implications pratiques	118
5.3. Limites.....	120
5.4. Recherches futures et conclusion	121
Références bibliographiques	124
Annexe 1 – Liste de codification des objectifs	141
Annexe 2 – Liste de codification des conditions	143
Annexe 3 – Liste de codification des servies.....	146

Liste des tableaux

Tableau 1	<i>Résumé des études portant sur les tribunaux de santé mentale.....</i>	38
Tableau 2	<i>Résumé des études mesurant la justice thérapeutique et l'achèvement des tribunaux de santé mentale</i>	41
Tableau 3	<i>Résumé des études mesurant les services et l'achèvement des tribunaux de santé mentale</i>	45
Tableau 4	<i>Résumé des variables sociodémographiques mesurées dans les études s'intéressant à l'achèvement des tribunaux de santé mentale</i>	47
Tableau 5	<i>Résumé des variables mesurées en lien avec les diagnostics dans les études s'intéressant à l'achèvement des tribunaux de santé mentale</i>	48
Tableau 6	<i>Résumé des variables mesurées en lien avec les infractions dans les études s'intéressant à l'achèvement des tribunaux de santé mentale</i>	49
Tableau 7	<i>Résumé des variables mesurées en lien avec la participation au programme dans les études s'intéressant à l'achèvement des tribunaux de santé mentale</i>	50
Tableau 8	<i>Statistiques univariées des caractéristiques des accusés de l'échantillon.....</i>	60
Tableau 9	<i>Statistiques univariées des caractéristiques de l'échantillon d'accusés ayant un trouble lié à l'usage de substance</i>	68
Tableau 10	<i>Statistiques bivariées des caractéristiques des accusés de l'échantillon pour chaque ville</i>	79
Tableau 11	<i>Statistiques bivariées des caractéristiques des accusés de l'échantillon.....</i>	87
Tableau 12	<i>Régression logistique prédit la probabilité de compléter le PAJ-SM.....</i>	91

Liste des figures

Figure 1	<i>Trajectoire type d'un participant dans le Programme d'accompagnement justice et santé mentale</i>	36
Figure 2	<i>Arbre décisionnel du lien entre les principes de JT et l'achèvement des PAJ-SM selon le profil diagnostique du trouble lié à l'usage de substance</i>	94
Figure 3	<i>Arbre décisionnel du lien entre les principes de la JT et l'achèvement des PAJ-SM selon l'évènement de bris de condition</i>	97
Figure 4	<i>Arbre décisionnel du lien entre les principes de la JT et l'achèvement des PAJ-SM selon l'évènement de rechute de consommation</i>	99
Figure 5	<i>Arbre décisionnel du lien entre les principes de la JT et l'achèvement des PAJ-SM selon l'évènement de récidive criminelle</i>	101

Liste des sigles et abréviations

IGC : Indice de gravité du crime

JT : Justice thérapeutique

PAJ-SM : Programme d'accompagnement justice et santé mentale

Projet : Projet de recherche sur l'évaluation des Programmes d'accompagnement en justice et santé mentale du Québec mené par l'Observatoire en justice et santé mentale affiliée à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

TSM : Tribunaux de santé mentale

TUS : Trouble lié à l'usage de substance

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réussite de ce projet.

D'abord un énorme merci à mes directeurs, Chloé Leclerc et Yanick Charrette, pour votre support, vos encouragements et vos recommandations. Votre encadrement a grandement contribué à mon expérience hautement positive à la maîtrise et à mon souhait de poursuivre mes études au doctorat. Merci également pour votre appui indispensable concernant les différentes bourses auxquelles j'ai effectué des demandes.

Merci au Conseil de recherches en sciences humaines d'avoir financé cette recherche. Je tiens aussi à remercier le Centre de recherche en droit public de m'avoir octroyé la bourse du Fonds Guy Rocher et d'avoir ainsi contribué à l'avancement du projet de recherche.

À l'équipe de l'Observatoire en justice et santé mentale affilié à l'Institut Pinel, merci de m'avoir permis d'intégrer votre équipe de recherche et de m'avoir permis de contribuer au Projet de recherche sur les PAJ-SM du Québec.

Un gros merci à ma famille, ma belle-famille et mes amies qui ont toujours fait preuve d'un grand intérêt pour mon projet. Votre curiosité envers mon mémoire a grandement contribué à me garder motivée durant ma rédaction.

Enfin, je n'ai pas suffisamment de mots pour exprimer ma gratitude envers mon partenaire de vie, Lukas. Merci d'avoir été mon support émotionnel durant mon processus de rédaction. Merci pour ton écoute et tes conseils, mais surtout merci d'avoir été présent pour célébrer avec moi les beaux moments de cette aventure et d'être toujours resté à mes côtés durant les moments plus difficiles.

Introduction

Le mouvement de désinstitutionnalisation mis en branle dans les années 60 au Québec a bouleversé la manière dont les personnes atteintes de troubles de santé mentale sont soignées, mais encore plus sérieusement comment elles sont traitées et représentées dans le système de justice. À la base, ce mouvement visait à diminuer la capacité des hôpitaux psychiatriques en transférant les personnes souffrant de troubles mentaux vers leurs familles, des centres d'accueil ou des hôpitaux généraux dans le but d'améliorer leurs conditions de vie en leur offrant des traitements qui soient moins privatif de liberté (Doré, 1987; Saint-Arnaud, 2001). Le contrepoids nécessaire à cette désinstitutionnalisation était la continuité des traitements et des services dans la communauté afin de répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux et de favoriser leur santé psychologique et leur qualité de vie (Saint-Arnaud, 2001). Or, une nouvelle structure de soin dans la communauté pour cette population n'a jamais vu le jour, faute de moyens financiers, et ce sont plutôt les services déjà existants qui ont dû répondre aux besoins de cette clientèle alors qu'ils n'étaient pas adaptés à le faire (Saint-Arnaud, 2001). Ainsi, ces personnes n'ont pas eu le soutien dont elles avaient besoin pour vivre en communauté et s'y intégrer (Doré, 1987). Ayant des ressources financières limitées, nombre de ces personnes se seraient retrouvées dans des maisons de chambres ou en appartements dans des quartiers pauvres et d'autres, ayant de la difficulté à assumer les responsabilités de la vie en société, auraient adopté un mode de vie itinérant augmentant ainsi leurs probabilités d'entrer en contact avec la police et le système de justice (Doré, 1987). D'ailleurs, cette population serait deux fois plus susceptible d'être interpellée par la police pour des délits mineurs liés à la pauvreté, à l'itinérance et à ses conditions sociales, et d'avoir des accusations portées contre elle (MacDonald & Dumais Michaud, 2015).

Des données récentes indiquent que 61% des personnes incarcérées au Québec auraient reçu au moins un diagnostic de problème de santé mentale (Protecteur du citoyen, 2011), que 62% des délinquants admis dans un pénitencier fédéral sont identifiés comme nécessitant une évaluation ou un suivi en santé mentale (Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada, 2012) et que le

taux de prévalence des principaux troubles de santé mentale diagnostiqués chez les détenues fédérales est de 79,2% (Brown et al., 2018). Nombre d'experts décrivent l'inadéquation des institutions carcérales pour ce type de clientèle notamment parce que les problèmes de santé mentale auraient tendance à empirer lors de l'incarcération à cause des conditions de détention et parce que les prisons n'auraient pas les services requis pour traiter cette clientèle (Birmingham, 2001; Jaimes et al., 2009; Reed & Lyne, 2000; Schneider et al., 2007; Smith et al., 2003).

Dans ce contexte où le système de justice pénale traditionnel apparaissait inapproprié pour les justiciables atteints de troubles de santé mentale, des tribunaux spécialisés en santé mentale (TSM) ont commencé à apparaître, d'abord aux États-Unis en 1997, puis au Canada en 1998 (Jaimes et al., 2009; Slinger & Roesch, 2010). Le premier tribunal de santé mentale à voir le jour au Québec est le Programme d'accompagnement justice et santé mentale (PAJ-SM) à la cour municipale de la Ville de Montréal en 2008 et il visait à répondre aux problématiques liées au traitement judiciaire des dossiers des personnes accusées atteintes de troubles mentaux qui ne cessaient d'augmenter dans cette cour (Provost, 2010). Les TSM ont comme objectif de lier les accusés atteints de troubles de santé mentale à des services et traitements qui répondent à leurs besoins afin de diminuer les risques de récidives de ces personnes et de favoriser leur réhabilitation (Champ, 2020; Dumais Michaud, 2019; Honegger, 2015). D'ailleurs, les TSM sont ancrés dans une philosophie pénale plus large que l'on nomme la justice thérapeutique (JT) et ils utilisent les principes de la JT dans leur fonctionnement. Défini par Wexler (1990) comme l'étude du droit en tant qu'agent thérapeutique, la JT analyse les aspects thérapeutiques et antithérapeutiques des règles et des procédures légales ainsi que ceux du rôle des acteurs juridiques.

Bien que les TSM peuvent représenter une réponse juridique à l'enjeu entourant la judiciarisation des personnes ayant des troubles mentaux, il existe encore peu de données probantes permettant de déterminer un modèle idéal de TSM et de déterminer s'ils agissent efficacement pour la réduction de la récidive (Protecteur du citoyen, 2011). Considérant qu'aujourd'hui il existe plus d'une trentaine de PAJ-SM sur le territoire québécois et qu'ils peuvent potentiellement aider à réduire la récidive des participants qui complètent ledit programme, il semble plus qu'essentiel

de comprendre quels facteurs influencent l'achèvement des PAJ-SM et comment ces facteurs agissent sur cet achèvement, le tout en prenant en compte les principes de JT qui sont à la base du développement des TSM. Ainsi, une étude analysant des données provenant spécifiquement des TSM du Québec, soit les PAJ-SM, s'avère nécessaire afin de saisir quelles caractéristiques propres aux PAJ-SM favorisent l'achèvement des programmes.

Le présent mémoire portant sur l'étude de l'interaction entre les principes de JT et l'achèvement des PAJ-SM se divise comme suit. Le premier chapitre explique, à l'aide d'une recension de la littérature, le contexte dans lequel sont apparus les TSM, leur fonctionnement et la théorie intrinsèquement liée à leur création, soit la JT. Le chapitre suivant présente la problématique et les objectifs de la recherche. Le troisième chapitre présente la méthodologie utilisée pour cette recherche et le quatrième chapitre présente les résultats de l'étude. Enfin, le mémoire se termine avec la discussion et la conclusion au chapitre cinq.

Chapitre 1 – Recension des écrits

1.1. Surreprésentation des accusés atteints de troubles mentaux dans le système de justice régulier

Le mouvement de désinstitutionnalisation des personnes aux prises avec des troubles mentaux au début des années 60 au Canada avait pour but de désengorger les hôpitaux psychiatriques et de permettre aux personnes atteintes de troubles mentaux de recevoir des traitements qui sont le moins privatifs de liberté et qui assurent leur maintien dans la collectivité (Jaimes et al., 2009). Ceci a eu pour effet de diminuer de 80% le nombre de patients dans les hôpitaux psychiatriques, mais comme contre-effet d'engorger les services et les ressources communautaires desservant les personnes ayant des problématiques de santé mentale (Jaimes et al., 2009). Ainsi, faute de services appropriés, ces personnes sont devenues nettement plus susceptibles de voir leurs contacts avec les autorités policières augmenter notamment parce qu'elles sont plus vulnérables à l'itinérance, mais aussi parce que leurs probabilités d'avoir des comportements dérangeants ou de commettre des méfaits ou des délits plus sévères augmentent sans les soins requis (Jaimes et al., 2009). En effet, à cause de ces comportements dérangeants qui iraient à l'encontre de l'ordre social établi, la police serait deux fois plus portée à intercepter des personnes atteintes de troubles mentaux et à porter des accusations contre elles (Bernstein & Seltzer, 2003; Gaulin, 2018). L'étude de Teplin (1984) suggère que la situation menant à l'arrestation d'une personne avec des troubles de santé mentale est parfois perçue de manière plus grave que l'infraction elle-même. Par exemple, dans cette étude, une situation d'irrespect envers les policiers était toujours citée comme un cas grave ce qui, selon l'autrice, expliquerait le taux plus élevé d'arrestation des personnes ayant un trouble de santé mentale comparativement à d'autres suspects. Une situation d'affrontement entre les personnes ayant un trouble de santé mentale et la police, suite à une arrestation, serait plus fréquente que pour les personnes sans troubles mentaux et représenterait une infraction de menace qui mènerait à la judiciarisation des personnes ayant un trouble de santé mentale (Gaulin, 2018; Teplin, 1984). D'ailleurs, la surreprésentation des personnes ayant des troubles mentaux ne se limite pas au contexte policier, puisque comme le souligne Roy et al. (2020), nombre d'études ont montré que les personnes avec des troubles de

santé mentale sont également plus susceptibles que les personnes sans troubles mentaux d'être judiciairisées et incarcérées (Charette et al., 2011; Hartford et al., 2005; Livingston, 2016; Lurigio, 2012; Lynch et al., 2014; Markowitz, 2011; Prins, 2014). D'ailleurs, les statistiques disponibles au sujet des personnes incarcérées et ayant des troubles de santé mentale appuient l'idée que cette population est surreprésentée dans le système de justice pénale. La prévalence de troubles de santé mentale grave serait deux fois plus élevée dans la population carcérale que dans la collectivité (Commission de la santé mentale du Canada, 2020). La surreprésentation des personnes atteintes de trouble de santé mentale dans le système de justice apparait comme une véritable problématique pour ces personnes dont le système de justice est mal adapté à leur réalité.

1.1.1. Problématiques vécues par les accusés atteints de troubles de santé mentale dans le système de justice régulier

Les personnes judiciairisées atteintes de trouble de santé mentale doivent naviguer dans un système de justice pénale traditionnelle qui tient très peu compte de leurs difficultés à s'adapter à un tel système qui finit souvent par accroître leurs problématiques et les stigmatiser davantage. Plus précisément, le fait d'avoir des problématiques de santé mentale rend plus ardu le passage devant le juge, l'expérience d'incarcération et le processus de réinsertion sociale (Frappier et al., 2009; Gaulin, 2018; Roy et al., 2020).

Dans un premier temps, les données de l'étude de Frappier et al. (2009) qui sont composées de deux entrevues semi-dirigées avec des personnes vivant des problèmes de santé mentale et ayant été incarcérées, permettent de mieux saisir la réalité des personnes atteintes de troubles mentaux lorsqu'elles doivent se présenter à la Cour. Effectivement, il est ressorti de cette étude que ces personnes peuvent rapporter un sentiment d'humiliation publique de la part du juge. Aussi, les résultats de l'étude de Roy et al. (2020), qui a réalisé six entretiens avec des personnes judiciairisées qui ont à la fois des problématiques de santé mentale et d'itinérance, montrent que certains aspects des interactions judiciaires, notamment durant les comparutions, ont pour effet d'accentuer le sentiment d'injustice et d'impuissance de ces personnes. Les autrices expliquent que la crédibilité des personnes atteintes de trouble de santé mentale et qui vivent en situation

d'itinérance est affectée à cause des étiquettes qui leur sont apposées, mais qu'également certains facteurs tels que « la fatigue, la difficulté à bien comprendre les procédures ou à exprimer ses émotions d'une façon jugée acceptable [...] peuvent ajouter au manque de crédibilité » (p.376). D'ailleurs, l'étude de Roy et collaboratrices (2020) permet également de constater que l'expérience du passage à la cour est particulièrement angoissante pour ces personnes. Cette angoisse serait principalement causée par la difficulté de comprendre ce qui se passe à la cour. Plusieurs facteurs contribuent à cette incompréhension comme le fait de ne pas être suffisamment informé par les avocats de la défense des « différentes étapes du processus du procès et de l'application de la sentence » (Roy et al., 2020, p.374), l'utilisation d'un langage spécialisé lors des audiences et le rythme des audiences (Roy et al., 2020).

Dans un deuxième temps, le passage des personnes souffrant de troubles mentaux dans le système carcéral est synonyme de victimisation, d'arrêt de services et de traitements et surtout d'aggravation de leur condition mentale. D'une part, plusieurs auteurs soutiennent que les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont plus souvent victimisées par les autres détenus (Frappier et al., 2009; Gaulin, 2018; Seltzer, 2005; Vacheret & Lafortune, 2011). Le fait d'avoir une problématique de santé mentale contribuerait à la stigmatisation de ces détenus ce qui les rendrait plus susceptibles d'être victimes de violence physique en milieu carcéral (Frappier et al., 2009). D'autre part, une fois incarcérées, les personnes ayant des troubles de santé mentale seraient privées de soins adéquats pour traiter leur condition (Frappier et al., 2009; Gaulin, 2018). Plusieurs facteurs expliqueraient l'inaccessibilité aux soins une fois incarcérée. D'abord, l'accès aux soins serait tributaire d'un complexe dédale administratif. En effet, pour avoir accès à des services, le détenu doit faire une demande écrite dans ce sens, toutefois, pour être en mesure de demander des traitements, il faut que le détenu soit conscient de son besoin, qu'il ait la capacité mentale et physique d'effectuer une telle demande et qu'il connaisse le fonctionnement du système (Frappier et al., 2009). Or, une personne qui n'est pas en mesure de s'exprimer ou qui a un « comportement insensible » (Frappier, 2009, p.25) ne recevra pas les soins dont elle a besoin. Ensuite, les stigmates et les craintes des professionnels de la santé seraient amplifiés envers les personnes qui ont une maladie mentale et un dossier criminel ce qui limiterait le nombre de professionnels prêts à offrir des services en détention (Frappier et al., 2009). Bref, il semblerait

que la prison n'est pas un lieu thérapeutique où les détenus recevront l'aide appropriée et pourront améliorer leur condition mentale, mais plutôt un lieu d'isolement qui renforce leur stigmatisation et leur exclusion et qui aggrave l'état de santé mentale des personnes incarcérées (Gaulin, 2018; Gibbons & Katzenbach, 2006; Marchetti, 1997; Vacheret & Lafortune, 2011).

Dans un troisième temps, être une personne ayant une problématique de santé mentale conjuguée au fait d'avoir été judiciairisé complexifie la démarche de réinsertion sociale à la sortie de prison. D'abord, le passage dans le système de justice pénale peut avoir comme conséquence d'arrêter les suivis médicaux, psychosociaux ou psychiatriques de la personne (Copeland et al., 2009; Roy et al., 2020) et de rendre difficile la reprise de ces services à la sortie de prison (Frappier et al., 2009; Laberge & Robert, 1992). De plus, les personnes peuvent avoir perdu leur logement, leurs effets personnels, leur emploi, leurs amis et leur famille durant leur période de détention ce qui ajoute à la difficulté de se réinsérer dans la société (Gaulin, 2018). Ainsi, en considérant les nombreuses difficultés auxquelles les personnes qui sortent de prison doivent faire face additionnées au fait que ces personnes peuvent être stigmatisées à cause de leur trouble mental et de leur étiquette de « criminel » ou de « délinquant », il est évident que ces facteurs ont pour effet de diminuer les perspectives d'intégration sociale de ces personnes (Gaulin, 2018; Roy et al., 2020).

Il apparaît donc que, pour les personnes souffrant de troubles de santé mentale, le passage dans le système de justice pénale est un processus stigmatisant qui a pour effet d'exacerber leurs problématiques de santé mentale et de rendre leur réinsertion dans la société particulièrement complexe. Ainsi en réponse à ces difficultés vécues, la Commission de la santé mentale du Canada publie en 2012 le rapport *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* dans lequel il est mentionné que les programmes de déjudiciarisation, incluant les tribunaux de santé mentale (TSM), constituent «la prochaine ligne de défense» (p.50) afin de détourner les personnes qui sont sur le point d'être judiciairisées vers des services et des traitements plus adaptés. Ceci expliquerait donc l'augmentation de la création des TSM au Canada (Dumais Michaud, 2019). Selon Dumais Michaud (2019) cette multiplication des TSM s'expliquerait par la sensibilisation des acteurs judiciaires à la problématique de la

surreprésentation des personnes ayant des troubles mentaux dans le système de justice et par une volonté du système de justice d'offrir des modes alternatifs de traitement aux accusés.

1.2. Théorie de la justice thérapeutique en réponse aux problématiques vécues par les accusés atteints de troubles de santé mentale

Les TSM sont ancrés dans une philosophie pénale plus large que l'on nomme justice thérapeutique (JT) (ou *therapeutic jurisprudence* en anglais). Effectivement, les TSM se sont développés à l'aide de la théorie de la JT et ils appliquent les principes de cette théorie qui seront discutés ultérieurement (Barber-Rioja & Rotter, 2014; Dumais Michaud, 2019). Ainsi, la JT apparaît comme la théorie la plus importante pour comprendre les tribunaux spécialisés. Défini par Wexler (1990) comme l'étude du droit comme agent thérapeutique, la JT analyse les aspects thérapeutiques et antithérapeutiques des règles et des procédures légales ainsi que du rôle des acteurs juridiques. La JT est une théorie interdisciplinaire qui permet de repenser le rôle du droit (Winick, 1997). Elle propose d'explorer les différentes manières que l'on peut repenser le développement du droit en considérant le savoir, les théories et les découvertes sur la santé mentale ainsi que les principes de justice et les valeurs constitutionnelles (Winick, 1997). La JT est donc l'étude des impacts du droit sur la santé mentale (Winick & Wexler, 2002).

C'est vers la fin des années 1980 que les travaux sur la JT débutent. À ses commencements, la JT étudiait exclusivement le domaine du droit de la santé mentale. Elle critiquait divers aspects du droit de la santé mentale qui avaient des conséquences antithérapeutiques pour les personnes qu'il devait aider (Winick, 2003). Or, aujourd'hui la JT va au-delà du droit de la santé mentale et est applicable au droit de manière générale (Dumais Michaud, 2019). Aussi, la JT qui était auparavant davantage axée sur l'examen de la portée thérapeutique des règles et des procédures juridiques s'étend désormais à l'analyse des impacts de la loi et du comportement des acteurs juridiques sur les accusés (Dumais Michaud, 2019).

Selon la JT, les acteurs légaux doivent prendre conscience de comment leurs actions et de leurs paroles affectent les justiciables et comment ils peuvent influencer positivement ou négativement les efforts de réhabilitation (Kaiser & Holtfreter, 2016). La JT désire également aller

au-delà de la mesure de l'impact thérapeutique des règles et des procédures légales sur les justiciables en analysant comment elles sont appliquées par les différents acteurs du système de justice (Dumais Michaud, 2017). Comme l'observe Dumais Michaud (2019), la notion thérapeutique est très vague et permet d'inclure un vaste nombre d'éléments pouvant être considérés comme thérapeutiques ou antithérapeutiques. Toutefois, dans l'étude de la JT, il ne faudrait pas privilégier des éléments thérapeutiques au détriment d'autres, c'est-à-dire qu'il est important qu'aucune composante thérapeutique ne prime sur une autre (Winick, 2008).

L'étude de Dumais Michaud (2019) permet de bien saisir comment le cadre théorique de la JT explique le fonctionnement des TSM. L'auteure a effectué une étude mixte dans laquelle 606 audiences de PAJ-SM à la Cour municipale de Montréal ont été analysées et ont été complémentées par les informations provenant du rôle¹ de la journée de cour. Les informations qui ont été recueillies lui ont permis de développer un modèle de la JT qui reflète « une compréhension large et transversale des transformations sociales, politiques et juridiques de la prise en charge des personnes posant problème » (p.328). Trois sphères interreliées de la JT ont été identifiées par l'auteure : la triple conformité, les contraintes composites et la dangerosité ordinaire. Selon l'auteure,

«la triple conformité [...] désigne ce qui est recherché par les acteurs du tribunal relevant du social, du mental et du judiciaire; les contraintes composites [...] sont nécessaires au fonctionnement du tribunal visant tantôt le soin, tantôt la punition, faisant émerger du même coup l'idée d'une justice protectionnelle et d'une justice sanctionnelle; et enfin, la dangerosité ordinaire [...] propose que la fragilité sociale influence les pratiques de la magistrature ainsi que les raisons qui mènent les personnes à avoir des démêlées avec la justice plutôt que seulement les problèmes de santé mentale» (p. x).

Concrètement, les TSM ne sont pas identiques à la JT, mais ils utilisent les principes de la JT pour résoudre une variété de problèmes individuels (Winick, 2003; Winick & Wexler, 2002). Par exemple, dans un TSM et plus particulièrement face à un accusé atteint de troubles de santé mentale, la JT propose de considérer la problématique de santé mentale en ce qui a trait à la

¹ Liste chronologique des causes qui doivent être plaidées devant un tribunal.

détermination des sanctions, de l'encadrement et des services offerts à l'accusé (Jaimes et al., 2009).

1.2.1. Principes de la justice thérapeutique au sein des tribunaux de santé mentale

De nombreuses manières de fonctionner dans les TSM sont attribuables aux principes de la justice thérapeutique. De manière générale, ces principes visent à ce qu'il y ait un environnement thérapeutique pour les justiciables tout au long de leur processus judiciaire. Les principes de la JT qui apparaissent comme les plus importants pour les TSM sont la collaboration entre les acteurs judiciaires, la création du lien de confiance avec l'accusé, la maximisation de l'autonomie de l'accusé, l'individualisation des dossiers, la participation de l'accusé à des services et des traitements, et l'assouplissement du décorum de la cour.

Collaboration entre les acteurs judiciaires

Dans un premier temps, les TSM encouragent un travail de collaboration entre les acteurs judiciaires. Comme mentionné précédemment, ceux-ci sont considérés comme des agents thérapeutiques qui peuvent influencer la santé mentale et la qualité de vie des participants et, au sein d'un TSM, ils forment l'équipe multidisciplinaire. Cette équipe est composée d'acteurs provenant du milieu judiciaire et médical. Par exemple, elle peut, entre autres, être composée de juges, d'avocats, de procureurs de la couronne, de criminologues, de psychiatres, de médecins, de psychologues, de travailleurs sociaux, d'agents de probation et d'agents de liaison (Jaimes et al., 2009; Wexler, 1990). Des partenariats entre des organisations communautaires et gouvernementales sont également possibles (Kaiser & Holtfreter, 2016). La recherche de Lim et Day (2016) proposent un modèle de la JT qui permet de comprendre les pratiques des acteurs des TSM (magistrature, avocat, intervenants du TSM et psychologue offrant des services dans le cadre du TSM). Selon leur recherche, les pratiques des différents acteurs des TSM se divisent en deux concepts, soient celui de la santé et celui de la justice. Le cadre de la santé est centré sur le traitement en communauté et la réhabilitation de l'accusé, alors que celui de la justice se distingue par son accent sur une gestion collaborative des dossiers et des risques criminogènes ainsi que par son application des principes de justice thérapeutiques, soient la supervision

judiciaire ainsi que les récompenses et sanctions afin d'assurer la conformité et le respect des exigences du programme. Selon ce modèle, les acteurs qui ont une fonction en lien avec la santé et ceux qui ont une fonction en lien avec la justice travaillent ensemble dans le TSM afin de réduire le risque de récidive de l'accusé.

Par ailleurs, les tribunaux spécialisés se démarquent des tribunaux réguliers en favorisant une approche de collaboration entre la défense et la couronne plutôt qu'un esprit de confrontation (Kopelovich et al., 2013). Aussi, l'utilité de l'équipe multidisciplinaire réside dans les évaluations qu'elle produit afin d'enrichir les décisions du juge qui, grâce à elles, peuvent aller au-delà des dimensions légales (Dumais Michaud, 2019) en ciblant les aspects thérapeutiques. Afin qu'il y ait une véritable collaboration entre les agents thérapeutiques, il est primordial que chacun comprenne le rôle distinct des autres acteurs de l'équipe dans le processus judiciaire ainsi que leur langage, outils et valeurs respectifs (Jaimes et al., 2009). L'étude de Yuan et Capriotti (2019) dévoile que pour les professionnels impliqués dans un TSM, la collaboration de l'équipe traitante est essentielle au succès d'un TSM. D'autre part, les agents de liaison formeraient le cœur du tribunal (MacDonald et al., 2014) puisqu'ils ont le rôle de monitorer les accusés et qu'ils servent de liaison entre le tribunal, le système de santé, les familles des accusés et le public (Casey & Rottman, 2000).

Création du lien de confiance avec l'accusé

Dans un deuxième temps, le lien entre le participant au TSM et l'équipe traitante est primordial. Selon Clark (2001), les conditions nécessaires pour qu'un traitement efficace ait lieu au sein d'un TSM sont la compréhension réciproque, l'affirmation mutuelle, l'attachement respectif et le respect entre l'équipe et l'accusé. En d'autres termes, l'équipe multidisciplinaire doit, en utilisant des méthodes appropriées pour l'accusé, construire un lien de confiance avec lui dans le but de l'encourager à participer aux traitements (Clark, 2001; Winick, 2003). Ainsi, en utilisant les forces du participant pour le motiver, l'équipe multidisciplinaire peut parvenir à favoriser un traitement efficace (Clark, 2001; Winick, 2003). D'ailleurs, l'étude de Kawalek (2020) propose un outil de mesure de la JT qui met à l'avant-plan des indicateurs qui mesurent le lien de confiance entre l'accusé et l'équipe multidisciplinaire. L'outil proposé par Kawalek (2020), pour mesurer les interactions et les styles de comportements judiciaires dans les tribunaux spécialisés, est

composé de trois échelles de mesure pour les trois dimensions de la JT qui ont été identifiées, soit *Harnessing Therapeutic Support*, *Engaging Therapeutic Dialogue* et *Inspiring Therapeutic Change*. Les indicateurs incluent dans la première dimension sont en lien avec les notions d'*empathising*, d'*agreement*, d'*help*, de *praise* et de *reassurance*. Les indicateurs de la deuxième dimension sont relatifs à la notion de discours. C'est-à-dire que ce qui sera mesuré est la manière dont les acteurs juridiques s'adressent aux participants. Enfin, la troisième dimension est en lien avec l'expérience de l'accusé (l'accusé peut-il poser des questions, le juge est-il réaliste dans les objectifs que l'accusé doit atteindre, etc.). Selon le modèle de tribunaux spécialisé proposé par Ahlin et Douds (2019), pour qui les tribunaux spécialisés sont une combinaison de JT, de réhabilitation, de dissuasion, de justice réparatrice et de justice procédurale, la JT devrait mener à la dissuasion et à la réhabilitation, parce qu'elle est modelée par la justice procédurale. En d'autres mots, les relations entre le juge, l'équipe traitante et le participant influenceraient l'efficacité du tribunal, puisqu'en établissant des liens avec les participants, la perception que le processus du tribunal spécialisé est équitable est plus grande chez le participant. Bref, il apparaît que la création du lien de confiance est un principe important de la justice thérapeutique et qu'il est essentiel au bon fonctionnement des TSM.

Maximisation de l'autonomie de l'accusé

Dans un troisième temps, les TSM visent à maximiser l'autonomie du participant afin qu'il soit en mesure d'effectuer des choix et d'avoir un contrôle sur sa propre vie (Winick, 2003). C'est le juge qui joue le rôle central dans la maximisation de l'autonomie de l'accusé et, de ce fait, qui l'aide à atteindre son objectif de réhabilitation (Kaiser & Holtfreter, 2016). Dans un tribunal spécialisé, le juge doit éviter d'avoir une attitude paternaliste et contrôlante, puisque cela aurait des effets négatifs chez l'accusé (Winick, 2003). Afin de maximiser l'autonomie du participant et les effets thérapeutiques sur celui-ci, il serait également important qu'un juge attitré ou plusieurs juges, dépendamment du volume de dossiers, gèrent la cour afin d'atteindre un plus grand niveau de JT (Yuan & Capriotti, 2019). De cette manière, les juges seraient accoutumés au fonctionnement du programme, aux participants et à l'équipe multidisciplinaire (Lemieux et al., 2022). Aussi, en ayant un juge unique qui suit le cheminement de l'accusé à chaque date de cour, un lien de confiance

entre le juge et le participant peut se créer et ainsi contribuer au bon fonctionnement du TSM (Lemieux et al., 2022).

Individualisation des dossiers

Dans un quatrième temps, les tribunaux spécialisés procurent des solutions personnalisées à chaque participant (Jaimes et al., 2009). On peut donc parler de singularisation des dossiers ou d'un traitement individualisé qui est offert aux accusés. C'est par la collaboration de l'équipe multidisciplinaire que les TSM réussissent à offrir aux participants des expertises légales et médicales ainsi qu'un programme qui prend en compte les particularités, les ressources et les besoins spécifiques des accusés (Jaimes et al., 2009). Aussi, le suivi régulier qui est assuré par le tribunal permet d'individualiser et d'adapter le processus du TSM selon les besoins et les particularités du participant (Jaimes et al., 2009).

Participation de l'accusé à des services et des traitements

Dans un cinquième temps, un autre principe de la JT qui s'observe dans les pratiques des TSM est celui d'offrir des traitements et des services au participant auxquels il devra participer (Kaiser & Holtfreter, 2016). Ainsi, le TSM devra assurer une surveillance étroite des traitements auxquels l'accusé participe, en effectuant un suivi judiciaire avec celui-ci et en collaborant avec les différents services communautaires auxquels participe l'accusé, afin d'être certain qu'il s'investisse dans son rétablissement. (Kaiser & Holtfreter, 2016; Senjo & Leip, 2001; Slinger & Roesch, 2010; Winick & Wexler, 2002). D'ailleurs, un des objectifs principaux des TSM serait de convaincre le participant à accepter les ressources qui lui sont proposées (Winick, 2013). De plus, les tribunaux spécialisés utilisent le principe de sanctions-récompenses pour assurer la conformité et le respect des exigences du programme par l'accusé (présence régulière à la cour, contact avec les agents pivot, se soumettre à des tests de dépistage de drogue, etc.) (Lim & Day, 2016). D'autres moyens utilisés pour assurer que l'accusé profite des effets thérapeutiques des services qui lui sont offerts sont le traitement accéléré de son dossier afin de répondre rapidement à ses besoins en matière de traitement, l'accès rapide aux évaluations en santé mentale pour déterminer les options de traitement et la participation de l'accusé et de sa famille à la détermination du traitement (Casey & Rottman, 2000).

Assouplissement du décorum de la cour

Dans un sixième temps, un principe de la JT applicable aux TSM est l'assouplissement du décorum de la cour afin d'adapter les audiences au type de clientèle (Provost, 2010). Par exemple, dans le PAJ-SM de la cour municipale de Montréal, la tenue des audiences a lieu dans une plus petite salle et en après-midi, lorsqu'il y a moins de gens présents au palais de justice (Provost, 2010).

Autres théories pour comprendre les tribunaux de santé mentale

Dans un dernier temps, bien que la JT est une théorie importante pour comprendre le fonctionnement des TSM, dans les faits, il s'agit surtout d'une représentation idéalisée des TSM, puisque les tribunaux spécialisés peuvent aussi se comprendre sous l'angle d'autres théories comme la justice procédurale.

La justice procédurale s'intéresse au processus de la prise de décision formelle et elle regarde si ce processus a été mené de manière impartiale (Wiener et al., 2010). Ainsi, si un accusé perçoit le processus judiciaire comme étant impartial et qu'il sent qu'il a exercé une influence sur le dénouement judiciaire, il fera l'expérience d'une justice procédurale. D'ailleurs, la justice procédurale aiderait les justiciables à voir la loi comme légitime et, de ce fait, ils se conformeraient plus facilement aux demandes de la cour (Ahlin et Douds, 2019; Wiener et al., 2010). D'ailleurs, et comme le révèlent Wiener et al. (2010), deux études ont montré que les participants à des TSM avaient un niveau positif de perception de la justice procédurale lors de leur participation (Poythress et al., 2002; Wales et al., 2010). Selon Kaiser et Holtfreter (2016), les concepts de la justice procédurale comme la légitimité de l'autorité, l'équité du processus, et l'engagement de groupe contribueraient à l'étude des tribunaux spécialisés, puisqu'ils permettent de mieux comprendre les principes de la justice thérapeutique. Par exemple, le cadre théorique utilisé dans l'étude d'Ahlin et Douds (2019) suggère que dans un tribunal spécialisé, la justice procédurale influence la direction et la force de la réhabilitation et de la dissuasion, qui seraient les buts poursuivis par la justice thérapeutique. Il est toutefois important de mentionner que pour certains auteurs, la justice procédurale est une composante de la JT qui s'intéresse aux interactions des participants avec les acteurs judiciaires (Champ, 2020; Wiener et al., 2010). La justice procédurale aurait comme objectif que les participants se perçoivent comme étant respectés, entendus et traités de manière équitable par la cour (Champ, 2020; Wiener et al., 2010).

Finalement, pour Wiener et al. (2010) la justice procédurale a deux composantes, soit le facteur procédural et le facteur interactionnel. Le facteur procédural fait référence à la perception que la décision a été prise de manière impartiale et le facteur interactionnel renvoie à la perception du respect que le juge montre à l'accusé lors du processus judiciaire et de la prise de décision. Ainsi, les accusés ont une expérience de la justice interactionnelle lorsque les juges des tribunaux spécialisés traitent les accusés avec respect et sensibilité et justifient clairement leurs décisions. Colquitt (2001) identifie deux dimensions à la justice interactionnelle soit la justice interpersonnelle, qui est le fait d'être traité avec dignité et respect, et la justice informationnelle, qui est le fait de recevoir des explications appropriées au moment de recevoir une décision judiciaire.

1.3. Tribunaux de santé mentale

Déoulant de la JT, les TSM s'imposent comme une manière de déjudiciariser les personnes atteintes de troubles de santé mentale qui est rendue possible par leur fonctionnement particulier.

1.3.1. Émergence des tribunaux de santé mentale

L'apparition des tribunaux de santé mentale (TSM) s'inscrit dans le mouvement de création de tribunaux spécialisés (problem-solving courts, speciality courts ou therapeutic courts en anglais) afin de répondre aux problématiques sociales qui entraînent les personnes les plus vulnérables de la société dans un cycle de judiciarisation. D'ailleurs, c'est dans le contexte de surreprésentation de personnes atteintes de troubles mentaux dans le système de justice et la reconnaissance que le système de justice traditionnel n'est pas adapté pour ce type d'accusés, comme mentionné précédemment, que des TSM commencent alors à émerger, d'abord aux États-Unis, et ensuite, au Canada (Slinger & Roesch, 2010).

En 1994, le gouvernement ontarien adopte un projet de loi nommé *Diversion of Mentally Disordered Accused* duquel émanent des programmes de déjudiciarisation pour traiter les accusés atteints de troubles mentaux (Slinger & Roesch, 2010). Ces programmes permettent qu'un premier TSM voie le jour au Canada en 1998 dans la ville de Toronto (Jaimes et al., 2009;

Slinger & Roesch, 2010), soit seulement un an après que le premier TSM répertorié fût fondé aux États-Unis dans le comté de Broward en Floride (Steadman et al., 2001). Selon les informations actuellement disponibles, il existerait présentement un peu plus d'une centaine de tribunaux qui traitent des problématiques liées à la santé mentale au Canada (Observatoire en justice et santé mentale, 2023a).

Le premier TSM à voir le jour au Québec est le Programme d'accompagnement justice et santé mentale (PAJ-SM) à la cour municipale de la Ville de Montréal. Ce TSM, initiative du ministère de la Justice, du ministère de la Santé et des Services sociaux et du ministère de la Sécurité publique, a débuté le 20 mai 2008 comme projet pilote pour une durée de 3 ans (Dumais Michaud, 2017; Provost, 2010). Le PAJ-SM visait à répondre aux problématiques liées au traitement judiciaire des dossiers des personnes accusées atteintes de troubles mentaux qui ne cessaient d'augmenter dans cette cour (Provost, 2010). Parmi ces problématiques Provost (2010) mentionne :

«[la] vulnérabilité des accusés au sein du processus judiciaire dit « traditionnel », [la] méconnaissance des dispositions législatives relatives aux évaluations psychiatriques, [le] manque d'information sur la santé mentale et les ressources disponibles, [l']absence d'un mécanisme de liaison entre le réseau de la justice et celui de la santé et des services sociaux [ainsi que] [l']absence de partenariat pour assurer une prise en charge de cette clientèle» (p.12).

Ainsi, ce projet pilote visait à réduire l'incarcération des personnes atteintes de trouble de santé mentale, à proposer des services personnalisés et appropriés à ce type de clientèle et à résoudre la problématique du syndrome de la porte tournante (Provost, 2010). Le PAJ-SM s'adresse à la clientèle de la cour municipale de Montréal qui est accusée d'infractions criminelles ou pénales et dont une des causes de l'infraction est la maladie mentale (Provost, 2010). Selon Provost (2010), le PAJ-SM se veut un programme à vocation sociale dont le but est l'amélioration des conditions de vie d'une clientèle particulièrement vulnérable.

Selon les plus récentes données, il existerait présentement 27 programmes adressant les problématiques de santé mentale au travers de la province, dont 24 à la Cour du Québec et 3 dans des cours municipales (Observatoire en justice et santé mentale, 2023a). Alors que la

majorité de ces programmes existent sous la dénomination «PAJ-SM», d'autres existent sous différents vocables comme celui de Joliette qui se nomme «Programme d'accompagnement justice – santé mentale – itinérance associées ou non à une dépendance aux substances psychoactives (PAJ-SMID)» (Observatoire en justice et santé mentale, 2023a). Cela illustre que les problématiques traitées par les TSM ne se limitent pas aux problèmes de santé mentale. Effectivement, ceux-ci existent souvent en parallèle d'autres problèmes de santé tels que la toxicomanie ou la déficience intellectuelle (Jaimes et al., 2009) ou même en parallèle d'enjeux sociaux tels que l'itinérance qui doivent être traités simultanément au sein de ces tribunaux.

1.3.2. Définition et fonctionnement des tribunaux de santé mentale

À l'origine, les tribunaux spécialisés (ou les tribunaux de résolution de problèmes) ont été créés afin de répondre aux problèmes sociaux sous-jacents à la criminalité tels que les problèmes de consommation et de santé mentale que le système régulier ne pouvait pas gérer tout en respectant les principes de droits tels qu'avoir un jugement équitable en matière criminelle (Barber-Rioja & Rotter, 2014; Winick, 2003). En effet, les cours ordinaires étaient prises à judiciariser certains types d'individus qui auraient davantage bénéficié de traitements médicaux ou d'un support dans la communauté (Winick, 2003). Toutefois, les tribunaux réguliers n'étaient pas adaptés à traiter ce type d'individu et les tribunaux spécialisés se sont présentés comme une alternative qui permettrait «d'aller au-delà de la détermination de la culpabilité (ou de l'innocence) en considérant aussi les causes des délits» (Dumais Michaud, 2019, p. 134).

Plus spécifiquement, les TSM sont une solution proposée par le système de justice pour remédier au problème de la porte tournante selon lequel les personnes souffrant de troubles de santé mentale se retrouvent à constamment faire face au système de justice (Redlich & Han, 2014). Comme l'explique Winick (2003), la clientèle des TSM est une catégorie de patients qui sont périodiquement institutionnalisés dans des hôpitaux psychiatriques afin de recevoir des soins. Ce phénomène de porte tournante s'expliquerait par le fait que pour certaines personnes, une fois qu'elles ont reçu les soins nécessaires et que leur santé s'améliore, elles reçoivent leur congé de l'hôpital, mais une fois dans la communauté elles commettent de nouveaux délits qui mèneront à leur arrestation, soit parce qu'elles ont cessé de prendre leur médication ou parce que leur

santé mentale les amène à avoir des comportements dérangeants ou dangereux. D'ailleurs, une méta-analyse de différentes études provenant des États-Unis, du Royaume-Uni et du Canada sur les facteurs de risque chez les délinquants atteints de troubles mentaux révèle que le taux de récidive général des personnes souffrant de troubles mentaux est de 39% (Bonta et al., 2013).

Ainsi, les TSM ont été créés pour répondre au problème de la surreprésentation des personnes atteintes de troubles mentaux dans le système de justice régulier et pour remédier à l'emprisonnement de ce type d'accusés pour qui il est préférable de traiter les symptômes plutôt que de les punir (Barber-Rioja & Rotter, 2014). Les TSM sont donc des tribunaux spécialisés qui existent au croisement du système juridique et du système psychiatrique (Dumais Michaud, 2019).

Les TSM ont également comme objectif d'améliorer l'engagement des participants à des traitements médicaux afin de réduire le risque de récidive des personnes souffrant de troubles de santé mentale (Champ, 2020 ; Honegger, 2015). Étant donné que les personnes avec des problèmes de santé mentale sont souvent judiciairisées parce qu'elles ne reçoivent pas les soins nécessaires (MacDonald et al., 2014), les TSM offrent des traitements et des services en santé mentale qui permettent la réhabilitation de l'individu (Dumais Michaud, 2019).

Au Québec, certains objectifs spécifiques étaient visés lors de la création du premier TSM en 2008. Selon Provost (2010), ce projet pilote visait

« à diminuer le recours à l'incarcération pour les individus qui présentent un problème de santé mentale, à offrir une approche individualisée et adaptée à la situation et aux besoins des accusés et, finalement, à remédier au syndrome des portes tournantes par une prise en charge à plus long terme de cette clientèle» (p.12).

Critères d'inclusion dans les tribunaux de santé mentale

De manière générale, pour qu'un dossier soit traité dans un TSM les actes à l'origine de l'infraction doivent refléter une problématique de santé mentale chez l'accusé. En effet, il doit exister un lien entre l'infraction commise et la santé mentale de l'accusé (Johnston, 2012). Toutefois, il n'existerait pas d'instrument de mesure pour évaluer le degré auquel un délit a été perpétré à

cause de la santé mentale de l'accusé et la manière dont ce critère est appliqué varierait grandement d'un tribunal à l'autre (Council of State Governments Justice Center, 2007; Johnston, 2012). De plus, un sondage effectué par le Council of State Governments (2006) révèle que 26% des TSM n'avaient pas de restrictions spécifiques en ce qui a trait à la santé mentale (Dumais Michaud, 2019; Redlich, 2013). D'ailleurs, Redlich et al. (2005) mentionnent qu'un juge d'un TSM acceptait toutes personnes avec des problèmes médicaux tels que l'hépatite et le SIDA. Comme le soulève Dumais Michaud (2019), on peut se questionner sur les raisons pour lesquelles ces personnes deviennent des participants à un TSM.

Une autre condition souvent présente pour qu'un participant soit admis dans un TSM est que les actes à l'origine de l'infraction soient de gravité moindre (Dumais Michaud, 2019). Ce sont les circonstances et le degré de violence du crime qui déterminent généralement si l'acte criminel peut être intégré au TSM (Moore & Hiday, 2006).

Selon Redlich (2013) différentes études laissent entendre que les programmes de déjudiciarisation et notamment les TSM ont une surreprésentation de participants de sexe féminin qui sont plus âgés et caucasiens comparativement à la population judiciarisée en général et même de la population judiciarisée atteinte de troubles de santé mentale (Naples et al., 2007; Steadman et al., 2005). Effectivement, nombreux seraient les TSM qui disent avoir un taux de participants de sexe féminin qui dépasse le 50% (Redlich, 2013).

Moment de l'intégration dans les tribunaux de santé mentale

Le parcours des accusés dans un TSM peut grandement varier d'une cour à l'autre. Par exemple, le moment auquel un accusé sera déféré au TSM peut varier selon le tribunal. Certains TSM interviennent avant qu'un plaidoyer de culpabilité soit enregistré, alors que d'autres interviennent après (Slinger & Roesch, 2010). La majorité des TSM américains et quelques TSM canadiens, comme celui à Saint John's au Nouveau-Brunswick, exigent une pleine reconnaissance de responsabilité criminelle pour accéder au programme (Barber-Rioja & Rotter, 2014; Slinger & Roesch, 2010). Toutefois, d'autres tribunaux, notamment celui de Toronto, interviennent en amont, c'est-à-dire avant qu'il y ait eu un enregistrement de plaidoyer (Slinger & Roesch, 2010). Dans tous les cas, l'accusé doit accepter de participer au programme. Cette décision doit être

volontaire et éclairée, c'est-à-dire que l'accusé doit comprendre les exigences du programme avant d'en faire partie (Redlich & Han, 2014). D'ailleurs, l'accusé peut bénéficier de conseils juridiques afin de prendre une décision informée sur les prérequis du programme (Redlich & Han, 2014). Or, la capacité du système judiciaire à s'assurer que les accusés soient informés et comprennent la nature volontaire du programme et la possibilité de refuser que sa cause soit traitée par un TSM est un aspect largement critiqué des TSM (Dumais Michaud, 2019). Cette remise en question est légitime puisqu'il est bien connu que la principale raison pour douter de la compétence d'une personne de prendre une décision libre et éclairée est la santé mentale de celle-ci (Redlich, 2013). En demandant à des personnes atteintes de trouble de santé mentale de prendre une décision éclairée et volontaire quant à leur participation, les TSM requièrent des participants qu'ils connaissent les règles et les procédures du tribunal et qu'ils aient des connaissances juridiques générales (Redlich, 2013). Comme le mentionne Dumais Michaud (2019), les travaux de Bernstein et Seltzer (2003) ainsi que ceux de Redlich et ses collègues (2010) dévoilent que la majorité des participants aux TSM ne savaient pas que leur participation était volontaire. Cette situation est d'autant plus préoccupante lorsque l'on considère que la majorité des TSM exigent comme condition d'admissibilité qu'un participant fasse un plaidoyer de culpabilité en sachant que les accusations peuvent être retirées une fois le programme complété, mais qu'elles ne le sont pas automatiquement (Bazelon Center for Mental Health Law, 2002; Redlich et al., 2010).

Malgré certaines différences notables dans le fonctionnement des TSM, certaines étapes du processus sont suffisamment similaires à tous les TSM. D'ailleurs, McNiel et Binder (2007) ont proposé une définition fonctionnelle des TSM qui regroupe différentes composantes habituellement présentes dans ce type de tribunal :

- «1) un registre judiciaire distinct pour les accusés ayant des troubles de santé mentale; 2) un juge désigné; 3) une approche non adversative²; 4) une participation volontaire; 5) un

² Il s'agit d'une approche où les professionnels impliqués dans le dossier de l'accusé (notamment l'avocat de la défense et le procureur) vont collaborer, c'est-à-dire qu'ils vont travailler ensemble, sans s'opposer les uns aux autres. Cette approche s'oppose à celle du système de justice régulier où les différentes parties (principalement l'avocat de la défense et le procureur) jouent des rôles opposés.

plan de traitement conçu sur mesure pour chaque individu et 6) la possibilité de retirer les accusations advenant la coopération du contrevenant» (Jaimes et al., 2009, p. 178).

Cadre de l'intervention au sein des tribunaux de santé mentale

Ainsi, une fois que l'accusé est intégré au programme, celui-ci se verra entouré d'une équipe multidisciplinaire composée de différents acteurs judiciaires (Jaimes et al., 2009; Slinger & Roesch, 2010). Le participant devra alors se conformer aux ordonnances du tribunal qui auront été préétablies avec l'équipe du TSM comme prendre sa médication, participer à des thérapies, ne pas consommer d'alcool et faire un suivi régulier avec le tribunal (Dumais Michaud, 2019; Redlich, 2013). Ainsi, on comprend que les TSM ont comme mission de résoudre les problèmes qui sont à la source des accusations afin de réduire la récidive criminelle (Winick, 2003). Pour ce faire, le tribunal offrira des services et des soins adaptés à la situation particulière de chacun des participants (Dumais Michaud, 2019; Provost, 2010). C'est en se présentant à de multiples audiences, afin d'attester de leurs progrès, qu'un suivi sera assuré entre ces participants et l'équipe traitante (Dumais Michaud, 2019). L'équipe multidisciplinaire du TSM aura alors comme mission d'assurer que le participant se conforme aux règles et au traitement établi (Barber-Rioja & Rotter, 2014). D'ailleurs, l'étude de Dumais Michaud (2019) suggère que les TSM ont un fonctionnement hybride où l'équipe multidisciplinaire doit jongler avec des pratiques pénales classiques telles que réguler, traiter et contrôler qui interagissent avec des pratiques contemporaines telles qu'accompagner et responsabiliser.

Sanctions et récompenses dans les tribunaux de santé mentale

Lorsque le participant ne parvient pas à satisfaire aux exigences du TSM, celui-ci peut être sanctionné. L'utilisation stratégique de sanctions serait une pratique courante dans les TSM afin d'inciter le participant à satisfaire aux exigences de la cour (Yuan & Capriotti, 2019). Slinger et Roesch (2010) mentionnent que la supervision de la conformité de l'accusé est une pratique adoptée par tous les modèles de tribunaux spécialisés, mais que le défaut de se conformer mène à des sanctions spécifiques qui sont décidées par le juge chargé du dossier. Ces sanctions peuvent inclure le renforcement de la supervision communautaire, l'augmentation du nombre d'audiences, la perte de privilèges, l'obligation d'effectuer des services communautaires et

l’incarcération à court terme (Barber-Rioja & Rotter, 2014; Redlich, 2013). Ultiment, un participant récalcitrant aux demandes de la cour sera expulsé du TSM et son dossier sera traité devant un tribunal régulier.

Les participants qui se conforment aux exigences du TSM peuvent être récompensés, pendant leur participation, par des éloges, par la graduation d’une étape du programme à une autre, par des certificats d’accomplissement de différentes étapes et par une augmentation du temps entre les audiences de suivi (Barber-Rioja & Rotter, 2014). Ultiment, ceux qui se conforment aux ordonnances de la cour gradueront du programme (Redlich, 2013). Concrètement, cela signifie que les accusations seront réduites ou abandonnées (Barber-Rioja & Rotter, 2014; Redlich, 2013). De plus, certains tribunaux offriront des récompenses au moment de la graduation du programme telles qu’un certificat ou des cartes cadeaux (Redlich, 2013). Bref, il est clair que le modèle sanction-récompense est un outil essentiel pour les TSM afin de motiver les participants tout au long du programme (Barber-Rioja & Rotter, 2014).

Trajectoire au sein des programmes d’accompagnement justice et santé mentale

En ce qui concerne les PAJ-SM spécifiquement, l’Observatoire en justice et santé mentale (2023b) de l’Institut Pinel a dressé un répertoire du fonctionnement de dix PAJ-SM où est colligée une importante quantité d’information sur les différents programmes. Dans un premier temps, l’Observatoire nous informe qu’un accusé sera intégré dans un PAJ-SM, soit lors de son passage à la cour, au moment de l’arrestation, au stade de l’imposition de la peine ou à n’importe quel autre moment lors du processus judiciaire. Pour intégrer un PAJ-SM, un accusé doit d’abord être référé au programme, soit par son avocat, le procureur de la poursuite, le juge, le service de police, l’agent de probation, l’équipe traitante ou les intervenants de ressources communautaires utilisées par l’accusé. L’accusé doit alors remplir et envoyer son formulaire de référencement afin qu’ait lieu le processus décisionnel durant lequel est décidé si l’accusé peut être admis dans le programme. Le procureur détermine si les infractions alléguées sont admissibles au programme et si l’accusé peut être évalué par l’intervenant pivot. Par la suite, cet intervenant procède à l’évaluation de l’accusé où il évalue la présence d’indices de trouble de santé mentale, la possibilité d’agir sur la problématique, le lien entre le délit et le trouble, la capacité de l’accusé à participer au programme, l’aptitude et la responsabilité de l’accusé ainsi que la participation

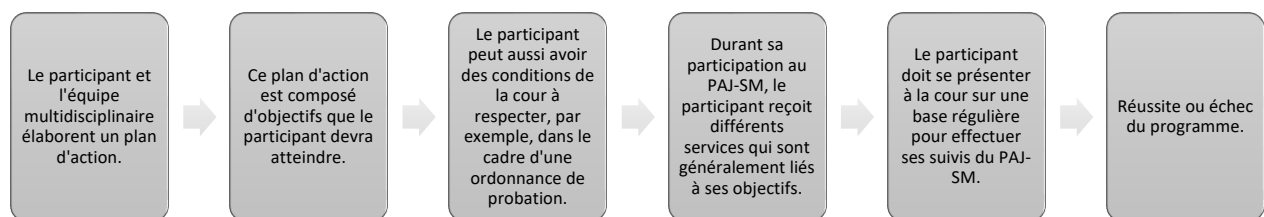
volontaire de l'accusé. D'ailleurs, l'intervenant pivot s'appuie sur une multitude de documents (dont la communication est autorisée par l'accusé) afin de produire son évaluation telle que les dossiers médicaux (antécédents psychiatriques, comptes rendus d'hospitalisations, rapports médicaux, psychologiques et psychiatriques, etc.), les rapports présentenciels, les rapports de non-responsabilité criminelle, *et cetera*. L'ultime décision d'accepter ou non l'accusé dans le programme est ensuite prise lors d'une rencontre entre les membres de l'équipe du PAJ-SM (aussi appelé comité opérationnel). Cette équipe peut inclure un procureur de la couronne, un agent de liaison (aussi appelé agent pivot qui est habituellement un professionnel de la santé provenant d'un Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou d'un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS)), des partenaires de différents services (intervenant en toxicomanie, médecin, etc.) et un agent de probation. D'ailleurs, un accusé peut se voir refuser l'accès au programme s'il ne présente aucun indice de santé mentale ou de risque de rupture sociale ou si la gravité objective du délit est trop importante. Aussi, certains PAJ-SM excluent les accusés qui présentent une déficience intellectuelle puisque ce trouble limiterait l'investissement de l'accusé dans son plan de traitement.

Dans un deuxième temps, les informations rendues disponibles par l'Observatoire en justice et santé mentale (2023b) nous informent sur la trajectoire suivie par le participant une fois qu'il intègre le PAJ-SM. La première étape réside dans l'élaboration d'un plan d'action (ou de traitement) qui est déterminé selon les besoins en santé et en services sociaux du participant. Ces besoins prennent la forme d'« objectifs » qui sont énumérés dans le plan d'action. Par exemple, la personne pourrait avoir comme objectif de prendre rendez-vous avec un professionnel de la santé, de participer à des groupes d'entraide, ou d'utiliser un service psychosocial. Le plan d'action prend la forme d'un contrat où le participant s'engage à atteindre ses objectifs et qui est signé par ce dernier, le procureur et l'intervenant pivot. Par la suite, l'intervenant pivot s'occupera de jumeler l'accusé aux services et aux programmes communautaires appropriés afin d'aider le participant à réaliser ses objectifs. La suite du cheminement du participant au sein du PAJ-SM est ponctuée de rencontres, habituellement mensuelles ou bimensuelles, selon les besoins de l'accusé, avec l'équipe du PAJ-SM qui sont suivies d'audiences à la cour. Étant donné la particularité du PAJ-SM, les suivis à la cour se font selon un cadre adapté où, par exemple, le

décorum est plus souple qu'à la cour régulière et où les audiences peuvent parfois être tenues à huis clos. Entre les rencontres et les audiences, l'accusé doit faire les démarches nécessaires pour atteindre les objectifs de son plan d'action. D'ailleurs, lors des rencontres avec l'équipe du PAJ-SM, des objectifs peuvent être modifiés, ajoutés ou supprimés dépendamment de l'évolution du participant. Afin que l'accusé réussisse le programme, il est attendu de lui qu'il respecte ses conditions, c'est-à-dire qu'il participe activement à la réalisation de ses objectifs établis dans le plan d'action, qu'il se présente à la cour lorsque requis et qu'il se présente aux rencontres avec l'équipe ou l'intervenant PAJ-SM. Par ailleurs, une rechute ou récidive de l'accusé n'entraîne pas automatiquement l'exclusion du PAJ-SM. Toutefois, dans le cas où un participant ne s'engage pas dans son plan d'action comme espéré, l'équipe du PAJ-SM peut utiliser des outils qui peuvent contraindre l'accusé à se conformer tel que l'allongement de la durée du programme ou la révision du plan d'action. La Figure 1 résume les explications précédentes en illustrant une trajectoire type d'un participant au sein du PAJ-SM.

Figure 1

Trajectoire type d'un participant dans le Programme d'accompagnement justice et santé mentale



Dans un troisième temps, selon les données obtenues par l'Observatoire en justice et santé mentale (2023b), le parcours dans le PAJ-SM peut se solder de deux manières, soit par un non-achèvement ou par l'achèvement du programme. Le participant peut ne pas compléter le programme, soit parce qu'il prend la décision personnelle de se retirer du programme, parce qu'il n'a pas été en mesure de se conformer aux exigences du programme ou parce qu'il n'a pas respecté ses conditions. Lorsqu'il y a échec du programme, le dossier judiciaire qui avait été

intégré au PAJ-SM retourne devant un juge du tribunal régulier où la cause sera traitée comme n'importe quelle autre infraction criminelle. Dans les cas où l'accusé a respecté ses conditions et qu'il complète le programme, le procureur propose au juge d'imposer à l'accusé la sentence ou le dénouement approprié pour clore le dossier tel qu'un arrêt des procédures, un évitement de l'incarcération, une suspension de la sentence, une sentence non privative de liberté, une absolution conditionnelle ou inconditionnelle, une atténuation de la peine, un emprisonnement avec sursis, un retrait des accusations ou une ordonnance de garder la paix et d'avoir une bonne conduite en vertu de l'article 810 du Code criminel.

Dans un dernier temps, lorsque le participant a complété le programme, en théorie, il ne reçoit plus de service du PAJ-SM. En effet, lorsque le programme se termine le participant n'aura plus de contacts directs avec l'équipe du PAJ-SM (intervenant pivot, procureur, etc.), mais il pourra continuer à bénéficier du support des différents services, traitements et professionnels auxquels il aura été jumelé durant sa participation (psychiatre, psychologue, travailleur social, médecin de famille, etc.). Certains PAJ-SM vont offrir aux participants d'assurer leur transition vers le suivi communautaire une fois que leur suivi avec le PAJ-SM est complété. En d'autres termes, certaines équipes du PAJ-SM s'assurent que les participants, qui en ont besoin, soient pris en charge par des services communautaires une fois le programme complété. D'ailleurs, au PAJ-SM de Saint-Jérôme, entre mai 2015 et janvier 2018, ce sont 86% des participants qui avaient gardé leur suivi avec des ressources après avoir gradué du programme (Observatoire en justice et santé mentale, 2023b).

1.4. Facteurs associés à l'achèvement des programmes dans les tribunaux de santé mentale

Puisque l'achèvement d'un TSM est un prédicteur important de la non-récidive des accusés présentant un trouble de santé mentale (Hiday et al., 2014; Rubenstein & Yanos, 2019) plusieurs études ont souhaité comprendre quels facteurs influencent l'achèvement (Bonfine et al., 2016; Burns et al., 2013; Canada & Hiday, 2014; Champ, 2020; Dollar et al., 2018; Ennis et al., 2016; Hiday et al., 2014; Ray et al., 2015; Redlich & Han, 2014; Rubenstein & Yanos, 2019; Seto et al., 2018; Verhaaff & Scott, 2015) ou le non-achèvement (Dirks-Linhorst et al., 2013) des programmes

par les participants des TSM. Le Tableau 1 présente un résumé des études citées précédemment en ce qui a trait au nombre de TSM analysé dans l'étude, la provenance des TSM, le nombre de participants, le type d'analyses effectuées et les variables dépendantes analysées.

Tableau 1

Résumé des études portant sur les tribunaux de santé mentale

Nom de l'étude	Nombre de TSM ^a	Provenance des TSM	Nombre de participants	Analyses effectuées	Variables dépendantes
Bonfine et al. (2016)	1	États-Unis	146	Régression logistique	Achèvement du programme (oui/non)
Burns et al. (2013)	1	États-Unis	99	Régression logistique	Achèvement du programme (oui/non) Récidive après le TSM
Canada & Hiday (2014)	2	États-Unis	80	Régression logistique	Achèvement du programme (oui/non) Temps passé en prison durant le TSM Nouvelle infraction durant le TSM Adhérence au traitement
Champ (2020)	1	États-Unis	32	Régression logistique	Achèvement du programme (oui/non)
Dollar et al. (2018)	3 ^b	États-Unis	81	Régression logistique	Achèvement du programme (oui/non)
Ennis et al. (2016)	1	Canada ^c	750	Régression logistique	Achèvement du programme (oui/non)
Hiday et al. (2014)	1	États-Unis	408	Régression logistique	Achèvement du programme (oui/non)
Ray et al. (2015)	8	États-Unis	234	Régression logistique et régression OLS	Achèvement du programme (oui/non)
Redlich & Han (2014)	4	États-Unis	448	Équations structurelles	Achèvement du programme (oui/non)
Rubenstein & Yanos (2019)	1	États-Unis	417	Régression logistique	Achèvement du programme (oui/non)
Seto et al. (2018)	5	Canada ^d	708	Régression logistique	Achèvement du programme (oui/non)
Verhaaff & Scott (2015)	1	Canada	419	Régression logistique	Achèvement du programme (oui/non)
Dirks-Linhorst et al. (2013)	1	États-Unis	947	Régression logistique	Achèvement du programme (oui/non) Choix des accusés de participer ou non au TSM

^a Tribunaux de santé mentale.

^b L'étude de Dollar et al. (2018) a analysé un TSM et deux drug courts.

^c Tribunaux de la Nouvelle-Écosse.

^d Tribunaux de l'Ontario.

En comparant les diverses études qui se sont intéressées aux facteurs expliquant l'achèvement des TSM, il apparaît que le nombre de TSM intégré dans les études varie entre 1 et 8. La majorité des études portent sur des tribunaux américains, alors que seulement trois études portent sur des tribunaux canadiens. Le nombre de participants inclus dans l'échantillon étudié varie grandement, soit entre 32 et 947. Enfin, toutes les études ont réalisé au moins une régression logistique pour mesurer l'achèvement des TSM. Maintenant que les principales caractéristiques des études ont été présentées, il sera question de distinguer les différentes mesures de l'achèvement des TSM, de distinguer les différentes manières dont la justice thérapeutique a été mesurée et de comparer les autres variables (variables sociodémographiques, variables en lien avec les diagnostics, variables en lien avec les infractions et variable en lien avec le cheminement dans le TSM) qui ont été incluses dans les analyses.

La totalité des études mesure l'achèvement des TSM avec une variable dépendante dichotomique (programme complété versus programme non complété) (Bonfine et al., 2016; Burns et al., 2013; Canada & Hiday, 2014; Champ, 2020; Dirks-Linhorst et al., 2013; Dollar et al., 2018; Ennis et al., 2016; Ray et al., 2015; Redlich & Han, 2014; Rubenstein & Yanos, 2019; Seto et al., 2018; Verhaaff & Scott, 2015). Certaines études ont précisé ce qui faisait en sorte qu'un participant gradue du TSM avec succès. Cela peut être le cas lorsqu'il a suivi les traitements ordonnés par le tribunal (Bonfine et al., 2016), lorsqu'il a fait preuve de stabilité pour une certaine période de temps (Bonfine et al., 2016), lorsqu'il respecte les conditions établies par la cour (Dirks-Linhorst et al., 2013) ou lorsque son dossier se solde par l'abandon des poursuites ou une sentence sans temps d'emprisonnement tel qu'un engagement de ne pas troubler l'ordre public (Dirks-Linhorst et al., 2013; Seto et al., 2018). Toutefois, un participant ne complète pas le programme lorsqu'il décide de se retirer lui-même du programme ou lorsqu'il en est expulsé. Un participant peut être expulsé du programme lorsqu'il ne respecte pas son plan de traitement (Bonfine et al., 2016), lorsqu'il ne respecte pas les règles du programme (Seto et al., 2018), lorsqu'il ne respecte pas les conditions de la cour (Dirks-Linhorst et al., 2013), lorsqu'il commet une nouvelle infraction (Bonfine et al., 2016; Dirks-Linhorst et al., 2013) ou lorsque la couronne décide que le programme n'est pas approprié pour l'accusé après qu'il ait participé à un traitement (Seto et al., 2018).

1.4.1. Mesures de la justice thérapeutique et des services

Concernant les variables en lien avec la JT, le Tableau 2 présente un résumé des dimensions de la JT étudiées dans ces études, des échelles utilisées pour mesurer ces dimensions et des principaux résultats.

Tableau 2*Résumé des études mesurant la justice thérapeutique et l'achèvement des tribunaux de santé mentale*

Nom de l'étude	Sujet de l'étude	Dimensions étudiées	Échelles utilisées	Résultats
Canada & Hiday (2014)	Perception de la justice procédurale	Caractère volontaire perçu de s'inscrire au tribunal	Adaptation du MacArthur Perceived Coercion Scale ^a	Un plus haut niveau de justice procédurale perçu chez les participants ayant complété le TSM
Champ (2020)	Perception de la justice thérapeutique	Caractère volontaire perçu de s'inscrire au tribunal	MacArthur Perceived Coercion Scale ^b	Aucune différence entre les participants qui ont complété le TSM et ceux qui ne l'ont pas complété
		Justice procédurale perçue	Échelle de 5 items de Poythress et al. (2002) ^c	Un plus grand sens de justice procédurale perçue chez les participants qui ont complété le TSM
		Connaissance du TSM	Échelle de Redlich et al. (2010) ^d	Aucune différence entre les participants qui ont complété le TSM et ceux qui ne l'ont pas complété
Dollar et al. (2018)	Perception de la justice procédurale	Justice procédurale par rapport au juge	Échelle de justice procédurale perçue avec le juge (items provenant de l'étude MADCE) ^e	Les accusés qui ont signalé une augmentation de leur perception de la justice procédurale étaient plus susceptibles de compléter le TSM
		Justice procédurale par rapport à l'intervenant responsable du dossier dans le TSM	Échelle de justice procédurale perçue avec l'intervenant responsable du dossier dans le TSM (items provenant de l'étude MADCE) ^e	
Redlich & Han (2014)	Effet de la JT sur l'achèvement	Conformité du participant	Échelle du score moyen de conformité ^f	Un niveau plus élevé de JT est associé à un plus haut taux de conformité et donc à de plus grandes probabilités de compléter le programme avec succès
		Caractère volontaire perçu de s'inscrire au TSM	MacArthur Perceived Coercion Scale ^b	Relation indirecte entre un plus haut niveau de caractère volontaire perçu de s'inscrire au TSM et l'achèvement du TSM
		Justice procédurale perçue	Échelle de 5 items de Poythress et al. (2002) ^c	Relation indirecte entre un plus haut niveau de justice procédurale perçue et l'achèvement

Tableau 2

Résumé des études mesurant la justice thérapeutique et l'achèvement des tribunaux de santé mentale

Nom de l'étude	Sujet de l'étude	Dimensions étudiées	Échelles utilisées	Résultats
Redlich & Han (2014)	Effet de la JT sur l'achèvement	Connaissance du TSM	Échelle de Redlich et al. (2010) ^d	Relation indirecte entre un plus haut niveau de connaissance du TSM et l'achèvement

^a Composantes du MacArthur Perceived Coercion Scale adapté : 1) Équité perçue 2) Pouvoir s'exprimer 3) Être traité avec dignité et respect 4) Percevoir l'intérêt et la préoccupation du personnel 5) Être satisfait de la manière dont le personnel traite le participant 6) Être satisfait de la procédure du TSM.

^b Composantes du MacArthur Perceived Coercion Scale : 1) J'ai eu plus d'influence que quiconque sur ma participation au tribunal de la santé mentale 2) J'ai eu beaucoup de contrôle sur ma participation au tribunal de la santé mentale 3) J'ai choisi de participer au tribunal de la santé mentale 4) Je me suis senti libre de faire ce que je voulais à propos de ma participation au tribunal de la santé mentale 5) C'était mon idée de participer au tribunal de la santé mentale.

^c Composantes de l'échelle de 5 items de Poythress et al. (2002) : 1) Au tribunal aujourd'hui, avez-vous eu suffisamment d'occasions de dire au juge ce que vous pensiez qu'il avait besoin d'entendre au sujet de votre situation personnelle et juridique ? 2) Au tribunal aujourd'hui, le juge a-t-il semblé réellement intéressé par votre personne ? 3) Au tribunal aujourd'hui, le juge vous a-t-il traité avec respect ? 4) Au tribunal aujourd'hui, le juge vous a-t-il traité équitablement ? 5) Êtes-vous satisfait de la façon dont le juge vous a traité et a traité votre affaire aujourd'hui ?

^d Composantes de l'échelle de Redlich et al. (2010) : « L'échelle est divisé en trois séries de questions. La première série comporte 14 énoncés qui portent sur les accords conclus par les participants lorsqu'ils s'inscrivent au tribunal de la santé mentale, tels que le plaidoyer de culpabilité, les rencontres régulières avec leur gestionnaire de cas et l'interdiction de commettre d'autres actes criminels. Dans la deuxième série, les conséquences du non-respect des conditions du tribunal de la santé mentale sont évaluées dans 11 affirmations, telles que la connaissance des sanctions pouvant inclure une peine de prison ou des rencontres plus fréquentes avec le juge, le gestionnaire de cas ou l'agent de probation, et la possibilité d'être à nouveau inculpé pour le même délit en cas de non-respect des conditions du tribunal. La dernière série comprend sept affirmations concernant les conséquences possibles du respect des conditions imposées par le tribunal, telles que la possibilité d'obtenir un diplôme, d'éviter une peine de prison pour l'infraction en cours et d'avoir accès à un traitement de santé mentale. » (traduction libre, Champ, 2020, p.96).

^e Composantes de l'échelle de justice procédurale perçue : 1) Le juge (ou intervenant) vous traite avec respect 2) On peut faire confiance à votre juge (ou intervenant) pour vous traiter équitablement 3) Votre juge (ou intervenant) connaît bien votre dossier. 4) Le juge (ou intervenant) connaît votre nom 5) Le juge (ou intervenant) vous donne la possibilité de donner votre version des faits 6) Votre juge (ou intervenant) vous aide à réussir 7) Votre juge (ou intervenant) souligne l'importance du traitement.

^f Composantes de l'échelle du score moyen de conformité : 1) Aller à ses rendez-vous dans la communauté 2) Respecter les ordonnances de la cour 3) Prendre sa médication.

Ce sont quatre études qui se sont intéressées à l'effet de la JT sur l'achèvement des TSM (Canada & Hiday, 2014; Champ, 2020; Dollar et al., 2018; Redlich & Han, 2014). Toutefois, trois de ces études se sont plus particulièrement intéressées à la perception de la JT (Champ, 2020) ou de la justice procédurale (Canada & Hiday, 2014; Dollar et al., 2018) chez les participants des TSM sur l'achèvement du programme. Dans les variables mesurées qui s'apparentent davantage à la JT, on retrouve le score moyen de conformité, c'est-à-dire le fait d'aller à ses rendez-vous dans la communauté, de respecter les ordonnances de la cour et de prendre sa médication qui est une des variables indépendantes étudiées par Redlich et Han (2014). D'autre part, pour ce qui est des variables liées à la justice procédurale perçues par les participants de TSM, trois études (Canada & Hiday, 2014; Champ, 2020; Redlich & Han, 2014) ont mesuré le caractère volontaire perçu de s'inscrire au tribunal en utilisant l'échelle du MacArthur Perceived Coercion Scale (Poythress et al., 2002). Deux études (Champ, 2020; Redlich & Han, 2014) ont mesuré la justice procédurale perçue et la connaissance du TSM par les participants en utilisant, respectivement, l'échelle de 5 items de Poythress et al. (2002) et l'échelle de Redlich et al. (2010). Aussi, l'étude de Dollar et al. (2018) s'est également intéressée à la justice procédurale en la mesurant à l'aide des items provenant de l'étude MADCE (*Multi-Site Adult Drug Court Evaluation*) qui mesurent l'interaction de l'accusé avec le juge, l'interaction de l'accusé avec l'intervenant en charge du dossier dans le TSM, les sentiments de l'accusé concernant le fait d'être traité équitablement et avec respect, la connaissance du tribunal par l'accusé, la volonté du tribunal d'écouter et de valider le point de vue de l'accusé et l'assistance et l'aide accordée à l'accusé par le tribunal.

Les études qui se sont intéressées au lien entre la JT et l'achèvement des TSM ont trouvé des résultats mixtes. D'abord, Redlich et Han (2014) ont trouvé une relation significative, mais indirecte entre la JT et l'achèvement des TSM. En effet, un niveau plus élevé de JT, c'est-à-dire un niveau plus élevé de perception de volontariat, de perception de justice procédurale et de connaissance du TSM, est associé à un plus haut taux de conformité et à de plus faibles probabilités d'être arrêté, emprisonné ou d'être visé par un mandat d'arrestation lors du TSM, ce qui fait en sorte qu'un plus haut taux de JT est indirectement associé à de plus grandes probabilités de compléter le programme avec succès. Similairement, Canada et Hiday (2014) ont trouvé que la perception de la justice procédurale lors des interactions avec l'équipe du TSM est

significativement associée à la fin du programme. Effectivement, la perception de la justice procédurale lors des interactions avec l'équipe du TSM était plus importante pour les participants qui ont complété le programme avec succès. Toutefois, l'étude de Champ (2020) n'a trouvé aucune différence entre les deux groupes à l'étude pour les dimensions de la connaissance des TSM et du caractère volontaire. Cependant, dans cette étude, un plus grand sens de la justice procédurale était présent chez les personnes ayant complété le TSM. Finalement, l'étude de Dollar et al. (2018) révèle que ce ne sont pas les perceptions de la justice procédurale elles-mêmes qui influencent le dénouement des tribunaux spécialisés, mais plutôt les changements de perception de la justice procédurale. Effectivement, ce sont les accusés qui ont signalé une augmentation de leur perception de la justice procédurale, c'est-à-dire une augmentation de la perception que le juge et l'intervenant responsables de leur dossier les traitent avec respect, qu'ils peuvent faire confiance au juge et à l'intervenant, qu'ils ont l'impression que ces acteurs connaissent bien leur dossier, que ces acteurs leur donnent la possibilité de s'exprimer et qu'ils les aident à réussir, qui étaient les plus susceptibles de compléter le tribunal spécialisé.

En ce qui a trait aux traitements et services reçus, les études qui ont intégré ces variables indépendantes à leurs analyses n'ont pas identifié à proprement dit ces variables comme étant des principes de la JT. Toutefois, et considérant l'importance accordée aux traitements et services reçus dans le cadre théorique de la JT, il apparaît pertinent de parler des variables en lien avec les services et les traitements comme étant des variables en lien avec la JT. Le Tableau 3 présente les dimensions étudiées, les indicateurs et les résultats des études s'étant intéressées aux services et traitements dans le cadre d'un TSM.

Tableau 3*Résumé des études mesurant les services et l'achèvement des tribunaux de santé mentale*

Nom de l'étude	Dimensions étudiées	Indicateurs	Résultats
Bonfine et al. (2016)	Types de services reçus	1) Service en toxicomanie 2) Service en santé mentale 3) Service en pharmacologie	Consultations en santé mentale ↑ ^a Services pharmacologiques ↑
Rubenstein & Yanos (2019)	Types de traitements	Traitement fermé versus traitement en communauté avant l'intégration dans le TSM	Traitements en santé mentale avant l'intégration dans le TSM X ^b
Seto et al. (2018)	Besoins en services psychosociaux	1) Logement 2) Intervenant pivot 3) Groupes d'aide 4) Aide financière 5) Immigration	Besoins en services psychosociaux X
	Besoins en services cliniques	1) Psychiatre 2) Physicien 3) Service en toxicomanie 4) Service en gestion des émotions 5) Équipe traitante	Besoins en services cliniques ↓ ^c
Dirks-Linhorst et al. (2013)	Médication	Prescription pour des psychotropes (oui/non)	↑

a Relation positive avec l'achèvement

b Aucun effet sur l'achèvement

c Relation négative avec l'achèvement.

Les études qui se sont intéressées aux services ou traitements offerts aux participants durant leur participation au TSM ont mesuré les types de services reçus (toxicomanie, santé mentale et pharmacologie) durant le TSM (Bonfine et al., 2016) et les types de traitements (traitement fermé versus traitement en communauté) reçus avant le TSM (Rubenstein & Yanos, 2019). Seto et collaborateurs (2018), ont mesuré les services psychosociaux (ex. logement, intervenant pivot, groupes d'aide, aide financière, immigration) et cliniques (psychiatre, physicien, service en toxicomanie, service en gestion des émotions, équipe traitante) dont l'accusé aurait de besoin en lien avec son plan de traitement et les raisons psychologiques (activités quotidiennes, éducation, occupation, logement, finance, relations) et cliniques (danger pour autrui ou suicide, symptômes spécifiques d'une problématique en santé mentale, symptômes résultants d'abus physiques ou sexuels, dépendance) pour lesquelles l'accusé demande des services et qui sont les problématiques qui doivent être adressées par le TSM.

Ces études qui se sont intéressées aux services et traitements concluent que le fait d'être plus exposé à des consultations en santé mentale et à des services pharmacologiques est associé à un achèvement (Bonfine et al., 2016), mais que le fait d'avoir eu des traitements en santé mentale avant l'intégration au TSM n'est pas un prédicteur significatif de l'achèvement d'un TSM (Rubenstein & Yanos, 2019). Le fait d'avoir plus de besoins en ce qui a trait aux services cliniques (psychiatre, physicien, service en toxicomanie, service en gestion des émotions, équipe traitante) diminue les chances de compléter le TSM. Aussi le fait d'avoir eu une prescription pour des psychotropes augmente les chances de compléter le TSM (Dirks-Linhorst et al., 2013).

1.4.2. Autres mesures

En ce qui concerne les autres variables indépendantes analysées dans les études s'intéressant à l'achèvement des TSM, elles peuvent se diviser en quatre catégories, soient les variables sociodémographiques, celles en lien avec les diagnostics, celles en lien avec les infractions menant à l'intégration au TSM et celles en lien avec la participation au TSM. Le Tableau 4 présente les différentes variables mesurées en lien avec les variables sociodémographiques.

Tableau 4

Résumé des variables sociodémographiques mesurées dans les études s'intéressant à l'achèvement des tribunaux de santé mentale

Variables	Études	Résultats
Sexe (être un homme)	Bonfine et al. (2016)	X ^a
	Burns et al. (2013)	X
	Dollar et al. (2018)	X
	Dirks-Linhorst et al. (2013)	↓ ^b
	Ennis et al. (2016)	X
	Hiday et al. (2014)	X
	Ray et al. (2015)	X
	Rubenstein & Yanos (2019)	X
Âge	Bonfine et al. (2016)	Être plus vieux ↓
	Burns et al. (2013)	X
	Dollar et al. (2018)	X
	Hiday et al. (2014)	X
	Ray et al. (2015)	X
	Rubenstein & Yanos (2019)	X
Ethnicité	Bonfine et al. (2016)	X
	Burns et al. (2013)	X
	Dollar et al. (2018)	X
	Dirks-Linhorst et al. (2013)	Afro-américain ↓
	Hiday et al. (2014)	X
	Ray et al. (2015)	X
	Rubenstein & Yanos (2019)	Afro-américain ↓
Situation financière	Burns et al. (2013)	X
	Dirks-Linhorst et al. (2013)	Avoir de l'aide financière ↑ ^c
	Seto et al. (2018)	Emploi X
	Verhaaff & Scott (2015)	Ne pas avoir d'emploi avant l'entrée dans le TSM ↑
Stabilité résidentielle	Dirks-Linhorst et al. (2013)	X
	Seto et al. (2018)	X
	Verhaaff & Scott (2015)	↑
État matrimonial (être marié)	Dirks-Linhorst et al. (2013)	X
	Seto et al. (2018)	↑
Emplacement du TSM	Dirks-Linhorst et al. (2013)	X
Plus haut niveau d'éducation	Rubenstein & Yanos (2019)	↑
	Verhaaff & Scott (2015)	X

^a Aucune relation avec l'achèvement.

^b Relation négative avec l'achèvement.

^c Relation positive avec l'achèvement.

En ce qui a trait aux variables sociodémographiques, une seule étude a trouvé que le fait d'être un homme avait une relation négative avec l'achèvement des TSM (Dirks-Linhorst et al., 2013). Dans le même sens, une seule étude a trouvé que le fait d'être plus âgé était négativement associé à l'achèvement d'un TSM (Bonfine et al., 2016). Deux études ont trouvé que le fait d'être une

personne afro-américaine avait une relation négative avec le fait de compléter un TSM (Dirks-Linhorst et al., 2013; Rubenstein & Yanos, 2019). En lien avec la situation financière des participants aux TSM, le fait de recevoir de l'aide financière (par exemple recevoir des prestations d'aide sociale) et le fait de ne pas avoir d'emploi avant l'entrée dans le programme ont un effet positif sur l'achèvement. Concernant la stabilité résidentielle, elle aurait une relation positive avec l'achèvement selon une étude (Verhaaff & Scott, 2015). Aussi, avoir un niveau d'éducation plus élevé serait également associé positivement à l'achèvement (Rubenstein & Yanos, 2019). Le Tableau 5 met en évidence les variables mesurées en lien avec les diagnostics des participants.

Tableau 5

Résumé des variables mesurées en lien avec les diagnostics dans les études s'intéressant à l'achèvement des tribunaux de santé mentale

Variables	Études	Résultats
Diagnostic de trouble lié à l'usage de substance	Bonfine et al. (2016)	X ^a
	Burns et al. (2013)	↓ ^b
	Ennis et al. (2016)	X ^c
	Seto et al. (2018)	X
	Verhaaff & Scott (2015)	↓
	Dirks-Linhorst et al. (2013)	↑
Autres diagnostics	Bonfine et al. (2016)	X
	Burns et al. (2013)	X
	Dirks-Linhorst et al. (2013)	↓
	Ennis et al. (2016)	↓
	Seto et al. (2018)	X
	Verhaaff & Scott (2015)	↑
Sévérité des symptômes psychiatriques	Canada et Hiday (2014)	X

^a Aucune relation avec l'achèvement.

^b Relation négative avec l'achèvement.

^c Relation positive avec l'achèvement.

Plusieurs études ont trouvé une association entre la consommation de substance et l'achèvement. En effet, Burns et al. (2013) ont trouvé que la présence d'un diagnostic de trouble lié à l'usage de substance (TUS) diminue les chances d'achèvement et l'étude de Hiday et al. (2014) a trouvé que la consommation de drogue lors du délit indexé diminue également les probabilités d'achèvement (Tableau 6). C'est d'ailleurs la présence de consommation de drogues durant le TSM qui serait la variable la plus importante dans l'explication du non-achèvement des TSM dans l'étude de Hiday et al. (2014) (Tableau 7). Toutefois, l'étude de Dirks-Linhorst et al.

(2013) a trouvé qu'avoir un historique de TUS augmente les chances de compléter le programme. La comorbidité ou la présence de plusieurs diagnostics est associée négativement à l'achèvement selon deux études (Dirks-Linhorst et al., 2013; Verhaaff & Scott, 2015). Le Tableau 6 présente les résultats des études ayant mesuré des variables en lien avec les infractions ayant mené à l'intégration dans le TSM.

Tableau 6

Résumé des variables mesurées en lien avec les infractions dans les études s'intéressant à l'achèvement des tribunaux de santé mentale

Variables	Études	Résultats
Nombre de jours d'incarcération, d'arrestations ou de sentences avant l'entrée dans le TSM	Bonfine et al. (2016)	Nombre de jours d'incarcération ↓ ^a
	Burns et al. (2013)	Nombre de jours d'incarcération ↓
	Hiday et al. (2014)	Nombre d'arrestations X ^b
	Rubenstein & Yanos (2019)	Nombre de sentences, d'arrestation et d'incarcération X ^c
	Seto et al. (2018)	Historique criminel ^d ↓
Infraction ayant mené au TSM est une infraction criminelle (versus sommaire)	Burns et al. (2013)	X
	Ray et al. (2015)	Infraction criminelle ↓
Catégorie d'infraction	Bonfine et al. (2016)	Crime contre la personne ↑ Infraction procédurale ↓ Crime contre les biens ↓
	Dirks-Linhorst et al. (2013)	Vol ↓ Autres ^e ↓
	Ennis et al. (2016)	X
	Hiday et al. (2014)	X
Usage de drogues lors de l'infraction	Burns et al. (2013)	X
	Hiday et al. (2014)	X
Temps entre l'arrestation et l'entrée dans le TSM	Hiday et al. (2014)	X
Risque criminogène	Bonfine et al. (2016)	↓

^a Relation négative avec l'achèvement.

^b Aucune relation avec l'achèvement.

^c Relation positive avec l'achèvement.

^d Historique criminel mesuré avec le système Cormier-Lang (Quinsey et al., 2006).

^e Harcèlement, violation de l'entretien de la propriété, violation d'une ordonnance financière, comportement sexuel inapproprié et infraction en lien avec les armes.

En ce qui a trait aux infractions, une variable qui aurait une relation négative avec l'achèvement des programmes est l'incarcération avant l'intégration dans le TSM (Bonfine et al., 2016; Burns et al., 2013; Seto et al., 2018) et le fait d'avoir un historique criminel avant l'entrée dans le

programme (Seto et al., 2018). Aussi, le fait que l’infraction ayant mené à l’inclusion dans le TSM en soit une criminelle (versus une infraction sommaire) est négativement associé à l’achèvement du programme (Ray et al., 2015). Ensuite, le type d’infraction qui a mené à l’intégration a une relation significative soit positive ou négative avec l’achèvement. Pour les infractions procédurales, contre les biens, et d’autres types (harcèlement, violation de l’entretien de la propriété, violation d’une ordonnance financière, comportement sexuel inapproprié et infraction en lien avec les armes) elles ont une relation négative avec le fait de compléter le programme (Bonfine et al., 2016; Dirks-Linhorst et al., 2013), alors que les crimes contre la personne ont une relation positive avec l’achèvement (Bonfine et al., 2016). Enfin, le Tableau 7 résume les variables qui sont liées à la participation au TSM.

Tableau 7

Résumé des variables mesurées en lien avec la participation au programme dans les études s’intéressant à l’achèvement des tribunaux de santé mentale

Variables	Études	Résultats
Plus longue durée du TSM	Bonfine et al. (2016)	↑ ^a
	Dirks-Linhorst et al. (2013)	Plus d’audiences ↑
	Hiday et al. (2014)	Nombre d’audiences X ^b
	Ray et al. (2015)	X
	Rubenstein & Yanos (2019)	↑
	Seto et al. (2018)	↑
Provenance de la référence au TSM	Dirks-Linhorst et al. (2013)	X
Nouvelles accusations durant la participation au TSM	Dirks-Linhorst et al. (2013)	↓ ^c
	Hiday et al. (2014)	↓
Nombre de jours d’incarcération durant la participation au TSM	Burns et al. (2013)	X
Prise de médication durant le TSM	Dirks-Linhorst et al. (2013)	↑
Hospitalisation durant le TSM	Bonfine et al. (2016)	X
Non-respect des conditions de la cour	Hiday et al. (2014)	↓
Défaut de se présenter devant la cour sans excuse valable	Hiday et al. (2014)	↓
Consommation de drogue durant le TSM	Hiday et al. (2014)	↓

^a Relation positive avec l’achèvement.

^b Aucune relation avec l’achèvement.

^c Relation négative avec l’achèvement.

Pour ce qui est des variables en lien avec la participation au TSM, participer plus longtemps au programme du TSM (Bonfine et al., 2016; Rubenstein & Yanos, 2019; Seto et al., 2018) et avoir plus d'audiences durant sa participation (Dirks-Linhorst et al., 2013; Hiday et al., 2014) sont associées positivement à l'achèvement. Toutefois, la présence de nouvelles accusations durant la participation au TSM où la présence d'une nouvelle infraction pendant le TSM diminuerait les chances d'achèvement (Dirks-Linhorst et al., 2013; Hiday et al., 2014). Aussi, la prise de médication pendant le TSM a une relation positive avec l'achèvement du programme (Dirks-Linhorst et al., 2013). Enfin, le non-respect des conditions de la cour, le défaut de se présenter devant la cour sans excuse valable et la consommation de drogue durant le TSM sont associés négativement à l'achèvement du tribunal (Hiday et al., 2014).

En somme, en prenant en considération toutes les études mentionnées qui ont étudié l'effet de la JT sur les TSM, il est possible de regrouper en cinq catégories les différentes dimensions étudiées. Il s'agit, premièrement, des indicateurs qui mesurent davantage la justice procédurale, soit le sentiment de l'accusé d'être traité avec équité (Canada & Hiday, 2014; Dollar et al., 2018; Poythress et al., 2002), respect (Canada & Hiday, 2014; Dollar et al., 2018; Poythress et al., 2002) et dignité (Canada & Hiday, 2014; Poythress et al., 2002), le caractère volontaire perçu par l'accusé de s'inscrire au tribunal (Canada & Hiday, 2014; Champ, 2020; Redlich & Han, 2014), la justice procédurale perçue par l'accusé (Champ, 2020; Redlich & Han, 2014), la connaissance du tribunal par le participant (Champ, 2020; Redlich & Han, 2014), la satisfaction du participant par rapport au processus du TSM et à la façon dont il est traité par le personnel, c'est-à-dire qu'ils montrent de l'intérêt et de l'inquiétude (Canada & Hiday, 2014; Poythress et al., 2002). Deuxièmement, il s'agit des éléments qui mesurent la justice interactionnelle, soit la manière dont l'accusé est concrètement traité dans le TSM. Par exemple, le fait qu'il ait une voix et qu'il soit entendu (Canada & Hiday, 2014; Poythress et al., 2002), son interaction avec le juge et l'intervenant en charge du dossier dans le TSM (Dollar et al., 2018), la volonté du tribunal d'écouter et de valider le point de vue de l'accusé (Dollar et al., 2018) et l'assistance et l'aide accordée à l'accusé par le tribunal (Dollar et al., 2018). Troisièmement, il est question de l'équipe multidisciplinaire, qui est une dimension davantage en lien avec la JT, avec des indicateurs comme la participation multidisciplinaire et la collaboration entre les organisations communautaires et

gouvernementales (Kaiser & Holtfreter, 2016), la présence d'un intervenant qui agit comme pivot entre l'accusé, le tribunal, le système de santé mentale, la famille et le grand public (Kaiser & Holtfreter, 2016), la formation en santé mentale des acteurs judiciaires (Casey & Rottman, 2000), la coopération entre la Cour, les autres composantes du système de justice pénale et les services en santé mentale (Casey & Rottman, 2000) ainsi que le changement thérapeutique inspiré par les acteurs juridiques chez l'accusé (Kawalek, 2020). Quatrièmement, il est possible de regrouper les différentes dimensions en lien avec le tribunal, soit l'individualisation des dossiers (Jaimes et al., 2009), la surveillance par le tribunal (Senjo & Leip, 2001), le traitement accéléré des dossiers (Casey & Rottman, 2000), l'intervention judiciaire continue (Kaiser & Holtfreter, 2016), la surveillance étroite du participant et une réponse immédiate au comportement de l'accusé (Kaiser & Holtfreter, 2016) ainsi que le soutien thérapeutique et le dialogue thérapeutique du juge (Kawalek, 2020). Cette quatrième catégorie est également en lien avec la JT. Cinquièmement, il est question des dimensions qui regroupent les traitements ou services offerts à l'accusé, qui sont elles aussi liées à la JT, et qui sont mesurées soit par le type de traitement (Blount, 2019; Senjo & Leip, 2001), la participation de l'accusé et de sa famille à la détermination du traitement (Casey & Rottman, 2000) ou l'intégration des services de traitement au processus judiciaire (Kaiser & Holtfreter, 2016). Ainsi, il apparaît que les recherches sur les TSM s'attardent principalement à étudier les dimensions liées à la justice procédurale et la justice interactionnelle laissant plus souvent de côté les dimensions en lien avec la JT qui sont pourtant à la base même du développement des TSM.

Chapitre 2 – Problématique

Il est bien connu qu'un nombre non négligeable de personnes prises responsables par l'appareil judiciaire a un problème de santé mentale. Le rapport de 2011-2012 du Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada (2012) révélait que 62% des délinquants admis dans un pénitencier fédéral sont identifiés comme nécessitant une évaluation ou un suivi en santé mentale. Des données plus récentes indiquent que ce sont 79% des femmes et 73% des hommes incarcérés dans des prisons fédérales qui ont au moins une problématique de santé mentale (Commission de la santé mentale du Canada, 2020). D'ailleurs, les répercussions du système de justice, notamment celles reliées à l'emprisonnement, ont pour effet d'aggraver la condition de ces personnes. En plus d'exacerber les problèmes de santé mentale des personnes incarcérées, la judiciarisation des personnes souffrant de troubles mentaux encourage leur réinstitutionnalisation par le biais du système pénal (Dumais Michaud, 2017). Selon Lemieux et Crocker (2019), cette surreprésentation de personnes souffrant de problème de santé mentale s'explique par leur grande vulnérabilité qui est intensifiée par leurs difficultés socioéconomiques, ces dernières limitant leurs options de survie et pouvant les pousser à la criminalité. D'ailleurs, MacDonald et Dumais Michaud (2015) suggèrent que la police est deux fois plus propice à interpellier et à porter des accusations contre cette population. Qui plus est, ces personnes sont le plus souvent arrêtées pour des délits mineurs liés à la pauvreté, à l'itinérance et à leurs conditions sociales (MacDonald & Dumais Michaud, 2015).

L'implantation de TSM peut représenter une réponse juridique à l'enjeu entourant la judiciarisation accrue des personnes qui souffrent de troubles mentaux. Le rapport du Gouvernement du Canada (Schneider, 2015) portant sur les personnes atteintes de maladies mentales dans le système de justice pénale suggère d'implanter des TSM partout au Canada³ puisqu'ils permettent de réduire le taux de récidive des participants. D'ailleurs, plusieurs études américaines suggèrent que l'achèvement d'un TSM diminue les chances de récidive des accusés (Hiday et al., 2014; Rubenstein & Yanos, 2019). Or, le rapport du Protecteur du citoyen (2011)

³ Il s'agit même une promesse électorale du gouvernement libéral de 2021 (Parti libéral du Canada, 2021).

met en garde contre une généralisation des modèles de TSM au Québec, soit les PAJ-SM, puisque même si les premières données recueillies suggèrent que ce programme a obtenu certains résultats concernant la réduction de la récidive, son efficacité n'a pas encore été démontrée. Considérant qu'aujourd'hui il existe plus d'une trentaine de PAJ-SM sur le territoire québécois et qu'ils peuvent potentiellement aider à réduire la récidive des participants qui complètent ledit programme, il semble plus qu'essentiel de comprendre quels facteurs influencent l'achèvement des PAJ-SM et comment ces facteurs agissent sur cet achèvement.

Justement, la majorité des études qui se sont penchées sur l'achèvement des TSM, se sont intéressées aux tribunaux américains. Or, les PAJ-SM seraient peu comparables aux TSM américains. D'abord, le PAJ-SM se distingue du concept original de TSM par son appellation qui démontre une volonté de réduire la stigmatisation liée à un passage devant les tribunaux (Protecteur du citoyen, 2011). Aussi, les PAJ-SM sont des programmes sociaux qui sont intégrés à des cours municipales et des Cours du Québec (Observatoire en justice et santé mentale, 2023b; Ville de Montréal, 2021) ce qui les distingue du concept de TSM américains qui sont des tribunaux distincts. Cette nuance est importante particulièrement en ce qui concerne le fonctionnement des PAJ-SM par rapport aux TSM. En effet, les acteurs de la justice (juge, procureur, avocat de la défense) et de la santé (intervenant pivot) œuvrant au sein des PAJ-SM ne travaillent pas exclusivement pour le PAJ-SM contrairement aux TSM où les acteurs sont encouragés à exercer exclusivement au sein du TSM (Council of State Governments, 2005). Ainsi, les dossiers dans lesquels les acteurs du PAJ-SM sont s'ajoutent à leur charge de travail habituelle dans d'autres cours. Ainsi, la généralisation des résultats semble être problématique étant donné la singularité des PAJ-SM par rapport aux TSM américains (Bonfine et al., 2016; Seto et al., 2018). Il est donc important d'effectuer une analyse propre aux PAJ-SM afin d'identifier les facteurs qui influencent un achèvement du programme. Enfin, le fait que la majorité des études sur les TSM sont américaines participe au manque de littérature sur les TSM canadiens (Schneider et al., 2007; Seto et al., 2018).

D'autre part, il apparaît que les études ayant analysé l'effet des principes de la JT sur l'achèvement de TSM omettent plusieurs dimensions importantes de la JT. Effectivement, les études se concentrent principalement sur les éléments de justice procédurale et de justice interactionnelle

laissant de côté les éléments de la JT pourtant essentiels à la compréhension des TSM. Par exemple, ce sont principalement les perceptions de l'accusé par rapport au TSM (équité perçue, caractère volontaire, justice procédurale perçue, etc.) et le traitement concret que l'accusé reçoit durant sa participation (l'interaction de l'accusé avec les acteurs judiciaires, le changement thérapeutique inspiré par les acteurs judiciaires chez l'accusé, etc.) qui sont analysés dans les études. Peu d'études s'intéressent aux effets plus thérapeutiques des TSM tels que l'effet de l'équipe multidisciplinaire (participation multidisciplinaire et la collaboration entre les organisations communautaires et gouvernementales, intervention d'un agent qui agit comme pivot entre l'accusé, le tribunal, le système de santé mentale, la famille et le grand public, etc.), du tribunal (l'individualisation des dossiers, la surveillance de l'accusé par le tribunal, le traitement accéléré des dossiers, l'intervention judiciaire continue, etc.) ou des traitements ou services reçus par l'accusé. Pourtant, la justice thérapeutique est une des théories les plus pertinentes pour comprendre les TSM étant donné qu'ils se sont développés autour de ce concept (Barber-Rioja & Rotter, 2014). Dans les faits, les TSM utilisent les principes de la JT pour résoudre les problèmes individuels des accusés par rapport aux sanctions, à leur encadrement et aux services qui leur sont offerts (Jaimes et al., 2009; Winick, 2003; Winick & Wexler, 2002). Ainsi, l'application des principes de la JT par les TSM rend cette théorie tout indiquée pour évaluer leur fonctionnement puisque ces principes agissent comme piliers pour ces tribunaux. Il serait donc judicieux de considérer les éléments thérapeutiques dans les études des TSM étant donné qu'ils font partie des principes sur lesquels sont construits les TSM.

Enfin, la JT montre qu'une des pratiques importantes des TSM est l'individualisation des dossiers en offrant des solutions personnalisées aux participants et en prenant en compte leurs particularités et leurs besoins spécifiques (Jaimes et al., 2009; McNiel & Binder, 2007). Ainsi, on assiste à une variation des pratiques du TSM d'un accusé à l'autre au sein d'un même tribunal, mais également à des différences entre les tribunaux. En effet, les résultats inconsistants d'une étude à l'autre montrent que les TSM ont des pratiques différentes en ce qui a trait aux participants qu'ils acceptent dans leur tribunal ou à la sévérité avec laquelle ils vont traiter différents enjeux. Or, et comme mentionné précédemment, l'individualisation des dossiers est

un élément de la JT peu étudié dans les études sur l'achèvement des TSM malgré le fait qu'il s'agit d'une caractéristique essentielle des TSM.

2.1. Objectifs de l'étude

L'étude proposée est une des premières à analyser les données récoltées dans le cadre du *Projet de recherche sur l'évaluation des Programmes d'accompagnement en justice et santé mentale du Québec* mené par l'Observatoire en justice et santé mentale affiliée à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel et financé par le ministère de la Justice. Ainsi, elle a, dans un premier temps, un but exploratoire qui vise à décrire et comparer le fonctionnement des différents PAJ-SM et les caractéristiques de leurs participants.

Dans un deuxième temps, l'étude a également comme objectif de venir pallier le manque d'information scientifique concernant l'interaction entre les principes de la JT et l'achèvement d'un TSM. Pour ce faire, seront inclus dans les analyses de l'achèvement des programmes, des éléments souvent exclus concernant des dimensions importantes de la JT telles que les équipes multidisciplinaires, le fonctionnement du tribunal et les traitements ou services reçus par l'accusé. Ces éléments seront analysés simultanément aux caractéristiques des participants et des programmes qui peuvent influencer l'achèvement comme les données sociodémographiques, les diagnostics, les infractions, l'imposition de conditions de la cour et les évènements de vie qui ponctuent la trajectoire judiciaire des participants.

Dans un troisième temps, la recherche vise à explorer et comprendre davantage un des principes clés de la JT dans les TSM, soit l'individualisation des dossiers. La singularisation des dossiers sera étudiée sous deux angles, soient selon le profil diagnostique du participant (trouble de substance versus autre trouble) et selon les évènements de vie qui ponctuent la trajectoire judiciaire des participants. Ainsi, la présente étude propose, d'abord, de comparer l'utilisation des outils de JT utilisés par les équipes multidisciplinaires (objectifs, services, et présence d'un professionnel lors des rencontres préparatoires ou des audiences) selon le profil diagnostique des participants (TUS versus autre trouble). Ensuite, il sera encore question de comparer l'utilisation des outils de la JT à la disposition des équipes multidisciplinaires (objectifs, services, et présence d'un professionnel lors des rencontres préparatoires ou des audiences), mais selon les évènements de vie qui

ponctuent la trajectoire judiciaire des participants (bris de condition, rechute de consommation et récidive) et qui rendent leur parcours au sein des PAJ-SM unique.

Les données utilisées dans les analyses permettront de brosser un portrait du fonctionnement et des caractéristiques des participants des PAJ-SM ainsi que de saisir l'effet des principes de la JT sur l'achèvement des programmes par les participants. Ces données proviennent du *Projet de recherche sur l'évaluation des Programmes d'accompagnement en justice et santé mentale du Québec* par lequel une base de données composée de 516 participants actifs ou ayant participé aux différents programmes de 6 PAJ-SM a été créée et est composée des données quantitatives disponibles.

Enfin, une étude spécifique des PAJ-SM au Québec est nécessaire pour comprendre l'effet de leur application particulière des principes de JT sur l'achèvement des participants étant donné la difficulté liée à la généralisation des résultats antérieurs.

Chapitre 3 – Méthodologie

3.1. Données

L'échantillon utilisé pour mesurer l'achèvement des PAJ-SM provient du *Projet de recherche sur l'évaluation des Programmes d'accompagnement en justice et santé mentale du Québec* mené par l'Observatoire en justice et santé mentale affiliée à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.

Ce *projet* est une étude longitudinale portant sur un groupe d'accusés ayant complété ou non un suivi au sein d'un des dix PAJ-SM étudiés. La collecte de données pour le *projet* étant toujours en cours, la présente étude utilise un échantillon composé de 616 participants de six PAJ-SM où les collectes de données ont été complétées (ville A, ville B, ville C, ville D, ville E et ville F). De ces 616 participants, 75 avaient toujours un suivi actif dans le programme au moment de la collecte de données et il était donc impossible de se prononcer sur leur achèvement. Ces participants représentent environ 10% de l'échantillon total (12,17%) et ont été retirés des analyses afin de simplifier celles-ci. De plus, 8 personnes ont été exclues, car on ne connaissait pas leur genre et 17 personnes n'avaient pas d'information sur leur âge ou sur leur délit, portant l'échantillon final à 516 participants. Ces 516 participants ont participé à un suivi dans un PAJ-SM entre 2014 et 2022. Le nombre de dossiers sélectionnés dans chaque ville pour créer l'échantillon a été choisi en respectant les proportions réelles de personnes ayant un suivi actif ou terminé dans chacune des villes. Les caractéristiques des accusés de l'échantillon sont énoncées dans le Tableau 8 et leurs caractéristiques sont discutées ci-après.

3.2. Source des données

Les informations concernant les participants des PAJ-SM et leur parcours lors du programme ont été collectées à partir de dossiers de cour de procureurs provenant des archives des tribunaux des différents PAJ-SM. Cette collecte de données sur dossiers a débuté au mois de mai 2022 et est toujours en cours au moment de la rédaction de ce mémoire. Les données ont été collectées par huit agents de recherche. Au mois de novembre 2021, une formation de deux jours a été

effectuée par les agents de recherche afin qu'ils puissent se familiariser avec les différentes méthodes de collecte de données utilisées dans le cadre du *Projet*. Étant donné le délai entre la formation de deux jours et le début réel de la collecte de donnée, soit en mai 2022, une seconde formation d'une heure a été offerte aux agents de recherche sur la collecte de données sur dossiers. Enfin, à chaque début de collecte de données sur dossier dans une nouvelle ville, les agents étaient accompagnés de la coordonnatrice du projet afin de se familiariser avec la tenue de dossiers qui diffère d'un PAJ-SM à l'autre.

Les données provenant des dossiers de cour ont été colligées sur une plateforme informatique construite par des chercheurs de l'*Observatoire*. Les données ont ensuite été extraites de cette plateforme informatique afin de créer une base de données dans le but d'analyser les résultats. La base de données qui à l'origine était construite par audience a été restructurée par participant pour ce mémoire. En d'autres termes, les données ont été restructurées afin de pouvoir comparer les accompagnements PAJ-SM de chaque participant au lieu de comparer chaque audience. D'ailleurs, seul le premier accompagnement, c'est-à-dire, la première participation au PAJ-SM, a été analysée pour chaque accusé.

Afin de mesurer l'interaction entre les prédicteurs et la variable dépendante, soit l'achèvement des PAJ-SM, les variables indépendantes ont été divisées en huit catégories distinctes : les variables sociodémographiques, les diagnostics, les infractions, les objectifs, les conditions, les services, les audiences et les événements de vie durant la trajectoire PAJ-SM. Les statistiques univariées des variables indépendantes pour la totalité de l'échantillon sont présentées dans la prochaine section. Enfin, la démarche d'analyse pour comprendre l'interaction entre les principes de la JT et l'achèvement des PAJ-SM sera expliquée en détail, soit celle concernant les analyses bivariées, la régression logistique et les arbres décisionnels.

3.3. Mesures et variables

Les variables indépendantes et la variable dépendante, dont les statistiques univariées sont présentées dans le Tableau 8, seront présentées ci-dessous suivies d'une explication sur les différentes analyses utilisées pour répondre aux objectifs de l'étude.

Tableau 8*Statistiques univariées des caractéristiques des accusés de l'échantillon*

	<i>n/moyenne</i>	<i>%/É-T</i>
Caractéristiques sociodémographiques		
Sexe		
Homme	357	69,2%
Femme	159	30,8%
Âge		
18-25 ans	127	24,6%
26-39 ans	193	37,4%
40 ans et plus	196	38,0%
Ville		
Ville A	151	29,3%
Ville B	103	20,0%
Ville C	94	18,2%
Ville D	71	13,8%
Ville E	68	13,2%
Ville F	29	5,6%
Diagnostics ^a		
Trouble psychotique mentionné	155	30,0%
Trouble de personnalité mentionné	182	35,3%
Trouble lié à l'usage de substance mentionné	147	28,5%
Infractions		
Indice de sévérité du crime	157,23	165,58
Objectifs des suivis PAJ-SM		
<i>Suivi médical/psychosocial</i>	315	61,0%
<i>Suivi spécialisé</i>	162	31,4%
<i>Suivi en toxicomanie</i>	101	19,6%
<i>Suivi de la vie quotidienne</i>	221	42,8%
<i>Suivi pour la stabilité résidentielle</i>	87	16,9%
<i>Consommation</i>	100	19,4%
<i>Autres objectifs</i>	234	45,3%
Conditions émises		
Suivi PAJ-SM	96	18,6%
Résidence et couvre-feu	144	27,9%
Consommation	73	14,1%
Autres	166	32,2%
Services reçus		
<i>Médical/psychosocial</i>	282	54,7%
<i>Spécialisé</i>	98	19,0%
<i>Toxico</i>	106	20,5%
<i>Vie quotidienne</i>	83	16,1%
<i>Stabilité résidentielle</i>	79	15,3%
Caractéristiques des audiences PAJ-SM		
<i>Professionnel présent</i>	101	19,6%
<i>Famille ou ami</i>	38	7,4%
<i>Délais entre les audiences</i>	63,25	37,75
<i>Audiences annulées</i>	0,35	0,74

Tableau 8*Statistiques univariées des caractéristiques des accusés de l'échantillon*

	<i>n/moyenne</i>	<i>%/É-T</i>
Évènements de vie durant la trajectoire PAJ-SM		
Bris de condition	51	9,9%
Consommation	153	29,7%
Récidive	91	17,6%
Hospitalisation	112	21,7%
Stabilité	0,24	0,25
PAJ-SM complété	373	72,3%
Total d'accusés	516	100%

^a La somme des pourcentages du type de diagnostic n'est pas de 100 puisque les catégories ne sont pas mutuellement exclusives, une personne pouvant avoir plus d'un diagnostic.

Variables mesurant la justice thérapeutique.

3.3.1. Variable dépendante

Ce sont 373 participants qui ont complété le programme avec succès, ce qui représente un taux d'achèvement des PAJ-SM de 72,3%.

3.3.2. Variables contrôles et explicatives

Variables en lien avec la justice thérapeutique

Des 32 variables contrôles et explicatives de cette étude, ce sont 15 variables mises en italique dans le Tableau 1, qui sont des indicateurs des trois dimensions du concept de JT étudiés dans cette recherche. Ces trois dimensions sont l'effet des services reçus, celui du tribunal et celui de l'équipe multidisciplinaire. D'abord, pour mesurer l'effet des services reçus par l'accusé, les 5 variables liées aux types de services reçus par les accusés seront incluses aux analyses. Ces variables permettront de mesurer le type de traitement offert à l'accusé qui est d'ailleurs un des indicateurs utilisés dans d'autres études et qui permet de mesurer la dimension des services de la JT (Blount, 2019; Senjo & Leip, 2001). Ensuite, pour tenir compte de l'interaction de la dimension du fonctionnement du tribunal, plus précisément du traitement accéléré des dossiers (Casey & Rottman, 2000) et de l'intervention judiciaire continue (Kaiser & Holtfreter, 2016), sur l'achèvement des PAJ-SM, la variable de la moyenne des délais entre les audiences sera analysée. Aussi, les variables en lien avec les types d'objectifs inscrits dans les plans d'action permettront de tenir compte de la dimension du tribunal, plus précisément de l'encadrement et de la

surveillance par le tribunal (Senjo & Leip, 2001) durant la participation au PAJ-SM. Puis, la présence d'un professionnel durant les rencontres préparatoires ou les audiences PAJ-SM sera analysée. Cet indicateur permettra d'analyser la dimension de l'équipe multidisciplinaire et, plus précisément, l'effet de la participation multidisciplinaire (Kaiser & Holtfreter, 2016) dans le cadre du PAJ-SM. De plus, la présence d'un membre de la famille ou d'un ami durant une des audiences PAJ-SM servira d'indicateur pour la dimension de l'équipe multidisciplinaire, puisque l'entourage de l'accusé joue un rôle particulier en termes du soutien qu'il peut lui offrir notamment en collaborant avec l'intervenant pivot (Kaiser & Holtfreter, 2016) et en participant à la détermination du traitement (Casey & Rottman, 2000).

Enfin, il paraît important de souligner que les conditions n'ont pas été incluses dans les dimensions de JT, étant donné qu'ils sont davantage associés aux effets antithérapeutiques des TSM. Effectivement, ils ont pour effet d'accentuer l'aspect coercitif des TSM et de créer de nouvelles accusations (Dumais Michaud, 2019). Dans le même sens, le nombre d'audiences annulées n'a pas été inclus dans les variables en lien avec la JT, puisqu'ils sont également associés à un effet antithérapeutique, soit le manque de surveillance judiciaire. Enfin, les variables en lien avec les événements de vie des participants durant leur trajectoire judiciaire ne sont pas en lien avec les dimensions de la JT et ne sont donc pas identifiées comme telles.

Variables sociodémographiques

L'achèvement des programmes par les participants a été comparé en considérant trois variables sociodémographiques, soit le sexe, l'âge et la ville d'attache du PAJ-SM. L'échantillon est composé de 516 accusés qui sont majoritairement des hommes (n=357). Ils représentent 69,2% des accusés de l'étude, alors que les femmes composent 30,8% de l'échantillon (n=159). Concernant l'âge des participants, ils ont en moyenne 36,78 ans (É-T=13,37). Ce sont 24,6% d'entre eux qui ont entre 18 et 25 ans, 37,4% qui ont entre 26 et 39 ans et 38,0% qui ont 40 et plus. Le plus jeune participant avait 18 ans à son entrée dans le programme et le plus âgé avait 92 ans. Les accusés proviennent d'une des six villes où une collecte de données a été effectuée, soit la ville A (n=151; 29,3%), la ville B (n=103; 20,0%), la ville C (n=94; 18,2%), la ville D (n=71; 13,8%), la ville E (n=68; 13,2%) et la ville F (n=29; 5,6%).

Variables liées aux diagnostics

Trois types de diagnostics ont été conservés pour les analyses, soit les troubles psychotiques (schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble délirant, etc.), les troubles de personnalité (personnalité limite, personnalité antisociale, etc.) et les TUS (alcool ou drogue). Lors de la codification des diagnostics, il a été considéré qu'une personne avait le dit diagnostic, peu importe quand celui-ci lui avait été diagnostiqué (lors du délit, lors d'une audience PAJ-SM ou après une expertise psychiatrique). Un participant peut avoir plus d'un diagnostic⁴. Il est important de mentionner que 16,5% (n=85) des participants n'avaient pas de diagnostics mentionnés dans leur dossier. Ainsi, les trois variables en lien avec les diagnostics sont présentées comme « trouble mentionné » puisque l'absence d'information dans le dossier n'équivaut pas à l'absence de diagnostic étant donné que pour être accepté dans un PAJ-SM, il doit y avoir la présence d'un trouble de santé mentale. Ce sont 30,0% (n=155) des accusés qui ont un diagnostic de trouble psychotique lors de leur participation au PAJSM. En ce qui concerne les diagnostics de l'Axe II, 35,3% (n=182) des accusés ont un trouble de personnalité et 28,5% (n=147) ont un TUS (alcool ou drogue).

Variables liées aux infractions⁵

Les infractions qui ont été analysées sont les infractions qui ont été traitées dans le cadre du PAJ-SM. Il ne s'agit donc pas de tous les antécédents judiciaires de l'accusé, mais plutôt des infractions admises au PAJ-SM. Les infractions ont d'abord été classifiées en catégories : infractions administratives de bris de probation et de bris d'ordonnance du tribunal, autres infractions administratives (troubler la paix, entrave à la justice ou à un agent de la paix, méfait public, usage d'une arme à feu, possession d'armes), infractions de voies de fait, infractions impliquant de la violence ou la menace de violence (harcèlement criminel, communications indécentes ou harcelantes, intimidation, extorsion, séquestration ou enlèvement), infractions contre les biens

⁴ La concomitance entre les diagnostics a également été testée en analyse préliminaire en créant une variable du nombre de diagnostics différents que possèdent les participants. Toutefois, cette variable ne s'est pas avérée significativement liée à l'achèvement du programme. Afin de mieux représenter les différents diagnostics que possèdent les participants des PAJ-SM, les trois diagnostics les plus fréquents ont donc été conservés pour les analyses.

⁵ Une autre variable en lien avec les infractions a été testée, soit le nombre d'infractions admis au PAJ-SM. Cette variable n'avait pas de relation significative avec la variable dépendante et donc seule la variable de l'IGC a été conservée dans les analyses.

(vol, vol qualifié, possession de biens volés, trafic de biens volés, introduction par effraction, incendie criminel, méfait, fraude, contrefaçon), et autres types d'infractions (infractions sexuelles, infractions concernant les drogues et infractions concernant la conduite d'un véhicule à moteur). Ensuite, une variable calculant l'indice de gravité du crime a été créée en utilisant l'indice de gravité des infractions de Statistique Canada⁶ (Wallace et al., 2009). Cette variable prend en compte la gravité de chaque infraction commise par l'accusé qui est ensuite additionnée pour obtenir un indice de gravité du crime qui comprend tous les crimes admis au PAJ-SM. L'indice de sévérité du crime des accusés ayant participé au PAJSM varie entre 13,38, pour le participant ayant l'indice le moins grave et 1161,80 pour l'accusé ayant l'indice de sévérité le plus grave. Afin de mieux comprendre l'indice de gravité des infractions de Statistique Canada, l'infraction la plus grave qui peut être commise au Canada, soit le meurtre au premier degré a un indice de gravité de 7656,16 et l'infraction la moins grave est celle de la tenue d'une maison de paris avec un indice de gravité du crime de 5,65. En moyenne, les accusés ont commis des infractions d'une sévérité de 157,23 (É-T=165,58).

Variabes liées aux objectifs⁷

Les objectifs qui sont intégrés dans les plans d'action des PAJ-SM et qui sont élaborés par les équipes multidisciplinaires des PAJ-SM ont été catégorisés en sept types d'objectifs⁸ : objectifs de poursuivre un suivi médical ou psychosocial, objectif de poursuivre un suivi spécialisé, objectifs de poursuivre un suivi en toxicomanie, objectif de poursuivre un suivi en lien avec la vie quotidienne, objectifs de poursuivre un suivi en lien avec la stabilité résidentielle, objectifs en lien avec le contrôle de la consommation (diminution ou arrêt) et objectifs en lien avec la conformité aux règles du PAJ-SM et au développement de bonnes relations.

Le premier objectif est celui de poursuivre un suivi médical ou psychosocial. Il inclut, entre autres, le fait d'obtenir un service d'un médecin, un psychiatre, un infirmier, une équipe médicale, un

⁶ Il s'agit d'un indice calculé à partir du taux d'incarcération et la durée en jours de la peine d'incarcération par type d'infraction.

⁷ Une variable mesurant le nombre d'objectifs différents auxquels ont été soumis les participants a été testé. Toutefois, il n'existait pas de relation significative entre cette variable et l'achèvement des PAJ-SM.

⁸ Une liste complète des objectifs inclus dans les différentes catégories est dressée à l'annexe 1.

psychologue, un éducateur, un travailleur social et un intervenant. Il s'agit de l'objectif le plus souvent inscrit dans les plans d'action, puisque ce sont 61,0% (n=315) des participants qui ont cet objectif. Le second objectif, qui est de poursuivre un suivi spécialisé, comprend les services en lien avec une problématique particulière de l'accusé, tels que le jeu, le vol, le suicide, les violences sexuelles et la gestion des émotions. Ce sont 31,4% (n=162) des participants qui ont un tel objectif à suivre. Le troisième objectif consiste à effectuer un suivi en lien avec la toxicomanie que cela soit en lien avec une problématique liée à la consommation d'alcool ou de drogue. Près du cinquième des participants avaient un tel objectif à respecter (19,6%; n=101). Le quatrième objectif concerne les suivis de la vie quotidienne, c'est-à-dire de travailler des aspects de sa vie de tous les jours comme l'emploi, les études, la sphère occupationnelle (ex. faire du sport, du bénévolat, des activités sociales), les finances, l'alimentation ou l'hygiène de vie (ex. avoir une bonne routine, avoir un équilibre de vie, faire ses tâches ménagères, cuisiner, développer son autonomie). Ce sont 42,8% (n=221) des participants qui doivent remplir un tel objectif. Le cinquième objectif est celui d'effectuer des démarches afin d'avoir une stabilité résidentielle que cela soit en obtenant de l'aide de ressources communautaires ou en effectuant des démarches par soi-même pour y arriver. Ce sont 16,9% (n=87) des accusés qui avaient cet objectif. Le sixième objectif vise la diminution ou l'arrêt de la consommation. Cet objectif se distingue de celui d'effectuer un suivi en toxicomanie puisque l'objectif d'effectuer un suivi en toxicomanie réfère à intégrer ou utiliser les services d'une ressource en toxicomanie, par exemple, un centre en dépendance, alors que l'objectif en lien avec la consommation concerne les objectifs comme arrêter de consommer (14,9%; n=77) ou réduire sa consommation (6,4%; n=33)⁹. Ainsi, l'objectif en lien avec la consommation, contrairement à l'objectif en lien avec un suivi en toxicomanie, n'implique pas l'aide d'une ressource ou d'un professionnel. Ce sont 19,4% (n=100) des participants qui avaient cet objectif. Enfin, le septième objectif concerne tous les autres objectifs

⁹ L'addition des participants qui ont l'objectif d'arrêter de consommer et ceux qui ont l'objectif de diminuer leur consommation n'égal pas le nombre de participants qui ont l'objectif de contrôler leur consommation, car un participant peut avoir eu les deux objectifs durant sa participation au PAJ-SM. Par exemple, un participant peut avoir eu comme objectif dans son premier plan d'action de contrôler sa consommation et dans un plan d'action subséquent celui d'arrêter de consommer.

qu'un participant pourrait avoir eus dans son plan d'action. Il s'agit d'objectifs tels que de prendre sa médication, de participer à une évaluation psychiatrique, de respecter les règles du PAJ-SM, de se présenter à la cour, de développer de meilleures relations avec sa famille, d'écrire une lettre d'excuse à la victime, *et cetera*. Ce sont 45,3% (n=234) des participants qui avaient un objectif d'autre type. Les participants ont en moyenne 2,36 objectifs différents dans leur plan d'action¹⁰. Ce sont 167 participants (32,4%) qui n'ont pas d'objectifs dans leur plan d'action, 12 participants (2,3%) en ont un seul, 56 participants (10,9%) ont 2 objectifs, 112 participants (21,7%) ont 3 objectifs, 106 participants (20,5%) ont 4 objectifs et 63 participants (12,2%) ont entre 5 et 7 objectifs.

Variables liées aux conditions¹¹

Les conditions de la cour ont été catégorisées en quatre groupes¹² : conditions en lien avec le suivi du PAJ-SM (effectuer un suivi médical ou d'effectuer un suivi psychosocial), conditions en lien avec la résidence et le couvre-feu, conditions en lien avec la consommation (ne pas consommer, ne pas communiquer avec des personnes qui consomment, ne pas posséder d'alcool ou de drogues, ne pas aller dans un lieu où il y a consommation d'alcool ou de drogue, etc.) et autres conditions (travaux communautaires, l'interdiction de conduire, le fait de payer une amende, ne pas posséder d'armes ou ne pas communiquer avec la victime, etc.). Les conditions « d'autres types » sont la catégorie de conditions la plus fréquemment imposée aux participants (32,2%; n=166). La seconde catégorie de condition le plus souvent imposée est celle concernant la résidence et le couvre-feu (27,9%; n=144). Enfin, les conditions de la cour en lien avec le suivi PAJ-SM et celle en lien avec la consommation sont les moins imposées avec une proportion de, respectivement, 18,6% (n=96) et 14,1% (n=73).

¹⁰ La moyenne des objectifs a été calculé à partir des 7 catégories d'objectifs identifiés dans cette recherche.

¹¹ Une variable mesurant le nombre de conditions différentes auxquelles ont été soumis les participants a été testé. Toutefois, il n'existait pas de relation significative entre cette variable et l'achèvement des PAJ-SM.

¹² Une liste complète des conditions inclus dans les différentes catégories est dressée à l'annexe 2.

Variables liées aux services ¹³

En ce qui concerne les services utilisés par les participants lors de leur participation au PAJ-SM, ils ont été catégorisés en cinq sous-groupes¹⁴ : les services médicaux et psychosociaux (médecin, psychiatre, infirmière, équipe médicale, psychologue, éducateur, travailleur social, etc.), les services spécialisés (jeu, vol, itinérance, gestion des émotions, etc.), les services en toxicomanie (alcool ou drogue), les services de la vie quotidienne (emploi, études, sphère occupationnelle, finance et alimentaire) et les services en lien avec la stabilité résidentielle. Les types de services compris dans les différentes catégories suivent la même logique que celle des objectifs.

La catégorie de services qui a été utilisée dans la plus grande proportion aux participants est celle des services médicaux ou psychosociaux. En effet, plus de la moitié des participants ont utilisé un tel service (54,7%; n=282). La seconde catégorie de services la plus utilisée par les participants est celle des services en toxicomanie avec une proportion de 20,5% (n=106). Enfin, les services spécialisés ont été utilisés par 19,0% des participants (n=98), ceux de la vie quotidienne par 16,1% (n=83) et ceux en lien avec la stabilité résidentielle par 15,3% (n=79). En moyenne, les participants utilisent 1,26 service différent¹⁵ durant leur participation au PAJ-SM. Ce sont 171 participants qui ne prennent part à aucun service, 149 participants (28,88%) utilisent 1 service durant leur accompagnement, 114 (22,09%) d'entre eux participent à deux services et 82 (15,89%) utilisent entre 3 et 5 services durant leur participation au PAJ-SM.

Comme mentionné précédemment, l'un des objectifs de cette étude est d'explorer la question de l'individualisation des dossiers par les équipes des PAJ-SM, puisqu'il s'agit de l'un des principes à la base de la JT. En individualisant leurs pratiques selon le participant, les équipes des TSM seraient en mesure de mieux s'adapter et de mieux répondre aux besoins spécifiques de l'accusé

¹³ Une variable calculant le nombre de services différents offerts aux participants a été testée. Même si la variable avait une relation significative avec l'achèvement des PAJ-SM, une relation de colinéarité existait entre cette variable et les cinq variables des types de services. Ainsi, afin d'avoir des analyses plus intéressantes qui permettent de cibler précisément quels services influencent l'achèvement des programmes, il a été décidé de conserver les six variables des types de services plutôt que l'unique variable du nombre de services différents.

¹⁴ Une liste complète des services inclus dans les différentes catégories est dressée à l'annexe 3.

¹⁵ La moyenne des services a été calculée à partir des 5 catégories identifiées dans cette recherche.

(Jaimes et al., 2009). Par ailleurs, étant donné que plusieurs études ont trouvé un lien négatif entre un TUS et l'achèvement d'un TSM (Burns et al., 2013; Dirks-Linhorst et al., 2013; Hiday et al., 2014), étudier l'individualisation des dossiers PAJ-SM selon ce type de diagnostic apparaît important dans le but de voir si cette clientèle est traitée différemment afin de faciliter son achèvement des programmes. Ainsi, les variables des objectifs en lien avec l'utilisation de services en toxicomanie et la consommation (réduction ou arrêt) ainsi que la variable des services en toxicomanie et celle des conditions en lien avec la consommation ont été croisées avec la variable des diagnostics de TUS. Les données de ces participants sont présentées dans le Tableau 9. Cela a permis de voir que sur les 147 participants ayant un TUS, ce sont 38,1% (n=56) qui ont un objectif d'effectuer un suivi en toxicomanie et ce sont 34,05% (n=50) qui ont l'objectif de contrôler leur consommation. Ce sont 36,7% (n=54) des accusés qui ont utilisé un service en toxicomanie et ce sont 25,9% (n=38) qui ont une condition en lien avec le contrôle de leur consommation. Enfin, c'est seulement 4,8% (n=7) des participants qui ont un TUS qui ont un objectif, une condition et un service en lien avec la consommation. D'ailleurs, un test de multicolinéarité a été effectué sur ces variables (objectif, service et condition en lien avec la consommation) et aucune multicolinéarité n'a été observée (VIF < 1,26).

Tableau 9

Statistiques univariées des caractéristiques de l'échantillon d'accusés ayant un trouble lié à l'usage de substance

	n/moyenne	%/É-T
Diagnostics		
Trouble lié à l'usage de substance mentionné	147	100,0%
Objectifs des suivis PAJ-SM		
<i>Suivi en toxicomanie</i>	56	38,1%
<i>Consommation</i>	50	34,0%
Conditions émises		
Consommation	38	25,9%
Services reçus		
<i>Toxico</i>	54	36,7%
PAJ-SM complété	95	64,6%
Total d'accusés	147	100%

Les proportions d'accusés qui ont un diagnostic de TUS et qui ont un objectif d'un suivi en toxicomanie (38,1% échantillon TUS versus 19,6% échantillon total) ou en lien avec l'arrêt ou la diminution de la consommation (34,0% échantillon TUS versus 19,4% échantillon total), une condition (25,9% échantillon TUS versus 14,1% échantillon total) ou un service en lien avec la toxicomanie (36,7% échantillon TUS versus 20,5% échantillon total) sont toutes plus importantes que pour l'échantillon total. Ce sont seulement 64,6% des participants qui ont un diagnostic de TUS qui complètent le programme comparativement à 72,3% de l'échantillon total. Ainsi, il apparaît que les participants qui ont un diagnostic de TUS sont traités différemment durant leur participation au PAJ-SM comparativement aux participants qui n'ont pas ce diagnostic, d'ailleurs la question de l'individualisation des dossiers des participants ayant d'un TUS sera explorée plus en détail lors des analyses d'arbres décisionnels.

Variables liées aux audiences¹⁶

Afin de modéliser les caractéristiques des audiences PAJ-SM, une première variable calculant la durée moyenne des délais entre les audiences, soit la somme des délais entre les audiences divisée par le nombre d'audiences non annulées a été créée. En moyenne, la durée entre les audiences PAJ-SM est de 63,25 jours (É-T=37,75). Le plus petit délai entre deux audiences est de 0 jour et le plus grand est de 442 jours. Un délai de 0 jour¹⁷ est possible lorsque le participant a seulement eu une audience PAJ-SM. La deuxième variable créée est le nombre d'audiences annulées lors de l'accompagnement PAJ-SM. Le nombre moyen d'audiences annulées durant une participation au PAJ-SM est de 0,35 audience (É-T=0,74). Le plus grand nombre d'audiences annulées lors d'un accompagnement est de 4 et le plus petit de 0.

Enfin, deux dernières variables ont été codifiées afin de mesurer la qualité des rencontres préparatoires ou des audiences PAJ-SM. D'abord, la présence d'un professionnel (agent de liaison, médecin, infirmière, préposé, intervenant social ou psychologue) durant une des rencontres préparatoires ou des audiences PAJ-SM a été codifiée dichotomiquement. C'est-à-dire

¹⁶ Une autre variable en lien avec les audiences a été testée, soit le temps entre le premier délit admis et le début du PAJ-SM. Toutefois, cette variable n'avait pas de relation significative avec la variable dépendante et elle n'a donc pas été conservée dans les analyses.

¹⁷ 28 participants ont un délai de 0 jour et une seule audience PAJ-SM.

que si lors d'une des audiences PAJ-SM la présence d'un de ces professionnels a été notée dans le dossier du participant, la variable a été codée « 1 ». La variable a été codée « 0 » si la présence d'aucun professionnel n'avait été notée au dossier lors d'une des audiences PAJ-SM. Pour 19,6%¹⁸ des participants (n=101), il a été noté dans leur dossier qu'au moins un professionnel eût été présent durant au moins l'une de leurs rencontres préparatoires ou de leurs audiences PAJ-SM. Ensuite, la présence d'une personne de confiance pour l'accusé (ami, famille, interprète) a été codée suivant la même logique. Ce sont 7,4% des accusés qui ont eu l'appui d'une personne de confiance lors d'une de leurs audiences (n=38).

Variables liées aux évènements de vie durant la trajectoire PAJ-SM

Pour mesurer les trajectoires des participants lors de leur participation au PAJ-SM, cinq variables ont été créées. Quatre des cinq variables créées sont dichotomiques, c'est-à-dire que lorsque l'évènement se produit au moins une fois durant la trajectoire PAJ-SM du participant, la variable est codée « 1 ». Ce choix de coder les variables de manière dichotomique se justifie par la rareté des évènements lors des trajectoires PAJ-SM. D'abord, une première variable identifie s'il y a eu ou non des bris aux conditions que l'accusé s'est fait imposer. Cela inclut les conditions que l'accusé doit respecter en vertu d'une ordonnance de la cour et les objectifs inscrits au plan d'action dans le cadre du PAJ-SM. Les conditions de la cour et les objectifs font partie de cette variable puisqu'ils ont tous les deux une valeur légale dans le cadre du PAJ-SM. Effectivement, le non-respect des conditions de la cour et des objectifs par le participant peut mener à une exclusion du PAJ-SM. Cette variable indique que 9,9% des participants (n=51) ont brisé des conditions durant leur participation au PAJ-SM. La seconde variable mesure la présence de rechute de consommation durant le PAJ-SM. Globalement, ce sont 29,7% (n=153) des participants qui ont eu une rechute de consommation. Une troisième variable s'affaire à mesurer la présence

¹⁸ Il est connu que les accusés des PAJ-SM ont pratiquement toujours un agent pivot de présent durant leurs audiences PAJ-SM. Il est donc essentiel de considérer ce pourcentage en ayant en tête que les données ont été collectées à partir de dossiers de procureurs et que pour 80,4% des participants, la variable ne représente pas nécessairement l'absence d'un professionnel, mais davantage l'impossibilité de collecter cette information. Puisque l'effet de l'équipe multidisciplinaire sur l'achèvement des PAJ-SM est un des effets de la JT que cette étude désire mesurer, cette variable a tout de même été conservée dans les analyses.

de récidive, soit la présence d'une nouvelle infraction (14,3%; n=74) ou la présence d'un acte violent (6,4%; n=33)¹⁹ n'ayant pas mené à des accusations criminelles, durant le PAJ-SM. Ce sont 17,6% (n=91) des participants qui ont récidivé durant leur participation au PAJ-SM. La quatrième variable mesure la présence d'une hospitalisation durant le PAJ-SM. Les accusés ont été hospitalisés durant leur participant au PAJ-SM dans une proportion de 21,7% (n=112). Enfin, la dernière variable créée est une échelle de la stabilité. Cette échelle mesure quatre composantes d'une trajectoire PAJ-SM qui représentent un mode de vie stable, soit le fait d'avoir un emploi, le fait d'être dans une relation conjugale, le fait d'être aux études et le fait d'avoir une stabilité résidentielle. Chaque composante a été codifiée dichotomiquement afin d'identifier si un participant a eu un emploi, a été en couple, a été aux études ou a eu une stabilité résidentielle à un moment donné lors de son parcours PAJ-SM. L'échelle représente la somme de ces quatre indicateurs, ensuite divisée par 4, pour varier entre 0 et 1, « 1 » identifiant un mode de vie stable (avoir un emploi, être en relation conjugale, être aux études et avoir une stabilité résidentielle) et « 0 » identifiant un mode de vie instable (ne pas avoir d'emploi, ne pas être en relation conjugale, ne pas être aux études et ne pas avoir de stabilité résidentielle). Les participants des PAJ-SM cotent en moyenne 0,24 sur l'échelle de la stabilité (É-T=0,25)²⁰.

Maintenant que les différentes variables ont été présentées pour l'ensemble de l'échantillon, la description des analyses qui seront effectuées dans la présente recherche sera présentée en détail.

3.4 Analyses statistiques

Les différentes analyses qui sont effectuées dans la présente recherche afin de répondre aux objectifs fixés sont présentées dans cette section. D'abord, les analyses effectuées concernant

¹⁹ L'addition des participants ayant commis une nouvelle infraction ou ayant commis un acte de violence n'égal pas le nombre de participants qui ont commis une récidive, car un participant peut avoir commis un acte de violence et une nouvelle infraction.

²⁰ Cette faible cote s'explique en partie par le manque de données disponibles sur l'emploi, les études, les relations conjugales et la stabilité résidentielle de la ville A. La cote moyenne de stabilité est de 0,30 (É-T=0,25) lorsque les participants de la ville A sont exclus.

l'étude de la variation des différents PAJ-SM seront expliquées suivi des analyses concernant l'achèvement des PAJ-SM et celles par rapport à l'individualisation des dossiers.

3.4.1. Analyse concernant la variation en lien avec les villes

Analyses bivariées

Afin de voir si les PAJ-SM des différentes villes ont des différences pour ce qui est des caractéristiques des accusés qu'ils acceptent et de leur fonctionnement, des analyses bivariées (χ^2 et tests de t) entre les variables indépendantes des villes ont été réalisées.

3.4.2. Analyses concernant l'achèvement des PAJ-SM

Ce sont deux types d'analyse qui ont été effectués pour saisir l'interaction entre les variables indépendantes et l'achèvement des PAJ-SM, soit des analyses bivariées et des analyses multivariées.

Analyses bivariées

Dans un premier temps, afin de comprendre les facteurs associés au fait de compléter le programme, des analyses bivariées (χ^2 et tests de t) entre la variable dépendante et chacune des variables indépendantes ont été réalisées.

Analyses multivariées

Dans un deuxième temps, la régression logistique a été choisie comme méthode d'analyse multivariée étant donné qu'il s'agit d'une analyse qui permet de prévoir la présence ou l'absence d'une variable dépendante. Puisque la variable indépendante qui sera analysée est de type dichotomique (achèvement versus non-achèvement), la régression logistique est le type d'analyse indiquée. Aussi, cette analyse permet de prendre en considération les différents types de variables indépendantes qui seront mesurées, soient des prédicteurs catégoriels et continus. La régression logistique permettra d'identifier les prédicteurs qui sont associés à l'achèvement des PAJ-SM et de calculer leur effet sur la variable dépendante à l'aide du rapport de cote tout en contrôlant pour l'ensemble des prédicteurs incluent au modèle. Le rapport de cote ($Exp(B)$) calcule la probabilité d'un évènement divisé par la probabilité d'un non-évènement. En d'autres

termes, un rapport de cote de 1 correspond à l'absence d'effet, alors qu'un rapport de cote supérieur à 1 signifie que l'évènement a plus de chances de se produire et un rapport de cote inférieur à 1 indique que l'évènement a moins de chances de se réaliser. De plus, le pseudo R^2 de Nagelkerke fournira la variance expliquée du modèle (Nagelkerke, 1991) où plus la valeur du R^2 est grande, plus la prédiction du modèle se rapproche de la valeur observée.

Cependant, vu le grand nombre de variables indépendantes (7 variables contrôles et 25 prédicteurs) à considérer, la taille d'échantillon relativement limitée ($n = 516$) et le taux de base de notre variable dépendante (27,7%), la méthode d'analyse pas-à-pas (ou *stepwise* en anglais) a été utilisée pour trouver le modèle optimal qui explique l'achèvement des PAJ-SM en minimisant le nombre de prédicteurs inclus dans le modèle²¹. L'analyse pas-à-pas est une méthode automatisée de sélection de variables indépendantes où des variables sont introduites ou supprimées du modèle de régression une à une afin d'obtenir un modèle final contenant que les prédicteurs significatifs. L'analyse pas-à-pas peut être réalisée de deux manières : la sélection ascendante (*forward selection*) et l'élimination descendante (*backward elimination*). Dans un premier temps, la méthode de sélection ascendante débute avec un modèle prédictif ne contenant aucune variable indépendante. À chaque étape, la variable indépendante la plus prédictive pour le modèle est incluse. L'analyse prend fin lorsque tous les prédicteurs exclus du modèle, s'ils y étaient ajoutés, ne contribueraient plus significativement à celui-ci ou lorsque tous les prédicteurs ont été inclus dans le modèle. Dans un second temps, la méthode de l'élimination descendante consiste à inclure dans le modèle toutes les variables indépendantes et, à chaque étape, la variable la moins prédictive est exclue du modèle jusqu'à ce que tous les prédicteurs restants aient une contribution statistiquement significative pour le modèle.

Or, l'analyse pas-à-pas est une méthode largement critiquée. D'abord, ce type d'analyse créerait une fausse confiance dans les résultats du modèle final. En effet, avec les modèles pas-à-pas, les erreurs types des estimations des coefficients seraient sous-estimées, rendant les intervalles de confiance trop étroits, les valeurs t trop élevées et les valeurs p trop faibles (Smith, 2018; Thompson, 1995). En d'autres termes, les valeurs de ces coefficients n'auraient pas la bonne

²¹ L'analyse *stepwise* a également été utilisée dans l'étude de Dirks-Linhorst et al. (2011).

signification. Ainsi, cela ferait en sorte que le modèle serait sur-ajusté et qu'il existerait donc une fausse confiance dans le modèle final (Harrell, 2015; Smith, 2018). Un autre problème de cette analyse serait qu'elle donne une valeur R^2 biaisée vers le haut (Harrell, 2015). Aussi, ces analyses seraient très influençables à la colinéarité, c'est-à-dire, qu'au lieu de résoudre les problèmes de colinéarité, la sélection des variables serait influencée par la colinéarité (Harrell, 2015). Toutefois, étant donné le nombre de prédicteurs important de notre modèle, les limites de notre échantillon et en prenant en considération ces limites dans notre interprétation, cette stratégie nous permet d'avoir un aperçu des prédicteurs pertinents à être considérés dans notre analyse.

Malgré les reproches adressés aux modèles pas-à-pas, il semblerait que la méthode de l'élimination descendante serait préférable à la méthode de sélection ascendante (Harrell, 2015; Mantel, 1970). D'abord, la méthode de l'élimination descendante performerait mieux que celle de la sélection ascendante lorsqu'il y a présence de colinéarité (Mantel, 1970). Ensuite, elle permettrait d'examiner un ajustement complet du modèle, ce qui permet également de fournir précisément des erreurs standards, des erreurs moyennes au carré et des valeurs p . Ainsi, la méthode de régression pas-à-pas avec élimination descendante est celle choisie pour la présente étude.

Afin de répondre aux critiques adressées aux méthodes pas-à-pas, des régressions logistiques ont été réalisées en amont sur chacun des blocs de prédicteurs de l'étude (variables liées aux conditions, aux objectifs, aux services, aux audiences et aux événements de vie) afin d'identifier les variables significatives pour chacun des blocs de variables dans le but de les inclure dans un modèle final. Une fois que toutes les variables significatives ont été incluses dans le modèle final, seules les variables statistiquement significatives ont été gardées. Cette méthode d'analyse a permis de comprendre l'effet de chacun des prédicteurs sur la variable dépendante et leur importance pour le modèle. Le modèle obtenu en réalisant des régressions logistiques sur chaque bloc de variables a servi à comparer en amont le modèle obtenu par la méthode d'analyse pas-à-pas et de s'assurer de la valeur théorique des prédicteurs inclus. Par ailleurs, le modèle de régression pas-à-pas avec élimination descendante obtenu a été comparé au modèle de régression pas-à-pas avec sélection ascendante effectuée avec les mêmes variables et les mêmes paramètres.

Concrètement, pour effectuer l'analyse de régression logistique pas-à-pas avec élimination descendante, les variables sociodémographiques, celles des diagnostics et celle des infractions ont été insérées dans un premier bloc d'analyse afin d'agir comme variables contrôles. Ce bloc de variables est resté le même à chaque étape du modèle pas-à-pas. Il était nécessaire d'ajouter les villes comme variable contrôle étant donné qu'il existe des variations entre les différentes villes dues à leurs manières de fonctionner respectives, comme il le sera expliqué dans la section des résultats. Pour ce qui est du sexe, de l'âge, des diagnostics et des infractions, ces variables ont été ajoutées comme variables contrôles puisqu'il s'agit de variables habituellement intégrées aux analyses sur l'achèvement des tribunaux de santé mentale (Burns et al., 2013; Canada & Hiday, 2014; Champ, 2020; Dirks-Linhorst et al., 2013; Dollar et al., 2018; Hiday et al., 2014; Linhorst et al., 2015; Ray et al., 2015; Ray & Dollar, 2013; Redlich & Han, 2014). Dans un second bloc d'analyse, les 25 variables prédictives ont été intégrées et soumises à la méthode d'analyse pas-à-pas avec élimination descendante en calculant le rapport de vraisemblance. Afin d'obtenir un modèle contenant que des variables indépendantes significatives, l'entrée et l'élimination d'une variable dans le modèle ont été mises à $p < 0,05$. Ainsi, une variable sera intégrée au modèle si le seuil de signification de la variable est en deçà de 0,05 et, inversement, une variable sera retirée du modèle si le seuil de signification est au-deçà de 0,05. Une vingtaine d'itérations ont été permises au maximum et la limite de classifications est établie à 0,5. Une ordonnée à l'origine (intercept) a été également incluse dans le modèle.

3.4.3. Analyses concernant l'individualisation des dossiers au sein des PAJ-SM

Afin de comprendre un des principes clés de la JT dans les TSM, soit l'individualisation des dossiers, des arbres décisionnels ont été utilisés afin d'observer l'interaction des indicateurs de la JT²² (objectifs, services et présence d'un professionnel et de la famille) sur l'achèvement des PAJ-SM en comparant les participants qui ont un diagnostic de trouble de substance à ceux qui n'ont pas un tel diagnostic. Aussi, les arbres décisionnels ont été utilisés pour analyser

²² Même si la moyenne des délais entre les audiences est identifiée comme une variable en lien avec la JT pour la régression logistique, elle n'a pas été incluse dans les analyses d'arbres décisionnels, car elle a une relation tautologique avec l'achèvement des PAJ-SM.

l'interaction des principes de JT (objectifs, services et présence d'un professionnel et de la famille) selon différents événements de vie des participants qui ponctuent leur trajectoire judiciaire (bris de condition, rechute de consommation et récidive) et qui rendent leur parcours au sein des PAJ-SM singulier.

L'analyse d'arbres décisionnels permettra de hiérarchiser les principes de JT selon leur importance par rapport à l'achèvement des PAJ-SM. Concrètement, cette analyse est un processus itératif qui vise à identifier, à chaque branche de l'arbre, le principe de JT ayant l'association la plus importante avec l'achèvement du programme (Deslauriers-Varin, 2020). Comme l'explique Deslauriers-Varin (2020), les arbres décisionnels identifient des « nœuds », des « branches » ainsi que des « feuilles ». Ce sont trois types de nœuds qui composent les arbres décisionnels, soient les nœuds « racines » qui sont la sous-division primaire de tous les participants en deux sous-ensembles; ensuite, les nœuds « terminaux » ou « feuilles » qui sont les nœuds finaux de l'arbre et, enfin, les nœuds « internes » qui sont les nœuds qui connectent le nœud racine aux nœuds finaux. Les arbres décisionnels ont l'avantage d'être des analyses non paramétriques qui offrent une représentation visuelle simple à interpréter comparativement aux régressions (Deslauriers-Varin, 2020). Les variables dépendantes et indépendantes introduites dans l'analyse d'arbres peuvent être de type catégoriel ou continu (Deslauriers-Varin, 2020).

Il existe diverses méthodes d'analyse d'arbres décisionnels et dans le cadre de cette étude c'est la méthode de croissance du *CHAID* (*Chi-squared Automatic Interaction Detection*) (Kass, 1980) qui a été choisie. Il s'agit d'une méthode qui se base sur la valeur du Khi carré de Pearson pour identifier les variables indépendantes ayant l'interaction la plus forte avec la variable dépendante afin de les diviser en différents nœuds. En ce qui a trait aux critères de croissance des arbres décisionnels, le nombre de niveaux de l'arbre a été limité à 3. Le nombre minimal d'observations des nœuds parents et enfant est, respectivement, 20 et 10, afin que l'arbre puisse se développer suffisamment considérant la taille de l'échantillon ($n=516$). D'autre part, le niveau de signification choisit pour scinder les nœuds et fusionner des catégories est de $p = 0,05$.

Afin de considérer l'interaction entre des principes de la JT sur les diagnostics de trouble de substance et sur les événements de vie durant la trajectoire PAJ-SM tout en tenant compte de la

variable dépendante, soit l'achèvement des PAJ-SM, les variables diagnostics de TUS et les variables liées aux trois évènements de vie durant les trajectoires PAJ-SM (bris de condition, rechute de consommation et récidive) ont été introduites de force dans le modèle comme première variable de scission.

Dans la prochaine section, les analyses mentionnées ci-dessus seront effectuées et leurs résultats seront présentés.

Chapitre 4 – Résultats

Dans un premier temps, afin de répondre à l'un des objectifs de l'étude qui est de décrire et de comparer le fonctionnement des différents PAJ-SM et les caractéristiques de leurs participants, des analyses bivariées comparant les variables indépendantes et la variable dépendante des différentes villes seront effectuées. Dans un deuxième temps, pour répondre à l'objectif principal de cette recherche, soit de comprendre l'interaction entre les principes de JT et l'achèvement des PAJ-SM, des analyses bivariées et multivariées seront réalisées dans ce chapitre et les résultats de ces analyses seront présentés. Aussi, pour répondre à l'objectif d'analyser l'individualisation des dossiers PAJ-SM, des analyses d'arbres décisionnels seront présentées dans un troisième temps.

4.1. Variation en lien avec les villes

Dans le chapitre précédent, les résultats des variables de l'étude ont été présentés pour l'ensemble de l'échantillon. Dans cette section, il sera question de présenter ces mêmes variables pour chaque ville afin de voir s'il existe des différences importantes par rapport aux participants et au fonctionnement des six PAJ-SM à l'étude.

4.1.1. Analyses bivariées

Dans le cadre des analyses préliminaires, il est apparu évident que les PAJ-SM de chaque ville ont des caractéristiques et des profils de participants différents qui sont dus à leur manière singulière de recruter les participants et de fonctionner. Ainsi, il paraît approprié d'expliquer, à partir du Tableau 10, les différences observables entre les villes en ce qui concerne les caractéristiques des participants, des programmes et des trajectoires.

Tableau 10

Statistiques bivariées des caractéristiques des accusés de l'échantillon pour chaque ville

	Ville A		Ville B		Ville C		Ville D		Ville E		Ville F		Total des villes
	<i>n/</i> <i>moyenne</i>	<i>%/É-T</i>	<i>n/</i> <i>moyenne</i>	<i>%/É-T</i>	<i>n/</i> <i>moyenne</i>	<i>%/É-T</i>	<i>n/</i> <i>moyenne</i>	<i>%/É-T</i>	<i>n/</i> <i>moyenne</i>	<i>%/É-T</i>	<i>n/</i> <i>moyenne</i>	<i>%/É-T</i>	<i>Khi2/t/z, dl,</i> <i>phi/V/Eta</i>
Sociodémo^a													
Sexe													3,71; 4; 0,09
Homme	112	74,2%	71	68,9%	61	64,9%	45	63,4%	46	67,6%	22	75,9%	
Femme	39	25,8%	32	31,1%	33	35,1%	26	36,6%	22	32,4%	7	24,1%	
Âge													14,43; 8; 0,17
18-25 ans	33	21,9%	18	17,5%	29	30,9%	17	23,9%	22	32,4%	8	27,6%	
26-39 ans	53	35,1%	37	35,9%	39	41,5%	29	40,8%	27	39,7%	8	27,6%	
40 ans et plus	65	43,0%	48	46,6%	26	27,7%	25	35,2%	19	27,9%	13	44,8%	
Diagnostics^a													
Psychotique	48	31,8%	23	22,3%	28	29,8%	21	29,6%	24	35,3%	11	37,9%	4,02; 4; 0,40
Personnalité	24	15,9%	47	45,6%	37	39,4%	41	57,7%	26	38,2%	7	24,1%	45,86***; 4; 0,31
Substance	24	15,9%	48	46,6%	30	31,9%	23	32,4%	14	20,6%	8	27,6%	31,47***; 4; 0,25
Infractions^a													
IGC ^b	138,14	138,03	132,39	133,51	195,91	194,69	178,91	189,60	158,24	150,93	164,10	237,72	0,33; 0,78
Objectifs^a													
Médical/psycho	1	0,7%	81	78,6%	86	91,5%	65	91,5%	59	86,8%	23	79,3%	324,91***; 4; 0,82
Spécialisé	2	1,3%	44	42,7%	42	44,7%	36	50,7%	27	39,7%	11	37,9%	92,29***; 4; 0,44
Toxico	0	0%	27	26,2%	31	33,0%	22	31,0%	17	25,0%	4	13,8%	56,72***; 4; 0,34
Quotidien	3	2,0%	82	79,6%	68	72,3%	27	38,0%	23	33,8%	18	62,1%	197,31***; 4; 0,64
Résidentiel	1	0,7%	25	24,3%	20	21,3%	15	21,1%	8	11,8%	18	62,1%	38,35***; 4; 0,28
Consommation	1	0,7%	30	29,1%	21	22,3%	19	26,8%	25	36,8%	4	13,8%	55,52***; 4; 0,34
Autres	1	0,7%	28	27,2%	84	89,4%	55	77,5%	45	66,2%	21	72,4%	251,58***; 4; 0,72
Conditions^a													
Suivi PAJ-SM	38	25,2%	9	8,7%	31	33,0%	9	12,7%	7	10,3%	2	6,9%	27,55***; 4; 0,24
Résidence	41	27,2%	24	23,3%	43	45,7%	17	23,9%	16	23,5%	3	10,3%	16,56***; 4; 0,18
Consommation	10	6,6%	9	8,7%	34	36,2%	10	14,1%	8	11,8%	2	6,9%	46,13***; 4; 0,31
Autres	45	29,8%	31	30,1%	50	53,2%	18	25,4%	19	27,9%	3	10,3%	20,89***; 4; 0,21

Tableau 10

Statistiques bivariées des caractéristiques des accusés de l'échantillon pour chaque ville

	Ville A		Ville B		Ville C		Ville D		Ville E		Ville F		Total des villes
	<i>n/ moyenne</i>	<i>%/É-T</i>	<i>n/ moyenne</i>	<i>%/É-T</i>	<i>n/ moyenne</i>	<i>%/É-T</i>	<i>n/ moyenne</i>	<i>%/É-T</i>	<i>n/ moyenne</i>	<i>%/É-T</i>	<i>n/ moyenne</i>	<i>%/É-T</i>	<i>Khi2/t/Z, dl, phi/V/Eta</i>
Services^a													
Médical/ psycho	73	48,3%	39	37,9%	73	77,7%	11	15,5%	28	41,2%	9	31,0%	64,74***;4;0,37
Spécialisé	17	11,3%	12	11,7%	33	35,1%	20	28,2%	12	17,6%	4	13,8%	28,92***;4;0,24
Toxico	13	8,6%	24	23,3%	28	29,8%	18	25,4%	21	30,9%	2	6,9%	23,17***;4;0,22
Quotidien	10	6,6%	14	13,6%	39	41,5%	11	15,5%	7	10,3%	2	6,9%	55,52***;4;0,34
Résidentiel	14	9,3%	19	18,4%	19	20,2%	14	19,7%	8	11,8%	5	17,2%	8,54;4;0,13
Audiences^a													
Professionnel	30	19,9%	35	34,0%	7	7,4%	2	2,8%	13	19,1%	14	48,3%	36,63***;4;0,27
Famille ou ami	18	11,9%	14	13,6%	1	1,1%	1	1,4%	0	0,0%	4	13,8%	26,17***;4;0,23
Délais	71,35	40,45	68,29	25,81	53,60	18,18	64,02	34,85	61,95	61,99	35,51	11,62	0,68;0,81
Audiences annulées	0,34	0,74	0,37	0,78	0,28	0,58	0,54	0,88	0,37	0,81	0,07	0,26	-0,25;0,70
Évènements^a													
Bris de condition	6	4,0%	9	8,7%	11	11,7%	21	29,6%	4	5,9%	0	0,0%	36,45***;4;0,27
Consommation	16	10,6%	45	43,7%	35	37,2%	29	40,8%	23	33,8%	5	17,2%	42,71***;4;0,30
Récidive	13	8,6%	25	24,3%	21	22,3%	17	23,9%	10	14,7%	5	17,2%	15,36**;1;0,18
Hospitalisation	45	29,8%	23	22,3%	13	13,8%	13	18,3%	9	13,2%	9	31,0%	12,78*;4;0,16
Stabilité	0,12	0,19	0,34	0,27	0,27	0,25	0,37	0,27	0,18	0,24	0,28	0,19	-7,65***;0,14
PAJ-SM complété	120	79,5%	70	68,0%	51	71,8%	64	68,1%	48	70,6%	20	69,0%	5,80;4;0,11
Total d'accusés	151	100%	103	100%	94	100%	71	100%	68	100%	29	100%	487 ^c 94,38%

***p<0,001 **p<0,01 *p<0,05

^aLes titres des catégories de variables ont été réduits pour faciliter l'affichage du tableau à cause de sa taille. Il s'agit des mêmes catégories de variables que dans le Tableau 1.

^bIndice de gravité du crime.

^cLes analyses bivariées ont été effectuées avec les villes A, B, C, D et E. La ville F a été retirée des analyses bivariées étant donné qu'elle brise le postulat du n<30.

Dans un premier temps, il n'y a pas de différence significative entre les villes en ce qui concerne le sexe des participants acceptés dans les PAJ-SM ce qui signifie que le ratio hommes-femmes est sensiblement le même dans les six PAJ-SM. Aussi, dans toutes les villes il y a plus de participants de sexe masculin que féminin. Pour ce qui est des âges des participants, il n'y a pas non plus de différences observables entre les villes et elles ne se différencient pas par rapport aux pourcentages de participants qui complètent les programmes.

Dans un second temps, il est intéressant de constater les particularités des diagnostics selon les différents PAJ-SM. D'abord, il n'existe pas de différence significative entre les villes en ce qui a trait aux participants ayant un trouble psychotique. Toutefois, en ce qui concerne le diagnostic de trouble de personnalité ($Khi^2_{(1)} = 45,86; p < 0,001; phi = 0,31$), il est possible d'observer que la ville A (15,9%; n=24) et F (24,1%; n=7) acceptent beaucoup moins de participants avec ce trouble que les autres tribunaux où la proportion de personnes avec ce trouble varie entre 38% et 58%. Aussi, en ce qui a trait au diagnostic de TUS ($Khi^2_{(1)} = 31,47; p < 0,001; phi = 0,25$), les villes A (15,9%; n=24) et E (20,6%; n=14) ont beaucoup moins de participants avec ce trouble comparativement aux autres villes pour lesquels les pourcentages varient entre 27,6% et 46,6%. On peut donc conclure que certaines PAJ-SM accueillent des clientèles différentes pour ce qui est de leurs diagnostics.

Dans un troisième temps, il n'existe pas de différence significative en lien avec la gravité des infractions acceptées dans les PAJ-SM. Toutefois, il est possible d'observer que dans la ville A ($\bar{x} = 138,14; \acute{E}\text{-}T=138,03$) et B ($\bar{x} = 132,39; \acute{E}\text{-}T=133,51$), les accusés ont, en moyenne, commis des infractions les moins graves comparativement aux autres villes où les indices de gravité du crime oscillent entre 158,24 et 195,91.

Dans un quatrième temps, en ce qui concerne les objectifs, il apparaît évident que les données de la ville A diffèrent grandement de celles des autres villes, puisqu'il y a très peu de données disponibles concernant les objectifs dans la ville A. Cela s'explique par le fait que les plans d'action n'étaient pas ou peu disponibles lors de la collecte de données dans cette ville ce qui a empêché d'obtenir l'information pertinente concernant les objectifs dans une très grande majorité (96,9%) des dossiers. Effectivement, il est peu probable que les participants du PAJ-SM de la ville A n'aient

aucun objectif dans leur plan d'action. Outre cette anomalie dans la ville A, les autres villes semblent proposer les objectifs dans des proportions similaires, c'est-à-dire qu'ils proposent généralement des objectifs en lien avec un service médical ou psychosocial dans une plus grande proportion suivi des objectifs d'autres types. Dans la majorité des villes, l'objectif le moins souvent imposé aux participants est celui d'effectuer un suivi pour la stabilité résidentielle.

Dans un cinquième temps, il est possible d'observer que, généralement, les participants des villes A et C ont beaucoup plus de conditions à respecter que dans les autres villes. Cela pourrait s'expliquer par une plus grande disponibilité de cette information dans les dossiers des villes A et C où les ordonnances de probation et promesses remises à un juge de paix sont généralement plus intégrées aux dossiers de cour. Une autre explication possible, particulièrement pour la ville C, serait le fait que la gravité moyenne des infractions commises par les participants de cette ville est supérieure aux autres villes laissant ainsi penser que le fait d'avoir un dossier plus grave amène à des sanctions plus importantes comme une ordonnance de probation. Aussi, il est possible d'observer que dans la ville F, le nombre de conditions moyen est considérablement plus bas que dans les autres villes, cela étant dû à la non-disponibilité de cette information dans une majorité (89,7%) de dossiers de cette ville. Outre ces différences, les accusés se font imposer des conditions d'autres types dans la plus grande proportion suivie de la condition de résidence et de couvre-feu. Les conditions en lien avec un suivi PAJ-SM sont celles étant le moins imposées par les tribunaux dans une majorité des villes, sauf pour la ville A où il s'agit des conditions en lien avec la consommation (6,6%; n=10) ce qui pourrait s'expliquer par le plus faible pourcentage d'accusés ayant un trouble d'abus de substance accepté dans cette ville.

Dans un sixième temps, en ce qui concerne les variables liées aux services, il existe des différences significatives pour ce qui est des services offerts pour les services médicaux ou psychosociaux ($Khi^2_{(1)} = 64,74$; $p < 0,001$; $phi = 0,37$), les services spécialisés ($Khi^2_{(1)} = 28,92$; $p < 0,001$; $phi = 0,24$), les services en toxicomanie ($Khi^2_{(1)} = 23,17$; $p < 0,001$; $phi = 0,22$) et les services de la vie quotidienne ($Khi^2_{(1)} = 55,52$; $p < 0,001$; $phi = 0,34$). En effet, les villes n'offrent pas ces services dans les mêmes proportions. Toutefois, il est possible d'observer que de manière générale, les accusés participent à des services médicaux ou psychosociaux dans la proportion la plus importante, les taux variants entre 48,3%, et 77,7% excluant la ville D où les participants utilisent

des services spécialisés dans la plus grande proportion (28,2%; n=20). D'autre part, le service le moins souvent utilisé par les participants dans une majorité des villes est celui en lien avec la vie quotidienne où les taux varient entre 6,6% 15,5%, sauf pour la ville C où le taux de participation à ce type de service est de 41,5%.

Dans un septième temps, par rapport aux variables en lien avec les audiences, seul le PAJ-SM de la ville F ($\bar{x} = 35,51$; É-T=11,62) se distingue des autres avec des délais plus courts entre les audiences par rapport aux autres villes où les délais varient entre 53,60 et 71,35 jours. Toutefois, même si les autres villes ont des moyennes similaires, leurs écarts-types diffèrent grandement suggérant que certains PAJ-SM ont des pratiques plus standardisées en matière de délais entre les audiences (ville B (É-T=25,81) et ville C (É-T = 18,18)) alors que d'autres individualisent davantage les dossiers ou les traitent au cas par cas (ville A (É-T = 40,45), ville D (É-T = 34,85) et ville E (É-T = 61,99)). Pour ce qui est des variables en lien avec les personnes présentes lors des audiences, les pourcentages varient grandement d'une ville à l'autre autant pour les professionnels ($Khi^2_{(1)} = 36,53$; $p < 0,001$; $phi = 0,27$) que la famille ou les amis ($Khi^2_{(1)} = 26,17$; $p < 0,001$; $phi = 0,23$). Effectivement, le nombre de participants où il était indiqué dans leur dossier qu'un professionnel était présent lors de l'une de leurs audiences varie entre 48,3% (ville F) et 2,8%, (ville D) alors que pour la présence d'un membre de la famille ou d'un ami ces chiffres varient entre 13,8% (ville F) et 0,0% (ville E). Encore une fois, il est important de souligner que ces pourcentages représentent le pourcentage de dossiers dans lequel il était inscrit qu'un professionnel ou une personne de soutien pour l'accusé était présent durant la trajectoire PAJ-SM et ne représentent pas nécessairement la présence réelle de ces personnes.

Dans un dernier temps, en ce qui concerne les événements de vie des participants durant leur accompagnement PAJ-SM, une différence significative s'observe entre les villes en ce qui concerne les cinq trajectoires étudiées, c'est-à-dire pour les bris de conditions ($Khi^2_{(1)} = 36,45$; $p < 0,001$; $phi = 0,27$), la rechute de consommation ($Khi^2_{(1)} = 42,71$; $p < 0,001$; $phi = 0,30$), la récidive ($Khi^2_{(1)} = 25,36$; $p < 0,004$; $phi = 0,18$), l'hospitalisation ($Khi^2_{(1)} = 12,78$; $p < 0,012$; $phi = 0,16$) et l'échelle de stabilité ($Khi^2_{(1)} = -7,65$; $p < 0,001$; $phi = 0,14$). Effectivement, le pourcentage de participants qui brisent leurs conditions varient entre 0,0% (ville F) et 29,6% (ville D), celui de la rechute de consommation entre 10,6% (ville A) et 43,7% (ville B), celui de la récidive entre 8,6%

(ville A) et 24,3% (ville B) et celui de l'hospitalisation entre 13,2% (ville E) et 31,0% (ville F). Ainsi, il peut être supposé que dans la ville D les participants respectent beaucoup moins leurs conditions que dans les autres PAJ-SM ou que ce tribunal surveille beaucoup plus les bris de conditions que dans les autres villes. En ce qui concerne la ville F, il est peu probable que 100% des participants aient respecté leurs conditions en tout temps. Il est plus probablement que l'information concernant la conformité des participants était absente de ce PAJ-SM ou que ce tribunal soit davantage tolérant envers les bris de conditions de leurs participants. D'autre part, il est intéressant de constater qu'au PAJ-SM de la ville A, le pourcentage de personnes ayant vécu un épisode de rechute de consommation est nettement inférieur à celui des autres PAJ-SM. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le pourcentage de participants ayant un diagnostic de TUS qui sont acceptées au PAJ-SM de la ville A (15,5%) est inférieur à celui des autres PAJ-SM, comme mentionnés précédemment. Enfin, une différence significative entre les villes s'observe également en ce qui a trait à l'échelle de la stabilité où la cote de stabilité varie entre 0,12 (ville A) et 0,37 (ville D).

En somme, ces statistiques descriptives permettent d'observer des différences en ce qui concerne les villes en ce qui a trait aux caractéristiques des accusés et au fonctionnement des PAJ-SM. D'abord, de nombreuses distinctions ont été constatées dans la ville A lorsqu'elle est comparée aux autres villes. Les participants ayant effectué un suivi PAJ-SM dans la ville A avaient un diagnostic de TUS dans une plus petite proportion que dans les autres villes. Cette anomalie semble être liée au fait qu'il y a également moins de personnes qui ont une condition de la cour reliée à la consommation et une rechute de consommation de substance lors de leur trajectoire PAJ-SM comparativement aux autres villes. Aussi, un problème rencontré dans la ville A est le manque d'information concernant les objectifs imposés aux participants. Effectivement, le pourcentage d'objectifs était pratiquement nul pour la ville A, ce qui n'était pas le cas dans les autres villes. Cependant, les conditions à respecter étaient en nombre supérieur dans la ville A (et la ville C) que dans les autres villes. Comme mentionné précédemment, cela pourrait s'expliquer par une plus grande disponibilité de cette information dans les dossiers de la ville A. Une autre différence constatée dans la ville A est le fait que les accusés récidivent moins fréquemment durant leur participation au programme que dans les autres villes. Toutefois, les participants de

la ville A (et de la ville E) ont généralement une plus grande instabilité par rapport à leur emploi, leurs études, leur état matrimonial et leur résidence que les participants des autres villes.

En ce qui concerne la ville D, les participants respectent leurs conditions imposées par l'équipe du PAJ-SM ou par la cour dans une plus petite proportion que les autres villes. La dernière ville où des différences importantes ont été observées avec les autres villes est la ville F. Effectivement, il est possible de constater que les caractéristiques des audiences de la ville F diffèrent des autres villes étant donné que les délais moyens entre les audiences sont plus courts, qu'il y a un moins grand nombre d'audiences annulées et qu'il y a plus souvent un professionnel ou une personne de confiance pour l'accusé présent lors des audiences.

Bref, il semble clair que chaque PAJ-SM possède ses particularités d'où l'intérêt d'avoir effectué des analyses bivariées sur les différentes villes. En effet, les PAJ-SM vont accepter des types de clientèle différente. Par exemple, certains PAJ-SM vont moins accepter de participants ayant des TUS. Certains vont également accepter une clientèle qui a commis des crimes moins graves. Ces types de clientèles différentes influencent également les types d'objectifs, de conditions et de services qui sont imposés ou utilisés par les participants témoignant d'une certaine adaptation des PAJ-SM aux clientèles qu'ils accueillent. Enfin, ils ont tous des manières distinctes de fonctionner que cela soit en rapport avec les personnes présentes durant les audiences ou les rencontres préparatoires, les délais entre les audiences ou de l'importance accordée aux différents événements de vie qui ponctuent la trajectoire judiciaire de leurs participants.

À présent que le premier objectif de cette étude, qui était de décrire et de comparer le fonctionnement des différents PAJ-SM et les caractéristiques de leurs participants, a été rempli, les analyses permettant de remplir l'objectif principal de la recherche, soit de comprendre l'interaction entre les principes de la JT et l'achèvement des PAJ-SM, seront effectuées dans la prochaine section.

4.2. Achèvement des PAJ-SM

Afin de comprendre quels facteurs influencent l'achèvement des PAJ-SM, des analyses bivariées seront réalisées afin d'identifier quelles variables ont une relation significative avec l'achèvement

des programmes, puis une régression logistique sera effectuée afin d'identifier les facteurs qui ont l'interaction la plus prédictive avec l'achèvement des PAJ-SM.

4.2.1. Lien entre les variables explicatives et la probabilité de compléter le PAJ-SM

Analyses bivariées

Le Tableau 11 présente les statistiques bivariées des caractéristiques des accusés de l'échantillon. Ces analyses permettront d'identifier les variables qui ont un lien significatif avec l'achèvement des PAJ-SM afin d'en tenir compte lors des analyses multivariées en ce qui a trait au choix des variables et à l'identification des liens entre les variables et l'achèvement.

Tableau 11

Statistiques bivariées des caractéristiques des accusés de l'échantillon

	Accusés ayant complété le PAJ-SM		Accusés n'ayant pas complété le PAJ-SM		Total des deux groupes <i>Khi²/t/Z, dl, phi/V/Eta</i>
	<i>n/moyenne</i>	<i>%/É-T</i>	<i>n/moyenne</i>	<i>%/É-T</i>	
Caractéristiques sociodémographiques					
Sexe					
Hommes	249	69,7%	108	30,3%	3,73; 1; 0,09
Femmes	124	78,0%	35	22,0%	
Âge					
18-25 ans	91	71,7%	36	28,3%	0,07; 2; 0,01
26-39 ans	137	71,0%	56	29,0%	
40 ans et plus	145	74,0%	51	26,0%	
Villes					
Ville A	120	79,5%	31	20,5%	5,95; 5; 0,11
Ville B	70	68,0%	33	32,0%	5,50*; 1; 0,10
Ville C	64	68,1%	30	31,9%	1,20; 1; -0,05
Ville D	51	71,8%	20	28,2%	1,01; 1; -0,04
Ville E	48	70,6%	20	29,4%	0,01; 1; 0,-0,01
Ville F	20	69,0%	9	31,0%	0,11; 1; -0,02
Diagnostics					
Tr. psychotique mentionné	112	72,3%	43	27,7%	6,02*; 1; -0,11
Tr. de personnalité mentionné	129	70,9%	53	29,1%	0,00; 1; 0,00
Tr. substance mentionné	95	64,6%	52	35,4%	0,28; 1; -0,02
Infractions					
Indice de gravité du crime	158,61	165,02	153,63	167,57	-0,31; 0,76
Objectifs des suivis PAJ-SM					
Suivi médical/psychosocial	226	71,7%	89	28,3%	0,12; 1; -0,02
Suivi spécialisé	119	73,5%	43	26,5%	0,16; 1; 0,02
Suivi en toxicomanie	67	66,3%	34	33,7%	2,22; 1; -0,07
Suivi de la vie quotidienne	163	73,8%	58	26,2%	0,42; 1; 0,03
Suivi pour le logement	54	62,1%	33	37,9%	5,45*; 1; -0,10
Consommation	76	76,0%	24	24,0%	0,85; 1; 0,04
Conformité	167	71,4%	67	28,6%	0,18; 1; -0,02
Conditions émises					
Suivi PAJ-SM	62	64,6%	34	35,4%	3,49; 1; -0,08
Résidence et couvre-feu	92	63,9%	52	36,1%	7,03**; 1; -0,12
Consommation	48	65,8%	25	34,2%	1,81; 1; -0,06
Autres	111	66,9%	55	33,1%	3,59; 1; -0,08
Services reçus					
Médical/psychosocial	224	79,4%	58	20,6%	15,85***; 1; 0,18
Spécialisé	82	83,7%	16	16,3%	7,83**; 1; 0,12
Toxico	74	69,8%	32	30,2%	0,41; 1; -0,03
Vie quotidienne	73	88,0%	10	12,0%	12,12***; 1; 0,15
Logement	55	69,6%	24	30,4%	0,33; 1; -0,03

Tableau 11*Statistiques bivariées des caractéristiques des accusés de l'échantillon*

	Accusés ayant complété le PAJ-SM		Accusés n'ayant pas complété le PAJ-SM		Total des deux groupes
	n/ moyenne	%/ É-T	n/ moyenne	%/ É-T	Khi ² /t/Z, dl, phi/V/Eta
Caractéristiques des audiences PAJ-SM					
Professionnel présent	79	78,2%	22	21,8%	2,23; 1; 0,07
Famille ou ami	29	76,3%	9	23,7%	0,33; 1; 0,03
Délais entre les audiences	67,26	32,89	52,79	46,71	-3,40***; 0,77
Audiences annulées	0,35	0,71	0,36	0,80	0,25; 0,06
Évènements de vie durant la trajectoire PAJ-SM					
Bris de condition	29	56,9%	22	43,1%	6,72**; 1; -0,11
Consommation	95	62,1%	58	37,9%	11,29***; 1; -0,15
Récidive	54	59,3%	37	40,7%	9,24**; 1; -0,13
Hospitalisation	82	73,2%	30	26,8%	0,06; 1; 0,01
Stabilité	0,27	0,26	0,18	0,22	-3,64***; 0,19
Total d'accusés	373	72,3%	143	27,7%	

***p<0,001 **p<0,01 *p<0,05

Pour débiter, plusieurs variables indépendantes ont une relation significative avec l'achèvement des PAJ-SM. Effectivement, les accusés qui participent au PAJ-SM de la ville A ont des taux d'achèvement plus élevé ($Khi^2_{(1)} = 5,50$; $p < 0,019$; $phi = 0,10$) où 79,5% (n=120) des participants de cette ville complètent ce PAJ-SM. Ceux qui ont un diagnostic d'abus de substance complètent le PAJ-SM dans une moins grande proportion ($Khi^2_{(1)} = 6,02$; $p < 0,014$; $phi = -0,11$) puisque seulement 64,6% (n=95) des participants avec un tel diagnostic complètent le programme. Les participants qui ont un objectif d'effectuer un suivi en lien avec la stabilité résidentielle ($Khi^2_{(1)} = 5,45$; $p < 0,020$; $phi = -0,10$) ont un taux d'achèvement plus faible (62,1%; n=54). Ceux qui ont une condition de la cour concernant la résidence et le couvre-feu ($Khi^2_{(1)} = 7,03$; $p < 0,008$; $phi = -0,12$) ont également un taux d'achèvement plus faible (63,9%; n=92). En ce qui concerne les services, les accusés qui utilisent des services médicaux ou psychosociaux ($Khi^2_{(1)} = 15,85$; $p < 0,001$; $phi = 0,18$), des services spécialisés ($Khi^2_{(1)} = 7,83$; $p < 0,005$; $phi = 0,12$) ou des services de la vie quotidienne ($Khi^2_{(1)} = 12,12$; $p < 0,001$; $phi = 0,15$) complètent le PAJ-SM dans une proportion plus importante, soit respectivement de 79,4% (n=224), 83,7% (n=82) et 88,0% (n=73). Ensuite, les personnes ayant complété le PAJ-SM ont des délais moyens entre leurs audiences de 67,26 jours

($\bar{E}-T=32,89$) ce qui est statistiquement supérieur ($t=-3,40$; $p<0,001$; $Eta=0,77$) au nombre de jours moyen entre les audiences pour les personnes n'ayant pas complété le PAJ-SM.

Concernant les variables portant sur les évènements de vie qui ponctuent les trajectoires judiciaires des participants, quatre variables ont une relation significative avec l'achèvement des PAJ-SM. Les participants qui ont un bris de condition durant leur accompagnement ($Khi^2_{(1)} = 6,72$; $p<0,010$; $phi = -0,11$), qui ont une rechute de consommation ($Khi^2_{(1)} = 11,29$; $p<0,001$; $phi = -0,15$) ou qui ont une récidive ($Khi^2_{(1)} = 9,24$; $p<0,002$; $phi = -0,13$) ont un taux d'achèvement plus faible où, respectivement, 56,9% ($n=29$), 62,1% ($n=95$) et 59,3% ($n=54$) complètent le programme. Enfin, les accusés qui complètent le programme cotent en moyenne 0,27 sur l'échelle ($\bar{E}-T=0,26$), ce qui est statistiquement supérieur ($t=-3,64$; $p<0,001$; $Eta=0,19$) à la cote de stabilité de ceux qui ne complètent pas le PAJ-SM.

En somme, il y a une douzaine de variables qui ont une relation statistiquement significative avec l'achèvement des PAJ-SM. Effectivement, chez les participants qui complètent le programme avec succès, il y a moins de diagnostics de trouble d'abus de substance, d'objectif en lien avec un suivi pour la stabilité résidentielle, de conditions de résidence et de couvre-feu, de bris de condition, de rechute de consommation et de récidives que les participants échouant le programme. D'autre part, les participants qui complètent ont généralement plus de services médicaux ou psychosociaux, de services spécialisés et de services de la vie quotidienne que les accusés ne graduant pas. Ils ont également des délais moyens plus longs entre leurs audiences et ils font preuve, en moyenne, d'une plus grande stabilité en lien avec l'emploi, de l'éducation, de l'état matrimonial et de la stabilité résidentielle. L'identification des variables ayant un lien avec l'achèvement des PAJ-SM permettra de mieux comprendre et d'interpréter les résultats de la régression logistique effectuée dans la prochaine section.

Régression logistique pas-à-pas

Une régression logistique avec élimination descendante a été utilisée afin d'identifier les prédicteurs qui expliquent l'achèvement des PAJ-SM. Les variables indépendantes qui ont été testées afin d'obtenir un modèle final sont, premièrement, les variables en lien avec les objectifs, deuxièmement, les variables en lien avec les conditions, troisièmement, les variables en lien avec

les services, quatrièmement, les variables en lien avec les audiences et finalement, les variables en lien avec les événements de vie durant la trajectoire PAJ-SM. Aussi, un bloc de variables contrôles (villes, sexe, âge, diagnostics et infractions) a été ajouté aux analyses, c'est-à-dire, à chaque étape de l'analyse d'élimination descendante. La méthode d'élimination descendante élimine à chaque étape de l'analyse la variable indépendante ayant la corrélation la moins élevée avec la variable dépendante seulement si cette variable satisfait au critère d'élimination, soit une valeur p supérieure à 0,05. L'analyse se termine lorsqu'il n'y a plus de variables dans le modèle qui satisfait le critère d'élimination ($p > 0,05$). Le Tableau 12 présente les résultats de la dix-neuvième et dernière étape de la régression logistique pas-à-pas avec élimination descendante²³.

²³ Afin de valider le modèle de régression logistique d'élimination descendante, une régression logistique de sélection ascendante a été utilisée. Les mêmes variables indépendantes que dans le modèle de sélection ascendante ont été intégrées à l'analyse. Ainsi, en débutant avec les 12 variables contrôles et 0 prédicteur, la régression logistique de sélection ascendante a ajouté 7 variables indépendantes significatives pour le modèle après 7 étapes d'analyse. Les prédicteurs qui ont été intégrés au modèle final sont les mêmes prédicteurs qui ont été choisis dans le modèle de régression logistique avec élimination descendante. Aussi, des analyses manuelles par bloc de variables ont été effectuées pour obtenir un modèle final. Le modèle final obtenu est identique aux modèles de régression logistique pas-à-pas.

Tableau 12*Régression logistique prédit la probabilité de compléter le PAJ-SM*

	<i>Exp(B)</i>	<i>95% IC</i>	
Caractéristiques sociodémographiques^a			
Sexe			
Femme	1,48	0,88	2,50
Âge réf : 18-25 ans			
26-39 ans	1,33	0,75	2,35
40 ans et plus	1,62	0,90	2,90
Villes réf : Ville B			
Ville A	1,74	0,86	3,53
Ville C	0,63	0,29	1,34
Ville D	0,99	0,43	2,29
Ville E	1,63	0,74	3,59
Ville F	1,21	0,45	3,23
Diagnostics			
Trouble psychotique mentionné	1,22	0,75	2,01
Trouble de personnalité mentionné	0,86	0,50	1,46
Trouble lié à l'usage des substances mentionné	0,82	0,47	1,42
Infractions			
Indice de gravité du crime	1,00	0,99	1,00
Services reçus			
Médical / psychosocial	3,00***	1,80	4,98
Vie quotidienne	4,01***	1,80	8,93
Caractéristiques des audiences PAJ-SM			
Délais entre les audiences	1,02***	1,01	1,03
Audiences annulées	0,62**	0,44	0,88
Évènements de vie durant la trajectoire PAJ-SM			
Bris de condition	0,39*	0,18	0,83
Consommation	0,38***	0,22	0,64
Stabilité	7,06***	2,39	20,84
Ordonnées à l'origine	0,3*		
R ² Nagelkerke		26,7%	
Khi ² (dl), p		105,68 (19), 0,001	

^a Variables entrées à l'étape 1: Bris de condition durant le PAJSM, Rechute de consommation durant le PAJSM, Récidive durant le PAJSM, Hospitalisation durant le PAJSM, Stabilité durant le PAJSM, Objectif d'effectuer un suivi médical/psychosocial, Objectif d'effectuer un suivi spécialisé, Objectif d'effectuer un suivi en toxicomanie, Objectif d'effectuer un suivi de la vie quotidienne, Objectif d'effectuer un suivi pour la stabilité résidentielle, Objectif en lien avec la consommation (diminution ou arrêt), Objectif en lien avec la conformité et les relations, Condition en lien avec la participation au programme PAJSM, Autres conditions, Condition concernant le couvre-feu et la résidence durant l'accompagnement, Condition en lien avec la consommation, Professionnel présent lors d'une des rencontres PAJSM, Personne de confiance présente lors d'une des rencontres PAJSM, Moyenne des délais entre les audiences PAJSM, Nombre d'audiences annulées lors de l'accompagnement, Service médical/psychosocial, Service spécialisé, Service en toxicomanie, Service de la vie quotidienne, Service pour la stabilité résidentielle.

***p<0,001 **p<0,01 *p<0,05

L'analyse de régression logistique a permis d'identifier sept variables qui ont une relation significative avec l'achèvement des PAJ-SM. D'ailleurs de ces sept variables, ce sont 3 variables

en lien avec la JT qui ont une relation significative avec l'achèvement, soit les services médicaux et psychosociaux, les services de la vie quotidienne ainsi que la moyenne des délais entre les audiences. Le fait d'avoir utilisé un service médical ou psychosocial durant son accompagnement augmente de 3,00 fois les probabilités d'achèvement ($exp(b) = 3,00$; $p < 0,001$; IC 95% [1,80; 4,98]) et le fait d'avoir obtenu un service de la vie quotidienne augmente le taux d'achèvement de 4,01 fois ($exp(b) = 4,01$; $p < 0,001$; IC 95% [1,80; 8,93]). Ceux qui ont des délais plus longs entre leurs audiences voient leurs probabilités de compléter le PAJ-SM augmentées de 1,02 fois ($exp(b) = 1,02$; $p < 0,001$; IC 95% [1,01; 1,03]), alors que ceux qui ont plus d'audiences annulées voient leurs probabilités de compléter le programme diminuer de 1,61 fois $exp(b) = 0,62$; $p < 0,007$; IC 95% [0,44; 0,88]). Aussi, le fait d'avoir eu un bris de condition durant le programme diminue de 2,56 fois les probabilités de réussir le programme ($exp(b) = 0,39$; $p < 0,014$; IC 95% [0,18; 0,83]) et le fait d'avoir fait une rechute de consommation de substance (alcool ou drogue) diminue de 2,63 fois les probabilités de succès ($exp(b) = 0,38$; $p < 0,001$; IC 95% [0,22; 0,64]). De plus, le fait d'avoir un mode de vie plus stable augmente de 7,07 fois le taux d'achèvement ($exp(b) = 7,06$; $p < 0,001$; IC 95% [2,39; 20,84]). Le modèle de régression logistique permet d'expliquer 26,7% de la variance du modèle.

Il est intéressant de constater que plusieurs variables qui avaient une relation statistiquement significative avec l'achèvement des programmes lors des analyses bivariées n'apparaissent pas dans le modèle de régression logistique final. D'abord, le diagnostic de TUS qui avait une relation statistiquement significative avec l'achèvement n'apparaît plus significatif dans le modèle de régression logistique. Cela s'explique par le fait que lorsque la variable du sexe des participants est introduite dans le modèle, le diagnostic d'abus de substance perd sa signification. Ensuite, l'objectif d'effectuer un suivi en lien avec le logement n'apparaît pas comme prédicteur significatif dans le modèle final, puisqu'elle n'est plus significative lorsque la variable d'un diagnostic de TUS est incluse dans l'analyse. Après, la condition de résidence et couvre-feu qui apparaissait significative avec l'achèvement des PAJ-SM dans les analyses bivariées n'apparaît pas comme prédicteur significatif dans la régression puisqu'elle perd sa signification lorsque la présence d'une rechute de consommation est introduite dans le modèle. Par la suite, lorsque l'échelle de la stabilité est introduite dans les analyses, le fait d'obtenir un service spécialisé n'apparaît plus

significatif. Puis, malgré le fait que la variable du nombre d'audiences annulées n'était pas significative dans les analyses bivariées, celle-ci apparaît significative lorsque la variable des moyennes des délais entre les audiences est introduite. D'ailleurs, un test de colinéarité a été effectué entre le nombre d'audiences annulées et la moyenne des délais entre les audiences et aucune colinéarité n'a été observée ($VIF < 1,25$).

En somme, il apparaît que la consommation et le diagnostic de TUS ont des effets particuliers sur les autres variables. Effectivement, le fait de contrôler pour les TUS ou l'évènement de la rechute de consommation influence la relation des autres variables avec l'achèvement des PAJ-SM. Il serait donc possible de qualifier les variables du diagnostic de TUS et de rechute de consommation de variables modératrices. Ces observations justifient d'autant plus l'intérêt d'analyser, à l'aide d'arbres décisionnels, le lien entre les principes de JT et l'achèvement chez les accusés ayant un diagnostic de TUS afin de voir si ce diagnostic influence les outils de la JT qui sont utilisés durant leur trajectoire au sein des PAJ-SM.

4.3. Individualisation des dossiers au sein des PAJ-SM

Afin de comprendre comment un des principes clés de la JT, soit l'individualisation des dossiers, est utilisé par les équipes des PAJ-SM, des arbres décisionnels où les variables en lien avec la JT ont été mises en relation avec l'achèvement des PAJ-SM et le diagnostic de TUS ainsi que les trajectoires de vie des participants ont été réalisés. Plus précisément, les analyses ont été effectuées avec la variable dépendante d'achèvement des PAJ-SM et 14 variables indépendantes liées à la JT, soit les 7 types d'objectifs, les 5 types de services ainsi que la présence d'un professionnel et la présence de la famille ou d'un ami lors des rencontres préparatoires ou des audiences PAJ-SM. Quatre arbres décisionnels différents ont été réalisés afin d'analyser quatre types d'individualisation des dossiers, soit des arbres décisionnels où la première variable forcée dans le modèle est, respectivement, la présence d'un diagnostic de TUS, d'un bris de condition, d'une rechute de consommation et d'une récidive.

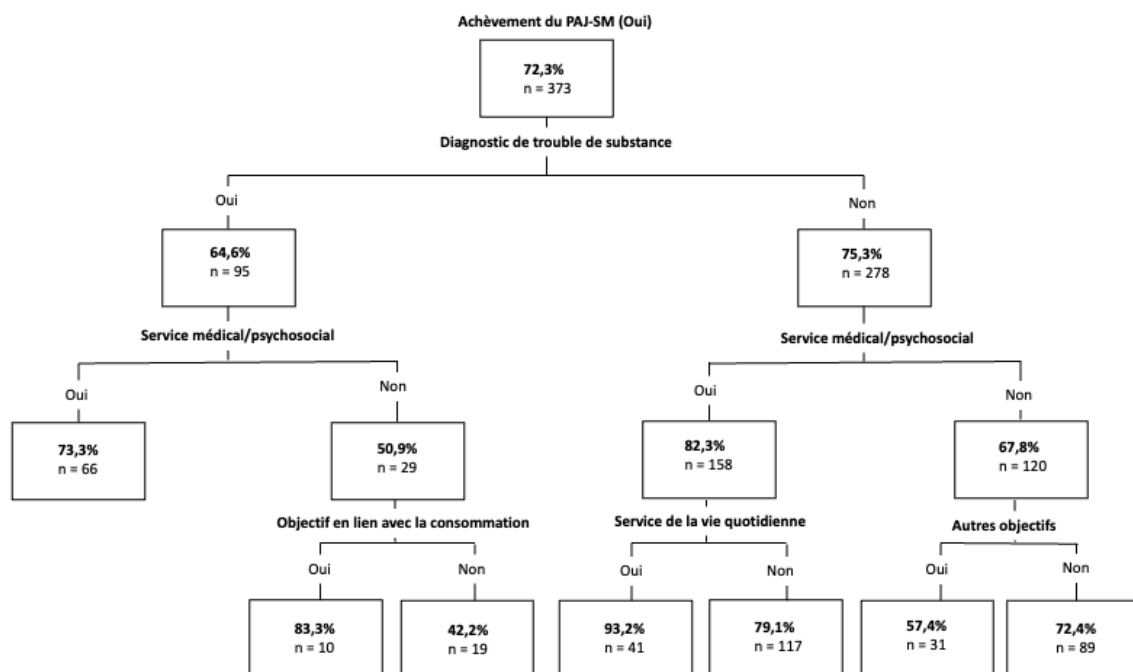
4.3.1. Profil diagnostique du trouble lié à l'usage de substance

La Figure 1 présente le premier arbre décisionnel. L'objectif de celui-ci est de comprendre l'interaction des différents objectifs, services et de la présence d'un professionnel et de la famille

durant la rencontre PAJ-SM avec l'achèvement des programmes chez les participants qui ont un TUS par rapport à ceux qui n'ont pas un tel trouble afin de voir si les outils de JT qui sont utilisés chez les participants ayant un problème de toxicomanie sont spécifiques à ceux-ci. Pour les accusés qui ont un TUS, deux variables liées à la JT ont un effet sur l'achèvement des PAJ-SM, soit l'utilisation de services médicaux ou psychosociaux et l'objectif d'arrêter ou de diminuer sa consommation. Pour les participants qui n'ont pas un TUS, ce sont les variables des services médicaux ou psychosociaux, des services de la vie quotidienne et des autres objectifs qui ont un effet décisif sur l'achèvement des programmes.

Figure 2

Arbre décisionnel du lien entre les principes de JT et l'achèvement des PAJ-SM selon le profil diagnostique du trouble lié à l'usage de substance



Notes.

n = nombre de participants au sein du nœud.

Les pourcentages (%) font référence à la proportion de participants qui ont complété le PAJ-SM au sein du nœud.

Il est possible de constater que pour les deux trajectoires, c'est-à-dire la trajectoire des participants qui ont un trouble de substance et celle des participants qui n'ont pas un tel trouble, la variable qui a la relation la plus prédictive avec l'achèvement des programmes est l'utilisation

de services médicaux ou psychosociaux. Effectivement, dans les deux trajectoires, les participants qui utilisent ce service complètent le PAJ-SM dans une plus grande proportion. Par la suite, pour les participants qui ont un TUS, mais qui n'ont pas bénéficié d'un service médical ou psychosocial, c'est la variable de l'objectif en lien avec l'arrêt ou la diminution de la consommation qui a la relation la plus prédictive avec l'achèvement puisque les participants qui ont un tel objectif dans leur plan d'action complètent le PAJ-SM dans 83,3% (n=10) des cas comparativement à 42,2% (n=19) pour ceux qui n'ont pas un tel objectif. Toutefois, il est important de noter que le nombre réel de personnes qui ont complété le programme et avaient un objectif d'arrêter ou de diminuer leur consommation est seulement de 10.

Ensuite, lorsque l'on s'attarde aux participants qui n'ont pas un TUS, il est possible de constater que les outils de JT qui les aideront à compléter leur PAJ-SM diffèrent de ceux utilisés chez les participants ayant un TUS. Effectivement, pour les participants sans TUS et ayant utilisé un service médical ou psychosocial, le fait de recevoir un service de la vie quotidienne augmente d'autant plus les chances de compléter le programme puisque les participants utilisant ce service complètent le PAJ-SM dans un taux de 93,2% (n=41) ce qui est supérieur aux participants n'ayant pas reçu un tel service (79,1%; n=117). Pour les participants qui n'ont pas bénéficié d'un service médical ou psychosocial, ce sont ceux qui n'ont pas d'objectifs d'autres types dans leur plan d'action qui complètent dans une plus grande proportion (72,4%; n=89) comparativement à ceux qui ont un tel objectif (57,4%; n=31). Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'ajouter des conditions d'autres types, qui sont principalement en lien avec la conformité des participants (prendre sa médication, participer activement à son suivi, aller à ses rendez-vous, etc.) n'est pas aidant et forcent le participant à respecter des objectifs qui sont moins thérapeutiques, puisqu'ils ne sont pas en lien avec des services précis. Tout de même, il est possible d'observer une certaine individualisation de la trajectoire PAJ-SM des participants qui ont un TUS. Effectivement, même s'ils bénéficient des services médicaux ou psychosociaux comme les autres participants, le fait que l'objectif d'arrêter ou de diminuer la consommation soit positivement associé à l'achèvement du programme que chez ceux qui ont un TUS témoigne d'une individualisation de leur trajectoire PAJ-SM. Aussi, il semble que deux stratégies fonctionnent chez les participants qui ont un TUS

afin de les aider à compléter le PAJ-SM, soient d'utiliser un service médical ou psychosocial ou d'inscrire un objectif d'arrêter ou de diminuer la consommation dans leur plan d'action.

Le modèle obtenu permet de classer correctement 94,9% des participants qui complètent le PAJ-SM et 18,2% des accusés qui ne complètent pas le programme, pour un pourcentage de bonne classification totale de 73,6%.

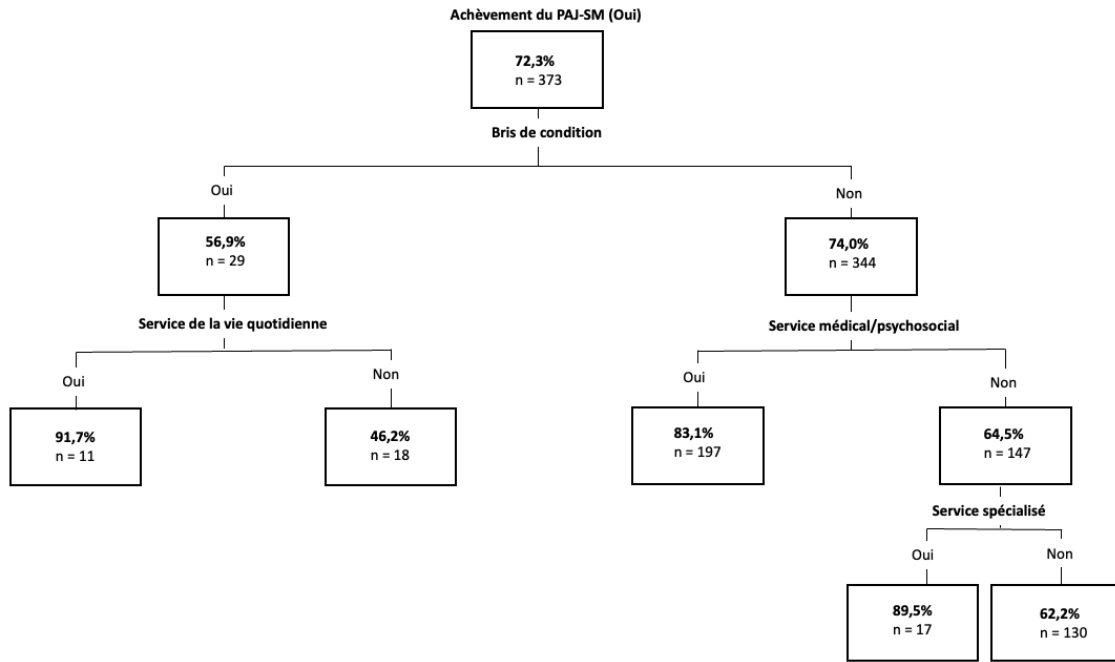
Les trois prochains arbres décisionnels qui seront présentés permettront d'analyser l'individualisation des trajectoires PAJ-SM des participants qui ont eu un de trois événements de vie durant leur participation au programme : bris de condition, rechute de consommation et récidive. Les arbres décisionnels permettront seulement de dire quels outils de la JT ont aidé le participant à compléter le programme selon son événement de vie durant sa trajectoire judiciaire. En d'autres termes, les arbres décisionnels ne permettront pas de dire si les outils de JT ont été utilisés après l'évènement de vie ou avant l'évènement.

4.3.2. Bris de condition

La Figure 2 présente le deuxième arbre décisionnel. L'objectif de cet arbre est de comprendre l'influence des outils de la JT mis à la disposition des équipes PAJ-SM sur l'achèvement des participants ayant eu un bris de condition durant leur trajectoire PAJ-SM.

Figure 3

Arbre décisionnel du lien entre les principes de la JT et l'achèvement des PAJ-SM selon l'évènement de bris de condition



Notes.

n = nombre de participants au sein du nœud.

Les pourcentages (%) font référence à la proportion de participants qui ont complété le PAJ-SM au sein du nœud.

D'une part, un seul outil de la JT a un effet décisif pour l'achèvement des participants ayant eu un bris de condition, soit les services de la vie quotidienne. En effet, les participants qui jouissent d'un service de la vie quotidienne durant leur accompagnement complètent le PAJ-SM dans une plus grande proportion (91,7%) que ceux n'ayant pas reçu ce service (46,2%; n=18) bien que le nombre véritable de participants ayant reçu ce service soit faible (n=11).

D'autre part, deux outils de la JT ont été identifiés comme des facteurs décisifs pour l'achèvement des PAJ-SM des accusés n'ayant pas eu un bris de condition : les services médicaux ou psychosociaux et les services spécialisés. Effectivement, ceux qui bénéficient d'un service médical ou psychosocial complètent le programme dans une proportion de 83,1% (n=197) ce qui est supérieur à ceux n'ayant pas ce service (64,5%; n=147). Enfin, ceux qui n'ont pas eu de bris de condition et qui ne reçoivent pas un service médical ou psychosocial, bénéficieraient de recevoir

un service spécialisé, puisque ceux qui ont un tel service graduent du programme avec succès dans 89,5% des cas (n=17) ce qui est supérieur à ceux ne participant pas à ce service (62,2%; n=130). Il est donc possible d'observer une certaine individualisation en lien avec l'évènement de bris de condition, puisque les services venant en aide à cette clientèle (service de la vie quotidienne) varient de ceux dont peuvent bénéficier les accusés n'ayant pas eu un bris de condition (service médical ou psychosocial et service spécialisé).

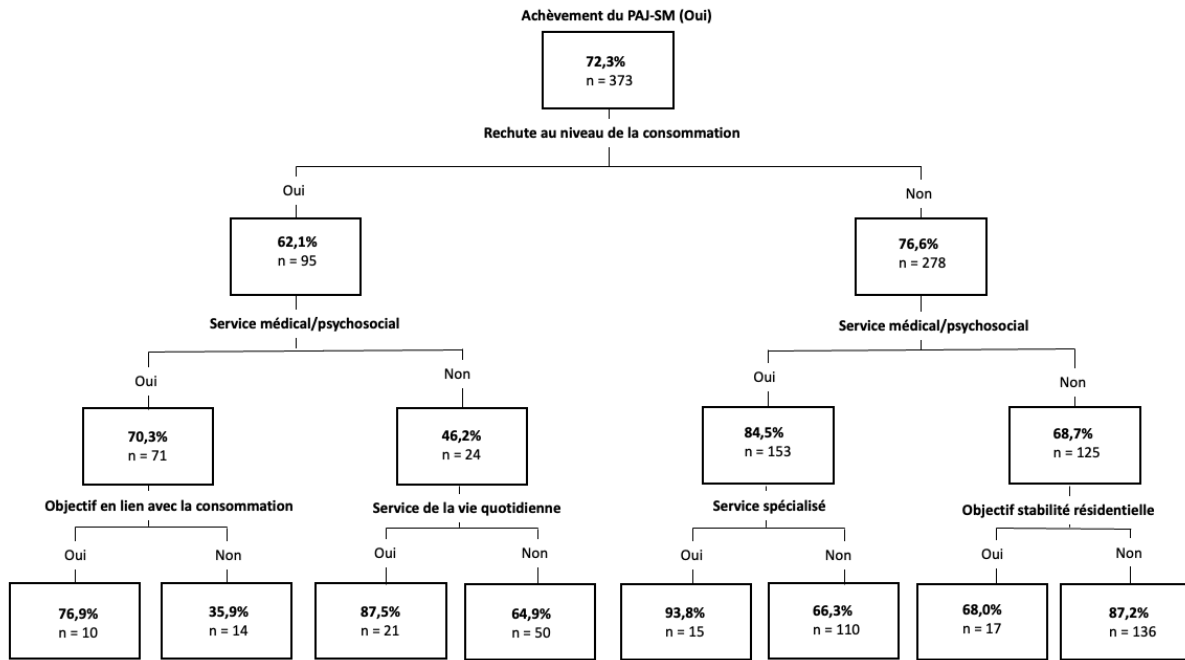
La précision globale du modèle pour identifier correctement les principes de JT qui permettent de compléter le PAJ-SM dans le cas d'une trajectoire de bris de condition est de 72,9%, soit une estimation correcte de 14,7% des participants n'ayant pas complété le programme et de 95,2% de ceux ayant complété.

4.3.3. Rechute de consommation

La Figure 3 présente les résultats de l'arbre décisionnel où les outils de la JT ont été testés pour ceux qui ont une rechute de consommation lors de leur trajectoire PAJ-SM.

Figure 4

Arbre décisionnel du lien entre les principes de la JT et l'achèvement des PAJ-SM selon l'évènement de rechute de consommation



Notes.

n = nombre de participants au sein du nœud.

Les pourcentages (%) font référence à la proportion de participants qui ont complété le PAJ-SM au sein du nœud.

D’abord, ce sont trois outils de la JT qui interagissent avec l’achèvement des accusés qui ont eu une rechute de consommation : les services médicaux et psychosociaux, l’objectif en lien avec la consommation (arrêter ou diminuer sa consommation) et les services de la vie quotidienne. Effectivement, chez ces participants, le service qui les aide le plus à compléter le programme est celui médical ou psychosocial étant donné que les participants qui reçoivent ce type de service complètent le programme dans 70,3% (n=71) des cas comparativement à ceux qui ne participent pas à ce service qui complètent dans seulement 46,2% (n=24). Les participants qui ont une rechute de consommation durant leur accompagnement et qui ne bénéficient pas d’un service médical ou psychosocial ont plus de chance de compléter le programme s’ils ont un objectif en lien avec la consommation dans leur plan d’action, puisque 76,9% (n=10) de ceux qui ont un tel objectif complètent le programme comparativement à 35,9% (n=14) pour ceux qui n’ont pas cet objectif. En ce qui a trait aux participants qui ont eu une rechute et qui n’ont pas obtenu un service

médical ou psychosocial, c'est la participation à un service de la vie quotidienne qui leur permettra de terminer le programme avec succès puisque 87,5% (n=21) des personnes avec un service de la vie quotidienne terminent le PAJ-SM comparativement à 64,9% (n=50) pour ceux qui n'ont pas ce service.

Par la suite, ce sont trois variables en lien avec la JT qui ont un lien avec l'achèvement des PAJ-SM des accusés qui n'ont pas eu de rechute de consommation, soient les services médicaux ou psychosociaux, les services spécialisés et l'objectif d'effectuer un suivi pour la stabilité résidentielle. Ceux qui obtiennent un service médical ou psychosocial complètent dans 84,5% (n=153) des cas le PAJ-SM ce qui est supérieur au taux d'achèvement de ceux qui n'ont pas ce service (68,7%; n=125). Les personnes qui n'ont pas de rechute de consommation et qui n'ont pas un service médical et psychosocial ont avantage à avoir un service spécialisé puisque ceux qui ont ce service complètent dans 93,8% des cas ce qui est supérieur à ceux qui n'ont pas un tel service (66,3%; n=110), bien que le nombre de personnes ayant eu un service spécialisé soit très faible (n=15). Pour les participants qui ont utilisé un service médical ou psychosocial, ils n'ont pas avantage à avoir un objectif d'effectuer un suivi pour la stabilité résidentielle dans leur plan d'action, puisque les participants qui ont cet objectif complètent dans seulement 68,0% (n=17) des cas ce qui est inférieur au taux d'achèvement de ceux qui n'ont pas cet objectif (87,2%; n=137). Ce dernier résultat peut s'expliquer par le fait que ceux qui ont cet objectif ont plus de besoins et une plus grande instabilité de base et que le présent modèle ne contrôle pas pour les besoins. Cela dit, il est possible de penser que pour ces groupes d'individus qui rencontrent des difficultés en lien avec leur stabilité, trop de suivis (2) n'est pas aidant. Toutefois, il est important de rester prudent quant à l'interprétation de ce résultat étant donné que le sous-groupe d'accusés qui ont eu un tel objectif et n'ont pas gradué est relativement petit (n=17). Encore une fois, il est possible d'observer des différences dans les outils de JT utilisés par les équipes PAJ-SM pour répondre aux besoins des participants qui ont eu une rechute témoignant d'une certaine individualisation des dossiers des participants selon les événements qu'ils vivent.

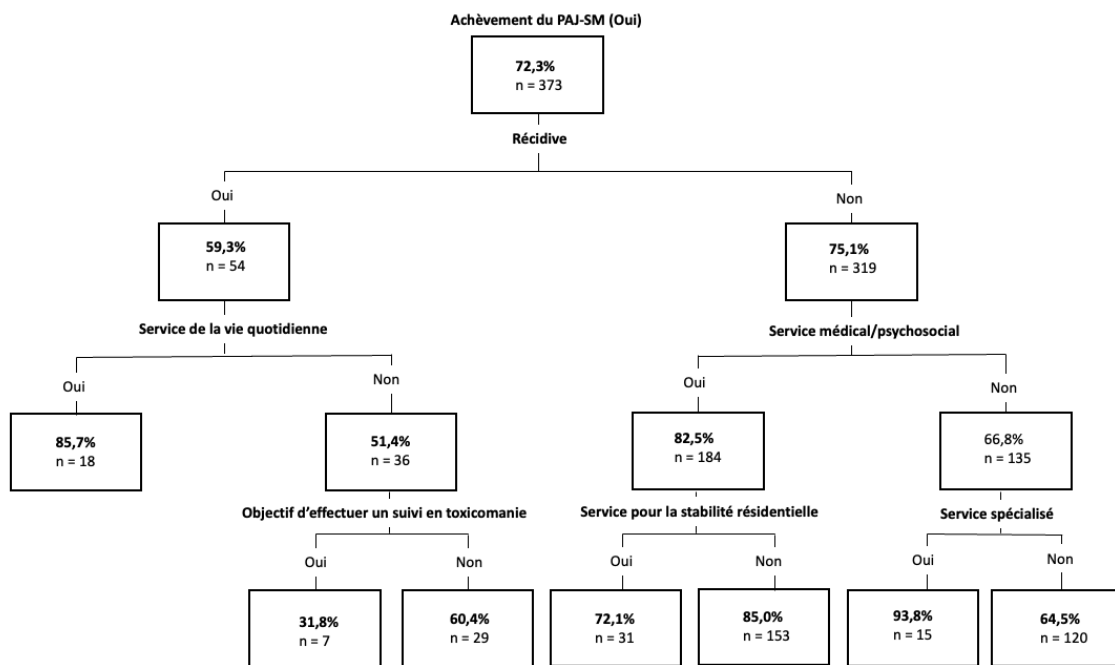
La précision globale du modèle pour identifier correctement les principes de JT qui permettent de compléter le PAJ-SM est de 74,4%, soit une estimation correcte de 17,5% des participants n'ayant pas complété le programme et de 96,2% de ceux ayant complété.

4.3.4. Récidive

La Figure 4 montre quels services et objectifs influencent l'achèvement des PAJ-SM pour les personnes ayant récidivé durant leur accompagnement.

Figure 5

Arbre décisionnel du lien entre les principes de la JT et l'achèvement des PAJ-SM selon l'évènement de récidive criminelle



Notes.

n = nombre de participants au sein du nœud

Les pourcentages (%) font référence à la proportion de participants qui ont complété le PAJ-SM au sein du nœud

Premièrement, pour les participants ayant récidivé durant le PAJ-SM, deux outils de la JT influencent significativement leur achèvement des programmes : les services de la vie quotidienne et l'objectif d'effectuer un suivi en toxicomanie. Le service ayant le plus grand effet sur leur achèvement est celui de la vie quotidienne, puisque ceux qui reçoivent ce service complètent le programme dans 85,7% (n=18) des cas ce qui est supérieur à ceux ne recevant pas ce service (51,4%; n=36). Pour ceux qui ont récidivé et ne reçoivent pas un service de la vie quotidienne, c'est le fait d'avoir un objectif d'effectuer un suivi en toxicomanie qui influence leur achèvement. Cependant, les accusés qui ont cet objectif complètent dans seulement 31,8% (n=7)

des cas ce qui est inférieur à ceux qui n'ont pas cet objectif dans leur plan d'action (60,4%; n=29). Il est possible de penser que les participants qui ont un tel objectif dans leur plan d'action ont un TUS. Comme mentionné en analyse bivariée, un diagnostic de TUS est associé à une diminution des probabilités de compléter le PAJ-SM, ce qui expliquerait pourquoi les participants qui ont un tel objectif dans leur plan d'action ont un taux d'achèvement plus bas.

Deuxièmement, pour les accusés qui n'ont pas récidivé durant leur accompagnement, trois variables ont un effet significatif sur la réussite des PAJ-SM, soit le service médical ou psychosocial, le service spécialisé et le service pour la stabilité résidentielle. Les participants n'ayant pas récidivé bénéficient du fait de recevoir un service médical ou psychosocial puisque 82,5% (n=184) des participants ayant ce service complètent le PAJ-SM comparativement à 66,8% (n=135) pour ceux qui n'ont pas ce service. Pour les participants qui n'ont pas récidivé durant leur passage au PAJ-SM et qui ont obtenu un service médical ou psychosocial, leurs chances de graduer diminuent avec la participation à un service pour la stabilité résidentielle où 85,0% (n=153) des participants qui n'ont pas un tel service graduent, mais seulement 72,1% (n=31) de ceux ayant un tel service complètent le programme. Comme mentionné précédemment, ce dernier résultat peut s'expliquer par le fait que ceux qui ont des services pour la stabilité résidentielle ont plus de besoins et une plus grande instabilité de base. Cela fait en sorte que pour ces participants, avoir trop de suivis (2) n'est pas aidant. Enfin, pour les participants qui n'ont pas récidivé et n'ont pas eu de service médical ou psychosocial, c'est le fait de recevoir un service spécialisé qui les aide à compléter où 93,8% (n=15) des personnes avec ce service terminent avec succès contre 64,5% (n=120) pour ceux qui n'ont pas ce service. Ce modèle d'arbre décisionnel témoigne encore une fois de l'individualisation des trajectoires PAJ-SM des participants selon les événements de vie qui se produisent durant leur judiciarisation, puisque les services utilisés et les objectifs inscrits aux plans d'action des accusés ayant eu une récidive diffèrent grandement de ceux des participants n'ayant pas récidivé.

La précision globale du modèle pour identifier correctement les principes de JT qui permettent de compléter le PAJ-SM est de 73,8%, soit une estimation correcte de 10,5% des participants n'ayant pas complété le programme et de 98,1% de ceux ayant complété.

En somme, il y a, au total, 4 services et 4 objectifs qui apparaissent dans les 4 différents arbres décisionnels présentés précédemment. Tous les services et les objectifs influencent de la même manière l'achèvement des PAJ-SM, et cela, peu importe la trajectoire. En d'autres termes, les mêmes services et les mêmes objectifs augmentent les chances d'achèvement ou diminuent les chances d'achèvement dans tous les modèles d'arbres décisionnels. Les prédicteurs qui augmentent les chances d'achèvement sont les services médicaux ou psychosociaux, les services de la vie quotidienne, les services spécialisés et les objectifs en lien avec la consommation. Les prédicteurs qui diminuent les chances d'achèvement sont les services en lien avec la stabilité résidentielle, les objectifs d'effectuer un suivi en toxicomanie, les autres types d'objectifs et les objectifs d'effectuer un suivi pour la stabilité résidentielle.

L'analyse des arbres décisionnels a permis de constater que les équipes de PAJ-SM adaptent les outils de la JT qu'ils utilisent chez les participants dépendamment de leur diagnostic ou des événements de vie des accusés qui ponctuent leur trajectoire PAJ-SM. Par exemple, le premier arbre décisionnel illustre qu'un outil différent, soit l'objectif d'arrêter ou de diminuer sa consommation, est utilisé chez les participants ayant un TUS et que cet outil est spécifiquement adapté pour ce type de clientèle ayant une problématique de toxicomanie. Dans le même sens, les trois arbres décisionnels d'évènement de vie durant la trajectoire PAJ-SM illustrent que différents outils sont utilisés lorsque différents événements de vie surviennent. Aussi, même s'il arrive que les mêmes outils soient utilisés, ils ont une importance différente sur l'achèvement des PAJ-SM selon l'évènement de vie des participants.

Les différentes conclusions qui peuvent être tirées des résultats présentés dans ce chapitre seront discutées dans le chapitre suivant.

Chapitre 5 – Discussion et conclusion

Cette étude avait comme premier objectif de brosser un portrait des participants des PAJ-SM et de comparer les pratiques des différents PAJ-SM. Elle avait aussi comme but de comprendre le lien entre les principes de la JT et l'achèvement des PAJ-SM. Plus précisément, elle visait à comprendre l'interaction des principes de JT souvent délaissés des études (le fonctionnement des tribunaux, l'équipe multidisciplinaire et les services ou traitements reçus) avec l'achèvement des TSM. Pour ce faire l'interaction des objectifs, des conditions, des services, des audiences ainsi que des événements de vie ponctuant les trajectoires judiciaires avec l'achèvement des programmes par les participants des PAJ-SM a été analysé tout en contrôlant pour les facteurs sociodémographiques, les diagnostics et les infractions. Afin de mieux comprendre le rôle d'un des principes clés de la JT, soit l'individualisation des dossiers, dans les PAJ-SM, les variables en lien avec les outils de la JT que peuvent utiliser les équipes multidisciplinaires (objectifs, services, présence d'un professionnel ou de la famille lors des rencontres préparatoires ou des audiences) ont été analysées pour trois types d'évènements de vie (bris de condition, rechute de consommation et récidive) auxquelles peuvent faire face les participants durant leur trajectoire judiciaire ainsi que pour les participants qui ont un diagnostic de TUS. Comme ce chapitre l'exposera, les résultats ont permis de répondre à ces objectifs et de cibler quels facteurs influencent l'achèvement des programmes. Ainsi, ce chapitre débutera avec l'interprétation des résultats où sera discutée chacune des variables indépendantes et leurs liens avec l'achèvement des programmes. Enfin, les retombées pratiques, notamment en lien avec l'individualisation des trajectoires, ainsi que les limites et les implications pour les recherches futures seront discutées.

5.1 Interprétation des résultats

5.1.1. Vue d'ensemble

La présente étude a permis d'identifier sept variables dépendantes, qui sont ressorties des analyses multivariées, comme ayant un lien avec l'achèvement des PAJ-SM. D'une part, quatre prédicteurs augmentent les probabilités d'achèvement du programme. Ce sont le fait de

participer à un service médical ou psychosocial, le fait de participer à un service de la vie quotidienne, le fait d'avoir de plus grands délais entre les audiences et le fait d'avoir une plus grande stabilité en lien avec l'emploi, les études, la résidence et l'état matrimonial. D'autre part, trois facteurs diminuent les probabilités d'achèvement du programme. Ces facteurs sont le fait d'avoir plus d'audiences annulées, le fait d'avoir un bris de condition durant le programme et d'avoir une rechute de consommation pendant le PAJ-SM. Les analyses d'arbres décisionnels ont permis d'identifier le fait d'avoir des services spécialisés et le fait d'avoir un objectif en lien avec la diminution ou l'arrêt de la consommation (seulement pour la trajectoire de rechute de consommation) comme des prédicteurs d'achèvement. Elles ont aussi identifié le fait d'avoir un service en lien avec le logement, un objectif d'effectuer un suivi en toxicomanie et le fait d'avoir un autre type d'objectif comme facteurs diminuant les chances d'achèvement. En ce qui concerne les variables identifiées comme étant en lien avec la JT, c'est le fait d'avoir certains objectifs (arrêt ou diminution de la consommation), d'utiliser des services (médicaux ou psychosociaux, spécialisé, vie quotidienne) et d'avoir des délais plus longs entre les audiences qui sont le plus associés à l'achèvement des PAJ-SM. Aussi, en ce qui concerne le taux d'achèvement des PAJ-SM qui est de 72, 3%, bien qu'il se situe dans la tranche habituellement observée dans les études portant sur les TSM américains (entre 19% et 81%), il est tout de même considéré élevé puisque le taux moyen d'achèvement des TSM est de 52% (Hiday et al., 2014).

5.1.2. Variables sociodémographiques, diagnostics et infractions

Dans un premier temps, aucune relation n'a été trouvée entre le sexe, l'âge et l'achèvement des PAJ-SM. Les résultats obtenus concernant le sexe et l'âge des participants concordent avec ceux de plusieurs études s'intéressant à l'achèvement des TSM (Burns et al., 2013; Dirks-Linhorst et al., 2013; Dollar et al., 2018; Hiday et al., 2014; Verhaaff & Scott, 2015). En effet, peu d'études ont trouvé une relation significative entre le sexe des participants et l'achèvement des TSM (Dirks-Linhorst et al., 2013) et peu d'études ont trouvé de relation entre l'âge des participants et l'achèvement des TSM (Bonfine et al., 2016). Une relation statistiquement significative entre l'achèvement des PAJ-SM et la ville A a été observée en analyse bivariée. Malgré que plusieurs études s'intéressant à l'achèvement des TSM avaient plus d'un tribunal spécialisé dans leur échantillon (Canada & Hiday, 2014; Dirks-Linhorst et al., 2013; Ray et al., 2015; Redlich & Han,

2014), seul l'étude de Dirks-Linhorst et al. (2011) a ajouté la juridiction des différents TSM dans leurs analyses. Toutefois, ils n'ont trouvé aucune différence entre les différentes juridictions et l'achèvement. Une hypothèse qui pourrait être formulée concernant la raison pour laquelle les participants de la ville A ont plus de chance de compléter le PAJ-SM est que la ville A accepte moins de participants avec des diagnostics de TUS que dans les autres villes, il s'agit d'ailleurs une pratique observée dans d'autres TSM (Ennis et al., 2016). Il y a aussi moins de rechutes de consommation dans le PAJ-SM de la ville A et puisqu'il s'agit d'un prédicteur diminuant les chances d'achèvement, cela pourrait expliquer pourquoi les participants de la ville A ont plus de chance de compléter. Toutefois, aucune différence entre les villes n'est apparue avec les analyses multivariées ce qui pourrait s'expliquer par le fait qu'en contrôlant pour les caractéristiques des participants et des tribunaux, les différences entre les taux d'achèvement des différents PAJ-SM ne sont plus significatives. Ce résultat s'expliquerait par le fait que les PAJ-SM des différentes villes ont été répliqués sur les modèles originaux des PAJ-SM de la ville de Montréal et de Saint-Jérôme ce qui fait en sorte que les PAJ-SM ont généralement les mêmes manières de fonctionner d'une ville à l'autre et les mêmes critères d'achèvement. D'ailleurs, cela signifie que bien que les PAJ-SM ont des juges différents dans chaque ville, ils peuvent tout de même avoir des résultats similaires en ce qui a trait à l'achèvement des programmes (Dirks-Linhorst et al., 2013).

Dans un second temps, en analyse bivariée, une relation négative et significative avait été trouvée entre le diagnostic de TUS et l'achèvement des programmes, mais, comme mentionné dans la section des résultats, lorsque la variable liée au genre a été intégrée aux analyses multivariées, le diagnostic de TUS n'apparaissait plus significatif. Dans l'étude de Giguère et collaborateurs (2023), qui a étudié le poids accordé aux différents items d'un outil actuariel servant à évaluer le potentiel de récidive selon le genre des détenus, il a été trouvé que les problèmes de consommation de drogue et d'alcool ont une plus grande importance dans la notion de risque de récidive chez les femmes que chez les hommes. En lien avec la présente recherche, il pourrait être supposé que tout comme pour le risque de récidive, la notion de consommation de substance a une plus grande importance dans le non-achèvement des PAJ-SM chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, lorsque l'on contrôle dans les analyses pour le sexe des participants, la relation significative entre le diagnostic de TUS et l'achèvement des PAJ-SM disparaît. D'autre part,

aucune relation significative n'a été trouvée entre le fait d'avoir un diagnostic d'un trouble psychotique ou d'un trouble de personnalité et l'achèvement des PAJ-SM. Ces résultats vont dans le même sens que les autres études qui n'ont trouvé aucun lien entre l'achèvement des TSM et les diagnostics (Bonfine et al., 2016; Burns et al., 2013; Canada & Hiday, 2014; Dirks-Linhorst et al., 2013; Seto et al., 2018). Ces résultats peuvent s'expliquer par le processus d'admission des accusés au PAJ-SM. Les accusés qui veulent intégrer un PAJ-SM doivent préalablement rencontrer l'intervenant pivot du PAJ-SM qui évaluera, notamment, la présence d'indices de trouble de santé mentale, la possibilité d'agir sur la problématique ainsi que la capacité de l'accusé à participer au programme (Observatoire en justice et santé mentale, 2023b). Ainsi, ce n'est pas le type de diagnostic que possède l'accusé qui déterminera s'il s'avère un bon candidat pour le programme, mais plutôt sa capacité à agir sur sa problématique et à se mobiliser. D'ailleurs, le fait que ce sont 72% des accusés qui complètent les PAJ-SM pourrait témoigner d'une pratique qui consiste à sélectionner des accusés qui sont prédisposés à compléter le programme. Dans le contexte où les TSM visent à réduire le taux de judiciarisation et d'incarcération des personnes ayant des troubles de santé mentale, les constats précédents amènent des réflexions concernant l'utilité des TSM. D'une part, la sélection de « bons » participants qui seront en mesure de compléter le programme par les équipes des PAJ-SM fait en sorte qu'une part importante d'accusés ayant une problématique de santé mentale reste prise dans le système de justice pénale régulier. D'autre part, le fait que ce ne sont pas tous les participants qui parviennent à compléter le programme signifie qu'une proportion importante (28%) d'entre eux retournera devant la cour régulière pour que leur dossier soit jugé. Ainsi, il apparaît que les PAJ-SM permettent de dévier qu'une partie des accusés atteints de troubles mentaux du système de justice régulier. En outre, l'étude de Luskin (2001) a montré que seulement 3,5% des accusés qui avaient une problématique de santé mentale dans une juridiction américaine étaient réorientés vers un TSM, alors qu'il a été montré à plusieurs reprises que la judiciarisation et l'incarcération de ces personnes n'est pas la solution appropriée pour les aider (Jaimes et al., 2009; Maynard, 2018; Redlich et al., 2006). Il apparaît donc qu'un nombre important de personnes ayant des problèmes de santé mentale risque de voir leur condition mentale se détériorer dans les systèmes judiciaire et carcéral et d'avoir des contacts répétés avec ces systèmes.

Dans un troisième temps, aucune relation significative n'a été trouvée entre l'achèvement des PAJ-SM et l'indice de gravité du crime des infractions commises par les participants des PAJ-SM. Ce résultat concorde avec celui d'autres études où aucune relation entre l'infraction et l'achèvement d'un TSM n'a été trouvée (Burns et al., 2013; Dollar et al., 2018; Hiday et al., 2014). D'ailleurs, une tendance s'observe où les TSM sont de plus en plus ouverts à accepter des accusés ayant commis des crimes plus graves (Redlich, 2013) notamment ceux impliquant une victime (Steadman et al., 2011). Même si les acteurs des PAJ-SM disent en général ne pas avoir de critère d'exclusion associé au type de délit (Observatoire en justice et santé mentale, 2023b), les données univariées témoignent plutôt d'une tendance à accepter des participants ayant commis des infractions de gravité moindre. Ainsi, le fait qu'il n'y ait pas de différence entre les infractions pourrait s'expliquer par le fait que les accusés intégrés au PAJ-SM commettent des infractions similaires et moins graves. Effectivement, les infractions intégrées au PAJ-SM sont principalement celles d'un défaut de se conformer à des conditions, de proférer des menaces, de méfaits et de voies de fait. D'ailleurs, le fait que les infractions admises au PAJ-SM sont de gravité moindre suit l'idée que les personnes atteintes de troubles de santé mentale sont généralement judiciairisées pour leurs comportements dérangeants qui sont, en outre, plus visibles lorsque ces personnes vivent en situation précaire comme en situation d'itinérance (Bernstein & Seltzer, 2003; Gaulin, 2018; Jaimes et al., 2009).

5.1.3. Services médicaux et psychosociaux

Le fait de participer à des services médicaux ou psychosociaux triple les probabilités d'achèvement des PAJ-SM. Il s'agit également du service qui a le plus d'impact sur l'achèvement du PAJ-SM de manière générale, mais aussi pour les participants qui subissent une rechute de consommation. Peu d'études ont regardé l'interaction de différents types de services offerts aux accusés d'un TSM avec l'achèvement du programme. Toutefois, les quelques études qui se sont intéressées à la question ont trouvé des résultats allant dans le même sens (Blount, 2019; Senjo & Leip, 2001; Seto et al., 2018). Le cadre théorique de la JT confirme l'importance des services et traitements utilisés par les accusés dans un tribunal spécialisé. Effectivement, puisque dans les TSM il est primordial de considérer les problèmes individuels des participants (Winick, 2003; Winick & Wexler, 2002), notamment pour ce qui est de leur santé mentale, afin de leur offrir des

services appropriés (Jaimes et al., 2009), ceux qui reçoivent ces services en santé mentale, c'est-à-dire des services médicaux et psychosociaux, ont le plus de chance de compléter. Les résultats confirment une fois de plus que « la prise en charge par une équipe psychosociale dans la communauté est garante du succès » (Protecteur du citoyen, 2011, p. 37).

5.1.4. Présence d'un professionnel ou d'une personne de soutien pour l'accusé

Sous le regard de la JT, les membres de l'équipe multidisciplinaire sont vus comme des agents thérapeutiques qui ont le pouvoir d'influencer la santé mentale et la qualité de vie des participants. Ils ont le rôle de motiver et d'encourager l'accusé à participer à ses traitements en créant un lien de confiance avec celui-ci (Clark, 2001; Winick, 2003). D'ailleurs, recevoir des rétroactions positives de ces acteurs judiciaires encourage les participants à changer leur comportement pour satisfaire aux demandes du TSM (Senjo & Leip, 2001). C'est l'équipe multidisciplinaire qui peut amener le plus grand sens de justice procédurale chez les accusés (Dollar et al., 2018) et c'est elle qui contribue aussi aux perceptions que se construisent les accusés sur l'équité du processus du TSM (Ahlin & Douds, 2019). Au final, ce sont les participants qui ont une plus grande perception de justice procédurale lors de leurs interactions avec l'équipe multidisciplinaire qui graduent des TSM (Canada & Hiday, 2014). Ainsi, il est clair que l'équipe multidisciplinaire est essentielle au bon fonctionnement des TSM d'où l'intérêt de mesurer son interaction avec les PAJ-SM. L'absence de relation significative entre l'équipe multidisciplinaire et l'achèvement des PAJ-SM peut s'expliquer, d'abord, par le manque de données disponibles. Effectivement, seulement 19,6% des participants avaient d'inscrit à leur dossier qu'un membre de l'équipe multidisciplinaire avait été présent durant au moins une de leurs audiences PAJ-SM, ce qui est peu probable, car dans les faits l'agent de liaison est pratiquement toujours présent. Une autre raison qui expliquerait l'absence de relation significative avec l'équipe multidisciplinaire serait l'unité de mesure utilisée. À défaut d'avoir des données sur les interactions entre les participants des PAJ-SM et l'équipe multidisciplinaire, seule la présence des membres de l'équipe ou d'autres professionnels lors des rencontres préalables aux audiences ou lors des audiences PAJ-SM a été mesurée. Or, dans un même PAJ-SM, les accusés bénéficient normalement du support de la même équipe multidisciplinaire, c'est-à-dire, d'un agent de liaison,

des partenaires de différents services et d'un agent de probation si l'accusé est sous le coup d'une ordonnance de probation. Notons que le procureur qui fait également parti de l'équipe multidisciplinaire peut toutefois être amené à changer d'une audience à l'autre et qu'il joue davantage un rôle de surveillance plutôt qu'un rôle de soutien envers l'accusé. Aussi, tous les PAJ-SM fonctionnent avec un comité opérationnel qui se rencontre sur une base régulière dépendamment de la fréquence des audiences PAJ-SM. Ainsi, le manque de relation significative entre l'équipe multidisciplinaire et l'achèvement des PAJ-SM peut s'expliquer par l'homogénéité des équipes multidisciplinaires des accusés au sein d'un même PAJ-SM, mais également au sein des différents PAJ-SM. Dans le même sens, aucune relation n'a été établie entre la présence d'une personne de soutien pour l'accusé lors des rencontres préalables aux audiences ou lors des audiences PAJ-SM malgré le fait que la participation de la famille de l'accusé dans le processus de rétablissement est une des caractéristiques des TSM qui pourraient permettre d'améliorer les résultats thérapeutiques du tribunal (Casey & Rottman, 2000). Ces résultats pourraient également être expliqués par le manque de données dans les dossiers de cour et l'unité de mesure, soit la présence d'une personne de soutien qui omet des informations importantes par rapport à la qualité de la relation entre cette personne et l'accusé.

5.1.5. Délais entre les audiences et audiences annulées

Les résultats en lien avec les audiences montrent que de plus grands délais entre les audiences PAJ-SM sont associés à de plus fortes probabilités de réussite du programme, mais qu'avoir plusieurs audiences annulées durant son PAJ-SM diminue les chances d'achèvement. Malgré qu'un des préceptes des TSM est d'assurer une surveillance étroite des traitements offerts notamment par une présence régulière à la cour (Kaiser & Holtfreter, 2016), le fait d'allonger les délais entre les audiences témoigne d'une pratique permettant au participant de consolider ses acquis et de développer son autonomie (conformité aux traitements, présence à ses rendez-vous, etc.) entre deux audiences. Cela témoigne aussi d'une certaine confiance dans le processus de rétablissement de l'accusé par l'équipe du PAJ-SM. L'allongement des délais entre les audiences est d'ailleurs une des manières de récompenser les participants qui se conforment aux exigences du TSM (Barber-Rioja & Rotter, 2014). Il est cohérent que les délais entre les audiences s'allongent, surtout vers la fin du programme, afin de donner l'opportunité à l'accusé de prouver

qu'il est stable et qu'il n'a plus besoin du support du PAJ-SM et donc qu'il peut graduer. En contrepartie, l'augmentation des délais entre les audiences est aussi une opportunité pour les TSM de surveiller les participants ce qui s'inscrit davantage dans un contexte coercitif et de contrôle. D'ailleurs, ce seraient 71% des TSM qui imposeraient une surveillance par la cour et par les professionnels de la santé et des services sociaux (Redlich, 2013). L'aspect coercitif des TSM est d'autant plus accentué par la possibilité que le dossier soit renvoyé au tribunal régulier ou que le participant fasse face à de nouvelles accusations pour non-respect des conditions de la cour si celui-ci est hostile aux demandes du tribunal (Dumais Michaud, 2019). En outre, ce serait 19% des nouvelles accusations portées dans un TSM qui seraient étaiées liées au non-respect des conditions et au refus de se soumettre à une ordonnance de probation (Dumais Michaud, 2019). Dans ce contexte, l'augmentation des délais entre les audiences représente aussi un moment lors duquel l'accusé doit prouver qu'il est apte à respecter ses conditions et atteindre ses objectifs et qu'il ne nécessite plus la surveillance du tribunal pour continuer son processus de rétablissement.

Les résultats concernant les audiences annulées confirment ceux d'une autre étude où le défaut de l'accusé de se présenter aux audiences du TSM diminuait les chances d'achèvement (Hiday et al., 2014). D'ailleurs, la principale raison invoquée dans les dossiers PAJ-SM pour justifier l'annulation d'une audience est l'absence de l'accusé. S'absenter à ses audiences PAJ-SM pourrait témoigner d'un manque de dévouement et de motivation du participant à l'égard de son processus dans le PAJ-SM ce qui pourrait également se refléter dans l'engagement général du participant dans son processus de rétablissement et mener ultimement à l'exclusion du programme. Un accusé pourrait également être démotivé du processus du PAJ-SM pour des raisons structurelles lié au programme. Par exemple, des facteurs démotivants pour le participant peuvent être le fait qu'il doit se présenter au tribunal de nombreuses fois²⁴ sur une longue période²⁵, qu'il doit se déplacer au tribunal, notamment s'il n'a pas accès à une voiture ou qu'il est mal desservi par le réseau de transports en commun de sa région, ou le fait que l'horaire de ses rencontres avec l'équipe du PAJ-SM et de ses comparutions à la cour entre en conflit avec son emploi ou d'autres engagements. Aussi, dans les cas où l'annulation d'une audience n'est pas

²⁴ Le plus d'audiences qu'un participant a eu dans le PAJ-SM est de 15 selon les données de l'échantillon.

²⁵ Le plus long parcours dans le PAJ-SM est de 1029 jours selon les données de l'échantillon.

causée par l'absence de l'accusé, il pourrait être supposé que l'annulation ou le report de l'audience puisse causer de la frustration chez le participant et potentiellement le démotiver du processus. Soulignons que d'autres raisons invoquées dans les dossiers pour justifier l'annulation d'une audience et qui ne sont pas tributaires de l'accusé sont la COVID, l'attente du retour du rapport d'expertise ou d'une évaluation psychiatrique, l'hospitalisation de l'accusé, le fait que l'accusé soit en thérapie et l'absence d'un avocat de la défense ou d'un professionnel.

5.1.6. Bris de condition, objectifs et conditions

En ce qui a trait aux types d'objectifs et de conditions auxquels les participants peuvent être soumis durant leur accompagnement dans le PAJ-SM, aucune de ces variables n'influence l'achèvement du programme. Toutefois, le fait de ne pas respecter ses objectifs et ses conditions diminue de 2,56 fois les chances d'achèvement. Ainsi, même si le type d'objectifs ou de conditions n'a pas d'influence comme telle sur l'achèvement, c'est le fait de ne pas les respecter qui a un grand impact sur la graduation du programme. Les résultats selon lesquels briser ses conditions diminue les chances de succès des PAJ-SM concordent avec ceux d'autres études qui se sont intéressés à la question (Canada & Hiday, 2014; Hiday et al., 2014; Redlich & Han, 2014). Selon la théorie de la JT ces résultats s'expliqueraient par le fait que certaines règles juridiques et leur application peuvent avoir des effets préjudiciables chez les accusés (Winick, 2003). Ainsi, l'imposition d'objectifs et de conditions, et particulièrement les conséquences qui surviennent lorsqu'un participant fait défaut de s'y conformer, peut être vu comme une approche antithérapeutique où les buts légaux prennent le dessus sur le bien-être du participant (Dumais Michaud, 2019). En effet, l'imposition de conditions et d'objectifs s'inscrirait dans un « contexte coercitif, fermé et autoritaire » (Dumais Michaud, 2019, p. 142), participerait à la surveillance des participants hors des tribunaux et forcerait ceux-ci à avoir des comportements conformes aux règles établies par les acteurs judiciaires des PAJ-SM (Dumais Michaud, 2019). Seuls les participants motivés à changer seront prêts à se conformer aux différentes conditions imposées par l'équipe du TSM et à finalement compléter le programme (Herinckx et al., 2005). Ceci illustre le fonctionnement des PAJ-SM où les participants doivent se conformer aux différents objectifs et conditions qu'ils se font imposés lors de leur accompagnement afin d'éventuellement parvenir à compléter le programme (Dumais Michaud, 2019; Observatoire en justice et santé mentale,

2023b; Redlich, 2013). Cependant, le fait que la présence d'un bris de condition n'ait pas un effet décisif sur l'achèvement, c'est-à-dire que ce n'est pas la totalité des participants qui ne respectent pas leurs conditions qui est exclue du PAJ-SM, témoigne d'une pratique des PAJ-SM de donner plusieurs chances au participant en ce qui a trait au respect de leurs objectifs. Les équipes des PAJ-SM semblent donc être sensibles au fait que le parcours de rétablissement des accusés n'est pas un processus linéaire et que les accusés peuvent prendre un certain temps avant de totalement s'engager dans ce processus. Ainsi, il apparaît que le processus de rétablissement ne vise pas en soi l'absence de symptômes de la maladie mentale, mais plutôt l'atteinte d'une qualité de vie satisfaisante pour l'accusé afin qu'il puisse ultimement poursuivre son cheminement sans avoir de nouvelles judiciarisation.

5.1.7. Rechute de consommation

La présence d'une rechute de consommation lors de participation au PAJ-SM diminue de 2,63 fois les chances d'achèvement. Ce résultat confirme ceux d'autres études qui établissent un lien négatif entre la consommation de substance et l'achèvement d'un TSM (Burns et al., 2013; Dirks-Linhorst et al., 2013; Hiday et al., 2014). Toutefois, seule l'étude d'Hiday et collaborateurs (2014) a mesuré spécifiquement la présence d'une rechute de consommation durant le TSM. Les résultats de la présente étude montrent que les participants qui ont eu une rechute de consommation et ont complété le programme représentent 25,5% de l'échantillon total. Ces résultats diffèrent de manière importante de ceux de l'étude d'Hiday et al. (2014) qui a trouvé que 37,1% des accusés ayant eu un test de drogue positif durant le TSM avaient tout de même pu graduer. Ainsi, ces résultats témoignent de l'importance qu'attribuent les acteurs judiciaires des PAJ-SM à la présence de consommation (alcool ou drogue) chez les participants malgré le fait qu'aucune discrimination en lien avec le diagnostic d'abus de substance ne semble être faite lors de l'intégration au PAJ-SM (sauf pour la ville A). Il apparaît donc que les PAJ-SM laissent une chance aux participants ayant un abus de substance en leur permettant d'intégrer le PAJ-SM, mais les surveillent davantage une fois qu'ils sont intégrés dans le programme.

5.1.8. Récidive

Le résultat selon lequel avoir une récidive ou avoir eu un épisode de violence durant son accompagnement PAJ-SM diminue les chances d'achèvement du programme confirme les résultats d'études antérieures selon lesquelles la présence d'une nouvelle infraction pendant le TSM diminue les chances d'achèvement (Dirks-Linhorst et al., 2013; Hiday et al., 2014). Cependant, le fait que la variable en lien avec la récidive perde sa signification lorsque la variable d'une rechute de consommation est introduite dans les analyses pourrait s'expliquer par le fait qu'une rechute de consommation est un facteur plus important pour les PAJ-SM, en ce qui concerne l'exclusion d'un participant, que la récidive. D'ailleurs, il est fréquent qu'une infraction commise durant la participation au PAJ-SM soit incluse au PAJ-SM, c'est-à-dire, qu'elle soit considérée dans les infractions admissibles à une réduction de peine dans le cadre de l'achèvement du programme. Cela expliquerait également la raison pour laquelle la récidive est un prédicteur moins décisif pour l'achèvement des PAJ-SM.

5.1.9. Hospitalisation

En ce qui concerne la présence d'une hospitalisation durant l'accompagnement, aucune relation significative n'a été établie avec l'achèvement. Ce résultat confirme celui de l'étude de Bonfine et al. (2016) qui n'a trouvé aucun lien entre l'hospitalisation psychiatrique durant la participation au TSM et l'achèvement. Ce constat pourrait s'expliquer par le fait qu'étant donné que les TSM ont été construits pour aider les accusés présentant des troubles de santé mentale à se rétablir, ils ne seraient pas avisés de punir les accusés, en les excluant du TSM, pour cette même problématique de santé mentale, parce qu'ils ont été hospitalisés durant leur programme.

5.1.10. Stabilité, services de la vie quotidienne et services en lien avec le logement

L'échelle de la stabilité qui a été créée avec les variables du statut d'emploi, d'études, de l'état matrimonial et de situation résidentielle montre qu'un participant qui aurait une valeur de 100% sur cette échelle aurait 7 fois plus de chance de compléter le programme. D'abord, l'effet de cette échelle sur l'achèvement des PAJ-SM supporte les résultats de certaines études qui se sont penchées sur l'effet de l'emploi sur l'achèvement d'un *drug court* (Butzin et al., 2002) et sur

l'achèvement de traitements en santé mentale (Berghofer et al., 2002). Le lien causal est toutefois incertain entre cette échelle et l'achèvement du programme, représentant plutôt une caractéristique latente de conformité de l'individu. Ainsi, il pourrait être théorisé que les accusés ayant un emploi ont plus de chance de compléter un traitement parce qu'ils sont plus enclins à se conformer et à avoir des comportements normatifs (Bennett et al., 2007; Berghofer et al., 2002; Verhaaff & Scott, 2015) ce qui expliquerait que les participants qui ont, notamment, un emploi ont plus de chance de réussir le PAJ-SM. Ensuite, l'étude de Rubenstein et Yanos (2019) établit une relation significative entre le niveau d'éducation et l'achèvement d'un TSM. Elle confirme une étude sur un *drug court* qui montre que les accusés ayant plus d'éducation sont plus susceptibles de terminer le programme (Butzin et al., 2002). Dans le même sens que pour l'emploi, le succès des accusés plus éduqués s'expliquerait par le fait qu'ils valorisent un aspect de la vie qui est une preuve de stabilité, soit l'éducation (Butzin et al., 2002). Dans le contexte d'un *drug court*, l'hypothèse qui prévaut serait qu'à cause de leur emploi et de leur éducation, ces accusés consommeraient moins et donc complèteraient plus souvent le programme (Butzin et al., 2002). Étant donné que les acteurs judiciaires des PAJ-SM accordent une grande importance aux rechutes de consommation, cette théorie pourrait s'appliquer également aux PAJ-SM. En d'autres termes, on pourrait supposer qu'une plus grande stabilité a un effet dissuasif sur la consommation de substances intoxicantes et, ainsi, les chances de rechute de consommation diminuent et donc ultimement les chances d'achèvement sont augmentées. Après, des études ont trouvé un lien positif entre l'achèvement d'un *drug court* (Butzin et al., 2002), d'un programme de déjudiciarisation en santé mentale (Seto et al., 2018) et d'un TSM (Rubenstein & Yanos, 2019) et le fait d'être marié. Une hypothèse qui expliquerait que le fait d'être marié encourage l'achèvement est que les TSM s'inscrivent dans un cadre légal où le non-achèvement peut produire des conséquences juridiques graves et, donc, le conjoint ou la conjointe a avantage à faire preuve de soutien pour favoriser l'achèvement (Seto et al., 2018). Il a aussi été suggéré que le mariage favorise le soutien émotionnel et incite davantage à suivre les règles (Laub & Sampson, 2003; Seto et al., 2018). Ultimement, on peut penser que les caractéristiques que l'on associe au mariage comme la volonté et la capacité de s'engager avec une personne à long terme (Laub & Sampson, 2003; Seto et al., 2018) peuvent être des attributs importants pour la réussite

des PAJ-SM. Par la suite, différents chercheurs ont trouvé que le fait de ne pas avoir une stabilité résidentielle diminue les chances d'achèvement des TSM (Broner et al., 2004; Burns et al., 2013; Verhaaff & Scott, 2015). Des études qui se sont intéressées aux accusés sans-abris dans le contexte des tribunaux spécialisés ont noté qu'il y avait un manque de ressources en logement pour ces accusés (MacDonald et al., 2014; Quirouette et al., 2016). Ce manque de ressources nuit au fonctionnement des tribunaux spécialisés, puisque, sans les services appropriés, c'est-à-dire des services qui favorisent des solutions à long terme par rapport à des services qui répondent aux besoins à court terme des participants, il leur est difficile de remplir le rôle pour lequel ils ont été créés, soit de répondre aux besoins sociaux et criminogènes des accusés en utilisant une approche thérapeutique (Quirouette et al., 2016). D'ailleurs, ce constat pourrait expliquer la raison pour laquelle le fait de recevoir des services en logement est associé à un non-achèvement (voir Figure 3, p.87). Enfin, il est clair que la stabilité des participants est un facteur important de la réussite des PAJ-SM d'autant plus, lorsque l'on considère que l'utilisation de services de la vie quotidienne, qui permettent aux accusés de développer leur stabilité dans de multiples sphères de leur vie (emploi, éducation, occupationnel, finance et aide alimentaire), augmente de 4 fois les chances d'achèvement des PAJ-SM. En somme, il peut être théorisé que les participants qui ont une plus grande stabilité sont plus disposés à s'investir dans le PAJ-SM notamment par rapport au temps et à l'énergie qu'ils peuvent accorder au programme. À l'inverse, ceux qui vivent une plus grande instabilité ont plus de besoins à combler et donc plus d'objectifs dans leur plan d'action et plus de suivis, ce qui rend leur parcours au sein du PAJ-SM plus ardu. Toutefois, sous l'angle de la JT, même les participants qui présentent une certaine instabilité seraient en mesure de compléter le programme si l'équipe du PAJ-SM favorise le rétablissement des accusés en leur proposant des services qui sauront leur offrir une certaine stabilité. Il apparaît toutefois important de considérer que les accusés peuvent déjà avoir une stabilité dans leur vie lorsqu'ils intègrent les PAJ-SM. Ainsi, la stabilité de l'accusé n'est pas nécessairement attribuable aux PAJ-SM d'autant plus lorsque l'on considère que la capacité de l'accusé d'agir sur sa problématique, qui peut être favorisée lorsque l'accusé a certains facteurs associés à la stabilité, est un aspect pris en compte par les équipes des PAJ-SM lors de l'intégration des participants.

5.1.11. Individualisation des dossiers

Les études qui se sont intéressées aux contacts policiers avec les personnes ayant des troubles de santé mentale montrent que cette population est plus souvent arrêtée par la police et des accusations sont plus souvent portées contre elle (Bernstein & Seltzer, 2003; Gaulin, 2018). Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012 ont révélé que parmi les 5 millions de Canadiens qui sont entrés en contact avec la police, une personne sur cinq répondait aux critères d'un trouble de santé mentale ou d'un TUS (Boyce et al., 2012). Des statistiques plus récentes montrent que les taux d'interventions policières auprès des personnes ayant des troubles de santé mentale sont à la hausse où, en 2020, la Sûreté du Québec a effectué 21 770 interventions auprès de cette population, soit 7 300 interventions de plus qu'en 2015 (Roberge, 2021). Dans ce contexte, la surreprésentation des personnes ayant des troubles de santé mentale dans le système de justice pénale fait en sorte que les tribunaux réguliers doivent s'adapter à cette clientèle omniprésente. Or, les tribunaux réguliers n'ont pas les outils appropriés pour gérer cette clientèle et, de ce fait, ils ne peuvent pas bien s'adapter aux besoins uniques de ces personnes d'où l'intérêt d'implanter des TSM qui devraient être en mesure d'appliquer le principe d'individualisation des dossiers. Effectivement, un des principes à la base de la JT est d'individualiser les pratiques des TSM selon les besoins et les particularités des participants (Jaimes et al., 2009). La JT nous enseigne qu'il faut considérer les problématiques individuelles des participants afin qu'ils participent à des services qui leur sont adaptés (Jaimes et al., 2009; Winick, 2003; Winick & Wexler, 2002). Les résultats des arbres décisionnels ont montré que les équipes multidisciplinaires des PAJ-SM ont adopté ce principe de singularisation des dossiers. La première analyse portant sur l'individualisation des trajectoires des participants ayant un TUS a montré que ces participants avaient davantage à avoir un objectif spécifique à leur TUS dans leur plan d'action ou à utiliser un service médical ou psychosocial s'ils souhaitent compléter le programme. Dans le même sens, les analyses effectuées sur trois événements de vie qui peuvent se produire durant la trajectoire du PAJ-SM ont montré que les accusés ayant vécu ces événements bénéficiaient de services et d'objectifs différents dépendamment de l'évènement qu'ils avaient vécu soutenant l'idée que les PAJ-SM appliquent le principe d'individualisation des trajectoires judiciaires.

5.2 Implications pratiques

Les résultats de la présente recherche permettent de proposer différentes implications pratiques pouvant favoriser l'achèvement des PAJ-SM. Dans un premier temps, le fait d'inclure les participants qui présentent un TUS semble être une bonne pratique des PAJ-SM. Effectivement, les résultats montrent que les accusés ayant un TUS sont tous aussi enclins à compléter le programme que ceux n'ayant pas un tel diagnostic. Ce résultat apparaît particulièrement important considérant le fait que les participants de la ville A présentent moins de diagnostics de TUS comparativement aux autres villes et que les participants de la ville A n'ont pas plus de chance de compléter le programme en analyse multivariée. Ainsi, les participants présentant un tel diagnostic ne devraient pas être automatiquement refusés au sein du PAJ-SM puisque cela exclurait des accusés avec des problèmes de santé mentale qui pourraient bénéficier d'un tel programme (Burns et al., 2013). D'ailleurs, le fait que la présence d'une rechute de consommation soit un facteur déterminant dans le non-achèvement des PAJ-SM suggère que les participants ayant une telle problématique devraient obtenir davantage de services qui réunissent dans une même ressource des traitements en santé mentale et en toxicomanie (Burns et al., 2013; Dirks-Linhorst et al., 2013). Dans la même veine, les PAJ-SM pourraient accepter des participants qui ont commis des infractions plus graves, puisqu'avec les ressources nécessaires, même les accusés ayant commis des crimes plus sévères sont en mesure de compléter un PAJ-SM (Hiday et al., 2014).

Dans un second temps, il apparaît important d'éviter de nuire aux participants en leur imposant des objectifs ou des conditions déraisonnables puisque le défaut de se conformer aux conditions est ultimement un des facteurs empêchant les participants de compléter le programme. Les équipes des PAJ-SM devraient rester sensibles au fait de conserver une approche thérapeutique où le bien-être des participants conserve son importance par rapport aux considérations légales (Dumais Michaud, 2019). L'équipe traitante des PAJ-SM peut jouer un rôle très important à cet égard notamment en créant un lien de confiance avec l'accusé pour l'encourager à participer à ses traitements (Clark, 2001; Winick, 2003) ainsi qu'en lui donnant des rétroactions positives afin qu'il change son comportement pour satisfaire aux demandes du PAJ-SM (Senjo & Leip, 2001).

Dans un troisième temps, la participation des accusés aux services, tout particulièrement, médicaux, psychosociaux ou de la vie quotidienne est un important indicateur de réussite des PAJ-SM. Il apparaît donc essentiel de s'assurer que les accusés continuent à être jumelés à des médecins, des psychiatres et d'autres types de professionnels et que ces ressources restent disponibles en temps opportun pour les accusés (Seto et al., 2018). D'ailleurs, le fait que l'échelle de la stabilité soit également un prédicteur important de réussite au PAJ-SM suggère que les participants qui en ont besoin devraient continuer à participer à des services de la vie quotidienne afin de favoriser leurs chances de succès. Dans ce contexte où il apparaît que les services auxquels participent les accusés des PAJ-SM sont la principale raison pour laquelle ils complètent les programmes, il semble nécessaire que ces derniers aient une plus grande accessibilité aux services. Comme mentionné dans le rapport préparé pour le Comité directeur sur l'efficacité et l'accès en matière de justice pénale (Reid et al., 2021), de nombreux TSM canadiens souffrent du manque de services communautaires et thérapeutiques disponibles. Effectivement, les TSM sont vulnérables « aux contraintes financières et aux réductions de services » (Reid et al., 2021, p. 43) des organismes communautaires avec lesquels ils sont partenaires. D'une part, afin d'augmenter la quantité et la qualité des services offerts aux participants des TSM, un réinvestissement dans le système de santé civil permettrait un meilleur fonctionnement du système de soins en santé mentale (Schneider, 2015). Aussi, ce réinvestissement pourrait possiblement aider à traiter plus de personnes ayant des troubles de santé mentale en amont d'une judiciarisation (Schneider, 2015). D'autre part, un décloisonnement des services permettrait de s'assurer que les fournisseurs de services travaillent dans un but commun d'assurer le rétablissement des participants. D'ailleurs, Reid et collaborateurs (2021) suggèrent la création de tribunaux intégrés où plusieurs problématiques peuvent être adressées au sein d'un même programme. En jumelant divers tribunaux spécialisés sous un même tribunal intégré, les participants bénéficient de la coordination des différents programmes spécialisés et du partage des différentes équipes traitantes.

Dans un quatrième temps, les quatre arbres décisionnels peuvent être utilisés comme référence pour accompagner les participants par rapport aux différents services et objectifs qui peuvent leur être suggérés.

5.3. Limites

La présente étude est une des premières à analyser les données du *Projet de recherche sur l'évaluation des Programmes d'accompagnement en justice et santé mentale du Québec* mené par l'Observatoire en santé mentale de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel. Ainsi, elle doit être comprise comme une étude exploratoire sur les PAJ-SM du Québec qui avait notamment comme but de présenter les caractéristiques des participants et les différences entre les PAJ-SM. D'ailleurs, bien que le *Projet* cherche à étudier une dizaine de PAJ-SM, la présente étude n'a pu qu'en analyser six.

D'autre part, bien que la présente recherche s'intéresse au lien entre les principes de la JT et l'achèvement des PAJ-SM, elle est difficilement comparable aux autres études qui se sont également intéressées à ce sujet. Effectivement, les limites des données disponibles ont permis de mesurer seulement l'interaction avec l'achèvement des services, des objectifs et des personnes présentes aux audiences des PAJ-SM, qui sont tout de même identifiés dans la littérature comme des principes de la JT (Almquist & Dodd, 2009; Casey & Rottman, 2000; Wexler, 1990). Toutefois, les études qui se sont intéressées à l'interaction des principes de JT avec l'achèvement des TSM ont mesuré la JT à l'aide de diverses échelles permettant de mesurer le caractère volontaire perçu de l'accusé de s'inscrire au tribunal, la justice procédurale perçue de l'accusé et la connaissance du TSM par l'accusé (Canada & Hiday, 2014; Champ, 2020; Dollar et al., 2018; Redlich & Han, 2014). Bref, afin de saisir davantage le lien entre la JT et l'achèvement des PAJ-SM, des données sur les impressions des participants par rapport aux PAJ-SM auraient été pertinentes. Par exemple et comme mentionné dans la discussion, il aurait été intéressant de mesurer les interactions entre les participants des PAJ-SM, l'équipe multidisciplinaire, les professionnels et la famille de l'accusé afin de ne pas être limité qu'à la présence de ces personnes lors des rencontres préparatoires ou des audiences.

Comme mentionné dans la section méthodologie, les données ont été collectées à partir des dossiers de procureurs œuvrant au sein des PAJ-SM. Toutefois, plusieurs données étaient manquantes. D'abord, plusieurs participants (16,5%) n'avaient pas de diagnostics à leur dossier malgré le fait qu'une des conditions d'intégration au PAJ-SM est d'avoir une problématique de

santé mentale. De plus, seulement 19,6% des participants ont bénéficié de la présence d'un professionnel (agent de liaison, médecin, infirmière, préposé, intervenant social ou psychologue) durant leur participation au PAJ-SM. Or, dans les faits, il est très probable que la grande majorité des participants aient bénéficié de la présence d'au moins un de ces professionnels durant leur accompagnement puisque normalement tous les accusés ont un agent de liaison qui leur est attribué. Aussi, la tenue des dossiers variait grandement d'une ville à l'autre. Par exemple, dans la ville A, l'information concernant les objectifs était pratiquement absente. Aussi, dans la ville F, il y avait très peu de données par rapport aux bris de conditions et des types de conditions imposés par la cour aux accusés. Bref, ces données manquantes présentent une importante limite de cette étude.

5.4. Recherches futures et conclusion

La présente étude a permis de comprendre l'importance des services médicaux et psychosociaux dans la réussite des PAJ-SM. Toutefois, les données montrent que seulement 54,7% des participants utilisent un tel service durant leur accompagnement. Il serait donc intéressant qu'une future étude explore les raisons qui justifient pourquoi certains participants ne bénéficient pas de ces services. Il serait possible de voir si ces raisons sont attribuables aux TSM comme tels (par exemple les services ne sont pas suggérés, les services ne sont pas disponibles, etc.) ou aux participants (par exemple l'accusé ne veut pas s'engager dans un tel service, l'accusé n'est pas motivé, etc.) afin de voir comment les TSM pourraient adapter leurs pratiques pour que davantage d'accusés bénéficient de services médicaux ou psychosociaux.

D'autre part, les résultats ont montré que même si les équipes des PAJ-SM sont tolérantes face aux bris de conditions, aux rechutes et à la récidive, il semble tout de même y avoir une association entre ces événements et la fin du programme. Puisque ce mémoire n'est pas une étude longitudinale, il serait intéressant qu'une future recherche s'attarde à explorer comment les TSM s'ajustent durant les différents événements de vie (bris de condition, rechute, récidive) de la trajectoire judiciaire des participants. Par exemple, il serait intéressant d'analyser quels objectifs, conditions ou services sont enlevés ou ajoutés aux participants selon leurs besoins et leurs difficultés et comment cela influence l'achèvement du programme.

Enfin, pour comprendre le succès de ces tribunaux, il est nécessaire d'aller au-delà de l'achèvement du programme en étudiant les changements vécus dans la vie des participants. Par exemple, il serait possible d'explorer les répercussions que le programme a eues dans l'évolution de la santé mentale des participants notamment en ce qui concerne leurs attitudes et leurs perceptions par rapport à l'aide qu'ils peuvent recevoir de différents services. D'ailleurs, il serait intéressant qu'une étude s'attarde aux perceptions des accusés qui ont intégré un TSM, mais qui ne l'ont pas complété. Le regard de ces personnes sur les TSM pourrait mettre en lumière des pratiques, des règles ou des procédures qui ne fonctionnent pas pour certains participants et qui les forcent à retourner devant un système de justice qui est mal adapté pour eux, soit le système de justice régulier. Aussi, pour comprendre davantage l'impact des PAJ-SM sur la vie des participants, il serait intéressant qu'une autre recherche analyse la récidive des participants des PAJ-SM, puisqu'il a été établi que l'achèvement des TSM est un facteur important dans la diminution de la récidive chez les accusés (Hiday et al., 2014). Ainsi, puisque les TSM ont été créés afin de réduire le nombre de personnes souffrant d'une problématique de santé mentale dans le système de justice pénale, il serait pertinent d'aller au-delà de la présente recherche et de comparer le taux de récidive chez les accusés ayant complété le PAJ-SM à ceux ne l'ayant pas complété.

En somme, les résultats de la présente étude illustrent que la JT est un cadre théorique qui permet de comprendre le fonctionnement des TSM et que certains de ses principes ont des effets positifs sur l'achèvement. Effectivement, la JT met en évidence des façons de faire qui ont des effets thérapeutiques sur les accusés tel que leur traitement individualisé en lien avec les services qui leur sont offerts. D'ailleurs, les résultats de la présente étude illustrent que les PAJ-SM sont des tribunaux qui savent s'adapter à la clientèle ayant des problématiques de santé mentale, ce qui est difficile à accomplir dans les tribunaux réguliers. La JT met aussi en garde contre les effets antithérapeutiques de certaines pratiques observables dans les TSM comme l'imposition d'objectifs ou de conditions difficilement atteignables ou respectables. Ainsi, bien que le rapport de 2011 du Protecteur du citoyen ait averti contre une généralisation des PAJ-SM étant donné que leur efficacité n'avait pas été prouvée, si les PAJ-SM continuent à favoriser les aspects thérapeutiques de leurs pratiques par rapport aux pratiques antithérapeutiques, ils ont le

potentiel d'aider un grand nombre d'accusés atteints de trouble de santé mentale dans leur processus de rétablissement. Il va, toutefois, sans dire que même si les PAJ-SM présentent une alternative au traitement des accusés atteint de trouble de santé mentale par le système de justice régulier, des services et des traitements en amont devraient être plus accessibles pour les personnes souffrant de troubles mentaux afin d'éviter que l'offre de services et de traitement ne devienne conditionnelle à une judiciarisation.

Références bibliographiques

- Ahlin, E. M., & Douds, A. S. (2019). The problem with problem-solving courts : The Black Box Remains Unopened after Thirty Years. In *Handbook on Sentencing Policies and Practices in the 21st Century* (1st Edition, p. 339-359). Routledge.
<https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780429027765-16/problem-solving-courts-eileen-ahlin-anne-douds>
- Almquist, L., & Dodd, E. (2009). *Mental Health Courts : A Guide to Research-Informed Policy and Practice* (p. 42). Council of State Governments Justice Center.
<https://csgjusticecenter.org/publications/mental-health-courts-a-guide-to-research-informed-policy-and-practice/>
- Barber-Rioja, V., & Rotter, M. (2014a). A Therapeutic Approach to Jurisprudence : A Differential Thinking Model of Sanctions and Rewards. *International Journal of Forensic Mental Health, 13*(3), 272-278. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.922140>
- Barber-Rioja, V., & Rotter, M. (2014b). A Therapeutic Approach to Jurisprudence : A Differential Thinking Model of Sanctions and Rewards. *International Journal of Forensic Mental Health, 13*(3), 272-278. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.922140>
- Bazelon Center for Mental Health Law. (2002). Criminalization of people with mental illnesses : The role of mental courts in system reform. *University of the District of Columbia Law Review, 12*, 17.

- Bennett, L. W., Stoops, C., Call, C., & Flett, H. (2007). Program Completion and Re-Arrest in a Batterer Intervention System. *Research on Social Work Practice, 17*(1), 42-54.
<https://doi.org/10.1177/1049731506293729>
- Berghofer, G., Schmidl, F., Rudas, S., Steiner, E., & Schmitz, M. (2002). Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*, 276-282. <https://doi.org/10.1007/s001270200020>
- Bernstein, R., & Seltzer, T. (2003). Criminalization of People with Mental Illnesses : The Role of Mental Health Courts in System Reform. *University of the District of Columbia Law Review, 7*, 143-162.
- Birmingham, L. (2001). Diversion from custody. *Advances in Psychiatric Treatment, 7*(3), 198-207.
<https://doi.org/10.1192/apt.7.3.198>
- Blount, M. (2019). *Mental Health Courts : Mental Illness, Diversion Programs and Recidivism* [Thèse]. Walden University.
- Bonfine, N., Ritter, C., & Munetz, M. R. (2016). Exploring the relationship between criminogenic risk assessment and mental health court program completion. *International Journal of Law and Psychiatry, 45*, 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.002>
- Bonta, J., Blais, J., & Wilson, H. A. (2013). *Prédiction du risque de récidive chez les délinquants atteints de troubles mentaux – Synthèse quantitative* (p. 2). Sécurité publique Canada.
<https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-mntl-ffndr/rsk-mntl-ffndr-fra.pdf>

- Boyce, J., Rotenberg, C., & Karam, M. (2012). *La santé mentale et les contacts avec la police au Canada, 2012* (85-002-X au catalogue; p. 31). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2015001/article/14176-fra.htm#a11>
- Broner, N., Lattimore, P. K., Cowell, A. J., & Schlenger, W. E. (2004). Effects of diversion on adults with co-occurring mental illness and substance use : Outcomes from a national multi-site study. *Behavioral Sciences & the Law*, 22, 519-541. <https://doi.org/10.1002/bsl.605>
- Brown, G., Barker, J., McMillan, K., Norman, R., Derkzen, D., & Stuart, L. (2018). *Prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale—Échantillon de la population carcérale* (R-406). Service correctionnel du Canada.
- Bureau de l'enquêteur correctionnel du Canada. (2012). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2011-2012*. Gouvernement du Canada. <https://www.ocibec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20112012-fra.aspx#sIA>
- Burns, P. J., Hiday, V. A., & Ray, B. (2013). Effectiveness 2 Years Postexit of a Recently Established Mental Health Court. *American Behavioral Scientist*, 57(2), 189-208. <https://doi.org/10.1177/0002764212465416>
- Butzin, C. A., Saum, C. A., & Scarpitti, F. R. (2002). Factors Associated with Completion of a Drug Treatment Court Diversion Program. *Substance Use & Misuse*, 37(12-13), 1615-1633. <https://doi.org/10.1081/JA-120014424>
- Canada, K. E., & Hiday, V. A. (2014). Procedural justice in mental health court : An investigation of the relation of perception of procedural justice to non-adherence and termination. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 25(3), 321-340. <https://doi.org/10.1080/14789949.2014.915338>

- Casey, P., & Rottman, D. B. (2000). Therapeutic jurisprudence in the courts. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(4), 445-458. [https://doi.org/10.1002/1099-0798\(2000\)18:4<445::AID-BSL371>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1099-0798(2000)18:4<445::AID-BSL371>3.0.CO;2-J)
- Champ, M. (2020). *A Causal-Comparative Examination of Perceived Therapeutic Jurisprudence and Mental Health Court Completion in Iowa* [Thèse]. Grand Canyon University.
- Charette, Y., Crocker, A. G., & Billette, I. (2011). The judicious judicial dispositions juggle : Characteristics of police interventions involving people with a mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 56(11), 677-685. <https://doi.org/10.1177/0706743711105601106>
- Clark, M. D. (2001). Change-Focused Drug Courts : Examining the Critical Ingredients of Positive Behavior Change. *National Drug Court Institute Review*, 3(2), 35-87.
- Colquitt, J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice : A construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 386-400. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.386>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Commission de la santé mentale du Canada. <https://www.deslibris.ca/ID/232694>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2020). *Les besoins en matière de santé mentale des personnes ayant des démêlés avec la justice : Brève revue exploratoire de la littérature (2020) – Messages clés* (p. 7). Santé Canada.
- Copeland, L. A., Miller, A. L., Welsh, D. E., McCarthy, J. F., Zeber, J. E., & Kilbourne, A. M. (2009). Clinical and Demographic Factors Associated With Homelessness and Incarceration

- Among VA Patients With Bipolar Disorder. *American Journal of Public Health*, 99(5), 871-877. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.149989>
- Council of State Governments. (2005). *A Guide to Mental Health Court Design and Implementation* (p. 98). Bureau of Justice Assistance. <https://bja.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh186/files/Programs/Guide-MHC-Design.pdf>
- Council of State Governments. (2006). *Mental health courts : A national snapshot*. New York: Council of State Governments Justice Center.
- Council of State Governments Justice Center. (2007). *Improving Responses to People with Mental Illnesses : The Essential Elements of a Mental Health Court*. http://consensusproject.org/jc_publications/essential-elements-of-a-mental-health-court/mhc-essentialelements.pdf.
- Deslauriers-Varin, N. (2020). Facteurs explicatifs de la confession en contexte d'interrogatoire policier : Une analyse d'arbres décisionnels. *Criminologie*, 53(2), 219-254. <https://doi.org/10.7202/1074194ar>
- Dirks-Linhorst, P. A., Kondrat, D., Linhorst, D. M., & Morani, N. (2013). Factors Associated with Mental Health Court Nonparticipation and Negative Termination. *Justice Quarterly*, 30(4), 681-710. <https://doi.org/10.1080/07418825.2011.615756>
- Dollar, C. B., Ray, B., Hudson, M. K., & Hood, B. J. (2018). Examining changes in procedural justice and their influence on problem-solving court outcomes. *Behavioral Sciences & the Law*, 36(1), 32-45. <https://doi.org/10.1002/bsl.2329>
- Doré, M. (1987). La désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 12(2), 144-157. <https://doi.org/10.7202/030407ar>

- Dumais Michaud, A.-A. (2017). Accompagnement et injonctions sociales dans les tribunaux de santé mentale. *Revue générale de droit*, 47, 127-148. <https://doi.org/10.7202/1040520ar>
- Dumais Michaud, A.-A. (2019). *Une sociologie de la justice thérapeutique : Triple conformité, dangerosité ordinaire et contraintes composites* [Thèse ou essai doctoral accepté, Université du Québec à Montréal]. <https://archipel.uqam.ca/13565/>
- Ennis, A. R., McLeod, P., Watt, M. C., Campbell, M. A., & Adams-Quackenbush, N. (2016). The Role of Gender in Mental Health Court Admission and Completion. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 58(1), 1-30. <https://doi.org/10.3138/cjccj.2015.E08>
- Frappier, A., Vigneault, L., & Paquet, S. (2009). À la fois malade et criminalisé : Témoignage d'une double marginalisation. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 21-30. <https://doi.org/10.7202/039123ar>
- Gaulin, D. (2018). *Doubles stigmates : Au croisement de la judiciarisation et de la folie* [Université de Montréal]. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/20355>
- Gibbons, J. J., & Katzenbach, N. D. B. (2006). Confronting Confinement : A Report of the Commission on Safety and Abuse in America's Prisons. *Washington University Journal of Law & Policy*, 22, 385-645. <https://doi.org/10.1525/fsr.2011.24.1.36>
- Giguère, G., Higgs, T., & Charette, Y. (2023). Gender Effects in Actuarial Risk Assessment : An Item Response Theory Psychometric Study of the LS/CMI. *Women & Criminal Justice*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/08974454.2023.2186199>
- Harrell, F. E. (2015). *Regression Modeling Strategies : With Applications to Linear Models, Logistic and Ordinal Regression, and Survival Analysis* (2^e éd.). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-19425-7>

- Hartford, K., Heslop, L., Stitt, L., & Hoch, J. S. (2005). Design of an algorithm to identify persons with mental illness in a police administrative database. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2004.12.001>
- Herinckx, H. A., Swart, S. C., Ama, S. M., Dolezal, C. D., & King, S. (2005). Rearrest and Linkage to Mental Health Services Among Clients of the Clark County Mental Health Court Program. *Psychiatric Services*, 56(7), 853-857. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.7.853>
- Hiday, V. A., Ray, B., & Wales, H. W. (2014). Predictors of mental health court graduation. *Psychology, Public Policy, and Law*, 20(2), 191-199. <https://doi.org/10.1037/law0000008>
- Honegger, L. N. (2015). Does the evidence support the case for mental health courts? A review of the literature. *Law and Human Behavior*, 39(5), 478-488. <https://doi.org/10.1037/lhb0000141>
- Jaimes, A., Crocker, A., Bédard, É., & Ambrosini, D. L. (2009). Les Tribunaux de santé mentale : Déjudiciarisation et jurisprudence thérapeutique. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 171-197. <https://doi.org/10.7202/039131ar>
- Johnston, E. L. (2012). Theorizing Mental Health Courts. *Washington University Law Review*, 89(3), 519-580.
- Kaiser, K. A., & Holtfreter, K. (2016). An Integrated Theory of Specialized Court Programs : Using Procedural Justice and Therapeutic Jurisprudence to Promote Offender Compliance and Rehabilitation. *Criminal Justice and Behavior*, 43(1), 45-62. <https://doi.org/10.1177/0093854815609642>

- Kass, G. V. (1980). An Exploratory Technique for Investigating Large Quantities of Categorical Data. *Journal of the Royal Statistical Society. Series C (Applied Statistics)*, 29(2), 119-127.
<https://doi.org/10.2307/2986296>
- Kawalek, A. (2020). A tool for measuring therapeutic jurisprudence values during empirical research. *International Journal of Law and Psychiatry*, 71, 1-16.
<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101581>
- Kopelovich, S., Yanos, P., Pratt, C., & Koerner, J. (2013). Procedural justice in mental health courts : Judicial practices, participant perceptions, and outcomes related to mental health recovery. *International journal of law and psychiatry*, 36(2), 113-120.
<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.01.004>
- Laberge, D., & Robert, M. (1992). La judiciarisation de la santé mentale : Profil des personnes accusées devant la cour municipale de Montréal. *Nouvelles pratiques sociales*, 5(1), 31-46.
<https://doi.org/10.7202/301156ar>
- Laub, J. H., & Sampson, R. J. (2003). *Shared beginnings, divergent lives : Delinquent boys to age 70* (p. ix, 338). Harvard University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1q3z28f>
- Lemieux, A. J., Dumais Michaud, A.-A., Gagnon, J.-P., Beauchamp, E., Gratton, E., Klein, A., & Crocker, A. G. (2022). *Un examen de la portée des alternatives à l’incarcération au niveau des tribunaux : Constats et enjeux applicables au contexte québécois*. Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.
- Lim, L., & Day, A. (2016). An examination of stakeholder attitudes and understanding of therapeutic jurisprudence in a mental health court. *International Journal of Law and Psychiatry*, 46, 27-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.024>

- Linhorst, D. M., Kondrat, D., & Dirks-Linhorst, P. A. (2015). Rearrests During Mental Health Court Supervision : Predicting Rearrest and Its Association with Final Court Disposition and Postcourt Rearrests. *Journal of Offender Rehabilitation, 54*(7), 486-501. <https://doi.org/10.1080/10509674.2015.1076105>
- Livingston, J. D. (2016). Contact Between Police and People With Mental Disorders : A Review of Rates. *Psychiatric Services, 67*(8), 850-857. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500312>
- Lurigio, A. (2012). Responding to the needs of people with mental illness in the criminal justice system : An area ripe for research and community partnerships. *Journal of Crime and Justice, 35*. <https://doi.org/10.1080/0735648X.2011.637402>
- Luskin, M. L. (2001). Who is Diverted? Case Selection for Court-Monitored Mental Health Treatment. *Law & Policy, 23*(2), 217-236. <https://doi.org/10.1111/1467-9930.00111>
- Lynch, S. M., Dehart, D. D., Belknap, J. E., Green, B. L., Dass-Brailsford, P., Johnson, K. A., & Whalley, E. (2014). A multisite study of the prevalence of serious mental illness, PTSD, and substance use disorders of women in jail. *Psychiatric Services, 65*(5), 670-674. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300172>
- MacDonald, S.-A., Bellot, C., Sylvestre, M.-È., Michaud, A.-A. D., & Pelletier, A. (2014). *Tribunaux de santé mentale : Procédures, résultats et incidence sur l'itinérance* (p. 59). Gouvernement du Canada.
- MacDonald, S.-A., & Dumais Michaud, A.-A. (2015). La prise en charge et discours entourant les personnes judiciairisées au sein d'un tribunal de santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales, 27*(2), 161-177. <https://doi.org/10.7202/1037685ar>

- Mantel, N. (1970). Why Stepdown Procedures in Variable Selection. *Technometrics*, 12(3), 621-625. <https://doi.org/10.1080/00401706.1970.10488701>
- Marchetti, A.-M. (1997). *Pauvretés en prison*. Éditions Érès. <https://www.editions-eres.com/ouvrage/140/pauvretes-en-prison>
- Markowitz, F. E. (2011). Mental illness, crime, and violence : Risk, context, and social control. *Aggression and Violent Behavior*, 16(1), 36-44. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2010.10.003>
- Maynard, R. (2018). *NoirEs sous surveillance. Esclavage, répression et violence d'État au Canada : Esclavage, répression et violence d'État au Canada*. Mémoire d'encrier. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1919699&lang=fr&site=ehost-live>
- McNiel, D. E., & Binder, R. L. (2007). Effectiveness of a Mental Health Court in Reducing Criminal Recidivism and Violence. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1395-1403. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06101664>
- Moore, M. E., & Hiday, V. A. (2006). Mental Health Court Outcomes : A Comparison of Re-Arrest and Re-Arrest Severity Between Mental Health Court and Traditional Court Participants. *Law and Human Behavior*, 30, 659-674. <https://doi.org/10.1007/s10979-006-9061-9>
- Nagelkerke, N. J. D. (1991). A note on a general definition of the coefficient of determination. *Biometrika*, 78(3), 691-692.
- Naples, M., Morris, L. S., & Steadman, H. J. (2007). Factors in Disproportionate Representation Among Persons Recommended by Programs and Accepted by Courts for Jail Diversion. *Psychiatric Services*, 58(8), 1095-1101.

Observatoire en justice et santé mentale. (2023a). *Étude sur les Programmes d'accompagnement en justice et santé mentale*. Observatoire en justice et santé mentale. <https://santementalejustice.ca/programmes-daccompagnement-et-dadaptabilite-a-la-cour/>

Observatoire en justice et santé mentale. (2023b). *Répertoire des programmes et protocoles d'accompagnement et d'adaptabilité à la cour*. Observatoire en justice et santé mentale. <https://santementalejustice.ca/paj/paj-cvat-abitibi-temiscamingue/>

Parti libéral du Canada. (2021). *Améliorer l'accès aux tribunaux de santé mentale | Parti libéral du Canada*. Libéral. <https://liberal.ca/fr/notre-plateforme/increasing-access-to-mental-health-courts/>

Poythress, N. G., Petrila, J., McGaha, A., & Boothroyd, R. (2002). Perceived coercion and procedural justice in the Broward mental health court. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(5), 517-533. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(01\)00110-8](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(01)00110-8)

Prins, S. J. (2014). The Prevalence of Mental Illnesses in U.S. State Prisons : A Systematic Review. *Psychiatric services*, 65(7), 862-872. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300166>

Protecteur du citoyen. (2011). *Pour des services mieux adaptés aux personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale* (p. 86). Assemblée nationale du Québec. https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/6-05-11_Rapport_sante_mentale_FINAL_fr_avec_lettre_au_president.pdf

Provost, J. (2010). Le Programme d'accompagnement justice–santé mentale (PAJ-SM) à la cour municipale de Montréal : Une approche différente pour une clientèle vulnérable. *Le partenaire*, 19(1), 12-13.

- Quinsey, V., Harris, G., Rice, M., & Cormier, C. (2006). *Violent Offenders : Appraising And Managing Risk* (2^e éd.). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/11367-000>
- Quirouette, M., Hannah-Moffat, K., & Maurutto, P. (2016). 'A Precarious Place' : Housing and Clients of Specialized Courts. *The British Journal of Criminology*, 56(2), 370-388.
<https://doi.org/10.1093/bjc/azv050>
- Ray, B., & Dollar, C. B. (2013). Examining Mental Health Court Completion : A Focal Concerns Perspective. *The Sociological Quarterly*, 54(4), 647-669.
<https://doi.org/10.1111/tsq.12032>
- Ray, B., Kubiak, S. P., Comartin, E. B., & Tillander, E. (2015). Mental Health Court Outcomes by Offense Type at Admission. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(3), 323-331. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0572-2>
- Redlich, A. D. (2013). The Past, Present, and Future of Mental Health Courts. In R. L. Wiener & E. M. Brank (Éds.), *Problem Solving Courts* (p. 147-161). Springer New York.
<https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7403-6>
- Redlich, A. D., & Han, W. (2014). Examining the links between therapeutic jurisprudence and mental health court completion. *Law and Human Behavior*, 38(2), 109-118.
<https://doi.org/10.1037/lhb0000041>
- Redlich, A. D., Hoover, S., Summers, A., & Steadman, H. J. (2010). Enrollment in mental health courts : Voluntariness, knowingness, and adjudicative competence. *Law and Human Behavior*, 34, 91-104. <https://doi.org/10.1007/s10979-008-9170-8>

- Redlich, A. D., Steadman, H. J., Monahan, J., Petrila, J., & Griffin, P. A. (2005). The second generation of mental health courts. *Psychology, Public Policy, and Law*, *11*(4), 527-538. <https://doi.org/10.1037/1076-8971.11.4.527>
- Redlich, A. D., Steadman, H. J., Monahan, J., Robbins, P. C., & Petrila, J. (2006). Patterns of Practice in Mental Health Courts : A National Survey. *Law and Human Behavior*, *30*, 347-362. <https://doi.org/10.1007/s10979-006-9036-x>
- Reed, J. L., & Lyne, M. (2000). Inpatient care of mentally ill people in prison : Results of a year's programme of semistructured inspections. *British Medical Journal*, *320*(7241), 1031-1034.
- Reid, S., Boissonneault, J., Finley, C., Siebenmorgen, E., Bichan, K., McPhedran, A., Fregeau, H., Persad-Ford, A., Foster, L., & Rad, K. (2021). *Tribunaux thérapeutiques au Canada : Une analyse par administration des tribunaux de la santé mentale et des tribunaux de traitement de la toxicomanie* (p. 161). Comité directeur sur l'efficacité et l'accès en matière de justice pénale. <https://icclr.org/wp-content/uploads/2022/04/Tribunaux-therapeutiques-au-canada-Comite-directeur-sur-lefficacite-et-lacces-en-matiere-de-justice-penale.pdf?x82009&x63266>
- Roberge, J. (2021, février 26). Santé mentale : 21 770 interventions à la Sûreté du Québec. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/face-a-la-crise/vedette/document/nouvelles/article/1769748/sante-mentale-sq-intervention-police>
- Roy, L., Leclair, M. C., Côté, M., & Crocker, A. G. (2020). Itinérance, santé mentale, justice : Expérience et perceptions des utilisateurs de services à Montréal. *Criminologie*, *53*(2), 359. <https://doi.org/10.7202/1074199ar>

- Rubenstein, L., & Yanos, P. T. (2019). Predictors of mental health court completion. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 30(6), 959-974. <https://doi.org/10.1080/14789949.2019.1659389>
- Saint-Arnaud, J. (2001). Désinstitutionnalisation et responsabilité de l'État dans l'accessibilité aux services en santé mentale au Québec. *Éthique publique*, 3(1), Article 3, n° 1. <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.2622>
- Schneider, R. D. (2015). *Les personnes atteintes de maladie mentale—Comment elles se sont retrouvées dans le système de justice pénale et comment nous pourrions les sortir de là*. Division de la recherche et de la statistique. <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jr/mental/tdm-toc.html>
- Schneider, R. D., Bloom, H., & Heerema, M. (2007). Mental Health Courts : Decriminalizing the Mentally Ill. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37(1), 133-134.
- Seltzer, T. (2005). Mental health courts : A misguided attempt to address the criminal justice system's unfair treatment of people with mental illnesses. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(4), 570-586. <https://doi.org/10.1037/1076-8971.11.4.570>
- Senjo, S., & Leip, L. A. (2001). Testing Therapeutic Jurisprudence Theory : An Empirical Assessment of the Drug Court Process. *Western Criminology Review*, 3(1), En ligne.
- Seto, M. C., Basarke, S., Healey, L. V., & Sirotych, F. (2018). Correlates of Mental Health Diversion Completion in a Canadian Consortium. *International Journal of Forensic Mental Health*, 17(1), 1-12. <https://doi.org/10.1080/14999013.2017.1405123>

- Slinger, E., & Roesch, R. (2010). Problem-solving courts in Canada : A review and a call for empirically-based evaluation methods. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(4), 258-264. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2010.06.008>
- Smith, G. (2018). Step away from stepwise. *Journal of Big Data*, 5(32), 12. <https://doi.org/10.1186/s40537-018-0143-6>
- Smith, S. S., Baxter, V. J., & Humphreys, M. S. (2003). Psychiatric Treatment in Prison : A missed opportunity? *Medicine, Science and the Law*, 43(2), 122-126. <https://doi.org/10.1258/rsmmsl.43.2.122>
- Steadman, H. J., Davidson, S., & Brown, C. (2001). Law & psychiatry : Mental health courts: Their promise and unanswered questions. *Psychiatric Services*, 52(4), 457-458. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.457>
- Steadman, H. J., Redlich, A., Callahan, L., Robbins, P. C., & Vesselinov, R. (2011). Effect of Mental Health Courts on Arrests and Jail Days : A Multisite Study. *Archives of General Psychiatry*, 68(2), 167. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.134>
- Steadman, H. J., Redlich, A. D., Griffin, P., Petrila, J., & Monahan, J. (2005). From referral to disposition : Case processing in seven mental health courts. *Behavioral Sciences & the Law*, 23(2), 215-226. <https://doi.org/10.1002/bsl.641>
- Teplin, L. A. (1984). Managing disorder. Police handling of the mentally ill. In *Mental Health and Criminal Justice* (L.A. Teplin). Thousand Oaks: Sage Publications. <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/managing-disorder-police-handling-mentally-ill-mental-health-and>

- Thompson, B. (1995). Stepwise Regression and Stepwise Discriminant Analysis Need Not Apply here : A Guidelines Editorial. *Educational and Psychological Measurement*, 55(4), 525-534. <https://doi.org/10.1177/0013164495055004001>
- Vacheret, M., & Lafortune, D. (2011). Prisons et santé mentale, les oubliés du système. *Déviante et Société*, 35(4), 485-501. <https://doi.org/10.3917/ds.354.0485>
- Verhaaff, A., & Scott, H. (2015). Individual Factors Predicting Mental Health Court Diversion Outcome. *Research on Social Work Practice*, 25(2), 213-228. <https://doi.org/DOI:10.1177/1049731514523507>
- Ville de Montréal. (2021). *Mémoire de la ville de Montréal* (p. 26). Ville de Montréal. http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/PRT_VDM_FR/MEDIA/DOCUMENTS/2021-05_MEMOIRE-VILLEDEMONTREAL-PLAN_INTERMINISTERIEL_SANTE-MENTALE-10MARS2021.PDF
- Wales, H. W., Hiday, V. A., & Ray, B. (2010). Procedural justice and the mental health court judge's role in reducing recidivism. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(4), 265-271. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2010.06.009>
- Wallace, M., Turner, J., Matarazzo, A., & Babyak, C. (2009). *Measuring Crime in Canada : Introducing the Crime Severity Index and Improvements to the Uniform Crime Reporting Survey* (p. 45). Canadian Centre for Justice Statistics.
- Wexler, D. B. (1990). Including Therapeutic Compliance through the Criminal Law. *Law & Psychology Review*, 14, 43-58.

- Wiener, R. L., Winick, B. J., Georges, L. S., & Castro, A. (2010). A testable theory of problem solving courts : Avoiding past empirical and legal failures. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 417-427. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2010.09.012>
- Winick, B. J. (1997). The jurisprudence of therapeutic jurisprudence. *Psychology Public Policy*, 3(1), 184-206.
- Winick, B. J. (2003). Therapeutic Jurisprudence and Problem Solving Courts. *Fordham Urban Law Journal*, 30(3), 1055-1103.
- Winick, B. J. (2008). A Therapeutic Jurisprudence Approach to Dealing with Coercion in the Mental Health System. *Psychiatry, Psychology and Law*, 15(1), 25-39. <https://doi.org/10.1080/13218710801979084>
- Winick, B. J. (2013). Problem Solving Courts : Therapeutic Jurisprudence in Practice. In R. L. Wiener & E. M. Brank (Éds.), *Problem Solving Courts : Social Science and Legal Perspectives* (p. 211-236). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7403-6_12
- Winick, B. J., & Wexler, D. B. (2002). Drug Treatment Court : Therapeutic Jurisprudence Applied. *Touro Law Review*, 18(3), 479-486.
- Yuan, Y., & Capriotti, M. R. (2019). The impact of mental health court : A Sacramento case study. *Behavioral Sciences & the Law*, 37(4), 452-467. <https://doi.org/10.1002/bsl.2421>

Annexe 1 – Liste de codification des objectifs

1. Suivi médical/psychosocial

- Objectif d'effectuer un suivi sans plus de précision
- Objectif d'effectuer un suivi avec un médecin
- Objectif d'effectuer un suivi avec un psychiatre
- Objectif d'effectuer un suivi avec un équipe traitante (SIV SI SIM etc.)
- Objectif d'effectuer un suivi avec une infirmière
- Objectif d'effectuer un suivi à l'hôpital
- Objectif d'effectuer un suivi en réadaptation physique
- Objectif d'effectuer un suivi médical autre
- Objectif d'effectuer un suivi psychosocial sans plus de précision
- Objectif d'effectuer un suivi avec un psychologue
- Objectif d'effectuer un suivi avec un éducateur
- Objectif d'effectuer un suivi avec un travailleur social
- Objectif d'effectuer un suivi avec un intervenant
- Objectif d'effectuer un suivi dans un organisme autochtone
- Objectif d'effectuer un suivi en santé mentale
- Objectif d'effectuer un suivi avec un agent de probation agent communautaire etc.

2. Suivi spécialisé

- Objectif d'effectuer un suivi pour la déficience intellectuelle ou le trouble du spectre de l'autisme (DITSA)
- Objectif d'effectuer un suivi en dépendance sans plus de précision
- Objectif d'effectuer un suivi pour une problématique de jeu
- Objectif d'effectuer un suivi pour une problématique de vol
- Objectif d'effectuer un suivi pour la gestion des émotions
- Objectif d'effectuer un suivi pour une problématique de suicide
- Objectif d'effectuer un suivi en violence sexuelle

- Objectif d'effectuer un suivi auprès d'un organisme venant en aide aux victimes
- Objectif d'effectuer un suivi pour une problématique de violence familiale
- Objectif d'effectuer un suivi auprès d'un organisme venant en aide aux parents

3. Suivi en toxicomanie

- Objectif d'effectuer un suivi pour la toxicomanie

4. Suivi de la vie quotidienne

- Objectif d'effectuer un suivi pour obtenir un emploi
- Objectif d'effectuer un suivi pour obtenir commencer ou poursuivre des études
- Objectif de trouver des activités occupationnelles (sport ateliers créatifs etc.)
- Objectif d'effectuer un suivi pour obtenir de l'aide pour la gestion des finances
- Objectif d'effectuer un suivi pour obtenir de l'aide alimentaire
- Objectif d'améliorer son hygiène de vie (ex. apprendre à cuisiner faire le ménage de sa chambre aider avec les tâches ménagères etc.)

5. Suivi pour la stabilité résidentielle

- Objectif d'effectuer un suivi pour une problématique d'itinérance
- Objectif d'effectuer un suivi pour obtenir une stabilité résidentielle

6. Consommation

- Objectif de réduire sa consommation (alcool/drogue)
- Objectif de s'abstenir de consommer (alcool/drogue)

7. Autres objectifs

- Objectif de prendre sa médication
- Objectif de participer à une évaluation (psychiatrique responsabilité criminelle aptitude à subir son procès)
- Objectif de suivre les règles du PAJSM
- Objectif de gérer ses comportements ses émotions par soi-même
- Objectif d'obtenir un régime de protection
- Objectif d'améliorer ses relations avec la victime (ex. envoyer une lettre d'excuse à la victime)
- Objectif d'améliorer ses relations avec sa famille
- Objectif d'améliorer ses relations avec d'autres personnes (amis collègues de travail etc.)

Annexe 2 – Liste de codification des conditions

1. Suivi PAJ-SM

- Condition d'effectuer un suivi sans plus de précision
- Condition d'effectuer un suivi dans un organisme autochtone
- Condition d'effectuer un suivi avec un médecin
- Condition d'effectuer un suivi avec un psychiatre
- Condition d'effectuer un suivi avec un équipe traitante (SIV SI SIM etc.)
- Condition d'effectuer un suivi avec une infirmière
- Condition d'effectuer un suivi à l'hôpital
- Condition d'effectuer un suivi pour la déficience intellectuelle ou le trouble du spectre de l'autisme (DITSA)
- Condition d'effectuer un suivi en réadaptation physique
- Condition d'effectuer un suivi médical autre
- Condition d'effectuer un suivi psychosocial sans plus de précision
- Condition d'effectuer un suivi avec un psychologue
- Condition d'effectuer un suivi avec un éducateur
- Condition d'effectuer un suivi avec un travailleur social
- Condition d'effectuer un suivi avec un intervenant
- Condition d'effectuer un suivi avec un agent de probation ou agent communautaire.
- Condition d'effectuer un suivi en dépendance sans plus de précision
- Condition d'effectuer un suivi en toxicomanie
- Condition d'effectuer un suivi pour une problématique de jeu
- Condition d'effectuer un suivi pour une problématique de vol
- Condition d'effectuer un suivi en santé mentale
- Condition d'effectuer un suivi pour la gestion des émotions
- Condition d'effectuer un suivi pour une problématique de suicide
- Condition d'effectuer un suivi pour une problématique d'itinérance
- Condition d'effectuer un suivi en violence sexuelle

- Condition d'effectuer un suivi auprès d'un organisme venant en aide aux victimes
- Condition d'effectuer un suivi pour une problématique de violence familiale
- Condition d'effectuer un suivi auprès d'un organisme venant en aide aux parents
- Condition de prendre sa médication
- Condition de participer à une évaluation (psychiatrique responsabilité criminelle aptitude à subir son procès)
- Condition de suivre les règles du PAJSM
- Condition de gérer ses comportements ses émotions par soi-même
- Condition d'obtenir un régime de protection
- Condition d'effectuer un suivi pour obtenir une stabilité résidentielle
- Condition d'effectuer un suivi pour obtenir un emploi
- Condition d'effectuer un suivi pour obtenir commencer ou poursuivre des études
- Condition de trouver des activités occupationnelles (sport ateliers créatifs etc.)
- Condition d'effectuer un suivi pour obtenir de l'aide pour la gestion des finances
- Condition d'effectuer un suivi pour obtenir de l'aide alimentaire
- Condition d'améliorer son hygiène de vie (ex. apprendre à cuisiner faire le ménage de sa chambre aider avec les tâches ménagères etc.)

2. Résidence et couvre-feu

- Condition de résidence
- Condition de couvre-feu

3. Consommation

- Condition de ne pas consommer
- Condition de ne pas posséder d'alcool ou de drogues
- Condition de ne pas se déplacer dans des lieux où il y a de l'alcool ou de la drogue
- Autre condition en lien avec la consommation (alcool/drogue)

4. Autres conditions

- Condition de se présenter à un agent de probation de collaborer avec son agent de probation etc.
- Condition d'effectuer des travaux communautaires
- Condition d'interdiction (ex. interdiction d'utiliser internet interdiction de conduire etc.)

- Condition d'effectuer un don
- Condition de payer une amende
- Condition de ne pas communiquer avec des personnes qui consomment (alcool/drogue)
- Condition de ne pas communiquer avec la victime
- Condition de ne pas communiquer avec son coaccusé
- Condition de ne pas communiquer avec d'autres personnes
- Condition de ne pas posséder d'armes
- Condition de ne pas posséder autres choses
- Condition de ne pas se déplacer dans des lieux où il pourrait y avoir la victime (domicile lieu de travail lieu de l'infraction etc.)

Annexe 3 – Liste de codification des services

1. Médical/psychosocial

- Service sans précision
- Service d'un médecin
- Service d'un psychiatre
- Service d'une équipe traitante (SIV, SI, SIM, etc.)
- Service d'un hôpital
- Service en réadaptation physique
- Service médical sans précision
- Service psychosocial sans précision
- Service d'un psychologue
- Service d'un intervenant
- Service d'une infirmière
- Service d'un éducateur
- Service d'un travailleur social
- Services pour les personnes autochtones
- Service d'un agent de probation, agent communautaire
- Service en santé mentale

2. Spécialisé

- Service pour la déficience intellectuelle ou le trouble du spectre de l'autisme (DITSA)
- Service en dépendance
- Service pour une problématique de jeu
- Service pour la gestion des émotions
- Service en violence sexuelle
- Service venant en aide aux victimes
- Services pour les violences familiales
- Service pour les parents
- Service pour une problématique de vol

- Service pour une problématique de suicide

3. Toxico

- Service en toxicomanie

4. Vie quotidienne

- Service pour l'aide à l'emploi
- Service pour les études
- Service pour la sphère occupationnelle
- Service pour de l'aide financière ou pour gérer ses finances
- Service pour de l'aide alimentaire
- Service d'un curateur

5. Stabilité résidentielle

- Service pour une stabilité résidentielle
- Service en itinérance