

TRIBUNAL ADMINISTRATIF DU QUEBEC

Section des affaires sociales

Désignée comme étant une commission d'examen au sens des articles 672.38 et suivants du Code criminel

Date : 13 décembre 2007

Référence neutre : 2007 QCTAQ 1214

Dossier : SAS-M-120486-0607

Devant les juges administratifs :

LUCIE LE FRANÇOIS, avocate
PIERRE CARPENTIER
PIERRE MIGNEAULT, psychiatre

DENIS VANASSE

L'accusé

et

LE RESPONSABLE DE L'INSTITUT PHILIPPE-PINEL DE MONTRÉAL

et

HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT

et

PROCUREUR AUX POURSUITES CRIMINELLES ET PÉNALES

MOTIFS AU SOUTIEN DE LA DÉCISION RENDUE LE 24 JUILLET 2007

[1] Il s'agit de la révision annuelle tenue conformément aux dispositions de l'article 672.81(1) du Code criminel¹.

[2] L'accusé a été déclaré non responsable criminellement pour cause de troubles mentaux le 18 juillet 2006. Les accusations portées contre lui étaient celles de harcèlement criminel (2 chefs) et d'introduction par effraction dans une maison d'habitation dans un dessein criminel, délits commis entre le 1^{er} septembre 2005 et le 22 avril 2006 et entre le 15 octobre 2005 et le 22 avril 2006.

[3] L'accusé se plaignait de bruits provenant des murs de tous les voisins et principalement du mur d'une des victimes qui habitait en-dessous de chez lui. Il a pénétré par effraction dans le logement de cette dernière. Il avait acheté une boule en pierre ou en céramique pour déranger ses voisins. Il a menacé la concierge, l'autre victime, de commettre un meurtre étant donné tous ces bruits. Il a harcelé continuellement les deux victimes en se plaignant et en les menaçant.

[4] À la dernière audience du 30 août 2006, le Tribunal a rendu une décision à 2 volets. Le premier ordonnant la détention de l'accusé sans modalité et le deuxième ordonnant une détention avec des modalités.

[5] Le rapport du 19 juillet 2007 préparé par docteur André Nantel, psychiatre, se lit comme suit :

« **IDENTIFICATION**

[L'accusé] est un patient âgé de 46 ans, célibataire sans enfant qui est originaire de la région de Drummondville. Il est le deuxième d'une famille de quatre enfants. Il demeure à Montréal depuis les années 1980 et quelques mois avant son arrestation, [l'accusé] travaillait pour une compagnie de distribution de circulaires.

¹ L.R.C., 1985, c. C-46.

RAISON D'ADMISSION

[L'accusé] a été admis le 11 mai 2006 à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal en provenance de l'Établissement de détention de Montréal. Il faisait l'objet de demandes d'expertises pour l'aptitude et pour la responsabilité criminelle.

SITUATION LÉGALE

[L'accusé], le 18 juillet 2006, a été reconnu non responsable pour cause de troubles mentaux d'accusations de harcèlement, d'introduction par effraction, de méfaits et de menaces de mort. Il a rencontré les membres du Tribunal administratif du Québec pour la première fois le 30 août 2006 et une décision en deux volets fut alors prise, [l'accusé] étant placé en détention stricte dans un premier temps, puis selon l'évolution clinique en détention avec modalités.

Par ailleurs, [l'accusé] fait l'objet d'une ordonnance de traitement contre le gré qui fut émise le 12 décembre 2006.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS MÉDICAUX

Le patient aurait connu plusieurs intoxications lors de consommation de drogues et ce dès l'âge de 14, 15 ans. Il utilisait principalement du cannabis.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS CHIRURGICAUX

Il aurait subi une chirurgie plastique des oreilles à l'âge de 16 ans.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PSYCHIATRIQUES

[L'accusé] a déjà mentionné qu'il aurait eu des difficultés d'apprentissage scolaire. Par ailleurs, on remarque que dès la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte, il se montrait irritable et instable selon certains rapports psychiatriques antérieurs. Au début des années 1980, il y aurait eu présence de composantes agressives et vindicatives qui caractérisaient son mode relationnel.

Ce serait également à cette époque de sa vie qu'il commença à s'intéresser aux doctrines de l'église de scientologie.

[L'accusé] eut son premier contact avec la psychiatrie en 1985, lorsqu'il fit l'objet d'une ordonnance d'examen psychiatrique à l'Hôpital Ste-Croix de Drummondville. Plus tard, alors qu'il était au centre de prévention de Montréal suite à son transfert en provenance de l'Établissement de détention de Ste-Hyacinthe, il dut être évalué par le Dr Wolwertz, psychiatre, [l'accusé] ayant présenté des comportements inadéquats (lancer des objets sur les gardes, faire déborder les lavabos, tenir des propos agressifs). À cette époque, il faisait l'objet d'accusations de comportements agressifs à l'endroit de sa soeur soi-disant parce qu'elle avait tenu des propos désobligeants à son endroit. Il dut être transféré à l'infirmierie et y reçut un traitement composé de Largactil 100 mg quatre fois par jour pendant plus d'un mois. Cette médication l'aurait rendu très inconfortable.

[L'accusé] lors de sa comparution à la Cour de Drummondville, écopa d'une sentence qu'il effectua à la Prison de Bordeaux. À sa remise en liberté, il fréquenta l'église de scientologie où l'on prônait entre autres «l'antipsychiatrie».

Le patient, après avoir déposé une plainte contre le Dr Wolwertz à la Commission du citoyen concernant les soins reçus au centre de prévention, se rendit aux abords du CPLM, qui à l'époque était au centre-ville. Le Dr Wolwertz y avait un bureau. [L'accusé], muni d'une arme blanche, y attaqua le médecin alors que celui-ci se trouvait dans le stationnement. Il fut arrêté et inculpé de tentatives de meurtre, de possession d'armes et de méfaits pour lesquels il reçut une sentence de neuf années d'emprisonnement dont il ne compléta que les sept premières.

Il fut hospitalisé à deux occasions à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal au cours de la période ayant précédé son procès. La première fois dans le cadre d'une demande d'expertise sur l'aptitude en 1986. il fut, entre autres, question d'une problématique bipolaire. Puisqu'on observait des oscillations entre une position agressive et vindicative et des symptômes de dépressions. Il fut jugé apte à comparaître.

Le deuxième séjour eut lieu de janvier à juin 1987 alors qu'on observa la présence d'un tableau clinique anxio-dépressif avec rumination suicidaire, sans symptôme de psychose. Le patient tenait également des propos à connotation sexuelle et entretenait une attitude quérulente. Le diagnostic fut celui de trouble sévère de la personnalité avec des traits borderline et

narcissiques. Dès que la situation judiciaire fut réglée, il insista pour qu'on le retourne en milieu carcéral, il avait refusé toute médication au cours de son séjour.

De retour au pénitencier, il fut rencontré 18 fois en entrevue par un psychologue et ce à partir de juillet 1992. On nota à l'époque qu'il se montrait angoissé, ambivalent, avec des demandes confuses, qu'il s'impliquait peu dans la démarche. Il y fut question d'énergie sexuelle dont il se libérait par l'adoption de comportements exhibitionnistes et la masturbation.

Libéré aux deux tiers de sa sentence en 1993, il ne consulta un psychiatre qu'en 1997 afin d'obtenir un certificat médical pour l'Aide sociale, certificat qui lui fut refusé. [L'accusé] avait travaillé et éprouvait des difficultés relationnelles autant avec la gente féminine que la gente masculine. Avec les femmes, il n'aurait vécu que quelques fréquentations occasionnelles, mais jamais de lien significatif.

En 2000, il fit l'objet d'une garde en établissement de 21 jours à l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Celle-ci fut toutefois levée par les membres du Tribunal administratif. Le patient maintenait toujours son refus de recevoir des médicaments.

Par la suite, en juillet, il se rendit de lui-même à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont où il demanda l'autorisation de pouvoir se masturber devant les infirmières. Un mois plus tard, il était ramené à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont par des ambulanciers après s'être masturbé devant les infirmières sur le terrain de l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Il fut décrit comme accéléré et en plus des idées sexuelles, il avait des préoccupations qui furent qualifiées d'ésotériques.

En octobre 2001, il fut rencontré pour une évaluation psychiatrique au CPLM en rapport avec ses comportements inadéquats. Il affirma alors vouloir être observé à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal pour y faire du naturisme. En fait, [l'accusé] aurait commencé à s'exhiber devant du personnel féminin, à l'époque où il était incarcéré au pénitencier. Et de 1995 à 1996, il a fait partie d'un club de naturistes qui lui signifia par écrit qu'il ne devait plus s'y présenter, compte tenu de ses comportements inadéquats. C'est ainsi que, par la suite, il se présenta dans les urgences des hôpitaux dans le but de pouvoir se masturber devant les infirmières.

Aujourd'hui encore [l'accusé] affirme qu'étant seul dans la vie et soumis à des pulsions sexuelles importantes, il se rendait dans les hôpitaux afin d'y obtenir une chambre et de ne pas faire des passages à l'acte exhibitionnistes dans les endroits publics.

Dans le rapport de l'évaluation effectué au Centre de psychiatrie légale de Montréal, il fut noté qu'il présentait un tableau clinique ressemblant à celui rapporté en 1986 puis en 1987 (demande d'aide ambivalente, propos centré sur la scientologie, propos sexuels incongrus, attitudes vindicatives). La conclusion fut qu'il présentait un problème d'exhibitionniste sans paraphilie.

En mai 2002, une nouvelle expertise sur la responsabilité criminelle a dû être effectuée concernant de nouvelles accusations de comportements indécents dans un centre hospitalier et de méfaits survenus quelques jours auparavant. À cette époque, [l'accusé] était encore soumis à une ordonnance de probation datant du 23 janvier 2002 et qui devait durer 24 mois.

Les diagnostics rapportés lors de cette évaluation psychiatrique furent ceux d'exhibitionnisme avec altération du fonctionnement social, de trouble limite de la personnalité sévère avec des traits narcissiques et d'abus de dérivés du cannabis.

Il y eut encore des visites à l'urgence de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont. Le patient se disant « écoeuré » et voulant être gardé en observation parce qu'il avait encore de fortes envies de s'exhiber.

En 2004, il fut rencontré à l'Hôpital Jean-Talon pour un problème de psychose et de troubles du comportement. Il fugua peu après son arrivée, pour y être ramené par des policiers, puis réorienté vers l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, son hôpital de secteur.

ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES

1979, il fut incarcéré deux mois pour une introduction dans un commerce.

1981, il écopa d'une sentence d'un an pour une introduction dans un commerce et dans une maison privée.

En 1985, il eut une sentence de quatre mois pour vol à l'étalage.

En 1985, il fut accusé de vol à l'étalage et d'agression contre sa soeur, celle-ci travaillait dans un commerce. À cette époque, il mentionna avoir fait une dépression.

Il fut emprisonné à Bordeaux.

En 1986, il fut accusé de tentatives de meurtre contre le Dr Wolwertz et reçut une sentence de neuf ans de détention au pénitencier.

Tel que mentionné ci-haut en janvier 2002, il fut soumis à une ordonnance de probation de 24 mois et fut plus tard accusé à nouveau de comportements indécents dans un centre hospitalier et de méfaits.

PROBLÈMES LIÉS À L'HOSPITALISATION ACTUELLE

Entre octobre 2005 et avril 2006, [l'accusé] affirma avoir été victime d'une forme de harcèlement de la part d'une voisine de son appartement. Il expliqua que la nuit, elle l'empêchait de trouver le sommeil en cognant sur son plancher, le tout afin de l'amener à déménager. [L'accusé] se plaignit que la situation était intolérable. Il était fatigué, déprimé parce qu'incapable de trouver le sommeil. Il était exaspéré par des bruits répétitifs qu'il entendait sur les murs de son appartement, de même que par des ondes radios qu'il recevait au pied de son lit. Il se mit à en chercher compulsivement la provenance.

[L'accusé] se plaignit au concierge de ses problèmes et fit intervenir à de nombreuses reprises des policiers afin d'aviser les voisins de cesser leurs bruits. Il apostropha verbalement une voisine, alla frapper violemment à sa porte, lui lança des oeufs, fit tomber ses pots de fleurs sur le balcon et se permit de l'épier par la fenêtre du balcon.

La situation continua à se détériorer et impliqua d'autres voisins. Il en vint à la conclusion que les locataires du bloc appartement s'étaient ligués contre lui afin de l'amener à déménager. En avril 2006, [l'accusé] en vint à dire qu'il allait perdre les pédales si rien ne changeait et mentionna qu'il faudrait tirer une balle dans la tête de sa voisine.

Dans les faits, selon des documents écrits dans le cadre d'une démarche de résiliation de bail et d'éviction de locataire, on peut lire : « que malgré une mise en demeure avisant le locataire ([l'accusé]) de cesser de faire du vacarme continué durant la nuit, de cesser de démontrer une agressivité, d'injurier les gens sur la rue et d'inonder leur boîte aux lettres de mémos de toute sorte, les locataires n'ont plus la jouissance paisible des lieux. Les policiers ont dû se présenter au domicile du locataire depuis deux semaines à tous les jours et depuis la fin de semaine du 8 avril 2006, la situation s'est aggravé car le locataire entend des voix et cogne à la porte de tous les locataires, frappe dans les murs et lance une boule afin de les apeurer. Les locataires de l'immeuble ont signé une pétition et craignent pour leur sécurité. Le locateur demande audience le plus tôt possible car le locataire lui a confirmé qu'il perdrait le contrôle de lui-même. La demande fut faite le 10 avril 2006 ».

C'est à la suite de ces événements que le patient fut arrêté.

ÉVOLUTION EN COURS DE TRAITEMENT

Dès son arrivée à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, en mai 2006, [l'accusé] se montra tonique, agressif et anxieux, très tendu. Il avait des préoccupations de type persécutoire. Il reçut dans un premier temps du Seroquel qui après une seule dose provoqua une réaction d'hypotension orthostatique et qui fut aussitôt cessé. Par la suite, à partir du 5 juin 2006, il commença à recevoir du Zyprexa à raison de 15 mg par jour. Ce qui permit de diminuer le côté tonique de son attitude. [L'accusé] fut reconnu non responsable pour cause de troubles mentaux par la cour des accusations qui étaient portées contre lui et il fut transféré à l'unité C-2 et tel que mentionné ci-haut dès le 30 août 2006, il rencontra les membres du Tribunal administratif. À chaque entrevue, [l'accusé] avait tendance à reprendre le récit des harcèlements dont il se disait victime, de même que les revendications et les plaintes concernant les injustices auxquelles il se disait confronté. [L'accusé] refusait toute modification du traitement pharmacologique (Zyprexa 15 mg), refusait qu'on optimise ce dernier compte tenu de la persistance de plusieurs symptômes. La décision fut prise d'effectuer une demande d'ordonnance de traitement contre le gré au cours de l'automne 2006.

Le 6 novembre, [l'accusé] apprit que son frère était décédé subitement d'une rupture d'anévrisme. Il put se rendre au salon funéraire.

Il fut transféré à l'unité B-1 le 8 novembre.

À son arrivée sur notre unité, on pouvait remarquer d'emblée qu'il y avait persistance d'une certaine pression du discours, d'une certaine agitation psychomotrice, d'une tension. Il tenta de nous convaincre qu'il avait bien été victime de harcèlement et souhaitait que j'explique à l'ensemble des médecins que ce qu'il racontait était vrai. Il considérait comme étant des preuves irréfutables les notes manuscrites qu'il avait lui-même rédigées au cours de ses déboires. [L'accusé] niait souffrir d'une maladie psychiatrique, considérait qu'il n'avait pas besoin de médicament, acceptait toutefois de prendre le Zydis puisque ce traitement lui avait permis de retrouver le sommeil, ce qui, selon lui, lui avait redonné sa pleine santé.

Le 12 décembre 2006, une ordonnance de traitement contre le gré pour une période de trois ans fut accordée. Elle permet d'administrer au patient une médication de nature neuroleptique ou antipsychotique par voie orale, injection à courte durée ou à longue durée à des doses suffisantes pour faire régresser les symptômes. Elle permet également l'utilisation de médication stabilisatrice de l'humeur et d'antidépresseurs pouvant être ajustés selon la symptomatologie, l'utilisation d'une médication visant à atténuer ou combattre les effets indésirables dus aux traitements antipsychotiques ou stabilisateurs sous forme orale ou injectable et d'assurer une évolution positive du traitement en effectuant les examens habituels que nécessite un suivi optimal de ceux-ci (prises de sang, analyse d'urine, électrocardiogramme, électroencéphalogramme, imagerie cérébrale, examen physique, etc.)

Peu après son arrivée à l'unité B-1, [l'accusé] se plaignit du vacarme que certains patients pouvaient faire avec leur chaise dans leur chambre. Vacarme dont nous n'avons jamais entendu parler jusque là. Il pouvait même préciser qu'un de ceux-ci se trouvait à cinq chambres de la sienne. Il se plaignit également de certains bruits que des patients faisaient lorsqu'ils étaient dans la salle de séjour (reniflements, etc.). Je lui fis donc remarquer qu'il semblait être plutôt hypersensible à certains bruits. De plus, on pouvait noter la présence d'une certaine labilité affective. Le patient étant souvent observé à pleurer à chaudes larmes lorsqu'il était seul dans sa chambre, alors qu'en dehors de celle-ci, il pouvait se montrer plutôt tonique et revendicateur. Il n'acceptait aucune remise en question de ses convictions que ce soit au niveau de ce qu'il l'avait amené à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal ou de ce qui se passait à l'unité B-1., se montrait insistant et à chaque jour

pratiquement reparlait de ses inconforts concernant les bruits. Il se montrait revendicateur. Une fois l'ordonnance de traitement contre le gré obtenue, nous avons décidé d'augmenter la dose quotidienne de Zyprexa de 5 mg. Le matin même où il devait commencer cette nouvelle posologie et avant même d'avoir reçu son traitement, le patient perdit connaissance. Je lui fis remarquer que cela n'avait rien à voir avec l'augmentation dont je lui avais parlé la veille. Par ailleurs, il devait subir un prélèvement sanguin qui, vraisemblablement, a provoqué un choc vagal par la suite. J'ai commencé à lui parler du fait que nous avons l'impression qu'il souffrait d'une maladie bipolaire en lui précisant qu'il présentait des troubles du jugement, des préoccupations paranoïdes, une hypervigilance, une pression du langage, une désinhibition, une augmentation de la libido, qu'il venait de souffrir de plusieurs mois d'insomnie et qu'il avait une très nette tension observable dans son comportement psychomoteur.

Il nous fit régulièrement la demande d'obtenir un congé seul à l'extérieur alors que nous venions tout juste d'obtenir l'ordonnance de traitement contre le gré et qu'il continuait de nous affirmer qu'il n'était pas malade. J'ai donc pris le temps de lui expliquer qu'il fallait dans un premier temps établir une certaine alliance thérapeutique avant de pouvoir accorder de telles sorties, que nous n'étions pas rendus à cette étape. Par moment, [l'accusé] semblait démontrer une certaine compréhension de ce que nous lui expliquions, mais il se ressaisissait rapidement pour reprendre un discours stéréotypé concernant tout ce qu'il avait vécu. Après avoir atteint une dose de 25 mg de Zyprexa Zydis (notons que l'augmentation s'est faite très graduellement afin de respecter les appréhensions du patient et d'éviter qu'il souffre d'effets secondaires). Il nous apparut nécessaire d'introduire dans le traitement un stabilisateur de l'humeur, le Lithium. À chaque fois qu'il était question d'une modification du traitement pharmacologique, [l'accusé] de façon caractéristique démontra une très grande anxiété. Celle-ci semble rattachée autant à la crainte qu'il a des effets secondaires, qu'à la perte de contrôle qu'il ressent concernant les décisions prises. C'est d'ailleurs aussi ce qui l'amène à réagir fortement à son hospitalisation actuelle. En fait, [l'accusé] peut présenter un tableau qui s'apparente à celui d'une panique qui s'estompe une fois que ses appréhensions s'avèrent fausses, il devient alors plus détendu et légèrement plus réceptif.

[L'accusé] actuellement n'a toujours pas d'autocritique considère que son traitement n'est pas nécessaire. Il a encore parfois de la difficulté à ne pas chercher à influencer négativement les autres bénéficiaires, à ne pas exposer

théâtralement ses insatisfactions à haute voix et devant tout le monde et à respecter les directives que nous lui avons données à ce sujet (nous avons demandé au patient de ne pas influencer négativement ses pairs, de ne pas se montrer méprisant à leur endroit ou méprisant envers les traitements qui sont offerts, de ne pas passer des commentaires inappropriés sur les interventions effectuées par les membres du personnel ou les comportements des autres patients). On peut donc parler d'une collaboration qui demeure mitigée et qui n'est pas encore à même de nous permettre de considérer qu'une alliance thérapeutique est créée.

DIAGNOSTIC

Nous retenons toujours les diagnostics de trouble de la personnalité avec des traits narcissiques et borderline, mais je considère néanmoins qu'il y a plusieurs symptômes militant en faveur de la présence d'une maladie bipolaire associée avec des éléments paranoïdes importants. De plus, je pense qu'il y a présence d'un trouble anxieux avec des caractéristiques obsessionnelles également importantes et pouvant aller jusqu'à un niveau de panique.

MÉDICATION

Le traitement est actuellement composé de Zyprexa Zydys 25 mg par jours et de Lithium 300 mg trois fois par jour. Le patient n'éprouve pas vraiment d'effets secondaires notables dus à ces médicaments. Il a toutefois un gain de poids depuis son arrivée à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

RECOMMANDATIONS

[L'accusé] présente selon nous une problématique psychiatrique confirmée pour laquelle il a refusé encore jusqu'à il y a quelques mois, en fait jusqu'à temps qu'une ordonnance de traitement contre le gré soit émise, de recevoir un traitement approprié. Il est clair que le patient n'a toujours pas d'autocritique, tout au plus peut-il nous dire qu'il a tenu des propos inadéquats lorsqu'il a parlé de tirer une balle dans la tête de la voisine et qu'il a peut-être souffert d'une dépression due à une privation de sommeil qu'il dit secondaire aux harcèlements dont il fut victime. [L'accusé] démontre clairement des troubles du jugement, une tendance à être projectif, une nette propension à se retrouver en conflit avec les gens qui l'entourent (il a pu démontrer, même ici à

l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, la persistance d'une certaine irritabilité, d'une intolérance face à ceux qui l'entourent), une tendance à devenir harcelant puis vindicatif, à adopter des comportements dérangeants pouvant générer des situations conflictuelles majeures. Il est clair que le simple changement de milieu n'est pas une solution puisque le patient risque de trouver rapidement une nouvelle pomme de discorde ailleurs. Il nous apparaît donc souhaitable de maintenir le mandat de détention stricte, permettant non seulement d'ajuster le traitement pharmacologique, mais par la suite, d'amorcer un travail plus approfondi sur les difficultés qu'il présente entre autres sur le plan relationnel. D'essayer d'amorcer une certaine relation de confiance, d'établir une alliance thérapeutique qui pour le moment n'est pas existante. »

(transcription conforme)

- [6] À l'audience docteur Nantel confirme qu'il recommande une détention sans modalité. L'accusé n'a pas pu bénéficier de sorties dans la dernière année et il ne croit pas qu'il sera en mesure de lui en accorder dans la prochaine année.
- [7] Il précise que l'accusé n'a aucune autocritique, il considère que le traitement est inutile et ne veut pas prendre de médication. Il est très apeuré par la médication.
- [8] Depuis décembre, l'équipe traitante a amorcé un ajustement de la médication. Le traitement actuel n'est pas optimal.
- [9] Il n'y a aucune alliance thérapeutique entre docteur Nantel et l'accusé. L'accusé dit au docteur Nantel qu'il est inconvenable pour lui d'être à l'Institut Philippe-Pinel et qu'il y est depuis trop longtemps déjà.
- [10] Lorsque l'accusé se croit justifié dans son raisonnement, il perd toute autocritique et jugement.
- [11] De plus l'accusé conserve une pensée vindicative face aux médecins et à ses voisins.
- [12] L'accusé demande quant à lui une libération inconditionnelle. Il est privé de sa liberté depuis plus de 15 mois ce avec quoi il n'est pas d'accord.
- [13] Dans un deuxième temps, il mentionne que s'il est libéré sous réserve de modalités il en respectera toutes les conditions.

[14] Il n'est pas d'accord avec les recommandations de son psychiatre. Il dit avoir peur à l'Institut Philippe-Pinel. Il a un comportement exemplaire. Il n'est pas d'accord avec les 2 derniers paragraphes du rapport du docteur Nantel. Il questionne la volonté du docteur Nantel de vouloir l'aider. Il le voit seulement une fois par mois donc tout ce qu'il fait ici c'est d'attendre son prochain rendez-vous. Le seul problème entre lui et docteur Nantel en est un d'affinité.

[15] Il dit que s'il avait le choix il ne prendrait pas de médication. S'il est libéré inconditionnellement, il se trouvera du travail et prendra des vitamines.

[16] Le père de l'accusé tout comme en 2006 témoigne qu'il souhaite que les idées relatives à la scientologie disparaissent de la pensée de son fils.

[17] Sa mère demande au Tribunal de donner une chance à son fils. Il a fait 13 ans sans avoir de problème, il pourrait peut-être refaire un autre bout de chemin sans avoir de déboires juridiques.

[18] Le procureur de l'accusé soumet que son client demande une libération inconditionnelle. Il rappelle au Tribunal que celui-ci doit évaluer la dangerosité de l'accusé. Est-ce que son client représente un risque important pour la sécurité du public au moment de l'audience ? Il ne faut pas évaluer la dangerosité au moment des incidents.

[19] Tel que stipulé par la Cour suprême du Canada, le Tribunal doit rendre la décision la moins sévère et la moins privative de liberté.

[20] La représentante des poursuites criminelles est, quant à elle, d'accord avec la recommandation de l'équipe traitante.

[21] Le Tribunal doit rendre la décision la moins sévère et la moins privative de liberté, compte tenu de la nécessité de protéger le public face aux personnes dangereuses. Le Tribunal prend en considération l'état mental de l'accusé et ses besoins, notamment la nécessité de sa réinsertion sociale.

[22] Après avoir entendu les témoignages et la preuve, le Tribunal considère que l'accusé représente toujours un risque important pour la sécurité du public et qu'il doit demeurer en détention sans modalité.

[23] Le Tribunal prend en considération l'absence d'autocritique de l'accusé et l'absence d'alliance thérapeutique avec son médecin traitant. De plus, l'accusé refusait de prendre sa médication. Une ordonnance de traitement contre le gré a été émise pour une période de 3 ans.

[24] L'équipe traitante a modifié progressivement la médication de l'accusé, le traitement n'est pas optimal actuellement.

[25] L'accusé a aussi témoigné à l'effet qu'il cesserait de prendre sa médication s'il n'y était pas obligé.

[26] L'accusé se dit toujours une victime et demeure avec des pensées vindicatives quant aux médecins et à ses anciens voisins.

[27] L'accusé a des troubles de jugement, une tendance à être projectif et une nette propension à se retrouver en conflit avec les gens qui l'entourent.

[28] Vu ce qui précède, le Tribunal va maintenir la détention de l'accusé à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

[29] **PAR CES MOTIFS, le Tribunal**

ORDONNE la détention de l'accusé à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal sans modalités.

[30] Cette décision, rendue à l'unanimité, a été communiquée aux parties lors de l'audience.

LUCIE LE FRANÇOIS
Présidente déléguée

Me Mario R. Girard
Procureur de l'accusé

Me Isabelle Moreau
Procureur aux poursuites criminelles et pénales