

Université de Montréal

Non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux : Facteurs associés aux
recommandations d'experts et aux verdicts à la cour

Par

Évelyne Gratton

Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences
en Psychologie

Mai 2023

© Évelyne Gratton, 2023

Université de Montréal
Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences

Ce mémoire intitulé

Non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux : Facteurs associés aux
recommandations d'experts et aux verdicts à la cour

Présenté par

Évelyne Gratton

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Christian Dagenais

Président-rapporteur

Anne Crocker

Codirectrice de recherche

Tamsin Higgs

Codirectrice de recherche

Jean-Pierre Guay

Membre du jury

Non-Responsabilité Criminelle pour Cause de Troubles Mentaux : Facteurs Associés aux Recommandations d'experts et aux Verdicts à la Cour

Résumé

Les facteurs associés aux recommandations d'experts psychiatres-légistes et aux verdicts à la cour de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux ont peu été étudiés au Canada.

Une collecte de données sociodémographiques, criminologiques et psychologiques a été réalisée à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel et au Palais de justice de Montréal sur 100 dossiers médicaux et plunitifs. Des analyses de régressions logistiques ont été exécutées afin d'identifier les facteurs sociodémographiques, criminologiques et psychologiques associés aux recommandations et aux verdicts de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux.

Les psychiatres ont recommandé la non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux pour 49% des sujets alors que les tribunaux ont reconnu 45% de l'échantillon comme étant non criminellement responsable. Les résultats suggèrent qu'une désorganisation cognitive et une perte de contrôle causée par un état psychotique au moment du crime, ainsi qu'un historique de verdicts de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux sont associés aux recommandations psychiatriques de non-responsabilité criminelle. De plus, les résultats indiquent que de ne pas avoir d'information concernant la présence ou l'absence d'idées délirantes au moment du crime est associé aux verdicts de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux.

Cette étude permet de mettre en lumière les biais possibles dans le processus d'évaluation de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux ainsi que les définitions et éléments du processus décisionnel qui mériteraient d'être précisés.

Mots-clés : Non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux, évaluations psychiatriques, Code criminel canadien, trouble mental, criminalité

Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder: Factors Associated with Expert Recommendations and Court Verdicts

Abstract

To our knowledge, factors associated with experts' recommendations and courts' verdicts of not criminally responsible on account of mental disorder (NCRMD) have received little attention in Canada. Sociodemographic, criminological, and psychological variables were coded from 100 medical files at the Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel and court dockets of Montréal's provincial court. Logistic regression analyses were carried out to identify factors associated with experts' recommendations and courts' verdicts of non-criminal responsibility on account of mental disorder.

Psychiatrists recommended non-criminal responsibility on account of mental disorder for 49% of subjects while the court found 45% of the sample to be NCRMD. Results show that disorganized cognition and psychosis-associated loss of control at the time of the offence, as well as having prior NCRMD verdicts, are predictive of a psychiatric recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder. Results also suggest that not having information regarding the presence or absence of delusional ideation is associated with receiving a verdict of non-criminal responsibility on account of mental disorder.

This study paves the way for the forensic mental health and legal fields to better understand the current clinical operationalization - and its shortcomings - of section 16 of the Criminal Code - not criminally responsible on account of mental disorder.

Keywords: Not criminally responsible on account of mental disorder, forensic assessment, Canadian Criminal Code, mental disorder, criminality

Table des matières

Chapitre 1 — Introduction	10
« Forensication » des Services en Santé Mentale : Une Tendence d’Envergure Internationale	10
Contexte Juridique Canadien de la Non-Responsabilité Criminelle pour Cause de Troubles Mentaux	11
Processus et Critères Juridiques	13
Commission d’Examen des Troubles Mentaux	15
La Non-Responsabilité Criminelle pour Cause de Troubles Mentaux au Canada et au Québec en Chiffres	17
Les Personnes Reconnues Non Criminellement Responsable pour Cause de Troubles Mentaux	19
Les Conséquences de Recevoir un Verdict de Non-Responsabilité Criminelle pour Cause de Troubles Mentaux	20
L’Évaluation Clinique.....	22
Opérationnalisation des Critères Juridiques.....	22
L’Expert Psychiatre-Légiste	23
Jugement Clinique	26
L’Évaluation de la Responsabilité Criminelle aux États-Unis	28
État de la Littérature : Facteurs Associés aux Recommandations	28
État de la Littérature : Facteurs Associés aux Verdicts	30
Chapitre 2 — Article.....	34
Introduction.....	36
Objectives	39
Hypotheses.....	39
Method	39
Design and Sample	39
Sample Characteristics	40
Procedure and Measures	40
Analytical Strategy.....	43

Results.....	44
Bivariate Analyses	44
Factors Associated with Psychiatric Recommendation of NCRMD	59
Factors Associated with Court Verdicts of NCRMD	62
Agreement Between the Recommendation and the Verdict	63
Discussion.....	64
Recommendations.....	64
Verdicts	68
Agreement Between Recommendations and Verdicts.....	69
Limitations	70
Conclusion	71
Chapitre 3 — Discussion générale.....	73
Contribution et Directions Futures.....	73
Responsabilité, Intoxication, Automatismes et la Loi.....	75
Deux Facteurs Additionnels.....	77
Annexe A	94
Annexe B	97

Liste des tableaux

Table 1	45
Table 2	52
Table 3	60
Table 4	62
Table 5	97

Liste des sigles et abréviations

CETM : Commission d'Examen des Troubles Mentaux

INPL-PP : Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

NCRMD : Not criminally responsible on account of mental disorder

NCRTM : Non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux

R-CRAS : Rogers Criminal Responsibility Assessment Scales

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier chaleureusement mes directrices de maîtrise, Anne Crocker et Tamsin Higgs, pour leur soutien et sans qui cette étude n'aurait jamais été possible.

À mon père, mon frère et Edith, la plus grande des reconnaissances d'avoir officieusement assumé un rôle de coordination de recherche, d'avoir gracieusement partagé vos expertises et d'avoir constamment répondu à l'appel. À Maya, ma meilleure amie, pour son soutien moral indéfectible et sa confiance aveugle en ma réussite, merci du fond du cœur. À Sam et Félix, merci d'avoir navigué les eaux turbulentes que sont les études graduées à mes côtés et d'avoir toujours su me faire rire.

Chapitre 1 — Introduction

« Forensication » des Services en Santé Mentale : Une Tendence d'Envergure Internationale

À l'échelle internationale, les services de santé mentale forensique accaparent de plus en plus de ressources disponibles pour l'ensemble des services en santé mentale. Il devient donc plus difficile pour les usagers non judiciairisés d'accéder aux services de santé mentale généraux à moins d'y être référé par le système judiciaire (Seto et al., 2001). Ce phénomène de « forensication » des services de santé mentale (Seto et al., 2001) est observable depuis les années 90. Par exemple, le nombre de lits alloués aux services forensiques a considérablement augmenté entre 1990 et 2002 en Angleterre (+38 %), Allemagne (+70 %), Italie (+10 %), Pays-Bas (+143 %), Espagne (+25 %) et Suède (+46 %) (Priebe et al., 2005). Ce phénomène n'est pas unique à l'Europe : le nombre de patients forensiques a augmenté de 76 % à travers 35 états américains entre 1999 et 2014. Plus spécifiquement, cette augmentation a été particulièrement marquée pour la période entre 2005 et 2014 (+46 %) comparativement à la période entre 1999 et 2005 (+25 %) (Wik, Hollen & Fisher, 2019). Bien que les dépenses en soins de psychiatrie civile et forensique aient augmenté de 2003 à 2006 aux États-Unis, les dépenses liées aux services forensiques ont augmenté plus drastiquement, passant de 4,3 % à 16,8 % des fonds totaux alloués aux services psychiatriques (Jansman-Hart et al., 2011). Cette tendance internationale peut être expliquée par plusieurs facteurs. En effet, plusieurs pays ont apporté des changements à leur législation sur la santé mentale (*Mental Health Acts*) au cours des années 90. La poursuite du processus de désinstitutionalisation, ainsi que le manque de ressources communautaires, la judiciairisation des comportements des personnes

avec des troubles mentaux et d'abus de substances, la complexification des tableaux cliniques de certains patients, l'attention portée par les médias à la violence chez les personnes qui ont des problèmes de santé mentale et l'intolérance du public vis-à-vis les comportements non conformes sont d'autant plus de facteurs explicatifs (Jansman-Hart et al., 2011 ; Lamb, 2009 ; Priebe et al., 2008 ; Rock, 2001 ; Whitley & Berry, 2013; Whitley & Prince, 2005). Comme nous le verrons plus bas, le Canada n'échappe pas à cette tendance internationale ; avant d'en faire la recension, il est nécessaire de préciser en premier lieu ce que comporte la non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux dans le contexte canadien.

Contexte Juridique Canadien de la Non-Responsabilité Criminelle pour Cause de Troubles Mentaux

Au Canada, une personne « [...] atteinte de troubles mentaux qui la rendaient incapable de juger de la nature et de la qualité de l'acte ou de l'omission, ou de savoir que l'acte ou l'omission était mauvais » ne peut être tenue criminellement responsable en vertu du Code criminel (art 16). C'est ce qui définit légalement la non-responsabilité pour cause de troubles mentaux. Les troubles mentaux sont définis dans le Code criminel comme étant « toute maladie mentale » (art 2). Cette définition comporte certaines exceptions. En effet, les troubles liés à une substance, les troubles addictifs et les psychoses induites par une substance en sont exclus (*Cooper c La Reine*, 1980). Également, la non-responsabilité criminelle pour cause de trouble mentaux se distingue de l'automatisme. En effet, l'automatisme implique une action involontaire et inconsciente et ne relève pas des troubles mentaux (Gouvernement du Canada, 2020b). Nous reviendrons sur cette importante distinction plus loin dans cet ouvrage.

Plusieurs amendements ont été apportés à la législation concernant les troubles mentaux au Canada dans les années 90. Deux causes se démarquent particulièrement en raison de leur influence sur la législation canadienne et sur son interprétation. Premièrement, les droits et libertés des personnes reconnues NCRTM ont été mis de l'avant dans le cas de *R c Swain* (1991). Préalablement, la disposition des personnes reconnues NCRTM relevait du conseil des ministres et donc, elles pouvaient être maintenues en détention à sa discrétion. Cela a été contesté à la Cour suprême du Canada à travers le cas de *R c Swain* (1991). Plusieurs amendements significatifs aux articles concernant les délinquants malades mentaux du Code criminel en ont découlé, notamment une mise à jour de certaines définitions, l'élimination du rôle du conseil des ministres et la transition de comités consultatifs à des instances indépendantes pouvant décider des dispositions (*R c Swain*, 1991). Ces commissions décisionnelles deviendront les Commissions d'examen des troubles mentaux (CETM). Ces commissions d'examen provinciales sont des instances judiciaires (quasi-tribunaux) spécialisées et présidées par un juge ou un avocat qualifié et composées d'au moins trois membres, incluant obligatoirement un psychiatre (*R c Swain*, 1991). Ainsi, à partir de 1992, une audience est tenue afin de décider de la disposition à appliquer et chaque cas de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux est réévalué annuellement par la CETM.

Deuxièmement, le cas de *Winko c. Colombie-Britannique* (1999) a contribué directement à la redéfinition de ce que constitue un risque important pour la sécurité du public. En effet, lors de son audience annuelle à la CETM, il a été jugé que M. Winko pouvait représenter un risque important pour la sécurité du public dans certaines circonstances, le disqualifiant pour une libération inconditionnelle. Ainsi, un doute quant au danger que représente un accusé justifiait de le garder sous l'autorité

de la CETM. Cette décision a également été contestée à la Cour suprême du Canada. En 1999, il a été déclaré que dans l'absence d'une conclusion affirmative que l'accusé représente un risque important pour la sécurité du public, celui-ci doit être libéré inconditionnellement. Un risque important est dorénavant défini comme étant « [...] un risque véritable qu'un préjudice physique ou psychologique soit infligé aux membres de la collectivité, risque qui est grave dans les sens où le préjudice potentiel est plus qu'ennuyeux ou insignifiant. La conduite préjudiciable doit être de nature criminelle. » (*Winko c. Colombie-Britannique*, 1999).

Processus et Critères Juridiques

Il revient à la partie remettant en question l'état mental de l'accusé de prouver que celui-ci souffrait de troubles mentaux au moment de l'infraction et que ceux-ci étaient d'une ampleur telle que ses capacités à juger et à comprendre ses actes en étaient considérablement amoindries (Viljoen et al., 2003). Ainsi, lorsque la défense de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux est présentée à la cour, la séquence à suivre dans le cadre du procès se divise en trois temps (*R v Worrie*, 2019).

Premièrement, il faut déterminer l'*actus reus*, c'est-à-dire si l'accusé a commis l'infraction dont il est accusé. L'*actus reus*, ou l'élément matériel, réfère aux éléments externes et de conduite du crime (Gouvernement du Canada, 2020a). En d'autres termes, il doit être prouvé que l'accusé a bel et bien posé le geste qui constitue l'infraction qui lui est reprochée. Deuxièmement, s'il est déterminé que l'*actus reus* a été commis par l'accusé, il faut ensuite déterminer s'il est criminellement responsable de son acte. Cette étape réfère à la *mens rea*, ou l'élément moral, du crime, c'est-à-

dire aux aspects intentionnels et de compréhension de l'accusé au moment de l'infraction (Gouvernement du Canada, 2020a).

À cette étape-ci, plusieurs éléments sont considérés. En effet, pour exonérer un accusé de sa responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux, deux conditions doivent être remplies : (1) l'accusé présentait, au moment de l'infraction, un trouble mental le (2) rendant incapable de juger de la nature et de la qualité de son acte ou omission, ou de savoir que l'acte ou l'omission était mauvais (*Code criminel*, art 16). S'il a des motifs de croire qu'une telle preuve est nécessaire, le tribunal peut rendre une ordonnance d'évaluation portant sur l'état mental de l'accusé (*Code criminel*, art 672.1(1), 672.11, 672.12). Cette évaluation peut être faite « [...] par un médecin ou toute autre personne désignée par le procureur général comme qualifiée pour faire l'évaluation de l'état mental de l'accusé [...] » (*Code criminel*, art 672.1). Bien qu'il soit de la responsabilité de l'expert psychiatre-légiste d'évaluer l'état mental de l'accusé et de décrire ses implications médicales, il revient au tribunal de déterminer si l'état décrit par l'expert est un trouble mental au sens du Code criminel (Parent, 2008). Lorsqu'il est établi que l'accusé présentait un trouble mental au moment de l'infraction, deux éléments additionnels de la définition juridique doivent être évalués. Le premier se rapporte à la capacité de juger de la nature et de la qualité du geste criminel. Une personne est considérée être capable de juger de la nature et de la qualité de ses actes lorsqu'elle sait ce qu'elle fait et si elle est consciente de ce qu'elle fait et des conséquences matérielles de l'acte (*Kjeldsen c La Reine*, 1981). Les conséquences matérielles font référence, par exemple, aux blessures infligées à la victime. Soulignons que cet élément ne fait pas référence à la capacité de savoir que l'acte ou l'omission est contraire à la loi (*Kjeldsen c La Reine*, 1981) et d'en prévoir les conséquences légales, c'est-à-dire les sanctions pénales qui s'appliquent (Parent,

2008). Juger est donc un processus cognitif plus complexe que de simplement savoir ; il exige une analyse de la situation immédiate et des conséquences futures possibles (*Kjeldsen c La Reine*, 1981). Bref, si juger implique nécessairement la capacité de savoir, l'inverse n'est pas vrai (*Kjeldsen c La Reine*, 1981). Effectivement, le deuxième élément concerne la capacité de savoir si l'acte ou l'omission était mauvais. Un acte est considéré comme étant mauvais lorsqu'il est contraire à la loi (*Kjeldsen c La Reine*, 1981). En ce sens, la notion de savoir que l'acte est de nature illégale est incluse à la définition de la non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux (Parent, 2008). Ainsi, « savoir » n'exige pas une analyse plus complexe que de simplement recevoir l'information (*Kjeldsen c La Reine*, 1981). Pour conclure à la capacité de l'accusé, celui-ci devait savoir au moment du crime, par exemple, qu'il frappait sa victime (savoir) en plus d'être capable d'évaluer et de comprendre qu'il infligeait des blessures graves (juger).

Troisièmement, lorsque et si la non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux de l'accusé est démontrée, il revient au juge (ou au jury) de déterminer quelle infraction a été commise par l'accusé en prenant en considération la *mens rea*. Un accusé recevant un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux n'est pas déclaré coupable ou condamné pour l'infraction commise, toutefois il est reconnu que l'accusé a commis l'infraction (*Code criminel*, art 672.35). La non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux n'est donc ni un acquittement ni une condamnation.

Commission d'Examen des Troubles Mentaux

À la suite d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux et s'il n'est pas libéré d'office par le tribunal, l'accusé tombe sous mandat de

la Commission d'Examen des Troubles Mentaux (CETM). La CETM a pour mandat d'évaluer le risque que l'accusé représente pour la société selon son état mental (*Code criminel*, art 672.54). Trois dispositions sont possibles : (1) la libération inconditionnelle ; (2) la libération sous conditions ; et (3) la détention dans un hôpital. Il est reconnu que chaque CETM provinciale est autonome et opère individuellement dans le cadre de la loi (Latimer & Lawrence, 2006).

La CETM est également chargée de définir les conditions que l'accusé doit respecter dans le cas de sa libération conditionnelle ou de sa détention en milieu hospitalier (*Code criminel*, art 672.54). La CETM a l'autorité d'imposer ces conditions qui peuvent inclure, par exemple, le niveau de sécurité, le degré de privilèges en milieu hospitalier ou en communauté, etc. (Jansman-Hart et al., 2011). Toutefois, la CETM n'a pas l'autorité d'imposer un traitement. Dans le cas d'une détention en milieu hospitalier, l'accusé sera pris en charge par le système de santé plutôt que le système carcéral.

La disposition et les conditions de l'accusé sous la supervision de la CETM sont réévaluées lors d'une audience annuelle. Il est de la responsabilité de la CETM de rendre une disposition qui est, d'une part, la moins sévère et privative de liberté pour l'accusé tout en assurant la sécurité du public, et d'autre part la moins onéreuse (Jansman-Hart et al., 2011). Le Code criminel du Canada (art 672.54) ordonne à la CETM de prendre en considération la nécessité de protéger le public de personnes dangereuses, ainsi que l'état mental, la réintégration sociale et les autres besoins de l'accusé lors des révisions annuelles. Si l'accusé n'est pas considéré représenter un risque important pour la sécurité du public, tel que défini dans *Winko c. Colombie-Britannique* (1999), il doit être libéré de la supervision de la CETM ce qui constitue

une libération inconditionnelle (Jansman-Hart et al., 2011). Dans le cas où l'accusé est jugé représenter un risque important, il peut être libéré sous réserve de modalités (libération conditionnelle) ou être placé en détention dans un établissement de santé mentale (Jansman-Hart et al., 2011). L'accusé restera sous l'autorité de la CETM jusqu'à sa libération inconditionnelle.

La Non-Responsabilité Criminelle pour Cause de Troubles Mentaux au Canada et au Québec en Chiffres

Selon un rapport publié par Latimer & Lawrence en 2006, une augmentation de 102 % du nombre total de cas admis aux CETM provinciales a été observée entre 1992 et 2004. Durant cette période, le Québec a connu une augmentation de 130 % du nombre annuel de cas de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux sous la supervision de sa CETM (Latimer & Lawrence, 2006). Qui plus est, le nombre d'accusés NCRTM en Ontario a augmenté de 5 à 10 % annuellement, ce qui est disproportionné aux taux de croissance de la population et d'arrestations générales entre 1992 à 2004 (Latimer & Lawrence, 2006). Il est intéressant de noter qu'au Canada pour la même période, le taux de libérations inconditionnelles a également augmenté. Toutefois, le nombre de nouveaux accusés était plus élevé chaque année depuis 1992 (Latimer & Lawrence, 2006).

Toujours selon Latimer & Lawrence (2006), cette augmentation ne serait pas due à un plus grand nombre d'accusés. En fait, durant cette même période, les taux d'arrestation et de poursuites judiciaires dans la population générale étaient généralement à la baisse (Seto et al., 2001). Cela indique que les tribunaux sont plus susceptibles de trouver un accusé NCRTM ou que la question des troubles mentaux est présentée plus fréquemment au tribunal. Cette tendance vers le haut s'est accélérée

en 1992-93 concordant avec les révisions au Code criminel concernant les dispositions sur la santé mentale (Seto et al., 2001). Ces chiffres se sont depuis stabilisés. En 2021, 406 personnes ont été reconnues NCRTM au Québec, en comparaison à 376 en 2015 (tribunal administratif du Québec, communication personnelle, 14 novembre 2022). Ces chiffres ont légèrement fluctué dans les dernières années, pour un minimum de 341 en 2020 et un maximum de 488 en 2017. Les libérations inconditionnelles semblent également suivre cette tendance. Par exemple, pour les 406 nouvelles personnes reconnues NCRTM en 2021, 452 autres ont reçu une libération inconditionnelle (tribunal administratif du Québec, communication personnelle, 14 novembre 2022).

À travers l'augmentation du nombre de personnes déclarées NCRTM et soumises à la supervision des CETM provinciales au Canada, le Québec s'est toujours démarqué de par son nombre de cas toujours plus élevé qu'ailleurs au Canada. De 2000 à 2005, le taux de personnes reconnues NCRTM est jusqu'à dix fois plus élevé au Québec en comparaison aux autres provinces canadiennes (Crocker et al., 2015a). Qui plus est, sur une période de 12 ans (1992-2004), 6 802 personnes ont été reconnues NCRTM à travers sept juridictions canadiennes (Île-du-Prince-Édouard, Québec, Ontario, Alberta, Colombie-Britannique, Nunavut Yukon). Le Québec à lui seul comptait 3 378 personnes trouvées NCRTM, soit environ 49,6 % des sept juridictions (Latimer & Lawrence, 2006). Ce pourcentage est disproportionné considérant que la population au Québec ne représentait que 23,6 % de la population canadienne et 27,4 % de la population des sept juridictions en 2004 (Statistique Canada, 2023).

Notons toutefois que le taux de personnes reconnues NCRTM au Québec n'est pas dû à un taux de criminalité plus élevé. En 2004, le taux de criminalité pour l'ensemble des infractions au Code criminel, excluant les délits de la route, est plus faible au Québec en comparaison à l'Ontario et la Colombie-Britannique, soit 406 594 ; 675 109 et 506 822, respectivement (Statistique Canada, 2022). Cette tendance se maintient en 2021.

Dans le même ordre d'idée, le taux de troubles mentaux n'est pas considérablement plus élevé au Québec en comparaison aux autres provinces canadiennes. Par exemple, 33,9 % des diagnostics principaux de trouble mental émis en milieu psychiatrique pour la période 2009-2010 au Québec correspondaient aux troubles schizophréniques et psychotiques. La moyenne nationale se situe à 31,3 %, allant de 19,4 % (Terre-Neuve-et-Labrador) à 69,8 % (Colombie-Britannique) (Institut canadien d'information sur la santé, 2012). Il semblerait donc que le taux plus élevé de personnes reconnues NCRTM au Québec est dû à d'autres facteurs. Bien que cette différence avec le reste du Canada n'ait pas encore été expliquée empiriquement, nous pouvons supposer des différences provinciales dans le déploiement des ressources communautaires de déjudiciarisation, les pratiques de négociations entre avocats et préprocès, les articles de lois des codes civils sur les soins sous contrainte et les pratiques liées à l'évaluation de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux par les experts psychiatres-légistes.

Les Personnes Reconnues Non Criminellement Responsable pour Cause de Troubles Mentaux

Crocker et ses collègues (2015b) ont analysé les caractéristiques psychosociales et criminologiques de 1800 personnes reconnues NCRTM à travers

trois provinces canadiennes (Québec, Ontario, Colombie-Britannique). L'échantillon était composé de 84,4 % d'hommes et était âgé en moyenne de 36 ans. Environ 50 % des individus détenaient un diplôme d'études secondaires, 83 % étaient célibataires et 66 % sont nés au Canada. Les crimes contre la personne représentaient 64,9 % de toutes les infractions répertoriées, ce qui inclut les homicides et/ou les tentatives d'homicide (6,9 %), les infractions sexuelles (2,3 %), les agressions (26,5 %), la privation de liberté (1,8 %) et les menaces et/ou autres infractions contre la personne (27,4 %). Parmi ces délits, 53,3 % des victimes étaient des hommes et les membres de la famille étaient les victimes les plus courantes (33,7 %). De l'échantillon total, 49,2 % des individus avaient été précédemment reconnu NCRTM.

Toujours selon la même étude (Crocker et al., 2015b), 94 % de l'échantillon avait un diagnostic de trouble mental sévère au moment de leur verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux dont 70,9 % et 30,8 % présentaient un trouble psychotique et un trouble de l'abus de substance concomitant, respectivement. Au moment du délit commis, 57,6 % présentaient une symptomatologie psychotique (hallucinations = 19,8 % ; délires = 46,1 %). De plus, parmi l'échantillon total, 1 051 individus (72 %) ont été hospitalisés en psychiatrie au moins une fois avant l'infraction répertoriée, pour une moyenne de deux hospitalisations.

Les Conséquences de Recevoir un Verdict de Non-Responsabilité Criminelle pour Cause de Troubles Mentaux

Un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux est lourd de conséquences pour la personne qui le reçoit. En effet, cette population fait face à de multiples difficultés, tant dans son parcours hospitalier qu'une fois libérée

inconditionnellement. La population forensique fait face à une double stigmatisation : non seulement est-elle vulnérable à la stigmatisation en lien à son état mental, elle est également stigmatisée en raison de son dossier criminel. Une étude qualitative indique que de porter l'étiquette « forensique » augmente l'exposition au stigma (Livingston, Rossiter, & Verdun-Jones, 2011). De plus, l'autostigma, qui survient lorsqu'une personne stigmatisée internalise les attitudes sociales stigmatisantes à son égard (Link & Phelan, 2001), prédit des symptômes psychiatriques plus sévères et un historique d'incarcération et d'itinérance chez les patients forensiques (Livingston, Rossiter, & Verdun-Jones, 2011).

De surcroît, pour une infraction moins sévère qu'un homicide ou une tentative d'homicide, un patient forensique sera détenu à l'hôpital considérablement plus longtemps qu'une personne incarcérée en milieu carcéral ou hospitalisée en psychiatrie générale (Harris, Rice & Cormier, 1991; Martin et al., 2022). Un patient forensique sera également détenu sans terme fixe puisque sa libération dépend entièrement de l'évaluation de la CETM du risque qu'il représente pour la société. En fait, pour un même crime, 30 % des accusés NCRTM sont encore en détention après trois ans en comparaison à 5 % des accusés reconnus criminellement responsable, en plus d'être trois fois moins susceptibles d'être libérés inconditionnellement (Martin, 2019). Cela est d'autant plus étonnant considérant que le taux de récidive trois ans après leur libération pour les accusés NCRTM est beaucoup moins élevé en comparaison aux détenus et aux détenus traités pour troubles de santé mentale, soit 17 % ; 34 % ; et 70 % respectivement (Charette et al., 2015 ; Serin, Mailloux & Hucker, 2000 ; Villeneuve & Quinsey, 1995).

L'Évaluation Clinique

Opérationnalisation des Critères Juridiques

Les critères juridiques entourant la non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux ne s'opérationnalisent pas directement au contexte de l'évaluation clinique. Par exemple, dans le cas de *Kjeldsen c La Reine* (1981), les experts psychiatres-légistes avaient une compréhension plus large de la capacité de juger, ajoutant à la définition juridique la capacité de prévoir et de comprendre les réactions subjectives et émotives des personnes touchées par l'acte. En effet, l'interprétation des experts psychiatres-légistes dans le cas de *Kjeldsen c La Reine* (1981) incluait les psychopathes, alors que la définition juridique les excluait. Cet exemple illustre l'influence décisive que l'interprétation des critères juridiques a sur les recommandations et les verdicts de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux.

Des lignes directrices pour l'évaluation psychiatrique de la responsabilité criminelle au Canada ont récemment été publiées par l'*Académie canadienne de psychiatrie et droit* (Ramshaw et al., 2023). Ce guide offre des lignes directrices autant pour la rédaction des rapports et les sections à inclure (raison de l'évaluation, historique légal, historique médical et psychiatrique, etc.) que sur la tenue des entrevues d'évaluation (cadre physique, style d'entrevue, méthode d'enregistrement, contenu, etc.) Le format de ces rapports peut cependant varier selon les provinces (Ramshaw et al., 2023). De plus, l'*Académie canadienne de psychiatrie et droit* indique que l'analyse de la NRCTM s'articule selon cinq questions évaluées individuellement : (1) l'accusé souffrait-il d'un trouble mental au moment du crime?; (2) quels symptômes et handicaps fonctionnels découlaient du trouble mental au

moment du crime?; (3) les symptômes et handicaps fonctionnels ont-ils interférés avec la capacité de l'accusé de juger de la nature et de la qualité de l'acte ou de l'omission?; (4) les symptômes et handicaps fonctionnels ont-ils interférés avec la capacité de l'accusé de savoir que l'acte ou l'omission était mauvais?; (5) et les symptômes et handicaps fonctionnels ont-ils eu une incidence sur la capacité de l'accusé à prendre des décisions rationnelles au moment du crime? (Ramshaw et al., 2023). À notre connaissance, il s'agit des premières lignes directrices et document officiel publiés au Canada et guidant l'opérationnalisation des critères juridiques à l'évaluation clinique de la responsabilité criminelle. Ce guide se veut informatif et ne prescrit en aucun cas une structure obligatoire à suivre lors de ces évaluations. En ce sens, ce guide ne présente pas toutes les pratiques d'évaluation de la responsabilité criminelle couramment utilisées au Canada.

L'Expert Psychiatre-Légiste

L'évaluation de la NRCTM relève du registre légal et non pas médical; l'expert psychiatre-légiste est donc appelé à donner un avis psychiatrique selon le cadre législatif canadien (Ramshaw et al., 2023). Soulignons également que bien que le Code criminel spécifie qu'une évaluation de la responsabilité criminelle peut être faite « [...] par un médecin ou toute autre personne désignée par le procureur général comme qualifiée pour faire l'évaluation de l'état mental de l'accusé [...] » (*Code criminel*, art 672.1), en pratique, seuls les psychiatres-légestes sont autorisés à le faire (Pouls et al., 2022).

Le rôle d'un expert psychiatre-légiste dans l'évaluation de la responsabilité criminelle d'un individu est de retracer de manière rétrospective les éléments cognitifs, affectifs, motivationnels et psychopathologiques du comportement de

l'accusé au moment du délit (Ogloff, Roberts & Roesch, 1993). Pour ce faire, l'expert doit explorer plusieurs aspects contextuels, comme les antécédents psychosociaux, l'état mental actuel et au moment du délit de l'accusé (Ogloff, Roberts & Roesch, 1993). Généralement, trois sources d'information supportent l'évaluation de l'expert : l'entrevue avec le patient, les outils d'évaluation psychométrique et les renseignements provenant de tierces parties, notamment les rapports de police, les dossiers médicaux et psychiatriques antérieurs, etc. Spécifions que, contrairement à la plupart des évaluations effectuées par des professionnels de la santé mentale, celle de la responsabilité criminelle n'a pas comme objectif d'examiner les besoins de traitement ou de la traitabilité de la personne évaluée (Viljoen et al., 2003), mais de déterminer l'état mental de l'accusé au moment de la commission du délit.

La nature rétrospective de cette évaluation présente d'importants défis pour l'expert psychiatre-légiste. En effet, même si l'état mental de l'accusé avant et pendant la commission du crime lui est parfaitement rapporté, l'expert doit malgré tout interpréter l'intention du comportement de l'accusé (Ogloff, Roberts & Roesch, 1993). En réalité, l'information reçue par l'expert est rarement factuelle. Effectivement, l'évaluation se déroule souvent plusieurs semaines ou mois après la commission du crime. En ce sens, un accusé sera souvent traité avec une médication antipsychotique à la suite de son arrestation et avant l'évaluation psychiatrique de sa responsabilité criminelle. Ceci pourrait affecter la capacité de l'accusé de se remémorer et de décrire fidèlement son état mental avant le début du traitement antipsychotique (Zapf et al., 2013). En effet, l'expert doit explorer avec l'accusé ses pensées, perceptions, expériences, attitudes et comportements durant la période entourant la commission du crime (Zapf et al., 2013). Cela constitue un enjeu

considérable puisque la nature et la qualité du processus cognitif de l'accusé sont centrales à l'évaluation de son état mental au moment du crime (Zapf et al., 2013).

De plus, considérant que la population évaluée présente des enjeux de santé mentale importants, il est possible que leur narration des événements ne soit pas fiable ou ancrée dans la réalité. En ce sens, l'évaluation des idées délirantes et des symptômes psychotiques est particulièrement importante. Étonnamment, il existe peu d'études empiriques et de pratiques standardisées portant sur l'évaluation des croyances délirantes en milieu forensique (Zapf et al., 2013). Cette lacune dans les connaissances crée sans aucun doute une zone grise dans l'évaluation de la responsabilité criminelle et ouvre la porte à la subjectivité clinique.

De surcroît, les accusés évalués font face à des conséquences judiciaires considérables, ce qui pourrait les inciter à moduler leurs récits à leur avantage. Une étude menée en Espagne (Fariña, Arce & Novo, 2004) a montré que 56,2 % des participants (N=80) ont su simuler au moins un trouble de santé mentale pendant une entrevue dans le but d'éviter d'être reconnu criminellement responsables. Cependant, la mesure de constance entre les résultats générés à l'aide d'un outil psychométrique et d'une entrevue est une bonne stratégie de détection du simulacre. En effet, toujours selon cette étude, cette mesure permet de détecter 70,1 % et 64,3 % des faux paranoïaques et schizophrènes, respectivement (Fariña, Arce & Novo, 2004).

L'évaluation du simulacre est particulièrement délicate. D'un côté, si le simulacre n'est pas détecté, l'accusé pourrait éviter d'être tenu criminellement responsable du crime commis. De l'autre, si l'expert détecte du simulacre alors que l'accusé présente réellement un trouble de santé mentale, ce dernier serait victime d'injustice et n'aurait pas accès au traitement psychiatrique dont il a besoin (Resnick, 1999).

Enfin, l'expert psychiatre-légiste doit évaluer et juger la pertinence et la qualité de plusieurs sources d'informations (rapports de police, évaluations psychiatriques antérieures, convictions antérieures, etc.) afin d'établir un portrait de l'état mental de l'accusé au moment de la commission du crime (Ogloff, Roberts & Roesch, 1993).

Tel que rapporté par Viljoen et al. (2003), l'accord interjuges d'évaluations de responsabilité criminelle basées sur le jugement clinique varie considérablement à travers les études (Fukunaga et al., 1981 ; Phillips, Wolf & Coons, 1988 ; Stock & Poythress, 1979 ; Raifman, 1979). Nous pouvons supposer que ces différences peuvent être dues à différents facteurs tel le contexte juridique, quelle partie demande l'évaluation (défense vs. procureur), mais également la nature rétrospective de l'évaluation. De plus, il importe de souligner les difficultés méthodologiques propres à la recherche portant sur les évaluations de responsabilité criminelle. En effet, ces difficultés pourraient être dues à l'absence d'une épistémologie commune concernant le concept d'aliénation mentale (Rogers & Ewing, 1992). Bien que les concepts de troubles mentaux et de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux soient définis dans le Code criminel canadien, leur opérationnalisation n'est pas prescrite par la loi.

Jugement Clinique

La littérature suggère qu'il existe plusieurs facteurs pouvant limiter la fidélité du jugement clinique, indifféremment du contexte (Borum, Otto & Golding, 1993). En effet, Borum, Otto & Golding (1993), identifient neuf types de biais et d'erreurs de jugement possibles dans l'évaluation forensique, notamment le biais de confirmation, le biais rétrospectif, l'excès de confiance et le biais lié à la mémoire. De surcroît, les

caractéristiques des cliniciens, notamment les biais personnels, l'interprétation du cadre législatif et les risques perçus, agissent également sur l'objectivité des évaluations (Miller & Brodsky, 2011). Ces biais, erreurs de jugement et caractéristiques personnelles, influencent nécessairement les trajectoires de soins des patients forensiques (Miller & Brodsky, 2011). Par exemple, une étude portant sur l'évaluation du risque de violence, les auteurs ont rapporté qu'un haut niveau de confiance des cliniciens dans leur évaluation est associé à un niveau de précision moins élevé (Desmarais et al., 2010). Une autre étude rapporte que les cliniciens jugent plus positivement les changements liés au risque de violence que les scores obtenus à un instrument (Schuringa, Spreen & Bogaerts, 2021). Considérant que l'évaluation de responsabilité criminelle implique des enjeux de sécurité publique et de droits et libertés de la personne, des erreurs de jugement peuvent avoir de graves conséquences non seulement pour la communauté, mais également pour le patient. En effet, lors de l'audience annuelle à la CETM, une évaluation sous-estimant le risque de violence et de récidive d'un individu pourrait compromettre la sécurité publique. Ce décalage peut surcharger les habiletés d'adaptation du patient, ce qui peut éventuellement mener à un risque de violence augmenté (Schuringa, Spreen & Bogaerts, 2021). Inversement, si un individu est injustement reconnu criminellement responsable malgré ses troubles de santé mentale, il pourrait être dirigé en milieu carcéral où les programmes de traitement sont moins accessibles. De plus, tel que rapporté par Rock (2001), le risque pour les détenus présentant un trouble de santé mentale de devenir une victime en milieu carcéral, de vivre une décompensation et une détérioration de leur état est particulièrement élevé.

L'Évaluation de la Responsabilité Criminelle aux États-Unis

Le R-CRAS (*Rogers Criminal Responsibility Assessment Scales*) est un outil américain développé en 1984 et visant à apporter une approche systématique et empirique aux évaluations de responsabilité criminelle. Le R-CRAS est conçu afin de quantifier certaines variables psychologiques et situationnelles au moment du crime et afin de mettre en place des modèles de décision basés sur des critères objectifs. L'outil permet au clinicien de quantifier la déficience au moment du crime, à conceptualiser cette déficience en lien aux standards légaux appropriés et à rendre une opinion experte à l'égard de ce standard légal (Rogers, 1984). Plusieurs études soutiennent sa validité et sa fiabilité (Rogers, Dolmetsch, & Cavanaugh, 1981 ; Rogers, Seman & Clark, 1986 ; Rogers & Sewell, 1999 ; Rogers, Wasyliv & Cavanaugh, 1984). Le R-CRAS comprend 25 variables regroupées en cinq domaines de la psychologie légale : la fiabilité du compte rendu, l'organicité, la psychopathologie, le contrôle cognitif et le contrôle comportemental (Ogloff, Roberts & Roesch, 1993). Toutefois, le R-CRAS a été validé spécifiquement pour le standard de « folie » (*insanity*) du *American Law Institute* (Rogers, 1984) et ne s'applique donc pas directement à la législation canadienne.

État de la Littérature : Facteurs Associés aux Recommandations

Bien que la littérature semble limitée, particulièrement au Canada, quelques études font état de certains facteurs influençant la prise de décision d'experts psychiatres dans l'évaluation de la responsabilité criminelle. Selon une étude menée par Daniel et al. (1984) aux États-Unis portant sur 120 participants accusés d'une infraction pénale et référés à une unité de haute sécurité, cinq variables étaient fortement associées à une recommandation de non-responsabilité criminelle par les

psychiatres : (1) les comportements étranges manifestés au moment du délit perturbant la compréhension et (2) le contrôle volontaire ; (3) la présence de symptômes hallucinatoires et délirants ; (4) un diagnostic de trouble psychotique ou (5) de schizophrénie. Lors des évaluations psychiatriques des participants, les psychiatres étaient appelés à considérer plusieurs catégories d'information, telle que les données sociodémographiques, le profil criminel, les caractéristiques de la victime, les antécédents psychiatriques, les modes comportementaux au moment du crime, l'état mental au moment de l'évaluation et le diagnostic psychiatrique selon le DSM-III (Daniel et al., 1984). Les modes comportementaux au moment du crime évalués étaient : (1) comportement étrange prolongé (plus d'un mois); (2) comportement irrationnel inhabituel (moins d'un mois); (3) comportement irrationnel épisodique en lien à l'abus de substance; (4) troubles convulsifs; et (5) retard mental (Daniel et al., 1984). Ensuite, une autre étude américaine visant à analyser les variables cliniques et légales prédisant une recommandation clinique de « folie » a démontré qu'avoir complété des études secondaires, la race de l'individu ainsi que des arrestations antérieures pour les mêmes charges que l'infraction répertoriée, étaient associés à une recommandation clinique de non-responsabilité criminelle (Rogers, Seman & Stampley, 1984).

Mandarelli et al. (2019) ont analysé 302 dossiers de patients forensiques en Italie dans le but d'examiner le rôle des caractéristiques sociodémographiques, psychopathologiques et criminologiques sur les décisions psychiatriques de responsabilité criminelle et de dangerosité. Les auteurs ont trouvé que la présence de symptômes positifs, de symptômes négatifs et l'excitation/la désorganisation maniaque étaient associée à des évaluations de non-responsabilité criminelle (Mandarelli et al., 2019). Il est important de noter que l'évaluation de ces symptômes

s'est faite de manière à les considérer au moment de l'évaluation et non pas au moment du crime. Les résultats de l'étude suggèrent donc que les caractéristiques observées lors de l'évaluation forensique exercent une influence sur la décision de l'expert vis-à-vis la responsabilité criminelle de l'individu (Mandarelli et al., 2019).

Kois et Chauhan (2018) ont mené une méta-analyse de 15 études portant sur les prédictors légaux et cliniques de responsabilité criminelle. Neuf variables ont été identifiées comme étant associées à une opinion clinique et/ou un verdict de non-responsabilité criminelle : l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, l'emploi, l'historique de traitement (comme indicateur de la sévérité du trouble mental), le diagnostic, l'historique criminel, ainsi que des évaluations et des jugements antérieurs d'inaptitude à subir son procès (Kois & Chauhan, 2018). La race, le statut marital et les infractions violentes n'étaient pas associés à l'évaluation ou au verdict de responsabilité criminelle (Kois & Chauhan, 2018).

État de la Littérature : Facteurs Associés aux Verdicts

Quelques études américaines identifient certains éléments pouvant influencer la décision rendue par le juge ou le jury. En effet, l'état mental de l'accusé au moment du procès, le type de trouble mental, le sexe de l'accusé et le témoignage d'un clinicien senior (Hilton & Simmons, 2001 ; Mossière & Maeder, 2016 ; Whittemore & Ogloff, 1995) sont des facteurs influençant le verdict émis à la cour. Selon Jeffrey, Pasewark & Bieber (1988), une évaluation psychiatrique de « folie » et un diagnostic de schizophrénie sont positivement corrélés à un verdict de non-responsabilité criminelle alors que les troubles d'abus de substance et de personnalité le sont inversement. Selon Ajoku (2015), la colère vécue par les membres du jury, lors d'une étude de style simulation de jury, vis-à-vis un cas de NRCTM exercerait une influence

sur le degré punitif du jugement et même sur le choix du verdict. De surcroît, une autre étude identifie les attitudes et biais négatifs du jury vis-à-vis la défense de NRCTM ainsi que la race du défendant comment étant prédictifs d'un verdict de responsabilité criminelle (Bolin, 2019). Tsao (2015) a identifié des facteurs similaires. En effet, la cohérence de la défense de NRCTM, l'endossement de mythes, ainsi que les attitudes et les perceptions vis-à-vis le défendant contribueraient au choix du verdict dans un échantillon de 380 personnes admissibles à la fonction de jury (Tsao, 2015). D'autres facteurs ont été analysés à travers les années, notamment l'état mental de l'accusé au moment du procès, les caractéristiques sociodémographiques, le type de crime commis, le type de victime, les antécédents d'arrestations, etc. (Cirincione, Steadman & McGreevy, 1995, Jeffrey, Pasewark & Bieber, 1988; Whittemore & Ogloff, 1995).

Shiina et al. (2021) ont récemment identifié deux facteurs importants dans l'évaluation de la cour de la responsabilité criminelle des accusés au Japon. Premièrement, un individu sera considéré comme criminellement responsable lorsque sa motivation à commettre l'infraction n'est pas comprise par la cour. Deuxièmement, si le déroulement de l'infraction est cohérent, la cour sera plus encline à juger l'accusé comme étant criminellement responsable. De plus, si l'accusé savait au moment du crime que son geste était illégal, la cour serait plus susceptible de le trouver criminellement responsable.

En résumé, plusieurs études ont identifié au cours des années divers facteurs associés aux recommandations et aux verdicts de NRCTM, notamment les comportements étranges manifestés au moment du délit perturbant la compréhension, la présence de symptômes hallucinatoires et délirants, un diagnostic de trouble

psychotique ou de schizophrénie, avoir complété des études secondaires, la race de l'individu ainsi que des arrestations antérieures pour les mêmes charges que l'infraction répertoriée, l'âge, le sexe, l'emploi, l'historique de traitement, des évaluations et des jugements antérieurs d'inaptitude à subir son procès, l'état mental de l'accusé au moment du procès, le témoignage d'un clinicien senior, le type de crime commis, le type de victime, etc. (Cirincione, Steadman & McGreevy, 1995; Daniel et al., 1984; Hilton & Simmons, 2001; Jeffrey, Pasewark & Bieber, 1988; Kois & Chauhan, 2018; Mossière & Maeder, 2016; Rogers, Seman & Stampely, 1984; Whittemore & Ogloff, 1995). L'absence de consensus à travers les études peut s'expliquer de plusieurs façons : les contextes socioéconomiques différents, le cadre législatif unique à chaque pays, les changements apportés à la loi au cours des années, les différentes méthodologies utilisées pour étudier le phénomène, les différences des pratiques psychiatriques, etc. Si la littérature actuelle ne nous permet pas de tirer de conclusions claires, elle nous renseigne toutefois sur le manque flagrant d'études sur le sujet au Canada. La présente étude a donc pour objectifs de mieux comprendre les facteurs associés aux recommandations d'experts psychiatres-légistes et aux verdicts rendus à la cour de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux au Canada, et d'en examiner le taux d'accord.

Contribution des auteurs

Évelyne Gratton a assuré un rôle central dans la conceptualisation du présent mémoire, dans l'élaboration de sa méthodologie, dans sa demande d'approbation éthique, dans sa collecte de données, dans l'analyse statistique des résultats, dans la rédaction de l'article scientifique ainsi qu'un rôle partagé dans la révision du mémoire et de l'article.

Anne Crocker, professeure titulaire au département de psychiatrie et d'addictologie à l'Université de Montréal, a assuré un rôle de supervision principale de l'étudiante et l'a soutenue à toutes les étapes du projet.

Tamsin Higgs, professeure adjointe au département de psychologie à l'Université de Montréal, a assuré un rôle de co-supervision de l'étudiante et l'a soutenue à toutes les étapes du projet.

Chapter 2 — Article

To be Submitted to the International Journal of Forensic Mental Health Services

Title page

Full article title: Not criminally responsible on account of mental disorder: factors associated with expert recommendations and court verdicts

Authors' complete name and institutional affiliation(s):

Évelyne Gratton

Université de Montréal, Department of Psychology, Québec, Canada

Anne Crocker

Université de Montréal, Department of Psychiatry & Addictions and School of
Criminology, Québec, Canada

Tamsin Higgs

Université de Montréal, Department of Psychology, Québec, Canada

Ethical statement

Conflict of interest: The three authors declare no conflict of interest.

Ethical approval: All procedures performed in the present study were in accordance with the ethical standards of the institutional and national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

Corresponding author: Anne Crocker, Director of Research & Academics, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, 10905 Henri-Bourassa blv East, Montreal, Quebec, H1C 1H1 anne.crocker@umontreal.ca

Abstract

The goal of the present study was to better understand the current clinical operationalization and legal application of section 16 of the Canadian Criminal Code pertaining to criminal responsibility in Quebec. To do so, we examined sociodemographic, criminological and psychological factors associated with not criminally responsible on account of mental disorder (NCRMD) expert recommendations and court verdicts. Logistic regression models showed that disorganized cognition and psychosis-associated loss of control at the time of the offence, as well as having prior NCRMD verdicts, are predictive of a psychiatric recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder. Additionally, not having information regarding the presence or absence of delusional ideation was associated with receiving a verdict of NCRMD. The implications of the present study were discussed.

Keywords: Not criminally responsible on account of mental disorder, forensic assessment, Canadian Criminal Code, mental disorder, criminality

Introduction

In recent years, the media has reported on cases where a person with severe mental illness committed a serious offence and was found not criminally responsible on account of mental disorder (NCRMD). There is ongoing public debate as to why the NCRMD defense is used and for whom. Surprisingly, little research has explored the actual factors associated with psychiatric recommendations and verdicts of NCRMD. In Canada, “No person is criminally responsible for an act committed or an omission made while suffering from a mental disorder that rendered the person incapable of appreciating the nature and quality of the act or omission or of knowing that it was wrong” (*Criminal Code*, art 16).

A judge may order a psychiatric assessment whenever the mental state at the time of the offence of a defendant is called into question (*Criminal Code*, art 672.11). The role played by psychiatrists in assessing criminal responsibility is complex and requires nuance. Indeed, they must retrospectively analyze the cognitive, affective, motivational, and psychopathological factors that might have contributed to the accused’s behaviour at the time of their offence (Ogloff, Roberts & Roesch, 1993). In doing so, psychiatrists must consider the relevant aspects of the defendants’ psychosocial history as well as their current mental state relative to that at the time of the offence (Ogloff, Roberts & Roesch, 1993). They must also carefully weigh the relevance and reliability of information derived from a variety of sources (police reports, previous psychiatric evaluations, prior convictions, etc.; Ogloff, Roberts & Roesch, 1993). Often, the retrospective nature of such psychiatric assessments complicates the task of drawing a coherent clinical portrait of a defendant’s mental state at the time of the offence. Not only is the reported information fragmentary and

rarely factual but the psychiatric assessment usually takes place several weeks or even months after the commission of the crime, a period during which defendants may experience severe mental distress, requiring in many cases medication that can blur the severity of psychiatric symptomatology and preclude a clear diagnosis (Zapf et al., 2013).

Over the years, studies have identified a number of factors that may be associated with psychiatrists' recommendations and court verdicts of NCRMD. Several American studies point to the defendant's mental state during the court proceedings, the type of mental disorder diagnosed, the defendant's sex, the testimony of a senior clinician, and a schizophrenia diagnosis as factors that were influential in a judge's decision (Hilton & Simmons, 2001; Jeffrey, Pasewark & Bieber, 1988; Mossière & Maeder, 2016; Whittemore & Ogloff, 1995). Additionally, in a meta-analysis of 15 American studies on predictors of criminal responsibility, nine variables were identified as being associated with a clinical assessment and/or a court verdict of non-criminal responsibility: age, sex, education level, employment, treatment history (as a proxy for severity of mental illness), diagnosis, criminal history, competency evaluation history and incompetency history (Kois & Chauhan, 2018). Factors identified as being associated with a psychiatric recommendation of NCRMD include bizarre behaviour manifested at the time of the offence that implied impaired understanding and volitional control, presence of hallucinatory and/or delusional symptoms, current diagnosis of psychotic disorder or schizophrenia, prior history of schizophrenia, completing high school, race, and prior arrests for similar offences, positive and negative symptoms, as well as manic excitement/disorganization (Daniel et al., 1984; Mandarelli et al., 2019; Rogers, Seman & Stampely, 1984).

Lastly, as we have seen, psychiatric opinions have been found to be associated with verdicts of NCRMD (Hilton & Simmons, 2001; Kois & Chauhan, 2018). Indeed, several studies showed over the years that forensic opinions and judicial decisions often had agreement rates greater than 90% (Greenberg & Wursten, 1988; Hecker & Steinberg, 2002; Warren et al., 2006; Zapf et al., 2004). However, studies of forensic determination of criminal responsibility have shown that clinical judgment is saddled with significant shortcomings. Biases and errors of interpretation—notably confirmatory bias, hindsight bias, overconfidence, and overreliance on memory—have real potential to limit the reliability of clinical judgment (Borum, Otto & Golding, 1993). This highlights the importance of understanding factors associated with a psychiatric recommendation of NCRMD, and ultimately associated with the court’s decision.

The above serves to highlight some of the inconsistencies, and indeed contradictions, that sometimes arise regarding the factors on which psychiatrists base their recommendations of non-criminal responsibility and those ultimately considered by courts in reaching their verdict. In Canada, this situation is arguably reflective of the fact that there are no standardized or structured tools for assessing criminal responsibility. While the legal framework of criminal responsibility may be well defined, it is becoming increasingly clear that its clinical operationalization is lacking. Importantly, though, to our knowledge, there have been no recent studies on this issue in Canada. Thus, the aims of the study described here was to identify what factors are associated with psychiatrists’ recommendations and verdicts of NRCTM in the province of Québec, Canada.

Objectives

The objectives of the current study were to: (1) identify sociodemographic, criminological, and mental state factors associated with psychiatrists' recommendations of non-criminal responsibility on account of mental disorder; (2) identify factors associated with verdicts of non-criminal responsibility on account of mental disorder; and (3) evaluate the level of agreement between psychiatrists' recommendations and court verdicts.

Hypotheses

We posited that:

1. Positive symptoms of schizophrenia or other psychotic disorders, such as delusional symptoms and bizarre behaviour, as well as offences against the person are predictive of a psychiatric recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder.
2. A history of NCRMD verdicts and the severity of the offence are predictive of a court verdict of non-criminal responsibility on account of mental disorder.
3. There is a high agreement rate between psychiatrists' recommendations and court verdicts.

Method

Design and Sample

This was a retrospective study of a random sample (N = 100) of all 435 court-ordered NCRMD assessments of people aged 18 years or older conducted at the

Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel (INPL-PP) in the 2017 fiscal year. This period was chosen to ensure that court verdicts concerning the defendants' criminal responsibility were rendered for each of the cases analyzed here. When not documented in the psychiatric file, verdicts were obtained from the court dockets at the Montréal provincial courthouse. Ten verdicts were not retrievable due to administrative issues (courthouse transfers, misspelled names, etc.). Moreover, 13 additional verdicts were coded as "other" (acquittals or dismissals) and excluded from the analysis to keep the dependent variable dichotomous, resulting in a sample of 77 verdicts.

Sample Characteristics

Table 1 shows the sample was overwhelmingly male with an average age of 36 years, ranging from 18 to 72 (SD= 13.63). No gender-diverse patients were reported among the sample. Ethnicity was mentioned in only 50% of the accused's files, while almost half were Caucasian (23%), 15% were Black, 6% were Arabic, 2% were Hispanic, 2% were Asian, 1% were Indigenous and 1% were classified as "other". The majority of the sampled accused had welfare as their main source of income (58%) and had a fixed domicile (66%). Almost half (43%) of the sample had a primary diagnosis of schizophrenia and other psychotic disorders and over half (56%) committed a crime against the person.

Procedure and Measures

Data was coded from INPL-PP medical files, using the Open Architecture Clinical Information System (OACIS). The primary source of information was the court-ordered criminal responsibility psychiatric report of the accused. Other sources

of information, such as previous psychiatric reports, court documents, and medical notes, were consulted when necessary and available in the medical file. Verdicts were obtained from court dockets at the provincial courthouse.

The dependent variables, psychiatric recommendations, and the court verdicts that followed, were each recorded dichotomously (NCRMD vs. criminally responsible). A coding protocol was devised to organize 37 independent variables in four categories (see annex A):

Sociodemographic Data. Sex; age at the time of the evaluation; ethnicity; source of income; highest education level reached (with or without a diploma); housing type preceding his or her arrest, marital status.

Criminological Data. Criminal history (criminal act with or without a lawsuit, arrest, conviction, or institutionalization); history of NCRMD verdicts (one or more prior verdict of NCRMD); history of violent physical behaviour; history of violent verbal behaviour; history of psychological violent behaviour; type of index offence (as per the Canadian Criminal Code); criminal diversity (how many types of criminal acts has the individual committed prior to the index offence); victim's sex (male, female, both or non-applicable); victim's age (adult, minor, both or non-applicable); relation to the victim (known, unknown, both or non-applicable); and accountability and recognition of the crime (does he or she admits committing the index offence and takes accountability?) We subsequently created an additional variable for the offence severity using the type of index offence and the Crime Severity Index (Statistics Canada, 2009).

Mental Health Data. History of substance abuse (self-reported and/or clinically documented in the last five years); psychiatric history (psychiatric problems identified by a mental health professional); primary psychiatric diagnosis (as per the DSM-5; the predominant mental disorder identified by the psychiatrist in his or her evaluation); history of compliance with medical treatment (medication, program participation and retention, treatment plan compliance, etc.); hallucinations (sensory perception in the absence of a corresponding external or somatic stimulus); delusional ideation (beliefs based on incorrect inferences about reality and maintained despite contradictory evidence); violent behaviour (brutal, impulsive and aggressive behaviour); strange/inappropriate behaviour (behaviour that is clearly out of context with the observable situation); depressed mood (general feeling of dysphoria, a profound state of unease or dissatisfaction); manic/expansive mood (abnormally elevated and expansive mood, a “high” that is not justified by the situation); inappropriate/volatile affect (emotions that are incongruous and discordant with the person’s discourse and situation); cognitive disorganization (disorganized thoughts and speech, normal cognitive functions are perturbed); and intoxication at the time of the offence

R-CRAS-derived Additional Variables. R-CRAS variables that are applicable to Canada’s legislative context were taken directly from the manual or adapted where necessary. General level of anxiety (general measure of anxiety; does not include anxiety related to the index offence and its consequences); degree of planning and preparation (planning refers to the intent of carrying out the criminal behaviour; preparation refers to the purposeful activity which is consistent with the planning); level of activity at the time of the offence (the physical activity while carrying out the actual crime); responsible social behaviour (work or academic

performance, and social relationships at least one week prior to the index offence), and psychosis-induced loss of control (was the loss of control over the criminal behaviour a result of psychosis? Loss of control refers to psychological decompensation, distress, and dysregulation).

Following the coding protocol, we recorded a variable as “no information” if it was not mentioned or was unavailable in the medical files or court dockets. Coding of each file was performed independently by the first author and a trained research assistant. This was done first on a sub-sample of 10 cases to establish inter-rater reliability for the definition and codification rule ascribed to each variable; definitions were adjusted until the two researchers coded in the same way. Since the data could not be collected with the prior consent of the defendants concerned, authorization was obtained from the Director of Professional Services as per ethics regulations. Ethics certificate was obtained.

Analytical Strategy

Firstly, preliminary bivariate analyses were conducted to identify the variables to be included in the logistical regression models for the first and second objectives. These analyses uncovered, for each of the two models, 12 and 11 variables, respectively, that were significantly correlated with the dependent variables. Given that a maximum of 10 case files per variable were required to maintain sufficient statistical power for the multivariate analyses, variables were also theoretically appraised for their relevance to the research objectives. Selection of the variables that were ultimately included in the statistical models was therefore informed by statistical constraints as well as previous research, the process yielding a total of nine variables

for the first model (psychiatric recommendations) and nine variables for the second (court verdicts).

Secondly, two models of multiple logistic regressions were generated to address the first and second objectives, and to establish the degree of association between the dependent (psychiatric recommendation and court verdict) and independent variables (previously selected from bivariate analyses).

Finally, the agreement rate was tested using a dependency measure because the basis of analysis used by the psychiatrist differs from that used by the court. Indeed, while the psychiatrist must assess the patient's mental state at the time of the crime, the court must evaluate the defendant's capacity of appreciating the nature and quality of the act or omission or of knowing that it was wrong (*Criminal Code*, art 16). Additionally, psychiatrists and courts work with different sources of information. Thus, we concluded the Kappa coefficient, which is used to estimate inter-rater reliability, was not well suited to the present study. Instead, the Phi coefficient was used to determine the extent to which court verdicts depended on the recommendations from the psychiatric evaluations.

Results

Bivariate Analyses

First, we removed four variables with 50% or more missing data (ethnicity, history of violent verbal behaviour; history of psychological violent behaviour and general level of anxiety). Remaining variables were then recoded into categorical format. Thus, we identified 33 variables to examine through bivariate analyses (Tables 1 and 2) for both recommendation and verdict models. Categories with

frequencies of five or lower were merged with another category in their respective variable and in a way that made sense clinically. Missing data (coded as “no information”) were included to show as many observations as possible in the analyses. See appendix B for bivariate correlations.

Table 1

Sociodemographic, criminological, mental health and R-CRAS-derived factors associated with a psychiatric recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder (n=100).

	NCRMD	Criminally responsible	χ^2	<i>p</i>	df	Phi
	<i>n</i>	<i>n</i>				
Sociodemographic						
Sex			4.18	.041	1	-.204
Female	11	4				
Male	38	47				
Age			1.57	.456	2	.125
18-34	22	28				
35-50	16	16				
Over 50	11	7				
Source of income			3.55	.471	4	.188
Welfare	29	29				
Paid employment	5	11				
Unemployed	7	7				
Other	4	2				
No information	4	2				
Educational level			4.32	.229	3	.208

No secondary education	10	14				
Secondary education	4	4				
Post-secondary education (with or without diploma)	15	7				
No information	20	26				
Housing			3.63	.163	2	.191
Fixed domicile	36	30				
No fixed domicile	13	19				
No information		2				
Marital status			3.61	.164	2	.190
In a relationship	40	42				
Single	6	9				
No information	3					
<hr/>						
Criminological						
<hr/>						
Criminal history			2.17	.337	2	.147
Yes	37	38				
No	9	6				
No information	3	7				
History of NCRMD verdicts			9.34	.009	2	.306
Yes	17	5				
No	21	33				

No information	11	13				
History of physical violence			2.56	.278	2	.160
Yes	34	29				
No	3	2				
No information	12	20				
Offence type			.511	.917	3	.071
Against the person	28	28				
Other violations involving violence and offensive weapons	8	11				
Against property	6	6				
Other	7	6				
Criminal diversity			3.97	.137	2	.199
Low	15	10				
Moderate	21	32				
High	13	9				
Victim's sex			1.11	.893	4	.105
Male	14	14				
Female	19	18				
Both	4	6				
N/A	10	9				
No information	2	4				
Victim's age			1.81	.612	3	.135
Major	37	37				

Minor	1	1				
N/A	10	9				
No information	1	4				
Relation to the victim			.56	.906	3	.075
Known	18	22				
Unknown	17	17				
N/A	10	9				
No information	4	3				
Accountability and recognition of the crime			7.64	.054	3	.276
Yes	4	14				
No	22	17				
Partial	11	13				
No information	12	7				
Offence severity			.572	.903	3	.076
Level 4	4	6				
Level 3	6	6				
Level 2	24	22				
Level 1	15	17				
<hr/>						
Mental health						
<hr/>						
History of substance abuse			.36	.548	1	-.060
Yes	38	42				
No	11	9				
Psychiatric history			1.61	.205	1	.127
Yes	46	44				

No	3	7				
Primary psychiatric diagnosis			62.57	<.001	3	.791
Schizophrenia and other psychotic disorders	36	7				
Mood disorders	11	2				
Substance-related and addictive disorders		24				
Other	2	18				
History of compliance with medical treatment			5.00	.082	2	.224
Good	14	23				
Bad	32	22				
No information	3	6				
Hallucinations ^a			18.37	<.001	1	.429
Yes	15					
No	34	51				
Delusional ideation			48.88	<.001	2	.699
Yes	37	7				
No	2	34				
No information	10	10				
Violent behaviour			6.56	.038	2	.256
Yes	39	38				
No	6	13				
No information	4					

Strange and disorganized behaviour			26.19	<.001	2	.512
Yes	31	10				
No	8	33				
No information	10	8				
Depressed mood			3.08	.214	2	.175
Yes	8	4				
No	22	31				
No information	19	16				
Manic and expansive mood			14.37	.001	2	.379
Yes	10	1				
No	22	40				
No information	17	10				
Inappropriate and volatile affect			7.62	.022	2	.276
Yes	27	17				
No	12	26				
No information	10	8				
Cognitive disorganization			40.42	<.001	2	.636
Yes	42	13				
No	1	26				
No information	6	12				
Intoxication at the time of the offence			4.56	.033	1	-.264
Yes	10	22				

No	19	14				
No information	20	15				
<hr/>						
R-CRAS-derived						
<hr/>						
Degree of planning and preparation			3.19	.203	2	.178
Yes	5	12				
No	39	5				
No information	5	5				
Level of activity at the time of the crime			1.51	.825	4	.123
None	6	5				
Low	17	22				
Moderate	17	13				
High	6	8				
No information	3	3				
Responsible social behaviour			1.44	.487	2	.125
Good	5	7				
Moderate	7	11				
Bad	33	29				
No information	4	4				
Psychosis-induced loss of control			46.69	<.001	2	.683
Yes	29					
No	15	23				
No information	5	28				

^a Hallucinations, delusional ideation, violent behaviour, strange and disorganized behaviour, depressed mood, manic and expansive mood, inappropriate and volatile affect, and cognitive disorganization all refer to active symptomatology at the time of the offence.

Although the primary diagnosis was significant at the threshold used for the purpose of variable selection for further analysis ($p < .25$; Hosmer & Lemeshow, 2000), we decided to exclude it from the logistic regression so we could identify more specifically the mental health symptoms associated with a psychiatric recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder, regardless of the diagnosis. The remaining variables associated with the psychiatric recommendation were: 1) history of NCRMD verdicts (Yes; No; no information); 2) hallucinations (Yes; No; no information); 3) delusional ideation (Yes; No; no information); 4) strange and disorganized behaviour (Yes; No; no information); 5) manic and expansive mood (Yes; No; no information); 6) inappropriate and volatile affect (Yes; No; no information); 7) cognitive disorganization (Yes; No; no information); 8) intoxication at the time of the offence (Yes; No; no information); and 9) psychosis-induced loss of control (Yes; No; no information).

Table 2

Sociodemographic, criminological, mental health and R-CRAS-derived factors associated with a verdict of non-criminal responsibility on account of mental disorder (n=77).

<u>NCRMD</u>	<u>Criminally responsible</u>
--------------	-------------------------------

	<i>n</i>	<i>n</i>	χ^2	<i>p</i>	df	Phi
Sociodemographic						
Sex			2.20	.138	1	-.169
Female	10	3				
Male	35	29				
Age			.33	.849	2	.065
18-34	20	16				
35-50	16	11				
Over 50	9	5				
Source of income			5.12	.275	4	.258
Welfare	27	16				
Paid employment	5	8				
Unemployed	6	6				
Other	4	2				
No information	3					
Educational level			4.63	.201	3	.245
No secondary education	9	11				
Secondary education	4	2				
Post-secondary education (with or without diploma)	14	4				
No information	18	15				
Housing			3.35	.187	2	.209
Fixed domicile	33	18				
No fixed domicile	12	13				
No information		1				

Marital status			2.09	.351	2	.165
In a relationship	38	30				
Single	5	2				
No information	2					
<hr/>						
Criminological						
<hr/>						
Criminal history			.42	.812	2	.074
Yes	34	26				
No	8	4				
No information	3	2				
History of NCRMD verdicts			3.67	.160	2	.218
Yes	14	5				
No	20	21				
No information	11	16				
History of physical violence			3.23	.199	2	.205
Yes	32	21				
No	3					
No information	10	11				
Offence type			1.54	.673	3	.141
Against the person	26	14				
Other violations involving violence and offensive weapons	8	8				
Against property	5	5				
Other	6	5				
Criminal diversity			.67	.716	2	.093

Low	13	7				
Moderate	20	17				
High	12	8				
Victim's sex			1.26	.867	4	.128
Male	13	9				
Female	18	10				
Both	4	3				
N/A	8	7				
No information	2	3				
Victim's age			3.87	.275	3	.224
Major	35	20				
Minor	1	1				
N/A	8	7				
No information	1	4				
Relation to the victim			.47	.925	3	.078
Known	16	10				
Unknown	17	13				
N/A	8	7				
No information	4	2				
Accountability and recognition of the crime			8.20	.042	3	.326
Yes	4	10				
No	19	7				
Partial	10	9				
No information	12	6				
Offence severity			4.60	.204	3	.244
Level 4	3	5				
Level 3	5	5				

Level 2	23	9				
Level 1	14	13				
<hr/>						
Mental health						
<hr/>						
History of substance abuse			.02	.891	1	-.016
Yes	36	26				
No	9	6				
Psychiatric history			.77	.380	1	.100
Yes	42	28				
No	3	4				
Primary psychiatric diagnosis			42.62	<.001	3	.744
Schizophrenia and other psychotic disorders	33	7				
Mood disorders	10	1				
Substance-related and addictive disorders		14				
Other	2	10				
History of compliance with medical treatment			6.06	.048	2	.281
Good	13	14				
Bad	29	12				
No information	3	6				
Hallucinations ^a			9.39	.002	1	.348
Yes	14	1				
No	31	31				
Delusional ideation			44.59	<.001	2	.761
Yes	34	4				

No	1	23				
No information	10	5				
Violent behaviour			7.20	.027	2	.306
Yes	37	23				
No	4	9				
No information	4					
Strange and disorganized behaviour			18.87	<.001	2	.495
Yes	28	7				
No	7	20				
No information	10	5				
Depressed mood			2.48	.290	2	.179
Yes	7	3				
No	20	20				
No information	18	9				
Manic and expansive mood			13.83	.001	2	.424
Yes	10					
No	19	26				
No information	16	6				
Inappropriate and volatile affect			12.03	.002	2	.395
Yes	25	10				
No	1	16				
No information	5	6				
Cognitive disorganization			29.13	<.001	2	.615
Yes	39	10				
No	1	16				
No information	5	6				

Intoxication at the time of the offence			6.93	.031	2	.300
Yes	10	16				
No	18	10				
No information	7	6				
<hr/>						
R-CRAS-derived						
<hr/>						
Degree of planning and preparation			3.77	.011	2	.221
Yes	5	9				
No	36	20				
No information	4	3				
Level of activity at the time of the crime			1.20	.878	4	.125
None	4	4				
Low	17	14				
Moderate	16	9				
High	5	4				
No information	3	1				
Responsible social behaviour			1.22	.008	3	.126
Good	5	4				
Moderate	7	8				
Bad	30	18				
No information	3	2				
Psychosis-induced loss of control			39.54	<.001	2	.717
Yes	29					
No	12	11				
No information	4	21				

^a Hallucinations, delusional ideation, violent behaviour, strange and disorganized behaviour, depressed mood, manic and expansive mood, inappropriate and volatile affect, and cognitive disorganization all refer to active symptomatology at the time of the offence.

As with the recommendation model, we opted to exclude the primary psychiatric diagnosis as we wanted to identify mental health symptoms present at the time of the offence associated with the verdict, regardless of the diagnosis. Thus, the remaining variables associated with a verdict of non-criminal responsibility on account of mental disorder were: 1) hallucinations (Yes; No; no information); 2) delusional ideation (Yes; No; no information); 3) strange and disorganized behaviour (Yes; No; no information); 4) manic and expansive mood (Yes; No; no information); 5) inappropriate and volatile affect (Yes; No; no information); 6) cognitive disorganization (Yes; No; no information); 7) degree of planning and preparation (Yes; No; no information); 8) responsible social behaviour (good; average; 3 = bad); and 9) psychosis-induced loss of control (Yes; No; no information).

Factors Associated with Psychiatric Recommendation of NRCMD

Logistic regression was used to examine the association between history of NRCMD verdicts, hallucinations, delusional ideation, strange and disorganized behaviour, manic and expansive mood, inappropriate and volatile affect, cognitive disorganization, intoxication at the time of the offence and psychosis-induced loss of control, and a psychiatric recommendation of NRCMD. The logistic regression model showed that five variables were significantly associated with the psychiatric recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder in the logistic regression model (Table 3).

Table 3

Factors predicting a psychiatric recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder (N = 100).

Independent variables ^a	Psychiatric recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder (=1)		
	OR	<i>p</i>	95 % CI
History of NRCMD verdicts			
Yes		.050	
No	.000	.023	[.000-.258]
No information	.021	.140	[.000–3.513]
Delusional ideation			
Yes		.023	
No	.688	.821	[.027–17.469]
No information	1589.96	.011	[5.24-482414.373]
Cognitive disorganization			
Yes		.070	
No	.021	.030	[.001-.687]
No information	.426	.670	[.008–21.727]
Intoxication at the time of the offence			
Yes		.038	
No	128.80	.016	[2.446–6782.965]
No information	.240	.377	[.010–5.671]
Psychosis-induced loss of control			
Yes		.147	
No	.000	.996	[.000—]
No information	.029	.050	[.001–1.003]

^a Reference category, yes

Note. (log-likelihood = 23,937; Nagelkerke R .910; classification rate = 94.0%).

In the present sample, not having a history of NCRMD verdicts ($B = -9,635$; $p < .050$; $OR = .000$), not showing cognitive disorganization at the time of the offence ($B = -3,854$; $p < .050$; $OR = .021$), and not having information on a psychosis-induced loss of control ($B = -3,545$; $p < .050$; $OR = .029$) decreased the probability of the psychiatrist recommending non-criminal responsibility on account of mental disorder. Additionally, not having information regarding the presence or absence of delusional ideation ($B = 7,371$; $p < .050$; $OR = 1,589,955$) and not being intoxicated at the time of the offence ($B = 4,858$; $p < .050$; $OR = 128,799$) increased the probability of receiving a psychiatric recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder.

In other words, having a history of NCRMD verdicts was associated with receiving a new recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder. There was a .0006 (1/1589.955) times greater probability of receiving a recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder when there was no information on delusional ideation. Presenting a cognitive disorganization at the time of the offence was associated with receiving a psychiatric recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder. In fact, there was a 47.62 (1/.021) times greater probability of receiving a non-criminal responsibility on account of mental disorder recommendation when the accused presented cognitive disorganization at the time of the offence. There was .008 (1/128.799) times lesser probability of receiving a non-criminal responsibility on account of mental disorder recommendation when the accused was intoxicated at the

time of the offence; meaning there was .992 (1 - [1/128.799]) times greater probability of not receiving a recommendation of NCRMD if the accused was not intoxicated at the time of the offence. Interestingly, there was a 34.48 (1/.029) times greater probability of receiving a non-criminal responsibility on account of mental disorder recommendation when the accused presented psychosis-induced loss of control.

Factors Associated with Court Verdicts of NCRMD

Secondly, we also used logistic regression to analyze the association between hallucinations, delusional ideation, strange and disorganized behaviour, manic and expansive mood, inappropriate and volatile affect, cognitive disorganization, degree of planning and preparation, responsible social behaviour and psychosis-induced loss of control, and a court’s verdict of non-criminal responsibility on account of mental disorder. Only one variable was significantly associated with a verdict of non-criminal responsibility on account of mental disorder (Table 4).

Table 4

Logistic regression model of variables predicting a verdict of non-criminal responsibility on account of mental disorder (N=77).

Independent variables ^a	Verdict of non-criminal responsibility on account of mental disorder (=1)		
	OR	<i>p</i>	95 % CI
Delusional ideation			
Yes		.005	
No	.294	.410	[.016–5.395]

No information	60.245	.005	[3.389–1071.010]
Inappropriate and volatile affect			
Yes		.174	
No	.000	.997	[.000—]
No information	.000	.998	[.000—]
Psychosis-induced loss of control			
Yes		.938	
No	.000	.996	[.000—]
No information	.653	.721	[.063–6.801]

^a Reference category, yes

Note. (log-likelihood = 22,614; Nagelkerke R .882; classification rate = 93.0%).

As with the recommendation model, not having information regarding the presence or absence of delusions at the time of the offence was associated with being found NCRMD ($B = 4,098$; $p < .050$; $OR = 60,245$). Indeed, when that was the case, there was a .017 (1/60.245) times greater probability of receiving a verdict of non-criminal responsibility on account of mental disorder. No other independent variable was significantly associated with a verdict of non-criminal responsibility on account of mental disorder.

Agreement Between the Recommendation and the Verdict

The Phi coefficient was calculated to determine the extent to which court verdicts depended on the recommendations arising from the psychiatric evaluations. There was a very strong positive relationship between the two variables ($\Phi = .973$; $p < .000$; Akoglu, 2018). Indeed, psychiatrists recommended that the court should find

the patients to be not criminally responsible on account of mental disorder in 49% of the files. As for the verdicts, of the 77 verdicts, the court found 45 (58.44%) patients to be not criminally responsible on account of mental disorder, 32 (41.56%) as criminally responsible.

Discussion

Recommendations

The first objective of the present study was to identify the sociodemographic, criminological, and mental health factors underlying recommendations of non-criminal responsibility on account of mental disorder resulting from psychiatric evaluations. Our analyses indicated that disorganized cognition and psychosis-associated loss of control at the time of the offence, as well as having prior NCRMD verdicts, are predictive of a psychiatric recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder. Although being intoxicated at the time of the offence did not drastically increase the probability of not receiving a recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder, the observed relation is not unexpected given that substance use disorders and substance-induced psychosis are not recognized within the Criminal Code's definition of non-criminal responsibility on account of mental disorder (*Cooper v R*, 1980). What was unexpected from our analysis is evidence suggesting that psychiatrists will arrive at a recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder despite no information on whether the patient suffered from delusional ideation at the time of the offence. This finding appears to be at odds with the existing literature but may reflect some limitations of the present study which will be addressed later.

That evidence of disorganized cognition at the time of the offence is predictive of a psychiatrist's recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder was expected. Disorganized cognition is defined here as disorganized ideas and discourse, meaning perturbed, difficult and complicated cognitive function. This definition excludes all neurodevelopmental and neurocognitive disorders, such as intellectual disability and traumatic brain injury. Thus, disorganized cognition can refer to a person's capacity for "[...] appreciating the nature and quality of the act or omission or of knowing that it was wrong" (*Criminal Code*, art 16). As highlighted by Ogloff, Roberts & Roesch (1993), psychiatrists assessing criminal responsibility must consider cognitive, affective, motivational, and psychopathological elements that might have contributed to the defendant's behaviour at the time of the offence. It can be argued that signs of disorganized cognition (e.g., inability to answer simple questions, incoherent/dishevelled speech, difficulties in recalling one's name or age, etc.) are more likely to be detected by first responders, witnesses, and victims, that would be, for example, delusional ideas which can be more nuanced and complex in its manifestations. Furthermore, indicators of delusional ideation might be erroneously interpreted as cognitive disorganization by police officers, witnesses, and victims. Moreover, as it is not rare for defendants to be medicated shortly after their arrest (Zapf et al., 2013), clinical evidence of delusional ideation may no longer be observed by the time the psychiatric assessment takes place, leaving only second party reports of disorganized cognition expression for the psychiatrist to evaluate.

The present study also indicated that psychosis-associated loss of control is predictive of a recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder. This too was expected. We defined loss of control as a psychological decompensation, that is, the deterioration of the individual's normal functioning and

mental state as well as referring to a state of distress and dysregulation. From this, it is reasonable to suggest that a person losing control due to a psychotic episode is “[...] incapable of appreciating the nature and quality of the act or omission or of knowing that it was wrong” (*Criminal Code*, art 16). This notion is supported by previous evidence showing that impaired volitional control and psychotic symptomatology were associated with lack of responsibility (Daniel et al., 1984).

As reported by previous other studies (Kois & Chauhan, 2018, Rogers, Seman & Stampley, 1984), we found a history of legal decisions to be predictive of a recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder. One possible explanation for this, is that a person whose mental illness is the driving force of the committed offense is likely to have the same factor driving a new offense. However, this finding raises an important issue. Indeed, the assessment of criminal responsibility should ideally be based solely on evidential elements relevant to the current accusations. Thus, prior verdicts of NCRMD should not be taken into consideration or influence a psychiatrist’s evaluation of the defendant’s mental state at the time of the offence. Consideration of prior verdicts has the potential to introduce confirmation bias in the defendant’s psychiatric assessment (Oswald & Grosjean, 2004). However, in the field of legal psychiatry, a limited number of psychiatrists are trained to undertake these assessments and so it may not always be possible to send assessment referrals to psychiatrists without knowledge of the case history. In addition, in accordance with the Criminal Code, psychiatrists have 30 days to conduct their assessment (*Criminal Code*, art 672.14 [1]), whereas frequently, patients referred for an assessment of their criminal responsibility requires immediate treatment as their condition is unstable. Thus, it may be unavoidable that a psychiatrist conducts an assessment while treating or having previously treated the

patient, despite this apparent conflict of roles which may introduce bias in the assessment.

While the relationship between intoxication at the time of the offence and not receiving a psychiatric recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder was expected, the strength of the correlation is somewhat surprising. According to the Criminal Code, any offence committed under the influence of a substance cannot be considered for an NCRMD verdict. The reality is not quite so simple. Indeed, the Supreme Court of Canada ruled that substance-induced psychosis was not exempt from criminal liability, if the psychosis resulted exclusively from voluntary substance use (*Cooper v R*, 1980). Considering that the etiology of severe mental disorders remains largely unknown, it becomes quite complex for mental health professionals to determine, first, whether substance use was voluntary, and second, whether the substance use was the only contributing factor to the psychotic episode. In most cases, it is extremely difficult, if not impossible, to pinpoint one singular factor that would explain the genesis of a mental illness, even more so when considering significant levels of disease comorbidity. The Supreme Court's ruling in the case of *Cooper v R* (198) did not address the question of co-occurring and contributing substance use among defendants with a mental disorder. While the legal framework may seem well defined, its application to defendants struggling with chronic, severe mental disorders and complex real-life challenges is by no means as straightforward. This may explain why the relationship between intoxication at the time of the offence and not receiving a psychiatric recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder was not as strong as the Criminal Code would predict.

As mentioned above, our data suggested that psychiatrists often submit a recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder despite having little or no information on whether the defendant suffered from delusional ideation at the time of the offence. This result is not aligned with literature. For example, delusional symptoms have previously been found to be strongly associated with psychiatrists' recommendations of non-criminal responsibility on account of mental disorder (Daniel et al., 1984). Moreover, 70% of people with a diagnosis of schizophrenia accused of homicide in another study had delusional beliefs about their relationship with their victim (Boker & Häfner, 1982). Similarly, 40% of psychotic defendants revealed they directly acted on their delusions at the time of the offence (Boker & Häfner, 1982). Based on these studies, it is unclear why, as our data seem to suggest, the court is more likely to receive a recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder when the evaluating psychiatrist is unable to establish whether the defendant suffered from delusional ideation. Possible explanations will be discussed later.

Verdicts

Secondly, we aimed to identify factors associated with verdicts of non-criminal responsibility on account of mental disorder. Surprisingly, only one variable was significantly associated with the dependent variable. Indeed, results suggest that not having information regarding the presence or absence of delusional ideation is associated with receiving a verdict of non-criminal responsibility on account of mental disorder. As with the psychiatric recommendation model, this seems to be at odds with existing literature. For example, a diagnosis of schizophrenia was found to be associated with receiving a verdict of not guilty by reason of insanity in the USA

(Jeffrey, Pasewark & Bieber, 1988). Moreover, another study suggested that a diagnosis of paranoid schizophrenia with high levels of crime-related delusions resulted in more NGRI verdicts than the same diagnosis with crime-irrelevant delusions (Roberts, Golding & Fincham, 1987).

Therefore, the present results are not in accordance with existing literature. Indeed, several studies have found similar variables to influence a verdict of non-criminal responsibility on account of mental disorder: The type of mental disorder, the sex of the accused, a schizophrenia diagnosis, various socio-demographic characteristics, the offence type, the type of the victim and prior arrests (Cirincione, Steadman & McGreevy; Hilton & Simmons, 2001; Jeffrey, Pasewark & Bieber, 1988; Mossière & Maeder, 2016; Whittemore & Ogloff, 1995). Considering the very high agreement rate between recommendations and verdicts in the present study, a hypothesis that warrants further testing is that the judge or jury may exclusively consider the psychiatrist's report in their decision to apply section 16 of the Criminal Code.

Agreement Between Recommendations and Verdicts

Indeed, the last objective of this study was to analyze the agreement rate between psychiatric recommendations and the court's verdicts. As we expected, the agreement rate was very high. The Phi coefficient indicates to which extent court's verdicts depended on the recommendations arising from the psychiatric evaluations. Analysis suggested that verdicts are dependent on the recommendations in 97.3% of cases in our sample.

These findings are in accordance with the existing literature. Indeed, forensic opinions and judicial decisions often had high rates of agreement (Greenberg & Wursten, 1988; Hecker & Steinberg, 2002; Warren et al., 2006; Zapf et al., 2004). As previously illustrated, clinical judgment may not be the most or only reliable way of evaluating criminal responsibility. Considering that verdicts were almost always dependent on the psychiatric recommendations, it is worrying that psychiatric evaluations of criminal responsibility are solely based on unstructured clinical judgment in Canada. This reiterates the necessity of a standardized assessment tool of criminal responsibility.

Limitations

The study had a number of limitations that must be considered when interpreting the results. Firstly, the sample size was small, selected over a short period of time and originated from one forensic psychiatric facility, albeit the largest and most specialized one in the province. The study should be reproduced in other facilities under the same Criminal Code.

Secondly, not having information regarding the presence or absence of delusion ideation at the time of the offence being associated to both recommendations and verdicts may be due to limitations. At this time, we suggest two possible explanations. First, there is a tendency for positive reporting in psychiatric reports, meaning that elements that are not observed are not mentioned. However, while coding the medical files, if an element was not mentioned, we marked it as “no information” as there was no way for us to confirm whether the element was truly absent or simply omitted. Second, it is possible that there is bias in the data as

assessors might inadvertently neglect to include all the evidence that they have relied upon or factors relevant to their evaluation in their written report.

Finally, while court reports are normally readily available to the public, they are confidential when the mental health of the accused is in question. Thus, the only accessible data were the final verdicts in the court dockets at the provincial courthouse. Consequently, all independent variables were collected from medical files rather than having been available from judicial documents, which may explain why only one variable was significantly associated with a verdict of non-criminal responsibility on account of mental disorder. Moreover, 23 verdicts could not be found in the court dockets (misspelled names, courthouse transfers, etc.), which negatively impacted statistical power.

Conclusion

This study aimed to identify factors associated with psychiatric recommendations and verdicts of non-criminal responsibility on account of mental disorder, as well as their agreement rate. Results suggested that disorganized cognition, psychosis-induced loss of control and a history of NCRMD verdicts were predictive of a psychiatric recommendation of non-criminal responsibility on account of mental disorder. We also found that not having information on whether delusional ideas were present or not at the time of the offence was the only variable associated with an NCRMD verdict. Finally, as we expected, the agreement rate was nearly perfect, indicating verdicts are almost always dependent on the psychiatrist's recommendation.

While the results provided new insight on what factors are considered by psychiatrists and courts in cases of non-criminal responsibility, it is clear these questions necessitate further investigation. Indeed, a study in which judicial variables are collected from court documentation would surely clarify factors considered by courts in reaching a verdict of non-criminal responsibility on account of mental disorder. Furthermore, having psychiatrists fill out coding sheets during or after their assessments would undoubtedly solve the issue of positive reporting.

This study paves the way for the forensic mental health and legal fields to better understand the current clinical operationalization—and its shortcomings—of the legal framework of non-criminal responsibility. With further research, we hope to highlight biases present in the evaluation of criminal responsibility as well as decisional process's definitions and elements that need clarifying. Ultimately, this may be the first step in possibly developing a standardized and structured assessment tool of criminal responsibility and help in making the clinical evaluation and judicial decision process more objective and transparent for the accused, as well as the community.

Chapitre 3 — Discussion générale

Contribution et Directions Futures

Le premier objectif de l'étude était d'identifier les facteurs sociodémographiques, criminologiques et portant sur l'état mental associés à une recommandation de NRCTM par les experts psychiatres-légistes à l'INPL-PP. Nous avons comme hypothèse que la présence de symptômes positifs de schizophrénie ou de troubles psychotiques, comme des symptômes délirants et des comportements étranges, ainsi que des délits contre la personne, seraient prédictifs d'une recommandation de NRCTM. Les résultats suggèrent qu'une désorganisation cognitive et une perte de contrôle causée par une psychose au moment du crime, sont associés à une recommandation de NRCTM. Ces résultats semblent confirmer en partie notre hypothèse initiale. Cependant, les relations prédictives entre un historique de verdicts de NRCTM, l'intoxication au moment du crime et ne pas avoir d'information quant à la présence ou l'absence d'idées délirantes, et une recommandation de NRCTM, étaient inattendues, tel que discuté précédemment.

Le second objectif était d'identifier les facteurs sociodémographiques, criminologiques et portant sur l'état mental associés à un verdict de NRCTM. Nous prédisions qu'un historique de verdicts de NRCTM et la sévérité du délit seraient associés à un verdict de NRCTM. Les résultats ne confirment pas cette hypothèse. En effet, un seul facteur était associé au verdict de NRCTM, soit ne pas avoir d'information quant à la présence ou l'absence d'idées délirantes. Quelques hypothèses pouvant expliquer ce résultat sont présentées précédemment.

Finalement, le dernier objectif de l'étude était d'analyser le taux d'accord entre les recommandations et les verdicts de NRCTM. Nous avons postulé que le taux d'accord serait élevé, ce que les résultats ont confirmé.

Cette étude contribue à une meilleure compréhension des tendances actuelles dans les processus d'évaluation clinique et décisionnels à la cour de la NRCTM. Nous espérons que cette étude sera un premier pas vers une meilleure définition et opérationnalisation du concept légal de la non-responsabilité criminelle en milieux cliniques. Cela pourrait contribuer au développement d'un processus d'évaluation structuré et standardisé au Québec. Cette étude représente également un premier point de départ pour une étude pancanadienne qui aurait pour objectif d'identifier les différences interprovinciales dans l'évaluation de la NRCTM. Éventuellement, un outil d'évaluation structuré et standardisé canadien de la NRCTM pourrait être développé permettant ainsi des comparaisons inter-provinciales afin de tenter d'expliquer les divergences existantes.

Les résultats de cette étude suggèrent que l'évaluation psychiatrique de la responsabilité criminelle présente des lacunes. Bien que les résultats concernant la désorganisation cognitive et la perte de contrôle liée à une psychose soient attendus, ceux concernant les idées délirantes sont étonnants. En effet, il est raisonnable de supposer que d'entretenir des idées délirantes au moment du crime — un indice acceptable d'une capacité à juger et à savoir altérée — serait prédictif d'une recommandation psychiatrique de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux. Qui plus est, l'absence de relation significative entre les antécédents psychiatriques et la présence de certains symptômes troublant la capacité

de l'accusé de juger et de savoir que l'acte était mauvais sont d'autant plus indicatives de lacunes.

Comme nous l'avons précédemment établi, la nature rétrospective de l'évaluation la rend particulièrement complexe (Ogloff, Roberts & Roesch, 1993 ; Zapf et al., 2013). De surcroît, aucun outil ne semble être utilisé dans le contexte de l'évaluation de la responsabilité criminelle à l'INPL-PP (Admission-Expertise de l'INPL-PP, communication personnelle, 3 février 2023). L'évaluation de la responsabilité criminelle s'appuierait donc uniquement sur le jugement clinique de l'expert psychiatre-légiste. Les limites du jugement clinique ont été présentées précédemment (Borum, Otto & Golding, 1993 ; Desmarais et al., 2010 ; Fukunaga et al., 1981 ; Miller & Brodsky, 2011 ; Phillips, Wolf & Coons, 1988 ; Raifman, 1979 ; Stock & Poythress, 1979).

Il nous apparaît évident que le processus d'évaluation psychiatrique de la responsabilité criminelle doit changer. En ce sens, le développement d'un outil standardisé, l'opérationnalisation officielle des critères judiciaires ainsi que l'uniformisation des entrevues d'évaluation et rapports présentés à la cour nous semblent cruciaux afin d'assurer un processus judiciaire objectif et équitable pour tous. Nous croyons également que tous ces éléments contribueront à redonner confiance au public vis-à-vis le verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux.

Responsabilité, Intoxication, Automatismes et la Loi

L'automatisme est défini comme « [...] l'état d'esprit d'une personne qui, bien que capable d'agir, n'est pas consciente de ce qu'elle fait. L'automatisme implique

l'accomplissement d'une action involontaire inconsciente, l'esprit ne souscrivant pas à ce qui se fait (somnambulisme, amnésie temporaire ou autres formes d'inconscience). » (Gouvernement du Canada, 2020b). Quelques affaires récentes ont ébranlé la compréhension juridique de l'automatisme.

Dans sa décision de 2022 dans l'affaire *R c Brown* (2022), la Cour suprême du Canada a invalidé l'article 33.1 du *Code criminel*. Cet article empêchait un individu de présenter une défense d'automatisme pour certains crimes impliquant l'atteinte ou la menace d'atteinte à l'intégrité physique d'une personne, ou toute forme de voies de fait (*Code criminel*, art 33.1). M. Brown a gravement blessé une femme après avoir consommé de l'alcool et des champignons psychoactifs (psilocybine). Il n'avait aucun souvenir de l'incident et n'avait aucun historique criminel ou de troubles mentaux (*R c Brown*, 2022). L'article 33.1 a été jugé inconstitutionnel et M. Brown a été acquitté.

À la lumière de la décision dans *R c Brown*, l'affaire *R c Sullivan* (2022), portant sur les appels de MM. Sullivan et Chan, a soulevé le même problème concernant la constitutionnalité de l'article 33.1. M. Sullivan a attaqué et gravement blessé sa mère avec un couteau après avoir consommé une surdose d'un médicament prescrit (*R c Sullivan*, 2022). M. Chan, quant à lui, a attaqué et tué son père, et gravement blessé la conjointe de ce dernier, après avoir consommé des champignons psychoactifs (psilocybine) (*R c Sullivan*, 2022). Les deux hommes ont consommé volontairement les substances leur ayant causé un état altéré. MM. Sullivan et Chan ont tous deux été condamnés dans leur procès respectif, mais ont récemment fait appel aux décisions de la cour (*R c Sullivan*, 2022). M. Sullivan a été acquitté et la Cour suprême a ordonné un nouveau procès dans le cas de M. Chan. L'article 33.1 du Code

criminel a été déclaré inopérant et modifié depuis par le Parlement afin de se conformer aux décisions de la Cour suprême.

Ces trois cas soulèvent certainement des questions vis-à-vis l'exclusion des troubles liés à une substance, des troubles addictifs et des psychoses induites par une substance dans la définition de la non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux. En effet, comme nos résultats l'indiquent, la relation entre l'intoxication au moment du crime et ne pas recevoir une recommandation psychiatrique de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux n'est pas aussi tranchée que prévu par le Code criminel. Les récentes décisions de la Cour suprême mettent en évidence l'importance de nuancer le cadre législatif entourant l'intoxication et d'élargir la compréhension juridique des troubles de santé mentale et de leur interaction avec la consommation de substances. Il sera intéressant d'observer l'influence de ces trois cas sur le processus décisionnel lié à la non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux dans les prochaines années.

Deux Facteurs Additionnels

Plusieurs facteurs pertinents au thème de recherche n'ont pas été inclus à l'étude pour diverses raisons (faisabilité du projet, accessibilité de l'information, etc.) En ce sens, deux facteurs qui n'ont pas été observés nous apparaissent particulièrement importants à analyser à la lumière des résultats de la présente étude : la couverture médiatique et le racisme systémique. En effet, les médias n'ont pas été considérés dans la présente étude, mais la littérature suggère leur potentielle influence sur le déroulement d'un procès et la décision rendue par la cour. Ensuite, comme nous l'avons mentionné, l'ethnicité a été exclue des analyses statistiques puisqu'elle présentait plus de 50 % de données manquantes, rendant la mesure potentielle du

racisme systémique difficile. Cette situation n'est pas unique au contexte de cette étude et mérite une plus grande attention.

Premièrement, les troubles de santé mentale demeurent généralement incompris et largement stigmatisés par la population générale et les médias. De manière générale, les médias accordent beaucoup d'attention à la violence (Jansman-Hart et al., 2011 ; Lamb, 2009 ; Priebe et al., 2008 ; Rock, 2001 ; Whitley & Berry, 2013; Whitley & Prince, 2005) en plus de présenter les personnes aux prises avec des troubles mentaux comme étant violentes et incontrôlables (Corrigan et al., 2005). Malgré ce que les médias présentent, la recherche indique que la très grande majorité des personnes avec des troubles mentaux sévères, soit 90 %, ne s'engage pas dans des comportements violents (Corrigan & Watson, 2005 ; Swanson et al., 2006).

De surcroît, le verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux est méconnu par le public. En effet, le public entretient des perceptions erronées à ce sujet, notamment que cette défense est surutilisée et réservée pour des délits graves, que les accusés NCRTM sont particulièrement dangereux et qu'ils sont facilement libérés en société (Borum & Fulero, 1999).

De récents cas hautement médiatisés ont mis en lumière qu'il n'existe pas de consensus au sein des experts psychiatres-légistes sur l'évaluation de la non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux au Québec. La confiance du public en la capacité des experts et du système de justice à rendre une décision informée, éclairée et unanime s'en voit donc ébranlée. La confiance du public étant prise en considération dans la prise de décision des tribunaux, les médias exercent ultimement une influence sur les verdicts rendus quant à la responsabilité criminelle de l'accusé. Pour les cas hautement médiatisés, il nous apparaît crucial d'étudier le

rôle que pourraient avoir les médias sur les verdicts de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux.

Deuxièmement, les données concernant la race et l'ethnicité ne sont pas régulièrement rapportées et collectées dans le système de justice pénale canadien, à l'exception des peuples autochtones (Mosher & Mahon-Haft, 2010). L'absence de ces données limite grandement l'étude et l'analyse du racisme systémique au sein des tribunaux canadiens. Pourtant, le public canadien semble croire que la discrimination raciale existe au sein du système de justice pénale (Commission on Systemic Racism in the Ontario Criminal Justice System, 1995). Cette croyance semble être soutenue par la littérature. En effet, la littérature démontre que le racisme systémique est présent à travers tous les niveaux du système de justice pénale, allant du taux d'arrestations aux conditions de vie en milieu carcéral (Commission on Systemic Racism in the Ontario Criminal Justice System, 1995; Mauer, 2011 ; Reasons et al., 2016; Welch, 2007). Ainsi, les stéréotypes raciaux et la racialisation, c'est-à-dire la construction sociale comme quoi les races sont réelles, différentes et inégales, s'insèrent et influencent le processus décisionnel à la cour (Commission on Systemic Racism in the Ontario Criminal Justice System, 1995).

Enfin, bien que la présente étude ne permette pas de tirer de conclusions vis-à-vis ces deux facteurs, il nous apparaît primordial d'étudier l'effet des médias et de l'ethnicité sur le processus décisionnel lié à la défense de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux.

Références

- Ajoku, C. (2015). The Insanity Defense, Public Anger, and the Potential Impact on Attributions of Responsibility and Punishment Attributions of Responsibility and Punishment [Dissertation]. https://academicworks.cuny.edu/gc_etds/830/
- Akoglu, H. (2018). User's Guide to Correlation Coefficients. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 18(3), 91–93.
<https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.08.001>
- Boker, W., & Häfner, H. (1982). *Crimes of violence by mentally abnormal offenders: A psychiatric and epidemiological study in the Federal German Republic*. Cambridge University Press.
- Bolin, J. J. (2019). Attitudes on Legal Insanity and the Impact of Race [Dissertation]. https://corescholar.libraries.wright.edu/etd_all/2123/?utm_source=corescholar.libraries.wright.edu%2Fetd_all%2F2123&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages
- Borum, R., & Fulero, S. M. (1999). Empirical research on the insanity defense and attempted reforms: Evidence toward informed policy. *Law and Human Behavior*, 23(1), 117–135. <https://doi.org/10.1023/a:1022330908350>
- Borum, R., Otto, R., & Golding, S. (1993). Improving Clinical Judgment and Decision Making in Forensic Evaluation. *The Journal of Psychiatry & Law*, 21(1), 35–76. <https://doi.org/10.1177/009318539302100104>
- Charette, Y., Crocker, A. G., Seto, M. C., Salem, L., Nicholls, T. L., & Caulet, M. (2015). The National Trajectory Project of Individuals Found Not Criminally

Responsible on Account of Mental Disorder in Canada. Part 4 : Criminal
Recidivism. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(3), 127–134.

<https://doi.org/10.1177/070674371506000307>

Cirincione, C., Steadman, H. J., & McGreevy, M. A. (1995). Rates of insanity
acquittals and the factors associated with successful insanity pleas. *Journal of
the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 23(3), 399-409.

Code criminel, LRC 1985, c C-46, art 672.14 (1)

Code criminel, LRC 1985, c C-46, art 16

Code criminel, LRC 1985, c C-46, art 2

Code criminel, LRC 1985, c C-46, art 2, *sub verbo* « troubles mentaux »

Code criminel, LRC 1985, c C-46, art 33.1

Code criminel, LRC 1985, c C-46, art 672.1

Code criminel, LRC 1985, c C-46, art 672.11

Code criminel, LRC 1985, c C-46, art 672.1 (1)

Code criminel, LRC 1985, c C-46, art 672.11 (b)

Code criminel, LRC 1985, c C-46, art 672.12

Code criminel, LRC 1985, c C-46, art 672.35

Code criminel, LRC 1985, c C-46, art 672.54

- Commission on Systemic Racism in the Ontario Criminal Justice System. (1995).
Report of the Commission on Systemic Racism in the Ontario Criminal Justice System.
- Cooper c La Reine*, [1980] 1 RCS 1149
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2005). Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, *136*(2-3), 153–162.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.06.005>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Gracia, G., Slopen, N., Rasinski, K., & Hall, L. L. (2005). Newspaper Stories as Measures of Structural Stigma. *Psychiatric Services*, *56* (5), 551–556. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.5.551>
- Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Seto, M. C., Côté, G., Charette, Y., & Caulet, M. (2015a). The National Trajectory Project of Individuals Found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder in Canada. Part 1 : Context and Methods. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *60*(3), 98–105.
<https://doi.org/10.1177/070674371506000304>
- Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Seto, M. C., Charette, Y., Côté, G., & Caulet, M. (2015 b). The National Trajectory Project of Individuals Found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder in Canada. Part 2 : The People behind the Label. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *60*(3), 106–116. <https://doi.org/10.1177/070674371506000305>

- Daniel, A. E., Beck, N. C., Herath, A., Schmitz, M., & Menninger, K. (1984). Factors Correlated with Psychiatric Recommendations of Incompetency and Insanity. *The Journal of Psychiatry & Law*, *12*(4), 527–544.
<https://doi.org/10.1177/009318538401200406>
- Desmarais, S. L., Nicholls, T. L., Read, J. D., & Brink, J. (2010). Confidence and accuracy in assessments of short-term risks presented by forensic psychiatric patients. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *21*(1), 1–22.
<https://doi.org/10.1080/14789940903183932>
- Fariña, F., Arce, R., & Novo, M. (2004). How to detect the malingering of insanity to avoid criminal responsibility. *Victims and offenders. Chapters on psychology and law*, 229-241.
- Fukunaga, K. K., Pasewark, R. A., Hawkins, M., & Gudeman, H. (1981). Insanity plea: Interexaminer agreement and concordance of psychiatric opinion and court verdict. *Law and Human Behavior*, *5*(4), 325–328.
<https://doi.org/10.1007/bf01044947>
- Gouvernement du Canada. (2020a, October 14). *Actus reus*. <https://www.noslangues-ourlanguages.gc.ca/en/juridictionnaire/actus-reus>
- Gouvernement du Canada. (2020b, October 14). *Automatisme*.
<https://www.noslangues-ourlanguages.gc.ca/fr/juridictionnaire/automatisme.html>
- Greenberg, J., & Wursten, A. (1988). The psychologist and the psychiatrist as expert witnesses: Perceived credibility and influence. *Professional Psychology*:

Research and Practice, 19(4), 373–378. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.19.4.373>

Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1991). Length of detention in matched groups of insanity acquittees and convicted offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 14(3), 223–236. [https://doi.org/10.1016/0160-2527\(91\)90004-7](https://doi.org/10.1016/0160-2527(91)90004-7)

Hecker, T., & Steinberg, L. (2002). Psychological evaluation at juvenile court disposition. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(3), 300–306. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.3.300>

Hilton, N. Z., & Simmons, J. L. (2001). The influence of actuarial risk assessment in clinical judgments and tribunal decisions about mentally disordered offenders in maximum security. *Law and Human Behavior*, 25(4), 393–408. <https://doi.org/10.1023/a:1010607719239>

Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression* 2nd edn John Wiley & Sons. Inc. : New York, NY, USA, 160-164.

Institut canadien d'information sur la santé. (2012). *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada 2009-2010*. ICIS. https://secure.cihi.ca/free_products/Mental%20Health%20Annual%20Report%202009-2010%20FY_2012_FR-web.pdf

Jansman-Hart, E. M., Seto, M. C., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., & Côté, G. (2011). *International Trends in Demand for Forensic Mental Health Services*.

International Journal of Forensic Mental Health, 10(4), 326–336.

<https://doi.org/10.1080/14999013.2011.625591>

Jeffrey, R. W., Pasewark, R. A., & Bieber, S. (1988). Insanity plea: Predicting not guilty by reason of insanity adjudications. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law*, 16(1), 35–39.

Kjeldsen c La Reine, [1981] 2 RCS 617

Kois, L. E., & Chauhan, P. (2018). Criminal responsibility: Meta-analysis and study space. *Behavioral Sciences & the Law*, 36(3), 276–302.

<https://doi.org/10.1002/bsl.2343>

Lamb, H. R. (2009). Reversing Criminalization. *American Journal of Psychiatry*, 166(1), 8–10. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08101515>

Latimer, J., & Lawrence, A. (2006). *The Review Board Systems in Canada: Overview of Results from the Mentally Disordered Accused Data Collection Study*.

Department of Justice Canada.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

Livingston, J. D., Rossiter, K. R., & Verdun-Jones, S. N. (2011). “Forensic” labelling: An empirical assessment of its effects on self-stigma for people with severe mental illness. *Psychiatry Research*, 188(1), 115–122.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.01.018>

Mandarelli, G., Carabellese, F., Felthous, A. R., Parmigiani, G., Del Casale, A., Catanesi, R., Montalbò, D., & Ferracuti, S. (2019). The factors associated with

forensic psychiatrists' decisions in criminal responsibility and social dangerousness evaluations. *International Journal of Law and Psychiatry*, 66, 101-1503. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101503>

Martin, S. (2019) Non responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux : Comparaison des pratiques de supervision des Commissions d'examen aux peines prononcées dans le système pénal. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.

Martin, S., Charette, Y., Leclerc, C., Seto, M. C., Nicholls, T. L., & Crocker, A. G. (2022). Not a "Get Out of Jail Free Card": Comparing the Legal Supervision of Persons Found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder and Convicted Offenders. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.775480>

Mauer, M. (2011). Addressing Racial Disparities in Incarceration. *The Prison Journal*, 91 (3_suppl), 87S101S. <https://doi.org/10.1177/0032885511415227>

Miller, S. L., & Brodsky, S. L. (2011). Risky business: Addressing the consequences of predicting violence. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 39(3), 396-401.

Mosher, C. J., & Mahon-Haft, T. (2010). Race, Crime and Criminal Justice in Canada. *Race, Crime and Criminal Justice*, 242–269. https://doi.org/10.1057/9780230283954_11

Mossière, A., & Maeder, E. M. (2016). Juror decision making in not criminally responsible on account of mental disorder trials: Effects of defendant gender

- and mental illness type. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.05.008>
- Ogloff, J. R. P., Roberts, C. F., & Roesch, R. (1993). The insanity defense: Legal standards and clinical assessment. *Applied and Preventive Psychology*, 2(3), 163–178. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80122-2](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80122-2)
- Oswald, M. E., & Grosjean, S. (2004). Confirmation bias. In R. F. Pohl (Ed.), *Cognitive Illusions : A Handbook on Fallacies and Biases in Thinking, Judgement and Memory* (pp. 79–96). Psychology Press.
- Parent, H. (2008). *Traité de droit criminel, Tome I-L'imputabilité. Éditions Thémis.*
- Phillips, M. R., Wolf, A. S., & Coons, D. J. (1988). Psychiatry and the criminal justice system: testing the myths. *American Journal of Psychiatry*, 145(5), 605–610. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.5.605>
- Pouls, C., Jeandarme, I., Al-Taiar, H., Bradford, J., Canton, W., Kristiansson, M., Thibaut, F., Verreyt, V., & Konrad, N. (2022). Criminal responsibility evaluations: Benchmarking in different countries. *International Journal of Law and Psychiatry*, 81, 101775. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2022.101775>
- Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., Turner, T., & Wiersma, D. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ*, 330(7483), 123–126. <https://doi.org/10.1136/bmj.38296.611215.ae>
- Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., Martínez-Leal, R., Munk-Jørgensen, P., Walsh, D., Wiersma, D., & Wright, D. (2008). Mental Health

Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*, 59 (5), 570–573. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.5.570>

Raifman, L. (1979). Interjudge reliability of psychiatrists' evaluations of criminal defendants' competency to stand trial and legal insanity. In *Proceedings of the 87th American Psychology-Law Society Convention, Baltimore, MD*.

Ramshaw, L., Wilkie, T., Tomita, T., Glancy, G., & Chatterjee, S. (2023). Canadian Guidelines for Forensic Psychiatry Assessment and Report Writing: Criminal Responsibility.

R c Bouchard-Lebrun, 2011 CSC 58

R c Brown, 2022 CSC 18

R c Sullivan, 2022 CSC 19

R c Swain, [1991] 1 RCS 933

Reasons, C., Hassan, S., Ma, M., Monchalin, L., Bige, M., Paras, C., & Arora, S. (2016). Race and Criminal Justice in Canada. *International Journal of Criminal Justice Sciences*, 11(2).

Resnick, P. J. (1999). The detection of malingered psychosis. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(1), 159–172. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70066-6](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70066-6)

Roberts, C. F., Golding, S. L., & Fincham, F. D. (1987). Implicit theories of criminal responsibility: Decision making and the insanity defense. *Law and Human Behavior*, 11(3), 207–232. <https://doi.org/10.1007/bf01044643>

- Rock, M. (2001). Emerging Issues with Mentally Ill Offenders: Causes and Social Consequences. *Administration and Policy in Mental Health*, 28(3), 165–180.
<https://doi.org/10.1023/a:1007897917158>
- Rogers, R. (1984). Rogers Criminal Responsibility Assessment Scales (R-CRAS) and test manual. Odessa : Psychological Assessment Resources.
- Rogers, R., & Ewing, C. P. (1992). The measurement of insanity: Debating the merits of the R-CRAS and its alternatives. *International Journal of Law and Psychiatry*, 15(1), 113–123. [https://doi.org/10.1016/0160-2527\(92\)90031-u](https://doi.org/10.1016/0160-2527(92)90031-u)
- Rogers, R., Dolmetsch, R., & Cavanaugh Jr, J. L. (1981). An empirical approach to insanity evaluations. *Journal of Clinical Psychology*, 37(3), 683-687.
- Rogers, R., Seman, W., & Clark, C. R. (1986). Assessment of criminal responsibility: Initial validation of the R-CRAS with the M'Naghten and GBMI standards. *International Journal of Law and Psychiatry*, 9(1), 67–75. [https://doi.org/10.1016/0160-2527\(86\)90017-8](https://doi.org/10.1016/0160-2527(86)90017-8)
- Rogers, R., Seman, W., & Stampley, J. (1984). A Study of Socio-Demographic Characteristics of Individuals Evaluated for Insanity. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 28(1), 3–10.
<https://doi.org/10.1177/0306624x8402800102>
- Rogers, R., & Sewell, K. W. (1999). The R-CRAS and insanity evaluations: a re-examination of construct validity. *Behavioral Sciences & the Law*, 17(2), 181–194. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-0798\(199904/06\)17:2%3C181::aid-bsl338%3E3.0.co;2-4](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-0798(199904/06)17:2%3C181::aid-bsl338%3E3.0.co;2-4)

Rogers, R., Seman, W., & Stampely, J. (1984). A study of socio-demographic characteristics of individuals evaluated for insanity. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 28(1), 3-10.

Rogers, R., Wasyliw, O. E., & Cavanaugh, J. L. (1984). Evaluating insanity: A study of construct validity. *Law and Human Behavior*, 8(3-4), 293–303.
<https://doi.org/10.1007/bf01044697>

R v Worrie, 2019 ONSC 4924

Schuringa, E., Spreen, M., & Bogaerts, S. (2021). Treatment Evaluation in Forensic Psychiatry. Which One Should Be Used: The Clinical Judgment or the Instrument-based Assessment of Change? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 66(16), 1821–1836.
<https://doi.org/10.1177/0306624x211023921>

Serin, R. C., Mailloux, D. L., & Hucker, S. J. (2000). *The utility of clinical and actuarial risk assessments for offenders in pre-release psychiatric decision-making*. Correctional Service Canada, Research Branch.

Seto, M. C., Lalumière, M. L., Harris, G. T., Barbaree, H. E., Hilton, N. Z., Rice, M. E., & Schneider, R. D. (2001). *Demands For Forensic Services In The Province Of Ontario*.

Shiina, A., Sato, A., Iyo, M., & Igarashi, Y. (2021). Identifying factors associated with criminal responsibility by analyzing court trial verdicts. *International Journal of Law and Psychiatry*, 77, 101702.
<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2021.101702>

Statistique Canada. (2022). *Statistiques des crimes fondés sur l'affaire, par infractions détaillées, Canada, provinces, territoires, régions métropolitaines de recensement et Police militaire des Forces canadiennes*.

<https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=3510017701&pickMembers%5B0%5D=1.40&pickMembers%5B1%5D=2.3&cubeTimeFrame.startYear=2004&cubeTimeFrame.endYear=2004&referencePeriods=20040101%2C20040101>

Statistique Canada. (2023). *Estimations de la population, trimestrielles*.

<https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000901&cubeTimeFrame.startMonth=07&cubeTimeFrame.startYear=2004&cubeTimeFrame.endMonth=07&cubeTimeFrame.endYear=2004&referencePeriods=20040701%2C20040701>

Stock, H., & Poythress, N. G. (1979). Psychologists' opinions on competency and sanity: How reliable. In *American Psychological Association Annual Convention, New York*.

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., & Lieberman, J. A. (2006). A National Study of Violent Behavior in Persons With Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63 (5), 490. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.490>

Tsao, E. (2015). The Impact of Jury Instruction Formatting and Insanity Defense Consistency on Juror Knowledge and Decision-Making.

<https://www.semanticscholar.org/paper/The-Impact-of-Jury-Instruction-Formatting-and-on-Tsao/4a9a4ad511efd8417cddfd465505fe9a66d820d>

- Viljoen, J. L., Roesch, R., Ogloff, J. R. P., & Zapf, P. A. (2003). The Role of Canadian Psychologists in Conducting Fitness and Criminal Responsibility Evaluations. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 44 (4), 369–381. <https://doi.org/10.1037/h0086959>
- Villeuneuve, D. B., & Quinsey, V. L. (1995). Predictors of General and Violent Recidivism among Mentally Disordered Inmates. *Criminal Justice and Behavior*, 22(4), 397–410. <https://doi.org/10.1177/0093854895022004004>
- Warren, J. I., Murrie, D. C., Stejskal, W., Colwell, L. H., Morris, J., Chauhan, P., & Dietz, P. (2006). Opinion formation in evaluating the adjudicative competence and restorability of criminal defendants: a review of 8,000 evaluations. *Behavioral Sciences & the Law*, 24(2), 113–132. <https://doi.org/10.1002/bsl.699>
- Welch, K. (2007). Black Criminal Stereotypes and Racial Profiling. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 23(3), 276–288. <https://doi.org/10.1177/1043986207306870>
- Whitley, R., & Berry, S. (2013). Trends in Newspaper Coverage of Mental Illness in Canada: 2005–2010. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(2), 107–112. <https://doi.org/10.1177/070674371305800208>
- Whitley, R., & Prince, M. (2005). Fear of crime, mobility and mental health in inner-city London, UK. *Social Science & Medicine*, 61(8), 1678–1688. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.03.044>

- Whittemore, K. E., & Ogloff, J. R. P. (1995). Factors that influence jury decision making: Disposition instructions and mental state at the time of the trial. *Law and Human Behavior, 19*(3), 283–303. <https://doi.org/10.1007/bf01501661>
- Wik, A., Hollen, V., & Fisher, W. H. (2019). Forensic patients in state psychiatric hospitals: 1999–2016. *CNS Spectrums, 25*(2), 196–206. <https://doi.org/10.1017/s1092852919001044>
- Winko c Colombie-Britannique (Forensic Psychiatric Institute)*, [1999] 2 RCS 624
- Zapf, P. A., Golding, S. L., Roeschn, R., & Pirelli, G. (2013). Assessing Criminal Responsibility. In I. B. Weiner & R. K. Otto (Eds.), *The Handbook of Forensic Psychology*. John Wiley & Sons.
- Zapf, P. A., Hubbard, K. L., Cooper, V. G., Wheelles, M. C., & Ronan, K. A. (2004). Have the Courts Abdicated Their Responsibility for Determination of Competency to Stand Trial to Clinicians? *Journal of Forensic Psychology Practice, 4*(1), 27–44. https://doi.org/10.1300/j158v04n01_02

Annexe A

Grille de codification

	Variables	Codification
1.	Recommandation du psychiatre-légiste	1 = NRCTM 2 = responsabilité criminelle
2.	Verdict émis par la cour	1 = NRCTM 2 = responsabilité criminelle 999 = pas d'information
3.	Sexe	1 = homme 2 = femme 999 = pas d'information
4.	Âge	1 = 18-34 2 = 35-50 I3 = plus de 50 999 = pas d'information
6.	Source de revenu	1 = avec emploi 2 = sans emploi 3 = aide sociale 4 = autre 999 = pas d'information
7.	Niveau de scolarité	1 = pas de diplôme d'études secondaires 2 = diplôme d'études secondaires 3 = études postsecondaires 999 = pas d'information
8.	Hébergement	1 = sans domicile fixe 2 = domicile fixe 999 = pas d'information
9.	Statut marital	1 = en couple 2 = célibataire 999 = pas d'information
10.	Historique criminel	1 = oui 2 = non 999 = pas d'information
11.	Historique de verdicts de NRCTM	1 = oui 2 = non 999 = pas d'information
12.	Antécédents de violence physique	1 = oui 2 = non 999 = pas d'information
13.	Antécédents psychiatriques	1 = oui 2 = non

		999 = pas d'information
14.	Type de l'infraction index	1 = contre la personne 2 = autres violations impliquant la violence et armes offensives 3 = contre la propriété 4 = autre 999 = pas d'information
15.	Diversité criminelle	1 = faible 2 = moyenne 3 = élevée 999 = pas d'information
16.	Sexe de la ou des victimes	1 = victime(s) masculine(s) 2 = victime(s) féminine(s) 3 = victimes mixtes 4 = N/A 999 = pas d'information
17.	Âge de la ou des victimes	1 = victime(s) majeure(s) 2 = victime(s) mineure(s) 3 = victimes mixtes 4 = N/A 999 = pas d'information
18.	Lien avec la ou les victimes	1 = victime(s) connue(s) 2 = victime(s) inconnue(s) 3 = N/A 999 = pas d'information
19.	Historique de problèmes d'abus de substance(s)	1 = oui 2 = non 999 = pas d'information
20.	Diagnostic principal de trouble mental	1 = spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques 2 = troubles de l'humeur 3 = troubles liés à une substance et troubles addictifs 4 = autre 999 = pas d'information
21.	Historique d'adhérence aux traitements	1 = bonne 2 = mauvaise 999 = pas d'information
22.	Type de symptomatologie active au moment du délit : 22.a Hallucinations 22.b Idées délirantes 22.c Comportements violents	a. 1 = oui 2 = non 999 = pas d'information b. 1 = oui 2 = non 999 = pas d'information c. 1 = oui 2 = non 999 = pas d'information

	22.d Comportements étranges et/ou désorganisés	d. 1 = oui 2 = non 999 = pas d'information
	22.e Humeur dépressive	e. 1 = oui 2 = non 999 = pas d'information
	22.f Humeur élevée et expansive	f. 1 = oui 2 = non 999 = pas d'information
	22.g Affect intense et inadéquat	g. 1 = oui 2 = non 999 = pas d'information
	22.h Désorganisation cognitive	h. 1 = oui 2 = non 999 = pas d'information
23.	Intoxication au moment du crime	1 = oui 2 = non 999 = pas d'information
24.	Responsabilisation et reconnaissance du crime	1 = oui 2 = non 3 = partiellement 4 = insatisfaisante 999 = pas d'information
25.	Planification et préparation du crime	1 = oui 2 = non 999 = pas d'information
26.	Niveau d'activité au moment du crime	1 = aucune 2 = faible 3 = modérée 4 = élevée 999 = pas d'information
27.	Comportement social responsable général	1 = bon 2 = moyen 3 = mauvais 999 = pas d'information
29.	La perte de contrôle est-elle le résultat d'une psychose?	1 = oui 2 = non 3 = N/A 999 = pas d'information
30.	Sévérité du délit (Crime severity index)	1 = niveau 4 2 = niveau 3 3 = niveau 2 4 = niveau 1

Annexe B

Table 5

Bivariate correlations of independent variables included in recommendations and verdicts logistic regression models.

	History of NCRM DVs	Hallucinations	Delusional ideation	Strange and disorganized behaviour	Manic and expansive mood	Inappropriate and volatile affect	Cognitive disorganization	Intoxication at the time of the offence	Psychosis-induced loss of control	Degree of planning and preparation	Responsible behaviour
History of NCRM DVs	1										
NCRMD verdicts											
Hallucinations	,105	1									
Delusional ideation	,129	,211	1								
Strange and disorganized behaviour	,163	,124	,416	1							
Manic and expansive mood	,238	,066	,428	,477	1						
Inappropriate and volatile affect	,224	,051	,286	,525	,711	1					
Cognitive disorganization	,102	,051	,286	,526	,242	,254	1				
Intoxication at the time of the offence	-,020	,015	-,053	,038	,026	,038	,202	1			
Degree of planning and preparation	-,110	,140	,250	,104	,097	,191	,104	,175	1		
Responsible behaviour	,093	,020	,037	,246	,153	,150	,246	,015	-,098	1	
Psychosis-induced loss of control	-,177	,449	,166	,076	-,174	-,123	,175	-,091	,153	,032	1