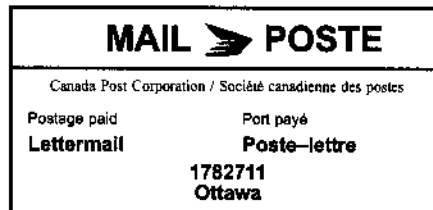


BACK COVER PAGE OF  
HOUSE OF COMMONS DEBATES  
OFFICIAL REPORT (HANSARD)  
VOL. 144, NUMBER 084  
18 SEPTEMBER 2009



If undelivered, return COVER ONLY to:  
Publishing and Depository Services  
Public Works and Government Services Canada  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :  
Les Éditions et Services de dépôt  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

PAGE DE DOS  
DÉBATS DE LA CHAMBRE DES  
COMMUNES  
COMPTE RENDU OFFICIEL (HANSARD)  
VOL. 144, NUMÉRO 084  
18 SEPTEMBRE 2009

Published under the authority of the Speaker of  
the House of Commons

Publié en conformité de l'autorité  
du Président de la Chambre des communes

#### **SPEAKER'S PERMISSION**

#### **PERMISSION DU PRÉSIDENT**

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Additional copies may be obtained from: Publishing and  
Depository Services  
Public Works and Government Services Canada  
Ottawa, Ontario K1A 0S5  
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943  
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757  
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca  
<http://publications.gc.ca>

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à : Les  
Éditions et Services de dépôt  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5  
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943  
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757  
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca  
<http://publications.gc.ca>

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the  
following address: <http://www.parl.gc.ca>

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à  
l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 8

Tuesday, October 22, 1991

Chairperson: Bob Horner

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 8

Le mardi 22 octobre 1991

Président: Bob Horner

---

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*

## **Justice and the Solicitor General**

*Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

## **Justice et du Solliciteur général**

---

RESPECTING:

Bill C-30, An Act to amend the Criminal Code (mental disorder) and to amend the National Defence Act and the Young Offenders Act in consequence thereof

CONCERNANT:

Projet de loi C-30, Loi modifiant le Code criminel (troubles mentaux) et modifiant en conséquence la Loi sur la défense nationale et la Loi sur les jeunes contrevenants

---

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

---

Third Session of the Thirty-fourth Parliament,  
1991

Troisième session de la trente-quatrième législature,  
1991

STANDING COMMITTEE ON JUSTICE AND THE  
SOLICITOR GENERAL

*Chairperson:* Bob Horner

*Vice-Chairmen:* Jacques Tétreault (Justice)  
John Nunziata (Solicitor General)

Members

Bob Horner  
Carole Jacques  
Robert Nicholson  
John Nunziata  
George Rideout  
Jacques Tétreault  
Blaine Thacker  
Ian Waddell—(8)

(Quorum 5)

Richard Dupuis

*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA JUSTICE ET DU  
SOLLICITEUR GÉNÉRAL

*Président:* Bob Horner

*Vice-présidents:* Jacques Tétreault (Justice)  
John Nunziata (Solliciteur général)

Membres

Bob Horner  
Carole Jacques  
Robert Nicholson  
John Nunziata  
George Rideout  
Jacques Tétreault  
Blaine Thacker  
Ian Waddell—(8)

(Quorum 5)

*Le greffier du Comité*

Richard Dupuis

Published under authority of the Speaker of the  
House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing,  
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre  
des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,  
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

## MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, OCTOBER 22, 1991  
(12)

[Text]

The Standing Committee on Justice and the Solicitor General met at 9:40 o'clock a.m. this day, in Room 308, West Block, the Chairman, Bob Horner, presiding.

*Members of the Committee present:* Bob Horner, Carole Jacques, Jacques Tétreault, Blaine Thacker, George Rideout, John Nunziata and Ian Waddell.

*Other Member present:* Joe Comuzzi.

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Philip Rosen, Senior Analyst.

*Witnesses: From the Schizophrenia Society of Canada:* Ann Braden, Advocacy Chair; Margaret Shone, Provincial Advocate for Alberta; Dr. Donald Stewart, First Vice-President. *From the Canadian Mental Health Association:* Mary Oordt, National President; Richard Drewry, Lawyer; Judy Shipper, Educator. *From the Institut Philippe Pinel de Montréal:* Me Donald Carette, Chairman of the Board; Dr. Lionel Béliveau, General Director, Dr. Paul-André Lafleur and Sheilagh Hodgins. *From the Lieutenant Governor's Board of Review:* Hon. Mr. Justice Thomas P. Callon; A.J.C. O'Marra, Counsel.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference dated Friday, October 4, 1991 relating to Bill C-30, An Act to amend the Criminal Code (mental disorder) and to amend the National Defence Act and the Young Offenders Act in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence of Wednesday, October 9, 1991, Issue No. 7.*)

The Committee resumed consideration of Clause 1.

Margaret Shone, from the Schizophrenia Society of Canada, made an opening statement and with Ann Braden and Dr. Donald Stewart, answered questions.

Mary Oordt, Richard Drewry and Judy Shipper, from the Canadian Mental Health Association, each made an opening statement and answered questions.

Dr. Lionel Béliveau, from the Institut Philippe Pinel de Montréal, made an opening statement and with Me Donald Carette, Dr. Paul-André Lafleur and Sheilagh Hodgins answered questions.

Hon. Mr. Justice Thomas P. Callon and A.J.C. O'Marra, from the Lieutenant Governor's Board of Review, each made an opening statement and answered questions.

At 1:20 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Richard Dupuis

*Clerk of the Committee*

## PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 22 OCTOBRE 1991  
(12)

[Traduction]

Le Comité permanent de la justice et du solliciteur général se réunit à 9 h 40, dans la salle 308 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Horner (*président*).

*Membres du Comité présents:* Bob Horner, Carole Jacques, Jacques Tétreault, Blaine Thacker, George Rideout, John Nunziata et Ian Waddell.

*Autre député présent:* Joe Commuzzi.

*Aussi présent: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Philip Rosen, analyste principal.

*Témoins: De la Société canadienne de schizophrénie:* Ann Braden, présidente; Margaret Shone, représentante de l'Alberta; D<sup>r</sup> Donald Stewart, premier vice-président. *De l'Association canadienne pour la santé mentale:* Mary Oordt, présidente nationale; Richard Drewry, avocat; Judy Shipper, éducatrice. *De l'Institut Philippe Pinel de Montréal:* Me Donald Carette, président du Conseil; D<sup>r</sup> Lionel Béliveau, directeur général; D<sup>r</sup> Paul-André Lafleur; Sheilagh Hodgins. *Du Bureau de révision du lieutenant-gouverneur:* Le juge Thomas P. Callon; A.J.C. O'Marra, avocat.

Conformément à son ordre de renvoi du vendredi 4 octobre 1991, le Comité reprend l'étude du projet de loi C-30, Loi modifiant le Code criminel (troubles mentaux) et modifiant en conséquence la Loi sur la défense nationale et la Loi sur les jeunes contrevenants (*voir les Procès-verbaux et témoignages du mercredi 9 octobre 1991, fascicule n° 7*).

Le Comité poursuit l'étude de l'article 1.

Margaret Shone de la Société canadienne de schizophrénie fait un exposé puis, avec Ann Braden et Donald Stewart, répond aux questions.

Mary Oordt, Richard Drewry and Judy Shipper, de l'Association canadienne pour la santé mentale, font chacun un exposé et répondent aux questions.

Lionel Béliveau, de l'Institut Philippe Pinel de Montréal, fait un exposé puis, avec Donald Carette, Paul-André Lafleur et Sheilagh Hodgins, répond aux questions.

Le juge Thomas P. Callon et A.J.C. O'Marra, du Bureau de révision du lieutenant-gouverneur, font chacun un exposé et répondent aux questions.

À 13 h 20, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*Le greffier du Comité*

Richard Dupuis

[Text]

## EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Tuesday, October 22, 1991

• 0942

**The Chairman:** I call this meeting to order. This meeting is to hear witnesses, and the order of the day is Bill C-30. The committee will resume consideration of clause 1. Today's meeting will be a long one.

I would like to welcome the witnesses from the Schizophrenia Society of Canada. Ann Braden is the Advocacy Chair, Margaret Shone is the Provincial Advocate for Alberta, and Donald Stewart is First Vice-President. Thank you for coming. Usually we ask you to give a short statement at the start of the meeting and then we will open it up for members' questions.

**Ms Margaret Shone (Provincial Advocate for Alberta, Schizophrenia Society of Canada):** Mr. Chairman, I am counsel to the Alberta Law Reform Institute and I serve in a volunteer capacity with the Schizophrenia Society of Alberta, as their provincial advocate. I am also a past member of the board of the Schizophrenia Society of Canada.

Ann Braden is a librarian. She runs a consulting firm in Ottawa. She is a member of the national board of the Schizophrenia Society of Canada and is chairman of the national advocacy committee, as you mentioned. Ann has much experience working with families who have a member with schizophrenia, and she is knowledgeable about the illness.

Donald Stewart is a Toronto dentist. As you mentioned, he is vice-president of the Schizophrenia Society of Canada, and for moving personal reasons Dr. Stewart has been pressing for reform with regard to mentally disordered offenders for several years.

• 0945

Dr. Stewart is Donny Stewart's father. Donny Stewart's story is told in our submission in appendix 4. That copy of Donny's story is in some ways difficult to read. It is not a very good reproduction. We do have clearer copies with us that could be distributed to the committee members. More information about this delegation is in appendix 5 of the submission.

I would like to say a quick word about the Schizophrenia Society of Canada. This organization takes its place in the family movement, which has grown in Canada, the United States, England and indeed throughout the world in the last 10 to 15 years. This movement arose in response to the widespread deinstitutionalization of persons with mental disorder from mental hospitals. This reduction in beds occurred in the 1970s and into the 1980s, and perhaps still continues.

The emptying of hospital beds for persons with mental disorder was not accompanied by the concurrent provision of services and support in the community for persons with illness and in need of such supports. In many cases a family

[Translation]

## TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mardi 22 octobre 1991

**Le président:** La séance est ouverte. Nous étudions aujourd'hui le projet de loi C-30; nous reprenons notre examen de l'article 1. Nous accueillons des témoins à cette séance, qui sera longue.

Je souhaite la bienvenue aux représentants de la Société canadienne de schizophrénie, et particulièrement à sa présidente, M<sup>me</sup> Ann Braden, à la représentante de la province de l'Alberta, Margaret Shone, et au premier vice-président, M. Donald Stewart. Je vous remercie d'être venus. Habituellement, nous demandons aux témoins de faire une courte déclaration au début de la séance avant de passer ensuite aux questions des membres du comité.

**Mme Margaret Shone (représentante, province de l'Alberta, Société canadienne de schizophrénie):** Monsieur le président, je suis l'avocate de l'Alberta Law Reform Institute, et c'est à titre de bénévole que je travaille pour la Société de schizophrénie de l'Alberta. Je suis également membre honoraire de la Société canadienne de schizophrénie.

Ann Braden est bibliothécaire. Elle dirige un bureau de consultants à Ottawa. Elle est membre du conseil national de la Société canadienne de schizophrénie et présidente du comité national de défense de cette organisation. Elle a travaillé avec des familles dont un des membres est atteint de schizophrénie; elle a donc beaucoup d'expérience en la matière.

Donald Stewart est dentiste à Toronto. Comme vous l'avez dit, il est vice-président de la Société canadienne de schizophrénie et, pour des raisons qui le touchent de près, il exerce depuis plusieurs années des pressions pour que soit modifiée la loi dans le cas des malades mentaux qui contreviennent à la loi.

**Le D<sup>r</sup> Stewart** est le père de Donny dont nous racontons l'histoire dans notre exposé, à l'annexe 4. Malheureusement, nous avons eu des problèmes avec la reproduction du document, mais nous pourrions vous remettre des exemplaires plus lisibles. Vous trouverez également d'autres renseignements à l'annexe 5.

J'aimerais dire quelques mots de la Société canadienne de schizophrénie. Cette organisation a vu le jour au moment où les familles des malades ont dû assumer de nouvelles responsabilités envers ceux-ci; cela s'est produit au cours des 10 ou 15 dernières années au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni et dans le monde entier, à l'époque où la désinstitutionnalisation des malades mentaux s'est généralisée. Cette réduction du nombre de lits d'hôpital s'est produite au cours des années 70 et 80 et se continue peut-être encore à l'heure actuelle.

Or, cette réduction du nombre de lits dans les hôpitaux n'a pas été compensée par la fourniture de services et de soutien dans la collectivité. Dans de nombreux cas, c'est un membre de la famille du malade qui s'est retrouvé dans le

[Texte]

member was then cast in the role of primary care-giver or major provider of personal support. It was through association in this role that family members banded together and organizations like the Schizophrenia Society of Canada were formed. There is more information about our society in the submission, on the page behind the cover page, and in appendix 1.

I would also like to say a brief word about schizophrenia. This is a greatly misunderstood mental illness. Schizophrenia is a disease of the brain. It takes the form of a thought disorder that alters the perception of reality for the person afflicted with the disease.

It can be characterized by what are called positive symptoms. The positive symptoms include hallucinations, which are often auditory—the person hears voices that give strange and bizarre messages. They are occasionally visual, which is seeing things that are not really there. Delusional thinking can be involved, patterns of thought that are inaccurate but persist and which the individual believes in and defends fully. There can also be an over-acuteness of the senses so that, in particular, sounds seem to come from many directions. It is sort of like a radio that has interference with other frequencies so that there is great confusion in the senses.

Those are the positive symptoms, but far more common to this illness are what are called the negative symptoms. Far more common are symptoms such as depression and social withdrawal and lack of motivation and blunted feelings. These are characteristic in the great majority of cases.

The illness can take many courses, and many persons with schizophrenia lead normal or relatively normal lives, functioning as useful and contributing citizens. In some cases this occurs through a natural remission of the illness, which might even consist of a single episode in a lifetime. In other cases the normal functioning is partly because of continuing treatment through medication.

But for about one-third of those who are affected by the illness, it is a seriously disabling, chronic, long-term illness of great concern to society overall. The numbers involved are large. The illness strikes approximately 1% of the population. In Canada, this would mean roughly 250,000 persons have the illness, schizophrenia. If we think of those who are close to the person with an illness, we can multiply that figure by three, perhaps for both parents and the sibling, to get 1 million persons in the country who are affected and concerned about the illness, schizophrenia.

• 0950

There is quite a bit more information about schizophrenia in our brief as well, at pages 1 and 2 of the submission itself and again in appendix II, beginning at page 19.

For just a very few minutes I would like to comment on our position with respect to the proposed amendments to Bill C-30. Let me begin by saying that we are in essential agreement with the proposed amendments. We think that in general and as far as they go, the amendments will improve upon the existing provisions in the Criminal Code.

[Traduction]

rôle de la personne qui devait donner les soins primaires et l'appui moral. C'est ainsi que se sont réunies ces personnes qui avaient un schizophrène dont elles avaient la garde; elles ont ainsi formé la Société canadienne de schizophrénie. Vous trouverez davantage de détails sur notre société dans notre exposé, à l'envers de la page de titre et à l'annexe 1.

J'aimerais également parler brièvement de la schizophrénie. Il s'agit là d'une maladie mentale très mal comprise. La schizophrénie est une maladie du cerveau qui se présente sous la forme d'une maladie de la pensée qui modifie la perception de la réalité.

Cette maladie se caractérise par des symptômes différents. Les symptômes que l'on pourrait qualifier de positifs comprennent des hallucinations souvent auditives, le malade entendant des voix qui lui donnent des messages étranges. Parfois ces hallucinations sont visuelles, le malade voyant alors des choses qui n'existent pas vraiment. Il peut y avoir altération de l'expérience vécue sans que le malade s'en rende compte. La perception sensorielle peut être aiguë, et tout ce que le malade entend semble venir de différentes directions à la fois. La confusion est grande dans l'esprit du malade, qui fonctionne comme une radio lorsqu'il y a interférence entre les différentes fréquences.

Il faut également signaler les symptômes négatifs de cette maladie, beaucoup plus courants que les symptômes positifs. On peut parler de dépression, d'isolement social, de manque de motivation et d'étouffement des sensations. Il s'agit là de caractéristiques courantes dans la grande majorité des cas.

La maladie peut suivre plusieurs cours, et de nombreuses personnes atteintes de schizophrénie peuvent mener une vie normale ou relativement normale et contribuer de façon utile à la société. Dans certains cas, cela est dû à une rémission de la maladie, qui peut même ne se manifester qu'au cours d'un seul épisode de la vie. Dans d'autres cas, la participation normale à la vie de la société est due à un traitement médical permanent.

Cependant, dans un tiers des cas, cette maladie est chronique, débilitante, et son caractère permanent est une cause de préoccupation pour la société tout entière. Le nombre de personnes qui souffrent de cette maladie est important. Il s'agit d'environ 1 p. 100 de la population. Ainsi, au Canada, environ 250,000 personnes sont atteintes de schizophrénie. Si l'on tient compte du nombre de personnes en contact avec le malade, on peut multiplier ce chiffre par trois pour tenir compte des parents et d'un frère ou d'une sœur. Ainsi donc, un million de Canadiens et Canadiennes sont touchés de près par cette maladie.

Notre mémoire donne beaucoup plus de renseignements sur la schizophrénie aux pages 1 et 2 et à l'annexe II, à partir de la page 19.

J'aimerais maintenant parler pendant quelques minutes de la position de la Société canadienne de schizophrénie en ce qui concerne les modifications proposées au Code criminel, modifications prévues dans le projet de loi C-30. Nous sommes de façon générale d'accord avec les modifications proposées. Nous estimons que de façon générale il s'agit d'une amélioration par rapport aux dispositions du Code criminel.

[Text]

We would like to emphasize three areas of concern that are related to these amendments. The first has to do with the fragmentation of the system with which persons with mental disorder are faced when they come into conflict with the criminal law. The fragmentation goes well beyond the scope of actual application of the proposed amendments, but we think it is important that the amendments be looked at in the broader context of the entire system.

If we take the perspective of that, of the person with the mental illness, the system can be almost chaotic from that point of view. We have divisions of jurisdiction, some of which are constitutionally required. We have divisions of administrative arrangement, even within governments exercising their powers. We have different authorities responsible for the provision of health care in the community. Good health care might keep some persons out of the criminal justice system. We have law enforcement authorities and that authority is different from the responsibility for the substantive law with which you are now concerned. We have different authorities responsible for pre-trial and trial procedures. Then we have disposition, which might take a person into the federal correctional system, into a provincial correctional system, or into a review board system.

Generally, I would say that these various divisions create considerable confusion. We take the position that there is a responsibility on the federal government, in propounding criminal law with respect to persons with mental disorder, to ensure that the system operates smoothly and that there is continuity insofar as the individual's mental disorder is concerned.

Our second major point has to do with involvement of the family in the process. I pointed out that our organization arose through the involvement of family in personal nurturance and the provision of primary support for many persons with schizophrenia. There is recent research which suggests that there can be good success with persons with mental illness if the family is involved as part of the caregiving and support system, and if those responsible for professional delivery of service recognize this and work with the family.

Our point is that we think these amendments could be improved by requiring that the family be interviewed as part of the assessment process at whatever point in time the assessment may arise and for whatever purpose; that the family should be notified of hearings, including the trial of the issue, but more particularly on disposition and hearings before review boards.

• 0955

Our third point of major concern is to underscore that there is a reason for differentiating mentally disordered offenders from other offenders. There is a reason for singling out this population for different handling, and that is because these persons have a mental disorder. They are ill. We feel it is very important that persons who are dealing with persons with mental disorders—this particular differentiated population—should be very knowledgeable about the illnesses.

[Translation]

Nous aimerions insister sur trois domaines de préoccupation cependant. Tout d'abord, la fragmentation du système à laquelle se butent les personnes souffrant de troubles mentaux lorsqu'elles entrent en conflit avec la loi. Cette fragmentation dépasse de loin le cadre du projet de loi, mais nous estimons qu'il est cependant important d'envisager les modifications dans le contexte plus large du système tout entier.

Du point de vue de la personne souffrant de troubles mentaux, le système doit sans doute sembler chaotique. La compétence en la matière est partagée, comme le prévoit la Constitution. Même à l'intérieur d'un même palier de gouvernement les dispositions administratives relèvent d'organismes différents. Différentes compétences sont responsables des soins en matière de santé publique. Or, une bonne organisation en ce domaine peut permettre à certains de se tenir éloignés des prisons. L'organisation policière ne relève pas de la même autorité que celle qui prescrit la loi. Différentes autorités sont responsables de l'interrogatoire préliminaire et du procès. Par la suite, un condamné peut se retrouver dans le système correctionnel fédéral, provincial, ou devant une commission d'examen.

Tout cela crée une confusion considérable. Nous estimons quant à nous qu'il incombe au gouvernement fédéral responsable du Code criminel, qui s'applique aux personnes souffrant de troubles mentaux, de s'assurer que le système fonctionne de façon souple et intégrée.

La deuxième question que nous voulons soulever est la question de la participation de la famille au processus. Comme je vous l'ai dit, notre organisation est née de la participation des différentes familles aux soins et de l'appui à donner aux membres de celles-ci souffrant de schizophrénie. La recherche récente en la matière semble indiquer que les soins offerts aux personnes souffrant de maladie mentale peuvent avoir de bons résultats pourvu que la famille y participe et que les professionnels de la santé publique reconnaissent l'apport des membres de la famille sur le plan médical et sur le plan du soutien et travaillent de concert avec eux.

Les amendements au projet de loi pourraient être améliorés si l'on prévoyait que la famille soit interviewée dans le cadre du processus d'évaluation, qu'elle soit avisée des audiences et du procès, et tout particulièrement des audiences de la commission d'examen et de la décision rendue par celle-ci.

Le troisième point que nous voulons faire valoir, c'est qu'il y a lieu de distinguer entre les contrevenants souffrant de troubles mentaux et les autres. Ces personnes sont malades, et on ne peut les traiter de la même façon que les autres détenus. Nous pensons qu'il importe que ceux qui ont affaire aux malades mentaux—cette catégorie particulière de la population—soient bien informés de cette maladie.

[Texte]

There is a strong case for better education of all those involved, law enforcement officers, police, crown prosecutors, defence lawyers, the bar, the bench, the members of the review board and Correctional Services and staff. Much better education is required in order for the substantive law that you are talking about to serve its purpose and work properly.

Secondly, we believe that appropriate treatment and related resources should be in place. In terms of the specific amendments and our recommendations in this regard, we feel it is very important that a psychiatrist be involved in assessment. The amendments require a psychiatrist—with a small qualification where a psychiatrist is unavailable—for the hospital order, but they do not appear to require any particular training for the assessment of a person who is unfit to stand trial or not criminally responsible on account of mental disorder. We feel that a psychiatrist should be required in those assessments as well.

Second, we find unduly restrictive the hospital order that would be available for persons who have been found guilty of the offence charged and may be granted by the court at the time of conviction. . . There are many categories of persons who may well be acutely ill and require treatment who are excluded from the potential operation of that provision. We think that should be corrected.

That concludes our opening remarks.

**Mr. Nunziata (York South—Weston):** I would like to welcome the witnesses before the committee today and thank them for their submissions. These submissions will assist the committee in its deliberations.

I have a few questions about the Schizophrenia Society. Is it a national organization?

**Ms Ann Braden (Advocacy Chair, Schizophrenia Society of Canada):** It is a national organization with a branch in every province except Newfoundland, and we have an affiliation with a provincial group in Quebec. Each province has several chapters throughout the province.

**Mr. Nunziata:** How many members would the society have? Do you have a membership?

**Ms Braden:** Yes, we have a membership. Just last night we were saying that we think we have an outdated figure. I think we are looking at about 4,000, but even that is probably low. It is family-based organization, so although the membership consists of only one family member, the entire family is involved as a result of that one membership.

**Mr. Nunziata:** What is the main purpose of the society?

**Ms Braden:** The main purpose of the society is to provide support to family members who have someone in the family with schizophrenia. We also play a role in advocacy, fund-raising and a role in medical research into the illness.

**Mr. Nunziata:** Is any government funding provided?

[Traduction]

Il convient donc d'assurer une meilleure éducation de toutes les personnes concernées, force de police, procureurs, avocats, magistrats, membres de la commission d'examen, personnel des services correctionnels. Si l'on veut que la loi que vous étudiez ait quelque utilité et fonctionne bien, ce travail de sensibilisation et d'éducation est indispensable.

Deuxièmement, nous pensons qu'il faut mettre en place des moyens de traitement et des ressources connexes appropriées. Pour ce qui est des modifications à la loi, nous pensons qu'il est très important qu'un psychiatre participe aux évaluations. Les modifications prévoient la présence d'un psychiatre—sauf pour les cas où l'on n'en trouve pas—aux fins de l'ordonnance de détention en hôpital, mais on ne semble pas exiger de qualifications particulières dans le cas des personnes inaptes à subir leur procès ou jugées non responsables pour cause de maladie mentale. Nous pensons qu'un psychiatre devrait participer à ces évaluations—là également.

Deuxièmement, nous jugeons dûment restrictive l'ordonnance de détention en hôpital qui pourrait être rendue à l'égard des personnes reconnues coupables, au moment de l'imposition de la peine. . . Nombre de catégories de personnes qui peuvent être gravement atteintes et avoir besoin d'un traitement sont exclues de cette disposition. Nous pensons qu'il faut y remédier.

Voilà qui conclut notre exposé.

**M. Nunziata (York-Sud—Weston):** Je veux souhaiter la bienvenue aux témoins à notre comité et les remercier de leurs mémoires. Ils nous seront très utiles dans nos délibérations.

J'ai quelques questions à poser concernant la Société canadienne de schizophrénie. S'agit-il d'une organisation nationale?

**Mme Ann Braden (présidente, Société canadienne de schizophrénie):** Nous sommes une organisation nationale, avec une section locale dans chaque province, à l'exception de Terre-Neuve, et nous avons un groupe affilié au Québec. Chaque province comporte elle-même plusieurs sections locales.

**M. Nunziata:** Combien de membres avez-vous? Avez-vous des adhérents?

**Mme Braden:** Oui, nous avons des adhérents. Hier soir, nous disions justement que notre chiffre n'est plus à jour. Nous comptons près de 4,000 membres, mais en réalité ils sont peut-être plus nombreux. Nous privilégions les familles; si bien que, lorsqu'un membre d'une famille adhère, nous touchons en fait beaucoup plus de personnes, car c'est toute la famille qui y participe.

**M. Nunziata:** Quelle mission principale vous fixez-vous?

**Mme Braden:** Nous fournissons surtout un appui aux membres de la famille du schizophrène. Nous procédons également à des interventions auprès des pouvoirs publics, nous avons des activités de collecte de fonds et nous jouons un rôle dans la recherche médicale sur cette maladie.

**M. Nunziata:** Disposez-vous de crédits publics?



[Text]

**Ms Braden:** Yes, the national organization has a sustaining grant from Health and Welfare and the provincial organizations get grants from their provincial ministries of health.

• 1000

**Mr. Nunziata:** Are you involved with inmates at all, whether it be at the federal or the provincial level?

**Ms Braden:** Not directly. One thing this organization does not do is provide direct service to the people who are suffering.

**Mr. Nunziata:** So would families of inmates deal with your organization?

**Ms Braden:** Oh yes, very much so. We deal, certainly, with the families who have their children in the system, yes, definitely.

**Mr. Nunziata:** These would be children under Lieutenant Governor's warrants and other inmates?

**Ms Braden:** Children under Lieutenant Governor's warrants and also any who happen to be in the federal or provincial systems.

**Mr. Nunziata:** Just a few questions about the disease itself. You indicated it is a disease of the brain. What causes it?

**Ms Braden:** We would like to know. That is why we are here.

**Mr. Donald Stewart (First Vice-President, Schizophrenia Society of Canada):** It is thought to be a dopamine—

**The Chairman:** I am sorry?

**Mr. Stewart:** Dopamine is an activating enzyme, and it is felt that the function of that portion of the brain is affected in a schizophrenic, to the point that he acts in the manner he does. That is the fundamental hypothesis in terms of a physiological one.

**Mr. Nunziata:** At what age is it normally diagnosed?

**Mr. Stewart:** Generally late adolescence, 16, 17, 18, and for males earlier than females.

**Mr. Nunziata:** And it can be treated, I understand.

**Mr. Stewart:** Yes, it is treatable.

**Mr. Nunziata:** With drugs?

**Mr. Stewart:** With drugs principally.

**Mr. Nunziata:** Are there different forms of schizophrenia?

**Mr. Stewart:** Yes. It covers a manifest number of actions. There is paranoid; there are affective forms... Paranoid means apprehension of what goes on around a person; affective means ones in which one is emotionally involved and exhibits certain attitudes, shall we say. Then there are those who are withdrawn, with so-called negative symptoms. So all of these have different categories, but principally they all come under the general heading of

[Translation]

**Mme Braden:** Oui, l'organisation nationale reçoit une subvention de fonctionnement du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, et les organisations provinciales obtiennent des crédits du ministère de la Santé de leur province.

**M. Nunziata:** Vous occupez-vous de détenus, que ce soit au niveau fédéral ou provincial?

**Mme Braden:** Non, pas directement. Une chose qu'on ne fait pas à notre organisation, c'est fournir des services directs aux personnes qui souffrent.

**M. Nunziata:** Les familles de détenus feraient-elles appel à vous?

**Mme Braden:** Oui, énormément. Nous nous occupons bien sûr des familles qui ont des enfants dans le système.

**M. Nunziata:** Il s'agirait d'enfants visés par des mandats du lieutenant-gouverneur et d'autres détenus?

**Mme Braden:** D'enfants visés par des mandats du lieutenant-gouverneur ainsi que de tous ceux qui se trouvent dans les systèmes fédéral ou provinciaux.

**M. Nunziata:** J'aimerais maintenant vous poser quelques questions au sujet de la maladie elle-même. Vous avez dit qu'il s'agit d'une maladie du cerveau. Quelle en est la cause?

**Mme Braden:** Nous aimerions bien le savoir. C'est pourquoi nous sommes ici.

**M. Donald Stewart (premier vice-président, Société canadienne de schizophrénie):** On pense que c'est une dopamine...

**Le président:** Je vous demande pardon?

**M. Stewart:** La dopamine est une enzyme activante, et l'on pense que le fonctionnement de cette partie du cerveau est affectée chez un schizophrène et que c'est cela qui explique son comportement. C'est là l'hypothèse physiologique fondamentale.

**M. Nunziata:** À quel âge en fait-on généralement le diagnostic?

**M. Stewart:** En règle générale, c'est vers la fin de l'adolescence, soit vers l'âge de 16, 17 ou 18 ans, et c'est plus précoce chez les garçons que chez les filles.

**M. Nunziata:** Et, si j'ai bien compris, ça se soigne.

**M. Stewart:** Oui, ça se soigne.

**M. Nunziata:** Avec des médicaments?

**M. Stewart:** Oui, surtout.

**M. Nunziata:** Existe-t-il différentes formes de schizophrénie?

**M. Stewart:** Oui. Ce terme recouvre un certain nombre de comportements. Il y a la schizophrénie paranoïde; il y a également des types de schizophrénie affective... Dans le premier cas, on a peur de ce qui nous entoure; dans les cas de schizophrénie affective, ce sont les émotions qui sont en jeu, et cela débouche sur certaines attitudes, disons. Puis il y a ceux qui sont renfermés, et on parlera dans ce cas-là de symptômes négatifs. Il existe donc toutes sortes de catégories.

[Texte]

schizophrenia because of a tendency for them to exhibit certain symptoms of both of those kinds, positive and negative, in varying degrees.

**Mr. Nunziata:** Is there a form that would be considered violent in nature, where those afflicted with the disease are violent?

**Mr. Stewart:** There is no specification of a violent person; that is to say, there is no category, violent schizophrenic. They are a very small proportion of the population; the majority of schizophrenics are not acting-out types of persons; they are very withdrawn types of people.

**Mr. Nunziata:** Do you know what percentage of those held under Lieutenant Governor's warrants in Canada would be suffering from schizophrenia?

**Mr. Stewart:** We were going through the more updated figures, but I don't know what the reference would be.

**Ms Braden:** The figures from the Centre for Justice Statistics of Statistics Canada up to March 1990 show, I think, that two-thirds of people held in the country under LGWs were schizophrenic. In the figures for March 1990 to February 1991, I think 55% of the people entered in that period were schizophrenic.

**Mr. Nunziata:** These are people who were diagnosed prior to the commission of the offence?

**Ms Braden:** Well, I have no idea when they were diagnosed, because the document does not state that. But they had that diagnosis.

**Mr. Nunziata:** Has anyone ever done a study about those who have schizophrenia who are held under LGWs, as to whether they were under medication or whether they were diagnosed at the time of the commission of the offence?

**Mr. Stewart:** Yes, there have been a number of studies; I can't give you specific ones.

Chris Webster is probably the one who has compiled this set of recurring reports. There are three separate runs. He keeps an accurate statistical count of who is there and what they are there for, and embedded in there may be their illness beforehand.

• 1005

**Mr. Nunziata:** How recent is it?

**Mr. Stewart:** The most recent is August 1991.

**The Chairman:** Could you please make it available to the committee?

**Mr. Stewart:** Yes, certainly.

**Mr. Nunziata:** You indicated the percentages or the numbers who have schizophrenia. What would be others?

**Mr. Stewart:** Personality disorder, of the so-called sociopaths.

[Traduction]

différentes, mais elles sont toutes regroupées sous le terme de schizophrénie, car dans tous les cas, le malade manifeste certains symptômes positifs et certains symptômes négatifs, qui sont plus ou moins aigus.

**M. Nunziata:** Existe-t-il une forme que l'on considérerait comme violente, c'est-à-dire des schizophrènes qui seraient violents?

**M. Stewart:** Il n'existe aucune catégorie de schizophrénie violente en tant que telle. Il ne s'agit que d'une très faible proportion de la population. La majorité des schizophrènes ne vont pas agir; il s'agit surtout de personnes très renfermées.

**M. Nunziata:** Savez-vous quel pourcentage des personnes visées par des mandats du lieutenant-gouverneur souffrent de schizophrénie?

**M. Stewart:** Nous sommes en train d'éplucher les chiffres plus récents, mais je ne sais pas.

**Mme Braden:** Les chiffres du Centre canadien de la statistique juridique, de Statistique Canada, jusqu'en mars 1990, révèlent, je pense, que les deux tiers des détenus visés par des mandats du lieutenant-gouverneur souffrent de schizophrénie. En ce qui concerne les chiffres pour la période mars 1990—février 1991, il me semble que 55 p. 100 des personnes incarcérées pendant cette période étaient des schizophrènes.

**M. Nunziata:** Il s'agit de personnes chez qui on a diagnostiqué la schizophrénie avant qu'elles ne commettent le crime pour lequel elles ont été arrêtées?

**Mme Braden:** Je ne sais pas quand le diagnostic a été fait, car le document ne le précise pas. Tout ce que l'on sait, c'est que le diagnostic a été fait.

**M. Nunziata:** A-t-on fait une étude pour savoir si les schizophrènes visés par des mandats du lieutenant-gouverneur étaient sous traitement ou avaient déjà été déclarés schizophrènes avant leur crime?

**M. Stewart:** Oui, il y a eu plusieurs études, mais je ne pourrais pas vous en donner des détails.

Chris Webster est sans doute la personne qui a compilé ces rapports. Il y a trois séries différentes. Il tient des statistiques très à jour sur les personnes qui sont là, sur les raisons pour lesquelles elles sont là; il y a peut-être là-dedans quelque part des renseignements sur les maladies dont elles souffraient auparavant.

**M. Nunziata:** À quand remonte le dernier?

**M. Stewart:** Le plus récent remonte à août 1991.

**Le président:** Pourriez-vous le mettre à la disposition du comité?

**M. Stewart:** Très certainement.

**M. Nunziata:** Vous nous avez donné le pourcentage ou le nombre de ceux qui seraient atteints de schizophrénie. Quelles sont les autres maladies?

**M. Stewart:** Des troubles de la personnalité dont sont atteints ceux qu'on appelle autrement les sociopathes.

[Text]

**The Chairman:** Are these the only other type?

**Mr. Stewart:** They are the principal other type. I have no personal knowledge of manic depressive and other types of designation in this set of statistics, which has just been made available to us. It is not a widely circulated document.

**Mr. Nunziata:** Can schizophrenia be treated with drugs in all cases?

**Mr. Stewart:** I would have to say no but it would be qualified by saying yes, there is a percentage of people for whom drugs do not work.

**Ms Braden:** The major problem is that there are a number of schizophrenics who refuse to take the drugs.

**Mr. Nunziata:** Yes, but those who do take them—

**Mr. Stewart:** I also might reiterate, even though it is self-serving, that a drug is available today that the federal government has freed up but which at this point is not made available to those who could use it in the province of Ontario.

**Mr. Nunziata:** I have seen the ads. Are those who are treated with the drugs normal, for all intents and purposes?

**Mr. Stewart:** No, because the consequence of the illness and the stigma it carries impairs their functioning in society. Therefore, their social skills, job-holding skills and other types of things that keep other people operating and normal, so to speak, are not available to them. Another problem with the system is that they are not.

**Ms Shone:** I would like to mention here what is called the rule of thirds, which is a rough estimation. According to the rule of thirds, the bottom third tend to be chronically ill, function poorly and, even with medication, cannot be brought back to what would be their functional level without the illness. Of the middle third and the top third, many function very well normally in society. They may be taking medication to control the illness but you would not know because they could in fact be your colleagues.

**Mr. Nunziata:** Would it be fair to say that the inmates under LGWs are at the bottom third?

**Ms Shone:** It would be my guess that they are among the most ill. However, among the inmates of LGWs, some may have acted out during an acute phase of illness and may be persons who respond very well to medication. Therefore, they would be in the middle third. I think Mr. Swain might have been one of those cases because he was very ill at the time of the act. However, he did respond well to medication. He was able to be returned to the community and was progressing very well. So I suggest they are not necessarily the most chronically ill.

[Translation]

**Le président:** Et c'est le seul autre type de malades?

**M. Stewart:** C'est le principal autre type de malades, et je ne sais pas de combien de maniaco-dépressifs et d'autres types de désignations on fait état dans ces statistiques qu'on vient juste de nous remettre. Il faut dire que ce n'est pas un document à grande circulation.

**M. Nunziata:** Est-ce qu'on peut traiter tous les cas de schizophrénie avec des médicaments?

**M. Stewart:** Je répondrai par la négative, mais je pourrais également vous dire oui, avec certaines réserves, puisqu'il y a toujours un certain pourcentage de malades chez qui les médicaments n'ont aucun résultat.

**Mme Braden:** Le principal problème auquel on a affaire, c'est qu'une majorité de schizophrènes refusent de prendre des médicaments.

**M. Nunziata:** Oui, mais pour ceux qui les prennent...

**M. Stewart:** Permettez-moi tout de même de rappeler qu'il existe aujourd'hui un médicament que le gouvernement fédéral a autorisé, mais qui n'est pas encore disponible pour ceux qui pourraient l'utiliser en Ontario.

**M. Nunziata:** J'ai vu des annonces publicitaires. À toutes fins utiles, peut-on considérer que ceux qui sont sous médication sont normaux?

**M. Stewart:** Non, à cause des conséquences de la maladie et du stigmate qui s'y rattache et qui les empêche de fonctionner correctement dans la société. Ils sont en fait dépouillés de leurs compétences sociales, de leur capacité de demeurer dans un emploi et de bien d'autres choses grâce auxquelles les autres peuvent fonctionner normalement. Voilà donc un autre problème inhérent au système: ils ne sont pas considérés comme normaux.

**Mme Shone:** Dans ce cas, c'est ce qu'on appelle la règle des tiers qui s'applique. Il s'agit d'une estimation grossière selon laquelle le tiers inférieur des malades est chroniquement atteint, fonctionne mal et, même sous médication, ne peut reprendre des activités qui, pour ces gens, seraient normales en l'absence de maladie. Par contre, la majorité de ceux qui appartiennent au tiers médian et au tiers supérieur peuvent fort bien fonctionner en société. Ils seront, certes, sous médication pour contrôler la maladie, mais personne n'en sera conscient, et ils pourront même faire partie de vos collègues de travail.

**M. Nunziata:** Pourrait-on dire que les détenus visés par des mandats du lieutenant-gouverneur se situent dans le tiers inférieur?

**Mme Shone:** Je les situe parmi les plus atteints. Cependant, au nombre de ces détenus, il peut s'en trouver qui aient joué la comédie durant une phase aiguë de la maladie et qui réagissent pourtant très bien au médicament. Par conséquent, je les situe dans le tiers médian. Et selon moi, M. Swain a pu faire partie de ceux-là, parce qu'il était très malade au moment des événements, mais il a plus tard très bien réagi au médicament. Il a pu réintégrer sa collectivité, et son évolution est très satisfaisante. En conclusion, je dirais que ces malades ne font pas nécessairement partie de ceux qui sont chroniquement les plus atteints.

[Texte]

**Mr. Nunziata:** You made some comments about fragmentation of the system. It certainly is a concern. The criminal justice system is fragmented. At some point, I suppose something has to be done about it. Someone away back when decided that those whose sentence is two years or more go into the federal system but for sentences two years or less... I don't know why the two-year period was ever chosen but there is a growing body of opinion that suggests there should be one criminal justice system in the country.

As you can appreciate, there are difficulties with regard to this particular area because of the conflict between provincial and federal jurisdictions or between criminal law and health care. Do you have any specific recommendations under this particular point that could streamline the system while at the same time accommodating some of those jurisdictional concerns, the main ones; that is, criminal law versus health care?

• 1010

**Mr. Stewart:** As you say, there is a matter of confusion between the federal disposition of delegating the judiciary aspects of things and then the provincial one operating under the Attorney General, the Solicitor General and the Minister of Health. Within the province, that is to say to the extent of treating the person throughout the system, you then get past the Ministry of Health and into Community and Social Services. So the problem within the province is probably the principal one, and it is in that sense that I say that whatever delegation is made by the judge to the board of review which will review the case, it is to empower them to take greater responsibility in the co-ordination of the treatment and the reconnection of that person within society. That is to say, it is my sensitivity that the board of review is the central function of the outcome.

In that regard, I have put together a series of points here on what the board does or does not do in respect of properly reintegrating that person who is mentally ill and has been found criminally responsible. That is available to you. Mr. Dupuis, let the gentlemen have that document on the problem, or at least the statement as to the board of review. One of the principal amendments relates to the responsibility assigned to the board of review for adjudication and disposition of the mentally ill. I just gave that to you this morning.

**Mr. Nunziata:** This is it here.

**Mr. Stewart:** Yes. Within that there is a good deal of confusion. The board of review, of course, is an arm of the Ministry of Health. By the same token, it is through the Department of the Attorney General that Crown prosecution involves itself in the process. Then it goes down to the Solicitor General and his policing of things. It is a matter that warrants are issued. There is also some concern as to when those warrants cease to operate and that fits into the matter of capping and so on. When one asks me where the focus of responsibility lies and where the focus of the solution lies, it is in the Constitution and the responsibility of the board of review.

[Traduction]

**M. Nunziata:** Vous avez parlé de la fragmentation du système, ce qui est certainement inquiétant. C'est un fait que le système de justice pénale est fragmenté, et je suppose qu'il faudra bien, un jour ou l'autre, faire quelque chose pour régler ce problème. Il y a longtemps de cela, quelqu'un a décidé que les personnes condamnées à deux ans ou plus d'emprisonnement iraient purger leur peine dans le système fédéral, mais que celles condamnées à deux ans ou moins... Je me demande pourquoi on a retenu une période de deux ans, mais il se trouve que de plus en plus de gens estiment qu'on ne devrait avoir qu'un seul système de justice pénale au pays.

Comme vous le voyez, nous avons affaire à certaines difficultés dans ce secteur, à cause des conflits entre compétences provinciales et fédérales ou encore entre droit criminel et soins de santé. Avez-vous à cet égard des recommandations précises à nous faire qui pourraient permettre de rationaliser le système tout en tenant compte des principaux problèmes de compétence, c'est-à-dire le conflit entre le droit criminel et les soins de santé?

**M. Stewart:** Comme vous l'avez dit, il y a confusion entre la délégation fédérale des pouvoirs judiciaires et les pouvoirs provinciaux du procureur général, du solliciteur général et du ministre de la Santé. Au niveau provincial, en ce qui concerne les soins à donner, il faut, après le ministère de la Santé, faire affaire avec celui des Services sociaux et communautaires. C'est donc au niveau de la province que se situe probablement le principal problème, et c'est pourquoi je dis que lorsque le juge délègue quelque pouvoir que ce soit à la commission d'examen, c'est en vue de l'autoriser à assumer une plus grande part de responsabilité dans la coordination des soins et la réintégration sociale du malade. J'ai l'impression que la commission d'examen joue un rôle déterminant dans les résultats.

A ce sujet, j'ai réuni plusieurs points concernant ce que fait ou ne fait pas la commission afin d'assurer une réintégration sociale appropriée des personnes qui souffrent de maladie mentale et qui sont déclarées criminellement responsables. Ce document est à votre disposition. Monsieur Dupuis, veuillez distribuer ce document à ces messieurs, ou tout au moins le texte qui porte sur la commission d'examen. Une des principales modifications porte sur la responsabilité conférée à la commission d'examen en matière de décisions sur le sort des malades mentaux. Je vous l'ai donnée tout juste ce matin.

**M. Nunziata:** La voici.

**M. Stewart:** Oui. Tout cela est très confus. Évidemment, la commission d'examen est l'outil du ministère de la Santé. Par ailleurs, c'est par l'entremise du procureur général que la Couronne participe au processus. La surveillance est ensuite confiée au solliciteur général. On délivre ensuite des mandats. Il y a lieu de se demander quand prennent fin ces mandats, ce qui est lié à la durée maximale, etc. Lorsqu'on me demande qui est responsable et quelle est la solution, je réponds: la Constitution et la responsabilité de la commission d'examen.

[Text]

**Mr. Rideout (Moncton):** Two more questions, if I might, Mr. Chairman. I neglected to ask about inmates in the general inmate population. Are there any statistics available on just how many suffer from schizophrenia, who have been diagnosed?

**Ms Braden:** In the federal correctional system, the last figure is 500.

**Mr. Nunziata:** Diagnosed?

**Ms Braden:** Yes.

**Mr. Nunziata:** What is your opinion in terms of the available services in the federal system?

**Ms Braden:** There is this task force report, you realize, that is just about to be released to the public—it has been in the works for two years—that the Correctional Services has been doing. Hopefully, it is going to improve things immeasurably. From my limited knowledge of the federal correctional system, I gather it is pretty bad, the treatment is definitely lacking for these souls in that system.

**Mr. Nunziata:** What about assessment?

**Ms Braden:** Assessment, I do not know about.

**The Chairman:** What are we talking about, in federal penitentiaries?

**Ms Braden:** Yes, federal penitentiaries.

**Mr. Nunziata:** A final area is about the involvement of the family. You indicated that was a concern and you suggested that there is good success if the family is involved. You recommend that the family be interviewed and involved as part of the assessment process.

[Translation]

**M. Rideout (Moncton):** Encore deux questions, si vous le permettez, monsieur le président. J'ai oublié de vous demander quelque chose au sujet des détenus en général. Disposez-vous de statistiques sur le nombre de ceux qui souffrent de schizophrénie, pour lesquels on a établi un diagnostic?

**Mme Braden:** Dans les pénitenciers fédéraux, il y en aurait 500.

**M. Nunziata:** Qui ont fait l'objet d'un diagnostic?

**Mme Braden:** Oui.

**M. Nunziata:** Que pensez-vous des services disponibles au niveau fédéral?

**Mme Braden:** Vous savez, n'est-ce pas, que le groupe de travail des services correctionnels est sur le point de publier son rapport après deux ans d'étude. Il est à espérer que la situation s'en trouvera grandement améliorée. D'après ce que je sais du régime correctionnel fédéral, j'ai l'impression que la situation est peu reluisante, que les pauvres diables qui s'y trouvent manquent très certainement de soins.

**M. Nunziata:** Et en ce qui concerne les évaluations?

**Mme Braden:** Je n'en sais rien.

**Le président:** De quoi parlez-vous, des pénitenciers fédéraux?

**Mme Braden:** Oui, des pénitenciers fédéraux.

**M. Nunziata:** J'aimerais aborder un dernier point sur la participation des familles. Vous avez mentionné que c'est là une préoccupation, et vous avez laissé entendre que lorsque la famille participe, le taux de succès est élevé. Vous recommandez que les membres des familles soient interviewés et participent au processus d'évaluation.

• 1015

I see that as being somewhat cumbersome. For example, how do you define "family"? Do you leave it up to the criminal justice system to try to track down a person's family? Rather than putting the onus on the courts and the criminal justice system, is there another method by which families could get involved?

**Mr. Stewart:** Assessment is one thing. Disposition is the other. The family at some point in time is going to be very intimately involved in that disposition, hopefully when that person is released ultimately to their care. Therefore, they should be an active part of that process the review board adjudicates upon.

We generally would put assessment somewhere in the judicial process, not after the disposition. It then becomes a matter of what your plan is, where you intend this person to go, and where you intend the person to be at a given point in time, hopefully.

During that period of time the family is extremely important, plus very supportive. These people are isolated. They are literally jailed. They cannot move out of the confines of where they are. Family involvement is extremely important.

**Mr. Thacker (Lethbridge):** I would like to thank our witnesses for coming before us and giving us the benefit of their thoughts on this bill.

Cela me semble un peu lourd. Par exemple, comment définissez-vous le terme «famille»? Est-ce que vous confiez à la justice pénale le soin de retracer la famille de quelqu'un? Est-ce qu'il n'y a pas un autre moyen de faire participer les familles, autre que les tribunaux et la justice pénale?

**M. Stewart:** Il y a l'évaluation, il y a également la décision. Il viendra un moment où la famille participera activement à cette décision, de préférence le moment où la personne en question leur est confiée. Par conséquent, la famille devrait participer activement au processus de la commission d'examen.

D'une façon générale, nous préférierions que l'évaluation se situe au moment du processus judiciaire, et non pas après la décision. De cette façon, il s'agit surtout d'arrêter un plan, de décider où cette personne sera placée, dans quel genre de milieu et à quel moment.

Pendant tout ce temps, le rôle de la famille est très important, en particulier son rôle de soutien. Ces gens-là sont isolés, ils sont littéralement emprisonnés. Ils ne peuvent pas sortir de l'endroit où ils se trouvent. La participation de la famille est particulièrement importante.

**M. Thacker (Lethbridge):** Je tiens à remercier nos témoins d'être venus aujourd'hui nous faire part de leurs réflexions au sujet de ce projet de loi.

[Texte]

It wasn't too many years ago that bills went through the House and no witnesses were ever invited. The bills were dealt with at committee stage in the committee of the whole of the House, and it was impossible to invite witnesses. I have often wondered how the system worked at all, because in every committee I have ever sat on, we have had some excellent suggestions and amendments proposed, which have been adopted. I think the law has been vastly improved.

Could I get your views with respect to the consultation process? As you well know, we as members don't have to know this in great detail. We are really coming at it with new minds. Officials usually have consulted with provincial attorneys general and provincial bureaucracies and special interest groups. I am wondering if you can tell me what consultation occurred with respect to the Schizophrenia Society, as well as, Ms Shone, with respect to the law reform commissions of the country in developing Bill C-30.

**Ms Shone:** I will speak on the latter question, and then perhaps Ann or Don will speak on the first question of consultation with the Schizophrenia Society.

These amendments had their origins in the work of the Law Reform Commission of Canada, and a very excellent piece of work it was. I was reviewing their 1976 report recently. That was 15 years ago, 15 years during which amendment in this area has been advocated and during which the department has been working on its study and preparing to introduce these amendments. I think that's a very long time.

I should also say that the amendments we have now look at, as we pointed out, a rather small piece of a large picture. The recommendations of the Law Reform Commission of Canada did embrace the large picture, so there is much work left to be done by the federal government in order to carry forward the full range of recommendations the Law Reform Commission gave.

As to consultation with provincial law reform commissions, I don't think there has been any consultation with them on these amendments. My own commission has not been contacted.

**Mr. Stewart:** I have been a member of the board of the Schizophrenia Society of Canada for several years, and my interest in this preceded that. I would say there has been little consultation with—it's been a good deal of initiated from. I find operating within the various ministries of the particular provinces virtually impossible. The approach to their legal consultative people and the Ministry of Health has been virtually non-existent, although I have done that at many stages in time. I would say, generally speaking, there has been no inquiry whatsoever either of me personally, even though I have had a good relationship with Mr. Tollefson over the years. They have just said that when the time arose would I appear such as I am today.

• 1020

**Mr. Thacker:** Mr. Chairman, that scares the wits out of me, of course, because it means there is more responsibility on us to take a good look at these bills. Your early comments were with respect to emptying of hospital beds during the

[Traduction]

Il n'y a pas si longtemps, les projets de loi étaient adoptés par la Chambre sans qu'aucun témoin soit entendu. Ils étaient étudiés en comité plénier de la Chambre et, dans ces conditions, il était impossible d'inviter des témoins. Je me suis souvent demandé comment le système pouvait fonctionner à cette époque-là, car dans tous les comités où j'ai siégé, nous avons toujours formulé d'excellentes suggestions et proposé de très bons amendements, qui ont été par la suite adoptés. A mon avis, le système s'est beaucoup amélioré.

Que pensez-vous du processus de consultation? Comme vous le savez, en tant que députés, c'est très nouveau pour nous, et nous n'en savons pas beaucoup sur les détails. D'ordinaire, les responsables consultent les procureurs généraux provinciaux et les administrations provinciales ainsi que les groupes d'intérêts spéciaux. Madame Shone, pouvez-vous me parler des consultations qui ont eu lieu avec la Société canadienne de schizophrénie et également avec les commissions de réforme du droit lorsque le projet de loi C-30 était en préparation?

**Mme Shone:** Je vais commencer par la deuxième question, puis Ann ou Don reviendront sur les consultations avec la Société canadienne de schizophrénie.

Les travaux de la Commission canadienne de réforme du droit sont à l'origine de ces amendements; la commission a fait un excellent travail. J'ai relu récemment son rapport de 1976, c'est-à-dire d'il y a 15 ans, 15 années pendant lesquelles on a réclamé des amendements dans ce domaine et pendant lesquelles le ministère a poursuivi ses études et s'est préparé à déposer ces amendements. Cela fait très longtemps.

J'ajoute que les amendements que nous avons aujourd'hui sous les yeux constituent un élément très restreint d'un ensemble beaucoup plus important. Les recommandations de la Commission canadienne de réforme du droit portaient plutôt sur l'ensemble; le gouvernement fédéral a donc encore beaucoup à faire pour mettre en application l'ensemble des recommandations de la commission.

Quant aux consultations avec les commissions provinciales de réforme du droit, je ne crois pas qu'il y en ait eu à propos de ces amendements. Ma propre commission n'a pas été contactée.

**M. Stewart:** Je suis membre du conseil de la Société canadienne de schizophrénie depuis plusieurs années, et je m'intéresse à cette question depuis encore plus longtemps. Je peux vous assurer qu'il y a eu très peu de consultations... Il est pratiquement impossible de se faire entendre dans les différents ministères dans les provinces. Bien que j'aie souvent essayé, je n'ai pratiquement jamais réussi à contacter leurs experts juridiques et les responsables des ministères de la Santé. D'une façon générale, personne ne m'a jamais contacté personnellement et, pourtant, j'entretiens d'excellentes relations avec M. Tollefson depuis des années. On s'est contenté de me répondre que le moment venu, je comparais, comme je le fais aujourd'hui.

**M. Thacker:** Monsieur le président, quand j'entends ce genre de chose, j'ai tendance à paniquer, car je me dis que nous allons devoir étudier ces projets de loi doublement sérieusement. Vous avez parlé tout à l'heure de la politique

[Text]

1970s and 1980s, and we all see many people who, I think, qualify on the streets still. I have spent time in the United States, I have spent time in Europe, and it is exactly the same over there. It just seems really bizarre somehow. Is that still occurring in Canada?

**Ms Shone:** Yes, I believe the numbers of beds are still in the process of reduction at this point in time, partly because of the nearing crisis, I think, in our health care system with regard to funding for all of the services to which we have become accustomed.

I have a view on the federal government responsibility in this area as well. I think this argument requires some refinement, but insofar as cost-shared dollars for health care funding for persons with mental disorder are concerned, the cost-sharing plans have excluded cost sharing for mental hospitals or institutions which may care for persons with mental disorder. I should say that the cost sharing is excluded on the institutional side. It may be that community arrangements provide adequate cost sharing or better cost sharing. I do not have this well framed. The point is that the Canada Health Act specifically excludes from the hospitals to which it applies mental hospitals, and the Canada Assistance Plan Act specifically excludes from its benefits persons who are in residences because of mental disorder.

So all together, I think the federal government has not upheld its part in funding the mental health care system, which is available to citizens of Canada. This population—those with mental disorder—has been discriminated against in a fundamental way by the federal government and the health care system and some correction is required.

There certainly is a lot of literature that suggests that many persons with mental disorder could be kept out of the criminal justice system if they were receiving adequate care in the mental health delivery system in the provinces. It may be that the federal government could do something positive in this regard by introducing some special cost-share funding plan dedicated to use for persons with mental disorder in the community system. I think there is a contribution to be made here, a kind of a rectification of past wrong, if you like. That may make a difference to the criminal justice and the correctional justice systems, because persons who should not be in those systems in the first place would remain well enough to stay out.

**Mr. Thacker:** We all, I am sure, share that sentiment. Billions and billions of federal tax dollars are distributed to provincial governments for which we receive no political benefit. We have a life of unremitting criticism, with no credits, and yet we see provincial governments of all political stripes using those dollars for their own political gain, building hospitals in every small little town around bigger hospitals, which essentially is a waste of money, when you get right down to it.

[Translation]

des années 70 et 80, qui était de libérer les lits d'hôpitaux, et nous continuons à voir dans les rues des gens qui ne seraient pas là autrement. Je suis allé aux États-Unis, je suis allé en Europe, et là-bas, c'est exactement la même chose. Cela semble très bizarre. Est-ce que c'est toujours la tendance au Canada?

**Mme Shone:** Oui, et on continue à diminuer le nombre de lits, surtout en prévision de la crise qui s'annonce dans le système de santé, la pénurie de fonds qui va toucher tous les services auxquels nous sommes maintenant habitués.

J'ai mon opinion sur la responsabilité du gouvernement fédéral dans ce domaine également. Cela mérite encore une certaine réflexion, mais les régimes de partage des coûts excluent les hôpitaux et les institutions psychiatriques. En fait, sur le plan institutionnel, il n'y a pas de partage des coûts dans ce secteur. Il est possible que des mécanismes communautaires offrent de meilleures possibilités de partage des coûts; cela n'est pas encore très clair dans mon esprit. Mais le fait est que la Loi canadienne sur la santé exclut spécifiquement les hôpitaux psychiatriques, et le Régime d'assistance publique du Canada exclut les personnes qui sont institutionnalisées pour troubles mentaux.

Dans l'ensemble, je crois donc que le gouvernement fédéral n'a pas fait sa part en ce qui concerne le financement du système de santé mentale qui est à la disposition des citoyens canadiens. Le gouvernement fédéral exerce une discrimination fondamentale contre cette population, les gens qui souffrent de troubles mentaux, et c'est une situation qui doit être rectifiée.

De nombreux ouvrages concluent que beaucoup de gens qui souffrent de troubles mentaux pourraient être gardés à l'écart de la justice pénale si les provinces mettaient à leur disposition un bon système de soins. Le gouvernement fédéral pourrait peut-être améliorer les choses dans ce domaine en mettant en place un système de partage des coûts axé spécifiquement sur les troubles mentaux. Il y a certainement quelque chose à faire dans ce sens, pour redresser les torts du passé, d'une certaine façon. Pour la justice pénale et la justice correctionnelle, cela ferait une différence, car des gens qui n'ont rien à faire dans ces milieux-là n'y entreraient pas.

**M. Thacker:** Je suis certain que nous partageons tous ce sentiment. Il y a des milliards et des milliards de dollars de fonds fédéraux qui sont distribués aux gouvernements provinciaux sans que nous en retirions le moindre avantage politique. On nous critique sans merci, on ne parle jamais de ce que nous faisons de positif, et pendant ce temps-là, il y a des gouvernements provinciaux, de toutes les colorations politiques, qui tirent un avantage politique de cet argent, qui construisent des hôpitaux dans de toutes petites villes, à proximité de gros hôpitaux, et bien sûr, quand on y réfléchit, c'est du pur gaspillage.



[Texte]

[Traduction]

• 1025

With respect to the assessment, you are calling for the use of psychiatrists. Given our problem here, that we have to apply a law across the whole country, (a) are there enough psychiatrists to provide that service in Tuktoyuktuk and the more remote areas of Canada; and (b) why would it require somebody trained as a doctor compared to some very well trained psychologists and people of that level of training? Doctors are very expensive.

**Mr. Stewart:** With regard to assessment and administration, the principal treatment for schizophrenia is medication, and a psychologist is not licensed to prescribe drugs.

**Mr. Thacker:** Do you think they should be in some limited cases?

**Mr. Stewart:** Probably the most effective way to medicate a person with schizophrenia is with an injection and that involves something physiological. Again, a psychologist is not trained to account for side effects and such administration.

**Mr. Thacker:** Would a nurse with the proper specialty be able to do that? They, too, are substantially cheaper to the system than fully trained doctors.

**Mr. Stewart:** Frankly—

**The Chairman:** They can only act under doctor's orders.

**Mr. Stewart:** Right. I don't wish to, because of my particular appellation, say that this is a protected right or anything like that. I know from my son's own experience that his first injection was administered without the presence of a psychiatrist. It was terrible.

**Ms Shone:** I think it would be fair to say that it is a very complex illness. It takes many forms in terms of symptomatology. We have said in our brief, on page 10, that the diagnosis and assessment of functioning requires talents in all of these areas: physiological, biochemical, hormonal, social, psychological, neuroanatomical and neuropharmacological. The training that is required to fully assess this illness and its various manifestations, I think, is the medical and psychiatric training. We did not try to say that it should be an assessment performed only by a psychiatrist, but that a psychiatrist should be involved in the assessment.

One other factor is that in the provisions relating to hospital orders in the amendments, assessment by the psychiatrist is required, but there is a qualification for circumstances where a psychiatrist is not readily available. We would not mind that qualification also being included for the assessment for unfit to stand trial or not criminally responsible. We think they should have the same provisions.

Étant donné que nous devons appliquer la loi à tout le pays, certaines questions s'imposent: a) y a-t-il suffisamment de psychiatres pour assurer ce genre de service à Tuktoyuktuk et dans les régions isolées et, b), pourquoi faire appel à quelqu'un qui a reçu une formation de médecin de préférence à un psychologue très compétent, à des gens qui ont reçu ce genre de formation? Les médecins coûtent très cher.

**M. Stewart:** En ce qui concerne l'évaluation et l'administration, le principal traitement pour la schizophrénie, ce sont des médicaments, et les psychologues ne sont pas autorisés à prescrire des médicaments.

**M. Thacker:** Pensez-vous qu'on devrait les y autoriser dans des cas limités?

**M. Stewart:** La méthode la plus efficace pour traiter un schizophrène, c'est une injection, ce qui comprend un élément physiologique. Là encore, un psychologue n'a pas la formation nécessaire pour connaître les effets secondaires d'un tel traitement.

**M. Thacker:** Est-ce qu'une infirmière spécialisée pourrait le faire? Les infirmiers et les infirmières coûtent beaucoup moins cher que les médecins à part entière.

**M. Stewart:** Franchement...

**Le président:** Ils ne sont autorisés à agir que lorsqu'ils appliquent les ordres d'un médecin.

**M. Stewart:** Précisément. Étant donné mon titre, je ne voudrais pas faire croire que je tiens à protéger un droit, quelque chose de ce genre. Dans le cas de mon fils, je sais que la première injection a été faite en l'absence d'un psychiatre. C'était affreux.

**Mme Shone:** C'est une maladie excessivement complexe, qui, sur le plan des symptômes, peut adopter des formes très diverses. Comme nous l'avons expliqué dans notre mémoire, à la page 10, le diagnostic et l'évaluation exigent des connaissances dans de nombreux domaines: physiologique, biochimique, hormonal, social, psychologique, neuroanatomique et neuropharmacologique. La formation nécessaire pour bien évaluer cette maladie et ses diverses manifestations doit absolument être du domaine médical et psychiatrique. Nous n'avons jamais prétendu que seul un psychiatre devait intervenir, mais seulement qu'un psychiatre devait participer à l'évaluation.

Il y a un autre élément dans les dispositions relatives aux ordonnances d'hôpitaux: une évaluation de psychiatre est exigée, mais dans les circonstances où il est impossible de faire appel à un psychiatre, il existe des dispositions particulières. Nous ne verrions pas d'inconvénient à ce que ces dispositions particulières s'appliquent également à l'évaluation en cas d'inaptitude à subir un procès ou de non-responsabilité criminelle. Nous pensons que les mêmes dispositions devraient s'appliquer.



[Text]

**Mr. Stewart:** With respect to psychology, Dr. Webster, the person who put those statistics together, is a psychologist and I have the greatest respect for psychologists in that regard. On the issue in terms of assessment for disposition, I am in ready agreement for their presence, but not exclusively and not in exchange for. I think the thing we noticed is that it could be any medical doctor. That was the thing I objected to.

**Mr. Thacker:** Mr. Chairman, our witnesses may well be right on this. I guess I shouldn't be beating my own hobby horses. I think nurses could be doing substantially more in the system and I think they have made that case very well over the years. This may not be one of them.

[Translation]

**M. Stewart:** Quant à l'aspect psychologique, le D<sup>r</sup> Webster, qui a préparé ces statistiques, est un psychologue et, à cet égard, j'ai le plus grand respect pour les psychologues. Quant à l'évaluation aux fins de la décision, je suis tout à fait d'accord pour qu'ils soient présents, mais pas pour qu'ils remplacent les psychiatres. Nous avons remarqué que n'importe quel médecin pouvait jouer ce rôle. C'est à cet aspect-là que je me suis opposé.

**M. Thacker:** Monsieur le président, nos témoins ont peut-être bien raison à ce sujet. Je ne devrais pas attaquer mes propres idées. Personnellement, je pense qu'on pourrait confier beaucoup plus de responsabilités aux infirmiers et aux infirmières, et c'est une chose qu'ils réclament eux-mêmes depuis des années. Cela dit, dans ce cas particulier, ce n'est peut-être pas souhaitable.

• 1030

My last question relates to the Canadian Mental Health Association. They are concerned that the life cap would maintain the present indeterminate detention for a number of offences, and they have suggested that some relatively minor offences come under the life cap provisions. Do you have any comments on that beyond what you have said in number 6? Would you elaborate on number 6?

**Ms Shone:** I do not have a comment beyond what we said in number 6, but I do have a question. These amendments provide for maximum time periods, including indeterminate in some cases, but the fact that there is a maximum should not mean that you have to reach the maximum. In other words, if the illness is being dealt with properly, if it is being treated or if there is remission, if through the process of review the individual is becoming rehabilitated and steps are taken for reintegration into the mainstream of the community, then it seems to me that there should be clear provision for release—for bringing the matter to an end—and one should not have to stay in detention until the maximum is reached. So "indeterminate" might mean indeterminate in cases of a very difficult illness, but it should not mean indeterminate for persons who are doing well.

**The Chairman:** I have a couple of short questions. We have run about five or 10 minutes overtime. We started a bit late so we will have to be very short with our questions and answers.

Do you believe family involvement and notification should be mandatory in all cases?

**Mr. Stewart:** Yes.

**The Chairman:** That is a short answer. Thank you very much.

I believe I heard you say that if you look through the data base, schizophrenia accounts for about 60% of cases. You said that patients with schizophrenia should be singled out because they are ill. I do not know what you mean by that. The others are ill too. Are you not setting up a two-tiered system here?

Ma dernière question intéresse l'Association canadienne pour la santé mentale, qui redoute que la durée maximale de la période de détention ait pour effet de maintenir l'actuelle période de détention pour une durée indéterminée applicable à un certain nombre d'infractions. D'après elle, certaines infractions plutôt mineures risqueraient d'être assujetties à ces dispositions. Avez-vous d'autres observations à formuler que celles qui figurent au point 6? Voulez-vous développer votre pensée?

**Mme Shone:** Je n'ai rien à rajouter à ce qui est dit au point 6, mais j'ai une question. Les amendements prévoient des durées maximales, indéterminées dans certains cas, mais l'existence d'une durée maximale n'implique pas qu'il faille aller jusque-là. Autrement dit, si la maladie est traitée correctement, c'est-à-dire s'il y a traitement ou rémission, s'il y a réadaptation et réintégration dans le milieu, il me semble que l'on devrait prévoir expressément la libération—pour amener donc la période à son terme—de manière à ce que le malade ne reste pas en détention jusqu'à ce que l'on atteigne la durée maximale prévue. La période «indéterminée» pourrait donc s'appliquer dans les cas très difficiles, mais non pour les malades qui se portent bien.

**Le président:** J'ai quelques autres brèves questions. Nous avons cinq ou dix minutes de retard. Nous avons commencé un peu en retard, si bien qu'il faudra abrégé nos questions et nos réponses.

Êtes-vous d'avis qu'il faudrait obligatoirement, dans tous les cas, faire participer la famille et la prévenir?

**M. Stewart:** Oui.

**Le président:** Voilà une réponse courte. Merci beaucoup.

Vous avez dit, je crois, que d'après les statistiques, la schizophrénie représente environ 60 p. 100 des cas. Vous avez dit qu'on devrait faire un cas d'espèce des personnes atteintes de schizophrénie parce qu'elles sont malades. J'ignore ce que vous voulez dire par là. Les autres aussi sont malades. Ne créez-vous pas un système à deux paliers ici?

[Texte]

**Ms Shone:** I didn't intend to specify persons with schizophrenia. What I meant by "differentiation" was to say that we have set up a special system, we have set up a defence—not criminally responsible on account of mental disorder—we have set up a review board plan for persons with mental disorder. I did not mean to single out schizophrenia from among the categories.

We set up that special system for a reason, and the reason is that this population, in some significant way, is different from other persons who come into conflict with the criminal law. And because they are different they require the treatment and resources which will rehabilitate them through their difference.

**The Chairman:** Thank you.

I want to thank the Schizophrenia Society for appearing before us and helping us with this difficult piece of legislation. As you stated, Dr. Stewart, it has been too long in coming, but we are moving in the right direction. Thank you very much.

• 1035

The committee is very pleased to recognize, from the Canadian Mental Health Association, Mary Oordt, National President; Richard Drewry, their lawyer; and Judy Shipper, an educator with the association.

Thank you very much for appearing. Do you have a statement you would like to give at this time?

**Ms Mary Oordt (National President, Canadian Mental Health Association):** Thank you very much, Mr. Horner. We are pleased to be here and to have this chance to meet with the committee to share some of our ideas. I believe a paper has already been circulated outlining our points of view.

I am pleased to introduce to you the Mental Health Association, more specifically the three of us, volunteers from the network across our country.

Richard Drewry comes to us from Edmonton, where he practises law. Additionally, he has been very involved over a number of years with Alberta's ministerial task force on their Mental Health Act in 1984, and authored a very substantial report at that time. He is also a board member with our Mental Health Association in Alberta, and executive vice-president of our board. He brings his interest and his professional expertise to us as a volunteer within the network of CMHA.

Judy Shipper, from the area of Vancouver, also brings to us her background. She works as an administrator with a Vancouver school board and has experience as a past teacher at the Riverview Hospital, a large psychiatric hospital just on the edge of Vancouver. She also has worked specifically in the forensic psychiatric unit as a teacher. Currently she chairs the legal issues committee of our British Columbia CMHA division. She is here to represent that point of view, and is a volunteer.

I live in Lethbridge, Alberta, as does our hon. member. We feel it is a very special part of the world. It is a good place to be in and from. I am a businesswoman and I am national president of the Mental Health Association.

[Traduction]

**Mme Shone:** Je ne parle pas exclusivement des personnes souffrant de schizophrénie. Ce que je voulais dire par «différenciation», c'est que nous avons créé un système spécial, un moyen de défense—la défense d'aliénation mentale—et nous avons institué une commission d'examen pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Je ne fais pas de cas spécial de la schizophrénie dans cette catégorie.

Si nous avons créé ce système spécial, c'est que ce groupe de personnes se distinguent de façon toute particulière des autres citoyens qui enfreignent le droit pénal. À cause de cette distinction, ils ont besoin de traitements et de ressources qui leur permettront de se réadapter et de faire disparaître cette distinction.

**Le président:** Merci.

Je tiens à remercier la Société canadienne de schizophrénie d'avoir comparu devant nous et de nous avoir apporté son aide dans l'examen de ce projet de loi difficile. Comme vous l'avez dit, docteur Stewart, il y a déjà trop longtemps que nous attendons, mais nous sommes engagés dans la bonne voie. Merci beaucoup.

Le comité est très heureux de recevoir les représentants de l'Association canadienne pour la santé mentale: Mary Oordt, présidente nationale, Richard Drewry, avocat, et Judy Shipper, éducatrice.

Je vous remercie d'être venus. Voudriez-vous faire une déclaration?

**Mme Mary Oordt (présidente nationale, Association canadienne pour la santé mentale):** Merci beaucoup, monsieur Horner. Nous sommes heureux d'être ici et d'avoir la chance de faire connaître nos idées aux membres du comité. Un document renfermant notre position a déjà été distribué, je crois.

Je suis heureuse de vous présenter les trois membres de l'Association canadienne pour la santé mentale qui sont ici devant vous. Nous sommes tous des bénévoles et appartenons à notre réseau national.

Richard Drewry vient d'Edmonton, où il exerce le droit. Pendant plusieurs années, il a aussi participé au groupe de travail ministériel de l'Alberta chargé d'étudier la Loi sur la santé mentale de cette province en 1984, et il a produit à cette époque un rapport très volumineux. Il siège aussi au conseil de l'Association pour la santé mentale de l'Alberta et est vice-président exécutif de notre conseil national. C'est à titre de bénévole du réseau national de l'association qu'il nous fait partager ses compétences professionnelles.

Judy Shipper vient de la région de Vancouver. Elle est administratrice dans un conseil scolaire de Vancouver et a enseigné à l'Hôpital Riverview, grand établissement psychiatrique aux limites de la ville de Vancouver. Elle a aussi enseigné au département de psychiatrie médico-légale. Elle préside actuellement le comité des questions juridiques de la section de la Colombie-Britannique de l'association. Elle en est aujourd'hui le porte-parole et elle est aussi bénévole.

Pour ma part, j'habite à Lethbridge, en Alberta, comme notre député. Pour nous, c'est un coin de pays sans pareil. Il fait bon d'y être né et d'y vivre. Je suis une femme d'affaires et j'occupe la présidence nationale de l'Association pour la santé mentale.

## [Text]

Let me give you a little introduction to the Canadian Mental Health Association. We are a national, voluntary, citizen-based organization. We are in all 10 of the provinces and the two territories. We have 190 branches operating in large, small and medium-sized cities in our country, from coast to coast to coast.

Our main area of work has always been in the area of advocacy. We have been doing that since 1917. This advocacy also involves our educating the general public regarding mental illnesses, the treatments available and the challenges that go with mental illnesses in our communities.

Additionally, we are very active in educating the public in terms of mental wellness, that is, maintaining one's mental health, how to promote mental health within themselves, within their families, within their communities and within our entire country.

We are keenly interested in the policies of our government that affect people who have been or are mentally ill, and persons who maintain healthy lives.

We also provide services in terms of housing, recreation and social drop-in centres, clubhouses where persons who have experienced mental illness have come together to gain the power within their own lives to continue.

We work within crisis resolution. We do not provide direct counselling services. We help to refer people to the services available through private psychologists, psychiatrists, social workers, educators, the self-help movement—which is a very big movement across our country—pastoral psychology through pastoral counselling, and as far afield, one might say, as neighbour talking to neighbour.

Additional to that, we do referrals to the professional community where people can expect to receive care and treatment when their illness is at a level they cannot personally deal with themselves or feel they need someone to mirror back for them what is happening in their world.

• 1040

We also encourage research. We don't actually engage in research in terms of a medical kind of research, if you will. We research our programs to see how well they are working and what works and what needs to be done and to be available within our communities to know whether the linkages are working as well as they can.

You heard earlier in the presentation about the fact that our institutions have been down-sized in numbers of beds, but what didn't go with that at the very beginning of that movement was adequate community resources for persons. So it is one of the things we work on very hard as an association, to see that the resources are available in communities so people can live more fulfilled lives and not be back at the doors of our institutions, ill once again, when they could have been helped to stay well within the community setting. So that continues to challenge us and will, I guess, always.

The legislation we are looking at, about which we wanted to talk to you today, we think is quite progressive. It has a significant number of changes that we think are positive, and we are very encouraged by that. Essentially, once again I think we have a lot of agreement with the direction in which this will be moving us.

## [Translation]

Laissez-moi vous présenter l'association. Il s'agit d'un regroupement national de bénévoles. Nous avons des antennes dans les dix provinces et les deux territoires. Quelque 190 sections se retrouvent dans les petites, moyennes et grandes villes du pays, sur tout le territoire.

La promotion des droits a toujours été notre cheval de bataille. Nous nous y employons depuis 1917. Pour ce faire, nous sensibilisons la population aux troubles mentaux, aux traitements et aux défis à relever dans nos localités respectives.

Nous faisons aussi beaucoup de sensibilisation dans le grand public sur le maintien de sa santé mentale, les moyens de la favoriser chez soi, dans sa famille et dans son milieu.

Nous prenons un vif intérêt aux politiques du gouvernement qui touchent les personnes qui sont ou ont été victimes de maladies mentales et celles qui mènent une vie saine.

Nous offrons aussi des services: logement, loisirs, centres de dépannage, centres d'accueil où les personnes souffrant de troubles mentaux s'unissent pour se ressourcer.

Nous faisons aussi le règlement de crises. Nous n'offrons pas exactement de services de counselling, mais nous orientons ceux qui en ont besoin vers les services offerts par les psychiatres et psychologues privés, les travailleurs sociaux, les éducateurs, les groupes d'entraide—qui se multiplient au pays—la psychologie pastorale offerte dans le cadre du counselling pastoral, et nous allons même jusqu'à inciter les gens à parler avec leurs voisins.

Nous renvoyons également les gens aux professionnels de la médecine, chez qui ils recevront les soins et les traitements voulus lorsque leur maladie a atteint un stade qui dépasse leurs propres moyens ou lorsqu'ils ont besoin de quelqu'un capable de les placer devant la réalité de leur univers.

Nous encourageons aussi la recherche. Je ne veux pas dire par là que nous réalisons nous-mêmes des travaux de recherche médicale, mais nous analysons nos programmes pour en évaluer l'efficacité, voir ce qui a du succès et ce qui a besoin d'être amélioré, et déterminer si les contacts que nous nouons dans le milieu sont fructueux.

Des témoins précédents ont indiqué que le nombre de places en établissement a été réduit. Malheureusement, en contrepartie, on n'a pas augmenté les ressources de la collectivité. Notre association s'emploie donc vigoureusement à veiller à ce qu'il y ait suffisamment de ressources dans nos communautés pour que les gens puissent vivre des vies bien remplies et n'aient pas à retourner dans les établissements, victimes d'une rechute, alors qu'on aurait pu les aider à rester bien portants dans leur milieu. C'est donc pour nous un défi constant.

Le projet de loi dont nous voulons discuter aujourd'hui nous semble très progressiste. Nous sommes très encouragés par le nombre important de changements positifs. Nous souscrivons donc dans une large mesure à ses orientations.

[Texte]

But we, as three volunteers, represent the 30,000 volunteers of CMHA across the country, and we do have some concerns specifically about some of the various items that are in the legislation and how they most specifically impact on persons with mental disorder. We would take a little broader view of mental disorder than the group who proceeded us, who spoke specifically of one of the mental illnesses, schizophrenia. We would include what they have said as well. We have seen their information and have a lot of support for the number of things they have presented to you.

But additionally, we broaden the scope a little more in terms of the mental illness impact on people, to approximately what we know is about 20% of the Canadian population who at one time or another suffer from a mental disability or a related mental illness. They would be people who have schizophrenia, as you have heard. We also see persons with what we know as bipolar illnesses, or manic-depressive is the other term that is sometimes used, anxiety disorders, personality disorders. We add to the picture mixes with addictions and a number of the other kinds of things that come into people's lives. I wouldn't say that population is in my 20%, but it certainly has a very heavy impact on what happens within our country.

That is all I will say at this point, but I believe that maybe we will have a chance to expand on that if there is some interest later.

I would ask Mr. Drewry if he would now just talk specifically to the brief and the points of the code about which we are concerned.

**Mr. Richard Drewry (Lawyer, Canadian Mental Health Association):** Our association's immediate involvement in this stemmed from the decision of the Supreme Court of Canada in the Swain case. We quite recognize that the Minister of Justice has been working on this legislation for a great deal of time. Our immediate involvement started with the Swain case.

I think it is very appropriate to start things off by quoting from Chief Justice Lamer in the Swain case, very briefly, if I may. He said this:

The mentally ill have historically been the subjects of abuse, neglect and discrimination in our society. The stigma of mental illness can be very damaging. The intervener, C.D.R.C., describes the historical treatment of the mentally ill as follows:

For centuries, persons with a mental disability have been systematically isolated, segregated from the mainstream of society, devalued, ridiculed and excluded from participation in ordinary social and political processes.

The above description is, in my view, unfortunately accurate and appears to stem from an irrational fear of the mentally ill in our society.

We believe that although, as Mrs. Oordt has indicated, we view this legislation as progressive in some respects, it is burdened with what Chief Justice Lamer calls the irrational fear of the mentally ill. It is those things that I wish to address. I would like to deal with the positive things as well, but I know the time is limited and I think I should deal first with the criticisms the association has of the legislation.

[Traduction]

Mais les trois bénévoles que nous sommes représentent 30,000 autres bénévoles de tout le pays, et nous avons certaines réserves, notamment à propos des points qui touchent les personnes souffrant de troubles mentaux. Notre conception des troubles mentaux est un peu plus large que celle du groupe qui nous a précédés et qui s'est surtout attardé à la schizophrénie. Nous reprenons à notre compte ce qu'ils ont dit. Nous avons pris connaissance de leur document et nous appuyons un grand nombre de leurs recommandations.

Mais pour nous, les conséquences des troubles mentaux vont plus loin. En effet, environ 20 p. 100 de la population canadienne souffrira à un moment donné de troubles ou de difficultés mentales. Cela comprend évidemment les personnes atteintes de schizophrénie, mais aussi celles qui souffrent de ce que l'on appelle des troubles bipolaires, parfois appelés psychose maniaco-dépressive, de troubles anxieux, de troubles de la personnalité. A cela s'ajoute aussi les toxicomanies et les autres affections qui peuvent faire irruption dans la vie des gens. Ce dernier groupe ne figure peut-être pas dans les 20 p. 100, mais il a une influence considérable sur ce qui se passe dans le reste du pays.

C'est tout ce que j'ai à dire pour le moment, et j'espère que nous pourrions développer ces thèmes plus tard.

Je vais maintenant demander à M. Drewry de commenter notre mémoire et d'évoquer les articles du code qui nous préoccupent.

**M. Richard Drewry (avocat, Association canadienne pour la santé mentale):** L'action de notre association dans ce dossier est le résultat de l'arrêt de la Cour suprême du Canada dans l'affaire Swain. Nous reconnaissons d'emblée que la ministre de la Justice prépare cette loi depuis très longtemps. Pour notre part, nous avons commencé à nous intéresser à la question avec l'affaire Swain.

Il serait particulièrement indiqué, je crois, de citer les propos du juge en chef Lamer lors de l'affaire Swain. Il s'agit d'un court passage: Je cite:

De tout temps, les malades mentaux ont été l'objet d'abus, de négligence et de discrimination dans notre société. L'opprobre de la maladie mentale peut être très lourd à porter. L'intervenant, le CCDPH, décrit ainsi la façon dont les malades mentaux ont été traités dans l'histoire:

Pendant des siècles, les personnes souffrant de déficience mentale ont été systématiquement isolées, placées en marge de la société, dévalorisées, ridiculisées et exclues des processus social et politique normaux.

J'estime que cette description est malheureusement exacte; elle semble venir d'une peur irrationnelle de notre société face au malade mental.

Même si, comme M<sup>me</sup> Oordt l'a indiqué, certains aspects du projet de loi nous semblent progressistes, il est animé par ce que le juge en chef Lamer appelle la peur irrationnelle de notre société face au malade mental. C'est de cela que je veux parler. J'aimerais aussi souligner les éléments positifs, mais comme le temps est limité, je crois qu'il vaut mieux d'abord parler des critiques que nous avons à formuler à l'endroit du projet de loi.

[Text]

This irrational fear appears in the legislation, in our view, in three general areas. One, there is a departure from the traditional rules employed by the adversarial system of criminal justice when it comes to dealing with the mentally disordered. Secondly, the disposition of the mentally ill in some cases is dealt with as if punishment were the goal rather than treatment. Thirdly, the provision of compulsory treatment in a very limited category of cases in the legislation also is a departure from what we believe to be the proper approach to the mentally ill.

• 1045

Details of our critique are in our paper. Perhaps I may touch on those three general areas in a more detailed fashion.

The Supreme Court in the Swain case treated the defence of mental disorder, or as it was called then, the defence of insanity, and stated that it should be dealt with as a defence to the extent possible. We believe that is the correct approach and that the procedural rules adopted with respect to the use of the defence should be consistent with other defences which may be employed by any accused, whether they are mentally disordered or not. It should be an adversarial matter.

We accept the fact that the onus of proving mental disorder should be on the accused. Procedurally, however, if it becomes necessary or desirable in the mind of the accused or his solicitor to raise this as a defence, and if it becomes necessary for them to develop expert evidence on that defence, which is usually the case, then the defence should assemble its evidence as it assembles any evidence. This evidence should be subject to privilege like any evidence assembled by defendants generally. There should be no exception.

The members of the committee may have noted that in the legislation it does talk about protected statements. It provides for a certain privilege, which excludes the use of certain statements made by accused to caregivers during the time of their assessment, and says that in certain cases that can't be used in court. And that's good. But then the legislation goes on and provides so many exclusions that it practically eliminates the privilege. We don't think that should be the case. We think that evidence should be as privileged as any evidence that the defendants assemble in any case, whether they are mentally disordered or not.

Similarly, that goes to the question of whether or not an accused should have to go to an assessment, if he does not choose to do so. We think that question should be left up to the accused. If the accused wishes to avail himself of a mental disorder defence, then he should be the one deciding whether or not that is to happen. It should not be the Crown; it should not be the court. It should be solely the accused. We think that at that stage he should make the decision. If he

[Translation]

Cette peur irrationnelle apparaît selon nous dans trois domaines du projet de loi. Premièrement, quand il s'agit de personnes atteintes de troubles mentaux, on s'écarte des règles traditionnelles de la procédure contradictoire du système de justice pénale. Deuxièmement, la décision concernant la personne atteinte de troubles mentaux, dans certains cas, est prise comme si le châtement, et non le traitement, était le but recherché par le système. Troisièmement, la disposition de traitement obligatoire que prévoit le projet de loi dans une catégorie de cas très limités s'écarte également de ce que nous tenons pour être la bonne façon de traiter les personnes atteintes de troubles mentaux.

Ces critiques sont reprises en détail dans notre texte. J'aimerais pour ma part donner de plus amples détails sur trois questions générales.

Dans l'affaire Swain, la Cour suprême a été saisie de la défense pour cause de troubles mentaux, ou, comme on l'appelait alors, la défense d'aliénation mentale, et a affirmé qu'il fallait la traiter comme s'il s'agissait d'une défense dans toute la mesure du possible. Nous croyons que c'est la bonne façon de faire et que les règles de procédure adoptées pour l'invocation de cette défense devraient être compatibles avec les autres défenses qui pourraient être invoquées par n'importe quel accusé, qu'il soit atteint de troubles mentaux ou non. Nous croyons que la procédure contradictoire devrait s'appliquer ici.

Nous admettons qu'il incombe à l'accusé de prouver qu'il est atteint de troubles mentaux. Du point de vue de la procédure, toutefois, si l'accusé ou son avocat juge nécessaire ou souhaitable d'invoquer cette défense, et s'il leur est nécessaire de produire des témoignages d'experts pour appuyer leur défense, ce qui est généralement le cas, la défense devrait alors réunir sa preuve comme elle réunit n'importe quelle autre preuve. Cette preuve devrait être protégée par la règle de privilège comme toute autre preuve que réunit la défense généralement. Il ne devrait pas y avoir d'exception.

Les membres du comité auront remarqué que le projet de loi mentionne les déclarations protégées. L'article en question prévoit un certain privilège, lequel exclut l'utilisation de certaines affirmations faites par l'accusé aux personnes qui le soignent pendant son évaluation, et il est dit que dans certains cas, ces déclarations ne peuvent être déposées en preuve. Et c'est une fort bonne chose. Mais les dispositions qui suivent prévoient tellement d'exclusions qu'elles éliminent pratiquement ce privilège. Nous croyons que c'est une erreur. Nous croyons que la preuve devrait être protégée par la règle de privilège comme toute autre preuve que réunit la défense dans n'importe quelle autre cause, qu'il s'agisse de personnes atteintes de troubles mentaux ou non.

Ce qui nous amène à poser la question de savoir si l'accusé devrait ou non faire l'objet d'une ordonnance d'évaluation s'il choisit de s'y opposer. Nous pensons que cette question devrait être laissée à la discrétion de l'accusé. Si l'accusé souhaite invoquer lui-même la défense pour cause de troubles mentaux, il devrait être le seul à en décider ainsi. Cette décision ne devrait pas appartenir à la Couronne; elle ne doit pas appartenir non plus au tribunal. C'est une

## [Texte]

raises it as a defence, then fair ball, it should be all right for the Crown to introduce evidence. But the way the legislation now stands, the Crown or the court of its own motion may order an assessment of an accused. We don't think that's appropriate; we don't think it would happen in any other case. It only happens here for some peculiar reason, possibly historical, but seemingly solely because the accused in these particular cases is possibly suffering from a mental disorder.

The second general area is the disposition of accused. That is found principally in section 672.54. Conceptually, from a legal point of view, if an accused is found not criminally responsible by reason of a mental disorder, he should to all intents and purposes, except for the disposition, be treated as if he were not guilty. I suppose the basic rationale for the defence is that the person was incapable of forming the necessary intent that would otherwise be required for successful criminal prosecution.

• 1050

Bearing that in mind, dangerousness of such people should be the sole criterion for further detention, and further detention should only be warranted as long as there is a bona fide effort to treat the patient.

We quite recognize that society must protect itself from dangerous people, whether they be dangerous as a result of mental disorder, or dangerous because they are just bad, or dangerous for any reason. Society has a right and an obligation to protect itself from such people, and that should be the rationale of any disposition under this legislation. That is not entirely clear, and the objectionable part is found in the areas dealing with the dangerous mentally disordered accused which really, to all intents and purposes, treat a disposition not on the basis of the condition of the accused solely but seemingly on the basis of what he supposedly has done, even though he has done that without the requisite criminal intent. We think that is wrong in principle and should not be followed.

We believe the proper approach is basically to recognize the condition of dangerousness as being the sole criterion. We recognize, however, as well that capping does have a useful purpose. One of the main problems of the existing legislation is that accuseds seldom use the defence unless they are charged with a very, very serious offence. The reason for that is because quite often a disposition under the present system is much more harsh, at least in the eyes of the accused and their solicitors, than if they had pleaded guilty, or were convicted normally, without the imposition of the mentally disordered defence. So we think a cap has some useful purpose in minor offences, and a two-year cap is probably a reasonable cap. We think that all minor offences should be subject to a two-year cap, or the maximum sentence that would be provided under that legislation, whichever is the shorter.

## [Traduction]

décision qui revient uniquement à l'accusé. Nous croyons que c'est lui qui doit prendre la décision à ce stade de la procédure. S'il l'invoque comme défense, fort bien; il appartiendra ensuite à la Couronne de déposer sa preuve. Mais à l'heure actuelle, le projet de loi donne à la Couronne ou au tribunal le droit d'émettre une ordonnance d'évaluation pour l'accusé. Nous sommes d'avis que cela est inapproprié; on ne procéderait pas de cette façon dans les autres causes. Cela ne se fait que dans les causes dont nous parlons, pour quelque raison bizarre, qui remonte sans doute à très loin, mais selon toute évidence, on procède ainsi uniquement parce que l'accusé, dans ces cas précis, est peut-être atteint de troubles mentaux.

La décision touchant l'accusé est la seconde question générale que je veux commenter. C'est l'objet de l'article 672.54. Théoriquement parlant, d'un point de vue juridique, si l'accusé fait l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux, il devrait à toutes fins utiles, sauf pour ce qui concerne la décision, être traité comme s'il était innocent. En effet, le principe fondamental d'une défense comme celle-là, c'est que la personne était incapable de former l'intention nécessaire que la Couronne est normalement tenue de prouver pour obtenir un verdict de culpabilité.

Cela dit, la dangerosité de ces personnes devrait être le seul critère d'une détention prolongée, et la prolongation de la détention ne devrait être autorisée que si l'on fait un effort sérieux pour traiter le patient.

Nous admettons parfaitement que la société doit se protéger des personnes dangereuses, que ces personnes soient atteintes de troubles mentaux, qu'elles soient tout simplement méchantes, ou pour toute autre raison. La société a le droit et l'obligation de se protéger de telles personnes, et cela devrait constituer le principe de toute décision aux termes du projet de loi. Cela n'est pas tout à fait clair, et nous nous opposons à ce qu'on prenne, à toutes fins utiles, des décisions concernant les personnes dangereuses atteintes de troubles mentaux, non pas en fonction de l'état de l'accusé uniquement, mais, semble-t-il, en fonction de ce qu'il aurait fait, même s'il a agi sans l'intention criminelle que la Couronne est normalement tenue de prouver. Nous croyons que ce principe est erroné et doit être écarté.

Nous croyons que la seule solution consiste à admettre comme seul critère la dangerosité de la personne. Toutefois, nous admettons aussi que le principe de durée maximale est utile. L'un des principaux problèmes que pose le projet de loi actuel, c'est que l'accusé invoque rarement cette défense à moins d'être accusé d'une infraction très, très grave. Il en est ainsi parce que très souvent, la décision de détention psychiatrique dans le système actuel est beaucoup plus sévère, du moins aux yeux de l'accusé et de son avocat, que s'il avait plaidé coupable ou avait été reconnu coupable normalement, sans l'imposition d'une défense pour cause de troubles mentaux. Donc, nous croyons que la durée maximale est utile pour les infractions mineures, et qu'une durée maximale de deux ans est probablement raisonnable. Nous croyons que toutes les infractions mineures devraient être régies par une durée maximale de deux ans, ou la peine maximale prévue par la loi, en prenant la moindre des deux.

[Text]

With respect to more serious offences, and we would submit that is the minority of the mentally ill who are dangerous, the continuation of dangerousness should be the criterion. There is no particular reason why, when a person enters this system, he should be released while he is still dangerous. On the other hand, he should be released once that condition of dangerousness disappears, and that is not entirely clear in the legislation.

The legislation does provide a good system of appeals and reviews by the board of review. It does not provide clear criteria for ongoing reviews and for when the person should be released. It is more or less silent on that, and that condition can be contrasted to the Parole Act, which provides for certain specific tests that the Parole Board must apply in the case of dangerous offenders under the Criminal Code generally. There is no specific criterion in this legislation instructing the board of review that a patient must be released upon ceasing to be dangerous.

The last thing I would like to comment very briefly on is the provision for compulsory treatment in section 672.58. This is a very, very hard issue. I do not testify before you today claiming to know all the answers to this, but what the legislation provides is that when a person is found unfit to stand trial a court can direct treatment of that accused, the purpose of the treatment being to make the person fit to stand trial. Our association does not believe that is appropriate legislation.

Keep in mind we are not talking about treatment for therapy. We are talking about treatment to enable the criminal trial process to continue. That is an important process, and we recognize that, but we are saying that even more important is the individual's right to refuse treatment, and we do not think that should be violated simply because somebody wishes to continue with a trial and the only way of doing it is to force treatment upon an accused.

The other objection that we have about this is that this sort of approach fails to recognize two things. One, often inmates who are in this condition become fit without any enforced treatment, and two, inmates eventually will succumb to treatment on a voluntary basis in order to get on with their trial if they wish to have their case heard.

• 1055

We think the right of a person, whether an accused mentally disordered or not, to refuse treatment is paramount. We don't think the purpose of compulsory treatment in this particular legislation is sufficient rationale to override that issue.

Those are my comments, Mr. Chairman. Ms Shipper would like to talk very briefly about stigma and so forth as it pertains to the mentally disordered offender.

**Ms Judy Shipper (Educator, Canadian Mental Health Association):** Mr. Chairman, I realize that time is of the essence, but I would like to take a slightly different tack from what has been presented here this morning, and I hope you will bear with me.

[Translation]

Pour ce qui est des infractions plus graves, et nous vous rappelons que les personnes dangereuses atteintes de troubles mentaux ne forment qu'une minorité, le critère décisionnel devrait être la persistance de la dangerosité. Rien ne justifierait la libération d'une telle personne qui demeurerait dangereuse. Par contre, cette personne devrait être libérée dès que prend fin l'état de dangerosité, et le projet de loi n'est pas très clair à ce sujet.

Le projet de loi prévoit un bon dispositif d'appel et d'examen qui fait intervenir la commission d'examen. Encore là, cependant, les critères régissant les examens suivis et la libération des personnes ne sont pas clairs. Le projet de loi est plus ou moins silencieux sur cette question, ce qui contraste avec la Loi sur la libération conditionnelle, où l'on oblige la Commission des libérations conditionnelles à appliquer des critères précis dans le cas des contrevenants tenus pour dangereux aux termes du Code criminel. Ce projet de loi ne prévoit aucun critère précis obligeant la commission d'examen à libérer un malade dès qu'il cesse d'être dangereux.

Ma dernière observation, qui sera très brève, porte sur la disposition de traitement obligatoire de l'article 672.58. C'est une question extrêmement complexe. Nous ne prétendons nullement posséder toutes les réponses à cette question, mais aux termes du projet de loi, lorsqu'une personne est tenue pour inapte à subir son procès, le tribunal peut rendre une décision prévoyant le traitement de l'accusé, l'objectif de ce traitement étant de rendre l'accusé apte à subir son procès. Notre association est d'avis que cette disposition est erronée.

Rappelez-vous que ce traitement n'a pas d'objectif thérapeutique. Ce traitement n'a pour but que de permettre le déroulement du procès criminel. C'est une question importante, nous l'admettons, mais nous sommes convaincus que le droit de la personne de refuser le traitement est encore beaucoup plus important, et nous ne croyons pas que ce droit doit être violé seulement parce que quelqu'un veut que le procès ait lieu, et que la seule façon de le faire, c'est d'imposer la thérapie à l'accusé.

Autre chose: nous nous opposons à cette façon de faire parce qu'elle méconnaît deux facteurs. Premièrement, souvent les détenus qui sont dans cette condition deviennent aptes sans qu'il y ait traitement obligatoire; deuxièmement, ces détenus finissent par se prêter au traitement afin que leur procès ait lieu et qu'ils puissent se faire entendre.

Nous croyons que le droit de la personne, qu'il s'agisse d'une personne atteinte de troubles mentaux ou non, de refuser le traitement est d'une importance primordiale. Nous ne croyons pas que l'objectif du traitement obligatoire prévu par ce projet de loi constitue une raison suffisante d'occulter ce principe.

J'en ai terminé, monsieur le président. M<sup>me</sup> Shipper aimerait maintenant vous parler brièvement de la stigmatisation des contrevenants atteints de troubles mentaux.

**Mme Judy Shipper (éducatrice, Association canadienne pour la santé mentale):** Monsieur le président, je sais que nous avons fort peu de temps, mais j'aimerais développer une perspective qui diffère de celle que vous avez entendue ce matin, et j'ose compter sur votre indulgence.



## [Texte]

First of all, I would like to thank you on behalf of my Legal Issues Committee in B.C. for being allowed to come before you. We have waited five years to talk to the decision-makers. I would like to thank you personally because I have waited nine years to be here, ever since 1982.

I would like to take a few minutes to try to put a human face to Bill C-30. You have some important decisions to make today, and I think the more you know about the people about whom you are making these decisions, the better.

I am a high school English teacher. I was hired by the Ministry of Health in 1982 to work at Riverview Hospital and the Forensic Psychiatric Institute as the teacher in those places. When I first started working at Riverview and at FPI, I knew nothing about mental illness, absolutely nothing. For the first three days on the job, I hid in my schoolroom, frightened at the noises I heard and the people I saw, not really knowing how to relate to them.

Gradually, as I spent more and more time with the patients, that began to change. Not only did that change, but I began to change as well. As I got past the strange noises and odd behaviours, I gradually came to see the people behind all the myths and misconceptions. I saw the loneliness they lived with daily. I felt the isolation and lack of connectedness that is often a result of mental illness. I listened to the despair they often confronted me with.

In short, the relationships I developed over the years with those patients have had a profound impact on me. That is why I do volunteer work with CMHA, and that's why I am here today, to share with you some of the faces and voices of the patients I worked with who were my ex-students.

I can give you a running itinerary here of names of people I have worked with. Trevor and Brian, Jill—a gifted young woman who, during a mini-course on self-esteem, ran out of the room when I suggested that perhaps we all had parts of ourselves we were proud of and would like to share. She didn't think so.

I remember Barry and his clumsy efforts to thank me for helping him learn how to read. There was Norman, a brilliant young man who actually preferred his world of delusions to the real world. I remember Yuri, a Czechoslovakian physician who told me about his story. He came to this country to try to start a new life and had a breakdown because he couldn't understand English or our culture.

I remember John, whom the other patients called the slob of the institute. On the day we were going to the symphony, he appeared dressed in a suit and quite amazed everyone. I especially remember Alfred, an older gentleman who used to wander into my schoolroom and discuss with me the meaning of life and the existence of God. I remember those chats with great fondness.

These are just a few of the people I came to know and care about. When I left the institute in 1986, I left because I was having a great deal of difficulty trying to do my job and yet seeing the pain a lot of the patients were in, in that place.

## [Traduction]

D'abord, au nom du Comité des questions juridiques de la Colombie-Britannique, je vous remercie de m'avoir invitée. Nous avons attendu cinq ans pour parler aux décideurs. Je tiens à vous remercier personnellement, parce que j'ai attendu neuf ans pour être entendue, depuis 1982.

J'aimerais d'abord prendre quelques minutes pour mettre un visage humain sur le projet de loi C-30. Vous avez des décisions importantes à prendre aujourd'hui, et je pense qu'il est bon d'en savoir le plus possible sur les gens qui seront touchés par ces décisions.

J'enseigne l'anglais au secondaire. En 1982, j'ai été engagée par le ministère provincial de la Santé pour enseigner l'anglais à l'hôpital Riverview et à l'Institut de psychiatrie médico-légale. À mon arrivée à Riverview et à l'Institut, je ne savais rien, absolument rien, des maladies mentales. Les trois premiers jours de mon affectation, je me cachais dans ma classe, j'avais peur des bruits que j'entendais et des personnes que je voyais, je ne savais pas quoi faire.

Mais les contacts avec les patients ont opéré un changement graduel. Non seulement l'atmosphère a changé, mais je me suis mise à changer moi aussi. Une fois passé le choc des bruits étranges et des comportements singuliers, je me suis mise à voir les personnes que cachaient les mythes et les fausses conceptions. J'ai vu la solitude dans laquelle ils vivaient tous les jours. J'ai ressenti comme eux l'isolement et l'aliénation qui sont souvent la conséquence de la maladie mentale. J'ai écouté les discours désespérés qu'ils me tenaient souvent.

En bref, les rapports que j'ai développés avec ces patients au fil des ans ont eu un effet profond sur moi. C'est la raison pour laquelle je me suis engagée comme bénévole dans l'A.C.S.M., et c'est la raison pour laquelle je me trouve ici aujourd'hui, car je veux que vous vous représentiez les visages et les voix des patients qui ont été mes étudiants.

Je tiens même à dire leur nom. Il y avait Trevor et Brian, il y avait Jill: une jeune femme douée qui, dans un mini-cours sur l'estime de soi, s'est sauvée de la classe quand j'ai dit que nous avions peut-être tous des parties de nous-mêmes dont nous étions fiers et que nous voulions faire connaître aux autres. Elle n'était pas de mon avis.

Je me souviens de Barry, à qui j'ai enseigné à lire, et de ses efforts maladroits pour me remercier. Il y avait Norman, un jeune homme brillant qui préférait son monde d'illusions au monde réel. Je me souviens de Yuri, un médecin tchécoslovaque qui m'a raconté sa vie. Il était venu au Canada pour refaire sa vie et avait fait une dépression parce qu'il ne pouvait comprendre l'anglais ou notre culture.

Je me souviens de John, dont les mauvaises manières étaient légendaires parmi les autres patients de l'Institut. Un jour, nous sommes allés entendre l'orchestre symphonique, et il nous est apparu vêtu en gentleman; personne n'en revenait. Je me souviens surtout d'Alfred, un monsieur âgé qui venait me voir dans ma classe pour discuter du sens de la vie ou de l'existence de Dieu. J'ai un très beau souvenir de ces conversations.

Ce ne sont là que quelques exemples des personnes que j'ai apprises à connaître et à aimer. Quand j'ai quitté l'Institut en 1986, c'était parce que j'éprouvais beaucoup de difficulté à accomplir mon travail tout en voyant la misère dans laquelle



## [Text]

I now work for the Vancouver School Board, but I maintain close contact with several of my ex-students. My concern for them and for all the patients at the institute continues to be as strong as ever.

Several of the patients sit on the Legal Issues Committee that I chair, and they have provided us with valuable insights into the legislation as it currently exists and the impact it has had on their lives. They come to my home for birthday parties; we celebrate them four or five times a year. They come for Christmas dinners. In the summer we have barbecues and we play baseball. We have even gone on sailing trips. I really wish that you as members of this committee could see the photograph that I have of the young man named Bruce sitting in the cockpit of a sailboat with my two nieces laughing and trying to line a fishing rod, and compare it to the picture of that same young man that was flashed across the pages of *The Vancouver Sun* when he received his level 1 modification a few months ago. The difference is as great as day and night.

• 1100

I understand the myths and the stereotypes that surround people with a mental illness. I used to believe in them, too. I understand the fears that people have of the mentally ill. I used to share them. But there are real people behind the labels, people who need our care and our understanding.

It is within this context that I hope you will let me comment for a moment on the lack of patient representation at these hearings. The Canadian Mental Health Association has always believed in consumer input and participation. Both the B.C. and the Alberta legal issues committee have consumers as members, and we have learned a great deal from them. It really concerns me that there is no patient here today. I wish there were, but they are not here, so we have listed the concerns in our brief to you. We have consulted with them at great length. I hope you will listen to them and adopt them, because their concerns are our concerns too.

**The Chairman:** Thank you very much for very comprehensive recommendations and a touching story.

**Mr. Rideout:** I have just one silly question at first, which will betray my ignorance. What is level 1 modification?

**Ms Shipper:** Oh, I am sorry. I guess it is different in the different provinces.

Level 1 modification is the first modification to a Lieutenant Governor's warrant that allows the patient to have daily outings into the community to pursue educational or vocational goals, and then he returns to the institute at night. It is the first re-entry stage into the community.

## [Translation]

se trouvaient nombre de patients. J'enseigne maintenant au conseil scolaire de Vancouver, mais j'ai maintenu des relations étroites avec plusieurs de mes anciens élèves. La volonté que j'ai de leur venir en aide, à eux et à tous les patients de l'institut, n'a jamais fléchi.

Plusieurs de ces patients siègent au Comité des questions juridiques que je préside, et ils nous ont permis de mieux comprendre la législation actuelle et l'impact qu'elle a eu sur leur vie. Ces patients viennent fêter leur anniversaire chez moi; nous nous rencontrons quatre ou cinq fois par année. Nous fêtons Noël ensemble. L'été, nous organisons des barbecues et des matchs de baseball. Nous avons même fait des randonnées en voilier ensemble. Il serait bon, en tant que membres du comité, que vous ayez l'occasion de voir la photo que j'ai de ce jeune homme du nom de Bruce assis à la barre d'un voilier avec mes deux nièces, riant tous les trois alors qu'ils essaient de mettre le fil sur une canne à pêche, et de la comparer avec la photo de ce même jeune homme qui est parue à la une du *Vancouver Sun* lorsque, il y a quelques mois, on lui a consenti une modification de niveau I. Depuis, c'est le jour et la nuit.

Je connais bien les mythes et les stéréotypes auxquels ont donné lieu les personnes atteintes de troubles mentaux. Il n'y a pas tellement longtemps, je les partageais. Je comprends qu'on puisse craindre les personnes atteintes de troubles mentaux. J'ai moi-même éprouvé ce sentiment, mais le diagnostic, l'étiquette, risquent de cacher l'être humain ainsi classé, un être humain qui a besoin de notre compréhension et de soins attentifs.

Voici un peu le contexte dans lequel je voudrais placer mon intervention, car les patients, eux, ne sont pas représentés à ces audiences. L'Association canadienne pour la santé mentale a toujours été favorable à une participation des intéressés eux-mêmes. Les comités des questions juridiques de la Colombie-Britannique et de l'Alberta ont accueilli des patients en leur sein, et leur participation nous a beaucoup appris. C'est pourquoi je suis un peu troublé de ne voir aucun patient ici aujourd'hui. J'aurais aimé qu'il en soit autrement, mais les choses étant ce qu'elles sont, nous avons dans notre mémoire exposé les préoccupations que nous partageons avec eux. Nous en avons longuement parlé avec les patients eux-mêmes. J'espère que vous accueillerez nos commentaires et que vous y donnerez suite, car il s'agit, je pense, de préoccupations qui nous sont communes.

**Le président:** Je vous remercie des recommandations très complètes que vous nous avez transmises et de cette touchante histoire que vous nous avez racontée.

**M. Rideout:** Je prends le risque, dès le départ, de vous poser une question qui va sans doute trahir mon ignorance. Qu'est-ce qu'une modification de niveau 1?

**Mme Shipper:** Oh, excusez-moi. Je pense que cela varie d'une province à l'autre.

Une modification de niveau 1 est la première modification apportée à un mandat du lieutenant-gouverneur qui accorde au patient le droit de quitter, pendant la journée, l'établissement où il est placé afin de suivre des cours ou des stages de formation. Le patient rentre à l'établissement le soir. Il s'agit d'une première étape dans ce processus de réinsertion sociale.

[Texte]

**Mr. Rideout:** Perhaps I can go one step further. Why was that on the front page of the Vancouver newspaper? Maybe you could just give a little background so I can understand why you made the comment.

**Ms Shipper:** Bruce Blackman is the young man in question. He is a member of our Legal Issues Committee. The nature of his crime is such that it is constantly brought up in the media. Whenever there are horrendous crimes committed in society, Bruce's name is flashed across the front pages. It is with great regret that we see this happen, because it is totally not in the proper context. It is without any validity whatsoever, but it is sensationalism on the part of the media, and it certainly perpetrates a myth that we have to end.

I know Mr. Waddell has met Bruce when he met with us, in May I believe it was, on our Legal Issues Committee. I think he could attest to the fact that Bruce is a fine young man and perfectly well, who just received level 1, and hopefully this will be his first step out. It has taken him a long, long time to reach that level, solely because of the nature of his crime and the public outcry and political expediency.

**The Chairman:** Is Mr. Blackman on medication now?

**Ms Shipper:** Not to my knowledge.

**The Chairman:** He is not on medication.

**Ms Shipper:** He has been very well for the last five or six years.

**The Chairman:** Okay, fine.

**Ms Shipper:** For the last five or six years he has been highly recommended by the institute, his treatment team and the review board to receive level 1, but has consistently been turned down because of political pressures.

**Mr. Rideout:** Listening to what you had to say in reviewing your brief, obviously you are championing the cause of the individual and the patient and those involved. At this level we face the challenge of trying to educate the public and to present that side, but at the same time to offer to the general public some confidence that there is protection, that society is in a general sense being looked at.

As you review the legislation, did you see anything we can utilize to present to the general public that the suggestions you make will not leave society unprotected?

• 1105

**Mr. Drewry:** I think if the board of review was instructed in the legislation to regard dangerousness as being the important thing—and that goes both ways. If a person, in their eyes, continues to be dangerous, he should not be

[Traduction]

**M. Rideout:** Permettez-moi de poursuivre sur cette lancée. Pourquoi cette affaire a-t-elle fait la une du journal de Vancouver? Pourriez-vous nous expliquer un petit peu le contexte, afin que je puisse mieux comprendre ce que vous nous avez dit?

**Mme Shipper:** Le jeune homme en question s'appelle Bruce Blackman. Il est membre de notre Comité des affaires juridiques. La presse évoque souvent son cas, étant donné la nature de l'infraction qu'il a commise. Chaque fois que quelqu'un commet un crime horrible, on retrouve le nom de Bruce sur la première page des journaux. Nous le déplorons d'autant plus qu'on n'en voit guère la pertinence. Le rappel est trompeur et ne fait que servir l'appétit de la presse pour le sensationnel. Le pire, c'est que cela perpétue l'existence d'un mythe auquel il conviendrait de mettre fin.

M. Waddell a eu l'occasion de rencontrer Bruce, au mois de mai je pense, lorsqu'il s'est réuni avec les membres de notre Comité des questions juridiques. Il pourra, je crois, nous dire que Bruce est un jeune homme tout à fait présentable, qui semble complètement rétabli et à qui on vient de consentir une modification des conditions de détention. Je pense que ce n'est, pour lui, que la première étape d'une réinsertion complète. Il lui a fallu beaucoup de temps pour en arriver là, simplement à cause de la nature de son crime, des réactions de l'opinion publique et de considérations politiques.

**Le président:** M. Blackman suit-il un traitement pharmaceutique?

**Mme Shipper:** Je ne le pense pas.

**Le président:** Il ne suit donc aucun traitement pharmaceutique?

**Mme Shipper:** Il est complètement rétabli depuis au moins cinq ou six ans.

**Le président:** Ah bon.

**Mme Shipper:** Depuis cinq ou six ans, l'institut, l'équipe soignante et la commission d'examen recommandent qu'on lui accorde une modification de niveau 1, mais des considérations d'ordre politique y ont toujours fait obstacle.

**M. Rideout:** Il ressort de ce que vous nous avez dit dans votre exposé que vous vous êtes faits les défenseurs de l'individu, du patient et des personnes en cause. Il ne va pas être facile d'éduquer le public, de lui exposer l'envers de la médaille, si vous voulez, tout en le persuadant que la protection de la société sera assurée.

Dans votre examen de l'ensemble des dispositions législatives, avez-vous trouvé des éléments que nous pourrions reprendre et présenter à l'opinion publique afin de la convaincre que les idées et les mesures que vous prônez n'auront pas pour effet d'accroître la vulnérabilité de nos citoyens?

**M. Drewry:** Je pense que le texte est explicite: la commission d'examen doit avant toute chose tenir compte de la dangerosité de l'intéressé—or, cela semble protéger à la fois la société et l'individu concerné. Si, aux yeux de la

[Text]

released, subject to our comments regarding capping for minor offences; but on the other hand, he should be released if he ceases to be dangerous. I think that is all you can do. Otherwise, what you are into is an indeterminate situation and that is not going to be acceptable to the courts, I do not believe, although it hasn't really been decided.

**Mr. Rideout:** Right.

**Mr. Drewry:** I do not think that is going to solve any problems. It is going to stack people up and the institutions are going to be full, and so forth.

**Mr. Rideout:** I have a couple of other quick questions, and one in that particular area. If you set up a system so that all of the rights rest with the patient or with the accused, depending on how you want to refer to it, how is the court or how is the system going to be aware of his dangerousness?

**Mr. Drewry:** The court should not be aware, unless he chooses to introduce it, and that is the point. It is like any defence, the court is not aware of any defence that defence counsel consider but decline to introduce, and there is no reason why a mental disorder should be treated any differently. I am assuming that he has counsel, and that is typically the situation.

**Mr. Rideout:** If we assume that a crime has been committed, because obviously he is coming within that system and therefore somebody has been damaged in some way, shape or form, how do we then determine whether the person will or will not repeat that offence, if all of the options are left with him or her?

**Mr. Drewry:** There are only two or three possible outcomes: one, he is convicted as a normal criminal, in which case he goes to a penitentiary; two, he is found not guilty, on the basis that he simply did not commit the act, in which case he should not be in prison; and three, he is not criminally responsible, by reason of mental disorder. That, if introduced by the accused, results in a disposition under the legislation, which we think is basically a sound procedure.

**The Chairman:** Mr. Rideout, Mr. Waddell has to leave in about five or 10 minutes, for a short time. Could we have Mr. Waddell ask a couple of questions? We will come back to you.

**Mr. Rideout:** They have been flushed from victory in the last week or so; we might as well let them flush some more.

**Mr. Waddell (Port Moody—Coquitlam):** I thank him. I have to go and make a submission on the Milgaard case.

It is hard for me to resist making some comment. I was just going to say that—

[Translation]

commission, une personne demeure dangereuse, il convient de ne pas la libérer, sous réserve bien sûr des observations que nous avons faites touchant la durée maximale des périodes d'internement pour des infractions mineures. Si, cependant, la personne n'est plus dangereuse, il convient de la libérer. Je ne vois guère comment il pourrait en être autrement. Sans cela, on tombe dans une situation floue à laquelle les tribunaux ne sauraient se résoudre, bien que la question n'ait pas encore été, je crois, tranchée.

**M. Rideout:** Exact.

**M. Drewry:** Je ne pense pas que cela va nous permettre de résoudre les problèmes. Cela n'aura pour effet que d'empiler dans les établissements spécialisés un plus grand nombre de personnes, avec toutes les difficultés que l'on peut imaginer.

**M. Rideout:** J'aimerais poser une ou deux brèves questions, dont une sur ce point précis. Dans la mesure où vous créez un système où seul le patient ou l'accusé a des droits, comment les tribunaux ou l'ensemble des organes constitués vont-ils pouvoir connaître la dangerosité de la personne en cause?

**M. Drewry:** Et justement, le tribunal n'a pas à en connaître, à moins que l'intéressé ne choisisse, lui-même, d'évoquer la question. C'est comme tout autre moyen de défense: le tribunal n'a pas à connaître d'un moyen de défense que l'avocat de l'accusé a envisagé, mais qu'il a fini par écarter. Il n'y a aucune raison de traiter de manière différente les troubles mentaux. Je suppose, bien sûr, que dans un pareil cas, l'accusé a retenu les services d'un avocat, ce qui est d'ailleurs effectivement le cas en général.

**M. Rideout:** Supposons qu'un crime est donc un préjudice causé à quelqu'un; comment décider si la personne qui a causé ce préjudice va ou non le refaire si on lui permet de choisir entre toute une gamme de solutions possibles?

**M. Drewry:** Il y a en fait deux ou trois issues possibles: la première est qu'il soit condamné comme le serait un criminel ordinaire; dans ce cas-là, il sera envoyé dans un pénitencier; il se peut, par contre, que le tribunal ne le déclare pas coupable, estimant qu'il n'a pas commis l'acte qui lui est reproché, et dans ce cas-là, il ne doit pas, bien sûr, être mis en prison. Troisièmement, il se peut qu'on ne puisse pas retenir sa responsabilité criminelle dans la mesure où il est atteint de troubles mentaux. Invoqué par l'accusé, ce moyen de défense entraîne une décision prise dans le cadre des dispositions législatives, qui semblent offrir un certain nombre de garanties.

**Le président:** Monsieur Rideout, M. Waddell va devoir nous quitter dans cinq ou 10 minutes, enfin, s'absenter brièvement. Pourrions-nous lui donner l'occasion de poser quelques questions? Vous pourrez reprendre la parole après son intervention.

**M. Rideout:** Laissons-les jouir à nouveau des succès dont ils jouissent depuis plus d'une semaine.

**M. Waddell (Port Moody—Coquitlam):** Je le remercie. Je dois, en effet, aller présenter des arguments dans le cadre de l'affaire Milgaard.

J'ai du mal à ne pas ajouter quelque chose sur ce point, mais j'allais dire...

[Texte]

**The Chairman:** Never mind.

**Mr. Waddell:** It is nice to not be celebrating moral victories.

**The Chairman:** Please get on with the question.

**Mr. Rideout:** Generosity is returned in such fashion.

**Mr. Waddell:** I know.

My friend has covered some of the matters. First of all, I would like to say—and I am sure I am speaking on behalf of the committee—we are aware you are volunteers and that you represent 30,000 people. If I could give out Orders of Canada, I think I would give every one of the 30,000 one of those Orders. I think you do an incredible job—

**Ms Oordt:** Thank you.

**Mr. Waddell:** —and we should really acknowledge that, and it is not an easy job. I want to acknowledge Judy Shipper from British Columbia. It was a very eloquent presentation and I think some of the things you receive with your patients you got over to us.

I want to ask two questions. One is to Mary, and it is not technically in this bill, but you raised it. You say that we have downsized our institutions but that we do not have any adequate community resources. I was in Washington, D.C., and I saw some of the people on the streets. In American cities, they are Reagan-outs. They come out of institutions and a lot of them are in the streets. I don't want to see that happen in Canada.

Should there be something going with this bill, other than just the legal aspects when we are dealing with mental health? In your opinion, do we really need a follow-up in terms of either other institutions or other resources? Could you say something about that?

• 1110

**Ms Oordt:** We need more community resources to help people who have mental illness, so that they are not back with their illness again. Many of these illnesses have a cyclical character to them, but in terms of a legal system where people are into difficult... A high percentage of people in our provincial jails are there because of violations of the law. I do not think they are wrongly accused necessarily, but there is not a lot of questioning about what else was going on in their lives and who could have helped to support them. So family and peer support and that kind of thing is very helpful.

Through the parole system, I think it would be very helpful to identify and help people who have a lot of difficulty, people who otherwise might not want to receive treatment. Of course, in this country we have the freedom to

[Traduction]

**Le président:** Peu importe.

**M. Waddell:** Sans doute est-il agréable de ne pas célébrer des victoires morales.

**Le président:** Venez-en, je vous en prie, à votre question.

**M. Rideout:** Voyez comme est récompensé le geste généreux.

**M. Waddell:** Je sais.

Mon collègue a déjà évoqué certaines de ces questions. J'aimerais, en premier lieu—et je suis certain en cela de pouvoir parler au nom du comité—rappeler que vous êtes des bénévoles et que vous parlez au nom de 30,000 personnes. Je pense que s'il ne tenait qu'à moi, je conférerais à chacune de ces 30,000 personnes l'Ordre du Canada. Vous accomplissez un travail formidable...

**Mme Oordt:** Nous vous remercions.

**M. Waddell:** ...et il faut, je pense, le reconnaître, car ce n'est pas une tâche facile. Je tiens donc à féliciter Judy Shipper, de la Colombie-Britannique. Elle nous a parlé avec une grande éloquence, et je pense que vous avez réussi à faire passer certaines des choses que vous avez pu apprendre de vos patients.

J'ai deux questions à poser. La première, je voudrais l'adresser à Mary. Elle ne se rattache pas strictement au projet de loi, mais vous l'avez évoquée. Selon vous, donc, nous avons réduit la taille de nos établissements, mais ce qu'on appelle la «communauté» ne dispose pas des ressources nécessaires pour prendre la relève. J'ai visité la ville de Washington et j'ai vu là des sans-abri. Dans les villes des États-Unis on peut, effectivement, voir un grand nombre de personnes qui, dans le cadre de la politique adoptée par l'administration Reagan, sont sorties des établissements psychiatriques et se retrouvent, nombreux, à la rue. Je ne voudrais pas que cela se produise ici.

En matière de santé mentale, devrait-on inclure, dans ce projet de loi, des dispositions autres que les dispositions juridiques qui en forment l'essentiel? Estimez-vous qu'il faudrait compléter le dispositif soit en créant d'autres établissements, soit en libérant d'autres ressources? Qu'en pensez-vous?

**Mme Oordt:** Il faudrait, en effet, multiplier les ressources permettant aux diverses communautés de prendre en charge les personnes atteintes de troubles mentaux afin de ne pas recréer les conditions qui avaient, dès le départ, favorisé chez eux le déclenchement de ce genre d'état. Souvent, les troubles mentaux sont de nature cyclique, mais dans le cadre de notre dispositif juridique, les gens qui éprouvent... Parmi la population carcérale des établissements provinciaux, on trouve une forte proportion de gens qui ont enfreint la loi. Je ne pense donc pas nécessairement que c'est à tort qu'ils se trouvent là, mais c'est un fait que, souvent, on ne cherche pas à comprendre les circonstances qui les ont poussés à tel ou tel comportement ou les moyens qui auraient permis de leur apporter, à temps, le soutien nécessaire. Je crois beaucoup à la famille, à l'appui des amis, enfin, au soutien du milieu.

Le système des libérations conditionnelles pourrait nous permettre de signaler les personnes éprouvant des difficultés particulières et de les aider en temps utile. Cela permettrait de repérer des gens qui refuseraient tout traitement. Bien

[Text]

determine whether we want to or not, but at least it should be made available to people and they should be aware of what is available. As well, there should be a wider selection of things available, not just one group home or one therapist as the only person they can go see. Within the population we are talking about, the mentally disordered, it is very tricky and difficult because people have the right to make decisions about how they will live.

I think our society has to have some tolerance for differences between people. We must recognize that people who end up in our judicial system sometimes, yes, broke the law, but there are many other questions that need to go along with that, and it doesn't have to do with homelessness. It has to do with our attitude toward somebody who acts out in a different way. I don't know if that answers it completely—

**Mr. Waddell:** That answers it a bit but I am still concerned. People on the street in the United States are pretty aggressive—I have never seen anything like it—

**Ms Oordt:** That's right.

**Mr. Waddell:** —and I do not want to see it happen in Canada.

**Ms Oordt:** We have two things in our favour. We have a safety net that they do not have, and we have winter. People die on our streets in winter, so certainly we have not escaped it. A high percentage in the United States—I think the same is true here, although we do not have the research to prove it—40% or more of the people living on our streets are former psychiatric patients.

**Mr. Waddell:** On the Blackman case and the Swain case, one of the things Swain had going for him was that he was charged with shoplifting or some minor offence. Was it not a minor offence?

**Mr. Drewry:** It was for assaulting his wife.

**Mr. Waddell:** It was for assaulting his wife and he was locked up for a long time and so that is unfair. The punishment does not fit the crime, whereas with Blackman. . . I met with your group and Blackman seemed very sane to me. He said he wished he had been helped at a young age when he had his mental problems, but the fact is that he did kill six members of his family.

It is hard for the public to accept a person suddenly being released. The old-fashioned notion of retribution is still in our criminal law. Do you want to make any comment about how we deal with that?

[Translation]

sûr, ici, chacun a le droit de ne pas se soumettre à un traitement, mais je pense qu'on devrait tout de même être en mesure de le proposer, et les intéressés devraient savoir que les moyens sont là. Il conviendrait, également, d'accroître les moyens afin que l'intéressé puisse choisir entre plusieurs foyers collectifs et plusieurs thérapeutes. Le problème est assez épineux parce qu'il s'agit de personnes atteintes de troubles mentaux, car ces personnes conservent dans une grande mesure leur autonomie et donc le droit de prendre ou de refuser de prendre des décisions touchant la manière dont elles vont vivre.

Notre société doit faire preuve d'une certaine tolérance vis-à-vis des différences entre individus. Il faut bien reconnaître que les personnes qui ont des démêlés avec la justice ont parfois effectivement enfreint la loi, mais il faut également chercher à éclaircir un certain nombre d'autres questions liées à cet état de fait, et le problème des sans-abri ne représente qu'un aspect d'un problème beaucoup plus large. Il s'agit de l'attitude de la société envers ceux qui ont un comportement différent. Je ne vais pas dire que cela répond complètement à . . .

**M. Waddell:** C'est tout de même un élément de réponse, mais la question continue à me préoccuper. Aux États-Unis, les sans-abri peuvent se montrer assez agressifs—je n'ai jamais vu cela autre part. . .

**Mme Oordt:** En effet.

**M. Waddell:** . . . et je ne voudrais pas que cela se produise au Canada.

**Mme Oordt:** Nous avons, au Canada, deux avantages qui n'existent pas aux États-Unis. Nous avons, en premier lieu, une politique sociale qui permet d'éviter aux individus le dénuement complet et, aussi, nous avons l'hiver. L'hiver, il y en a qui meurent de froid et, donc, je ne prétends pas que nous ayons réussi à éviter le pire. Aux États-Unis, une forte proportion—et je crois qu'il en est de même ici, bien que nous n'ayons pas les recherches permettant de le démontrer—au moins 40 p. 100 des sans-abri ont suivi un traitement psychiatrique.

**M. Waddell:** Pour en revenir un peu aux affaires Blackman et Swain, un des points qui ont compté en faveur de Swain, c'est qu'il était accusé de vol à l'étalage ou d'une quelconque infraction sans gravité. Ne s'agissait-il pas, en effet, d'une infraction sans gravité?

**M. Drewry:** Il était accusé de voies de fait sur la personne de sa femme.

**M. Waddell:** Il s'était donc livré à des voies de fait sur la personne de sa femme, et on l'a enfermé pendant longtemps, ce qui a paru injuste. Il n'y avait pas d'équilibre entre le châtement et le crime, alors que dans l'affaire Blackman. . . J'ai rencontré les membres de votre groupe et, effectivement, Blackman m'a semblé tout à fait sain d'esprit. Il regrettait de ne pas avoir été aidé dans sa jeunesse, alors qu'il éprouvait des problèmes psychiatriques, mais c'est un fait qu'il a tué six membres de sa famille.

Or, pour l'opinion publique, il est difficile d'accepter qu'une telle personne soit du jour au lendemain libérée. La vieille idée de châtement n'a pas été abandonnée par notre droit pénal. Avez-vous des idées quant à la manière dont nous pourrions aborder cet aspect-là du problème?

[Texte]

**Ms Shipper:** Education is sorely needed. When I first met Bruce I was afraid, but I got to know him and began to recognize the cause of what had happened. His was a drug-induced psychosis and he freely admits that if he ever gets the chance he will become the greatest advocate against substance abuse going, because he recognizes what has happened to him.

It is an offence that he lives with daily. He has told me that. He does not escape at all in that regard. I think it's important to note that once he was off the drugs and on medication for a while, he became stabilized and worked his way through the system. He has been as sane as you or I for the last few years, but he is living in an insane place.

I don't know how to begin to address public perception. I have great concerns about the media and the way they represent people with mental illness. It is highly unfair and I think that is why the Canadian Mental Health Association has education and advocacy as one of its mandates.

• 1115

I have a quick note in response to that. I did take one media person with me out to the institute several years ago, and she met Bruce, and hers was the only article in *The Vancouver Sun* during that whole week that tried to remedy the effects of what the other articles were doing.

I think if people have knowledge and they have access, and they can get questions answered, they make the right choices.

**Mr. Waddell:** Mr. Drewry, you made reference to all the legal aspects, which I will not get into. Is there any danger that this bill could be declared against the Charter by the Supreme Court? I would not want to see that happen. We would have to start all over again.

**Mr. Drewry:** I think it is possible. I do not think there is anything specific in the Swain decision which would say this legislation is unconstitutional. The Swain case says that it is up to the defendant to defend himself, and that deals with introduction of evidence. It does not necessarily deal with compulsory assessments or compulsory treatments. None of that is dealt with by the Supreme Court. I am sure it will be challenged.

**Mr. Thacker:** Mr. Chairman, I would like to thank Mary Oordt, who is very well-known in Lethbridge and highly respected, for coming here and sharing her views with us.

Would you describe for us what consultations, if any, your association had with the bureaucrats who developed this bill. As you know, it has been in the mill for many years, and as a result of the Swain case, it has been speeded up dramatically. What consultations and input have you had at the bureaucratic level?

[Traduction]

**Mme Shipper:** Il faudra beaucoup faire sur le plan pédagogique. Lorsque, pour la première fois, j'ai rencontré Bruce, j'avais peur, mais j'ai appris à le connaître et commencé à voir comment tout cela avait pu se produire. Il était atteint d'une psychose provoquée par les drogues qu'il consommait à l'époque, et il reconnaît aujourd'hui volontiers que si, un jour, il en a l'occasion, il s'opposera farouchement à la drogue, ayant vu les ravages que cela avait provoqués chez lui.

Tous les jours il est donc confronté, à l'intérieur de lui-même, à l'acte qu'il a commis. Cela, il me l'a dit. Donc, de cela, il n'est pas libéré. Il est important de rappeler qu'après avoir abandonné la drogue et commencé un traitement pharmaceutique, son état s'est stabilisé, et il a pu franchir les divers paliers du processus institutionnel. Depuis plusieurs années, il est aussi sain d'esprit que vous ou moi, mais continue à vivre dans un asile.

Je ne vois pas très bien par quel moyen nous pourrions aborder le problème de l'opinion publique. La presse et sa manière de présenter les personnes atteintes de troubles mentaux me préoccupent beaucoup. Je trouve que les médias se comportent de manière injuste, et c'est sans doute pourquoi l'Association canadienne pour la santé mentale consacre une partie importante de ses efforts à la pédagogie et à la défense des droits et des intérêts des personnes atteintes de troubles de cette nature.

J'aimerais faire un commentaire rapide sur ce point. Il y a plusieurs années, j'ai amené une journaliste à l'institut. Elle a rencontré Bruce et, cette semaine-là, son article était le seul publié par le *Vancouver Sun* venant un peu compenser l'effet de tous les autres articles.

Je pense que si l'on donne aux gens accès à l'information, si on répond à leurs interrogations, ils ont tendance à voir les choses de manière objective.

**M. Waddell:** Monsieur Drewry, vous avez parlé des aspects juridiques de la question, et je n'y reviendrai pas, mais je me demande si on ne risque pas de voir la Cour suprême déclarer des dispositions du projet de loi contraires à la Charte. Or, je ne voudrais pas voir cela arriver. Il nous faudrait tout reprendre à zéro.

**M. Drewry:** C'est effectivement possible. Je ne pense pas que l'arrêt Swain fasse état de principes précis permettant d'invalider le texte de loi en question. Selon l'arrêt Swain, c'est au défendeur qu'il revient de se défendre, et cela concerne l'ensemble des questions liées à la présentation de la preuve. Cela ne s'applique pas nécessairement aux évaluations obligatoires ou aux traitements obligatoires. Sur cela, la Cour suprême ne s'est pas prononcée. Je pense que cet aspect de la question sera un jour invoqué devant les tribunaux.

**M. Thacker:** Monsieur le président, je tiens à remercier Mary Oordt d'être venue partager avec nous la connaissance très directe qu'elle a de la question. Je sais qu'à Lethbridge elle jouit de l'estime de tous.

Pourriez-vous nous parler des discussions que votre association aurait eues avec les fonctionnaires qui ont rédigé ce projet de loi? Vous n'ignorez pas que ce texte de loi est en cours de préparation depuis de nombreuses années et que l'arrêt Swain a beaucoup fait pour accélérer les choses. Quelle forme auraient eu vos interventions auprès de la bureaucratie?

## [Text]

**Ms Oordt:** In terms of our consultation, it goes back to 15 or 16 years ago, when the Law Reform Commission was doing its initial work. We were contacted, and we have made some submissions on several occasions. We spoke to Mr. Crosbie I believe, during his time, and then it was not brought forward. We have had a fair bit of consultation as an association. But we have not been able in many cases to get the point of view, I suppose, of the people whom Judith was mentioning earlier. We have some concern about that. It is very hard for the persons who themselves have been directly impacted to be able to come forward to say what they view, because oftentimes it is thought to be a single situation, and there is difficulty with that.

We have been very pleased to be able to come today, which we think is another factor in the process which we do appreciate very much. We have a very active legal issues group throughout the country. It brings together a number of people in the various provinces where there is interest. So we have made submissions on a number of occasions, of our own volition. But only on a couple of occasions have we actually been asked to give our opinion, and so we appreciate the opportunity today to do that.

I think it is very important that the general public—in some sense, we represent the general public, although we have a very specific area of interest—have a chance to give input. I hope that you are also seeking that from other groups. I would also like to mention that the John Howard Society of Canada has seen our brief and has endorsed the kinds of things that we are saying. We try to build partnerships in communities where we are doing things together, and the John Howard group is a very important part of the coalition that we would like to build.

**The Chairman:** Madame Jacques.

**Mrs. Jacques (Mercier):** Thank you, Mr. Chairman. I will speak in both languages. Sometimes I have problems speaking well in English.

I would like to thank the witnesses for coming here today. I represent some people who have mental disabilities, and the contact that you can have with them is so strong, when you can go inside them and you can reach them, it is...

• 1120

J'ai vécu avec les gens de mon comté la même sensation que celle dont vous nous avez parlé.

You have a very strong relationship with your patient. I have the same feeling in my riding with some of the people I represent.

I now have just a short question for you.

Dans votre mémoire, vous vous déclarez satisfaits du remplacement de l'expression actuelle «aliénation mentale» par celle de «troubles mentaux». Vous déclarez toutefois supposer qu'il n'y a pas de changement de fond dans la

## [Translation]

**Mme Oordt:** Nos interventions remontent à 15 ou 16 ans, à l'époque où la Commission de réforme du droit entamait son examen de la question. On a pris contact avec nous et, à plusieurs reprises, nous avons eu l'occasion de présenter notre point de vue. À cette époque, nous nous sommes, je pense, entretenus avec M. Crosbie, mais le texte de loi ne fut pas présenté. En tant qu'association, nous avons eu de nombreuses occasions d'examiner tout cela avec les représentants de l'administration. Mais, souvent, nous n'avons pas été à même de recueillir le sentiment des personnes dont Judith parlait tout à l'heure. Or, cela nous paraît gênant. Il est très difficile pour les personnes directement concernées de présenter leur point de vue, étant donné qu'on estime souvent que leur optique est liée à une situation donnée, sans déboucher sur des questions plus générales.

Nous sommes très heureux d'avoir pu comparaître devant vous aujourd'hui, car le brassage des idées est un aspect important de la recherche d'une solution. Dans le pays tout entier, nous avons des membres qui s'intéressent de manière active aux questions juridiques, et cela permet, dans certaines provinces, de constituer des groupes d'étude et d'examiner ensemble les divers problèmes qui nous préoccupent. Nous avons donc, de notre propre initiative, plusieurs fois présenté des mémoires, mais il n'est pas fréquent qu'on nous demande notre opinion. Nous sommes donc heureux que vous nous ayez invités aujourd'hui.

Bien que nous privilégions un domaine précis, je pense que, dans une certaine mesure, nous représentons tout de même l'opinion publique, et c'est dans cette optique-là que nous participons à la recherche de solutions. J'espère que vous vous adresserez également à divers autres groupes. La société John Howard du Canada a pris connaissance de notre mémoire et semble favorable à notre approche. Nous essayons, dans les communautés où cela est possible, de constituer des équipes, des coalitions, et la société John Howard est un élément très important de ce rassemblement que nous voudrions constituer.

**Le président:** Madame Jacques.

**Mme Jacques (Mercier):** Merci, monsieur le président. Mon intervention sera en anglais et en français, bien que j'éprouve parfois quelques difficultés à bien parler l'anglais.

Je tiens à remercier les témoins d'avoir comparu aujourd'hui. Je représente des personnes atteintes de déficience mentale, et c'est assez incroyable le contact que l'on peut avoir avec elles une fois que l'on parvient à les atteindre, à établir un rapport avec elles; c'est assez...

I have experienced, with people from my riding, the same feeling that you have spoken of.

Vous avez, avec vos patients, une relation très forte et j'ai, avec certains de mes électeurs, le même sentiment.

J'aimerais maintenant vous poser rapidement une question.

In your brief, you state how pleased you are that the current expression "insanity" has been replaced by "mental disorder". You add, however, that, in effect, there has been no change in the definition used to test for mental



[Texte]

définition du test d'aliénation mentale. Vous espérez, en particulier, qu'il sera clairement établi que la psychopathie et les conditions résultant de troubles de développement ne seront pas considérées comme des troubles mentaux.

Dans son mémoire, l'Association du Barreau canadien laisse entendre que l'interprétation juridique que donne la Cour suprême du Canada de l'expression «maladie mentale» de la définition de «troubles mentaux» dans la cause de Cooper-Larin pourrait englober les troubles de développement. Elle recommande donc que cette interprétation figure dans la loi.

J'aimerais que vous me disiez ce que vous pensez de cette divergence d'interprétation entre vous et le Barreau canadien.

**Mr. Drewry:** Mrs. Jacques, we have not addressed that particular issue. It did not come before the court in the Swain decision. We note that the legislation, generally speaking, keeps the old definitions of insanity intact.

I think this is something that has to be addressed in the context of another bill or something of that nature. It is a very difficult issue to handle. Personally, I am not equipped to talk about medical definitions of insanity and so forth.

One of the members of our study group from the Canadian Mental Health Association, Dr. Millican, is regarded as an expert in Canada on the definitions of insanity and so forth. He vehemently opposes the inclusion of psychopathy and sociopathy in the definition of mental disorder. The reason for his opposition is that essentially it is not an illness. It is just an attitudinal problem. The person is just "bad", if I can put it in lay language.

This is as I understand it; I am not an expert. I have a paper Dr. Millican presented some time ago. If you would like to have it, you are certainly welcome to it. He discusses that and the cases, particularly those at the Supreme Court of Canada, that deal with this.

**The Chairman:** The committee certainly would like to have it.

**Mr. Drewry:** All right; I am sure he would be very happy that you do have it.

**Ms Shipper:** I would add just one comment here. The patients I have spoken to about that would agree very strongly with what Richard has said. They find it very distressing to be housed in the same institute with people who have personality disorders, because they are so radically different from people who have a mental illness.

**The Chairman:** Thank you very much for your submission. I would like to change witnesses and proceed. As you know, we are running slightly behind time.

**Ms Oordt:** Thank you very much for having us, Mr. Chairman.

[Traduction]

disorders. In fact, you hope that a clear distinction will be established and that psychopathy and personality disorders will not be classified as mental disorders.

In its brief, the Canadian Bar Association suggests that the way the Supreme Court of Canada has interpreted the concept of "mental illness" and the way "mental disorder" was defined in the Cooper-Larin case might include personality disorders. The Bar Association therefore recommends that this interpretation be included in the Act.

What are your views on this difference in interpretation between your association and the Canadian Bar Association.

**M. Drewry:** Madame Jacques, nous ne nous sommes pas encore penchés sur cet aspect de la question. Ce problème n'a pas été soulevé dans le cadre de l'arrêt Swain. Nous constatons simplement que, d'une manière générale, le texte a retenu les anciennes définitions de l'aliénation mentale.

Je pense qu'il faudra bien trancher cette question—là soit dans un autre projet de loi soit d'une autre manière. Je sais qu'il s'agit d'un problème délicat et je ne suis pas moi-même en mesure de vous parler de la définition médicale de l'aliénation mentale et des concepts qui s'y rattachent.

Un des membres de notre groupe d'études à l'Association canadienne pour la santé mentale, le docteur Millican, est considéré, au Canada, comme un expert en matière de définition de l'aliénation mentale. Il s'oppose énergiquement à ce qu'on inclue dans la définition des troubles mentaux la psychopathie et la sociopathie. Il s'y oppose car, à son avis, il ne s'agit pas vraiment d'une maladie. Il s'agit d'un problème d'attitude. Pour reprendre une expression du langage ordinaire, je dirais qu'il s'agit simplement d'une personne «mauvaise».

Ça c'est mon opinion car, je vous le répète, je ne suis pas expert en la matière. J'ai conservé un document que le Dr Millican avait rédigé il y a déjà quelque temps. Je peux vous en donner une copie si vous le voulez. Il examine cette question ainsi que les affaires dans le cadre desquelles cette question a été évoquée devant les tribunaux, et plus particulièrement devant la Cour suprême du Canada.

**Le président:** Le comité aimerait effectivement en avoir une copie.

**M. Drewry:** Entendu; je suis persuadé que ça lui ferait plaisir de savoir que son document vous a été transmis.

**Mme Shipper:** Permettez-moi un tout petit commentaire. Les patients avec qui je me suis entretenue sur ce point seraient tout à fait d'accord avec ce que Richard vient de dire. Il est pour eux pénible d'être placés dans le même établissement que des personnes atteintes de troubles de la personnalité car il y a une telle différence entre ces personnes-là et les personnes qui souffrent de troubles mentaux.

**Le président:** Je tiens à vous remercier pour votre exposé. J'aimerais maintenant poursuivre avec d'autres témoins car, comme vous avez déjà dû le constater, nous avons pris un peu de retard.

**Mme Oordt:** Monsieur le président, je tiens à vous remercier de nous avoir conviés ici.



## [Text]

**The Chairman:** I would like to welcome, from l'Institut Philippe Pinel de Montréal, Mr. Donald Carette, Chairman of the Board; Dr. Lionel Béliveau, General Director; Dr. Lafleur; and Ms Sheilagh Hodgins.

## [Translation]

**Le président:** Nous allons maintenant accueillir des représentants de l'Institut Pinel de Montréal; M. Donald Carette, président du Conseil d'administration; le D<sup>r</sup> Lionel Béliveau, directeur général ainsi que le D<sup>r</sup> Lafleur et M<sup>me</sup> Sheilagh Hodgins.

• 1125

**Dr Lionel Béliveau (directeur général, l'Institut Philippe Pinel de Montréal):** Monsieur le président, je vous remercie de nous avoir permis de venir faire quelques commentaires et recommandations en marge du projet de loi.

Je suis le directeur de l'Institut Philippe Pinel de Montréal depuis 20 ans. M<sup>r</sup> Carette est le président du conseil d'administration de l'Institut; il est aussi procureur de la défense et il pourra vous parler de son expérience au tribunal avec cette clientèle. Le D<sup>r</sup> Lafleur est l'assistant directeur médical de l'Institut Philippe Pinel; il pourra vous parler à partir de son expérience de clinicien à l'Institut. Quant à Sheilagh Hodgins, elle est directrice du service de recherche de l'Institut; elle pourra également répondre aux questions que vous pourrez avoir.

Il y a cinq points sur lesquels nous souhaiterions faire des commentaires ou des recommandations. Le premier est en rapport avec l'ordonnance d'évaluation de l'état mental. Le deuxième est en rapport avec les auditions de la commission. Le troisième est en rapport avec les décisions rendues par la commission. Le quatrième est en rapport avec la durée maximale. Le cinquième a trait aux accusés dangereux atteint de troubles mentaux.

En rapport avec l'ordonnance d'évaluation de l'état mental, le texte de loi dit:

672.14(1) Une ordonnance d'évaluation ne peut être en vigueur pendant plus de trente jours.

On dit également:

...ne peut être rendue pour une période supérieure à cinq jours... que si l'accusé et le poursuivant consentent à une période plus longue, celle-ci ne pouvant toutefois jamais être supérieure à trente jours.

On dit aussi:

...le tribunal peut rendre une ordonnance d'évaluation pour une période de soixante jours s'il est convaincu que des circonstances exceptionnelles l'exigent.

C'est surtout au sujet du mot «exceptionnelles» qu'on voudrait faire des représentations.

Je dois d'abord vous dire que l'Institut est un hôpital psychiatrique qui reçoit environ 300 patients. Nous recevons les cas d'ordonnance pour renvoi, pour faire des recommandations en rapport avec l'aptitude à subir le procès, la responsabilité et ainsi de suite. De plus, nous recevons, en vertu d'un contrat de services avec le Service canadien des pénitenciers, des détenus en provenance du pénitencier. Nous avons, bien sûr, les cas d'ordonnance du lieutenant-gouverneur qui sont envoyés pour fins de traitement. Nous avons également un contrat pour les expertises, afin de déterminer si les personnes sont aptes ou non à subir leur procès; c'est un contrat avec le ministère de la Sécurité

**Dr. Lionel Béliveau (General Director, Institut Philippe Pinel de Montréal):** Mr. Chairman, I thank you for affording us this opportunity to submit to you a certain number of comments and recommendations concerning this bill.

I have been the head of the Institut Philippe Pinel in Montreal for 20 years. Mr. Carette is Chairman of the Board of the Institute and an attorney who has had considerable experience defending this type of client. Dr. Lafleur is Deputy Medical Director of the Institut Philippe Pinel and will be able to share with you his clinical experience. Sheilagh Hodgins is head of the Institute's research department and in a position to answer many of your questions.

We have comments or recommendations on five points. The first concerns the assessment order. The second concerns hearings before the Board. The third concerns the decisions of the Board. The fourth has to do with the capping of dispositions and the fifth has to do with dangerous offenders suffering from mental disorders.

Concerning the assessment order, the bill provides as follows:

672.14(1) An assessment order shall not be enforced for more than 30 days.

It also provides that:

...shall (not) be enforced for more than five days... unless the accused and the prosecutor agree to a longer period not exceeding 30 days.

It also states that:

...a court may make an assessment order that remains in force for 60 days where the court is satisfied that compelling circumstances exist to warrant it.

We are particularly concerned by the use of the word "compelling".

I should begin by saying that the Institut Philippe Pinel is a psychiatric hospital with facilities for approximately 300 patients. Cases are referred to us by the courts and we are asked to submit recommendations concerning a person's ability to stand trial, the extent to which they are criminally liable and so on. We also have, with the Canadian Penitentiary Service, a contract for services under which we will accept penitentiary inmates. And, of course, we also admit people who are sent to us for treatment under a Lieutenant Governor's warrant. We also provide, under contract, expert opinion to determine whether people are capable or not of standing trial. That contract is with

[Texte]

publique du Québec. Nous avons aussi un certain nombre de patients qui sont chez nous en vertu de la Loi de la protection du malade mental, uniquement parce qu'ils présentent un problème de comportement violent et dangereux, cela pour fins de traitement.

Environ le tiers des patients qui sont à l'hôpital ont quelque chose à voir avec ce projet de loi. Selon notre expérience, 60 à 65 p. 100 des cas de renvoi sont encore inaptes en dedans des cinq jours durant lesquels on fait l'expertise. Le projet de loi prévoit qu'on aura cinq jours une fois que le patient sera rendu à l'hôpital ou sur les lieux où l'on doit faire l'évaluation. Pour nous, il est clair qu'au bout de cinq jours, de 60 à 65 p. 100 des cas sont encore inaptes. Par contre, on sait que 80 p. 100 des cas vont devenir aptes en dedans de 30 jours. Environ 98 p. 100 des patients seront devenus aptes à subir leur procès en dedans de 60 jours.

• 1130

Il est important pour nous de vous faire des représentations à ce sujet. Même si le projet de loi prévoit que la commission d'examen doit intervenir en dedans de 45 jours, nous prévoyons que les procédures et les délais qu'entraîne l'application du projet de loi empêcheront les malades mentaux de recevoir les soins dont ils ont besoin durant la période très critique de leur maladie. Le fait de ne pas être traité de façon adéquate durant la phase aiguë ou subaiguë de la maladie sera susceptible de contribuer à la chronicisation de la maladie.

Nous recommandons donc que le rapport d'évaluation soit fait à l'intérieur des cinq jours dans les cas où la personne est de toute évidence apte à subir le procès, mais dans les cas où le psychiatre est incapable, en dedans de cinq jours, de fournir une opinion adéquate sur l'aptitude et où il prévoit que le patient pourra devenir apte en dedans de 30 ou de 60 jours, nous recommandons que le psychiatre puisse demander et obtenir systématiquement une prolongation de 30 jours jusqu'à 60 jours, s'il le faut, dans la mesure où il y aurait une justification pour le faire. On souhaiterait que le mot «exceptionnelles» soit remplacé par une expression qui dise que l'autorisation pourra être donnée d'aller jusqu'à 60 jours dans la mesure où il y aura une justification de le faire, cela pour fins d'évaluation et pour fins de traitement.

Il est important pour nous de vous faire savoir qu'il est très difficile, à certains moments, de différencier le processus d'évaluation du processus de traitement dans ces cas qui nous sont envoyés. L'un se fait en même temps que l'autre. Dans certains cas, c'est presque indissociable. On pourrait d'autant mieux faire l'évaluation qu'on nous demande de faire qu'on sera davantage en mesure de traiter le malade au cours de son séjour à l'hôpital.

Bref, nous considérons qu'on devrait avoir la possibilité de faire un peu ce qu'on fait actuellement, c'est-à-dire avoir l'autorisation de prolonger la durée de séjour de ces cas pour pouvoir faire une meilleure évaluation et, en même temps, rendre ces personnes aptes en dedans de 60 jours, comme on y arrive actuellement pour la plupart d'entre eux.

[Traduction]

Quebec's Department of Public Security. We also have a certain number of patient sent to us under the Mental Patients Protection Act simply because of their violent or dangerous behaviour. These people come to us for treatment.

Approximately one third of our patients are concerned with the bill under discussion. We can say, from our experience, that from 60% to 65% of the cases referred to us remain unfit to stand trial within the five days it takes us to do the assessment. According to this bill, the five days prescribed for the assessment will begin once the patient has been admitted to the hospital or other location where the assessment is to take place. Our experience tells us that at the end of the five days, from 60% to 65% of the patients we receive are still unfit to stand trial. We also know, however, that around 80% of those people will become fit to stand trial within 30 days. Approximately 98% of our patients become fit to stand trial within 60 days.

It is important for us to make representations to you on this point. Although, according to the bill, the Review Board is supposed to bring down a decision within 45 days, we think that the whole process as well as the delays that will occur because of the new provisions will prevent mentally-ill people from receiving the care they need during this very critical stage of their illness. As a result of the lack of adequate treatment during the acute or sub-acute phase of their disease, it caned become chronic.

We therefore recommend that the assessment report be prepared within five days whenever the accused is clearly fit to stand trial but that in cases where the psychiatrist dealing with the case is not able, within those five days, to provide an adequate opinion on that person's fitness or unfitness to stand trial within the next 30 or 60 days, we recommend that the psychiatrist be able to ask for and systematically obtain a 30 to 60-day extension, if necessary, in so far as such a request is justified. We would like to see the word "compelling" replaced by language stating that an extension of up to 60 days can be granted where reasonable grounds exist for doing so in order to carry out both the assessment and any necessary treatment.

You must understand how difficult it is, sometimes, to clearly distinguish between the assessment process and the treatment process. One is concurrent with the other. In certain cases it is almost impossible to dissociate them. We will be in a better position to perform the assessment if we are given the opportunity to also treat the patient during his hospital stay.

We therefore think we should be afforded the possibility to do what, in fact, we are presently doing, which is to extend the hospital stay in some cases in order that we may perform better assessments and, at the same time, ensure that those people will be fit to stand trial within 60 days as we are currently managing to do in most cases.

[Text]

Peut-être le D<sup>r</sup> Lafleur ou Me Carette aurait-il quelque chose à ajouter là-dessus.

**Dr Paul-André Lafleur (assistant directeur médical, Institut Philippe Pinel de Montréal):** Je pourrais ajouter que ces statistiques se fondent sur environ 400 expertises d'aptitude que nous effectuons par année en tant qu'institution. Comme le D<sup>r</sup> Béliveau l'a mentionné, si 30 à 35 p. 100 de ces patients sont aptes, ils bénéficieraient grandement d'une évaluation à l'intérieur de cinq jours. Quant aux autres, ou bien ils sont inaptes au moment de l'évaluation, ou bien il est impossible de déterminer s'ils le sont dans un temps aussi limité.

Nous craignons que, pour ces 65 à 70 p. 100 des patients, le projet de loi entraîne des délais beaucoup plus grands que la période de 30 ou de 60 jours qui nous permet actuellement de les rendre aptes. C'est cela, notre crainte. S'il est nécessaire que nous nous prononcions d'emblée, même si les gens ne sont pas aptes à l'évidence, il est possible que l'on retarde le moment où ils pourront retourner au tribunal pour que le processus judiciaire se poursuive, avec l'intervention de la commission et la réassignation au tribunal. Si on peut demander d'emblée à la cour la prolongation que l'on estime nécessaire pour soumettre une opinion et pour traiter le patient à l'intérieur de 30 ou de 60 jours, à ce moment-là, on pourra maintenir des délais assez brefs.

Voici une autre statistique. Pour ces patients d'expertise d'aptitude, actuellement, la durée moyenne de séjour à l'Institut Philippe Pinel de Montréal est inférieure à 30 jours. Pour la majorité d'entre eux, un rapport d'expertise disant qu'il est apte est produit en moins de 30 jours. On a vu que 98 p. 100 des patients sont aptes aux termes de leur évaluation. Toutefois, c'est plus que cinq, évidemment.

**Dr Béliveau:** Monsieur le président, nous allons passer à un deuxième point, soit les auditions devant la commission. Le paragraphe 672.5(8) proposé dit:

(8) Si l'intérêt de la justice l'exige ou lorsque l'accusé a été déclaré inapte à subir son procès, le tribunal ou la commission est tenu, dans le cas où l'accusé n'est pas représenté par un avocat, de lui en désigner un.

• 1135

De plus, le paragraphe 672.5(6) dit:

(6) L'audition peut... avoir lieu à huis clos...

On dit uniquement «peut». Nous considérons que l'obligation de désigner un avocat et l'ouverture de l'audition au public sont susceptibles d'entraîner, chez les médecins et les professionnels, une attitude défensive lorsqu'ils se présenteront devant la commission, un peu comme lorsqu'ils se présentent actuellement devant les commissaires des libérations conditionnelles. Nous avons actuellement un système de libérations conditionnelles où ce régime est en vigueur. Les médecins ont des attitudes complètement différentes de celles qu'ils ont actuellement face aux commissaires de la commission d'examen.

En raison d'une diminution de la spontanéité et de la transparence qui existaient jusqu'à maintenant, la commission n'aura plus, selon nous, la même qualité d'information qu'elle avait jusqu'à maintenant et ne pourra plus avoir la

[Translation]

I think that Dr. Lafleur or Mr. Carette might have something to add to this.

**Dr. Paul-André Lafleur (Deputy Medical Director, Institut Philippe Pinel de Montréal):** I could add that the figures quoted by Dr. Béliveau are based on the approximately 400 fitness assessments we carry out every year. As Dr. Béliveau mentioned, the 30% to 35% of those patients who are fit to stand trial would benefit greatly from being assessed within five days. As to the others, either they are unfit at the time of the assessment or it is not possible, within so short a time, to determine their fitness or unfitness.

Our concern is that for this group of patients, as I say from 65% to 70% of the total, the bill could delay things far beyond the present 30 or 60 days we currently have to ensure they are fit to stand trial. That is, for us, a great concern. If we have to make an immediate assessment, even in the case of people who are obviously unfit, it is possible that there will be a considerable delay before their next day in court, considering the Board will have to do its work before the case can be sent back to the court. If we were given the possibility, at the very beginning, of asking the court for the extension whenever we consider necessary, we order to give an opinion and treat the patient within 30 or 60 days, I think that we could probably avoid much of the delay.

I would ask you to consider another figure. On average, patients undergoing fitness assessments spend less than 30 days at the Institut Philippe Pinel de Montréal. In most cases, an assessment report declaring their fitness to stand trial is submitted within 30 days. We have seen that 98% of the patients are considered fit at the end of the assessment period. But, obviously, the assessment period lasts more than five days.

**Dr. Béliveau:** Mr. Chairman, we will now go on to the second point, the hearings before the Board. According to Section 672.5(8):

(8) The court or Review Board shall, if an accused is not represented by counsel, assign counsel to act for any accused: who has been found unfit to stand trial; or wherever the interests of justice so require.

Furthermore, sub-section 672.5(6) states that:

(6) The Court or Review Board may order the public or any members of the public to be excluded from the hearing...

It only says «may». We feel that if there is an obligation to have a lawyer and if the hearings are opened up to the public then physicians and professionals will be put on the defensive when they appear before the Board, as tends to happen now before Parole Board officers. The current parole system works this way. The attitude of physicians is completely different when they are before members of the Review Board.

Because it will lack the spontaneity and openness we have had until now, it is our view that the Board will no longer be provided with the same quality of information it has received in the past in will no longer feel able to rely on

[Texte]

même confiance dans la fidélité de cette information. On craint que la commission hésite et retarde à prendre des décisions qu'elle prenait jusqu'à maintenant plus rapidement et que cela se traduise par une durée de séjour prolongé, c'est-à-dire plus longue que la moyenne de séjour actuelle des cas d'OLG au Québec. Ces patients seront pénalisés par rapport aux autres malades mentaux. Ils devront attendre plus longtemps leur réinsertion dans la communauté, avec un risque plus grand de chronicisation, et ils auront par la suite une plus grande difficulté à réintégrer la communauté, sans compter que cette prolongation de la durée de séjour s'accompagnera d'un besoin d'un plus grand nombre de lits, avec l'impact conséquent sur les lits disponibles et sur les coûts.

Le D<sup>r</sup> Lafleur enchaînera sur la question de la confidentialité.

**Dr Lafleur:** Le D<sup>r</sup> Béliveau a parlé de la réticence des soignants à aller s'exprimer devant une commission où les auditions seraient libres et où bien des gens seraient conviés à assister. Cela tient entre autres au fait que la relation avec le patient, même s'il est retenu à l'hôpital suite à une ordonnance de garde du lieutenant-gouverneur, en est quand même une thérapeutique et comporte, du point de vue des cliniciens, un certain aspect de confidentialité. Si les médecins ne craignent pas trop de s'exprimer devant le patient lui-même, devant les membres de la commission qui sont là pour servir les intérêts de la société et du patient, et éventuellement devant la personne représentant le patient, c'est-à-dire le procureur du patient dans le cas où celui-ci juge pertinent de convier son procureur à assister, cela devient autre chose à partir du moment où le processus est très ouvert, où l'information peut être diffusée à tous vents. Il est évident que les cliniciens vont se sentir beaucoup plus mal à l'aise de diffuser une information qui, jusqu'à un certain point, peut demeurer au moins semi-confidentielle sur les individus qu'ils ont à traiter. Cela les place dans une situation totalement opposée par rapport à tous les autres patients pour lesquels la confidentialité est une mesure extrêmement importante. Ici, au contraire, elle est réduite à néant.

Actuellement, comme on a le huis clos, cette confidentialité est au moins partiellement préservée à la satisfaction de tous, et du patient, et des gens qui le traitent, et de la commission qui obtient beaucoup plus spontanément l'information pertinente.

**Me Donald Carette (président du conseil d'administration de l'Institut Philippe Pinel de Montréal):** On pourrait enchaîner sur ce point de la communication privilégié. Le projet de loi prévoit la possibilité de faire témoigner un membre du personnel de l'Institut, c'est-à-dire de l'équipe traitante, l'équipe qui a reçu l'accusé ou le patient pendant la période d'évaluation. Les déclarations qu'il a faites, non seulement au psychiatre, mais aux membres du personnel de l'unité dans laquelle se trouvait l'individu, peuvent servir pour mettre en doute la crédibilité de l'accusé si ce dernier choisit de témoigner lors de son procès. Il ne faut pas oublier que ces personnes sont envoyées pour fins d'évaluation sur ordonnance du juge. Ils peuvent être dans l'unité pendant trente jours. Le D<sup>r</sup> Béliveau et le D<sup>r</sup> Lafleur ont mentionné que, pour le personnel de l'hôpital, ce n'est pas seulement l'évaluation qui est importante; c'est surtout le

[Traduction]

this information to the same degree. It is our fear that the Board will hesitate and put off decisions that until now it has made quickly, which will lead to longer stays for patients, that is longer than the average for LGW cases in Québec. These patients will be penalized compared with other people who are mentally ill. They will have to wait longer before they can return to the community, with a greater risk of their case becoming chronic, which will further complicate their eventual reintegration into the community. Longer stays will mean a need for more beds, which will reduce the number of beds available and increase costs.

Dr. Lafleur will now discuss the matter of confidentiality.

**Dr. Lafleur:** Dr. Béliveau has said that health care practitioners are reluctant to appear before a board whose proceedings are open and where many people might be invited to attend. This is due to the fact that the relationship with patients, even if they are detained in a hospital under a Lieutenant Governor's custody order, is still a therapeutic one, which, from a clinical practitioner's point of view, requires a certain degree of confidentiality. Physicians may not be reluctant to express an opinion before patients themselves, or before members of the Board who are there in the interest of society and of the patient, or even before a person representing the patient, namely the patient's lawyer if the judge has deemed it necessary to call on the lawyer to attend. However, it is another story if the process is very open, and information may be disclosed to all and sundry. It is clear that clinical practitioners will feel much more uncomfortable disclosing information about their patients, even if to a certain degree it remains semi-confidential. It puts them in a situation that is totally at odds with the relationships they have with their other patients and for whom confidentiality is extremely important. In this case, there is on the contrary absolutely no confidentiality.

At present, because hearings may be held in-camera, confidentiality is at least in part preserved to the satisfaction of all concerned, that is the patients, those who treat them, and the Board, which is provided with relevant information far more spontaneously.

**Mr. Donald Carette (Chairman of the Board of l'Institut Philippe Pinel de Montréal):** I would like to add something to this point about privacy. The Bill provides for a staff member from the Institute that is from the Treatment Team that looked after the accused or patient during the assessment to testify. Statements made by the patient, not only to a psychiatrist, but also to staff members in the unit that looked after the patient can be used to call into question the credibility of the accused, if he or she decides to testify at the trial. Remember that these people are sent for evaluation on judicial order. They may be in the unit for 30 days. Dr. Béliveau and Dr. Lafleur have mentioned that as far as hospital staff are concerned it is not only the assessment that is important, but primarily the treatment given to the person who, in most cases, arrives at the hospital in a state of psychosis. How can you justify using statements made by

*[Text]*

traitement de la personne qui, dans la plupart des cas, arrive à l'hôpital en état de psychose. Comment peut-on justifier qu'on puisse se servir des déclarations d'un individu à qui on a ordonné de se présenter à un hôpital pour fins d'évaluation, alors qu'il était généralement psychotique, si ce dernier, lors d'un procès ultérieur, choisit de témoigner en sa défense? Je crois que cette partie du projet qui traite des déclarations protégées n'est pas assez restrictif pour protéger les déclarations en question.

• 1140

**Dr Béliveau:** Un troisième point concerne les modalités des décisions rendues par la commission d'examen. L'article 672.54 proposé prévoit que la commission peut, sous réserve de modalités, donner des libérations et des congés. Par contre, le paragraphe 672.55(1) dit:

(1) La décision... ne peut autoriser le traitement... On spécifie cela dans le texte français, du moins.

...notamment le traitement psychiatrique, de l'accusé ou ordonner que celui-ci s'y soumette.

Nous vous soumettons que les malades sous ordonnance du lieutenant-gouverneur sont pour la plupart des malades qui devront être suivis et continuer à recevoir des médicaments, comme les diabétiques, pour ne pas faire de rechute et, par conséquent, de récidive criminelle. Par exemple, les schizophrènes rechutent dans la première année, surtout s'ils n'ont pas de suivi psychiatrique et ne continuent pas à prendre leurs médicaments. Il est donc irresponsable de leur donner congé de l'hôpital sans s'assurer qu'ils continueront à être suivis et à prendre leurs médicaments.

Actuellement, la Commission d'examen du Québec considère sérieusement, dans sa décision de libérer le patient de l'hôpital, que ce dernier s'engage à continuer à être suivi et à prendre ses médicaments et qu'il puisse compter sur les ressources nécessaires à cet effet. On s'inquiète de ce que la Commission d'examen ne puisse plus exiger les mêmes garanties, à savoir s'assurer que le patient est suivi et qu'il prenne sa médication, exiger que le patient soit évalué périodiquement et exiger que le patient soit ramené à l'hôpital s'il n'est pas suivi et ne prend pas sa médication et/ou s'il est à risque de décompenser à nouveau et de récidiver avec un potentiel de dangerosité.

À défaut d'avoir de telles garanties, on appréhende que la Commission soit empêchée de prendre des décisions responsables comme elle le faisait jusqu'à maintenant. On appréhende que les cas sous ordonnance du lieutenant-gouverneur voient leur durée de séjour augmenter considérablement avec les conséquences inhérentes à cela, à savoir la chronicisation, un impact négatif sur la réintégration éventuelle du patient dans la communauté, une démotivation du personnel soignant et une augmentation du pourcentage des cas chroniques et du nombre de lits et, par conséquent, des coûts. On vous signale en passant que cela serait aussi contraire à la politique de santé mentale du Québec.

De plus, toujours au sujet des décisions de la Commission, les décisions de la Commission, à notre sens, devraient être exécutoires. Actuellement, elles ne le sont pas. La Commission a beau prendre toutes les décisions, les

*[Translation]*

someone who has been ordered to go to hospital for assessment because they are in a generally psychotic state, should this person, at a later trial, decide to testify in his own defence? In my view, the provision in the Bill regarding protected statements is not restrictive enough to provide adequate protection.

**Dr. Béliveau:** My third point concerns the terms of dispositions made by the Review Board. Section 672.54 states that the Board may, under certain conditions, allow the accused to be discharged. On the other hand, sub-section 672.55(1) states that:

(1) No disposition... shall direct that any psychiatric or other treatment of the accused be carried out or that the accused submit to such treatment.

We submit that most patients held under Lieutenant Governor's warrants require monitoring and must continue to receive medication, as is the case for diabetics, so as to avoid a relapse, and consequently, repeating criminal activities. Schizophrenics, for example, will have a relapse in the first year, especially if there is no psychiatric follow up and if they do not continue taking the drugs prescribed to them. Therefore, it is irresponsible to discharge them from hospitals without ensuring that they will be monitored and that they will take their medication.

At present, in deciding whether to discharge a patient from a hospital, the Québec Review Board gives serious consideration to whether the patient has undertaken to continue with the follow up and medication and has the necessary resources to do so. Our concern is that the Review Board will no longer require the same guarantee that the patient will receive follow up and will take his medication, or that the patient will be assessed periodically and taken to the hospital if he does not receive follow up and does not take medication and/or if there is a risk that he may relapse and commit another potentially dangerous offence.

Without such guarantees, we fear that the Board will be prevented from making the responsible decisions it has made up until now. We are concerned that cases under a Lieutenant Governor's warrant may lead to considerably longer stays with the inevitable consequences. In other words, the disease may become chronic, which would jeopardize the patient's chances of reintegrating in the community. Also, it could lead to a lost of motivation among those providing health care, an increase of the percentage of chronic cases and the number of beds and, consequently, increased costs. We would point out that this would also be contrary to Québec's mental health policy.

Furthermore, we feel that these decisions rendered by the Board should be binding. At the present, they are not. The Board can make all the dispositions it likes, but patients often remain for a long period of time in prison at the pleasure not

## [Texte]

patients restent souvent assez longtemps en prison en attendant le bon vouloir, non pas du lieutenant-gouverneur, mais des hôpitaux. On souhaiterait que les décisions de la Commission puissent être exécutoires pour éviter que les patients sous OLG passent des mois en prison en attendant le bon vouloir des hôpitaux pour les admettre. On peut d'ailleurs prévoir que ce bon vouloir des hôpitaux s'éternisera davantage avec le droit d'appel conféré aux hôpitaux qui sont identifiés comme étant une partie dans ce projet de loi. Encore là, on souhaiterait que vous puissiez réfléchir avant d'adopter ces dispositions-là, pour vous assurer que la Commission ait vraiment la possibilité d'agir, parce qu'elle ne l'a pas toujours actuellement.

• 1145

**Mr. Carette:** Under proposed section 672.54 the criteria the review board must apply in determining the decision it will make under the terms of disposition are the following:

the need to protect the public from dangerous persons. . . the reintegration of the accused into society

Then if we look one section further, section 672.55, it says:

No disposition made under section 672.54 shall direct that any psychiatric or other treatment of the accused be carried out or that the accused submit to such treatment.

Given the intimate link which almost always exists, obviously, between the offence or the crime and the mental condition of the accused at the time of the commission of the offence, I do not see exactly how the review board will be able to make a decision to reintegrate, as Dr. Béliveau mentioned, the accused into society if the review board or the court is not able to direct that the accused will submit to treatment. And this will result necessarily, necessarily, in the fact that the people who have been acquitted will remain in a hospital or institutions longer, given that the review board will not have the element of being able to direct that the person submit to the treatment in question.

**Dr. Lafleur:** Je pourrais ajouter que ce sont des malades chroniques, comme l'a souligné le D<sup>r</sup> Béliveau qui a comparé la situation au diabète, qui ont besoin d'un traitement continu. Voici deux effets de cette maladie chronique qui affecte nos patients. L'un est un comportement violent, potentiellement dangereux. L'autre est de ne pas avoir d'autocritique, de ne pas même être conscient qu'on est atteint d'une maladie. Si, par le traitement, on parvient à juguler la dangerosité, par contre, l'autocritique reste souvent très superficielle. Sans instances extérieures qui peuvent recommander, insister, demander aux patients de se soumettre au traitement, le patient va probablement cesser le traitement, ce qui va aviver sa pathologie chronique et faire ressurgir le risque qu'il redevienne dangereux et soit de nouveau réarrêté, avec toutes les conséquences que cela comporte.

Effectivement, la commission, ne disposant pas du pouvoir de demander au patient d'être traité, risque de devenir beaucoup plus prudente, au détriment de celui-ci. Ce sera au détriment du patient, puisque avec un traitement, le patient peut évoluer de façon satisfaisante pour lui-même et pour la société à l'extérieur de l'hôpital.

## [Traduction]

of the Lieutenant Governor, but of the hospitals themselves. We prefer that the Board's disposition be binding to prevent patients held under LGWs spending months in prison at the pleasure of the hospitals who will admit them. And, we feel that as the Bill allows identified hospitals a right of appeal, the wait might well become even longer. Again, we do hope that you will give further consideration to these provisions before passing them, to ensure that the Board will really be able to take action, because this is not always the case now.

**Mr. Carette:** L'article 672.54, modalités des décisions, fait état des critères dont doit tenir compte la commission d'examen quand elle rend sa décision:

la nécessité de protéger le public face aux personnes dangereuses. . . la nécessité de sa réinsertion sociale

Puis, à l'article suivant, 672.55, on peut lire:

la décision visée à l'article 672.54 ne peut autoriser le traitement, notamment le traitement psychiatrique, de l'accusé ou ordonner que celui-ci s'y soumette.

Comme il y a presque toujours un lien étroit, évidemment, entre l'infraction ou le crime et l'état mental de l'accusé au moment où il commet l'infraction, je ne vois pas exactement comment la commission d'examen pourra décider d'opter pour la réinsertion sociale, comme le mentionnait le D<sup>r</sup> Béliveau, si la commission ou le tribunal ne peut ordonner le traitement de l'accusé. Puisque la commission d'examen ne pourra donc pas exiger que l'accusé se soumette à un traitement, le séjour en hôpital ou en institution de certaines personnes qui auront été acquittées en sera nécessairement prolongé.

**Dr. Lafleur:** I might add that these are chronically ill patients, as Dr. Béliveau pointed out when he compared them to diabetics, who must receive long term, regular treatment. I would mention two of the effects of this chronic disease that affects our patients: one is violent, potentially dangerous behaviour; another is a lack of insight into their condition, a complete lack of awareness, in fact, that they are suffering from a disease. Even if we can manage to eliminate dangerous behaviour through treatment, their insight into their condition often remains very superficial. Without external authorities that can request, recommend or insist that patients submit to treatment, patients will probably interrupt their treatments, and their chronic pathology will be reactivated, with the attendant risk of further dangerous behaviour and rearrest, and all the consequences that can entail.

Indeed, the commission, without the power to ask the patient to submit to treatment, may become much more cautious, to the detriment of the patient. This will work to the patient's disadvantage, since treatment would allow the patient's condition to evolve in a satisfactory manner, satisfactory both to him and to society at large, beyond the hospital walls.



## [Text]

**Dr Béliveau:** Monsieur le président, le quatrième point sur lequel nous souhaitons faire des représentations est le *capping*, c'est-à-dire la durée maximale, particulièrement de deux ans.

Nous vous rappelons que la dangerosité ou la longueur du traitement nécessaire pour que le patient sous OLG puisse être réintégré dans la communauté sans danger, n'est pas directement reliée ou proportionnelle à la gravité du délit commis par le patient. C'est une chose qu'on vous a sûrement répétée à plusieurs reprises.

La durée du traitement pour la plupart des cas d'OLG à Pinel est de deux à trois ans actuellement, cela en autant qu'on puisse continuer à les suivre après leur congé de l'hôpital. Autrement, la durée de séjour devrait être plus longue.

Avec la durée maximale de deux ans, sans qu'on puisse par modalité de décision de la commission, exiger que le patient se soumette à un suivi, il ne sera pas possible de s'assurer que ces patients aient le suivi adéquat nécessaire pour ne pas rechuter et récidiver.

On vous rappelle que la Loi de la protection du malade mental, ou la cure fermée, ne comporte pas les modalités nécessaires pour contraindre un patient à se soumettre au suivi nécessaire pour prévenir les récidives.

**Dr Lafleur:** Cette façon de percevoir les ordonnances d'une durée limitée et fixe ne tient pas compte des impératifs cliniques, des impératifs d'aide aux patients. On a fait de la réinsertion sociale du patient une priorité à Pinel, même pour les gens qui pourraient potentiellement être retenus à Pinel pendant 25 ans. Dans la majorité des cas, comme on le mentionnait, il faut de deux à trois ans pour faire une réinsertion sociale favorable de ces gens-là, indépendamment du délit, aussi bien pour des délits graves que pour des délits beaucoup moins graves.

• 1150

Le fait de fixer des limites selon l'importance du délit ne tient pas compte de l'état mental du patient et de ses besoins propres.

La réinsertion passe par toute une série d'étapes. La première est le traitement de la désorganisation psychique maximum du patient au moment où il est admis. Ensuite, peu à peu, il y a l'instauration d'une alliance avec l'équipe traitante. Graduellement, on apprend au patient à reconnaître sa maladie, à reconnaître les symptômes qui la caractérisent et qui pourront lui indiquer dans le futur qu'il est à même de redevenir dangereux à un moment donné. Il y a tout un travail qui se fait d'abord en interne, puis en externe, c'est-à-dire au moment où le patient est réintégré dans la société.

Cette réintégration passe par plusieurs étapes. Une fois que les acquis à l'hôpital sont faits, le patient sort de façon temporaire, accompagné. Ensuite, il va sortir seul. Éventuellement, il va habiter seul à l'extérieur. Mais il y a toujours un lien qui est maintenu avec l'hôpital et avec la commission d'examen. La commission d'examen demande au patient de se conformer au suivi. Cela nous permet de lui offrir une qualité de réinsertion dans la société et une qualité

## [Translation]

**Dr. Béliveau:** Mr. Chairman, the fourth point we wish to discuss with you is capping, or the maximum period of application of a disposition, particularly the two-year maximum period.

May we remind you that a patient's dangerousness, or the length of treatment needed to reintegrate an LGW patient into the community without risk, is not directly related or proportional to the seriousness of the offence committed by the patient. This is something you have probably heard repeatedly.

The length of treatment for most of the LGW cases at Pinel is two to three years at this time, so long as we can continue to monitor their condition after their release from the hospital. Otherwise, their stay would have to be longer.

With the two-year cap, since the commission cannot make a disposition directing a patient to submit to a follow-up, it will not be possible to ensure that those patients benefit from the follow-up treatment necessary to avoid having a relapse and committing another offence.

I would remind you that the legislation protecting the mentally ill and involving institutionalized care does not have the necessary provisions to require a patient to accept follow-up measures so as to avoid recidivism.

**Dr. Lafleur:** This concept of a limited, fixed period of application for dispositions does not take clinical imperatives into account, nor the need to assist patients. We have made the reintegration of patients into society one of our priorities at Pinel, even for people who might potentially be detained at Pinel for 25 years. In the majority of cases, as we mentioned, it takes two to three years to reintegrate those patients into society successfully, and this is true regardless of the serious or minor character of the offence involved.

The practice of setting limits according to the seriousness of the offence does not take into account the mental state of the patient nor his particular needs.

There are many phases involved in rehabilitation. The first is to treat the patient's advanced psychic disorganization when he is admitted. Afterwards, gradually, a bond of trust is formed with the clinical team. We gradually teach the patient to recognize his disease and its characteristic symptoms, symptoms which may indicate to him in future that he may be about to become dangerous again. It is a process involving a great deal of work, first of all within the institution, and then with the person as out-patient, when he has been reintegrated into society.

There are, once again, several phases to this reintegration. Once the patient has received the necessary treatment in the hospital, he leaves the institution for brief periods, in the company of someone else. Afterwards, he goes out alone. Eventually, he lives on his own, outside the institution. But he always keeps in touch with the hospital and with the Review Board. The Review Board asks the patient to comply with the requirements of follow-up. This

## [Texte]

de vie qui ne pourraient lui être offertes si aucun suivi n'était fait avec lui à plus long terme, pendant plus de deux ans.

Si au bout de deux ans, ou même au bout de 10 ans pour certains patients, tout lien avec la commission d'examen était rompu, on risquerait que tout lien avec l'équipe traitante soit aussi rompu, que le patient cesse de se prêter aux traitements, qu'il redécompense, qu'il redeviennne potentiellement dangereux et que, finalement, un cercle vicieux s'instaure.

Pour nous, il est primordial, non seulement pour la protection de la société, mais peut-être d'abord et avant tout pour donner au patient la chance d'être réintégré dans la société et d'avoir une vie fonctionnelle et satisfaisante, de garder un lien avec lui. Ces patients, je l'ai dit précédemment, manquent d'autocritique. La commission représente cette autocritique de façon concrète; elle la personnifie. Ils savent, puisqu'ils ont à aller devant la commission, qu'ils sont encore jugés malades et doivent se soumettre à un traitement. Quand la commission est exclue, quand elle disparaît du champ, ils interprètent souvent cela comme voulant dire qu'ils ne sont plus malades, qu'ils n'ont plus besoin de traitements. Malheureusement, comme ces pathologies sont chroniques, on a, au contraire, la réapparition de symptômes et le danger potentiel qui survient.

On ne peut pas admettre qu'on fixe une durée de séjour à l'hôpital en fonction du délit qui a été commis. C'est ne pas tenir compte de la capacité de réintégration de chaque patient. Si, pour certains d'entre eux, on recommande rapidement la levée totale du mandat, pour certains autres, on va maintenir ce mandat pendant très longtemps, mais parfois seulement de façon minimale. Le patient a simplement à se présenter devant la commission une fois par année et à aller rencontrer l'équipe traitante mensuellement. Mais ce lien-là lui permet de demeurer en société. Pour nous, c'est primordial.

**Dr Béliveau:** J'aimerais vous rappeler que l'Institut Philippe Pinel est un hôpital où on reçoit le tiers des cas d'ordonnance du lieutenant-gouverneur de la province et, évidemment, les cas les plus violents, les plus dangereux des OLG, le critère de la violence et de la dangerosité étant le critère d'admission à l'Institut. Cela explique un peu les préoccupations que nous avons au sujet de cette clientèle.

Deuxièmement, cela fait partie du traitement que d'enseigner au patient à reconnaître sa maladie et à savoir quand et comment demander de l'aide. Comme le D<sup>r</sup> Lafleur vous disait tout à l'heure, l'ombre de la commission d'examen est très utile pour les aider à se rappeler que cette maladie est toujours là.

Parmi notre clientèle, nous n'avons pas seulement des psychotiques ou des malades mentaux. Nous avons également des personnes souffrant de troubles de personnalité qui ont commis des délits. De par notre expérience avec ces gens-là, on sait très bien que ce qui peut le plus les empêcher de commettre un autre délit, c'est le fait d'être suivis. Il n'y a pas de formule magique idéale pour empêcher la récurrence, sinon un suivi, sinon d'avoir l'obligation de se rapporter à un

## [Traduction]

allows us to offer him a quality of rehabilitation and a quality of life which we could not achieve for him without long term follow-up, over a period of more than two years.

If, at the end of the two-year period, or even a ten-year period in some cases, patients could sever all contact with the Review Board, they might also lose touch with the clinical team involved in their treatment, interrupt their treatment, decompensate once again, become potentially dangerous again, and this might lead to a vicious circle of readmissions.

It is of primordial importance to us that this contact with the patient be maintained, not only for the protection of society, but perhaps first and foremost to give the patient the opportunity of being reintegrated into society and of being able to lead a functional and satisfying life. As I said earlier, these patients have no critical insight into their condition. The Review Board provides them with this insight in a concrete way; it personifies it. They know, since they must go before the Board, that they are still considered ill and must submit to treatment. When the Review Board is eliminated, when it disappears from the scene, they often interpret this as a sign that they are cured, and that they no longer need treatment. Unfortunately, as these diseases are chronic, what happens when they cease treatment is that symptoms reappear and patients become potentially dangerous once more.

That the length of stay in the hospital be prescribed according to the offence committed is something we just cannot accept. Such a practice would not take into account each patient's particular reintegration potential. Although in some cases we recommend that the warrant of committal be lifted unconditionally after a short period, in other cases the warrant will continue to apply for a long time, albeit sometimes only in some minimal way. The patient may only have to go before the Review Board once a year and meet with the clinical team once a month. But that contact allows him to remain in the community. It is of primordial importance to us.

**Dr. Béliveau:** I would like to remind you that the Institut Philippe Pinel hospital receives one third of the province's Lieutenant-Governor's warrant cases, the most violent and dangerous cases, as the criteria of violence and dangerousness are the criteria used to decide on admittance to the institute. That may explain the concerns we have about this particular patient population.

Secondly, it is part of our treatment to teach the patient to recognize his disease and to know when and how to ask for help. As Dr. Lafleur was saying earlier, the presence of the Review Board is very useful to help them to remember that they still have the disease.

We treat psychotics and mentally diseased patients, but we also number among our patients persons suffering from personality disorders who have committed offences. We know from our experience with these people that some sort of follow-up contact is the most important factor in preventing them from committing another offence. There is no magic formula to prevent repeat offences, aside from follow-up contact, the obligation to report to an organization or to a



*[Text]*

organisme, à une personne. Tant que cette obligation demeure, tant qu'il y a ce suivi, c'est la meilleure garantie pour prévenir les récidives criminelles. On sait par expérience que cela s'applique autant, sinon plus, aux malades mentaux qui ont commis de tels délits.

Le dernier point que nous voulons soulever concerne les accusés dangereux atteints de troubles mentaux.

• 1155

À l'article 672.65 proposé, on dit:

(4) Le tribunal... peut augmenter la durée maximale applicable à l'infraction jusqu'à la perpétuité.

Il y a différentes façons de lire ce texte-là. Nous l'avons lu et relu. On a mis beaucoup de temps à comprendre que ce qu'on voulait dire, ou peut-être ce qu'on souhaitait qu'on veuille dire, à savoir que le tribunal peut augmenter uniquement la durée maximale. En d'autres termes, on ne parle pas de la durée minimale, mais de la durée maximale, qui pourrait aller jusque-là.

Cependant, nous craignons qu'à moins qu'on apporte des précisions à apporter, à moins qu'il y ait peut-être un guide d'information pour s'assurer que ce texte soit lu dans le sens que vous le souhaitez, les gens l'interprètent comme on l'a interprété nous-mêmes lors de nos premières lectures, à savoir qu'un juge ou un tribunal pourrait en quelque sorte condamner un patient à être dans un hôpital psychiatrique pendant un nombre d'années déterminé.

Il y aura toujours un risque que cela soit fait en fonction de l'horreur du crime ou de la réaction des médias ou du public, sans qu'il y ait de véritable relation avec la dangerosité du patient, à moins que le texte de loi soit tel que cela ne puisse pas se faire.

On ne peut prédire la dangerosité. Les deux tiers des schizophrènes ne récidivent pas, mais le problème est évidemment de savoir lesquels. D'ailleurs, on pourra difficilement convaincre les psychiatres d'accepter de se prêter à de telles évaluations s'ils avaient à faire éventuellement de telles prédictions qui sont, pour eux, contraires aux données scientifiques et à l'éthique professionnelle.

Je vous rappelle que trois à quatre des patients sur cinq avaient déjà été diagnostiqués comme étant des malades mentaux avant leur délit, qu'ils avaient possiblement commis leur crime à reculons, qu'ils n'avaient tout probablement pas reçu du réseau des services de santé les traitements et le suivi qu'ils auraient dû recevoir.

Si jamais on en vient à cela, pourquoi ne pas laisser cette prérogative à la Commission d'examen, comme c'est le cas actuellement? C'est à elle, et non au tribunal, de déterminer la longueur du séjour en milieu hospitalier.

Il n'est pas possible de traiter un patient psychiatrique condamné à perpétuité dans un hôpital, mais on espère que ce texte ne sera pas interprété de cette manière. Selon notre expérience, ce n'est pas possible. Le Dr Lafleur vous en parlera parce que c'est une expérience clinique qu'il vit régulièrement. Une telle condamnation est pire qu'une condamnation au pénitencier, où quelqu'un peut à tout le moins recevoir les soins minimaux dans le cadre d'un programme spécial et d'où il peut être transféré dans un hôpital au besoin.

*[Translation]*

person. As long as that obligation remains, as long as that follow-up contact persists, that is the best guarantee against criminal recidivism. Our experience has taught us that this applies equally if not more so, to psychiatric patients who have committed such offences.

We would, lastly, like to raise the topic of psychiatrically troubled dangerous offenders.

Proposed Section 672.65 states the following:

(4) ...the court... may increase the cap in respect of the offence to a maximum of life.

The wording may be interpreted in different ways. We have read it and reread it. We spent a lot of time trying to understand what the drafters meant, or perhaps what they were trying to say, which we take to be that the court may increase the cap only. In other words, the minimum penalty is not mentioned, but only the cap or maximum penalty which could be increased to life imprisonment.

We fear however that unless the wording is made more specific, unless you append, perhaps, some type of guide to make sure that the text is interpreted properly, as you intended it, readers may interpret it as we interpreted it ourselves, after our first few readings, that is to say that a judge or a court could somehow condemn a patient to remain in a psychiatric hospital for a given number of years.

Unless the text of the act forbids it, there is always a risk that the duration of the stay prescribed may be related to the horror of the crime or to the reaction of the media or of the public, without really taking into account the dangerousness of the patient.

We cannot predict dangerousness. Two thirds of schizophrenics do not commit subsequent offences, but the difficult, of course, is figuring out which ones fall into that category. In any case, it would be difficult to persuade psychiatrists to attempt such assessments if they had to make such predictions which for them run counter to scientific data and professional ethics.

I would remind you that three to four out of every five patients had already been diagnosed as mentally disordered before their offence, that they may have committed their crime reluctantly, and that they had in all probability not benefited from the follow-up treatment they should have received from the health care services apparatus.

If it ever comes to that, why not leave the prerogative to the Review Board, as is the case at the present time? It is up to the Board, and not the court, to determine the length of a patient's hospital stay.

It is not possible to treat a mental patient condemned to life in a hospital, and we hope that this text will not be interpreted in that way. In our experience, it is not possible. Dr. Lafleur will talk to you about this because it is a clinical experience he has to deal with regularly. Such a sentence is worse than a sentence of life imprisonment, because in prison a person may at the very least receive minimal treatment in a special program and be transferred from there to a hospital if need be.

## [Texte]

Ce patient qui ne pourrait être traité selon les règles de l'art, en application des politiques en santé mentale du Québec, parce qu'il ne pourrait pas bénéficier d'une réintégration progressive dans la communauté lorsque son état le permettrait, serait rejeté, exclu, sinon harcelé. Il y a risque d'acting-out dangereux par provocation, risque de chronicisation et risque de démotivation du personnel. Cela a également un impact négatif sur le traitement des autres malades qui sont hospitalisés dans ces unités de soins. Comme c'est contraire à la vocation de l'hôpital que d'admettre de tels patients, ces patients devraient donc être regroupés dans un lieu. Si jamais on en venait à cette définition—j'espère qu'on n'en arrivera jamais à cela—, je ne pense pas qu'on pourrait mettre ces gens avec les autres malades dans l'hôpital. Il faudrait vraiment faire un lieu situé quelque part entre le pénitencier et l'hôpital.

Il faudrait essayer de prévoir l'impact d'une telle disposition sur les procureurs, sur le tribunal et sur la commission qui aurait beaucoup de difficulté, en dépit de la déclaration de principe du paragraphe 672.5(4), à libérer les patients dès que leur état le permettrait, d'autant que la récidive ou la rechute risquerait de faire en sorte que le patient soit déclaré accusé dangereux atteint de troubles mentaux, et cela d'autant plus que le patient ne serait pas suivi adéquatement si la commission était privée des moyens de contrôle dont elle dispose actuellement par rapport au suivi psychiatrique.

Me Carrette pourra vous parler beaucoup mieux que moi de l'impact qu'une telle disposition pourrait avoir sur l'attitude des procureurs et des accusés, si jamais on en venait à cela. J'espère qu'on n'en viendra jamais à cela. Maître Carrette.

• 1200

**Me Carrette:** Selon l'article 672.65, l'un des critères pour permettre au tribunal de déclarer un accusé dangereux atteint de troubles mentaux est le suivant. On parle d'une infraction grave contre la personne, associée à un type de comportement agressif chez l'accusé qui a donné lieu notamment à l'infraction à l'origine du verdict.

Il est important de souligner qu'il serait très facile de déclarer une personne dangereuse atteinte de troubles mentaux en appliquant ces deux seuls critères: une infraction de voie de fait grave ou de voie de fait causant des lésions corporelles, et la preuve, si le procureur de la Couronne désire faire cette preuve, d'un type de comportement agressif chez l'accusé. Cela pourrait être possiblement l'individu qui traîne dans les rues.

Un membre du Comité vous a mentionné tout à l'heure qu'alors qu'il était à Washington, il a vu des individus qui erraient dans les rues, qui semblaient malades. Il n'est pas nécessaire d'aller à Washington pour voir cela. Il y en a plusieurs actuellement dans la ville de Montréal.

Le procureur de la Couronne peut prouver que l'individu se promène dans la rue, crie et agresse les gens de manière verbale. Dans le passé, il a déjà frappé quelqu'un à une reprise et là, il se fait arrêter pour voie de fait causant des

## [Traduction]

The patient that could not be treated in the established way, in accordance with mental health policies in Quebec, because he could not benefit from progressive reintegration into the community when his condition would allow such reintegration, would be rejected, excluded, perhaps even harassed. There is a risk of provoking dangerous acting-out, of making certain conditions chronic, and of demoralizing personnel. It would also have a negative impact on the treatment of other patients hospitalized in these units. As the admission of such patients runs counter to the mission of the hospital, they would have to be kept together in their own unit. If the text is ever interpreted in that way—and I hope that this never happens—I do not think that we could avoid isolating those patients from the other patients in the hospital. There would, really, have to be a separate facility, something between a penitentiary and a hospital.

I think you should try to foresee the impact of such a provision on the lawyers, on the court and on the Review Board, which would have a great deal of difficulty, in spite of the statement of principle in Section 672.5(4), on the release of patients as soon as their condition would allow, particularly in cases where recidivism or relapse might lead to a patient being declared a dangerous mentally disordered offender, and the risks would be even greater if one considers that the patient would no longer benefit from an adequate follow-up if the Board were deprived of the means it now has at its disposal with regard to psychiatric follow-up and treatment.

Mr. Carrette will be in a better position than I to speak to you about the impact such a provision might have on the attitude of lawyers and accused, should it come to that. I hope that we will never see the text of the section interpreted in that way. Mr. Carrette.

**Mr. Carrette:** Under Section 672.65, one of the criteria to be used by the court to declare an individual a dangerous mentally disordered accused is the following: the text refers to the use or attempted use of violence in an assault against another person, in association with a type of aggressive behaviour by the accused that gave rise, particularly, to the offence leading to the verdict.

It is important to emphasize that it would be very easy to declare a person to be a dangerous mentally disordered individual by applying these two criteria alone: aggravated assault or assault causing bodily harm, and evidence proving, if the Crown prosecutor wishes to submit such evidence, that the accused manifested a type of aggressive behaviour. This could conceivably apply to any loiterer.

A member of the committee mentioned earlier that when he was in Washington he saw people wandering the streets who seemed ill. You don't need to go to Washington to see that. There are many such people in Montreal right now.

The Crown prosecutor could prove that the individual is wandering about in the streets, shouting and abusing people verbally. Let us suppose that the individual had hit someone once in the past, and that he is arrested for assault causing

*[Text]*

lésions. Il a cassé le nez à une personne qui passait dans la rue. Peut-on croire qu'en appliquant les critères prévus concernant les accusés dangereux atteints de troubles mentaux, cet individu-là pourrait effectivement être déclaré accusé dangereux atteint de troubles mentaux?

Si c'est le cas, je vous soumets que ce qu'on a tenté d'éviter en partie dans l'arrêt Swain, c'est que des individus soient obligés de plaider coupable, eu égard aux conséquences d'un acquittement pour cause d'aliénation mentale. Il est possible, eu égard à cette disposition 672.65, que l'individu qui ferait face à une demande du procureur de le déclarer dangereux et atteint de troubles mentaux, plaide coupable pour éviter qu'on lui appose cette étiquette.

**Dr Lafleur:** En fait, on craint que certains aspects du projet de loi aient l'effet paradoxal d'entraîner le contraire de ce que l'on désire. À Pinel, on traite les patients les plus dangereux du Québec et d'une partie du Canada. On a des patients d'ailleurs qui nous sont drainés. Lorsque ces patients sont sous OLG, l'Institut les fait quitter plus tôt que d'autres centres hospitaliers où les durées de séjour sont plus longues. Donc, de la façon dont on fonctionne actuellement, on estime assurer tout à la fois la protection de la société et une qualité de vie et une réinsertion meilleures pour le patient dans des délais plus brefs.

On craint qu'en voulant, par certains côtés, favoriser les droits des patients, le projet de loi n'entraîne paradoxalement l'effet contraire. Par exemple, le patient qui aurait commis un délit relativement mineur, mais que l'on constate très malade et potentiellement très dangereux, ne serait plus sous ordonnance de garde après deux ans selon les termes du projet de loi actuel. Ce serait terminé. On serait alors obligé de laisser le patient réintégrer la société. Par manque d'autocritique, la commission le libérant, le patient pourrait renoncer au traitement. C'est un scénario qui se produirait très fréquemment. Le patient renonçant au traitement, la maladie reprend de l'importance, la dangerosité et la violence réapparaissent, il commet un délit plus grave, il est arrêté et, cette fois, il tombera possiblement sous l'aspect du projet de loi concernant les personnes dangereuses et pourra être soumis à une très longue période d'hospitalisation. Si, à la base, on avait pu avoir un mandat de garde plus souple et plus prolongé, tout cela aurait pu être évité. Je ne sais pas si mon exemple est clair.

**Dr Béliveau:** Monsieur le président, nous vous remercions de nous avoir entendus. Cela nous fera plaisir de répondre aux questions que vous pourriez avoir.

*[Translation]*

bodily harm. He has punched a pedestrian walking by and broken his nose. Is it conceivable that by applying the criteria prescribed in the dangerous mentally disordered accused provision, that individual might indeed be declared to be a dangerous mentally disordered accused?

If that is the case, I submit to you that what the Swain decision was trying to prevent, in part, was that individuals be forced to plead guilty to avoid the consequences of an acquittal by reason of insanity. In the light of section 672.65, it is possible that an individual might plead guilty, upon the request of the prosecutor, to avoid being declared a dangerous mentally disordered accused.

**Dr. Lafleur:** In fact, we are afraid that certain aspects of the bill will, paradoxically, produce the opposite effect from the effect intended. At Pinel, we treat Quebec's, and some of Canada's most dangerous offenders. Patients are sent to us from elsewhere. LGW patients leave the Institute sooner than other hospitals where their stay is longer. So we feel that our current methods allow us to protect society and give patients a better quality of life and a more successful reintegration within a shorter period of time.

We fear that by trying to protect patients' rights in some of its provisions, the bill may paradoxically have the opposite effect. For instance, a patient might have committed a relatively minor offence but be found to be very ill and potentially very dangerous, yet would no longer be subject to a custody order after two years under the provisions of the bill as it stands. He could no longer be detained, and we would be forced to allow him to reintegrate into the community. The Review Board would release him, and because these patients have no critical insight into their condition, the individual might put an end to his treatment. We would see this occurring quite frequently. The patient would stop his treatment, he would have a relapse, become violent and potentially dangerous again, commit a more serious offence, be arrested, and this time, he might conceivably be subject to that aspect of the bill involving dangerous persons, and could be hospitalized for a very long time. If we had a more flexible, longer-term custody order at the outset, we could avoid all of that. I don't know if my example was clear.

**Dr. Béliveau:** Mr. Chairman, we thank you for having heard us. We will be happy to answer any questions you might have.

• 1205

**The Chairman:** I am not sure, Doctor, after the very comprehensive outline you have given us of the difficulties you see, whether there will be any questions. We do have three. We are running a long way overtime. Jacques, would you care to start. Mr. Tétreault.

**Le président:** Je ne suis pas certain, docteur, après avoir entendu cet exposé synoptique très exhaustif des problèmes que vous pose le projet de loi, qu'il y aura des questions. Nous en avons trois, toutefois. Nous sommes très en retard. Jacques, voulez-vous commencer. Monsieur Tétreault.

[Texte]

**M. Tétreault (Laval-Centre):** J'ai un commentaire plutôt qu'une question. Tout d'abord, je tiens à vous féliciter pour le travail extrêmement approfondi et sérieux que vous avez fait. J'ai surtout noté votre souci de protéger la société et de protéger le patient, qui pourrait être mis en liberté sans suivi et qui serait extrêmement dangereux, et pour lui-même et pour la société.

Vous avez présenté un mémoire en plusieurs points. J'aimerais que vous nous remettiez les notes de votre mémoire pour qu'on en tienne compte tout au long des séances du Comité avant de faire notre rapport. J'aimerais qu'on ait toujours en mémoire votre présentation. Je vous félicite pour votre excellent travail et votre sérieux, et j'aimerais avoir votre mémoire.

**Dr Béliveau:** Je vous remercie. Nous nous ferons un plaisir de vous faire parvenir un texte qui sera, en substance, ce que nous avons présenté ce matin.

**The Chairman:** Yes, we would like to have it as soon as possible, Doctor, if we could, and make it available to all members of the committee.

**Dr. Béliveau:** By the end of the week.

**The Chairman:** Yes, this will be fine. Thank you.

**Dr. Béliveau:** No problem.

**The Chairman:** Thank you very much, Doctor. Madame Jacques.

**Mme Jacques:** J'aimerais vous féliciter pour l'exposé que vous avez fait pour attirer notre attention sur certains articles de loi qui comportent peut-être des lacunes, entre autres l'article 677.21 qui concerne les déclarations protégées.

Je suis entièrement d'accord sur votre position. Ayant une formation d'avocate, je suis entièrement d'accord. Je n'ai pratiqué que pendant deux ans, mais je suis d'accord avec vous. D'après moi, cela pourrait aller à l'encontre de la Charte. Également, qu'est-ce qu'on fait du secret professionnel? Cela ne respecte pas du tout le secret professionnel auxquels les professionnels sont tenus à l'égard de leurs patients. Je pense que vous nous avez fait prendre conscience de la lacune qui existe dans le projet de loi.

Je voudrais demander au greffier si on a eu la position de l'Association du Barreau canadien concernant les déclarations protégées.

**Me Carrette:** Je pense que l'Association du Barreau canadien s'oppose au fait de permettre l'emploi de cette déclaration protégée, par le tribunal ou le procureur de la Couronne, pour contre-interroger l'accusé.

**Mme Jacques:** D'accord.

**Me Carrette:** Cela va à l'encontre du secret professionnel. Je peux vous donner l'exemple suivant. Il est fréquent que l'accusé soit évalué afin de déterminer s'il était responsable de son délit, à la demande du procureur de la défense. Si l'avocat de la défense demande au juge que l'accusé puisse rencontrer quelqu'un, cette personne est son témoin. C'est son privilège que de ne pas se servir de l'expertise qui a été faite. Dans le cas de personnes qui sont

[Traduction]

**Mr. Tétreault (Laval-Centre):** I have a comment rather than a question. Firstly, allow me to congratulate you for your very in-depth and serious work on the bill. I noted particularly your concern with protecting society and protecting patients that might be released without follow-up and might be extremely dangerous, both for themselves and for society.

There are several parts to the brief you submitted. I wonder if you could provide us with a copy of the notes you used for your presentation so that we might take them into account during all of the remaining Committee hearings before we prepare our report. I would like us to keep your presentation in mind at all times. I congratulate you for your excellent work and the thoroughness of your approach, and I would like a copy of your brief.

**Dr. Béliveau:** Thank you. We will be happy to send you a text which will contain, in substance, the presentation we gave this morning.

**Le président:** Oui, nous aimerions l'avoir le plus rapidement possible, docteur, si possible, et nous en distribuerons des exemplaires à tous les membres du comité.

**Dr Béliveau:** Vous l'aurez d'ici la fin de la semaine.

**Le président:** Cela conviendra très bien, je vous remercie.

**Dr Béliveau:** De rien.

**Le président:** Merci beaucoup, docteur. Madame Jacques.

**Mrs. Jacques:** I would like to congratulate you for your presentation directing our attention to certain sections of the Bill that may be flawed, among others Section 677.21 concerning protected statements.

I agree with your position entirely. I was trained as a lawyer, and as such, I agree with you entirely. I only practised for two years, but I agree with you. Furthermore, I think that this might be contrary to the provisions of the Charter. Also, what about professional secrecy? Professionals must treat the details of their patients' cases as absolutely confidential, and this provision ignores professional privilege. I think you have apprised us of certain flaws in the Bill.

I would like to ask the clerk whether we have the position of the Canadian Bar Association on protected statements.

**Mr. Carrette:** I think that the Canadian Bar Association is opposed to allowing the use of this protected statement, by the court or the Crown Prosecutor, to cross-examine the accused.

**Mrs. Jacques:** I see.

**Mr. Carrette:** This is in conflict with professional secrecy. I could give you the following example. Defence council frequently requests that the accused be assessed to determine whether he was responsible for committing the offence. If defence council asks the judge to allow the witness to meet someone, that person becomes the witness. It is his privilege to refrain from using the assessment. When experts are asked to determine whether the accused is fit to stand trial or not,

[Text]

envoyées pour fins de déterminer si elles sont aptes ou non, l'accusé n'a d'autre choix que de parler au psychiatre ou aux membres du personnel de l'unité d'expertise. Peut-on penser qu'on puisse se servir de ses dires alors qu'il était fort probablement psychotique? Je crois qu'on ne pourrait pas faire cela. Cela va à l'encontre du secret professionnel.

**Mme Jacques:** C'est évident à la face même de l'article.

**Dr Lafleur:** Pour appuyer ce que vous dites, l'inconvénient, quand on évalue en particulier l'aptitude, c'est que l'expert ne peut totalement se dissocier de son rôle de médecin traitant. Il est toujours en face d'un patient extrêmement souffrant et désorganisé dont il tente d'améliorer la situation. Nécessairement, il reçoit des confidences plus étendues que celles s'appliquant strictement à l'aptitude. Si on est obligés, dans nos confidences à la cour, de déborder ce mandat-là, le lien qu'on cherche à établir avec le patient, qui est la seule façon de lui apporter des soins et de le remettre au niveau de la réalité, est totalement compromis. C'est très troublant. La confiance que les patients peuvent nous accorder jusqu'à maintenant va être perdue. C'est critique.

• 1210

**Mme Jacques:** Exactement. Je suis entièrement d'accord. Je vous félicite d'avoir soulevé un point comme celui-là. Vous êtes vraiment les premiers à mettre l'accent sur cela depuis le début de nos rencontres.

I know we have run out of time but may I ask another question?

**The Chairman:** A short one.

**Mme Jacques:** À l'article 672.14 proposé, on dit qu'exceptionnellement, le tribunal... Je suis entièrement d'accord avec vous là-dessus. Cela donne une discrétion énorme au tribunal, peut-être sans tenir compte de différentes contraintes et de l'évaluation de la part des médecins. Qu'est-ce que vous nous avez suggéré? Vous ne nous avez pas soumis de mémoire, mais vous nous avez proposé quelque chose tout à l'heure.

**Dr Lafleur:** Un mécanisme.

**Mme Jacques:** Oui, c'est cela.

**Dr Lafleur:** En fait, qu'une première évaluation ait lieu dans les cinq jours, c'est raisonnable. Comme on le disait, de 30 à 35 p. 100 des prévenus vont en bénéficier parce qu'ils seront d'emblée reconnus aptes. Par contre, pour tous les autres, la question est plus délicate ou il y a nécessité d'un traitement pour obtenir l'aptitude. Si le psychiatre, au lieu de soumettre un rapport disant que l'accusé est inapte, pouvait demander une prolongation allant jusqu'à 30 ou même 60 jours, comme c'est le cas actuellement à l'Institut Pinel, la plupart des patients seraient rendus aptes dans le délai. Donc, ou bien il y aurait un rapport disant que, de l'avis de l'expert, le patient est apte, ou bien l'expert demanderait une prolongation pour fins d'évaluation et de traitement pouvant aller jusqu'à 30 jours, et pourrait même faire une autre demande de prolongation, avec une deuxième justification, pouvant amener cette évaluation et ce traitement à 60 jours.

[Translation]

the accused has no other choice but to speak to the psychiatrist or other professionals sent to assess him. Could we conceivably use a statement made by a person who was probably in a psychotic state? I don't believe we could. That would be in conflict with professional secrecy.

**Mrs. Jacques:** Even a cursory reading of the section makes this obvious.

**Dr. Lafleur:** In support of what you are saying, I might add that particularly in assessing fitness to stand trial, the expert cannot totally dissociate himself from his role as attending physician. He is still dealing with an extremely sick and disorganized patient, whom he is trying to help. The patient's disclosures will inevitably range beyond what would be necessary to determine fitness. If, in speaking to the court, we have to go beyond the competency assessment mandate, then the bond we are trying to establish with the patient, which is in fact the only way of treating him and bringing him back to reality, is totally compromised. This is very distressing. We will lose the trust that patients have placed in us up till now. This is a critical issue.

**Mrs. Jacques:** Exactly. I agree with you entirely. I congratulate you for having raised such a point. You are the first, really, to have stressed that point since we began these hearings.

Je sais que nous n'avons plus de temps mais puis-je poser une autre question?

**Le président:** Si elle est brève.

**Mrs. Jacques:** In proposed section 672.14, it says that exceptionally, the court... I agree with you completely on this point. This gives the court enormous discretion, perhaps without taking into account various constraints and the physicians' assessment. What did you suggest? You did not submit a brief, but you did propose something earlier.

**Dr. Lafleur:** A mechanism.

**Mrs. Jacques:** Yes, that is it.

**Dr. Lafleur:** In fact, it is reasonable that a first assessment take place within five days. As we were saying, 30% to 35% of people concerned will benefit because they will be deemed competent right from the outset. However, for all of the others, the issue becomes more awkward where treatment is needed to make a person fit to stand trial. If the psychiatrist, rather than having to submit a report stating that the accused is unfit to stand trial, could ask for an extension of up to 30 or even 60 days, as is the case currently at the Institut Pinel, most patients could be rendered fit before the deadline. So, there would either be a report stating that, in the opinion of the expert, the patient was fit to stand trial, or the expert would ask for an extension of up to 30 days for the purposes of assessment and treatment, and could even ask for another extension, with a second justification, which would mean that the period for assessment and treatment might last 60 days.

[Texte]

Il nous semble que, de cette façon-là, on raccourcirait le temps de détention pour évaluation d'aptitude des gens qui sont d'emblée aptes, puisque cela se ferait en cinq jours. Pour les autres, cela raccourcirait aussi le temps, parce que si on avait à dire au bout de cinq jours qu'ils sont inaptes, il y aurait tout un processus: il faudrait que la commission revienne sur cet avis-là, etc. Il y aurait un processus bureaucratique qui ferait que ce serait beaucoup plus long que 30 ou 60 jours. Comme on le disait, 80 p. 100 de nos patients deviennent aptes en moins de 30 jours, mais pour la plupart d'entre eux, il faut plus de cinq jours, et 98 p. 100 sont aptes en moins de 60 jours.

**Dr Béliveau:** Pour répondre à votre question de façon plus précise, au paragraphe 672.14(3), au lieu de dire:

...le tribunal peut rendre une ordonnance d'évaluation pour une période de soixante jours s'il est convaincu que des circonstances exceptionnelles l'exigent.

on devrait dire «s'il est convaincu que c'est justifié».

**The Chairman:** Thank you.

**Mr. Rideout:** Mr. Chairman, I have a couple of very quick questions.

I thought you made a good point with respect to capping and the fact that you can't cap the time for treatment so the severity of the crime does not make any difference. It may take longer to treat than what the cap provides. In that case, do you have any impression of provincial facilities, their ability to dealing with the situation and what may happen once we go past the cap time? They are going to fall into the provincial ambit in that sense. Perhaps you could make some comments with respect to that.

**Dr. Béliveau:** The only thing we could see is that they might adopt some new disposition in the law to protect the mentally ill, but it would never have the same meaning for the patient. Even though they manage to do that, with all the difficulties and administration of such a law... so far there is no administrative office for this *protection du malade mental*. So who will be taking care of that one? Secondly, it does not have the same meaning for the patient. The board of review—it is a meaning, a term of authority, a term of identification to the law, to the code and so on. *La protection du malade mental* does not mean anything. Everything we were trying to explain to you in terms of keeping that sort of organism on top of their heads will not be as useful.

**Mr. Rideout:** Right. I have one more question. This morning we heard a number of witnesses talk about treatment and consent and having control of their destiny. There seems to be some opposition to the idea of treatment without consent. Have you any comments with respect to that and whether or not there are any circumstances where there should be treatment without consent?

[Traduction]

It seems to us that this would be a way of shortening detention time for assessment of individuals who are obviously fit, since a five-day period would be set aside for this purpose. This could also shorten detention time for the others, because if they were deemed unfit at the end of the five-day period, another process would apply: the Board would have to review that opinion, etc. There would be a bureaucratic process that would last much longer than 30 or 60 days. As we were saying, 80% of our patients become fit to stand trial in less than 30 days, most of them need more than five days, and 98% would be deemed fit in less than 60 days.

**Dr. Béliveau:** To answer your question more specifically, in section 672.14(3), instead of saying:

...a court may make an assessment order that remains in force for 60 days where the court is satisfied that compelling circumstances exist that warrant it.

we should say "where the court is satisfied that this is warranted".

**Le président:** Merci.

**M. Rideout:** Monsieur le président, j'aurais une ou deux questions très brèves.

Vous avez fait des observations très pertinentes, à mon avis, en ce qui a trait à la durée maximale et au fait que la durée du traitement n'est pas nécessairement liée à la gravité du crime. Il se peut que le traitement dure plus longtemps que la durée maximale d'application de la décision prévue. Pouvez-vous nous dire ce que vous pensez du rôle éventuel des établissements provinciaux dans ces cas-là, de leurs possibilités pour faire face à la situation, et nous dire ce qui se passera, selon vous, quand nous aurons dépassé les durées maximales d'application? Ces situations relèveront de la compétence provinciale. Peut-être auriez-vous quelques observations à nous faire là-dessus.

**Dr. Béliveau:** Les provinces pourraient peut-être ajouter quelques nouvelles dispositions à la loi visant à protéger les malades mentaux, mais cela ne pourrait jamais avoir la même signification pour le patient. Même si elles y arrivaient, si l'on songe à toutes les difficultés que pose l'administration d'une telle loi... il n'y a à date aucun bureau administratif chargé de la protection du malade mental. Qui serait donc responsable de cet aspect des choses? Deuxièmement, cela ne signifie pas la même chose pour le patient. La commission d'examen—cela signifie quelque chose, c'est une instance, un terme défini par la loi, le code, etc. «La protection du malade mental» ça ne signifie rien. Tout ce que nous avons tenté de vous expliquer quant au rôle que joue ce genre de commission dans la protection du malade mental sera compromis.

**M. Rideout:** Je vois. J'ai une autre question. Ce matin un certain nombre de témoins nous ont parlé de traitement et de consentement et du fait de pouvoir contrôler leur propre destinée. Il semble que l'idée de traitements sans consentement suscite une certaine opposition. Auriez-vous des commentaires à nous faire à cet égard, et croyez-vous qu'il y ait des circonstances qui justifient que l'on administre un traitement à un patient sans son consentement?

[Text]

[Translation]

• 1215

**Dr. Lafleur:** Fortunately, in most cases the patient consents to treatment, even dangerous patients and patients without insight. The commission helps a lot with this.

As we said, it represents something for the patient. Often there is an alliance between the patient and the staff team, the members of the medical team, to prove to the commission that a person can function in society. It is clear to both parties that treatment is something that the commission will take into account to let the patient go out. That is one thing.

What we do with patients who refuse treatment is to treat those who are immediately dangerous to themselves, to society or to their peers or members of the staff in the unit where they are hospitalized. When we see that they are immediately dangerous, we treat them.

If they are not dangerous then we discuss it with them. We tell them that when it is time for them to go back into society we will recommend to the commission that they not be let out because they are still psychotic and might become dangerous in a new situation. At the hospital there is a structure that helps the patient to not have too much stress and difficulty, but outside it is very different. So we try to talk to the patient and bring him to consent to this.

**Mr. Rideout:** Is it fair to say that there are some very limited circumstances in which there should be treatment without consent?

**Dr. Lafleur:** Yes, in an emergency.

**The Chairman:** How far does treatment go? We are talking about the administration of drugs orally and parentally, we are talking about psychoanalysis and psychotherapy.

**Dr. Lafleur:** No, not at all.

**The Chairman:** We are talking about shock therapy and psycho-surgery.

**Dr. Lafleur:** Not at all. We have yet to do psycho-surgery at l'Institut Pinel after more than 20 years. When we speak about emergency treatment we are speaking about administration of a medication which will bring the patient to a calmer state and with clearer thoughts.

The situation we see the most is the patient who becomes very psychotic, very disorganized, who thinks that the other patients are Nazis or people like this who will try to kill him. He tries to defend himself with aggression toward other patients or members of the staff. This is an example that we see quite often. When we have this situation we give a medication that has short but numerous effects. One is to diminish aggressiveness, the second is to help the patient think more clearly, and the third is to diminish the pain that he is feeling. So we have these three effects.

Most of the time the patients can get some help from the medication. It helps us to propose a more continuous medication and treatment for him.

**Dr Lafleur:** Heureusement, dans la plupart des cas les patients consentent à se faire traiter, même les patients dangereux et les patients sans autocritique. La commission d'examen est très utile à cet égard.

Comme nous l'avons dit, elle représente quelque chose pour le patient. Souvent, le patient et les membres de l'équipe médicale s'allient pour prouver à la commission qu'un patient saura s'adapter s'il est réinséré dans la société. Dans sa décision de libérer le patient, il est clair pour les deux parties en cause que la commission tient compte du traitement éventuel. C'est la première chose.

Pour ce qui est des patients qui refusent le traitement, notre approche est de traiter ceux qui présentent un danger immédiat, soit pour eux-mêmes, pour la société, pour les autres patients ou pour les membres du personnel travaillant dans l'unité où ils sont hospitalisés. Quand nous constatons qu'ils présentent un danger immédiat, nous les traitons.

S'il ne sont pas dangereux, nous en discutons avec eux. Nous leur expliquons que quand le moment sera venu pour eux de retourner à la société nous recommanderons à la commission qu'ils ne soient pas libérés parce qu'ils sont toujours psychosés et pourraient devenir dangereux dans une nouvelle situation. L'hôpital représente une structure de soutien qui atténue l'anxiété nerveuse et les difficultés auxquelles pourrait être confronté le patient, mais à l'extérieur la situation est tout à fait autre. Alors nous essayons de raisonner avec le patient et de l'amener à consentir.

**M. Rideout:** Serait-il juste de dire qu'il y a certaines situations très bien délimitées dans lesquelles l'on devrait pouvoir traiter les patients sans leur consentement?

**Dr Lafleur:** Oui, dans les cas d'urgence.

**Le président:** De quel sorte de traitement s'agit-il? Nous parlons de l'administration de médicaments par voie orale ou parentérale, de psychoanalyse et de psychothérapie.

**Dr Lafleur:** Non, pas du tout.

**Le président:** Il s'agit donc alors de sismothérapie et de psychochirurgie.

**Dr Lafleur:** Pas du tout. Nous n'avons encore pratiqué aucune psychochirurgie à l'Institut Pinel et nous existons depuis plus de 20 ans. Par traitement d'urgence, nous voulons dire l'administration de médicaments qui calmeront le patient et lui permettront de penser d'une façon plus logique.

La situation à laquelle nous sommes confrontés le plus souvent est celle du patient en crise psychotique, très désorganisée, qui pense que les autres patients sont des Nazis ou quelque chose du genre et qu'ils vont essayer de le tuer. Il essaie de se défendre en agressant les autres patients ou les membres du personnel. C'est un exemple d'une situation que nous rencontrons souvent. Nous administrons à ce genre de patient un médicament dont les effets sont nombreux mais de courte durée. Ce médicament diminue l'agressivité, aide le patient à penser d'une façon plus logique, et atténue la douleur qu'il ressent. Le médicament a donc ces trois effets.

Le plus souvent, ce traitement aide les patients. Quant à nous, cela nous aide à proposer un traitement et des médicaments qu'il prendra de façon plus régulière.



[Texte]

**M. Waddell:** Je regrette d'avoir manqué la plus grande partie de votre présentation, mais je pourrai lire le compte rendu et vous poser ensuite des questions.

J'ai cependant une question. J'ai siégé au Comité étudiant le projet de loi sur les armes à feu. J'ai entendu les étudiants de l'École polytechnique, M<sup>me</sup> Edward et d'autres. Est-il possible d'identifier un Marc Lépine avant la tragédie?

**Dr Lafleur:** Très difficilement. L'un des problèmes de la maladie mentale est le manque d'autocritique. L'autocritique fait que si vous êtes souffrant physiquement, vous allez vous présenter à l'urgence de votre hôpital pour recevoir des soins. Si votre maladie fait en sorte que vous êtes méfiant, que vous craignez d'être entouré d'ennemis, de personnes hostiles, vous ne vous présenterez pas pour obtenir des soins puisque vous croyez qu'au contraire, on va vous nuire. C'est tout le drame de la maladie mentale. Par conséquent, cela peut être difficile à détecter. Cela l'est certainement pour les professionnels, dans la mesure où ces patients ne se présentent pas à des professionnels.

• 1220

Les personnes qui seraient peut-être le plus susceptibles d'aider à la détection de ces individus sont les membres de l'entourage immédiat: les parents, les amis, les voisins, l'école, parfois les camarades d'école. Encore là, l'un des problèmes, c'est que ces individus sont souvent isolés, secrets et fermés. Mais on se rend compte que, par la diffusion d'une information saine et appropriée, et non pas sensationnaliste comme le font certains médias, on sensibilise certaines personnes au danger que peuvent présenter leurs proches, et ils les amènent. Et même ces personnes elles-mêmes, lorsque de l'information est diffusée et qu'elles voient qu'elles peuvent recevoir de l'aide, parviennent parfois à surmonter leur méfiance, leur réticence à se confier pour venir.

Je dirais que la mesure la plus concrète—et vous siégiez à ce Comité—est de diminuer la libre circulation des armes qui, du point de vue d'un clinicien, est un scandale. Mais cela, c'est une autre question.

**Dr. Sheilagh Hodgins (Institut Philippe Pinel de Montréal):** To complete that answer, if I could add something, Marc Lépine is one of the many people who may well have suffered from a form of mental illness and who received no treatment. In fact, if we look at the data on patients who are eventually put under warrants of the Lieutenant Governor, we see across the country that anywhere from 63% up to 87% of them had already been hospitalized in a psychiatric hospital before they were put on warrant. So even with those who have already been in in-patient hospital care we are not able to prevent the crimes, let alone all those who have never been seen.

**The Chairman:** Thank you very much. I want to thank this group of witnesses, along with the others who went before, for their help in studying this bill.

We would like to proceed to the last set of witnesses: from the Lieutenant Governor's Board of Review, the Hon. Mr. Justice Thomas P. Callon, and Mr. O'Marra, counsel.

[Traduction]

**Mr. Waddell:** I'm very sorry to have missed most of your presentation, but I will be able to read the proceedings and ask questions later.

I do have one question now, however. I sat on the Committee studying the Arms Control Bill. I heard the testimony of students from the *École polytechnique*, Ms. Edward and others. Is it possible to identify a Marc Lépine before a tragedy occurs?

**Dr. Lafleur:** With great difficulty. One of the problems with mental disorder is the lack of insight. Insight means that if you are suffering physically, you will go to the emergency ward of your local hospital to receive care. If your illness makes you mistrustful, if you fear that you're surrounded by enemies, by hostile persons, you will not go to get the care you need because you will believe that people will hurt you rather than help you. That is the problem with mental illness. Consequently, it can be difficult to detect. It certainly is for professionals, insofar as these patients do not seek them out.

The persons that might be in the best position to help to identify these individuals are those in their immediate circle: family, friends, neighbours, teachers, sometimes classmates. There again, one of the problems is that these individuals are often isolated, secretive and withdrawn. But we are realizing that the dissemination of appropriate and reliable information, and not the sensational information that some media prefer to broadcast, allows certain people to become aware of the fact that someone close to them may be dangerous, and they take them to see a doctor. Sometimes the afflicted persons themselves, when this information is made available and when they see that they can be helped, will sometimes manage to overcome their mistrust, their reluctance to confide in someone, and will seek help.

I would say that the most concrete step you can take—and you are sitting on that committee—would be to restrict the free circulation of weapons which is, from the point of view of a clinical practitioner, a scandal. But that is another issue.

**Dr. Sheilagh Hodgins (Institut Philippe Pinel de Montréal):** Pour compléter cette réponse, si je peux me permettre d'ajouter quelque chose, Marc Lépine est l'une des nombreuses personnes qui souffrent peut-être d'une forme de maladie mentale et qui n'a reçu aucun traitement. De fait, si nous regardons les données qui portent sur les patients qui font l'objet d'ordonnances du lieutenant-gouverneur, nous constatons qu'à travers le pays entre 63 et 87 p. 100 de ceux-ci avaient déjà été hospitalisés dans un établissement psychiatrique avant de faire l'objet de cette ordonnance. Nous n'arrivons donc même pas à prévenir les crimes chez ceux qui ont déjà été hospitalisés et traités en institution, alors que pouvons-nous faire pour tous ceux qui n'ont même jamais vu un médecin?

**Le président:** Merci beaucoup. Je désire remercier ce groupe de témoins, ainsi que ceux qui ont comparu avant, de nous avoir aidés à examiner ce projet de loi.

Nous aimerions entendre nos derniers témoins: du Bureau de révision du lieutenant-gouverneur, l'honorable juge M. Thomas P. Callon, et M. O'Marra, avocat.

[Text]

Gentlemen, I want to say at the outset that we welcome you here. We are extremely sorry to keep you late; but, as you know, this is a very important bill. We thank you very much for submitting to us the revisions that you would suggest to this bill, a summary and a very comprehensive report.

Would you like to make an opening statement?

**Hon. Mr. Justice Thomas P. Callon (Lieutenant Governor's Board of Review):** Yes, Mr. Chairman. I have with me here Mr. Al O'Marra, who is counsel to the board. He, along with myself and others, has given a very detailed and lengthy study of the amendments.

At the outset, I should say that subject to your consideration of certain specific submissions that Mr. O'Marra will make, the Ontario board finds no difficulty in operating under the proposed amendments as they appear before you. I repeat: subject to the considerations we will place before you in the way of specific recommendations to alter the amendments.

I think it is fair to say that in large measure the amendments as you have them before you capture many of the current practices that have evolved by the Ontario board, such as disclosure, granting standing to other parties, the delegated authority procedure given to the administrators of the various hospitals, the right to counsel, and those things. So, really, many of the provisions you have before you capture the particular practices and procedures that are at this time a part of the Ontario board's practices and procedures.

• 1225

Perhaps it would be helpful if I briefly outlined how the Ontario board operates. I think that would lead into Mr. O'Marra's submissions to you with respect to the specific changes in the amendments or concerns we have.

In general terms, the underlying objective of the board is to move the accused through the various levels of security in our psychiatric hospitals with the ultimate objective of returning them to the community under carefully monitored release conditions and, finally, at the appropriate time vacating the warrant to which the accused is subject. So there can be no misunderstanding about our appreciation about the type of population the board has to deal with. I would simply indicate that as of March 1, 1990 when the database report across Canada was compiled, it shows that Ontario had 403 accused persons under the Lieutenant Governor's warrant. That number of patients has now risen to approximately 435.

I don't think the proportion of accused who committed a specific offence has varied, notwithstanding the increase in the number of warrant patients. I point out to you, sir, and the members of the committee that approximately 80% of those 403 warrant patients committed serious violent offences. I categorize the offences as being violent by identifying homicide, attempted murder, sexual aggression, assault and other offences involving weapons. This is the

[Translation]

Messieurs, je veux vous dire d'emblée que nous vous souhaitons la bienvenue ici. Nous sommes très désolés de vous avoir fait attendre si tard; mais comme vous le savez, c'est un projet de loi très important que nous étudions. Nous vous remercions beaucoup de nous avoir soumis les amendements que vous proposez à ce projet de loi, ainsi qu'un résumé et un rapport très exhaustif.

Aimeriez-vous faire une déclaration liminaire?

**Son honneur le juge Thomas P. Callon (Bureau de révision du lieutenant-gouverneur):** Oui, monsieur le président. M. Al O'Marra, avocat du Bureau de révision, m'accompagne. M. O'Marra, ainsi que moi-même et d'autres personnes ont préparé un examen très détaillé et approfondi des amendements.

Je voudrais dire tout d'abord que sous réserve de votre étude de certaines propositions précises que vous fera M. O'Marra, le bureau de l'Ontario n'aurait pas de mal à mener ses activités aux termes des amendements proposés tels qu'ils vous ont été soumis. Je répète: sous réserve de la considération que vous voudrez bien donner aux recommandations précises de modification des amendements.

Je crois qu'il serait juste de dire que dans l'ensemble les amendements tels que vous les avez devant vous reflètent de nombreuses pratiques qui ont été adoptées par le Bureau de révision de l'Ontario, telle la divulgation, le fait d'accorder le statut d'intervenant à d'autres parties, la procédure de délégation d'autorité aux administrateurs des divers hôpitaux, le droit aux services d'un avocat, etc. Donc, vraiment, plusieurs des dispositions que vous avez devant vous reflètent précisément les pratiques et les procédures qui ont été adoptées par le Bureau de révision de l'Ontario.

Peut-être devrais-je vous expliquer brièvement le fonctionnement du Bureau de révision de l'Ontario. Ceci servira d'introduction à l'exposé de M. O'Marra sur les modifications aux amendements que nous allons vous proposer.

En termes généraux, l'objectif principal du Bureau est d'aider l'accusé à passer d'un niveau de garde à un autre dans nos hôpitaux psychiatriques dans le but ultime de le réinsérer dans la société sous réserve de certaines conditions soigneusement respectées eu égard à sa libération et, finalement, de lever en temps utile le mandat dont il fait l'objet. Nous vous prions donc de croire que nous comprenons très bien le type de clientèle qui fait l'objet de nos décisions. J'aimerais simplement indiquer qu'au 1<sup>er</sup> mars 1990, date de la parution du rapport contenant les données pour tout le Canada, l'Ontario avait 403 accusés tombant sous le coup d'une ordonnance du lieutenant-gouverneur. Depuis, le nombre de ces patients a atteint environ 435.

Malgré l'augmentation de ces patients faisant l'objet d'OLG, je ne pense pas que la proportion d'accusés ayant commis une infraction particulière ait variée. Je désire attirer votre attention, monsieur, ainsi que celle des membres du Comité sur le fait qu'environ 80 p. 100 de ces 403 patients visés par un OLG étaient coupables de voie de fait grave avec violence. Les infractions que je considère violentes sont l'homicide, la tentative de meurtre, l'agression sexuelle, les

## [Texte]

population the board has to deal with, and in its dispositions it must balance the interests of those individuals along with the protection of society.

In order to ensure to the extent possible that public interest is adequately protected, as the accused is given more privileges and more access to the community, it is imperative the board be empowered to impose binding terms and conditions upon the accused. For instance, a major concern with respect to the majority of the accused is the danger of relapse and consequent acting out in the event of the accused's failing to comply with his medication regime. As a term of this accused's order, it follows that the board must have the authority to require that he comply at all times with his medication regime.

In the same vein, many of the accused had a problem of substance abuse, either alcohol, street drugs or both, which was a contributing factor, if not in fact the cause, of the commission of the index offence. As such accused progresses through the warrant system, it is imperative in the public interest that he be monitored by way of screening tests in order to detect any such abuse. It is also prudent and appropriate to require an accused residing in the community to report to his psychiatrist from time to time and to abide by that psychiatrist's advice and direction. The concern of the board—and the same concern was expressed in different words, as I understood it, by the Quebec representatives—is that such terms and conditions may be precluded on the grounds that they constitute treatment within the meaning of proposed section 672.55.

• 1230

With the more difficult and dangerous accused and, in particular, with the sexual offenders, it is important for the board to have the authority to require the accused to submit to psychiatric examination and assessment from time to time. As such an accused gains more access to the community, it is essential that the board have before it current expert evidence and opinions of the mental state, attitudes and characteristics of the accused in order to assess the degree of risk involved if certain privileges are to be made available to the accused.

It follows that it is in the interests of both the accused, who may obtain additional privileges, and the public, who will be more properly protected, for the board to have the authority to require psychiatric examinations and assessments from time to time.

It is my submission that for the board to properly perform its mandate with respect to balancing the interests of the accused and the public, it must have the authority to direct or to require psychiatric examinations and assessments from time to time. We must have in mind that the state of the accused may vary from month to month and from year to year. At each hearing, the board is attempting to move the accused towards rehabilitation. In order to do so and in order

## [Traduction]

voies de fait et d'autres infractions à main armée. C'est la clientèle du Bureau, et dans ses décisions le Bureau de révision doit arriver à concilier les intérêts de ces individus avec la protection de la société.

Afin de s'assurer que dans la mesure du possible l'intérêt public fait l'objet d'une protection adéquate, quand on accorde de plus grands privilèges à l'accusé et qu'on lui donne un accès plus libre à la collectivité, il est essentiel qu'on dote le Bureau du pouvoir d'imposer à l'accusé des termes et des conditions exécutoires. Par exemple, une préoccupation majeure qui a trait à la plus grande partie des accusés concerne le danger de rechute et de violence quand l'accusé cesse de prendre ses médicaments. Il faut que le Bureau de révision puisse imposer une condition dans le cadre de sa décision, et qu'il ait donc le pouvoir d'exiger que l'accusé se conforme en tout temps au régime médical prescrit.

Dans la même veine, de nombreux accusés ont des problèmes de toxicomanie, qu'il s'agisse d'alcool, de drogues qu'on peut se procurer dans la rue ou des deux, problèmes qui ont contribué directement ou indirectement à la commission de l'infraction en cause. Au fur et à mesure que l'accusé suit la filière du système de mandat, il faut absolument protéger l'intérêt public en le surveillant par le biais de tests de dépistage pour déceler tout signe de récurrence de toxicomanie. Il serait aussi prudent et approprié qu'on exige d'un accusé qui a été réinséré dans la collectivité qu'il voit son psychiatre de temps à autre et qu'il respecte scrupuleusement les consignes et conseils de ce dernier. Ce qui inquiète le Bureau de révision—c'est d'ailleurs la même préoccupation qui a été exprimée en d'autres termes, si j'ai bien compris, par la délégation du Québec—c'est que l'on pourra exclure l'imposition de telles conditions si l'on estime qu'il s'agit là de traitements aux termes de l'article 672.55 du projet de loi.

Dans le cas d'un accusé plus dangereux et, en particulier, avec un contrevenant sexuel, il est important que le Bureau ait le pouvoir de l'obliger à se soumettre à un examen et une évaluation psychiatriques, lorsque cela est opportun. À mesure qu'un accusé de ce type bénéficie d'un accès plus large à la collectivité, il est essentiel que le Bureau ait en sa possession des données et des évaluations émanant de spécialistes concernant l'état mental actuel, les attitudes, les caractéristiques de l'accusé pour être en mesure d'évaluer le risque qu'entraînerait l'octroi de certains privilèges à l'accusé.

Il est donc dans l'intérêt de l'accusé qui risque d'obtenir ainsi des privilèges supplémentaires, et du public, qui sera mieux protégé, que le Bureau ait le pouvoir d'ordonner des examens et des évaluations psychiatriques, lorsqu'il le juge opportun.

Je soutiens que le Bureau ne peut remplir sa mission qui consiste en grande partie à concilier les intérêts de l'accusé et ceux du public s'il n'a pas le pouvoir d'ordonner que l'on procède à des examens ou des évaluations psychiatriques, lorsqu'il le juge nécessaire. Il ne faut pas oublier que l'état de l'accusé peut fort bien varier d'un mois à l'autre ou d'une année à l'autre. Chaque fois qu'il tient une audience, le Bureau tente de faciliter la réinsertion de l'accusé. Pour y

[Text]

to be satisfied that it has the best evidence on which to assess the risk patient presents from having certain additional access—for instance, to the community—it must have such information.

There are original assessments made pre-trial and perhaps post-trial. I am talking about down the road. In my submission, something may come up during the course of a hearing that triggers a concern of the board. Particularly with respect to sexual offenders, we may want another assessment, another examination and another expert opinion of the mental state, the attitude, the insight and so on of the patient, if we are contemplating giving the patient some additional privileges and, in particular, putting him in the community, where people are at risk.

Somewhat along the same line, the Ontario board has developed a practice that I believe is unique, as far as I understand the operation of the other boards across the country. Our board has a practice of retaining a consulting psychiatrist who examines and assesses the patient prior to each and every hearing. The psychiatrist is independent of the hospital with which the accused is identified, and he is independent of the board. He prepares a report resulting from his examination assessment, which is given considerable weight before the board.

As a matter of common sense, I think we have to appreciate that hospitals from time to time develop their own assessment, their own liking and sometimes their own dislike of individual patients. It is always helpful to have an independent assessment.

This pretty well covers my general comments. What I am trying to do here is to inform the board about both our practices and how we attempt to balance the interests of the accused with the interests of the public, which means the protection of the public.

• 1235

The Swain case struck down one section of the existing legislation. It indicated in pretty obvious terms that they were going to strike down the balance, so that you would be left with no legislation. As a matter of fact, we now have a case going through our Ontario court to attack the other main provision in the existing legislation.

I think it is anybody's informed opinion or guess that it will happen. We are now looking at a new ball game. How do we start?

As far as the Ontario board is concerned, as I have indicated before, we have no difficulty, subject to certain specific submissions to be made by Mr. O'Marra, in operating under the proposed amendments.

Looking from the position of the accused, for the first time he has an appeal. He has an appeal against every single disposition.

[Translation]

parvenir et pour qu'il soit convaincu qu'il dispose des meilleures preuves possibles du risque qu'entraînerait l'octroi au patient de permission supplémentaire—par exemple, de déplacement dans la collectivité—il doit disposer de ces renseignements.

Il existe déjà des évaluations qui ont été effectuées avant le procès, voire après celui-ci. Je parle de ce qui se passe par la suite. Il arrive qu'au cours d'une audience, un élément attire l'attention du Bureau. En particulier, dans le cas des contrevenants sexuels, il arrive que le Bureau souhaite obtenir une autre évaluation, un autre examen, voire une autre opinion spécialisée concernant l'état mental, l'attitude, l'autocritique du patient, lorsqu'il envisage de lui accorder d'autres privilèges, en particulier, lorsqu'il s'agit de le renvoyer dans la collectivité, ce qui peut faire courir des risques aux citoyens.

Dans le même ordre d'idées, le Bureau de l'Ontario a adopté une pratique qui est, je pense, unique, d'après ce que je crois savoir du fonctionnement des autres bureaux de révision au Canada. Notre Bureau demande toujours à un psychiatre consultant d'examiner et d'évaluer le malade, avant chaque audience où son cas est examiné. Ce psychiatre est indépendant de l'hôpital où réside l'accusé et il est indépendant par rapport au Bureau. Il prépare un rapport suite à son examen et à son évaluation, rapport auquel le Bureau accorde une importance considérable.

Je crois qu'il faut tenir compte du fait, ce qui est bien naturel, que les hôpitaux procèdent à leur propre évaluation de leurs patients et adoptent à leur endroit une attitude qui peut varier. C'est pourquoi il est toujours utile d'avoir une évaluation indépendante.

Voilà qui conclut à peu près mes commentaires généraux. Je cherche uniquement à vous expliquer notre façon de procéder et comment nous tentons de concilier les intérêts de l'accusé avec ceux du public, ce qui veut dire en fait la protection du public.

L'arrêt Swain a annulé un article de la loi en vigueur actuellement. Le tribunal a très clairement indiqué qu'il allait également invalider les autres dispositions, de sorte qu'il n'y aurait plus de loi en vigueur. En fait, l'autre disposition principale en vigueur actuellement est contestée à l'heure actuelle devant un tribunal ontarien.

Je pense que personne ne sait ce qui va se passer. La situation est complètement changée. Que faisons-nous maintenant.

Pour ce qui est du Bureau de l'Ontario, comme je l'ai déjà mentionné, nous ne pensons pas qu'appliquer les modifications proposées puisse nous poser des difficultés, sous réserve de certaines recommandations précises que fera M. O'Marra.

Si l'on se place du point de vue de l'accusé, on constate que, pour la première fois, il dispose d'un droit d'appel. Il peut interjeter appel de chaque décision le concernant.

[Texte]

Now, some boards do not permit open representation of the accused by counsel. In our board we do, and I think it is fair to say that approximately 90% of our patients at each review are represented by counsel. Full disclosure is made to counsel prior to the hearing. If a professional psychiatrist, for instance, has prepared a report, if counsel wants him available for cross-examination, he is made available.

I do not think I need to belabour this. If you have any questions that I should answer at this time— I have tried to capsulize what the situation is with the Ontario board. As I say, many of the amendments simply embrace the existing practice of the board.

Subject to any questions you might have of me, I would suggest that Mr. O'Marra identify the specific concerns we have with respect to the amendments, and his proposed solution to the problems.

**The Chairman:** I don't think there are any questions at this time, Your Honour. We have a very comprehensive report from Mr. O'Marra. I take it you are going to go through these—

**Mr. A. O'Marra (Counsel, Lieutenant Governor's Board of Review):** I don't intend to go through the paper that has been presented to the committee. I can satisfy you on that point. That will be left for your late-night reading.

**The Chairman:** Thank you very much.

**Mr. O'Marra:** As you probably appreciate as a result of your hearings, each board operates somewhat differently as a result of the very loose nature of the present legislation.

In Ontario, we very much view the draft legislation positively. We see it as a good piece of work in balancing the interests of the accused and protecting the interests of society. We feel this way because our perception is that the legislation largely mirrors what we presently do. The uniformity of the application of that is in our view a positive one.

As Justice Callon has indicated to you, we operate on the basis of a loosened warrant system, whereby once a person has been found to be "section 16", or unfit, they will be placed in the hospital system, if that is appropriate. It may well be that they start at a maximum security institution but progress in a cascaded way to medium security and to minimum security, eventually to a reintegration into the community by way of a loosened warrant. It allows the administrator some discretion to permit them certain passes into the community on a time-limited basis, eventually to the point where they may be living in the community, and reporting to the hospital under its supervision. It has been referred to in other jurisdictions as a "monitored conditional release". That is basically how the system works in Ontario. It is our view that this legislation will continue to operate that system.

[Traduction]

Il y a des bureaux de révision qui ne permettent pas à l'accusé d'être représenté par un avocat. Nous le faisons chez nous et je pense que l'on peut dire qu'environ 90 p. 100 de nos patients sont représentés par des avocats lorsqu'on examine leurs dossiers. Tous les documents sont communiqués à l'avocat du patient avant l'audience. Si un psychiatre a, par exemple, préparé un rapport, et que l'avocat voudrait que cette personne soit présente pour pouvoir la contre-interroger, cela est fait.

Je ne pense pas qu'il y ait lieu d'insister sur ce point. Si vous avez des questions à me poser... J'ai essayé de vous résumer ce qui se passe devant le Conseil de l'Ontario. Comme je l'ai déjà dit, une bonne partie des modifications proposées ne font que reprendre les pratiques qu'utilise actuellement notre Bureau.

Si vous n'avez pas de questions à me poser, je proposerais que M. O'Marra précise les problèmes que soulèvent certaines modifications et qu'il présente les solutions qu'il propose.

**Le président:** Je ne pense pas qu'il y ait des questions pour le moment, monsieur le juge. M. O'Marra a préparé un rapport très complet. Vous allez sans doute l'examiner...

**M. O'Marra (procureur, Conseil de révision du lieutenant-gouverneur):** Je n'ai pas l'intention de revoir le document que nous avons présenté au comité. Je peux vous rassurer sur ce point. Je vous le laisse pour vos lectures tardives.

**Le président:** Je vous remercie beaucoup.

**M. O'Marra:** Comme vous le savez sans doute grâce à vos audiences, chaque bureau de révision fonctionne de façon légèrement différente, compte tenu de l'imprécision des dispositions en vigueur.

En Ontario, nous sommes en faveur du projet de loi. Nous voyons là une bonne façon de concilier les intérêts de l'accusé et de protéger ceux de la société. Cela s'explique parce que nous pensons que ce projet de loi reflète pour l'essentiel la pratique que nous suivons actuellement. L'élargissement de ces pratiques nous paraît éminemment souhaitable.

Comme le juge Callon vous l'a mentionné, nous fonctionnons selon un système de mandat assoupli, dans lequel la personne visée par l'article 16 ou qualifiée d'inapte, est placée dans notre système hospitalier, si cela paraît souhaitable. Il est possible que cette personne soit placée au départ dans un établissement à sécurité maximum mais elle progresse habituellement par la suite vers des établissements à sécurité moyenne au minimum, pour finalement être réintégrée dans la collectivité par la biais d'un mandat assoupli. Cela permet à l'administrateur d'accorder, à sa discrétion, certaines autorisations permettant à la personne de se rendre dans la collectivité pour une durée limitée, jusqu'au point où elle peut vivre dans la collectivité tout en se rapportant à l'hôpital dont elle dépend à des fins de suivi. D'autres appellent cela une «libération conditionnelle contrôlée». C'est pour l'essentiel la façon dont fonctionne ce système en Ontario. Nous croyons que le projet de loi va maintenir ce système.

[Text]

[Translation]

• 1240

As Justice Callon has pointed out, however, there are some aspects to the legislation that we feel could be tightened or added to in order to allow the board to continue what we consider to be a proper operation in protecting the interests of the accused and protecting the interests of society.

The first and foremost in my view, I respectfully submit to the committee, is the ability of the board to make orders for assessments.

In the present legislation section 672.11 allows the court to order assessments for a variety of purposes, one of which is to make dispositions. But on an examination of the entire legislation there is no provision that allows for a review board to make a similar order.

As well, in my reading of it, either the court can make a first disposition or the review board can make the first disposition if the court doesn't do so. Our concern is that if the court doesn't make that initial disposition, we don't have an assessment. It may necessitate our returning to court to get that assessment, but that shouldn't be the case, in my respectful submission. The review board should have the authority to make an assessment.

Perhaps it is obvious to point out that there is a difference between assessment and treatment. Assessment is to assess the person's psychiatric state, and in my submission that is not an intrusive procedure. That is a review of the person's psychiatric state so that those who have to make decisions will know what they are dealing with.

The review board has a special composition to it. There is a psychiatric component to it. It is a specialized board and, in my submission, who better to review that kind of assessment than the psychiatrists and other members of that board?

It goes beyond the initial assessment. Everybody has to be reviewed annually. Without the authority to make an assessment order, the board would have to return to court each and every year to obtain an order. In my submission it is unnecessary to do that. If the board were able to order assessments for the limited purpose of rendering its dispositions, or review those dispositions, that wouldn't be intrusive, nor should it require a return to court.

There is another aspect for which it would be important. As you know, under the legislation respecting dual status offenders, those who are under a disposition who reoffend and are sentenced to a fixed period of time, the board is in the position of making a determination as to where such a person is going to be placed, either in a hospital or in a penitentiary or a provincial prison. In order to make an informed decision the board has to have an assessment to know the psychiatric state of the individual at the time. I think it is important to point out that in Swain certainly the Supreme Court took great steps to point out that it is very important to have an independent assessment in order for the deciding authorities to function properly.

Comme le juge Callon l'a fait remarquer, il existe toutefois certains aspects de ce projet qui pourraient être renforcés pour que le Bureau puisse continuer à protéger les intérêts de l'accusé tout comme ceux de la société.

Le principal aspect, d'après moi, et je le soumetts respectueusement au comité, porte sur le pouvoir du Bureau de rendre des ordonnances d'évaluation de l'état mental.

L'article 672.11 du projet actuel accorde au tribunal le pouvoir de rendre une ordonnance d'évaluation pour divers motifs, notamment pour déterminer la décision à prendre à son sujet. Mais le projet ne contient aucune disposition permettant à une commission d'examen de rendre une ordonnance similaire.

En outre, d'après ce que j'ai compris, c'est le tribunal qui prend la première décision ou, la commission d'examen, si le tribunal ne l'a pas prise. Le problème est qu'il n'y a pas d'évaluation de faite si ce n'est pas le tribunal qui prend la décision initiale. Cela peut nous obliger à revenir devant le tribunal pour faire procéder à cette évaluation, ce qui ne se justifie pas, d'après nous. La commission d'examen devrait avoir le pouvoir de procéder à l'évaluation.

Il serait peut-être bon de souligner qu'il existe une différence entre une évaluation et un traitement. L'évaluation consiste à évaluer l'état psychiatrique d'une personne et je soutiens qu'il ne s'agit pas là d'une mesure envahissante. Il s'agit d'un examen de l'état psychiatrique d'une personne pour que les personnes amenées à prendre des décisions à son égard sachent ce qu'il en est.

La commission d'examen est une commission spécialisée. Elle a des compétences en psychiatrie. C'est une commission spécialisée et je me demande qui serait mieux placé que les psychiatres et les autres membres de la commission pour examiner ce genre d'évaluation?

Je ne parle pas ici de l'évaluation initiale. Il faut que tous les patients soient évalués une fois par an. Si une commission n'a pas le pouvoir de rendre une ordonnance d'évaluation, elle devra revenir devant un tribunal tous les ans pour obtenir cette ordonnance. Cela me paraît tout à fait inutile. Le fait d'autoriser la commission d'ordonner des évaluations à des fins limitées, à savoir prendre une décision ou examiner une décision, cela ne serait pas envahissant pour la personne concernée et cela ne devrait pas non plus l'obliger à demander l'autorisation d'un juge.

Un tel pouvoir se justifie pour une autre raison importante. Comme vous le savez, les dispositions relatives aux contrevenants à double statut à savoir ceux qui font l'objet d'une décision, qui commettent une nouvelle infraction et sont condamnés à une peine à durée fixe, la commission doit déterminer le lieu où il convient de placer cette personne, qu'il s'agisse d'un hôpital, d'un pénitencier ou d'une prison provinciale. Pour se prononcer en connaissance de cause, la commission doit disposer d'une évaluation afin de connaître l'état mental de cette personne à ce moment-là. Je pense qu'il est important de faire remarquer que la Cour Suprême a pris la peine, dans l'arrêt Swain, de souligner l'importance de communiquer aux autorités chargées de prendre des décisions des évaluations indépendantes.



## [Texte]

My submission is that if section 672.11 were added to by way of a subclause (2) in the form that has been presented to you, this would cover the requirements of the board in functioning; that it could order an assessment prior to each review which would allow the consultant psychiatrist—as Justice Callon has indicated we operate with—to go and see the accused in advance to conduct an assessment independent of the hospital and the accused and the board, so that there is added information for its function.

We do have a very high accused population that are involved in sexual offences, and it is important for the board to have an ongoing knowledge as to their psycho-sexual circumstances. Frequently the board, as a result of a hearing, will make a recommendation to the Lieutenant-Governor that the order permit a transfer of such a person to a specific institution for a specific purpose of carrying out a psycho-sexual analysis, and that information is then presented to the board in order to deal properly with the individual on return. Without the authority to make that order, how could the board do it?

What premises my comments to this committee is that because the legislation is a procedural blueprint, what we may be confronted with at some point is that because it is not in here, you can't do it. That is our concern.

• 1245

I am sure it is the same in the other provinces, but we have a certain population that is extremely litigious. Because they are section 16 or unfit doesn't mean they don't know their rights. They act upon their rights frequently. It is my submission that unless the board has that power, at some point a segment of the population will say that it will not submit to an assessment and will not allow that process to happen.

If it were changed in that nature, that would accommodate our concerns. Of all the submissions I have, that is perhaps the most important for the operation of the board as we conduct it in Ontario.

The second aspect deals with treatment orders for the unfit. Proposed section 672.58 of the draft legislation gives the authority to do so only to the court. Our concern again goes back to the initial disposition. If the court dealing with the unfit doesn't make a treatment order, then none will exist. It is my submission that because of the composition of the board, it's a good authority to consider the evidence of a medical practitioner as to whether a certain form of treatment is required and whether it would be effective within a certain period of time in order to make that time-limited treatment order.

My submission to this committee would be to adopt the draft released in July of this year. I have appended to our submissions a schedule A, which shows the draft as released prior to the tabling of the legislation. This is proposed paragraph 672.54.(c) of that particular draft.

## [Traduction]

Je propose que si l'on complétait l'article 672.11 en ajoutant un paragraphe (2) formulé comme le texte qui vous a été présenté, cela améliorerait le fonctionnement de la commission d'examen; si celle-ci pouvait ordonner une évaluation avant chaque examen d'une décision, permettant ainsi au psychiatre consultant—comme le juge Callon vous l'a mentionné—d'aller voir l'accusé, d'effectuer une évaluation indépendamment de l'hôpital, de l'accusé et de la commission, cela permettrait de compléter l'information dont disposera la commission et donc d'en améliorer le fonctionnement.

Une bonne partie des détenus ont commis des infractions sexuelles et il est important que la commission dispose de renseignements à jour concernant leur état psycho-sexuel. Il arrive souvent que le Bureau de l'Ontario, à la suite d'une audition recommande au lieutenant-gouverneur que l'ordonnance autorise le transfert d'une telle personne dans un établissement donné pour qu'on y procède à une analyse psycho-sexuelle de la personne pour ensuite présenter ces renseignements au Bureau pour que celui-ci puisse prendre une décision informée à son sujet. Si le Bureau n'a pas le pouvoir de prononcer une telle ordonnance, comment pourrait-il s'y prendre?

Ce projet de loi n'expose que les grandes lignes de la procédure à suivre et je crains que nous risquions à un moment donné de ne pouvoir faire quelque chose parce que la loi ne le prévoit pas. C'est là ce qui nous inquiète.

Je suis sûr que la situation est la même dans les autres provinces mais nous avons des gens qui aiment beaucoup les contestations judiciaires. Ce n'est pas parce qu'une personne est visée par l'article 16 ou est inapte qu'elle ne connaît pas ses droits. Il arrive souvent que ces personnes exercent leurs droits. C'est pourquoi je crains que si le Bureau ne dispose pas de son pouvoir, il arrivera à un moment donné qu'une partie de ces personnes refuse de se prêter volontairement à une évaluation.

Si l'on modifiait cette disposition dans le sens proposé, cela répondrait à nos préoccupations. Parmi toutes les propositions que j'aimerais vous soumettre, c'est peut-être celle-là qui est la plus importante pour le fonctionnement du Bureau tel que nous le connaissons en Ontario.

Le deuxième point porte sur les ordonnances de traitement pour les personnes inaptes. Le projet d'article 672.58 n'accorde ce pouvoir qu'au tribunal. Là encore, notre préoccupation porte sur la décision initiale. Si le tribunal appelé à se prononcer sur le sort de la personne inapte ne prononce pas une ordonnance de traitement, il n'y aura pas d'ordonnance s'appliquant à cette personne. Il me semble qu'en raison de sa composition, le Bureau est bien placée pour examiner le témoignage d'un médecin et ses recommandations sur le traitement approprié et la durée optimale d'un tel traitement, en vue de prononcer une ordonnance de traitement à durée limitée.

Je demanderais au comité d'adopter le projet qui a été publié en juillet de cette année. J'ai joint à notre mémoire une annexe A, qui contient le projet tel qu'il était rédigé avant la présentation du projet de loi. Il s'agit de l'alinéa 672.54.c) de ce projet.



[Text]

The preamble of proposed section 672.54 allows "Where a court or Review Board makes a disposition", and then it goes on to paragraph 672.54.(c), incorporating what you have before you in the bill as proposed section 672.58:

where a verdict of unfit to stand trial has been rendered in respect of the accused, by order, direct that treatment of the accused be carried out for a specified period not exceeding sixty days,

As you can see, the older legislation you have before you has had paragraph 672.54.(c) extracted from it and put in the bill as proposed section 672.58, only permitting the court to do that. I submit to you that the board is a proper authority to make that kind of decision, and the kind of provision in proposed section 672.54 of the draft released in July would be appropriate.

**The Chairman:** Deleting section 672.58 and going back to paragraph 672.54.(c)—

**Mr. O'Marra:** Yes—of course, with the necessary adjustments. Some other adjustments were made to the other sections.

**The Chairman:** Yes, I understand.

**Mr. O'Marra:** I understand the reason for that change was the concern that there may be a challenge to it if an authority other than the court were making a treatment order. I think that is a needless concern for this reason: the legislation has very specific provisions for right of appeal to the court of appeal for each province. There will be judicial scrutiny for every decision taken, either by the court or the review board. If the concern is that it's an authority other than a full court making that decision, it would be the court of appeal of each province reviewing that decision, so the concern should be alleviated.

The next aspect would be proposed section 672.55 of the Bill C-30, which directs that a disposition should not contain a direction for treatment or psychiatric treatment, or that the accused submit to it. You have heard submissions on that by representatives of the Pinel Institute, and I don't think I need to go into it.

Our view is that this would greatly inhibit the monitored conditional release system we operate under in Ontario. As Justice Callon pointed out, there are people in our accused patient population who have drug and alcohol difficulties that trigger their psychiatric aberrations. This often requires that they be directed to abstain or to submit to random monitoring of substance abuse.

• 1250

It often comes when a person is released into the community that the order will direct them to have supervision by a psychiatrist in the community and comply with the treatment and direction of that psychiatrist. With this term, in the very general language that it uses, that whole system would be negated. It would be challengeable. If anything directed that they go to a psychiatrist and remain under his/her direction or to submit to any form of direction,

[Translation]

Le préambule du projet d'article 672.54 énonce «Le tribunal ou la commission d'examen» est passé ensuite à l'alinéa 672.54.c) qui reprend ce qui se trouve dans votre projet de loi à l'article 672.58:

Dans le cas où un verdict d'inaptitude à subir son procès a été rendu à l'égard de l'accusé, peut rendre une décision prévoyant le traitement de l'accusé pour une période maximale de 60 jours,

Comme vous pouvez le constater, l'alinéa 672.54.c) de l'ancien projet de loi a été retiré et placé dans le nouveau projet de loi à l'article 672.58, attribuant ainsi ce pouvoir au seul tribunal. Je soutiens que la commission d'examen serait l'organe idéale pour prendre ce genre de décision et que la disposition que l'on retrouvait dans le projet d'article 672.54 de la version publiée en juillet permettrait d'effectuer ce changement.

**Le président:** Supprimer l'article 672.58 et revenir à l'alinéa 672.54.c) . .

**M. O'Marra:** Oui—bien entendu, avec les modifications nécessaires. Il faudrait apporter certaines modifications aux autres articles.

**Le président:** Oui, je comprends.

**M. O'Marra:** Je crois qu'on a apporté ce changement pour éviter qu'on conteste la validité d'une telle disposition pour le motif qu'on confie à un organe autre qu'un tribunal le pouvoir de rendre une ordonnance de traitement. Je crois que cette crainte est mal fondée: le projet de loi contient en effet des dispositions très précises sur le droit d'interjeter appel devant la Cour d'appel de chaque province. Chaque décision prise, que ce soit par un tribunal ou par une commission d'examen, peut faire l'objet d'un examen judiciaire. Si l'on craint que ce soit une autorité autre qu'un tribunal qui prenne ce genre de décision, il demeure que ce serait la Cour d'appel d'une province qui réviserait cette décision, ce qui devrait répondre à ce genre de préoccupation.

L'aspect suivant est l'article 672.55 du projet de loi C-30, qui énonce qu'une décision ne peut autoriser le traitement, notamment le traitement psychiatrique, de l'accusé ou ordonner que celui-ci s'y soumette. Vous avez entendu les commentaires qu'ont formulés les représentants de l'Institut Pinel sur cette question et je pense pas qu'il soit nécessaire d'y revenir.

D'après nous, une telle disposition nuirait grandement au fonctionnement de système de libération conditionnelle avec suivi qui existe en Ontario. Comme l'a fait remarquer le juge Callon, notre population de malades-accusés comprend des personnes qui ont des problèmes de drogues et d'alcool qui déclenchent des comportements psychiatriques aberrants. Il est souvent nécessaire dans ce genre de décision de demander à ces personnes de s'abstenir de consommer ces substances ou de se soumettre à des tests de dépistage sans avertissement préalable.

Cela se produit souvent lorsque l'accusé est relâché dans la collectivité sous la surveillance d'un psychiatre et qu'il est obligé, par son ordonnance, de suivre le traitement et les directives que lui donne le psychiatre. La façon très générale dont cette disposition est rédigée pourrait empêcher le fonctionnement du système. Cela pourrait donner lieu à des contestations judiciaires. Si l'on obligeait une telle personne à aller voir un psychiatre et à suivre ces directives, quelle que

## [Texte]

and as well you have heard from the Pinel representatives about the requirement of medication, the very high population base are schizophrenics that require chemical intervention, and without that they decompensate and have difficulties for themselves and for others. So our submission would be simply that that provision be deleted.

The fourth concern is that in Ontario, as opposed to the other jurisdictions, we have a very much expanded board because of the number of patients who are dealt with. We have alternate chairmen who are members of the judiciary, or retired members of the judiciary, who assist by chairing panels of other members of the board. It is not simply one board that travels the province to the psychiatric hospitals. Again, because this is a very specific blueprint by way of procedural operation, our concern would be that if we had panels chaired by alternate chairpersons, at some point it may be challenged as being improperly constituted because it is not chaired by "the" chairman, as the legislation requires.

Our provincial mental health legislation deals with alternate chairs and it works very well. We would like our practice to continue, and our suggestion would be a very simple addition to subsection 672.4(1) which would just incorporate in the definition "the chairperson or alternate chairperson".

The fifth area is the terms of disposition. The focus of subsection 672.5(4) and the concerns of the review board in protecting the interests of the accused in society is really that of dangerousness. Having been involved in a number of conferences with forensic personnel, one of the things they are very loathe to do is to get into a situation where they are asked to predict an individual's dangerousness. They are prepared to talk about potential at a given point in time, but not predict as to how dangerous a person will be in the foreseeable or distant future.

The present legislation deals with recovery, and that is the criteria that has been utilized to recommend whether someone should be discharged or not, whether they have recovered. A body of jurisprudence has developed around the phrase "recovery or has recovered", and if I could draw the analogy to section 16, this section, of course, brings people into the system, and section 619(5), dealing with recovery, dictates when they will be released from the system.

It is interesting to note that when section 16 was redrafted, when they removed "insanity" from it and put in "mental disorder" in a subsection of the definitions, they indicated mental disorder means disease of the mind, another phrase that was taken out of section 16. It is my submission that the reason "disease of the mind" was left in there as part of the definition is because a body of jurisprudence has developed around that phrase. It has become a term of art

## [Traduction]

soit la forme qu'elles puissent prendre, vous avez également entendu les représentants de l'Institut Pinel au sujet des médicaments, une grande partie de la population des accusés-malades sont schizophrènes et ont besoin de soins chimiques, sans lesquels ils fonctionnent mal et causent des problèmes aux autres et à eux-mêmes. C'est pourquoi nous proposons de supprimer tout simplement cette disposition.

Le quatrième point porte sur le fait qu'en Ontario, à la différence des autres provinces, nous avons un Bureau de révision très élargi en raison du nombre des patients qui nous sont confiés. Nous avons des vice-présidents qui sont membres de la magistrature, ou des juges à la retraite, qui nous aident en présidant des sous-comités composés de membres du conseil. Il n'y a pas que le Bureau qui se déplace dans la province pour aller dans les hôpitaux psychiatriques. Là encore, il s'agit ici de dispositions procédurales de nature très générale et nous craignons que nos sous-comités présidés par des vice-présidents fassent, à un moment donné, l'objet d'une contestation parce que leur constitution ne respecte pas la loi qui exige que ces conseils soient présidés par «le président».

Notre loi provinciale sur la santé mentale prévoit des vice-présidents et elle s'applique fort bien. Nous aimerions conserver cette façon de faire et c'est pourquoi nous proposons d'ajouter tout simplement à la définition du paragraphe 672.4(1) l'expression «le président ou un vice-président».

Le cinquième domaine concerne les conditions dont peut être assortie une décision. L'idée qui sous-tend le paragraphe 672.5(4) tout comme les préoccupations de la commission d'examen lorsqu'elle veut protéger les intérêts de l'accusé dans la société est celle de la dangerosité. J'ai assisté à un certain nombre de conférences avec des personnes qui travaillent dans les instituts médicaux légaux et ils m'ont dit qu'il existe une chose qui leur est fort difficile de faire, à savoir prédire la dangerosité d'une personne donnée. Ces spécialistes sont disposés à parler des risques que pose une personne à un moment donné, mais elles se refusent à prédire quelle pourra être la dangerosité d'une personne dans un avenir proche ou éloigné.

La loi actuelle parle de guérison et c'est le critère qui a été utilisé pour recommander la libération d'un malade, à savoir s'il est guéri. L'expression «guérison ou guéri» a fait l'objet de nombreuses décisions judiciaires, et si je pouvais faire une analogie avec l'article 16, l'article qui introduit, nous le savons, les malades dans le système, et le paragraphe 619(5), qui parle de guérison, et qui dicte le moment où ces personnes seront libérées.

Il est intéressant de noter que lorsque l'article 16 a été modifié, lorsqu'on a retiré le mot «aliénation» pour le remplacer par «troubles mentaux» dans le paragraphe où se trouvent les définitions, les rédacteurs ont précisé que «troubles mentaux» veut dire toute maladie mentale, expression prise dans l'article 16. Je pense que l'on a conservé l'expression «maladie mentale» dans cette définition parce qu'il existait de la jurisprudence concernant le sens de

## [Text]

and something that is understood by the legal profession, the courts and the medical profession. Similarly, in the area of the warrant system and the release mechanism, the word "recovery" has developed a meaning for the medical and legal profession.

It would be my submission to this committee that this should not be abandoned *holus-bolus*, that it can be added to without materially affecting the discharge provision by including a phrase in paragraph 672.54(a), and I have it set out as suggested revision 5:

Where a verdict of not criminally responsible on account of mental disorder has been rendered in respect of the accused, and in the opinion of the Court or Review Board the accused has recovered and is not a significant threat to the safety of the public by order, direct that the accused be discharged absolutely;

• 1255

In my submission, that would cover the concerns of a psychiatrist, in the type of medical evidence that they would give to the board and the type of evidence to which the board would be looking in terms of evaluating a discharge of an accused.

The last point deals with the appeals provision. One concern is that unlike other provisions of the Criminal Code and other provisions dealing with appeals, it allows for an appeal on fact alone. That is somewhat unusual, in my submission, unless it is linked with a requirement that it be by leave of the court. I would submit that it has a potential to generate a great number of appeals—in fact, an appeal from almost every decision rendered by a court on initial disposition, treatment order, or by a review board by disposition. There is always going to be conflict on evidence as to the finding of fact in the course of a hearing.

It would be my submission to this committee that that is an unnecessary phrase and that if it were deleted, by having in mixed fact and law, if a decision is rendered in the absence of evidence, our jurisprudence indicates that it is a question of mixed fact and law. It is in excess of jurisdiction and a matter that can be appealed. If it is a decision that is totally unreasonable on the evidence, then again that is a matter of mixed fact and law and appealable. It is my submission that fact alone is really not necessary.

It would appear to me—and I might be incorrect in this observation—to be patterned after our mental health legislation. In Ontario, we do have an appeal of fact alone from a decision from the authorities dealing with competency and treatment, and in my submission, that makes sense. If you have an issue of treatment, a specific form of treatment a person has to undergo, then a factual appeal is sensible. You might wish to allow for a fact-alone appeal on the treatment

## [Translation]

l'expression. C'est devenu un terme spécialisé et compris par la profession juridique, les tribunaux et les professions médicales. Parallèlement, dans le domaine des mandats et des mécanismes de libération, le mot «guérison» s'est vu attribuer un sens particulier par les professions médicales et juridiques.

Je recommande au comité de ne pas renoncer catégoriquement à cette expression, et que l'on peut l'ajouter à la disposition prévoyant la libération sans la modifier sensiblement en incluant un passage de l'alinéa 672.54a), que j'ai proposé comme révision suggérée numéro 5:

Lorsqu'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux a été rendu à l'égard de l'accusé, une décision portant libération inconditionnelle de celui-ci si le tribunal ou la commission est d'avis qu'il ne représente pas un risque important pour la sécurité publique.

J'estime que cela répondrait aux préoccupations d'un psychiatre, pour ce qui est du genre de témoignage sur des questions médicales à l'intention de la commission et du genre de preuve sur laquelle cette commission pourrait se baser pour se prononcer quant à la libération de l'accusé.

Le dernier point traite des dispositions relatives aux appels. À la différence des autres dispositions du Code criminel et des autres dispositions qui traitent d'appel, celle-ci autorise l'appel interjeté sur des questions de fait. Cela paraît quelque peu inhabituel, d'après moi, à moins que l'on associe avec cet élément l'exigence de l'autorisation du tribunal. Je crains que ces dispositions ne risquent de susciter un nombre d'appels impressionnant—en fait, presque toutes les décisions prononcées par un tribunal, qu'il s'agisse de la décision initiale, d'une ordonnance de traitement ou d'une décision prise par une commission d'examen qui pourrait faire l'objet d'un appel. Il est d'autre part évident que les conclusions de fait sur lesquelles s'appuie la décision contestée risquent de donner lieu à des preuves contradictoires.

Je dois signaler au comité que cette disposition est d'après nous inutile et que si l'on supprimait ce passage en incluant une question mixte de fait et de droit, cela réglerait le cas d'une décision prononcée en l'absence de preuve, puisque d'après notre jurisprudence, cela équivaut à une question mixte de fait et de droit. Cela constitue un abus de pouvoir qui peut faire l'objet d'un appel. Si la décision est tout à fait déraisonnable compte tenu des preuves apportées, il se pose là encore une question mixte de fait et de droit qui est susceptible d'appel. Je pense qu'il n'est pas nécessaire de limiter les appels aux seules questions de fait.

Il me semble—et il est possible que je me trompe sur ce point... que cette disposition doit s'inspirer de notre loi sur la santé mentale. En Ontario, les décisions relatives à la santé mentale et au traitement peuvent faire l'objet d'un appel sur une question de fait seulement, et j'estime que cela se justifie. Lorsqu'il y a une question de traitement, une question qui porte sur une forme particulière du traitement que doit suivre un accusé, il est alors raisonnable que l'appel

[Texte]

type of order under section 672.58 or if it is incorporated into paragraph 672.54(c), because it would deal with treatment and issues of competency and so on; but on the issues of security, in my submission, it is not necessary, because an appeal based on mixed fact and law would accommodate any decisions rendered in those regards.

Those are my submissions to this committee. As Justice Callon has indicated, first, if you have questions, then I would be pleased to answer them; second, if you have any concerns that require answers later on, Justice Callon has given me authority to return.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. O'Marra. It is very good of you to supply this for us.

I listened to what you talked about on number 5, about the recovery and so on. Do you really believe that putting in "has recovered and," is significant here? How can a court or a review board make that opinion? You still have "is not a significant threat"; you are still predicting.

**Mr. O'Marra:** Well, the recovery aspect, I think, is one of the questions asked earlier about Cooper and the definition of "disease of the mind". There is also jurisprudence that deals with recovery and what that entails, and the board can view it as being full recovery or partial recovery. Members of the medical profession are more ready to come forward with evidence of a person's recovery from a state than to say they are dangerous tomorrow or two weeks from now.

**The Chairman:** But they are still predicting, aren't they?

**Mr. O'Marra:** No, because recovery is a medical state: a person is either recovered or not recovered or partially recovered. They might be recovered in chemical remission. You might have a schizophrenic who requires treatment by medication and when they are on medication they have recovered; they are in a chemical remission. That is something the doctors can work with; they can say, yes, this person has recovered, and as long as he is medically treated, he is recovered.

• 1300

**Mme Jacques:** Parlez-vous français?

**Mr. O'Marra:** No.

**Mrs. Jacques:** No. Okay, I am sorry. When somebody is under drug treatment,

est-il apte à subir son procès?

**Mr. O'Marra:** I am sorry, I will have to listen to the interpretation.

**Mrs. Jacques:** Is he fit to go on trial?

**Mr. O'Marra:** With medication?

[Traduction]

porte sur les faits sur lesquels s'appuie la décision. Il serait peut-être bon de prévoir un appel sur les seuls faits dans le cas d'une ordonnance de traitement aux termes de l'article 672.58 ou si cela est visé par l'alinéa 672.54c), parce qu'il s'agit de traitement et de questions reliées à l'aptitude de l'accusé; par contre, lorsqu'il s'agit de sécurité, j'estime qu'une telle disposition n'est pas nécessaire puisqu'un appel sur des questions mixtes de fait et de droit permettraient un examen suffisant des décisions prises dans ce domaine.

Ce sont là les remarques que je voulais présenter au comité. Comme le juge Callon l'a indiqué au départ et si vous avez des questions, j'y répondrai bien volontiers; deuxièmement, si vous avez des domaines d'intérêt où vous aimeriez avoir des réponses, le juge Callon m'a accordé le pouvoir de revenir pour vous en parler.

**Le président:** Je vous remercie, monsieur O'Marra. C'est très gentil à vous de nous fournir tout cela.

Je vous ai écouté parler du numéro 5, de la notion de guérison. Pensez-vous qu'il soit vraiment important d'inclure ici l'expression «est guéri et»? Comment un tribunal ou une commission d'examen pourrait-il former cette opinion? Il y a encore l'expression «ne constitue pas un risque important»; il s'agit là encore d'une prédiction.

**M. O'Marra:** Eh bien, pour ce qui est de la guérison, c'est une question qui s'est posée plus tôt au sujet de Cooper et de la définition de «maladie mentale». Il y a également une jurisprudence sur la question de la guérison et la commission peut considérer qu'il s'agit d'une guérison complète ou partielle. Les membres de la profession médicale sont davantage susceptibles de témoigner de la guérison d'une personne qu'au sujet du risque qu'elle pourrait constituer le lendemain ou dans quinze jours.

**Le président:** Mais il s'agit là encore de prédictions, n'est-ce pas?

**M. O'Marra:** Non, parce que la guérison est un état médical: une personne est soit guérie ou non guérie ou guérie en partie. Une personne peut être guérie mais en état de rémission médicamenteuse. Il peut s'agir d'un schizophrène qui doit être traité à l'aide de médicaments et qui, ayant pris ses médicaments, est guéri; il se trouve alors dans un état de guérison sous l'effet des médicaments. Les médecins connaissent bien ce genre de situation. Il peuvent dire oui, l'intéressé est guéri, et qu'il continue à recevoir des soins, il est guéri.

**Mrs. Jacques:** Do you speak French?

**M. O'Marra:** Non.

**Mme Jacques:** Non. Excusez-moi. Lorsque quelqu'un est traité par des médicaments

is he fit to go on trial?

**M. O'Marra:** Excusez-moi, il va falloir que j'écoute l'interprétation.

**Mme Jacques:** Est-il apte à subir son procès?

**M. O'Marra:** Avec des médicaments?

[Text]

**Mrs. Jacques:** Yes.

**Mr. O'Marra:** That is a requirement of the legislation now, that a medical practitioner testify that a certain course of treatment would likely render the person fit.

Our experience is that for those who are unfit, certainly schizophrenic, once they have entered into the hospital system it takes a very short period of time for them to be moderated by treatment so that they understand what is going on. I am sorry I can't answer it statistically, but my personal experience is that within a short period of time, three or four months generally, they have returned to a state just as you or I by way of treatment, and they can return to court and deal with the charges.

**Mr. Justice Callon:** If I may be permitted to make two comments, there were two matters that I did not deal with in my opening. One has to do with this matter of alternate chairperson. The Ontario board could not perform its mandate under the legislation with simply a chairperson. Our hearings are increasing in length. The maximum number of hearings we can hold in a day is four as opposed to some of the other boards that hear twenty in a day. We hear four, and they are increasing all the time. Sometimes to hear the four we will start at 10 a.m. and end up at 7 p.m. I want to emphasize that is very important to me because I happen to be the chairperson.

I share Mr. O'Marra's interpretation that the chairperson means the chairperson, and he has to field all these motions for additional standing and that kind of thing. That is all I have to say on that.

I also want to point out that although I am a member of the judiciary I am not entitled to make criticism of policy. I do not want anybody to interpret any comment that I have made here today as saying that I am arguing with the policy of the legislation. I am supporting the policy.

**The Chairman:** No, no. We welcome what you have said, sir.

**Mr. Justice Callon:** There is one final matter with respect to an appeal on a question of fact. It is a practical consideration. As Mr. O'Marra has indicated, we have a very litigious portion of the population. A dispute on a question of fact could be that psychiatrist A said this, psychiatrist B said that.

Most of the patients can obtain legal aid certificates. We expect there will be a large number of appeals based on a question of fact. We have no track record, but just reading the type of people with whom we are dealing, they have nothing to lose. If we are really concerned that there is a budget problem in this country, I think we should take a look at that.

Part of the analysis is this. You have an accused come before the court. He is charged with first-degree murder, and he is going to be tucked away for at least 25 years and maybe longer. He has no appeal on a question of fact. He can

[Translation]

**Mme Jacques:** Oui.

**M. O'Marra:** C'est ce qu'exige la loi actuelle, qu'un médecin déclare qu'avec un certain traitement, l'accusé sera probablement apte à subir son procès.

D'après notre expérience, pour les personnes qui sont incapables à subir leur procès, les schizophrènes en particulier, lorsqu'elles sont traitées dans un cadre hospitalier, le traitement qu'elles subissent les amène rapidement à comprendre ce qui se passe. Je suis désolé de ne pouvoir vous répondre avec des chiffres mais d'après mon expérience personnelle, il s'agit d'une période assez brève, de trois ou quatre mois en général, après quoi ces personnes, grâce aux traitements, sont comme vous et moi, elles peuvent alors aller devant le tribunal et répondre aux accusations.

**Le juge Callon:** Si je peux intervenir pour présenter deux commentaires, il y a deux choses que je n'ai pas mentionnées dans mon exposé. La première concerne cette question des vice-présidents. Le conseil ontarien ne pourrait pas s'acquitter de sa mission telle qu'elle est précisée par la loi, avec un seul président. Nos audiences durent de plus en plus longtemps. Le nombre maximum d'audiences que nous pouvons avoir dans une journée est de quatre alors que d'autres commissions entendent jusqu'à 20 cas par jour. Nous entendons quatre cas, et leur durée augmente sans cesse. Pour examiner ces quatre dossiers, nous devons commencer à dix heures et parfois finir à 19 heures. Je tiens à insister sur ce point qui me paraît très important parce que j'ai l'honneur de présider ces audiences.

Je suis d'accord avec M. O'Marra, à savoir que le président veut dire président et que c'est lui qui doit se prononcer sur toutes les demandes d'intervention. C'est tout ce que j'ai à dire sur ce sujet.

Je tiens également à faire remarquer que je suis un membre de la magistrature mais que je n'ai pas droit de critiquer les politiques gouvernementales. Je ne voudrais pas que l'on interprète mes paroles pour dire que j'ai critiqué les politiques que reflètent ces lois. Je suis en faveur de ces politiques.

**Le président:** Non, non. Nous sommes contents d'avoir pu entendre vos commentaires, monsieur.

**Le juge Callon:** Il y a un dernier aspect qui traite de l'appel sur une question de fait. C'est une question pratique. Comme l'a indiqué M. O'Marra, les gens dont nous nous occupons aiment beaucoup les contestations judiciaires. La question de fait pourrait porter sur ce qu'a dit le psychiatre A par opposition à ce qu'a dit le psychiatre B.

La plupart de nos malades ont droit à obtenir des certificats d'aide juridique. Nous prévoyons qu'un bon nombre d'entre eux interjetteraient des appels sur des questions de fait. Nous n'avons pas de chiffres mais connaissant le genre de personnes dont nous nous occupons, il faut reconnaître qu'elles n'ont rien à perdre. Je pense que si nous voulons tenir compte des aspects financiers de cette question, il faudra revoir cette disposition.

Voici comment cela pourrait se passer. L'accusé est jugé par le tribunal. Il est accusé de meurtre au premier degré et il sait qu'il va être détenu pendant au moins 25 ans, peut-être même plus longtemps. Il n'a pas le droit d'interjeter

[Texte]

appeal his conviction and sentence, but he cannot appeal on a question of fact, not yet. But we are catching somebody at the end of the stream and then we suddenly say, "Oh, you now have an appeal on a question of fact". I am not opposing the policy. I am saying there is an economic consideration that I think should be given some attention.

**Mrs. Jacques:** Your Honour—

**Mr. Justice Callon:** No, "Mr." Callon. I am not a judge here today.

**Mrs. Jacques:** Could I have your comments on subsection 672.14(3), about the fact that the court could have discretion to allow an extra delay?

• 1305

**Mr. O'Marra:** My understanding is that it deals with the assessment process as opposed to the treatment process. It may well be that certain individuals require a greater period of time for assessment. I'm sorry, is this just dealing with the fitness issue?

**Mr. Justice Callon:** Yes, and authority to expend the time.

**Mr. O'Marra:** In Ontario the vast majority of people who are assessed are sent to the Metropolitan Toronto Forensic Unit, which is, I believe, associated with the Queen Street Mental Health Centre.

**Mr. Justice Callon:** It is.

**Mr. O'Marra:** They receive people initially on brief assessments. They will either say, as a result of that, that they are able to determine whether the person is fit or unfit. Sometimes they will say they can't make a determination, that they'd like the court to make a further remand for 30 days. Then during that period of time, they can make that assessment. It really depends on the psychiatric condition of the individual. Oftentimes the psychiatrist will be able to say that it's patently obvious this person is unfit, that they don't need to have the person there for 30 days to do that.

There's also a mixed view as to whether that person should be received just for the purpose of assessment or whether they should also embark upon a course of treatment. Certainly if they have a longer period of time than five days, with voluntary consent they can start that process. Frequently what will happen—and I speak not only as counsel for the Lieutenant Governor but also as a crown counsel. My experience has been that when they have been remanded for 30 days, while they may have gone away floridly psychotic or unfit, they return fit, because during that assessment process a voluntary or substituted consent under provincial legislation was obtained; a treatment program was embarked upon, and they were able to stabilize them. They could then return to court and deal with their charges.

[Traduction]

appel sur une question de fait. Il peut interjeter appel de sa condamnation ou de sa peine mais pas sur une question de fait, pas encore. Mais par la suite nous disons «Oh, maintenant vous pouvez interjeter appel sur une question de fait». Je ne critique pas cette politique. Je dis simplement qu'il y a un aspect économique dont il faudrait tenir compte.

**Mme Jacques:** Monsieur le juge. . .

**Le juge Callon:** Non, Monsieur Callon. Je ne suis pas ici en tant que juge.

**Mme Jacques:** Avez-vous des observations à faire sur le paragraphe 672.14(3), qui autorise le tribunal à prolonger le délai?

**M. O'Marra:** Je crois comprendre que cette disposition traite de l'évaluation et non du traitement. Il est possible que l'évaluation de certaines personnes exige plus de temps. Je suis désolé, s'agit-il uniquement de l'aptitude à subir un procès?

**Le juge Callon:** Oui, et du pouvoir de prolonger cette période.

**M. O'Marra:** En Ontario, dans la majorité des cas, les évaluations s'effectuent dans la Metropolitan Toronto Forensic Unit qui est, je crois savoir, associée au Queen Street Mental Health Centre.

**Le juge Callon:** C'est bien le cas.

**M. O'Marra:** Ils reçoivent au départ les gens pour des évaluations rapides. Après cette évaluation, ils peuvent dire si la personne en cause est apte ou inapte à subir son procès. Il leur arrive parfois de dire qu'ils ne peuvent se prononcer, qu'ils aimeraient que le tribunal prolonge la période de 30 jours. Cela leur permet alors de procéder à l'évaluation demandée. Cela dépend surtout de l'état psychiatrique de la personne concernée. Il arrive souvent que le psychiatre puisse dire qu'il est évident que telle personne est inapte à subir son procès et qu'il n'a pas besoin de 30 jours pour procéder à cette évaluation.

On se demande également si cet organisme devrait accepter des accusés dans le seul but de les évaluer ou s'il ne pourrait pas également démarrer un traitement. Si la période initiale est supérieure à cinq jours, il serait possible, avec le consentement de la personne concernée, de démarrer ce processus. C'est d'ailleurs ce qui se produit assez souvent—et je parle non seulement en qualité de procureur du Lieutenant-Gouverneur mais également en qualité de procureur de la Couronne. D'après mon expérience, lorsque l'accusé a été renvoyé pour examen pour une période de 30 jours, alors que l'accusé était au départ inapte ou manifestement psychotique, il revient apte, parce qu'au cours de cette période d'évaluation on a obtenu le consentement volontaire de l'accusé ou un consentement substitué aux termes de la loi provinciale; le programme de traitement a démarré et les services de psychiatrie ont réussi à stabiliser l'état de l'accusé. Celui-ci peut alors revenir devant le tribunal et répondre à des accusations.

[Text]

I think allowing that extension gives them the opportunity if they do have a person who has voluntarily consented to treatment or they have obtained substituted consent. I think you will find—at least my experience is—that they are able to make the initial assessment as to whether fit or unfit within a short period of time.

**Mr. Comuzzi (Thunder Bay—Nipigon):** Let me attest to the fact that I have known one of the witnesses for a long time and I can certainly say that he's never made a decision with respect to policy; he's interpreted the law very well during his years on the bench, but I've yet to hear him intersperse the policy issues with the interpretation of the law.

**The Chairman:** He made that perfectly clear to us, Mr. Comuzzi.

**Mr. Comuzzi:** Yes, I wanted to re-emphasize that.

Mr. O'Marra, you're talking about—for lack of a better word—streamlining, a pragmatic approach to the board's being able to make some decisions in certain instances without having to go to the courtroom.

**Mr. O'Marra:** I think that's correct, sir.

**Mr. Comuzzi:** Perhaps you would explain how you compose your board in Ontario. I have no problem with the delegation of authority from the chairman to the vice-chairman. That's a pragmatic approach. Talk to me for a couple of minutes about how your board is constituted.

**Mr. O'Marra:** There are approximately 40 members to the Ontario board. The majority of that membership are forensic psychiatrists, who provide their time to sit on the board. There are approximately 500 hearings a year. There are 10 psychiatric hospitals, and periodically throughout the year sittings are scheduled.

• 1310

So we do not have a panel of five that just goes around to each of them. We have these 40 members to draw from, and they all carry on their private practices as forensic psychiatrists. The remaining members of the board are local lawyers within the areas of these forensic hospitals, as dictated by the legislation, subsection 619.(5), and then the remainder, I guess about eight or ten, are lay members. They, as well, are generally from the area of the hospital and are available to sit for the scheduled hearings. Then the chairpersons are justices, either active or retired, from the superior court.

**Mr. Comuzzi:** My Lord, in your opening remarks you said that you have to get pragmatic—

**Mr. Justice Callon:** To whom are you talking, Mr. Comuzzi? You said something about the Lord.

**Mr. Comuzzi:** Oh, you.

**Mr. Justice Callon:** All right.

**Mr. Comuzzi:** You said we have to get pragmatic and have some base of economic sense in this procedure. Do you see this process you have discussed this morning as workable, or are we getting more bogged down bureaucratically in the—

[Translation]

Je pense que cette possibilité de prolongation permet de traiter ces personnes, soit qu'elles y aient volontairement consenti, soit qu'on ait obtenu un consentement de substitution. D'après mon expérience du moins, vous allez constater que ces services réussissent assez rapidement à effectuer une évaluation initiale de l'aptitude de la personne à subir son procès.

**M. Comuzzi (Thunder Bay—Nipigon):** Je voudrais témoigner au sujet d'un des témoins que je connais depuis longtemps et je peux déclarer qu'il n'a jamais pris de décision à l'égard de la politique sous-tendant une mesure législative; il a interprété le droit brillamment au cours de sa carrière de juge, mais je ne l'ai encore jamais vu mélanger les questions de politique et les questions d'interprétation du droit.

**Le président:** C'est ce qu'il nous a clairement dit, monsieur Comuzzi.

**M. Comuzzi:** Oui, je voulais souligner cet aspect.

Monsieur O'Marra, vous parlez—si je peux m'exprimer ainsi—d'adopter une approche pragmatique et concrète en vertu de laquelle les commissions d'examen seraient autorisées à prendre certaines décisions, dans certaines circonstances, sans avoir à faire intervenir un tribunal.

**M. O'Marra:** Je pense que c'est bien cela, monsieur.

**M. Comuzzi:** Vous pourriez peut-être nous expliquer comment sont choisis les membres de votre commission ou Bureau en Ontario. La délégation de pouvoirs entre le président et les vice-présidents ne me paraît pas soulever de problèmes. C'est ce qu'on appelle une approche pragmatique. J'aimerais que vous nous parliez pendant quelques minutes de la façon dont sont choisis les membres du conseil.

**M. O'Marra:** Le Bureau de l'Ontario comprend une quarantaine de membres. La majorité de ces membres sont des psychiatres cliniques, qui prennent le temps de faire partie de ce Bureau. Il y a quelque 500 audiences par année. Il y a dix hôpitaux psychiatriques et l'on fixe diverses dates d'audience réparties sur l'année.

Il n'y a donc pas un comité composé de cinq membres qui va dans tous ces hôpitaux. Nous disposons de 40 membres, qui exercent tous en pratique privée comme psychiatres experts en médecine légale. Les autres membres du conseil sont des avocats de la région où se trouvent les hôpitaux de médecine légale comme l'exige la loi, paragraphe 619.(5) et le reste, une dizaine sont des citoyens ordinaires. Ils viennent eux aussi, en général du milieu hospitalier et ont le temps de participer aux audiences. Les présidents sont des juges, en activité ou retraités, de la Cour supérieure.

**M. Comuzzi:** «My Lord», dans votre exposé initial, vous avez dit qu'il faut être pragmatique. . .

**Le juge Callon:** À qui parlez-vous, monsieur Comuzzi? Vous avez dit «My Lord»!

**M. Comuzzi:** Mais c'est vous!

**Le juge Callon:** Fort bien.

**M. Comuzzi:** Vous avez dit qu'il fallait être pragmatique et avoir le sens des réalités économiques. Pensez-vous que le système dont nous avons parlé ce matin pourrait fonctionner ou pensez-vous que nous risquons de nous embourber dans un fatras bureaucratique. . .



[Texte]

**Mr. Justice Callon:** No. You are part of Parliament, and Parliament is the supreme law of the land, and Parliament has passed the Charter of Rights and Freedoms, and it passes the Criminal Code. I certainly have no quarrel with it. I don't even suppose I should say I agree with it. I do. We must operate within the law. These amendments force us to operate within the law. It is only if you reject the Charter that you could quarrel with some of the provisions in here.

But I think the scheme that is laid out in these amendments has been time-tested by other trials, criminal trials under the provisions of the code, and so on. I heard an opinion expressed... I have forgotten, but it was something about whether or not the amendments could be challenged under the Charter. It is my view that there might be the odd isolated challenge by reason of the way the board is operating, but at the moment I can't see that there is any direct challenge on the amendments as you read them and as they exist now.

There are going to be challenges to the legislation. There always are, and we are prepared for it.

**Mr. Thacker:** My question has perhaps been answered, but there is no doubt, I think, that the movement caused by at least two of your amendments would be to shift substantially in favour of the public or the system versus the rights of the individual from a Charter perspective. I wonder if you would think, if we adopted your amendments—for example, items 1 and 3—that this would lead to a Charter challenge. Do you fear that?

**Mr. O'Marra:** In terms of item 1, I suggest that it wouldn't. Due process is incorporated into it. It would be a decision taken by the board. There are the avenues by way of appeal from any decision taken by the board to have an assessment ordered. It is a matter by which we practise now. We have had many challenges, but it has never come up as a basis of a challenge. The fact that the board has recommended that the Lieutenant Governor make an order directing that a person attend a certain institute for the purpose of a psycho-sexual assessment has never been challenged.

I guess it goes back to my original submission: if it is not there, though, then at some point someone will challenge if we continue that practice. By incorporating it into it, we would just be doing something that has gone unchallenged in practice. It wouldn't be, in my submission, violating anyone's Charter rights to order that, particularly when it is subject to a potential thorough judicial scrutiny.

• 1315

**Mr. Thacker:** And number 3?

**Mr. Justice Callon:** Particularly when dealing with dangerous sexual offenders, it is absolutely imperative that you have up-to-date and current reports and assessments on their mental state, their insight and that kind of thing. That can change over time. It is to the benefit of the patient as well. Certainly it inures to the benefit of the public but it also inures to the benefit of the patient. If we don't have that, he is not going to get the extra privileges.

[Traduction]

**Le juge Callon:** Non. Vous êtes le Parlement, et le Parlement est l'organe suprême du pays, c'est lui qui a adopté la Charte des droits et libertés et c'est lui qui adopte le Code criminel. Cela ne me pose aucun problème. Je pense que je ne devrais même pas dire que je suis d'accord quant à ce projet de loi, mais en fait je le suis. Nous devons respecter la loi. Ces modifications nous obligent à respecter la loi. Pour critiquer certaines dispositions du projet de loi, il faudrait d'abord rejeter la Charte.

Je pense que le mécanisme que mettent sur pied ces modifications pour résister aux contestations judiciaires, aux procès criminels intentés en vertu des dispositions du Code. J'ai entendu l'opinion suivante... J'ai oublié mais je crois qu'on se demandait si ces modifications pourraient être contestées par le biais de la Charte. Il est vrai que l'on risque toujours de voir surgir une contestation de la façon dont fonctionne une commission mais pour le moment, je ne vois pas comment on pourrait contester d'emblée les modifications telles qu'elles sont formulées à l'heure actuelle.

La loi fera l'objet de contestations judiciaires. Cela est normal et ne saurait nous surprendre.

**M. Thacker:** On a peut-être déjà répondu à ma question mais il me paraît incontestable que deux de vos amendements auraient pour effet de donner la priorité au public ou au système, par rapport aux droits du particulier tels que précisés par la Charte. Je me demande si vous pensez que vos amendements—par exemple, les amendements 1 et 3, risquent de susciter des contestations au nom de la Charte. Le pensez-vous?

**M. O'Marra:** Pour ce qui est de l'amendement 1, je ne pense que cela se produirait. Cet amendement contient en effet des garanties procédurales. Il s'agirait d'une décision prise par la commission. Il existe des mécanismes d'appel d'une décision que prendrait la commission en matière d'évaluation. Nous prenons déjà ce genre de décision. Il y a eu plusieurs contestations, mais aucune n'a porté sur ce point. Personne n'a jamais contesté la recommandation du conseil demandant au lieutenant-gouverneur d'ordonner à un accusé de se rendre dans un établissement pour y subir une évaluation psycho-sexuelle.

Cela nous ramène en fait à mon commentaire initial: si cette disposition n'existe pas, nous risquons de voir cette pratique contestée si nous continuons de cette façon. Si nous y mettions une disposition en ce sens, nous ne ferions que continuer à faire quelque chose qui n'a jamais été contesté. D'après moi, cela ne viole aucunement les droits garantis par la Charte, en particulier, compte tenu de la possibilité d'un examen judiciaire ultérieur.

**M. Thacker:** Et le numéro 3?

**Le juge Callon:** Dans le cas des délinquants sexuels dangereux en particulier, il est absolument essentiel d'avoir des rapports et des évaluations à jour de leur état mental, de leur attitude, etc, car cela change avec le temps. C'est d'ailleurs à l'avantage du malade. C'est évidemment à l'avantage du public mais également à celui du malade. Si nous n'avons pas ces renseignements, nous ne pourrions pas lui accorder de privilèges supplémentaires.

[Text]

**Mr. O'Marra:** On the third issue, I would submit that by including it, by maintaining it, it might potentially raise a Charter challenge. The fear that there is not a proper monitoring system in place might inhibit the review boards from granting someone a conditional discharge, a release in the community or a loosening of the warrant or disposition. There may be a challenge because a board in Ontario deals with it differently than a board in Alberta or Prince Edward Island.

In my submission, any treatment aspect of this legislation could give rise to a challenge, not so much by way of the Charter for specific rights violations, but perhaps because of an encroachment on provincial concerns. It may well be that treatment issues are a matter for the provinces and not for the federal government, but I don't see it as being challengeable per se by sections under the Charter.

**Mr. Justice Callon:** It is very important that the board have evidence that comes out of the mouth of the patient himself. The patient usually behaves himself in hospital. He does not molest the attendants and that kind of thing. If you simply get his report, there probably will be no outstanding misbehaviour over the course of the year.

When there is an examination and an assessment and a dialogue between the accused and the examining psychiatrist, it is amazing how you begin to get insights which are very important. You get insight as to his medical condition and what the effect will be if he goes into the community and starts his substance abuse again. It is very important for the board to get that information. If we didn't have that . . .

Say we are three years down the road and we are going to review the case of a dangerous sexual offender. We do not have an up-to-date psycho-sexual examination and assessment and the hospital reports that he has not done anything for 12 months, he has been very well behaved. What can we do then? With a psycho-sexual assessment and some testing we might get an opinion that he still has some sexual pressures that might cause trouble.

I only mention this in support of Mr. O'Marra's submission with respect to the necessity of the board having the right to require assessment from time to time.

**The Chairman:** And without that assessment you have very little on which to base your opinion.

**Mr. Justice Callon:** You are tying the hands of the board behind their backs.

**The Chairman:** Thank you. We are sorry that we rushed your submissions, but we will study them. Thank you for appearing before us. We had four groups of witnesses at 45 minutes each, and we have run only 45 minutes over that.

This meeting is adjourned

[Translation]

**M. O'Marra:** Sur la troisième question, je pense qu'un tel amendement risque d'ouvrir la voie à une contestation en vertu de la Charte. L'absence d'un mécanisme de surveillance risquerait d'empêcher les commissions d'examen d'accorder une libération conditionnelle, une libération dans la collectivité ou un assouplissement du mandat ou de la décision initiale. Cela pourrait donner lieu à une contestation parce que le conseil de l'Ontario traite ces questions différemment que ne le ferait une commission siégeant en Alberta ou dans l'Île-du-Prince-Édouard.

Je crains que les dispositions de ce projet de loi relatives au traitement pourraient donner lieu à des contestations non pas tant parce qu'elles risquent de violer certains droits précis garantis par la Charte mais plutôt parce qu'elles empiètent sur les compétences provinciales. Il est possible de soutenir que les questions reliées au traitement relèvent des provinces et non du gouvernement fédéral mais je ne pense pas qu'elles puissent être contestées en vertu de la Charte.

**Le juge Callon:** Il est très important que le conseil puisse entendre directement le malade. Le malade se comporte habituellement assez bien lorsqu'il se trouve à l'hôpital. Il n'attaque pas le personnel ou ce genre de chose. Si l'on se limite à son rapport, il est probable qu'il ne mentionnera pas le mauvais comportement qu'il aurait pu avoir pendant l'année.

Lorsqu'il y a un examen, évaluation et dialogue entre l'accusé et le psychiatre, on est surpris de ce que cela peut nous apprendre. On comprend mieux son état de santé et les conséquences que pourrait entraîner sa libération dans la collectivité et la reprise de la consommation de drogues. C'est pourquoi il est très important que le conseil dispose de ce genre de renseignement. Si nous ne l'avions pas . . .

Supposons que nous nous apprêtions à examiner, trois ans après les faits initiaux, le dossier d'un délinquant sexuel dangereux. Il n'y a pas eu d'examen ou d'évaluation psycho-sexuelle récente et l'hôpital rapporte que ce délinquant n'a rien fait de mal depuis 12 mois, qu'il se conduit très bien. Qu'allons-nous faire? Avec une évaluation psycho-sexuelle et quelques tests, un psychiatre pourrait peut-être nous dire qu'il pense que le délinquant éprouve encore des impulsions sexuelles qui pourraient causer des problèmes.

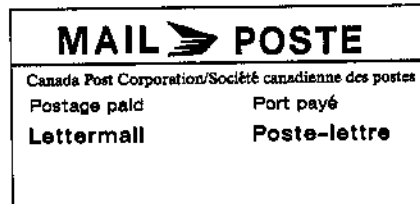
J'ai mentionné cette possibilité dans le seul but d'appuyer le commentaire de M. O'Marra au sujet de l'importance pour le conseil d'avoir le pouvoir d'exiger ce genre d'évaluation, lorsqu'il le juge opportun.

**Le président:** Et sans cette évaluation, il vous est difficile de vous faire une opinion.

**Le juge Callon:** Le conseil se sent alors tout à fait impuissant.

**Le président:** Je vous remercie. Nous nous excusons d'avoir examiné vos recommandations à la hâte, mais nous allons les étudier. Merci d'être venus ici. Nous avons eu quatre groupes de témoins qui disposaient chacun de 45 minutes, et nous n'avons dépassé le temps prévu que de 45 minutes.

La séance est levée



*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canada Communication Group — Publishing  
45 Sacré-Coeur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Groupe Communications Canada — Édition  
45 boulevard Sacré-Coeur,  
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

---

**WITNESSES**

*From the Schizophrenia Society of Canada:*

Ann Braden, Advocacy Chair;  
Margaret Shone, Provincial Advocate for Alberta;  
Dr. Donald Stewart, First Vice-President.

*From the Canadian Mental Health Association:*

Mary Oordt, National President;  
Richard Drewry, Lawyer;  
Judy Shipper, Educator.

*From the Institut Philippe Pinel de Montréal:*

Me Donald Carette, Chairman of the Board;  
Dr. Lionel Béliveau, General Director;  
Dr. Paul-André Lafleur;  
Sheilagh Hodgins.

*From the Lieutenant Governor's Board of Review:*

Hon. Mr. Justice Thomas P. Callon;  
A.J.C. O'Marra.

**TÉMOINS**

*De la Société canadienne de schizophrénie:*

Ann Braden, présidente;  
Margaret Shone, représentante de l'Alberta;  
D<sup>r</sup> Donald Stewart, premier vice-président.

*De l'Association canadienne pour la santé mentale:*

Mary Oordt, présidente nationale;  
Richard Drewry, avocat;  
Judy Shipper, éducatrice.

*De l'Institut Philippe Pinel de Montréal:*

Me Donald Carette, président du Conseil;  
D<sup>r</sup> Lionel Béliveau, directeur général;  
D<sup>r</sup> Paul-André Lafleur;  
Sheilagh Hodgins.

*Du Bureau de révision du lieutenant-gouverneur:*

Le juge Thomas P. Callon;  
A.J.C. O'Marra, avocat.