



## ARCHIVED - Archiving Content

### Archived Content

Information identified as archived is provided for reference, research or recordkeeping purposes. It is not subject to the Government of Canada Web Standards and has not been altered or updated since it was archived. Please contact us to request a format other than those available.

## ARCHIVÉE - Contenu archivé

### Contenu archivé

L'information dont il est indiqué qu'elle est archivée est fournie à des fins de référence, de recherche ou de tenue de documents. Elle n'est pas assujettie aux normes Web du gouvernement du Canada et elle n'a pas été modifiée ou mise à jour depuis son archivage. Pour obtenir cette information dans un autre format, veuillez communiquer avec nous.

This document is archival in nature and is intended for those who wish to consult archival documents made available from the collection of Public Safety Canada.

Some of these documents are available in only one official language. Translation, to be provided by Public Safety Canada, is available upon request.

Le présent document a une valeur archivistique et fait partie des documents d'archives rendus disponibles par Sécurité publique Canada à ceux qui souhaitent consulter ces documents issus de sa collection.

Certains de ces documents ne sont disponibles que dans une langue officielle. Sécurité publique Canada fournira une traduction sur demande.



Solliciteur général  
Canada

Secrétariat  
du Ministère

Solicitor General  
Canada

Ministry  
Secretariat

---

# LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE POUR LES DÉTENUS DES PÉNITENCIERS

Révision du droit correctionnel  
Document de travail n° 9  
février 1988

---

Canada



Copyright of this document does not belong to the Crown.  
Proper authorization must be obtained from the author for  
any intended use.

Les droits d'auteur du présent document n'appartiennent  
pas à l'État. Toute utilisation du contenu du présent  
document doit être approuvée préalablement par l'auteur.

---

# LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE POUR LES DÉTENUS DES PÉNITENCIERS

Révision du droit correctionnel  
Document de travail n° 9  
février 1988

---

BIBLIOTHÈQUE  
MINISTÈRE DU SOLICITEUR  
GÉNÉRAL DU CANADA  
OTTAWA, ONTARIO  
CANADA K1A 0P8

NOV 29

MINISTRY OF THE SOLICITOR  
GENERAL OF CANADA

Le présent document exprime les opinions provisoires du Groupe de travail de la Révision du droit correctionnel. Il a été rédigé à des fins de discussion seulement et ne reflète ni les opinions du Solliciteur général du Canada ni celles du gouvernement du Canada.



## RÉVISION DU DROIT CORRECTIONNEL

Groupe de travail:	Alison MacPhail	Présidence
	Mario Dion	Commission nationale des libérations conditionnelles
	Karen Wiseman	Service correctionnel du Canada
	Robert Cormier	Secrétariat du Ministère du Solliciteur général
	Fernande Rainville-LaForte	Ministère de la Justice
Équipe du projet:	Alison MacPhail Joan Nuffield Paula Kingston	Coordonnatrice
Conseiller:	Keith Jobson	Professeur, Faculté de droit Université de Victoria

## PRÉFACE

La Révision du droit correctionnel est un projet parmi plus de cinquante autres qui forment la Révision du droit pénal, qui est une analyse de l'ensemble du droit fédéral relatif au crime et au système de justice pénale. Bien qu'elle ne constitue qu'une partie d'une oeuvre plus globale, la Révision du droit correctionnel n'en demeure pas moins une étude de première importance en soi. Elle vise essentiellement les cinq lois fédérales suivantes :

- . la Loi sur le ministère du Solliciteur général
- . la Loi sur les pénitenciers
- . la Loi sur la libération conditionnelle de détenus
- . la Loi sur les prisons et les maisons de correction, et
- . la Loi sur le transfèrement des délinquants.

Certaines parties du Code criminel et d'autres lois fédérales qui ont trait aux questions correctionnelles seront également révisées.

Le premier document de consultation produit dans le cadre de la Révision du droit correctionnel présente la plupart des questions devant être examinées au cours de l'étude. Il a été largement diffusé en février 1984. Les quatorze mois qui ont suivi ont été marqués par des consultations et des propositions précises émanant de la plupart des gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi que des organismes religieux et d'assistance postpénale, des groupes de victimes, d'une association d'employés, de l'Association canadienne des autorités de libérations conditionnelles, d'une commission des libérations conditionnelles et d'un universitaire. Aucune réponse n'est encore parvenue cependant de groupes représentant la police, la magistrature ou les criminalistes. On s'attend toutefois que des représentants de ces groupes importants se manifesteront au cours de la présente série de consultations publiques (c'est-à-dire, la deuxième). Par ailleurs, les opinions des détenus et du personnel correctionnel seront sollicitées directement.

Depuis la fin du premier train de consultations, une série spéciale de consultations provinciales a été entreprise. Il a paru nécessaire, en effet, de s'assurer que les questions fédérales-provinciales pouvaient être traitées de façon adéquate. Aussi, le présent document de travail fait-il état, à l'occasion, des résultats de la première série de consultations et de ceux des consultations provinciales.

Le deuxième train de consultations est fondé sur une série de documents de travail dont la liste figure à l'Annexe A. Le Groupe de travail de la Révision du droit correctionnel, qui se compose de représentants du Service correctionnel du Canada (SCC), de la Commission nationale des libérations conditionnelles (CNLC), du Secrétariat du ministre du Solliciteur général et du ministre de la Justice fédéral, invite les personnes et les groupes intéressés à lui faire parvenir leurs observations par écrit.

Le Groupe de travail entreprendra une série complète de consultations lorsque tous les documents de travail auront été publiés et il rencontrera alors les personnes et les groupes intéressés. Cette démarche aboutira à la présentation d'un rapport au gouvernement. Dans la rédaction de ses conclusions finales sur les questions soulevées dans les différents documents de travail, le Groupe de travail de la Révision du droit correctionnel tiendra compte des observations qu'il aura reçues.

Veillez faire parvenir vos commentaires à :

Alison MacPhail  
Coordonnatrice  
Révision du droit correctionnel  
Ministère du Solliciteur général  
340 ouest, avenue Laurier  
Ottawa, Ontario  
K1A 0P8

## LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE POUR LES DÉTENUS DES PÉNITENCIERS

### RÉSUMÉ

#### INTRODUCTION

L'introduction met en évidence les objectifs du présent document qui sont:

- d'examiner et d'exposer les questions relatives aux services de santé mentale pour les détenus incarcérés dans les pénitenciers qui peuvent faire l'objet de textes législatifs fédéraux en matière correctionnelle;
- mettre en contexte les questions relatives aux détenus atteints de troubles mentaux en donnant les grandes lignes du problème des services de santé mentale; et
- présenter, pour discussion, des propositions servant à établir un cadre législatif prévoyant des programmes et des traitements éprouvés dont les détenus pourront tirer profit.

#### PARTIE I

La Partie I décrit les dimensions du problème des services de santé mentale, elle présente les données nécessaires en matière de définitions et de statistiques et examine l'importante question du partage des compétences.

#### PARTIE II

La Partie II examine la nature et la portée du droit au traitement et toute limite législative et pratique qui pourrait nuire à l'obligation de fournir des traitements aux détenus atteints de maladie mentale. Dans cette partie, on essaie aussi de définir un droit ou une obligation en matière de services de santé mentale qui puisse s'inscrire dans les textes législatifs fédéraux en matière correctionnelle.

### **PARTIE III**

La Partie III examine la question du consentement au traitement et du droit de refuser un traitement. Les conditions du consentement donné en toute connaissance de cause sont exposées et le contenu des textes législatifs régissant les questions de consentement est examiné.

### **PARTIE IV**

La Partie IV examine la question de l'alimentation forcée et essaie de résoudre l'ambiguïté à laquelle doivent faire face les administrateurs des pénitenciers et les détenus face aux situations d'alimentation forcée.

### **PARTIE V**

La Partie V examine les changements qu'il faudrait apporter aux règles juridiques afin de s'assurer que l'on tient compte de la santé mentale des détenus quand sont prises certaines décisions critiques visant notamment: le placement, le classement, les transfèvements, les mesures disciplinaires et la mise en liberté sous libération conditionnelle ou sous surveillance obligatoire.

### **PARTIE VI**

La partie VI examine les questions concernant les transfèvements des détenus fédéraux souffrant de troubles mentaux dans des établissements de santé provinciaux. Cette partie également passe en revue les solutions possibles afin de résoudre ce problème.

## **PARTIE VII**

La Partie VII examine les questions de confidentialité des dossiers médicaux et le droit du détenu-patient de connaître le contenu de son propre dossier. Cette partie examine également les difficultés découlant du fait que le devoir déontologique du médecin de respecter le secret professionnel et le désir du patient de garder confidentiels certains renseignements entrent en conflit avec le besoin des professionnels de mettre en commun de l'information ou avec la volonté de l'établissement ou du public d'être averti de la "dangerosité" d'un patient.

## TABLE DES MATIÈRES

	<u>page</u>
PRÉFACE	( i )
RÉSUMÉ	( iii )
INTRODUCTION	1
PARTIE I: LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE - ENVERGURE DU PROBLÈME	7
Ampleur et nature du problème	8
Partage des compétences	11
PARTIE II: LE DROIT AU TRAITEMENT	15
Le droit au traitement: avant la Charte	15
Le droit au traitement et la Charte	19
Vie, liberté et sécurité de la personne	19
Traitements ou peines cruels et inusités	20
Droits à l'égalité	21
Obligations et normes prévues par les textes législatifs internationaux	24
Autres facteurs	25
Propositions	30
Observation	31
PARTIE III: LE CONSENTEMENT AU TRAITEMENT	32
Propositions	41
PARTIE IV: L'ALIMENTATION FORCÉE	44
Proposition	47
PARTIE V: RÉPERCUSSIONS DU DROIT AU TRAITEMENT SUR LES DÉCISIONS PRISES EN ÉTABLISSEMENT	48
Réception/placement	48
Classement	48

Transfèrements	49
Mesures disciplinaires	50
Libération conditionnelle	51
Proposition	53
PARTIE VI: LES TRANSFÈREMENTS AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ MENTALE PROVINCIAUX: <u>LA LOI SUR LES PÉNITENCIERS, ARTICLES 19 ET 20</u>	54
Article 19	54
Article 20	60
Proposition	62
PARTIE VII: LA CONFIDENTIALITÉ ET LE DROIT DE SAVOIR	63
La confidentialité	63
Le droit de savoir	70
Proposition	72
CONCLUSION	73
NOTES	75
ANNEXES A: Liste des documents de travail proposés de la révision du droit correctionnel	78
ANNEXE B: Tiré de <u>Traitement des troubles psychiques: évaluation des besoins</u>	79
ANNEXE C: Énoncé d'objet et de principes pour le système correctionnel	83
ANNEXE D: Propositions concernant les services de santé mentale pour les détenus des pénitenciers	86

## LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE POUR LES DÉTENUS DES PÉNITENCIERS

### INTRODUCTION

Ce document de travail fait partie d'une série de documents rédigés par le Groupe de travail de la Révision du droit correctionnel. Celui intitulé Cadre pour la révision du droit correctionnel (juin 1986) expose le cadre constitutionnel et législatif qui régit le système carcéral et le régime de libération conditionnelle, la pertinence de certains aspects du droit international et de certains traités internationaux, l'effet de la jurisprudence, les répercussions éventuelles de la Charte canadienne des droits et libertés et les considérations qui entrent en jeu dans toute décision en ce qui concerne la révision du cadre législatif actuel. Le présent document examine plus en détail plusieurs thèmes abordés dans le document précédent et traite des questions concernant les services de santé mentale assurés aux détenus sous responsabilité fédérale qui peuvent être visés par les lois fédérales en matière correctionnelle.

On trouvera la genèse de ce document dans le cadre des politiques établi pour l'ensemble de la Réforme du droit pénal dans Le droit pénal dans la société canadienne<sup>1</sup>, ainsi que dans les deux premiers documents de travail rédigés dans le cadre de la Révision du droit correctionnel (La philosophie correctionnelle et le Cadre pour la révision du droit correctionnel mentionné plus haut). Le présent document examine dans une optique plus générale, les préoccupations dont font état un certain nombre de rapports et d'études qui portent sur les besoins et les programmes dans le domaine de la santé mentale au niveau fédéral.<sup>2</sup>

Les problèmes que posent les détenus souffrant de troubles psychiques sont particulièrement complexes. Le présent document comporte une description à jour des besoins de soins des détenus en matière de santé mentale et des services disponibles actuellement. Qui plus est, il recense les questions qui peuvent être visées par la législation correctionnelle.

Il s'agit d'examiner non pas tous les problèmes liés à la prestation de services de santé mentale, mais seulement les améliorations qui peuvent être apportées par le biais des lois fédérales en matière correctionnelle. En effet, les problèmes que pose la prestation de services de santé mentale aux infracteurs touchent à la fois notre système de soins de santé et notre système de justice pénale. Toutefois, la présente étude se limite nécessairement aux seules questions qui entrent dans le cadre de la Révision du droit correctionnel. Ainsi, ce document examine les problèmes plus généraux liés aux services de santé mentale et souligne la nécessité de se pencher sur les problèmes opérationnels et ceux ayant trait à la prestation des services seulement pour établir le contexte plus vaste dans lequel pourront être examinées des questions plus précises, comme le droit au traitement et le caractère confidentiel des dossiers, qui peuvent être visées par les lois fédérales en matière correctionnelle. Les questions opérationnelles plus générales sont abordées dans le cadre d'un projet important entrepris par le SCC.

La Partie I vise à situer toute la question des services de santé mentale en énonçant le problème dans ses grandes lignes, en fournissant les définitions et les statistiques nécessaires, en exposant les mécanismes actuels de prestation de services de santé mentale aux détenus dans les pénitenciers et en examinant une question d'importance capitale, celle des compétences.

Les Parties II à VII recensent les questions qui entrent en cause dans l'élaboration de textes législatifs applicables aux détenus qui souffrent de troubles psychiques. On examine la nature et l'étendue du droit au traitement, le droit de refuser le traitement, l'alimentation forcée, les transfèvements dans des établissements provinciaux et le caractère confidentiel des dossiers médicaux et des fiches de traitement, ainsi que l'incidence de ces questions sur la prise de décisions à l'établissement. On examine également les répercussions de la Charte canadienne des droits et libertés sur les besoins en matière de santé mentale des détenus. Les mesures proposées à la fin de chaque partie

ont pour objet de susciter la discussion. Elles sont conformes à l'approche préconisée dans le document de travail intitulé Cadre pour la révision du droit correctionnel qui examine les raisons pour lesquelles les questions relatives aux droits des détenus doivent être prévues dans des textes législatifs et des règlements.

Une des raisons indiquées est le fait qu'il est particulièrement important d'adopter des dispositions législatives qui précisent le sens de la Charte. En effet, cette dernière est exposée en termes si généraux et abstraits que les dispositions législatives ont un rôle essentiel à jouer pour préciser et éclaircir les droits prescrits par la Charte et les restrictions qui doivent être imposées dans le contexte correctionnel. Ce dernier point prend toute son importance quand l'on sait que les limites ou les restrictions imposées aux droits prévus par la Charte doivent être prescrites par la loi, et que les limites établies dans les directives en matière de politique ne sont pas conformes aux exigences de la Charte.

En outre, il semble de loin préférable d'élaborer maintenant les dispositions législatives voulues plutôt que de voir les tribunaux imposer graduellement au système correctionnel une série de conditions dépourvues de toute cohérence. Bien que les tribunaux jouent un rôle important en matière d'inspection et de contrôle externe, il ne faut compter sur l'intervention judiciaire qu'en dernier ressort et non y faire appel à la première occasion. En résumé, il est nécessaire d'élaborer des dispositions législatives qui soient justes pour tous les participants afin de faciliter leur tâche commune. En effet, les litiges laissent toujours des gagnants et des perdants et favorisent davantage la polarisation.

Les solutions à long terme examinées devraient permettre d'éviter le recours aux tribunaux grâce à des textes législatifs qui laissent place à l'exercice du jugement tout en prévoyant des structures conformes à des principes que saisissent bien les détenus, le personnel et la direction des établissements et le public. Des textes législatifs

fondés sur des principes et des objectifs clairement énoncés donneraient la structure nécessaire pour agir avec tout le discernement et la souplesse voulus tout en imposant le plus de responsabilité possible.

Les mesures proposées dans le présent document ne représentent pas la position prise par le gouvernement puisque les dispositions législatives appropriées n'ont pas été déterminées. Ces mesures ne sont suggérées que pour nourrir le débat. Le gouvernement est d'ailleurs en train de consulter activement le public et les spécialistes avant de décider quelle ligne de conduite il entend suivre.

Avant de déterminer l'ampleur du problème que présentent les services de santé mentale, il y a lieu de préciser le sens donné à l'expression "services de santé mentale" dans ce document. Il importe de comprendre non seulement ce qu'elle signifie pour le personnel de correction et les spécialistes qui s'occupent des détenus, mais quels troubles ou désordres sont inclus et de quels types de traitements ou de programmes il s'agit. Pour les besoins du présent document, les "services de santé mentale" comprennent ceux qui sont assurés aux détenus qui souffrent de troubles psychiatriques graves, par ex., les cas aigus, subaigus, chroniques ou qui exigent des soins à long terme, ainsi qu'à ceux qui souffrent de troubles du comportement graves. Ce document reprend la classification et la terminologie utilisées dans le document intitulé Traitement des troubles psychiques: évaluation des besoins<sup>3</sup> rédigé à la suite d'une étude effectuée par le ministre du Solliciteur général (voir l'annexe B). Malgré les critiques qui pourraient être formulées à leur endroit, la classification et les définitions établies dans cette étude servent de point de départ à une discussion plus poussée. Il est clair, d'emblée, que les "services de santé mentale" ne comprennent pas uniquement ceux qui sont assurés aux détenus atteints de troubles psychiatriques reconnus et que, par ailleurs, ils mettent à contribution une vaste gamme de spécialistes, y compris des médecins, des préposés aux soins infirmiers, des psychologues et des aumôniers.

En 1972, lorsque le rapport Chalke<sup>4</sup> a recommandé la construction de centres psychiatriques régionaux, les maladies suivantes retenaient surtout l'attention: 1) les troubles psychiatriques de nature aiguë, comme les psychoses, les états dépressifs profonds, les sentiments soudains de panique, la confusion mentale ou les réactions toxiques, exigeant un traitement médical en milieu hospitalier pendant une période allant jusqu'à 60 jours; 2) les troubles psychiatriques subaigus, soit les mêmes que ceux susmentionnés, mais exigeant un traitement de plus de deux mois; et 3) les maladies chroniques, y compris la schizophrénie, l'épilepsie, les lésions cérébrales organiques ou l'arriération mentale, qui exigent des soins permanents.

Toutefois, il existe un groupe important de détenus qui souffrent non pas de troubles d'ordre psychiatrique aigus ou chroniques, mais de troubles du comportement graves ou d'autres déficiences. Entrent dans cette catégorie les détenus qui sont aux prises avec les graves problèmes suivants: 1) alcoolisme ou toxicomanie, 2) dysfonctions sexuelles, 3) violence ou incapacité de maîtriser de l'agressivité, 4) inaptitude à gérer le stress, 5) dépression autre que celle susmentionnée, 6) troubles de la pensée de nature non aiguë et 7) manque de compétences psychosociales ou d'autres compétences sociales ou culturelles.

Les cas aigus sont habituellement traités à l'aide de médicaments administrés sous la surveillance de médecins, soit à l'infirmerie du pénitencier, soit à l'établissement provincial où ces cas sont transférés. Le traitement des troubles du comportement ou des déficiences, par contre, est généralement axé sur la thérapie, le counseling et l'information et prend souvent la forme de séances de groupe. On constate que le traitement, les programmes et les services sont utiles à l'étape prélibératoire dans l'établissement ainsi qu'après la libération conditionnelle du détenu ou sa mise en liberté sous surveillance obligatoire dans la collectivité. Jusqu'ici, l'accent a été mis sur le traitement des désordres psychiatriques graves.

Toutefois, selon le rapport Carson<sup>5</sup>, le rapport Nielsen<sup>6</sup> et L'évaluation des besoins<sup>7</sup>, il existe une demande croissante de services de santé mentale pour les infracteurs souffrant de troubles du comportement. En examinant la question des services de santé mentale à assurer aux détenus dans les pénitenciers, il y a lieu de voir non seulement à ce que les détenus qui sont reconnus comme aliénés soient gardés à l'écart de la population carcérale générale, mais à ce que les cas aigus reçoivent le traitement et les soins psychiatriques nécessaires. De plus, il y a lieu de veiller à ce que les nombreux détenus qui souffrent de troubles de comportement et qui pourraient utilement participer à des programmes de groupe de nature thérapeutique et éducative reçoivent le traitement voulu. L'absence de celui-ci, d'ailleurs, engendre du stress et de la violence, et donc se répercute non seulement sur l'intéressé, mais sur les autres détenus et le personnel.

Comme dans le cas des soins et des traitements psychiatriques, ces programmes ne garantissent nullement une "guérison". Toutefois, l'accès à des programmes de nature thérapeutique et éducative est conforme à l'objet du système correctionnel énoncé dans le document de travail intitulé La philosophie correctionnelle. Ce dernier accorde une priorité élevée à l'encouragement des détenus à se préparer à la mise en liberté et à une réinsertion sociale réussie, en leur offrant un large éventail de programmes qui répondent à leurs besoins éventuels. Un grand nombre des détenus que le système correctionnel est appelé à traiter souffrent de problèmes multiples, y compris des désordres psychiatriques et des troubles du comportement qui peuvent être criminogènes. La société et le système correctionnel veulent aider ces infracteurs à régler leurs problèmes.

Pour offrir des programmes, toutefois, il faut disposer des ressources nécessaires. Or, en période de restrictions budgétaires, l'affectation de ressources est une question particulièrement épineuse et difficile à régler. Cependant, le SCC, de même que divers rapports et études sur les questions correctionnelles, reconnaissent que la prestation des services de santé mentale nécessaires est une question prioritaire.

## **PARTIE I: LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE - ENVERGURE DU PROBLÈME**

Au risque de trop simplifier la question, on pourrait dire que le problème auquel est confronté le système correctionnel tient au nombre croissant de détenus sous responsabilité fédérale qui souffrent de troubles d'ordre psychiatrique ou de divers troubles graves du comportement.<sup>8</sup> L'absence de traitements et de services adéquats engendre la violence et le stress, et provoque des crises qui nuisent au détenu concerné ainsi qu'aux autres détenus. De plus, l'absence de mesures propres à répondre aux besoins fondamentaux d'un si grand nombre de détenus crée un milieu de travail débilisant et démoralisant tant pour les employés que pour les gestionnaires.

Le Comité Carson formule au sujet du besoin de services en matière de santé mentale et de l'insuffisance des services actuels les observations suivantes:

"Nous pensons que cette situation grève beaucoup les ressources du Service affectées à l'hygiène mentale. Apparemment, les détenus atteints de troubles mentaux perturbent le fonctionnement de l'établissement, irritent et provoquent parfois d'autres détenus, et entravent en général l'administration des programmes en raison du fait qu'ils exigent trop de la part du personnel.

Selon les estimations, jusqu'à 25 p. 100 de détenus souffrent d'une forme de maladie mentale grave. Bien qu'il existe plusieurs installations régionales spécialisées, seules les personnes souffrant de troubles chroniques les plus graves peuvent être internées à long terme. Dans la plupart des cas, les malades réintègrent très vite leurs établissements. Nous nous demandons avec inquiétude si les malades gravement atteints ne seront pas encore plus perturbés par cette "thérapie par autobus", qui ne permet pas d'attaquer systématiquement leurs problèmes sous-jacents. La ségrégation devient souvent le seul moyen de s'occuper de ces individus dans un milieu carcéral normal.

Une autre difficulté vient du fait que les services psychiatriques du SCC hésitent à traiter les détenus qui ne sont pas clairement des malades mentaux ou qui ne sont pas trop perturbateurs. Nombreux sont les détenus qui se situent à la frontière imprécise de la normalité et de la maladie mentale, mais qui accusent de graves problèmes de santé mentale et de comportement. Il faut chercher plus activement des moyens d'offrir à ce groupe marginal les services nécessaires."<sup>9</sup>

Il s'agit donc d'un problème qu'on retrouve à plusieurs niveaux: au niveau de l'individu, il y a le droit de chacun de recevoir les soins de santé mentale fondamentaux dont il a besoin. De plus, au niveau administratif, la prestation de soins de santé mentale qui répondent aux besoins fondamentaux des détenus améliore les conditions de travail des employés et permet de gérer l'établissement de manière plus efficace; au niveau de la collectivité, les mesures prises pour répondre aux besoins fondamentaux des détenus en matière de santé mentale assurent une plus grande sécurité et favorisent le respect de la dignité inhérente à la personne humaine. Enfin, aux niveaux national et international, ces mesures nous permettent de répondre aux exigences des lois canadiennes et de respecter nos obligations en vertu des conventions internationales, et contribuent par ailleurs à l'avènement d'une société plus sûre et plus humaine.

### **Ampleur et nature du problème**

Une grande partie des détenus des pénitenciers fédéraux a grandement besoin de services en matière de santé mentale. Tel qu'indiqué ci-dessus, leurs besoins entrent dans l'une de deux catégories. Selon des données récentes, environ 15 % des détenus dans les établissements fédéraux souffrent de troubles d'ordre psychiatrique graves - il s'agit de cas aigus, subaigus ou chroniques; et de 20 à 30 % souffrent de maladies graves ou de troubles du comportement qui n'exigent pas le traitement en milieu hospitalier. Ces maladies et troubles moins graves comprennent 1) la violence et

l'agression, y compris la colère violente; 2) les dysfonctions sexuelles graves; 3) l'immaturité mentale ou sociale, y compris l'arriération mentale et l'incapacité à mener une existence normale en milieu carcéral sans créer de sérieux problèmes sur le plan administratif; 4) les tendances suicidaires; 5) les états dépressifs graves; 6) les troubles de la pensée et les états dépressifs moins graves qui n'ont pas besoin d'être traités en milieu hospitalier.<sup>10</sup>

Il y a lieu de noter que le nombre de détenus que l'on considère comme ayant besoin de services de santé mentale ne comprend pas ceux qui souffrent de problèmes graves d'alcoolisme ou de toxicomanie, bien que beaucoup d'entre eux peuvent appartenir aux deux catégories à la fois. Lorsque ceux-ci sont inclus, le pourcentage des détenus dans les établissements fédéraux qui ont besoin de services de santé mentale dans chaque région est presque le double de celui indiqué. Il convient de signaler que l'interprétation de données précises est difficile vu qu'un grand nombre de détenus souffrent de troubles multiples du comportement, et que les diverses études sur la question abordent le problème de façons différentes. Le SCC procède actuellement à l'évaluation des besoins, étude qui fournira des données à jour sur l'ampleur du problème et dissipera toute ambiguïté à laquelle aurait pu donner lieu la comparaison des données des études antérieures. Les résultats de l'étude du SCC devraient être connus à l'automne de 1988.

Quels sont les services de santé actuellement assurés? Selon les derniers calculs du SCC, il y aurait parmi les détenus sous responsabilité fédérale quelque 1 500 cas souffrant de troubles mentaux aigus, subaigus ou chroniques. Le SCC compte 455 lits pour les détenus atteints de troubles psychiatriques ou du comportement: presque 300 pour les cas psychiatriques aigus, subaigus et chroniques, les autres lits étant réservés aux détenus aux prises avec des problèmes spéciaux, comme les délinquants sexuels ou ceux qui ont des troubles de la personnalité ou du comportement.

Selon ces données et celles fournies par l'Évaluation des besoins et l'Operational and Resource Management Review No. 11, Review of Mental Health Services,<sup>11</sup> beaucoup plus de détenus que ceux qui sont actuellement traités dans les pénitenciers ont besoin de services de santé mentale. De plus, la prestation de services de santé aux libérés conditionnels ou sous surveillance obligatoire et aux nombreux détenus qui souffrent d'un ou de plusieurs troubles du comportement continue de présenter des difficultés.

Divers programmes éducatifs et de traitement sont en place, dans les centres psychiatriques régionaux et dans les pénitenciers, à l'intention des détenus qui souffrent de troubles du comportement. Ces programmes sont axés sur l'alcoolisme, la toxicomanie, la maîtrise de l'agressivité et de la colère, les dysfonctions sexuelles et les compétences psychosociales. Dans certains établissements, lorsqu'on y joint les détenus toxicomanes, il paraît que jusqu'à 60 % de la population carcérale aurait besoin de services de santé mentale. Le rapport du Groupe de travail Nielsen sur le système de justice pénale a formulé à ce sujet les observations suivantes:

"Bien que l'on suggère parfois que les pénitenciers cessent de viser d'autres buts que la punition et la neutralisation, le Groupe d'étude conclut que les autres efforts faits dans les pénitenciers sont justifiés (même si certains pourraient l'être de façon plus efficace) et que le gouvernement agirait de façon irresponsable en les abandonnant.

Les personnes emprisonnées ont plusieurs problèmes: 40 % sont pratiquement analphabètes; une proportion au moins aussi grande a un problème de dépendance à l'égard de la drogue ou de l'alcool; la plupart ont peu de compétences à offrir sur le marché et ont occupé des emplois de façon sporadique; bon nombre d'entre elles présentent des difficultés d'apprentissage, peu d'aptitudes sur le plan social, des problèmes familiaux et très peu de maturité. Quelques-unes souffrent de troubles mentaux graves, mais ne peuvent

être traitées dans le système des services de santé mentale. Loin de croire que les efforts déployés pour faire face à ces problèmes sont un luxe injustifiable en cette époque de restrictions budgétaires, le Groupe d'étude déplore plutôt la pénurie de mesures visant à régler cette situation."<sup>12</sup>

En outre, il y a lieu d'examiner de plus près un autre facteur. On a suggéré, en se fondant surtout sur diverses analyses effectuées aux États-Unis, que les détenus qui souffrent de troubles psychiques sont, depuis quelques années, "criminalisés". On affirme qu'à cause de la fermeture des gros établissements psychiatriques et du traitement des malades mentaux dans des installations au sein de la collectivité ou en consultation externe, un nombre croissant d'infracteurs souffrant de maladies mentales sont incarcérés dans les établissements pénitentiaires au lieu d'être confiés au système de soins de santé. Il est difficile cependant de porter un jugement absolu en l'absence de données empiriques suffisantes, sur la soi-disant "criminalisation" des personnes qui souffrent de troubles psychiques.

### **Partage des compétences**

Un facteur fondamental entre en cause dans la prestation de services de santé mentale aux détenus dans les établissements pénitentiaires: le partage des compétences ou des responsabilités entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux. Deux questions se posent à cet égard: (1) qui doit assurer les services, et (2) comment remédier aux inégalités qui découlent des variations dans les services de santé assurés au niveau provincial?

Ce sont là deux questions importantes et complexes, mais pour les besoins du présent document, il est entendu que les services de santé, y compris de santé mentale, relèvent constitutionnellement des provinces. Cependant, en vertu de la Constitution, le gouvernement fédéral a la responsabilité des pénitenciers et par conséquent de la garde de tous les

détenus incarcérés dans ces pénitenciers et doit, en vertu de cette même responsabilité, leur fournir les soins nécessaires. (Le par. 16(1) de la Loi sur les pénitenciers prévoit une certaine période - habituellement 30 jours - pendant laquelle les détenus qui ont reçu une sentence de deux ans ou plus sont sous responsabilité provinciale et leur permet d'interjeter appel à moins qu'ils renoncent à ce droit.)

Les observations formulées à cet égard par le Comité Ouimet en 1969 sont encore pertinentes aujourd'hui: "Il arrive...que les autorités provinciales refusent carrément d'accepter, aux fins de traitement, les détenus de pénitencier atteints de troubles psychiatriques. Le raisonnement des fonctionnaires qui ne veulent pas accepter ces prisonniers aux fins de traitement se fonde sur le postulat que les pénitenciers devraient avoir leurs propres services de psychiatrie....Il vaut mieux utiliser tous les services disponibles dans la plus large mesure possible que de laisser des individus souffrir simplement parce qu'une administration soutient que la responsabilité incombe à une autre administration....le Comité est conscient de la nécessité que le gouvernement fédéral augmente ses ressources en ce domaine."<sup>13</sup>

Ainsi, les centres psychiatriques régionaux ont été créés dans les années 70 pour remédier aux lacunes en ce qui concerne les services provinciaux accessibles aux détenus sous responsabilité fédérale. Des dispositions analogues ont été adoptées pour les Forces armées canadiennes et pour la GRC. De plus, des services médicaux ont été mis en place dans les pénitenciers grâce au recrutement, par le gouvernement fédéral, de spécialistes dûment qualifiés ou grâce à l'achat de services du secteur privé.

Le régime fédéral-provincial d'assurance-maladie et les diverses lois provinciales sur la santé qui donnent aux "habitants" d'une province l'accès gratuit aux "services assurés" pourraient donner lieu à des différences d'opinion en ce qui concerne la responsabilité des frais relatifs à ces services. Par exemple, le Mental Health Act de la

Colombie-Britannique stipule que tous les habitants de la province ont le droit de recevoir des services et d'être hébergés dans les installations créées en vertu de la Loi. Les détenus dans les pénitenciers sont-ils considérés comme des "habitants" d'une province pour les besoins des lois provinciales sur la santé mentale et sur l'assurance-maladie? Aux termes du Health Care Insurance Act de l'Alberta, par exemple, les détenus dans les pénitenciers de même que les membres de la GRC et des Forces armées ne sont pas admissibles au régime d'assurance-maladie de l'Alberta. Par ailleurs, la Loi canadienne sur la santé exclut expressément les "personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, selon la définition qu'en donne la Loi sur les pénitenciers". Ainsi, il appartient, semble-t-il, aux autorités fédérales d'assumer la responsabilité financière des services médicaux assurés aux détenus dans les pénitenciers, quel que soit le régime provincial d'assurance-maladie en vigueur. Il en est de même des services médicaux assurés aux libérés conditionnels de jour, qui sont considérés comme purgeant leur peine dans un pénitencier. Toutefois, les détenus bénéficiant d'une libération conditionnelle ou sous surveillance obligatoire, sont visés par les régimes provinciaux d'assurance-maladie.

Le gouvernement fédéral doit donc assurer les services de santé nécessaires aux personnes qui purgent une peine d'incarcération dans un pénitencier. Si le gouvernement fédéral estime que l'inclusion de certains services médicaux dans l'accord sur l'assurance-maladie conclu avec une province donnée lui permettrait de s'acquitter plus efficacement de ses obligations à l'égard des détenus sous responsabilité fédérale, il peut tenir compte de cette option au moment de la renégociation de l'accord de partage des coûts d'assurance-maladie. Sinon, le gouvernement fédéral peut soit assurer lui-même les services médicaux nécessaires, soit les acheter en vertu d'un contrat passé avec le secteur privé. À cet égard, il s'agit moins de déterminer qui a compétence que de savoir qui assume les frais de ces services et comment ceux-ci sont assurés.

La question connexe de l'inégalité des services assurés vient parfois s'ajouter à celle du partage des compétences. Comme on peut le constater d'après ce qui a été dit, la disponibilité des services publics de santé mentale peut varier d'une province à l'autre, surtout pour le détenu mis en liberté. Le même problème se pose lorsqu'un détenu est transféré dans un établissement de santé mentale provincial. Les détenus des pénitenciers dans une province donnée, par exemple, peuvent bénéficier d'une plus vaste gamme de services que ceux qui sont dans une autre province. Ces inégalités s'expliquent par les différences qui existent entre les provinces en ce qui concerne le niveau de richesse et les priorités sur le plan politique. Toutefois, les responsabilités qu'a le gouvernement fédéral, en vertu de la Constitution, à l'égard des détenus dans les pénitenciers demeurent inchangées par l'octroi de la libération conditionnelle ou le transfèrement dans un établissement de santé provincial; ces détenus restent sous la responsabilité du SCC jusqu'à la fin de leur peine. Ainsi, en s'acquittant de ses responsabilités, il devra parfois envisager de fournir des services en sus des services provinciaux, afin de combler les lacunes.

### **Ordonnances d'hospitalisation**

Les modifications qu'on propose d'apporter aux dispositions du Code criminel visant les troubles mentaux prévoient qu'un tribunal peut, au moment de la détermination de la peine et avec le consentement de la Couronne, de l'infracteur et de l'hôpital, rendre une ordonnance d'hospitalisation. Il peut ordonner à une personne souffrant de troubles mentaux aigus et nécessitant des soins immédiats de passer jusqu'à 60 jours dans une installation psychiatrique.

Les ordonnances d'hospitalisation soulèvent plusieurs questions relatives aux coûts. Par exemple, le gouvernement fédéral doit-il aider la province à supporter les coûts d'une ordonnance d'hospitalisation imposée à un infracteur qui sera finalement incarcéré dans un pénitencier? De telles questions ne peuvent pas être traitées dans le présent document.

## **PARTIE II: LE DROIT AU TRAITEMENT**

La partie précédente a décrit le système de prestation de services de santé mentale en vigueur et bon nombre des problèmes qui se posent à cet égard. La présente partie de ce document et celles qui suivent portent plus particulièrement sur les questions qui peuvent être abordées dans le cadre de la législation correctionnelle.

Cette partie examine la nature et l'envergure du "droit au traitement" et en précise le fondement en common law, dans les textes de loi et dans la Charte. Elle tente de déterminer si l'État est obligé d'assurer le traitement et, le cas échéant, l'étendue de son obligation. Sont examinées également les limites, sur les plans juridique et pratique, de cette obligation et, enfin, la question de savoir ce que les dispositions législatives doivent prévoir en matière de droit au traitement.

Il importe de distinguer entre l'obligation sur le plan juridique et l'obligation sur le plan moral d'assurer des services médicaux aux détenus. Le mot "droit" est généralement utilisé de plusieurs façons. Parfois, on l'utilise en parlant d'une revendication que les tribunaux accepteront. Plus souvent, toutefois, on l'utilise pour faire valoir des revendications d'ordre moral ou des attentes sur le plan social qui ne sont pas fondées en droit.

Sur le plan juridique, les mots "droit" et "devoir" représentent souvent les deux côtés d'une seule et même médaille. Ainsi, lorsque le droit au traitement est prévu par la loi, l'État se trouve de ce fait dans l'obligation d'assurer ce traitement, sinon l'infracteur peut recourir aux tribunaux. Dans le présent document, le mot "droit" est utilisé dans son sens juridique le plus strict.

### **Le droit au traitement: avant la Charte**

En faisant abstraction pour l'instant des dispositions de la Charte à cet égard, il semble bien que les textes de loi en

vigueur ne prévoient pas expressément le "droit" aux services de santé. Cela peut sembler étrange, étant donné que le régime d'assurance-maladie en vigueur au Canada prévoit l'accès universel aux services médicaux quels que soient les moyens financiers de chacun. Toutefois, un examen minutieux des lois fédérales et provinciales sur la santé n'a révélé aucune disposition prévoyant expressément le droit aux services de santé. À première vue, la loi fédérale semble accorder un droit en prévoyant la participation du gouvernement fédéral aux frais de l'assurance-santé, en collaboration avec les provinces. L'article 10 de la Loi canadienne sur la santé stipule ce qui suit:

La condition d'universalité suppose qu'au titre du régime d'assurance-santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé assurés...

L'article 12 de cette loi vise à assurer l'accès universel en interdisant la "surfacturation" en ce qui concerne les services assurés. Il reste à déterminer, toutefois, si l'élimination des obstacles financiers et autres revient à accorder le droit aux services médicaux. On pourrait soutenir que le fait de demander un rendez-vous chez le médecin ne donne pas automatiquement droit à ce rendez-vous. Le médecin n'a aucune obligation légale d'accorder une consultation.

En outre, les textes de loi fédéraux et provinciaux sur les services de santé excluent expressément certaines catégories de personnes du régime d'assurance-maladie. Comme on l'a déjà dit, les personnes "purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier" ainsi que les membres de la GRC et des Forces canadiennes sont exclus. Par conséquent, les détenus sous responsabilité fédérale n'ont pas droit aux services de santé aux termes des textes législatifs en vigueur.

Cependant, bien que les textes de loi en vigueur (à l'exception peut-être de la Charte, voir ci-dessous) de façon générale ne prévoient pas le droit aux services de santé, une exception est faite dans le cas des personnes qui, à cause de leur âge ou d'une infirmité, ou pour quelque

autre raison, sont sous la garde ou la tutelle d'une autre personne. Cette exception revêt une importance primordiale pour ce qui est de prévenir les abus; en effet, la loi stipule que les parents, les chefs de famille et les tuteurs ont l'obligation d'assurer "les choses nécessaires à l'existence" à un enfant, un conjoint ou une autre personne à leur charge si cette dernière, en raison de son incarcération, de son âge, d'une maladie ou de son aliénation mentale, est incapable de subvenir à ses propres besoins. L'omission de remplir cette obligation, lorsque cette omission entraîne la mort de la personne envers laquelle l'obligation doit être remplie, met sa vie en danger ou expose ou est de nature à exposer à un tort permanent la santé de cette personne, constitue une infraction au Code criminel. On a interprété ces dispositions de manière à inclure des services médicaux comme les transfusions de sang ou les traitements d'insuline. Jusqu'ici, aucun détenu n'a engagé des poursuites au criminel contre les autorités carcérales pour non-prestation des services de santé nécessaires. Il pourrait, d'ailleurs, s'avérer difficile de prouver qu'il y a "tort permanent". En outre, les articles pertinents du Code criminel ont été rédigés il y a presque 90 ans et les choses nécessaires à la vie auxquelles ils font allusion semblent porter davantage sur la santé physique que la santé mentale.

La Loi sur les pénitenciers en vigueur ne comporte aucune disposition prévoyant expressément le droit aux services de santé mentale. Cependant, le Règlement sur le service des pénitenciers (RSP) prescrit ce qui suit:

Soins médicaux et dentaires

16. Tout détenu doit bénéficier, conformément aux directives, des soins médicaux et dentaires essentiels dont il a besoin.

Les objectifs globaux de plusieurs Directives du Commissaire revêtent un intérêt particulier. L'objectif de la Directive DC-800 intitulée "Services médicaux, dentaires et de santé",

est le suivant:

S'assurer que les délinquants reçoivent des services médicaux, dentaires et de santé conformément aux pratiques généralement en cours au Canada.

La Directive DC-840, intitulée "Services de psychologie", a l'objectif suivant:

Assurer des services de psychologie aux délinquants afin de les aider à résoudre leurs problèmes psychologiques et leurs troubles de comportement, à apprendre et à adopter un comportement acceptable sur le plan social.

Par ailleurs, l'objectif de la DC-850 sur les "Services et programmes de soins de santé mentale" est le suivant:

Promouvoir la santé mentale des délinquants en leur assurant l'accès approprié et équitable aux services professionnels de soins de santé mentale, de manière à les aider à s'adapter à l'établissement et à devenir des citoyens respectueux de la loi.

Même si les Directives reconnaissent l'obligation du SCC d'assurer des services de santé mentale aux détenus, elles ne sont pas considérées comme ayant force de loi au même titre que les textes législatifs et réglementaires. Dans la décision qu'elle a rendue dans l'affaire Martineau et Butters (n° 1)<sup>14</sup>, la Cour suprême du Canada a déclaré que les Directives en question n'ont pas force de loi, de sorte que les tribunaux ne les feront pas respecter.

Quoi qu'il en soit, les Directives du Commissaire sur les services de santé reflètent la politique du Service correctionnel du Canada. Cette politique non seulement reconnaît implicitement que le Service a l'obligation d'assurer des soins médicaux aux détenus sous sa responsabilité, mais prévoit en ce qui concerne la gamme et la qualité de ces soins des normes correspondant à celles des soins médicaux assurés au grand public.

## **Le droit au traitement et la Charte**

Il ne fait pas de doute que la Charte des droits et libertés influe profondément sur la législation canadienne. Étant, contrairement à la Déclaration canadienne des droits, un document constitutionnel, la Charte fait partie de la loi fondamentale du pays. Elle accorde aux tribunaux de vastes pouvoirs en ce qui concerne les recours. Entre autres, les tribunaux peuvent déclarer nulles les lois contraires à la Charte. Pour ce qui est des personnes qui purgent une peine d'incarcération, la Charte a déjà eu d'importantes répercussions sur les procédures de libération conditionnelle, les décisions de transfèrement et d'autres procédures administratives influant sur les droits constitutionnels des détenus.<sup>15</sup>

Les tribunaux ont souligné que la Charte vise à encourager le respect de la dignité de la personne et à promouvoir le fait que la personne est un être autonome et rationnel, capable de prendre ses propres décisions. Ce respect de la conscience et du jugement individuels est au coeur même de notre régime démocratique.<sup>16</sup> Dans cette optique, les droits et libertés prévus dans la Charte ne sont pas absolus; en effet, l'article 1 de cette dernière stipule qu'ils peuvent être restreints par une règle de droit, mais dans des limites raisonnables qui peuvent être justifiées.<sup>17</sup>

En ce qui concerne la prestation de services de santé mentale aux détenus, l'article 7 de la Charte (vie, liberté et sécurité) et l'article 1 revêtent une importance primordiale. En outre, l'article 12 interdit "les traitements ou peines cruels et inusités" et l'article 15, le traitement inégal ou la discrimination. On examinera les incidences de chacun de ces articles sur le droit au traitement et l'étendue de ce droit.

### **Vie, liberté et sécurité de la personne**

La disposition de la Charte qui revêt le plus d'importance pour les besoins de la présente étude est l'article 7 qui se lit comme suit: "Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à

ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale". Bien que la question ne soit pas encore réglée, plusieurs tribunaux de première instance ont donné à ces mots une interprétation assez générale, de sorte que le droit à la vie serait beaucoup plus qu'une question de survie; il s'agit aussi du niveau de vie minimum jugé décent dans la société canadienne.

Si la Charte prévoit le droit au traitement et donc l'obligation d'assurer le traitement prévue dans la Charte, sur quels critères doit-on se fonder pour déterminer l'étendue de ce droit ou de cette obligation?

Le problème tient essentiellement à la gamme des services de santé qui peuvent être visés par l'article 7 et à la mesure dans laquelle ils doivent être assurés par le système correctionnel. Les tribunaux pourraient décider que le droit à la "vie" ou à la "sécurité de la personne" comprend le droit aux soins et traitements psychiatriques, dans les cas aigus, subaigus et chroniques, et aux services thérapeutiques ou de santé mentale dans le cas de personnes souffrant d'autres désordres.

### **Traitements ou peines cruels et inusités**

Il y a un rapport entre l'emprisonnement arbitraire et les traitements ou peines cruels et inusités interdits à l'article 12 de la Charte. Les peines cruelles et inusitées comprennent les châtiments arbitraires ou aléatoires, les châtiments injustifiés et inutiles, les châtiments imposés sans but correctionnel rationnel et les châtiments disproportionnés ou excessifs. Ces conditions, qui peuvent également s'appliquer aux traitements, donnent une idée des types de traitement et des cas où la non-prestation des soins voulus peut être contraire à la Constitution. L'article 12 de la Charte interdit clairement tout traitement cruel ou inusité. Cependant, les tribunaux supérieurs au Canada n'ont pas encore interprété cet article dans le contexte qui nous intéresse.<sup>16</sup> On peut toutefois obtenir certaines indications en examinant l'interprétation donnée aux dispositions législatives analogues en vigueur

aux États-Unis. La Cour suprême des États-Unis a déclaré que le fait de ne pas offrir le traitement nécessaire ne constitue pas une peine cruelle et inusitée à moins que cela ne résulte d'une indifférence voulue à des besoins graves de soins médicaux chez le prisonnier, laquelle indifférence voulue a pour effet d'infliger la douleur gratuitement et de façon délibérée.<sup>18</sup> Les tribunaux américains doivent déterminer s'il s'agit d'une série d'incidents<sup>19</sup> ou d'un manque de soins prolongé et non d'un incident isolé. En outre, ils examinent l'ensemble des circonstances pour décider s'il y a ou non négligence délibérée. Une série d'actes de négligence ou la preuve de lacunes systémiques graves en ce qui concerne la dotation, les installations, le matériel ou les procédures sont considérées comme preuves de négligence délibérée.

### **Droits à l'égalité**

En supposant que les détenus ont droit aux traitements nécessaires et que l'État est dans l'obligation de leur offrir ces traitements, quelles en sont les conséquences en ce qui concerne l'égalité d'accès aux services?

Avant l'adoption de la Charte, le problème se situait sur le plan moral dans la mesure où l'égalité de traitement dépendait de la volonté politique des gouvernements d'affecter les ressources humaines et financières nécessaires. La common law ne prévoyait aucun moyen d'assurer l'égalité devant la justice. Les textes législatifs adoptés à la suite de la Seconde Guerre mondiale interdisaient la discrimination fondée sur la race, la couleur, la religion et d'autres conditions prévues, mais n'accordaient aucun droit à l'égalité devant la justice.

Au-delà de la common law et de la législation dans le domaine des droits de la personne, la Déclaration canadienne des droits était censée garantir l'égalité devant la loi. Les tribunaux, toutefois, ont interprété la Déclaration de façon stricte, soutenant qu'il suffit que la loi soit appliquée de façon uniforme. La Déclaration a été interprétée comme autorisant les tribunaux à fermer les yeux

sur les distinctions faites entre des groupes ou des catégories de personnes dans un but valable sur le plan législatif. Ainsi, seules les distinctions arbitraires, aléatoires ou irrationnelles étaient jugées non valables. Les dispositions de la Charte canadienne des droits et libertés sur les droits à l'égalité ont été rédigées avec soin de manière à remédier aux lacunes dans les textes législatifs antérieurs. Ainsi, la Charte précise que la loi ne fait acception de personne et "s'applique également à tous", et assure en outre à tous le droit à la même protection et au même bénéfice de la loi:

15.(1) La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.

(2) Le paragraphe (1) n'a pas pour effet d'interdire les lois, programmes ou activités destinés à améliorer la situation d'individus ou de groupes défavorisés, notamment du fait de leur race, de leur origine nationale ou ethnique, de leur couleur, de leur religion, de leur sexe, de leur âge ou de leurs déficiences mentales ou physiques.

Ces nouvelles exigences en matière d'égalité devant la loi soulèvent plusieurs questions. En premier lieu, le fait que les détenus sous responsabilité fédérale ne sont pas visés par les dispositions législatives régissant l'assurance-maladie peut être une source de préoccupation. En deuxième lieu, l'accès aux services, y compris ceux offerts aux détenus sous responsabilité fédérale bénéficiant d'une libération conditionnelle de jour par opposition à une libération conditionnelle totale ou une libération sous surveillance obligatoire, doit-il dorénavant être le même partout et pour tous? La question se pose parce que, comme on l'a expliqué plus haut, les détenus auxquels est accordée une libération conditionnelle totale ou une libération sous surveillance obligatoire sont considérés comme des

"résidents" de la province concernée et donc visés par le régime d'assurance-maladie provincial, ce qui n'est pas le cas des libérés conditionnels de jour. En outre, comme dans un certain nombre de provinces les services psychologiques ne font pas partie des "services assurés" en vertu du régime d'assurance-maladie, certains détenus mis en liberté ont accès aux programmes thérapeutiques nécessaires, alors que d'autres n'y ont accès que si le gouvernement fédéral achète ces services du secteur privé. En troisième lieu, la Charte interdit-elle les différences de traitement en milieu carcéral fondées sur les différents types de libération conditionnelle?

On peut, sans entrer dans le détail, se demander si l'exclusion des détenus sous responsabilité fédérale de l'application des dispositions législatives régissant l'assurance-maladie est contraire à la Charte. Il est peu probable que les tribunaux empêcheront les gouvernements de faire ce genre de distinction en ce qui concerne la prestation de services de santé. Pour ce faire, il faudrait que les tribunaux soient persuadés que cette distinction, étant donné son but et ses effets, est déraisonnable, inéquitable et injustifiée.<sup>20</sup>

La deuxième question a trait aux différents services de santé disponibles selon la situation de l'infracteur (soit selon qu'il s'agit d'un libéré conditionnel de jour qui a accès aux programmes fédéraux offerts en établissement ou d'un détenu bénéficiant d'une libération conditionnelle totale ou d'une libération sous surveillance obligatoire et admissible aux services assurés par la province dans la collectivité), ce qui pourrait également donner lieu à des poursuites en vertu de l'article 15 de la Charte. On peut soutenir que les deux catégories de détenus sont dans des "situations analogues" qui ne justifient pas les distinctions préjudiciables. Là encore, les tribunaux examineront le but et les effets de la distinction et devront déterminer si les buts visés auraient pu être atteints par quelque autre moyen n'ayant pas d'effet néfaste.

Les distinctions fondées sur le lieu de résidence ou la région pourraient également être contestées en vertu de l'article 15. Par exemple, si les détenus sous la responsabilité du SCC en Ontario ont accès à une gamme plus vaste de services médicaux postpénaux que les détenus en Colombie-Britannique, y a-t-il violation des droits prévus à l'article 15 de la Charte? Celle-ci exige-t-elle l'uniformité des services assurés, quelle que soit la province ou la région, lorsque la responsabilité à cet égard incombe au gouvernement fédéral?

Est-il permis au gouvernement fédéral de ne pas assurer les services de santé mentale fondamentaux dans une région ou un établissement donné alors que ces mêmes services sont offerts dans d'autres régions ou établissements? Les distinctions fondées uniquement sur la région ou le lieu de résidence peuvent être une source de préoccupation. Là encore, il faudra examiner le but et les effets de ces distinctions.

#### **Obligations et normes prévues par les textes législatifs internationaux**

Il y a longtemps que la question de l'obligation de l'État d'assurer les services de base aux prisonniers a été abordée dans les traités internationaux et les normes internationales établies à l'égard des établissements pénitentiaires. L'article 10 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, dont le Canada est l'un des signataires, précise ce qui suit:

Toute personne privée de liberté est traitée avec humanité et avec le respect de la dignité inhérente à la personne humaine.

Le régime pénitentiaire comporte un traitement des condamnés dont le but essentiel est leur amendement et leur reclassement social.

Même si le Pacte, dans sa forme actuelle, ne fait pas partie de la législation canadienne, les tribunaux sont tenus d'interpréter les ambiguïtés dans les textes législatifs de

manière à respecter les obligations internationales du Canada.

Le Canada se sent obligé de respecter l'Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus, même si ces règles ne font pas partie de la législation canadienne. Il est utile de rappeler ici la règle 62:

Les services médicaux de l'établissement s'efforceront de découvrir et devront traiter toutes déficiences ou maladies physiques ou mentales qui pourraient être un obstacle au reclassement d'un détenu. Tout traitement médical, chirurgical et psychiatrique jugé nécessaire doit être appliqué à cette fin.

D'autres règles prévoient le transfèrement des détenus "aliénés" dans des établissements pour malades mentaux et le traitement des détenus atteints "d'affections ou anormalités mentales" dans des établissements spécialisés. Malgré les critiques qui peuvent être formulées en ce qui concerne certains aspects de ces règles, y compris l'accent mis sur le traitement médical et psychiatrique au lieu d'une approche thérapeutique plus générale, il s'agit néanmoins de dispositions qui visent à assurer aux détenus les services de santé mentale nécessaires.

L'ensemble de normes élaboré par l'Association canadienne de justice pénale et le SCC à l'égard des établissements pénitentiaires au Canada prévoit une vaste gamme de services de santé mentale à l'intention des détenus. Toutefois, l'accent est mis surtout sur les services psychiatriques assurés en établissement et il est prévu que les détenus souffrant de troubles émotionnels graves seront transférés dans les établissements appropriés pour malades mentaux.

#### **Autres facteurs**

L'étendue du droit au traitement peut également être cernée dans une certaine mesure au moyen de questions comme:  
"quelle sorte de besoins donne droit au traitement?"

En l'absence de jurisprudence canadienne dans ce domaine, il est utile d'examiner la décision judiciaire faisant jurisprudence rendue dans l'affaire Bowring c. Godwin 21 aux États-Unis car elle pourrait aider à l'élaboration de textes législatifs pour le Canada. Le tribunal qui a statué sur l'affaire a décidé que le détenu avait droit aux services psychiatriques ou psychologiques nécessaires. Cette affaire permet de cerner un certain nombre de facteurs positifs qui servent à déterminer s'il y a lieu ou non d'assurer un traitement, entre autres, la disponibilité de programmes de traitement dont l'efficacité dans le cas du désordre en question est reconnue:

"Nous sommes donc d'avis que Bowring (ou tout autre détenu) a droit aux traitements psychologiques ou psychiatriques jugés nécessaires si toutefois un médecin ou autre spécialiste de la santé qui, au moment de l'observation, ayant fait preuve des compétences et de l'attention voulues, a conclu avec un degré raisonnable de certitude sur le plan médical 1) que les symptômes du détenu témoignent d'une maladie ou d'une lésion grave; 2) que cette maladie ou lésion peut être guérie ou que l'état du malade peut être considérablement amélioré; et 3) qu'un retard dans les soins assurés ou le refus d'assurer ces soins risque de causer un préjudice grave au détenu."22

Le libellé de cette décision a été critiqué parce qu'il ne porte que sur le comportement anormal tout à fait évident et exclut les désordres qui ne peuvent être décelés qu'au moyen d'une évaluation psychiatrique ou psychologique. En outre, le texte insiste sur le fait que le désordre doit être guérissable ou que l'état du malade peut être considérablement amélioré, ce qui semble exclure les désordres chroniques. Enfin, comme le refus d'assurer les services nécessaires doit entraîner un risque de préjudice grave, il se pourrait que ces services soient assurés seulement dans les cas où l'on peut prévoir des dommages physiques et non dans le cas de désordres entraînant une détérioration progressive sur le plan psychique. C'est là une lacune à laquelle il y a lieu de remédier.

Néanmoins, l'affaire Bowring est utile non seulement dans la mesure où elle propose des critères qui imposent des limites justifiables au droit au traitement, mais parce qu'elle aborde la question de savoir qui doit prendre la décision en ce qui concerne le traitement. Manifestement, Bowring n'impose pas aux médecins le devoir d'assurer le traitement sur demande; le droit au traitement est plutôt le droit d'accès au traitement, et la décision finale, comme lorsqu'il s'agit d'un membre du public, appartient aux médecins. C'est là la pratique courante au sein du SCC, conformément aux Directives du Commissaire.

Il y a lieu de se pencher également sur une question connexe: le droit au traitement comprend-il le droit à une contre-expertise par des psychiatres de l'extérieur ou d'autres spécialistes de la santé mentale choisis par le détenu? On comprend la nécessité, en milieu carcéral, de prévoir des limites en ce qui concerne le recours aux contre-expertises. On reconnaît l'utilité de ces dernières et elles sont autorisées dans la collectivité. Le code de déontologie de l'Association médicale canadienne prévoit que:

5. Pour se conformer à la déontologie médicale, le médecin doit respecter le droit du malade... de demander à celui-ci de consulter d'autres médecins de son choix.

Ce droit revêt une importance particulière dans le contexte carcéral étant donné que le patient ne peut consulter un autre médecin toutes les fois qu'il le veut.

Même si le droit à une contre-expertise entraîne avec lui des coûts importants, il semble nécessaire d'assurer aux détenus en établissement les recours en matière de santé dont jouissent les membres du public. Néanmoins, il y a peut-être lieu d'imposer certaines limites aux demandes de contre-expertise présentées en milieu carcéral. C'est ce que fait la politique actuelle du SCC afin d'éviter les abus attribuables à des demandes frivoles. En effet, le SCC paye la contre-expertise lorsque les spécialistes de la santé de

l'établissement ou l'administrateur régional des Services de santé estiment qu'elle est légitime, sinon le détenu peut l'obtenir seulement s'il accepte d'en assumer les frais. Cela signifie que les détenus qui disposent de ressources suffisantes pourront s'offrir des services médicaux supplémentaires. D'autre part, on pourrait prétendre que ces soins ont été jugés inutiles par un personnel médical qualifié qui est régi par des normes professionnelles en matière de soins médicaux, y compris la disposition de l'Association médicale canadienne sur le recours à la contre-expertise citée plus haut. Par conséquent, une question importante se pose: les détenus ont-ils droit sans restriction à une contre-expertise, comme nous le proposons, ou faut-il imposer des limites (et lesquelles) à ce droit dans le contexte d'un établissement?

Enfin, en cherchant à déterminer l'étendue du droit au traitement, il y a lieu de prendre en considération, entre autres, les attentes du public et la norme professionnelle. À cet effet, il faut connaître les compétences professionnelles et spécialisées disponibles. Il se peut que les attentes du public en ce qui concerne les services de santé mentale soient trop élevées par rapport à ce que les spécialistes de la santé peuvent offrir, ce qui entraîne des problèmes sur les plans moral, éthique et juridique.

Le public s'attend certainement à ce l'on offre le traitement approprié, par exemple, aux détenus qui souffrent de dysfonctions sexuelles, de troubles émotionnels, de stress grave et de problèmes de maîtrise de l'agressivité. Les gestionnaires, eux aussi, demandent souvent l'aide de psychiatres, de psychologues et d'autres personnes lorsqu'il s'agit de prendre une décision relative au transfèrement ou à la mise en liberté de détenus souffrant de troubles psychiques ou du comportement, ou encore à la prise de mesures disciplinaires à leur égard. En outre, certains juges sont d'avis qu'il est "dangereux" de déterminer la peine à imposer sans avoir consulté les rapports psychiatriques, psychologiques et médicaux pertinents. Par ailleurs, la société et les autorités carcérales voient dans les services de santé un moyen non seulement d'aider à

assurer la protection de la société, mais d'améliorer la gestion des établissements pénitentiaires et du régime de libération conditionnelle et de venir en aide aux détenus. L'utilité des services de santé mentale ne fait pas de doute; cependant, il est clair que les traitements psychiatriques et psychologiques ne peuvent répondre entièrement aux attentes. En effet, quelle que soit l'obligation d'assurer un traitement, celui-ci reste limité par la somme des connaissances dans le domaine. Il sera donc utile d'examiner les limites des compétences professionnelles parmi les facteurs permettant de déterminer en quoi consiste le droit au traitement.

Les problèmes liés à la fiabilité des décisions prises par les professionnels en ce qui concerne les services de réadaptation ont été exposés en détail dans une série de rapports fort utiles publiés au cours des dix dernières années. Celui qui a été rédigé par Webster et intitulé Deciding Dangerousness: Policy Alternatives for Dangerous Offenders<sup>23</sup> examine la situation actuelle en ce qui concerne les services de psychiatrie. Le problème, toutefois, ne tient pas uniquement au fait que les prévisions sont peu fiables. Il tient également aux divergences d'opinions en ce qui concerne les critères permettant de déceler une maladie ou un désordre donné et qui diffèrent selon le point de vue ou la formation du spécialiste.<sup>24</sup> Étant donné les problèmes de catégorisation et de classification, il n'est pas étonnant de constater que les diagnostics varient considérablement. En outre, les programmes de traitement sont loin d'être fiables. En 1981, aux États-Unis, un groupe de recherche sur les méthodes de réadaptation a constaté que la recherche de méthodes et de programmes de réadaptation n'avait pas vraiment porté fruit. Dans son rapport, le groupe a recommandé que l'on continue de chercher des traitements efficaces pour les détenus, mais fait une mise en garde contre l'élaboration de politiques sociales fondées sur l'hypothèse de la réadaptation.<sup>25</sup>

Étant donné les nombreuses incertitudes en ce qui concerne la prestation des services et des programmes de santé mentale, il faut procéder à l'élaboration des programmes de

façon systématique, avec soin et en se fondant sur le jugement des spécialistes. L'objectif est d'offrir des programmes et des traitements fiables et utiles au détenu et, ultérieurement, à la société, et ce, dans des conditions qui respectent la dignité et l'autonomie de la personne. Les mesures proposées tout au long du présent document visent à fournir une structure judiciaire permettant la réalisation de cet objectif. À cet égard, il faut, en premier lieu, élaborer une définition du droit ou de l'obligation prévue dans la législation fédérale en matière correctionnelle concernant les services de santé mentale. Il convient de souligner que ces propositions sont destinées à alimenter le débat sur la nature des dispositions législatives nécessaires, leur degré de précision et leur effet sur les opérations correctionnelles.

1. Les textes législatifs fédéraux en matière correctionnelle doivent stipuler expressément que le Commissaire du Service correctionnel du Canada a le devoir d'assurer les services de santé mentale nécessaires aux infracteurs sous la garde du Service. Il appartient au personnel médical compétent ou aux équipes de services de santé de déterminer les besoins d'un détenu en matière de services de santé mentale, ce dernier ayant le droit de demander une contre-expertise.

2. La définition de "services de santé mentale" donnée dans les textes législatifs fédéraux en matière correctionnelle doit préciser qu'il s'agit de tout traitement, programme ou service approuvé, conçu par des spécialistes et administré ou assuré pour le traitement de troubles de la pensée ou de l'humeur, de problèmes de perception ou d'orientation, ou de troubles de la mémoire qui entraînent une grave détérioration du jugement, du comportement, de la capacité de reconnaître la réalité ou de la capacité de faire face au quotidien.

3. Les textes législatifs fédéraux en matière correctionnelle doivent prévoir l'obligation d'offrir aux personnes sous la garde du Service correctionnel du Canada des services de santé mentale correspondant au niveau ou aux

normes en vigueur dans la collectivité, et d'offrir des programmes répondant aux besoins spéciaux des détenus.

### Observation

La définition de "trouble psychique" ne se limite pas aux seuls troubles psychiatriques et prévoit le recours à toute une gamme de services de santé mentale, y compris les services psychologiques, de soins infirmiers, éducationnels et d'aumônerie. La définition tire son inspiration de celle donnée dans le projet de Loi uniforme sur la santé mentale. Tout en englobant, semble-t-il, une vaste gamme de maladies et de troubles du comportement, elle se limite en fait seulement à ceux qui entraînent un préjudice appréciable.

### **PARTIE III: LE CONSENTEMENT AU TRAITEMENT**

Si l'on accepte l'existence, d'une part, du devoir d'assurer le traitement, doit-on également accepter, d'autre part, celle du devoir de se soumettre au traitement, ou bien le consentement de l'intéressé est-il nécessaire? En examinant la question du consentement au traitement, parfois aussi appelé droit de refuser le traitement, on fera allusion aux principes constitutionnels et de la common law, aux normes internationales et aux codes d'éthique professionnelle. On exposera les exigences prévues en common law en ce qui concerne le consentement en toute connaissance de cause (ou, inversement, la renonciation à cette exigence), ainsi que certains cas pertinents faisant exception à l'application de ce principe de la common law. Cette partie du document se termine par un examen des dispositions législatives essentielles qui portent sur la question du consentement.

Le droit de toute personne de ne pas faire l'objet d'ingérence injustifiée et injustifiable de la part de l'État est reconnu en common law aussi bien que dans la Charte. Chacun a droit à l'inviolabilité et au respect de sa personne. Le Code criminel reflète ces valeurs (par ex., en considérant les voies de fait comme une infraction), de même que le droit civil, qui prévoit une action en dommages-intérêts pour coups, atteinte ou autre dommage à la personne. La loi prévoit un recours en cas de négligence de la part d'un médecin ou toute autre personne qui procède à une intervention chirurgicale ou autre atteinte physique outrepassant les instructions ou le consentement du patient. Les détenus, de façon générale, ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi que tous les citoyens; ils ne sont exclus ni par la common law ni par la Charte des dispositions législatives concernant le consentement au traitement. Or, le droit à l'inviolabilité de sa personne suppose le droit de refuser, voire d'interrompre, un traitement. On a invoqué comme fondement de ce droit le droit à la vie privée et, dans certains cas, à la liberté de parole, de conscience ou de religion.

Le respect de la dignité de la personne et de l'être humain en tant qu'individu autonome capable de faire un choix et responsable de ses décisions et de ses actes est entériné en common law aussi bien que dans la Charte. Cette dernière, d'ailleurs, exprime ces valeurs, explicitement ou implicitement, dans divers articles. L'article 7, tout particulièrement, garantit à chacun le droit à la sécurité de sa personne et précise qu'il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale. Comme on l'a déjà dit, l'article 1, tout en autorisant l'imposition de certaines limites à ces droits, précise que ceux-ci ne peuvent être restreints que par une règle de droit et ce, dans des limites raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans une société libre et démocratique.

La politique actuelle du SCC, exposée dans la DC 803 intitulée "Consentement relatif aux traitements médicaux, dentaires ou psychiatriques", applique le principe du consentement éclairé ou donné en toute connaissance de cause. Dans ses divers rapports sur la détermination de la peine et le prononcé de la sentence,<sup>26</sup> les services de santé et le consentement à l'acte médical,<sup>27</sup> la Commission de réforme du droit du Canada a toujours réaffirmé que le principe général du consentement éclairé doit être entériné dans les textes de loi:

"Nos règles juridiques, qu'elles soient fédérales ou provinciales, traduisent toutes le souci de protéger la personne humaine contre les atteintes non librement consenties dont elle peut faire l'objet."<sup>28</sup>

Toutefois, sauf quelques exceptions, ce principe n'est pas expressément stipulé dans les textes de loi. Certaines provinces n'abordent pas du tout la question, alors que d'autres l'abordent uniquement dans le cadre de leur loi sur la santé mentale qui prévoit l'internement et le traitement obligatoire dans certaines conditions. À cet égard, la province de Québec fait exception. En effet, le Code civil du Québec reconnaît les principes de l'inviolabilité de la personne et du consentement au traitement. Contrairement

aux textes de loi des autres provinces, le Code civil impose par ailleurs le devoir, obligatoire pour tous, d'aider à préserver la vie en cas d'urgence. Ce principe est pertinent car il peut être invoqué dans certains cas pour justifier l'administration du traitement sans le consentement de l'intéressé, tel qu'exposé ci-après.

Les codes d'éthique professionnelle reconnaissent également le principe du consentement éclairé ou donné en toute connaissance de cause. Le Code de déontologie de l'Association médicale canadienne précise ce qui suit:

5. Pour se conformer à la déontologie médicale, le médecin doit respecter le droit du malade de choisir lui-même son médecin et de suivre ou non les conseils qui lui sont donnés (même après avoir choisi son médecin, le malade conserve le droit de demander à celui-ci de consulter d'autres médecins de son choix);

14. Pour se conformer à la déontologie médicale, le médecin doit administrer le traitement qu'il juge approprié dans le cas où le patient est incapable de donner son consentement et en l'absence de toute personne habilitée à ce faire.

Les associations de psychologie provinciales exigent également le consentement en toute connaissance de cause.

En ce qui a trait au consentement, un autre facteur a été souligné dans le passé: il s'agit de l'expérimentation dans le domaine médical. Divers pactes et traités internationaux, les codes de déontologie des diverses professions intéressées et la common law se préoccupent tous des risques que présentent les expériences dans le domaine médical en ce qui concerne la dignité et la liberté humaines. Dans une décision judiciaire faisant jurisprudence rendue au Canada dans l'affaire Halushka c. l'Université de la Saskatchewan,<sup>29</sup> dans laquelle un étudiant universitaire avait subi des lésions graves après avoir 'accepté' de participer à une expérience contre rémunération, le tribunal a statué que la divulgation complète du risque est une condition préalable au consentement valable.

Le Code de déontologie de l'Association médicale canadienne comporte une norme analogue:

Recherche clinique

17....(le médecin doit) s'assurer, avant d'entreprendre toute recherche clinique portant sur des êtres humains, que cette recherche est conforme à la science et à l'éthique, qu'elle est approuvée par un comité responsable et qu'elle est suffisamment planifiée et contrôlée pour qu'il soit improbable que le sujet subisse un tort; s'assurer que cette recherche et le but de l'expérience justifient le recours à la méthode employée; avant de procéder, obtenir le consentement du sujet ou de ses mandataires et ne tenter l'expérience qu'après en avoir expliqué le but et exposé les conséquences dangereuses s'il y a lieu;

Des principes d'éthique analogues sont en vigueur dans les diverses associations médicales provinciales. En outre, l'article 7 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques interdit de soumettre une personne sans son "libre consentement" à une expérience médicale ou scientifique. Nous nous rallions à ce point de vue, tel qu'en fait foi nos recommandations, aux pages 34 et 35.

Il n'est pas étonnant de constater que la loi exige le consentement éclairé, c'est-à-dire le consentement donné librement et en toute connaissance des risques, y compris de la gravité des risques qu'une personne raisonnable tiendrait à connaître avant de consentir au traitement. Ainsi, la jurisprudence ne laisse pas au médecin le soin de décider de communiquer les risques que comporte le traitement suivant qu'il le juge à propos. En outre, le patient-client a le droit de connaître l'opinion générale qu'a le milieu médical sur le traitement donné et non seulement celle d'un médecin en particulier. Bref, le rapport entre le médecin et le patient ne ressemble nullement à ce lui entre père et fils; il s'agit plutôt d'un rapport démocratique où la décision du

patient est respectée. Par ailleurs, la loi n'exige pas du patient qu'il prenne une décision "rationnelle" ou même la décision attendue. Elle exige seulement que le patient prenne sa décision librement, en toute connaissance de cause et qu'il soit en pleine possession de ses facultés mentales au moment où les risques lui sont expliqués.

Une exception est faite dans le cas des personnes trop malades pour donner leur consentement en toute connaissance de cause. Aux termes des lois provinciales sur la santé mentale, une personne peut être déclarée atteinte d'incapacité mentale et placée contre son gré dans un établissement de santé mentale. Les critères de placement varient. Dans certaines provinces, on ne fait pas de distinction entre les "facultés mentales" jugées à des fins de placement éventuel et la capacité de consentir au traitement ou de le refuser en toute connaissance de cause. Une fois la personne placée dans un établissement de santé mentale, on lui administre généralement sans son consentement le traitement que les spécialistes concernés jugent approprié. Le projet de Loi uniforme sur la santé mentale fait une distinction entre la possession des facultés mentales et le consentement, et prévoit l'obtention du consentement même des patients internés. Le paragraphe 26(14) de ce projet de loi autorise toute personne capable de comprendre les fins auxquelles son consentement est demandé et les conséquences de l'accord ou du refus de son consentement à faire un choix. Le projet de loi comporte également des dispositions analogues à celles de diverses lois provinciales en vigueur et qui autorisent le consentement par personne interposée. Ainsi, lorsque le patient est incapable de donner son consentement en toute connaissance de cause, la décision peut être prise par son parent le plus proche, un tuteur nommé en bonne et due forme ou un comité d'examen.

Selon la plupart des lois provinciales sur la santé mentale, sont atteintes d'incapacité mentale les personnes qui 1) souffrent de troubles psychiques et 2) sont manifestement incapables de prendre soin d'elles-mêmes, 3) risquent de s'infliger des blessures graves ou 4) risquent d'infliger

des blessures graves à autrui. Le comportement (d'une personne souffrant de troubles psychiques) qui constitue un "problème de gestion" justifie-t-il que l'on déclare l'intéressé atteint d'incapacité mentale et donc qu'on lui administre un traitement sans son consentement? On pourrait, comme solution de rechange, placer l'intéressé en isolement ou le transférer dans un établissement provincial de santé mentale, avec son consentement.

Dans le cas des détenus sous responsabilité fédérale, l'attestation d'incapacité mentale est assujettie aux critères provinciaux établis à ce sujet, que l'attestation soit faite au moment du transfèrement dans une installation provinciale ou dans un centre psychiatrique régional. Comme les critères provinciaux à cet égard varient, tous les détenus sous responsabilité fédérale ne font peut-être pas l'objet d'un même traitement. Cependant, il s'agit de différences "dont la justification (peut) se démontrer" et qui ne sont donc pas contraires à l'article 1 de la Charte, étant donné les problèmes qui seraient liés à toute tentative de la part du gouvernement fédéral d'adopter ses propres critères d'attestation afin d'assurer à tous les détenus sous sa responsabilité un traitement uniforme. Si le projet Loi uniforme sur la santé mentale est adopté, cette inégalité de traitement disparaîtra.

Quels critères devraient régir la décision d'administrer un traitement auquel elle n'a pas consenti à une personne qui est incapable de prendre à cet égard une décision en toute connaissance de cause? Dans son document de travail n° 43 intitulé Les techniques de modification du comportement et le droit pénal, la Commission de réforme du droit du Canada préconise le principe de la proportionnalité des avantages et des risques. On peut soutenir que cette proportionnalité est absente, par exemple, dans le cas d'une lobotomie pratiquée à titre d'expérience sur une personne reconnue coupable d'une infraction avec violence et apparemment incapable de faire face au stress sans avoir recours à la violence. En pareil cas, le principe de la proportionnalité exige que l'on tienne compte, d'une part, de l'atteinte à la vie privée et à l'autonomie que constitue l'intervention et,

d'autre part, des risques, des chances de succès et des effets secondaires prévisibles du traitement. Il faut tenir compte également de divers facteurs connexes, tels la validité du traitement proposé et la mesure dans laquelle il est accepté par des spécialistes compétents. Parmi les autres critères énoncés, précisons que le traitement devrait avoir pour seul et unique but d'améliorer l'état du détenu-patient; que la décision prise en matière de traitement doit être généralement conforme à celle qui serait prise en milieu non carcéral; et que le traitement ne doit pas dépasser ce qui est raisonnablement nécessaire pour permettre au détenu-patient de comprendre ce dont il s'agit et de prendre une décision autonome.

Lorsque l'intéressé est capable de comprendre, le consentement obtenu doit avoir été donné librement et non être le résultat de mesures coercitives. C'est pourquoi la Commission de réforme du droit du Canada a signalé, dans son document de travail n° 43, que le traitement offert aux détenus comme condition à leur mise en liberté anticipée risque d'être considéré comme une mesure coercitive. D'ailleurs, il se peut que tout consentement obtenu en milieu carcéral soit, de par sa nature, involontaire et le résultat de mesures coercitives. Dans la décision rendue dans l'affaire Kaimowitz<sup>30</sup> aux États-Unis, le tribunal a, en effet, jugé que la signature du détenu sur une formule de consentement à une intervention psychochirurgicale ayant pour but de réduire les stimuli agressifs dans le cerveau ne représentait pas un consentement véritable, et il a décrété que l'intervention expérimentale envisagée était contraire au droit à l'inviolabilité de l'esprit.

Il y a peut-être lieu de faire une distinction entre les conditions coercitives qui comportent un aspect inéquitable ou déraisonnable et celles qui incitent vivement le détenu à en arriver à une certaine conclusion, mais qui ne sont pas plus "coercitives" que de nombreux autres facteurs qui entrent en cause dans les décisions qu'il est appelé à prendre tous les jours. Les détenus analphabètes, alcooliques ou qui manquent de compétences psychosociales, par exemple, peuvent ne pas vouloir suivre des cours ou

participer à un programme d'orientation scolaire. Est-il inéquitable ou coercitif, cependant, de s'attendre qu'ils participeront à des programmes approuvés comme condition de leur mise en liberté anticipée? La probation est souvent assortie d'une condition "coercitive" de participation à des services éducatifs ou de santé. Les enfants sont tenus d'aller à l'école jusqu'à l'âge de 15 ans, supposément dans l'intérêt de la société, afin de joindre les rangs des citoyens scolarisés et qui possèdent les compétences psychosociales nécessaires. Les différences dans le degré d'atteinte à l'inviolabilité de la personne distinguent de tels programmes de modification du comportement de ceux dont il est question, par exemple, dans l'affaire Kaimowitz. Les décisions rendues dans les affaires de ce genre aux États-Unis témoignent en général du souci de s'assurer que le consentement obtenu en milieu carcéral est donné en toute connaissance de cause. Cette préoccupation découle de la reconnaissance de la dignité inhérente de l'être humain capable de décider s'il veut ou non exercer son droit à l'inviolabilité de sa personne. Dans l'affaire Kaimowitz, le principe est appliqué dans des circonstances présentant un risque grave pour le détenu.

La politique en vigueur au SCC exige que l'on obtienne le consentement du détenu avant que celui-ci n'entreprenne un traitement dans un centre psychiatrique régional. Ces centres offrent des traitements aux détenus qui souffrent de troubles d'ordre psychiatrique graves (pharmacothérapie) et des programmes de counseling de groupe à ceux qui souffrent de troubles du comportement liés à l'agression ou la violence et aux dysfonctions sexuelles. On utilise une formule de consentement rédigée en des termes généraux. Il faudrait en plus que le médecin communique les renseignements nécessaires au détenu de vive voix et dans des termes que celui-ci peut comprendre, comme cela se fait dans la collectivité. Toutefois, il pourrait être utile d'inclure avec les formules de consentement une description du programme ou traitement et des précisions quant à la durée des effets ou des conséquences prévus (négatifs aussi bien que positifs) de toute pharmacothérapie. Les codes d'éthique professionnelle auxquels on a fait allusion plus haut prévoient des critères utiles à ce sujet.

En ce qui concerne l'admission volontaire au centre psychiatrique régional ou à l'infirmierie de l'établissement, l'argument selon lequel une demande d'admission représente un consentement au traitement qui sera prescrit, quel qu'il soit, n'est pas valable. De même, il n'est pas valable non plus de soutenir que le patient a implicitement renoncé à son droit de refuser son consentement au traitement. La renonciation au droit de refuser un traitement doit être exprimée clairement, sans aucune ambiguïté et en pleine connaissance des conséquences, tout comme la renonciation à d'autres droits constitutionnels. Il est utile d'examiner à cet égard la décision rendue récemment par la Cour suprême du Canada dans l'affaire R. c. Clarkson<sup>31</sup> en ce qui concerne la renonciation au droit d'être représenté par un avocat. Par analogie avec cette décision, la présentation d'une demande de placement dans un établissement de santé mentale ne peut être considérée comme entraînant la renonciation du droit constitutionnel de refuser un traitement ou de l'interrompre. Il existe diverses formes d'expression de la renonciation à ce droit qui sont valables, mais la simple signature apposée par l'intéressé sur la formule de consentement dans le cadre du processus d'admission ne suffit pas.

Pour résumer, il faut obtenir et respecter le consentement donné par le détenu de son plein gré et en toute connaissance de cause. Même lorsque le détenu est "interné" en vertu des lois provinciales sur la santé en raison de son incapacité mentale, le critère qui est de plus en plus accepté semble être celui de la mesure dans laquelle le détenu comprend les renseignements qui lui ont été communiqués concernant le traitement envisagé. S'il n'est pas capable de comprendre ces renseignements, le choix peut être fait ou le consentement donné par personne interposée, conformément aux lois provinciales pertinentes. Le besoin d'assurer l'uniformité entre les provinces en ce qui concerne les critères d'attestation et de consentement est évident.

Enfin, la décision d'administrer un traitement aux personnes déclarées atteintes d'incapacité mentale et qui, en outre,

sont incapables de comprendre les conséquences du traitement envisagé doit être assujettie aux critères établis en ce qui concerne le caractère raisonnable du traitement et la proportionnalité des risques et des avantages. À cet égard, il faut tenir compte non seulement du degré d'atteinte à la vie privée, mais des risques prévus et des chances de succès.

4. Les lois fédérales en matière correctionnelle doivent reconnaître expressément le principe du consentement au traitement donné librement et en toute connaissance de cause par une personne capable de comprendre de quoi il s'agit ainsi que les conséquences de sa décision.

5. Les lois fédérales en matière correctionnelle doivent reconnaître expressément le droit de telle personne sous la garde du SCC de refuser le traitement.

6. Les lois fédérales en matière correctionnelle doivent prévoir ce qui suit:

- a. Les expériences médicales doivent se conformer aux critères rigoureux établis concernant les programmes approuvés par des spécialistes et ne doivent être menées qu'avec le consentement de l'intéressé.
- b. Les infracteurs peuvent participer à des programmes de thérapie expérimentale pourvu que 1) le programme ait été approuvé et qu'il soit considéré comme valable sur le plan médical et conforme aux normes médicales reconnues; 2) l'infracteur ait donné son consentement par écrit, de plein gré et en toute connaissance de cause; 3) dans le cas de la psychochirurgie, la stimulation du cerveau par impulsions électriques et le conditionnement par aversion, le traitement ait été approuvé par un tribunal compétent à la suite d'une audience visant à déterminer si le programme est valable et si l'infracteur a effectivement donné son consentement en toute connaissance de cause.

- c. Un programme doit être considéré comme valable sur le plan médical et conforme aux normes médicales reconnues seulement après avoir été examiné par un comité établi conformément aux dispositions législatives pertinentes et chargé d'en évaluer la validité sur le plan médical.
- d. Un infracteur ne doit être réputé avoir donné son consentement en toute connaissance de cause qu'après examen de ce consentement par un comité autonome composé de non-professionnels, y compris des infracteurs ou des anciens infracteurs.
- e. Pour les besoins des lois en matière correctionnelle, le consentement est donné en toute connaissance de cause lorsque l'infracteur est informé 1) des effets probables, y compris les effets secondaires possibles, du traitement en question; 2) de la probabilité et du degré d'amélioration, de rémission, de maîtrise ou de guérison; 3) de l'incertitude en ce qui concerne les avantages et les risques; 4) des solutions de rechange possibles; et 5) de la possibilité d'abandonner le traitement à n'importe quel moment.

#### Traitement sans consentement

7. Les lois fédérales en matière correctionnelle doivent prévoir ce qui suit:
- a. Lorsqu'un infracteur est incapable de donner son consentement en toute connaissance de cause, il peut, sur présentation d'une demande à cet effet en vertu de la loi sur la santé mentale de la province concernée, être déclaré atteint d'incapacité mentale, auquel cas son parent le plus proche, son tuteur ou le directeur des services de santé mentale de l'établissement de santé mentale en cause peut autoriser le traitement approprié.
  - b. Lorsque l'infracteur n'y a pas consenti lui-même, le traitement doit être administré de la manière la moins intrusive possible et seulement dans la mesure

nécessaire pour permettre à l'infracteur de reprendre possession de ses facultés mentales.

c. En cas d'urgence, l'infracteur qui souffre d'un trouble psychique grave et qui refuse son consentement à un traitement peut être transféré dans un établissement de santé mentale provincial sans autorisation judiciaire préalable

(i) s'il risque de s'infliger des blessures graves ou d'en infliger à d'autres; et

(ii) si le directeur de l'établissement de santé mentale concerné consent au transfèrement et ordonne le traitement raisonnable nécessaire.

#### PARTIE IV: L'ALIMENTATION FORCÉE

À première vue, le lien entre l'alimentation forcée et les services de santé mentale pour les détenus n'est pas évident. Cependant, bon nombre des questions qui se posent en ce qui concerne l'alimentation forcée sont les mêmes que celles que soulève le droit de refuser le traitement.

La jurisprudence canadienne ne précise pas clairement si l'État a, oui ou non, le devoir d'alimenter de force les détenus ou autres personnes qui, intentionnellement et en toute connaissance de cause, refusent un traitement ou les choses nécessaires à l'existence. Dans une situation où la vie d'une personne était en danger, un tribunal au Québec a émis une ordonnance autorisant une intervention chirurgicale forcée pour enlever un fil de fer logé dans la gorge d'un immigrant déçu qui s'était vu refuser le droit d'entrée au Canada.<sup>32</sup> L'immigrant en question, M. Niemiec, avait refusé cette intervention, soutenant qu'il préférerait mourir que de retourner en Pologne. Il importe de noter dans ce cas la manipulation implicite des fonctionnaires concernés, comme c'est le cas peut-être aussi dans de nombreuses grèves de la faim pratiquées dans le contexte correctionnel. On ne sait pas si le tribunal a tenu compte de ce facteur, car la décision d'autoriser le traitement était fondée expressément sur le devoir de l'État de préserver la vie, devoir qui, selon le juge, l'emportait sur l'autonomie de l'individu. Comme on l'a déjà dit, le Code civil du Québec impose l'obligation d'administrer un traitement en cas d'urgence; cela a peut-être également influé sur la décision du tribunal. En outre, les décisions rendues par les tribunaux québécois ont permis de dégager certaines notions collectives du bien commun.

En Colombie-Britannique, la Cour d'appel a refusé d'ordonner aux fonctionnaires du secteur correctionnel d'administrer un traitement médical pour sauver la vie d'une détenue Doukhobor, Mary Astaforoff, qui avait entrepris, intentionnellement et en toute connaissance de cause, de se laisser mourir de faim.<sup>33</sup> La Cour n'était pas convaincue que les fonctionnaires du secteur correctionnel avaient le devoir

d'alimenter de force un détenu en pareil cas. Toutefois, elle n'a pas déclaré non plus que ce devoir n'existe pas.

D'après la jurisprudence américaine, lorsqu'un détenu refuse un traitement dans le but, semble-t-il, de manipuler le système pour en tirer un avantage quelconque, le tribunal peut passer outre au refus du détenu d'accepter les choses nécessaires à l'existence.

Dans une affaire aux États-Unis mettant en cause une demande d'autorisation d'alimenter de force un détenu, le juge dissident n'était pas convaincu que l'intérêt de l'État, qui voulait que la vie du détenu soit préservée afin que celui-ci puisse être reconnu coupable d'accusations portées contre lui, l'emportait sur le droit du détenu à la vie privée et à l'autonomie. Le juge n'était pas d'avis que permettre au détenu de s'abstenir de manger équivalait à l'aider à se suicider. Selon lui, il s'agissait simplement de respecter le droit du détenu à l'inviolabilité de sa personne et à sa propre décision à ce sujet. La décision du détenu de se laisser mourir de faim ne portait nullement atteinte aux droits d'autres personnes, a déclaré le juge, et en décidant de ne pas avoir recours à l'alimentation forcée, on n'aidait pas le détenu à se suicider: on lui permettait tout simplement de hâter une mort naturelle. Dans sa décision dissidente, le juge Douglas a énoncé les critères suivants, qu'il y a lieu de prendre en considération pour l'élaboration de textes législatifs:

"J'estime donc que tout détenu qui souhaite éviter l'alimentation forcée doit demander à l'établissement une audience en présence d'un fonctionnaire neutre qui permettra d'établir 1) que le détenu ne présente pas de condition ou de revendication à laquelle le personnel des services correctionnels doit se plier pour lui faire abandonner son jeûne; 2) qu'il est en possession de ses facultés mentales, qu'il entreprend son jeûne de son plein gré et qu'il en comprend bien toutes les conséquences; 3) qu'il a été examiné par un médecin qui lui a expliqué les états et les réactions physiques qu'il connaîtra (consentement donné en toute connaissance de cause); 4) qu'il

décharge volontairement les fonctionnaires et le gouvernement qui ont la garde de sa personne de toute responsabilité civile et criminelle (y compris en ce qui concerne toute revendication présentée en vertu de 42 U.S.C. 1983); 5) qu'il renonce à son droit à un tuteur nommé pour prendre une décision à sa place lorsque son état se sera détérioré au point où il ne sera plus en possession de ses facultés mentales; et 6) qu'il accepte que les autorités ne lui fourniront aucune aide sur le plan médical, c'est-à-dire que sa mort surviendra sans intervention aucune de l'État."<sup>34</sup>

La politique du SCC permet l'alimentation forcée dans certains cas. La DC 825, intitulée "Grèves de la faim", stipule ce qui suit:

4. Il est permis d'appliquer les procédures en matière d'alimentation forcée seulement lorsqu'un psychiatre a déterminé que la capacité du détenu de juger de manière rationnelle s'est détériorée et que, d'après l'avis médical, c'est le seul moyen raisonnable de préserver la vie de ce détenu.

Pour résumer, bien que la jurisprudence au Canada ne reconnaisse pas explicitement le "droit de mourir", elle ne prévoit pas expressément non plus le devoir de préserver la vie des détenus sous responsabilité fédérale qui, étant en pleine possession de leurs facultés mentales, refusent en toute connaissance de cause le traitement et les choses nécessaires à l'existence au point de se laisser mourir. Il faut éliminer les ambiguïtés auxquelles font face à la fois les administrateurs des services correctionnels et les détenus lorsqu'il est question de recours à l'alimentation forcée.

Pour les besoins de la consultation, on propose que les textes de loi en matière correctionnelle devraient stipuler clairement que la décision d'une personne en possession de ses facultés mentales de refuser les choses nécessaires à l'existence doit être respectée, par exemple:

8. Les lois fédérales en matière correctionnelle doivent stipuler que le Commissaire du Service correctionnel du Canada ne doit pas autoriser l'alimentation forcée des détenus et que personne n'a le droit d'alimenter un détenu de force.

Cela soulève toutefois la question de savoir si cette décision doit être respectée quels qu'en soient les motifs, que ceux-ci soient religieux, personnels ou politiques, et s'il doit y avoir des exceptions à la règle générale.

Lorsque l'état physique d'un détenu se détériore au point où il doit être hospitalisé, le transfèrement dans un hôpital de l'extérieur sera et devra être autorisé pour des raisons médicales. Les soins médicaux, y compris l'alimentation forcée, deviennent alors la responsabilité des établissements provinciaux et les lois fédérales en matière correctionnelle ne s'appliquent pas.

Si un psychiatre est d'avis que le détenu est incapable de prendre une décision rationnelle en matière d'alimentation, le détenu peut être transféré dans un établissement psychiatrique et, conformément aux lois provinciales pertinentes concernant le traitement des personnes incapables de donner ou de refuser leur consentement, pourra être soigné. Cet établissement pourrait être un centre psychiatrique provincial ou une installation de soins médicaux ou psychiatriques du SCC. Une exception à la règle générale se lirait comme suit:

(1) L'alimentation forcée dans une installation du SCC ne sera autorisée qu'en conformité avec les lois provinciales pertinentes qui régissent les traitements sans consentement.

Cette exception est-elle acceptable?

De plus, nous désirons soumettre à la consultation la question suivante: peut-il exister des situations où la décision d'un détenu de se laisser mourir de faim pourrait "empiéter sur les droits d'autres personnes", ou même mettre leur vie en danger, et si des situations de ce genre peuvent justifier l'alimentation forcée.

## **PARTIE V: RÉPERCUSSIONS DU DROIT AU TRAITEMENT SUR LES DÉCISIONS PRISES EN ÉTABLISSEMENT**

Étant donné, d'une part, le devoir d'assurer le traitement (ou le droit au traitement) et, d'autre part, le droit de refuser le traitement, quelles en sont les répercussions sur les décisions prises en établissement aux étapes critiques du placement, du classement, du transfèrement, de l'audience disciplinaire, voire de l'octroi ou du refus de la libération conditionnelle ou sous surveillance obligatoire? Quelles modifications y a-t-il lieu d'apporter, le cas échéant, aux textes législatifs ou aux règlements en vigueur? Et en premier lieu, en vertu de quels règlements ou de quelles directives visant les diverses étapes du processus énumérées ci-dessus, les fonctionnaires sont-ils tenus de prendre en considération les besoins en matière de santé mentale des détenus?

### **Réception/Placement**

À l'étape de la réception ou du placement, le Règlement sur le service des pénitenciers exige "une enquête sur l'état de santé, l'état psychologique et la condition sociale..." du détenu et que celui-ci soit placé dans "l'institution qui semble la plus appropriée, compte tenu...de la protection de la société...et du programme de traitement disciplinaire jugé le plus approprié au détenu". La Directive du Commissaire n° 500 intitulée "Réception et initiation des délinquants" prévoit un processus de réception permettant de s'assurer que tous les nouveaux détenus font l'objet, pour ce qui est de leurs besoins en matière de sécurité et de programmes, d'une évaluation complète sur divers plans, soit médical, psychologique, psychiatrique, professionnel et scolaire (art. 2).

### **Classement**

Outre les énoncés de nature générale dans le Règlement susmentionné, il n'y a pas d'autres allusions précises aux besoins en matière de santé mentale des détenus dans le

processus de classement. Cependant, selon la Directive du Commissaire citée plus haut, les fonctionnaires doivent, lorsqu'ils prennent des décisions en matière de placement, tenir compte des "besoins en matière de programmes du délinquant" ainsi que d'autres facteurs comme les besoins en matière de sécurité (art. 9).

### **Transfèrements**

Le Règlement ne comporte pas non plus de dispositions précises en ce qui concerne les besoins en matière de santé mentale du détenu au moment du transfèrement. Cependant, la Directive du Commissaire intitulée "Transfèrements de détenus" (DC-540) précise qu'on peut transférer un détenu, entre autres, pour lui assurer un traitement médical ou psychologique approprié (art. 11). Dans la pratique, les besoins sur le plan de la sécurité l'emportent nettement sur toute autre considération, particulièrement dans le cas des transfèrements d'urgence.

Les transfèrements d'urgence aux centres psychiatriques régionaux (C.P.R.) en Colombie-Britannique et en Saskatchewan, par exemple dans le cas d'une tentative de suicide, ont lieu sans le consentement préalable du détenu. Ces transfèrements se font conformément aux dispositions régissant l'internement prévues dans les lois provinciales sur la santé mentale, étant donné que ces centres psychiatriques sont des hôpitaux agréés. Kingston, toutefois, accepte des patients transférés par le SCC sans leur consentement. La durée des transfèrements en Colombie-Britannique et en Saskatchewan varie selon les dispositions des lois provinciales pertinentes, allant d'un à trente jours. Après la période prévue, le cas doit être réévalué et le séjour du détenu dans le centre psychiatrique prolongé, ou bien le détenu doit être renvoyé au pénitencier. Entre temps, comme on l'a indiqué dans la partie de ce document qui porte sur le traitement sans consentement, on s'occupe de répondre aux besoins en matière de santé mentale du détenu.

En général, le personnel des CPR n'accepte pas les transfère-  
ments demandés par les fonctionnaires quand les détenus  
visés ne sont pas aptes à subir un traitement ou quand le  
centre ne dispose pas des programmes appropriés. Si la  
norme appliquée était moins stricte, les centres, au lieu de  
dispenser des services thérapeutiques, ne serviraient qu'à  
neutraliser certains détenus.

Les transfèrements d'urgence à des établissements provin-  
ciaux pour malades mentaux, comme les transfèrements à des  
CPR, doivent satisfaire aux critères contenus dans les lois  
pertinentes sur la santé mentale et aux normes profession-  
nelles établies pour le personnel visé. Par conséquent, si  
le SCC n'établit pas de normes pour les questions de santé  
mentale, il faut mettre en application les critères de la  
province et des corps professionnels. D'après la majorité  
des textes législatifs provinciaux sur la santé mentale, les  
troubles de comportement ne constituent pas une maladie  
mentale justifiant un transfèrement, contrairement à ce que  
prévoit le projet de Loi uniforme sur la santé mentale.

### **Mesures disciplinaires**

Le Règlement et les directives prévoyant des mesures  
disciplinaires ne tiennent pas compte des besoins en matière  
de services de santé. Les centres psychiatriques régionaux  
constituent la seule exception à cet égard puisque leur  
"Manuel des politiques et procédures - Gestion des cas"  
précise qu'un détenu ne se verra pas refuser une réduction  
méritée de peine parce qu'il souffre d'incapacité mentale ou  
physique pendant un traitement. Dans la pratique, un détenu  
atteint de troubles mentaux peut faire l'objet d'une  
attention spéciale quand il s'agit d'établir la culpabilité  
ou de déterminer les mesures disciplinaires requises, mais  
cela est laissé à la discrétion de la personne responsable.

Si l'isolement, cellulaire ou autre, est imposé comme mesure  
disciplinaire, il est nécessaire, en vertu des instructions  
divisionnaires, de procéder à une évaluation psychologique  
ou psychiatrique du détenu visé et de tenir compte des

besoins de traitement pendant l'isolement. Si le rapport demandé indique des besoins spéciaux en matière de santé mentale, la pratique établie est de retirer le détenu afin de le soumettre à un traitement.

### **Libération conditionnelle**

Ni la Loi sur la libération conditionnelle de détenus, ni son règlement d'application ne comportent de dispositions précises en ce qui concerne les besoins en matière de santé mentale dans les cas de libération conditionnelle bien qu'un des critères législatifs s'appliquant à la mise en liberté conditionnelle soit les besoins du détenu en matière de réadaptation. En effet, les besoins en matière de santé mentale sont jugés importants principalement dans le cas des infracteurs qui constituent un "danger pour la société", c'est-à-dire les infracteurs dangereux. Le manuel de la politique sur la libération conditionnelle exige l'obtention d'un rapport psychiatrique ou psychologique avant qu'une décision ne soit prise à l'égard de la mise en liberté conditionnelle d'un détenu appartenant à la catégorie susmentionnée. La politique est axée non pas sur le traitement, mais sur le report de la mise en liberté afin de "protéger" le public. Par ailleurs, les soins donnés avant la mise en liberté sont pris en considération car il sont vus comme un facteur de réduction du risque et un traitement peut être exigé après la mise en liberté pour les mêmes raisons.

Les commissaires responsables des libérations conditionnelles peuvent estimer qu'un détenu a besoin de services ou de programmes de santé mentale avant d'être mis en liberté, mais le détenu peut se voir refuser l'entrée à un centre psychiatrique régional parce qu'il n'est pas jugé apte au traitement ou guérissable. Par conséquent, le détenu peut se sentir coincé entre, d'une part, la Commission des libérations conditionnelles qui lui recommande de faire preuve d'initiative et de subir des soins et, d'autre part, un CPR qui refuse de l'admettre.

Un détenu qui n'a pas encore bénéficié d'une liberté conditionnelle après avoir purgé les deux tiers de sa peine sera mis en liberté sous surveillance obligatoire sous réserve des modifications apportées en 1986 à la Loi sur la libération conditionnelle de détenus. Cela permet à la Commission nationale des libérations conditionnelles de refuser la mise en liberté à un détenu qui serait autrement admissible à la liberté sous surveillance obligatoire, si cette personne est jugée dangereuse pour la société. À l'instar des libérés conditionnels, les détenus en liberté sous surveillance obligatoire sont surveillés par des agents de libération conditionnelle et sont assujettis à diverses conditions générales ou spéciales qui pourraient les obliger à subir un traitement dans une installation communautaire. Toutefois, certaines régions n'offrent malheureusement pas toutes les installations nécessaires et certains détenus mis en liberté ne veulent pas participer à de tels programmes. De plus, ce genre de clientèle est parfois mal accepté, paraît-il. Comme on ne connaît pas les effets de ces programmes, particulièrement dans les conditions susmentionnées, les responsables des libérations conditionnelles se sentent souvent à peu près impuissants à répondre aux besoins en matière de santé mentale des personnes mises en liberté sous surveillance obligatoire.

Le public s'attend à ce que la surveillance exercée ou les soins prodigués lui assurent une protection; toutefois, on constate généralement qu'il y a très peu à faire pour assurer cette protection puisque les moyens utilisés ne donnent pas les résultats voulus. Par ailleurs, il est inutile d'imposer des traitements si ceux-ci ne garantissent pas la sécurité. Les responsables des libérations conditionnelles et des établissements carcéraux pourraient, pour éviter toute critique de la part du public, confier certains prisonniers difficiles à des installations provinciales de santé mentale avant de les mettre en liberté. Une telle démarche comporte cependant des risques puisque les thérapeutes sont appelés à effectuer ces transfèvements thérapeutiques alors qu'ils ne peuvent pas affirmer que le détenu en question est atteint de maladie mentale ou peut être traité. La lecture de divers rapports

ne permet pas de déterminer si les frustrations associées à ces transfèvements sont attribuables à l'incapacité de traiter, avec d'une part, (1) des cas identifiés comme étant atteints d'une maladie mentale ou, d'autre part avec, (2) une personne atteinte de troubles graves du comportement consistuant un danger pour autrui au moment de la mise en liberté, mais dont les psychiatres disent qu'elle ne souffre pas d'une "maladie".

Les transfèvements aux installations de santé provinciales sont étudiés de façon plus approfondie dans une section subséquente du présent document. Il suffira de souligner pour l'instant que, exception faite des difficultés découlant de la crainte de la critique publique et d'un désir manifeste d'éviter de déboursier pour ces services, le problème des besoins en matière de santé mentale dans le cas de mises en liberté conditionnelle ou sous surveillance obligatoire doit être régi par le principe qui s'applique dans l'établissement, c'est-à-dire l'obligation de fournir les services nécessaires à la condition que le consentement soit donné en toute connaissance de cause.

Les règlements et les politiques donnent peu d'indications en ce qui concerne l'importance de la santé mentale quand des décisions sont prises aux étapes critiques du placement, du classement, du transfèrement, d'audiences disciplinaires et de la libération conditionnelle. Étant donné l'importance des besoins, des programmes et des services en matière de santé mentale, les textes législatifs devraient prescrire aux autorités de tenir compte de ces questions à chacune des étapes susmentionnées.

**9. Les lois fédérales en matière correctionnelle devraient préciser que tous les processus décisionnels importants suivis en établissement concernant notamment le placement, le classement, les transfèvements, les mesures disciplinaires et les mises en liberté, doivent tenir compte dans la mesure du raisonnable des besoins en matière de santé mentale du détenu ainsi que du maintien de la sécurité dans l'établissement et de la protection de la société.**

**PARTIE VI: LES TRANSFÈREMENTS AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ  
MENTALE PROVINCIAUX: LA LOI SUR LES  
PÉNITENCIERS, ARTICLES 19 ET 20**

**Article 19**

Depuis longtemps, il est considéré souhaitable de transférer les détenus atteints de maladies mentales graves des pénitenciers à des hôpitaux pour malades mentaux. Même si le gouvernement fédéral élargit ses installations, il sera préférable de transférer certains cas à un hôpital de santé mentale provincial. L'article 19 de la Loi sur les pénitenciers prévoit que le gouvernement fédéral peut conclure une entente avec la province afin de faciliter le transfèrement d'un détenu, atteint de "maladie ou débilité mentale", à un établissement de santé provincial. Toutefois, de tels transfèremments sont rarement effectués. La présente partie du document de travail porte sur la question des transfèremments et les options permettant de s'attaquer à ce problème.

En vertu de la Constitution, les hôpitaux relèvent de la compétence des provinces; les autorités fédérales ne peuvent aucunement obliger un établissement provincial à hospitaliser les détenus des pénitenciers souffrant de troubles mentaux. En effet, les hôpitaux sont régis par des textes législatifs provinciaux en matière de santé qui, en règle générale, laissent la question des admissions à la discrétion des hôpitaux. De façon générale, la loi n'oblige pas à admettre un patient pour lui prodiguer traitements et soins bien que, comme nous l'avons déjà souligné, la Mental Health Act de la Colombie-Britannique précise que les résidents de la province ont droit aux services de santé mentale offerts en vertu de la loi. Toutefois, la common law et les textes législatifs ne prévoient habituellement ni le droit au traitement ni le devoir d'assurer des soins, ayant plutôt tendance à laisser au gouvernement le choix d'offrir les services sociaux qu'il juge opportuns. On peut soutenir que l'entrée en vigueur de la Charte a réduit le pouvoir discrétionnaire accordé aux gouvernements et aux autorités dans le domaine des soins de santé. En effet,

refuser d'admettre une personne à l'hôpital violerait le principe de la Constitution si, par exemple, ce refus est motivé par la discrimination. Cependant, le manque de compétences ou l'absence de programmes convenant aux besoins du patient pourraient justifier ce refus. Quoiqu'il en soit, même s'il existe une entente fédérale-provinciale prévoyant le transfèrement des détenus des pénitenciers en vertu de l'article 19 de la Loi sur les pénitenciers, l'hôpital visé peut être habilité à refuser certains patients.

Outre la difficulté de savoir si le détenu répond à la définition de malade mental établie par la Loi comme condition à l'admission et s'il constitue un danger pour lui-même ou pour autrui, d'autres raisons expliquent pourquoi les objectifs de l'article 19 ne sont pas atteints. Sharpe a résumé ces facteurs ainsi en 1983:

- (i) Les provinces ne disposent pas d'installations de psychiatrie légale adéquates, qu'il s'agisse de traitement ou de sécurité.
- (ii) Les provinces sont déjà surchargées par les responsabilités qu'elles doivent assumer dans le domaine des soins de santé mentale.
- (iii) Les provinces croient que l'arrivée des détenus peut entraîner un danger pour leurs programmes de soins et pour leurs patients.
- (iv) On est incapable de parvenir à un accord sur les taux journaliers et autres questions de coûts.
- (v) On se demande s'il faut que le détenu puisse être déclaré atteint d'aliénation mentale avant que la province l'accepte pendant la période d'incarcération et, sinon, on se demande s'il faudrait plutôt avoir recours à une procédure non pénale d'internement avant la libération prévue, et le cas échéant, à quel moment précis.<sup>35</sup>

Exception faite du dernier, tous les facteurs susmentionnés, lesquels font obstacle à l'action, représentent des points

de vue différents et l'introduction de nouveaux textes législatifs n'y ferait probablement rien. Toutefois, comme nous l'avons déjà signalé, la définition plus stricte de la "maladie mentale" donnée par les provinces empêche peut-être les transfèvements, mais une définition élargie et plus commode pourrait être prévue dans l'accord sur les transfèvements ou dans l'article 19 lui-même. Même si, dans le détail, les critères applicables à l'internement (involontaire) dans les établissements de santé mentale varient d'une province à l'autre, en général on exige que la personne soit atteinte d'une maladie ou d'un trouble mental et qu'elle constitue un danger pour elle-même ou pour autrui.

De plus, l'attestation d'aliénation mentale établie en vertu de lois provinciales en matière de santé permet, dans les Régions des Prairies et du Pacifique, de transférer des malades mentaux de la population carcérale générale aux centres psychiatriques régionaux qui, dans ces Régions, sont des hôpitaux accrédités, contournant ainsi l'article 19.

À l'heure actuelle, l'exécution des transfèvements, aux établissements provinciaux ou aux CPR, dépend des critères ou de la définition de maladie mentale adoptés par la province. Or, les provinces envisagent maintenant l'adoption d'une Loi uniforme sur la santé mentale en vertu de laquelle la définition des "troubles mentaux" serait assez vaste pour comprendre les troubles de comportement. On ne sait pas combien de détenus atteints de troubles mentaux incarcérés dans les pénitenciers pourraient tirer profit de l'amélioration du processus de transfèrement prévu à l'article 19. Apparemment, celui-ci n'a été appliqué jusqu'à maintenant qu'aux cas de troubles psychiatriques graves aptes au traitement. Étant donné que la tendance dans les provinces va vers l'élimination des lits psychiatriques réservés aux cas de longue durée, il est très probable que les cas chroniques dans les pénitenciers resteront là où ils sont. L'Évaluation des besoins a dénombré en tout 805 cas psychiatriques chroniques dans toutes les régions au Canada. Quatre régions offrent des programmes spéciaux pour les cas chroniques et la Région de l'Atlantique offre des

programmes pour les cas aigus et subaigus. Il est vrai que l'on peut craindre que les services pour les cas chroniques mis sur pied dans les pénitenciers puissent se détériorer pour ressembler finalement aux tristes salles communes des anciens asiles d'aliénés. On ne sait pas quelle proportion des 694 cas aigus et subaigus ont été traités de façon adéquate au moyen des ressources dont disposait le service de santé pénitentiaire; seule la Région de l'Atlantique figure dans l'Évaluation des besoins pour avoir demandé expressément des ressources "de base" supplémentaires.

Si l'on suppose que les services de santé mentale assurés actuellement par le SCC ne suffisent pas à répondre aux besoins des quelques cas aigus et subaigus et du groupe important des cas chroniques, on doit se poser une question essentielle qui, pour l'instant, ne trouvera pas de réponse dans les textes législatifs: pour répondre à ces besoins, faut-il effectuer des transfèvements aux établissements provinciaux ou faut-il élargir les services fédéraux assurés au sein du système pénitentiaire?

L'élargissement des services fédéraux en matière de santé mentale comporte certainement un avantage par rapport aux transfèvements aux établissements de santé mentale provinciaux: le gouvernement fédéral pourrait surveiller les admissions ainsi que les niveaux et la qualité des soins. En effet, la disparité des services offerts par les provinces est une difficulté qui a été soulignée dans divers rapports sur les services de santé mentale.

L'élargissement des services fédéraux en matière de soins de la santé peut aussi comporter plusieurs inconvénients. Certains affirment que la prestation de soins de santé n'est pas comprise dans la mission des pénitenciers qui est de maintenir les détenus sous bonne garde. Cependant, les soins de santé font peut-être partie intégrante de cette mission, tout comme la prestation d'un régime alimentaire adéquat et de conditions de vie acceptables. En outre, le premier document de travail de la Révision du droit correctionnel recommande que la philosophie correctionnelle reconnaisse la nécessité d'offrir des programmes correctifs

ou thérapeutiques aux détenus. Cette notion figure déjà dans l'énoncé de mission du SCC.

Un autre inconvénient que pourrait entraîner l'élargissement des services fédéraux de la santé assurés aux détenus est le chevauchement des services et, par conséquent, une utilisation inefficace des ressources. Il faut cependant évaluer ce facteur en tenant compte de la responsabilité ou du devoir du gouvernement fédéral de fournir des traitements aux détenus. Il ne faut pas non plus supposer que la prestation de services de santé par deux niveaux de gouvernement au sein de leur compétence respective entraîne automatiquement l'inefficacité. Avant d'en arriver à une conclusion finale sur la question de l'efficacité, il serait préférable d'obtenir des données sur le chevauchement de la clientèle, la sous-utilisation des services et le coût de l'adoption d'une approche unitaire.

Il serait utile également de comparer le coût de la prestation de soins de santé à la suite de transfèrements effectués en vertu du l'article 19 et celui de l'élargissement des services fédéraux. Étant donné qu'un accroissement important des transfèrements associés à l'article 19 nécessiterait l'agrandissement d'installations sûres aux frais des provinces, il peut effectivement être plus économique d'élargir les installations des CPR existants.

Cependant, même si on opte pour l'élargissement des services fédéraux, il faudra tout de même prévoir des mécanismes efficaces de transfèrement pour les cas qui doivent être envoyés aux établissements de santé mentale provinciaux. Comme nous l'avons souligné, les problèmes associés aux mécanismes de transfèrement de l'article 19 découlent du manque de ressources, une question qui continuera de se poser quelles que soient les améliorations apportées aux mécanismes de transfèrement. Par conséquent, la meilleure solution consiste peut-être à combiner les mécanismes prévus à l'article 19 et les ententes d'échange de services entre le gouvernement fédéral et chacune des provinces. D'autres solutions possibles sont présentées ci-dessous.

Une solution possible consisterait à créer un tribunal fédéral-provincial investi du pouvoir voulu pour prendre en considération de tels transfèvements. Une telle entité pourrait, soit être encadrée par les textes législatifs nécessaires et jouir du pouvoir d'ordonner ces transfèvements, soit jouer un rôle consultatif sur le plan administratif. Étant donné qu'une province ne peut pas déléguer ses pouvoirs à une commission fédérale, il faudrait, dans le premier cas, que le gouvernement fédéral ainsi que la province procèdent à l'adoption de lois habilitantes; toute loi adoptée unilatéralement par le gouvernement fédéral serait bien sûr inutile. L'adoption de textes législatifs par les deux administrations responsables rendrait possible la création d'un nombre illimité de commissions fédérales-provinciales, mais il est fort peu probable que cela se produise dans un avenir rapproché.

Dans le deuxième cas, il faudrait prévoir la mise sur pied d'une commission consultative fédérale-provinciale dépourvue de tout pouvoir décisionnel. Cette commission consultative pourrait être composée de représentants du gouvernement fédéral et de chacune des provinces (probablement des psychiatres et des psychologues). Dans le cas d'un transfèrement éventuel à un établissement de santé mentale d'une province donnée, le représentant de cette dernière serait consulté quant aux possibilités de traitement et la commission consultative formulerait une recommandation à l'égard du traitement et à l'égard de l'admission à l'établissement provincial. Ce dernier conserverait le pouvoir d'accepter ou non le transfèrement, mais la recommandation de la commission exercerait une certaine pression politique.

En résumé, puisque les détenus des pénitenciers relèvent du gouvernement fédéral, la responsabilité de ce dernier en matière de soins médicaux comprend presque indéniablement les besoins de ces détenus en matière de santé mentale. Les questions qui restent à résoudre concernent les coûts et les moyens. Puisque les provinces hésitent à accepter les détenus sous responsabilité fédérale transférés en vertu d'accords, la meilleure façon pour le gouvernement fédéral de remplir son obligation constitutionnelle est d'élargir

ses services de santé au sein des pénitenciers et de fournir aux détenus mis en liberté sous surveillance obligatoire et aux libérés conditionnels des services communautaires en faisant appel à des organismes de la collectivité.

## Article 20

Soulignons aussi que l'article 20 de la Loi sur les pénitenciers fournit un moyen de faciliter le transfèrement des détenus atteints de troubles mentaux, aux établissements de santé provinciaux, au moment de la mise en liberté:

### Libération des détenus malades

20. Lorsque, au jour désigné pour sa libération légitime d'un pénitencier, un détenu est déclaré atteint d'une maladie grave, contagieuse ou infectieuse, il doit être retenu au pénitencier jusqu'à ce que le fonctionnaire responsable ait pris les arrangements qui s'imposent pour le traitement du détenu dans une institution provinciale appropriée ou jusqu'à ce que le détenu soit guéri, en choisissant celui de ces deux événements qui se produit le premier.

Cet article ne donne pas le pouvoir d'effectuer un transfèrement. Il permet seulement aux autorités pénitentiaires de retenir un détenu en attendant que des dispositions soient prises pour son transfèrement en vertu de l'article 19, comme indiqué précédemment.

L'article 20 s'applique manifestement quand on envisage le transfèrement d'un détenu atteint d'une maladie ou de troubles mentaux qu'on serait obligé, autrement, de mettre en liberté à la fin de sa peine. Pour nos besoins, précisons que l'article vise uniquement les personnes jugées "dangereuses" puisqu'il ne prévoit pas d'autres critères, par exemple que la personne souffre de troubles mentaux. Cela pose un problème car les textes législatifs provinciaux en matière de santé mentale exigent, pour qu'une personne soit admise à un établissement de santé mentale, qu'elle

souffre d'une maladie mentale telle que définie par la Loi. Le danger qu'une personne peut présenter pour elle-même ou pour autrui n'est pas en soi un critère suffisant pour justifier l'admission; par conséquent, les tentatives de transfèrement effectuées en fonction de l'article 20 sont destinées à échouer si le détenu n'est pas atteint de "maladie mentale" selon la définition établie dans les lois provinciales applicables. Cependant, comme nous l'avons souligné, le projet de Loi uniforme sur la santé mentale comprend une définition assez vague des "troubles mentaux" qui pourrait comprendre les troubles de comportement des personnes jugées dangereuses et, de par ce fait, il pourrait faciliter les transfèremets demandés en vertu des dispositions de l'article 20.

On peut certes comprendre le motif sous-jacent à l'article 20, soit la protection du public, mais on peut sans doute affirmer que la loi est inconstitutionnelle en ce sens qu'elle sert à retenir des détenus après la fin de leur peine. Or, que le gouvernement décide qu'une personne est dangereuse et qu'il autorise son maintien en incarcération pour cette seule raison, tout cela va à l'encontre de la notion d'équité fondamentale, surtout si l'on tient compte de l'impossibilité de prédire avec exactitude la dangerosité d'un individu. D'ailleurs, il est d'autant plus nécessaire de faire preuve de prudence dans l'établissement de ces prévisions dans un milieu carcéral puisque celui-ci peut favoriser les troubles de comportement. Il n'y a aucune raison de traiter différemment d'une autre personne, un détenu rendu à la date de sa mise en liberté légitime; c'est-à-dire qu'il faut appliquer à son égard les textes législatifs provinciaux visant la santé mentale ou la quarantaine. L'article 20 est manifestement désuet, il est rarement utilisé et devrait être abrogé. Il n'est pas question pour autant de passer sous silence les inégalités dans les services publics de santé mentale offerts aux détenus dans les différentes provinces. Il importe de fournir des solutions de rechange acceptables pour la gestion à l'échelon provincial, des détenus dangereux atteints de maladies mentales dont la peine a expiré. Il est inadmissible que de telles personnes, à cause de

l'absence de mesures de sécurité appropriées dans les établissements de santé mentale provinciaux, réintègrent directement la collectivité.

10. L'article 20 de la Loi sur les pénitenciers devrait être abrogé.

## **PARTIE VII: LA CONFIDENTIALITÉ ET LE DROIT DE SAVOIR**

Le traitement des détenus atteints de troubles mentaux soulève notamment les questions de la confidentialité et du droit du détenu-patient de connaître le contenu de son dossier.

### **La confidentialité**

Le caractère confidentiel des dossiers médicaux préoccupe la société depuis de nombreuses années, tant au sein du contexte carcéral qu'à l'extérieur. En effet, il arrive que l'attitude du médecin, tenu au secret professionnel et voulant protéger les renseignements personnels communiqués par son patient, et l'attitude de ce dernier, désireux de garder ces renseignements confidentiels, entrent en conflit avec la nécessité de partager ces renseignements avec des spécialistes de la santé qui s'intéressent à un cas, ainsi qu'avec la volonté de l'établissement ou du public d'être averti de la dangerosité d'un patient.

À l'heure actuelle, la loi canadienne contribue très peu à la résolution de ces divers conflits d'intérêt. La présente partie porte sur l'obligation du médecin de garder confidentiels les renseignements obtenus d'un patient et sur les exceptions à cette règle déontologique générale. En outre, nous verrons comment les textes législatifs portant sur les dossiers médicaux dans les hôpitaux reconnaissent maintenant le droit à la vie privée et ont tendance à imposer des limites à la communication, à des tiers, de l'information contenue dans des dossiers médicaux. Nous verrons aussi comment l'absence de règles exhaustives nuit à l'élaboration et à la prestation de programmes thérapeutiques et de traitements dans les pénitenciers et dans le contexte de la libération conditionnelle. La dernière section porte sur le droit du détenu de savoir ce que contient son propre dossier médical.

Le Code de déontologie de l'Association médicale canadienne accorde une grande importance à la non-divulgence des

renseignements par le médecin:

6. (Le médecin doit) respecter les confidences reçues du malade ou d'un confrère et ne divulguer ces renseignements qu'avec la permission du malade, sauf si la loi l'oblige à agir autrement.

La loi cependant ne concède aucun privilège à la relation médecin-patient. Elle peut par conséquent obliger un médecin à relater devant un tribunal ce qu'un patient lui a confié. De façon générale cependant, les tribunaux hésitent à exiger de tels renseignements de la part d'un médecin, reconnaissant que la confidentialité des communications médecin-patient revêt une grande importance sociale. On estime en effet que le patient, mis en confiance par la garantie du secret professionnel, aura plus tendance à communiquer honnêtement tous ses problèmes, ce qui favorise d'autant plus l'établissement d'un diagnostic juste et une pleine guérison.

Il est nécessaire bien sûr de communiquer des renseignements médicaux confidentiels à des tiers quand ceux-ci jouent un rôle essentiel dans l'élaboration et l'exécution d'un plan de traitement. Par conséquent, la communication de renseignements confidentiels à d'autres spécialistes de la santé dans le but de faciliter les traitements d'un patient est une exception nécessaire à la règle déontologique de non-divulgateion. Dans le contexte carcéral, où il peut être question de troubles de comportement plutôt que de problèmes médicaux véritables, est-il permis de divulguer des renseignements confidentiels aux membres de l'équipe de gestion des cas ou à l'aumônier, par exemple? Dans certains cas, la divulgation de renseignements confidentiels au personnel non médical a pu être justifiée, par exemple quand un agent de sécurité était appelé à surveiller chez un patient les signes d'une maladie ou d'un trouble récurrent. Ces considérations et d'autres réalités de la vie dans un contexte carcéral fermé exercent de fortes pressions sur le médecin qui peut se sentir déchiré entre ses différentes obligations.

Théoriquement, le médecin employé du SCC (une situation qui se présente rarement puisque la majorité des médecins

s'occupant des détenus sont des contractuels) vit encore plus profondément ce déchirement puisqu'il se voit dans l'obligation de faire part à son employeur des renseignements pertinents rassemblés dans l'exercice de sa profession et sous la garantie du secret professionnel. En outre, les responsables de la libération conditionnelle et de la sécurité et la direction peuvent, pour des raisons tout à fait valables sur le plan correctionnel, vouloir connaître le diagnostic posé à l'égard de l'état mental ou du comportement du détenu-patient ou le programme de traitement établi. Faut-il obliger les spécialistes de la santé à communiquer de tels renseignements?

Il faut peut-être répondre que "cela dépend". Son devoir envers son employeur ne contraint pas le thérapeute en milieu carcéral de violer la confidentialité. L'obligation de divulguer des renseignements personnels, si elle existe, doit découler d'autres principes. La Cour suprême du Canada a prononcé le jugement suivant à l'égard du conflit employeur-employé:

"... le devoir d'obéissance d'un employé à l'égard de son employeur ne signifie pas que ce dernier a un pouvoir quelconque d'obliger son employé à violer le secret professionnel. Le directeur d'un hôpital ne peut dispenser un médecin du secret professionnel à l'égard de son patient, car seul ce dernier peut le relever de cette obligation."<sup>36</sup>

Le thérapeute peut répugner à divulguer des renseignements confidentiels aux autorités de la libération conditionnelle et de l'établissement parce qu'il craint que les détenus refuseront par la suite de se confier, éliminant ainsi toute possibilité de traitement, ou que les renseignements médicaux confidentiels communiqués à des personnes non qualifiées soient mal utilisés. Selon l'examen de l'affaire Tarasoff présenté ci-dessous, il semble que la première crainte soit exagérée et, qu'à ce jour, la communication de renseignements confidentiels n'ait pas donné lieu à une mauvaise utilisation de l'information.

En effet, dans la profession, on considère habituellement que les dossiers médicaux appartiennent au médecin ou à

l'hôpital. C'est en partie à cause de ce sens de "propriété" à l'égard des dossiers que certains médecins hésitent à communiquer des renseignements confidentiels à des tiers et même parfois à transférer un dossier médical d'un établissement à un autre. Toutefois, il est dans l'intérêt public d'économiser des ressources et de favoriser les programmes de traitement, ce qui milite en faveur du transfert des dossiers. En résolvant ce conflit, les spécialistes de la santé ne doivent pas assujettir leur intégrité professionnelle à une règle qui laisse à l'entière discrétion des autorités carcérales la divulgation des renseignements confidentiels.

Les textes législatifs provinciaux et fédéraux actuels n'apportent aucune solution au conflit que vit le thérapeute en milieu carcéral. Par exemple, les lois provinciales exigent d'un médecin qu'il passe outre au secret professionnel dans certains cas et qu'il déclare le nom des patients atteints de maladies transmises sexuellement et des personnes soupçonnées de faire subir des sévices aux enfants. D'autres textes législatifs provinciaux demandent aux hôpitaux de divulguer, dans certains cas, aux coroners, aux médecins-praticiens ou à toute personne munie d'une ordonnance de la cour, les renseignements figurant aux dossiers médicaux. Ces textes semblent toutefois reconnaître le droit à la confidentialité pour les dossiers des hôpitaux puisqu'ils n'exigent la communication de renseignements que dans certains cas. La législation provinciale régissant les hôpitaux pour malades mentaux impose aussi des limites à la divulgation des renseignements confidentiels.

Ce respect généralisé pour la nature confidentielle des dossiers médicaux des hôpitaux se reflète aussi à l'échelon fédéral dans les dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels. Celle-ci interdit d'une façon générale la divulgation de renseignements personnels bien qu'elle admette certaines exceptions, comme la communication de renseignements médicaux à des fins de traitement (par exemple aux membres d'une équipe médicale ou soignante).

Si le patient consent à la divulgation de son dossier médical à certaines fins, il n'existe pas de conflit; ce consentement, comme le consentement au traitement, doit cependant être exprimé par écrit, après que l'intéressé a pris pleinement connaissance de la nature de l'information et de son utilisation visée. Ainsi, à l'extérieur du contexte carcéral, le patient jouit d'un droit à la vie privée qui doit être pesé par rapport au désir du spécialiste de partager des renseignements avec des collègues afin d'assurer au patient le plus grand profit possible sur le plan de la santé. Puisque la loi et la morale accordent une grande importance à l'autonomie des individus et à leur capacité de prendre des décisions réfléchies, il faut respecter le désir du patient et, partant, du patient-détenu de protéger sa vie privée. Le patient doit être pleinement informé au préalable de tout transfert d'information d'un spécialiste de la santé à un autre ou d'un établissement à un autre.

Dans une importante étude sur la confidentialité des dossiers médicaux, le juge Krever a statué qu'habituellement le droit à la protection de la vie privée exige que l'on obtienne le consentement du patient avant que le dossier médical ne soit communiqué, sauf dans les cas d'urgence ou dans les situations de crise où il est impossible d'obtenir un tel consentement.

D'après le rapport Krever, le détenu-patient ne jouit pas du même droit à la protection de ses dossiers médicaux que le citoyen ordinaire. Le rapport recommande:

"... que les textes législatifs régissant les renseignements personnels gardés par les hôpitaux et les installations de soins de santé permettent la divulgation, au directeur ou au médecin responsable de l'établissement correctionnel visé, d'information concernant un détenu hospitalisé, pour le bien-être du patient et pourvu que celui-ci en soit avisé."<sup>37</sup>

Cette recommandation est-elle trop générale? La divulgation de renseignements personnels à des tiers, sans le consentement de l'intéressé, peut être effectuée uniquement dans le but de maintenir la santé du patient, mais est-ce là la

meilleure position à prendre? On présume que le patient, en décidant d'accepter ou non le traitement, exerce son droit de consentement. S'il faut prévoir une exception à la règle générale de non-divulgateion, ne devrait-elle pas reposer sur des intérêts prédominants qui exigent la divulgation d'information dans les cas où il y a danger réel ou éventuel pour d'autres personnes ou pour l'établissement, plutôt que sur la raison paternaliste du bien-être du détenu? Il serait alors permis à l'occasion de divulguer des renseignements médicaux confidentiels qui pourraient intéresser les autorités responsables du classement, des transfèreiments ou de la libération conditionnelle. Toutefois, en l'absence d'indices démontrant clairement un danger substantiel, le spécialiste de la santé ne serait pas obligé de violer le secret professionnel.

Les Canadiens ont suivi avec beaucoup d'intérêt l'application dans ce domaine des textes législatifs pertinents aux États-Unis. Imaginez qu'un patient en établissement déclare à son thérapeute, en toute confiance, qu'il a l'intention de tuer X dès qu'il sera mis en liberté. Supposons que le thérapeute n'en avertisse pas X; le patient est mis en liberté en temps voulu et s'empresse d'assassiner X. Le thérapeute est-il passible de dommages-intérêts dans le procès intenté contre lui par la succession de X pour avoir manqué au devoir d'avertir l'intéressé? Devant ces faits, la Cour suprême de la Californie a jugé dans l'affaire Tarasoff que le thérapeute était responsable puisqu'il était de son devoir, comme le danger visait une personne précise, d'aviser l'intéressé.<sup>38</sup> Il est très probable que les tribunaux canadiens jugent aussi qu'il y a devoir d'avertir quand un danger prévisible menace une personne ou un groupe de personnes en particulier. C'est l'avis du juge Krever qui a recommandé que la loi reconnaisse une exception au principe du secret professionnel quand le travailleur du domaine de la santé a des motifs raisonnables de croire qu'un patient est dans un état mental tel qu'il pourrait constituer un danger pour lui-même ou pour autrui. D'après le rapport Krever, la transmission de l'information ou les avertissements donnés dans de tels cas ne doivent pas être considérés comme une inconduite sur le plan professionnel.

Cependant, cette exemption ne protège pas les spécialistes de la santé dans le milieu carcéral contre les poursuites éventuelles. Il serait donc préférable que les textes législatifs créent une exception à la règle de la confidentialité pour les situations semblables à celle de l'affaire Tarasoff.

Dans ces cas, les intérêts de plusieurs parties s'opposent, notamment: le droit à la vie privée du patient, le désir du médecin de maintenir un climat de confiance afin de favoriser l'efficacité des soins et des traitements, les besoins sur le plan de la sécurité de la direction et du personnel et les droits des victimes éventuelles à la sécurité de leur vie et de leur personne. Or, notre société accorde plus d'importance à la vie qu'à la protection des renseignements personnels ou à l'amélioration des soins de santé. Il convient de souligner que, d'après les études effectuées sur les conséquences du devoir de communiquer des renseignements, établi par l'affaire Tarasoff, la relation médecin-patient n'a pas souffert d'effets graves.

Il faut se rappeler, quand il s'agit d'établir un équilibre entre les différents intérêts, que la sécurité des autres détenus et du personnel est une préoccupation constante dans un milieu fermé comme celui de la prison. Dans ce contexte, le devoir de communiquer des renseignements confidentiels, sans avoir obtenu un consentement préalable, est peut-être plus fort que dans la collectivité, où les dangers se posent de façon moins directe ou plus diffuse et, où l'éventail des ressources permettant de se protéger est beaucoup plus grand. Il est toutefois probable que, même dans la collectivité, il peut exister des situations où il y aurait devoir de communiquer des renseignements confidentiels. Par exemple, si l'on sait qu'un patient sujet à des crises cardiaques soudaines continue de conduire sa voiture ou qu'un autre pourrait très bien tenter de se suicider ou de causer un tort considérable, le droit à la confidentialité ne devrait pas s'appliquer de façon absolue.

L'argument militant en faveur de l'obligation de communiquer des renseignements personnels dans les cas où un risque ou

un danger est prévu comporte une importante faiblesse: il s'agit de l'impossibilité de prédire véritablement la dangerosité. Les prévisions médicales établies par rapport à des problèmes physiques peuvent être assez justes, mais il est beaucoup plus difficile de prévoir des troubles psychiatriques ou du comportement. Par conséquent, le thérapeute qui détermine s'il existe un risque grave doit recourir à des critères semblables à ceux recommandés par Monahan<sup>39</sup> afin de réduire au minimum la non-fiabilité des prévisions.

### **Le droit de savoir**

La question de la confidentialité en entraîne une autre: celle des droits du détenu-patient de savoir ce que contient son dossier. Les médecins et les hôpitaux ont toujours considéré que les dossiers médicaux étaient leur propriété plutôt que celle du patient. Diverses raisons ont été invoquées pour expliquer cette attitude plutôt paternaliste à l'égard des patients, notamment le fait que la divulgation d'information pouvait nuire à ces derniers. Cependant, l'exigence législative voulant que chacun soit traité comme un être autonome, capable d'effectuer des choix, porterait à conclure le contraire, c'est-à-dire que le contenu du dossier médical doit être communiqué au patient. Il est possible aussi d'affirmer que de tenir le dossier secret engendre les soupçons et la méfiance.

Le juge Krever s'arrête à cette question et invoque cinq raisons justifiant la divulgation de renseignements:

(TRADUCTION) En premier lieu, le principe de la dignité humaine exige qu'un patient ait accès aux renseignements le concernant même les plus personnels. Personne, spécialiste ou non, quelles que soient ses connaissances et son expérience, ne doit avoir le droit de refuser de communiquer ces renseignements au patient. En deuxième lieu, le patient devrait pouvoir corriger, dans son propre intérêt, les erreurs qui figurent dans son dossier. En troisième lieu, le patient informé comprendra mieux le traitement subi et sera plus à même de contribuer au succès des soins prodigués à l'avenir.

En quatrième lieu, si le patient connaît le contenu de son dossier, il pourra donner un consentement éclairé à la communication de renseignements à un tiers quand cela s'impose. En cinquième lieu, l'accès au dossier aide à créer un climat de confiance et de franchise entre le patient et le personnel soignant, ce qui entraîne une amélioration de la qualité des soins de santé.<sup>40</sup>

La Loi sur la protection des renseignements personnels adoptée par le gouvernement fédéral favorise de façon générale la communication des renseignements personnels à l'individu concerné, mais elle prévoit une exception dans le cas des établissements carcéraux:

Article 24:

Le responsable d'une institution fédérale peut refuser à un individu la communication des renseignements personnels demandés en vertu du paragraphe 12(1) qui ont été recueillis ou obtenus par le Service canadien des pénitenciers, le Service national des libérations conditionnelles ou la Commission nationale des libérations conditionnelles pendant qu'il était sous le coup d'une condamnation à la suite d'une infraction à une loi fédérale, dans les cas où la communication risquerait vraisemblablement:

- a) soit d'avoir de graves conséquences sur son programme pénitentiaire, sa libération conditionnelle ou sa surveillance obligatoire;
- b) soit d'entraîner la divulgation de renseignements qui, à l'origine, ont été obtenus expressément ou implicitement à titre confidentiel.

Article 28:

Le responsable d'une institution fédérale peut refuser la communication des renseignements personnels demandés en vertu du paragraphe 12(1) qui porte sur l'état physique ou mental de l'individu qui en demande communication, dans les cas où la prise de connaissance par l'individu concerné des renseignements qui y figurent desservirait celui-ci.

Les questions d'équité fondamentales et de rationalité en common law et dans la Charte doivent être soupesées par

rapport aux effets, que peut avoir de l'avis du thérapeute, la communication de renseignements confidentiels sur la relation thérapeute-client et par rapport à l'intérêt que représente pour les autorités carcérales une telle divulgation pour ce qui est de la sécurité de l'établissement ou de personnes particulières. La question doit être tranchée par des textes législatifs fédéraux en matière correctionnelle.

**11. Les textes législatifs fédéraux en matière correctionnelle devraient reconnaître:**

- a. un principe de confidentialité et imposer aux responsables des services de santé des pénitenciers ou aux autres personnes traitant des renseignements médicaux dans le contexte correctionnel, le devoir de ne pas communiquer ces renseignements;
- b. des exceptions au devoir de non-communication de manière à ce que
  - 1) les responsables des services de santé, les autres employés de l'établissement ou dans la collectivité ou des employés d'organismes privés travaillant à contrat pour les organismes gouvernementaux mettent en commun les renseignements médicaux dont ils disposent, à des fins de traitement; et
  - 2) un responsable des services de santé qui a des raisons de croire qu'un détenu en établissement ou en liberté sous surveillance obligatoire peut mettre en danger la sécurité d'autres personnes soit tenu d'en avertir le personnel pénitentiaire ou de libération conditionnelle ou d'autres autorités compétentes; et
- c. que les responsables des services de santé sont tenus de communiquer à un détenu qui le demande les renseignements médicaux personnels contenus dans son dossier pénitentiaire, sauf dans les cas où une telle communication risque de compromettre la sécurité d'autres personnes.

## CONCLUSION

Tout au long du document, l'attention a porté sur le besoin de services de santé mentale des détenus en établissement et sur les sortes de dispositions législatives qui permettraient de protéger le droit au traitement des détenus et de faciliter la prestation des services nécessaires en matière de santé mentale.

L'importance de répondre aux besoins des détenus en matière de santé mentale découle de la Charte canadienne des droits et libertés, particulièrement de l'article 7, qui confirme le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne et prévoit qu'il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale. Ce droit comprend un droit non défini aux services de santé qui impose à l'État le devoir d'assurer certains niveaux de soins de santé. Étant donné la grande proportion de personnes qui, au sein du système correctionnel, souffrent de troubles psychiatriques et du comportement, il importe de fournir à ce groupe les services de santé mentale nécessaires.

On reconnaît que l'accès à ces services réduirait les problèmes de gestion, aiderait les détenus qui réintègrent la collectivité et contribuerait à faire régner la paix et la sécurité dans la société, mais la prestation de ces services soulève en même temps d'importantes questions sur le plan des ressources. Il est évident que, dans le domaine des services de santé mentale plus que tout autre, l'augmentation des services exige une augmentation des ressources.

L'importance que revêt la prestation de tels services est directement liée à l'énoncé d'objet du système correctionnel établi dans le document de travail intitulé La philosophie correctionnelle. Un énoncé qui accorde une forte priorité au fait d'encourager les infracteurs à se préparer à leur éventuelle mise en liberté et à leur réintégration sociale, en leur offrant un large éventail de programmes répondant à leurs besoins individuels. Le public, y compris les groupes

d'aide aux victimes, est convaincu "qu'il faut faire quelque chose" pour aider les détenus, comme les délinquants sexuels, à régler leurs problèmes de santé mentale. Les recommandations exposées dans le présent document visent à faciliter la prestation des services de santé mentale nécessaires aux détenus des pénitenciers. Elles reconnaissent qu'il incombe au SCC de fournir des services de santé mentale aux détenus souffrant d'un problème d'ordre psychiatrique ou de comportement qui entraîne une détérioration grave de leur fonctionnement.

NOTES

1. Le droit pénal dans la société canadienne, (1982) Ottawa: gouvernement du Canada.
2. D'après le rapport Archambault (Rapport de la Commission royale d'enquête sur le système pénal du Canada, Imprimeur de sa très excellente Majesté Le Roi, Ottawa, 1938), les moyens, les soins adéquats et le personnel compétent faisaient défaut pour traiter le détenu aliéné; d'après le rapport McRuer en 1956 (Rapport d'un comité institué pour faire enquête sur les principes et les méthodes suivis au Service des pardons du ministère de la Justice du Canada, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1956), il serait sage que le traitement en établissement prévoie la formation du détenu et sa santé physique et mentale; selon le rapport Ouimet en 1969 (Rapport du Comité canadien de la réforme pénale et correctionnelle, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1969), compte tenu des limites imposées par la sentence prononcée par la cour, le niveau de discrétion permis par la loi et les conditions d'une conduite professionnelle, le service correctionnel devrait prendre toutes les mesures nécessaires pour s'assurer que le détenu réintègre la collectivité en tant que membre productif de la société. Selon le rapport du Comité Carson en 1984 (Rapport du Comité consultatif chargé par le Solliciteur général du Canada d'étudier la gestion des établissements correctionnels, ministère du Solliciteur général, 1984), il faudrait prendre des mesures afin de faire face efficacement au problème croissant des détenus atteints de troubles mentaux.
3. T. Hogan et L. Guglielmo, Traitement des troubles psychiques: évaluation des besoins, ministère du Solliciteur général, 1985.
4. Plan d'ensemble de développement des services psychiatriques dans les services correctionnels fédéraux au Canada, Ottawa, 1972 (Rapport Chalke).
5. Rapport du Comité Carson, supra, note 2.
6. Improved Program Delivery, The Justice System, A Study Team Report to the Task Force on Program Review, Ottawa, 1985.
7. Traitement des troubles psychiques: évaluation des besoins, supra, note 3.
8. La majeure partie des données présentées ici sont tirées du document intitulé Operational and Resource Management Review No. 11, Review of Mental Health Services, ministère du Solliciteur général, Ottawa, 1985.

9. Rapport du Comité Carson, *supra*, note 2, p. 54.
10. *Supra*, note 8.
11. *Supra*, notes 3 et 8.
12. *Supra*, note 6, p. 341.
13. Rapport du Comité Ouimet, *supra*, note 2, p. 255-256.
14. Martineau c. Le Comité de discipline des détenus de l'Institution de Matsqui, [1978] 1 R.C.S. 118.
15. Les effets de la Charte sont étudiés plus en détail dans le document de travail portant sur Les autorités correctionnelles et les droits des détenus.
16. R. c. Big M Drug Mart Ltd. et autres, [1985] 1 R.C.S. 295 p. 346.
17. Le test est exposé par la Cour suprême du Canada dans R. c. Oakes, [1986] 1 R.C.S. 103.
18. Estelle c. Gamble, (1976) 50 L.Ed. 2d 251 (C.S.E.U.), p. 260.
19. Robert E. c. Lane, (1981) 530 F. Supp. 930.
20. Andrews c. Law Society of British Columbia, (1986), 2 B.C.L.R. (2d) 305 (C.A.C.B.) (appel interjeté auprès de la C.S.C.) et Rebic v. A.G.B.C., (1986), 2 B.C.L.R. (2d) 364 (C.A.C.B.).
21. Bowing c. Godwin, (1977) 551 F. 2d 44.
22. *Ibid.*, p. 47.
23. C. Webster et Bernard Dickens, La détermination de la peine: la détermination de l'état dangereux, (1983) Ottawa: ministère de la Justice.
24. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3<sup>e</sup>, 1980 (DSM-III).
25. Lee Sechrest et al., The Rehabilitation of Criminal Offenders: Problems and Prospects, National Research Council, National Academy of Sciences, Washington, D.C., 1979.
26. Commission de réforme du droit du Canada, Principes directeurs: sentences et mesures non sentencielles dans le processus pénal, (1976) Ottawa.

27. Commission de réforme du droit du Canada, Les techniques de modification du comportement et le droit pénal, document de travail n° 43, (1985) Ottawa, et Le consentement à l'acte médical, (1980) Ottawa.
28. Les techniques de modification du comportement et le droit pénal, supra, note 27, p. 30.
29. Halushka c. Université de la Saskatchewan, (1965) 53 D.L.R. (2d) 436 (C.A. Sask.).
30. Kaimowitz c. Michigan Department of Health, (1973) 42 U.S.L.W. 2063.
31. R. c. Clarkson, [1986] 1 R.C.S. 383.
32. Vérificateur Général du Canada c. Hôpital Notre-Dame et autres, (1984), 8 C.R.R. 382 (C.S. Qué.).
33. A.G.B.C. c. Astaforoff, (1984) 4 W.W.R. 385 (C.A.C.B.).
34. Re Caulk, (1984) 480 A. 2d 93 (C.S. N.H.), p. 100.
35. Sharpe, Gilbert, chef de projet, Projet sur le désordre mental: document de travail, ministère de la Justice, 1983, p. 331.
36. Procureur général de la province de Québec et Maître Keable c. Procureur général du Canada, [1979] 1 R.C.S. 218 p.250.
37. Report of the Royal Commission of Inquiry Into the Confidentiality of Health Information Vol. II, (Toronto: Imprimeur de la Reine, 1980), p. 343 (Rapport Krever).
38. Tarasoff c. Regents of the University of California (1976) 551 P.2d 334 (C.S. Cal.).
39. Monahan, J. Predicting Violent Behavior, (Sage Publications, Inc., Beverly Hills) 1981.
40. Krever Report, supra, note 37, p. 468.

ANNEXE A

**LISTE DES DOCUMENTS DE TRAVAIL PROPOSÉS  
DE LA RÉVISION DU DROIT CORRECTIONNEL**

La philosophie correctionnelle

Cadre pour la révision du droit correctionnel

La mise en liberté sous condition

La victime et le système correctionnel

Les autorités correctionnelles et les droits des détenus

Pouvoirs et responsabilités du personnel correctionnel

Questions correctionnelles concernant les autochtones

Compétences fédérales et provinciales en matière correctionnelle

Les services de santé mentale pour les détenus des pénitenciers

Le transfèrement international des délinquants

## ANNEXE B

Tiré de Traitement des troubles psychiques: évaluation des besoins, T. Hogan et L. Guglielmo (ministère du Solliciteur général, 1985), p. 62-64:

### DESCRIPTIONS

Les descriptions suivantes ont pour but d'aider à l'identification des détenus qui ont besoin de soins extraordinaires.

**"Perturbation mentale"** - Aux fins de la présente étude, un détenu est admis dans cette catégorie dès lors que l'affaiblissement de ses capacités mentales ou l'énormité de son problème l'empêchent de vaquer aux tâches élémentaires de la vie quotidienne. Le malade souffre de désorganisation temporospatiale, de distorsion émotive et de déficits de mémoire au point d'avoir perdu tout sens de la réalité; son état peut lui causer des souffrances considérables et perturber son entourage.

1. **Tendances au suicide:** Un détenu peut dans un état dépressif ou à cause d'un irrespect hystérique et immature de la vie menacer de se suicider et/ou songer au suicide. La dissonance cognitive, l'instabilité émotionnelle et/ou l'impulsivité peuvent contribuer aux risques. Bien souvent, il y aura une histoire de tentatives de suicide ou de gestes suicidaires.
2. **Dépression sérieuse:** Un détenu dont le comportement dénote une léthargie extrême et un découragement profond peut s'isoler de la population "normale" de l'établissement et être fréquemment dans un état de désespoir et d'humeur noire. Ces personnes semblent n'avoir aucun respect ni pour elles-mêmes, ni pour les autres; elles sont de caractère changeant et d'humeur imprévisible. Leurs périodes d'humeur noire peuvent se changer rapidement et d'une façon inattendue en épisodes de frivolités et de désinvolture.

3. **Désordres sérieux de la pensée:** La pensée du détenu est grandement marquée par la confusion et ses actions sont désorientées; ses réactions émotionnelles sont impropres. Il/elle donne l'impression générale d'être une personne sérieusement troublée. La personne fera peut-être preuve d'un comportement bizarre, aura peut-être des pensées paranoïdes et/ou sera d'une extrême imprévisibilité. Le début de ses problèmes est peut-être de récente date, ou ses épisodes font partie d'une longue histoire. Le détenu a peut-être des périodes de lucidité pendant lesquelles il/elle semble normal(e) et "d'une pièce" bien qu'il/elle donne l'impression d'une personne sérieusement troublée.
  
4. **Incompétences sociales et/ou mentales:** Les détenus qui, à cause de leur condition psychologique et/ou physiologique ne peuvent pas vivre la vie "normale" de l'établissement créent des difficultés sérieuses pour l'administration; les détenus eux-mêmes et la population de l'établissement en général souffrent de leur inclusion. Ils/elles semblent incompetent(e)s, incapables de gérer plusieurs aspects de leur vie quotidienne et leur maladresse est généralement déconcertante. Ils/elles ont vraisemblablement besoin d'aide pour être capables de fonctionner au jour le jour. Certaines catégories d'arriérés mentaux troublés et/ou de personnes ayant des désordres mentaux chroniques tombent dans cette classe.
  
5. **Violence et/ou tendance à l'agression:** Le détenu a un problème considérable et ne peut contrôler sa colère. Une réaction violente et imprévisible peut survenir sans qu'il y ait une véritable provocation. Typiquement, ce comportement agressif est sans rapport avec les circonstances. Les crises de rage sont intenses et prolongées et se produisent à des intervalles de plus en plus fréquents. Cette catégorie comprend une personne dont la colère, la violence et l'agression sont une source de confusion psychologique. Il/elle est angoissé(e) par ses impulsions agressives qui se déchaînent rapidement en une colère furieuse; ainsi le détenu apparaît comme une personne explosive, sadique et hors contrôle.

**N.B.: À exclure du sondage:**

Il sera peut-être difficile de distinguer les personnes susmentionnées des durs de durs ou de ces personnes qui, de temps à autre, peuvent avoir recours à des mesures extraordinaires pour se défendre.

6. **Dysfonction sexuelle grave:** Les détenus à inclure dans cette catégorie souffrent de désordres sexuels importants qui (1) sont une source d'anxiété considérable pour le détenu lui-même; et/ou (2) créent un problème pour la population des détenus en général; et/ou (3) crée
7. **Abus de substances intoxicantes:** Les détenus qui ont fait preuve d'un usage pathologique et/ou d'une dépendance à l'égard de l'alcool et/ou de drogues, c'est-à-dire qui:
- doivent en faire un usage quotidien pour fonctionner adéquatement;
  - démontrent une incapacité de diminuer ou même d'arrêter leur usage de la substance;
  - ont fait des efforts répétés (et infructueux) pour contrôler leur usage de la substance;
  - "font la bombe" (c'est-à-dire demeurent intoxiqués pendant plus de 2 jours);
  - souffrent d'amnésie ("black-outs");
  - poursuivent leur usage de la substance en dépit des effets nuisibles à leur santé ou à leur situation sociale et/ou occupationnelle causés par leurs abus de la substance;
  - subissent une détérioration dans leur fonctionnement social et/ou occupationnel à cause de leur abus de la substance;
  - ont besoin d'augmenter la quantité de la substance pour en arriver à l'effet désiré.

La personne à inclure dans cette catégorie démontrera un problème d'abus courant. On devra également inclure ces détenus qui à cause de leurs abus passés et de leurs

présentes attitudes auront probablement un problème d'abus important après leur libération (quand l'alcool et les drogues seront d'accès plus facile).

8. **Désordre de la pensée et/ou désordre affectif sous contrôle (dépression):** Détenu qui a une histoire de maladie mentale mais qui fonctionne d'une façon satisfaisante au milieu de la population "normale" probablement à cause de médicaments et/ou des soins professionnels assurés par l'établissement (soins médicaux, psychiatriques, infirmiers, psychologiques). Toutes choses étant égales par ailleurs, l'on prévoit que l'état du détenu ne se détériorera pas, même si son état empirerait sans un programme d'entretien suivi.
9. **Autre(s) désordre(s) sérieux:** Un détenu pourrait être affligé de désordres psychologiques ou psychiatriques graves autres que ceux décrits plus haut.
10. **Autres problèmes personnels importants exigeant des soins psychologiques:** Un détenu peut avoir un problème personnel grave qui est angoissant et qui influence son fonctionnement quotidien en y nuisant. Il/elle peut avoir besoin d'une aide spéciale d'un(e) infirmier(ière) praticien(ne) et/ou d'un(e) psychologue.

ANNEXE C

**ÉNONCÉ D'OBJET ET DE PRINCIPES POUR LE SYSTÈME CORRECTIONNEL**

Le système correctionnel a pour objet de contribuer à faire régner la justice, la paix et la sécurité dans la société par les moyens suivants:

- a) l'application de la peine imposée par le tribunal, compte tenu des motifs de la sentence et de tout élément pertinent produit au cours du procès ou lors de la détermination de la peine, ainsi que la communication de renseignements clairs aux juges sur les mesures prises et les ressources disponibles en matière correctionnelle;
- b) la nécessité d'assurer le degré de détention et de contrôle requis pour contenir le risque que présente l'infracteur;
- c) l'encouragement des détenus à adopter des modèles de comportement acceptables et à participer à des expériences d'éducatin, de formatin, de développement social et de travail destinées à les aider à devenir des citoyens respectueux de la loi;
- d) l'encouragement des détenus à se préparer à une éventuelle mise en liberté et une réintégration sociale réussie, en leur offrant un large éventail de programmes qui répondent à leurs besoins individuels;
- e) la nécessité d'assurer aux détenus un environnement sûr et sain, qui favorise leur réforme personnelle, et en aidant les procurer les services de première nécessité disponibles à tous les membres de la société.

**Cet objet doit se réaliser selon les principes suivants:**

1. Les individus qui sont sous le coup d'une sentence conservent tous les droits et privilègs des membres de

la société, à l'exception de ceux qui leur sont retirés ou limités du fait même de l'incarcération. Ces droits et privilèges, de même que toute restriction qui les affecte, doivent être exposés clairement et simplement dans la loi.

2. La peine se limite à la perte de liberté, à la restriction des déplacements ou à toute autre mesure légale prescrite par le tribunal. Aucune peine supplémentaire ne doit être imposée par les autorités carcérales à l'égard de l'infraction commise par un individu.
3. Toute peine ou perte de liberté résultant d'une violation, par l'infracteur, des règles de l'établissement ou des conditions de surveillance doit être imposée conformément à la loi.
4. Dans l'application de la peine, les mesures les moins restrictives doivent être prises de manière à répondre aux exigences de la loi, tout en tenant compte de la nécessité d'assurer la protection du public, ainsi que la sécurité et l'ordre dans l'établissement.
5. Les décisions discrétionnaires qui touchent l'exécution de la peine doivent être prises ouvertement et soumises à des mécanismes de surveillance appropriés.
6. Tous les individus soumis à la surveillance ou au contrôle correctionnels doivent avoir facilement accès à une procédure impartiale comprenant des mécanismes de griefs et un droit de recours.
7. La participation des citoyens au système correctionnel et à la détermination des intérêts de la collectivité en matière correctionnelle fait intégralement partie du maintien et de la restauration des liens avec la communauté dont le détenu est un membre, et doit être facilitée et encouragée par les services correctionnels en tout temps.

8. Le système correctionnel doit développer et appuyer le personnel carcéral en reconnaissant son rôle crucial dans la réalisation de l'objet et des objectifs du système dans leur ensemble.

ANNEXE D

**PROPOSITIONS CONCERNANT LES SERVICES DE SANTÉ  
MENTALE POUR LES DÉTENUS DES PÉNITENCIERS**

Voici la liste des propositions présentées pour discussion:

1. Les textes législatifs fédéraux en matière correctionnelle doivent stipuler expressément que le Commissaire du Service correctionnel du Canada a le devoir d'assurer les services de santé mentale nécessaires aux infracteurs sous la garde du Service. Il appartient au personnel médical compétent ou aux équipes de services de santé de déterminer les besoins d'un détenu de services de santé mentale, ce dernier ayant le droit de demander une contre-expertise.
2. La définition de "services de santé mentale" donnée dans les textes législatifs fédéraux en matière correctionnelle doit préciser qu'il s'agit de tout traitement, programme ou service approuvé, conçu par des spécialistes et administré ou assuré pour le traitement de troubles de la pensée ou de l'humeur, de problèmes de perception ou d'orientation, ou de troubles de la mémoire qui entraînent une grave détérioration du jugement, du comportement, de la capacité de reconnaître la réalité ou de la capacité de faire face au quotidien.
3. Les textes législatifs fédéraux en matière correctionnelle doivent prévoir l'obligation d'offrir aux personnes sous la garde du Service correctionnel du Canada des services de santé mentale correspondant au niveau ou aux normes en vigueur dans la collectivité, et d'offrir des programmes répondant aux besoins spéciaux des détenus.
4. Les lois fédérales en matière correctionnelle doivent reconnaître expressément le principe du consentement au traitement donné librement et en toute connaissance de cause par une personne capable de comprendre de quoi il s'agit ainsi que les conséquences de sa décision.

5. Les lois fédérales en matière correctionnelle doivent reconnaître expressément le droit de telle personne sous la garde du SCC de refuser le traitement.

6. Les lois fédérales en matière correctionnelle doivent prévoir ce qui suit:

- a. Les expériences médicales doivent se conformer aux critères rigoureux établis concernant les programmes approuvés par des spécialistes et ne doivent être menées qu'avec le consentement de l'intéressé.
- b. Les infracteurs peuvent participer à des programmes de thérapie expérimentale pourvu que 1) le programme ait été approuvé et qu'il soit considéré comme valable sur le plan médical et conforme aux normes médicales reconnues; 2) l'infracteur ait donné son consentement par écrit, de plein gré et en toute connaissance de cause; 3) dans le cas de la psychochirurgie, la stimulation du cerveau par impulsions électriques et le conditionnement par aversion, le traitement ait été approuvé par un tribunal compétent à la suite d'une audience visant à déterminer si le programme est valable et si l'infracteur a effectivement donné son consentement en toute connaissance de cause.
- c. Un programme doit être considéré comme valable sur le plan médical et conforme aux normes médicales reconnues seulement après avoir été examiné par un comité établi conformément aux dispositions législatives pertinentes et chargé d'en évaluer la validité sur le plan médical.
- d. Un infracteur ne doit être réputé avoir donné son consentement en toute connaissance de cause qu'après examen de ce consentement par un comité autonome composé de non-professionnels, y compris des infracteurs ou des anciens infracteurs.
- e. Pour les besoins des lois en matière correctionnelle, le consentement est donné en toute connaissance de cause lorsque l'infracteur est informé 1) des effets proba-

bles, y compris les effets secondaires possibles, du traitement en question; 2) de la probabilité et du degré d'amélioration, de rémission, de maîtrise ou de guérison; 3) de l'incertitude en ce qui concerne les avantages et les risques; 4) des solutions de rechange possibles; et 5) de la possibilité d'abandonner le traitement à n'importe quel moment.

#### Traitement sans consentement

7. Les lois fédérales en matière correctionnelle doivent prévoir ce qui suit:

- a. Lorsqu'un infracteur est incapable de donner son consentement en toute connaissance de cause, il peut, sur présentation d'une demande à cet effet en vertu de la loi sur la santé mentale de la province concernée, être déclaré atteint d'incapacité mentale, auquel cas son parent le plus proche, son tuteur ou le directeur des services de santé mentale de l'établissement de santé mentale en cause peut autoriser le traitement approprié.
- b. Lorsque l'infracteur n'y a pas consenti lui-même, le traitement doit être administré de la manière la moins intrusive possible et seulement dans la mesure nécessaire pour permettre à l'infracteur de reprendre possession de ses facultés mentales.
- c. En cas d'urgence, l'infracteur qui souffre d'un trouble psychique grave et qui refuse son consentement à un traitement peut être transféré dans un établissement de santé mentale provincial sans autorisation judiciaire préalable
  - (i) s'il risque de s'infliger des blessures graves ou d'en infliger à d'autres; et
  - (ii) si le directeur de l'établissement de santé mentale concerné consent au transfèrement et ordonne le traitement raisonnable nécessaire.

8. Les lois fédérales en matière correctionnelle doivent stipuler que le Commissaire du Service correctionnel du Canada ne doit pas autoriser l'alimentation forcée des détenus et que personne n'a le droit d'alimenter un détenu de force.

9. Les lois fédérales en matière correctionnelle devraient préciser que tous les processus décisionnels importants suivis en établissement concernant notamment le placement, le classement, le transfèrement, les mesures disciplinaires et les mises en liberté, doivent tenir compte dans la mesure du raisonnable des besoins en matière de santé mentale du détenu ainsi que du maintien de la sécurité dans l'établissement et de la protection de la société.

10. L'article 20 de la Loi sur les pénitenciers devrait être abrogé.

11. Les textes législatifs fédéraux en matière correctionnelle devraient reconnaître:

- a. un principe de confidentialité et imposer aux responsables des services de santé des pénitenciers ou aux autres personnes traitant des renseignements médicaux dans le contexte correctionnel, le devoir de ne pas communiquer ces renseignements;
- b. des exceptions au devoir de non-communication de manière à ce que
  - 1) les responsables des services de santé, les autres employés de l'établissement ou dans la collectivité ou des employés d'organismes privés travaillant à contrat pour les organismes gouvernementaux mettent en commun les renseignements médicaux dont ils disposent, à des fins de traitement; et
  - 2) un responsable des services de santé qui a des raisons de croire qu'un détenu en établissement ou en liberté sous surveillance obligatoire peut mettre en danger la sécurité d'autres personnes soit tenu d'en avertir le personnel pénitentiaire ou de libération conditionnelle ou d'autres autorités compétentes; et

- c. que les responsables des services de santé sont tenus de communiquer à un détenu qui le demande les renseignements médicaux personnels contenus dans son dossier pénitentiaire, sauf dans les cas où une telle communication risque de compromettre la sécurité d'autres personnes.