



Organisation des services de psychiatrie légale pour les personnes présentant une déficience intellectuelle et des troubles du comportement

Étude de faisabilité



Note informative
Novembre 2023

pinel.qc.ca
institutditsa.ca

Cette note informative a été réalisée sous la responsabilité de l'Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé mentale, justice et sécurité (UETMI-SMJS) de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel (INPLPP) en collaboration avec l'Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention (UETMI) de l'Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme (IU DI-TSA) rattaché au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ).

Ce rapport a été réalisé grâce à une subvention du Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) dans le cadre du concours « Subventions de synthèse de connaissances sur l'évolution de la dynamique privilèges-marginalisation ».

Analyse et rédaction

Yuliya Bodryzlova, M.D., M. Sc., Ph. D. (c), *Agente de planification, de programmation et de recherche*, Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé mentale, justice et sécurité, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Ashley J. Lemieux, Ph. D., *Agente de planification, de programmation et de recherche*, Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé mentale, justice et sécurité, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel
Attachée de recherche, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal

Geneviève Pinard, M. Sc., erg., *Agente de planification, de programmation et de recherche*, Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention, Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme & Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Responsables de la réalisation du mandat

Diane Morin, C.M., Ph. D., *Directrice scientifique*, Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme
Professeure titulaire, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal
Chaire de déficience intellectuelle et troubles du comportement

Anne Crocker, Ph. D., *Directrice de la recherche et de l'enseignement universitaire*, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel
Professeure titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie & École de criminologie, Université de Montréal
Chaire de recherche du Canada en santé mentale, justice et sécurité

Recherche documentaire

Hongyue Pan, M.S.I., *Bibliothécaire*, Centre de documentation Jacques-Talbot, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Édition et mise en page

Pascale Trudeau, *Conseillère-cadre en communication et relations médias*, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Pour citer ce document

Bodryzlova, Y., Lemieux, A.J., Pinard, G., Morin, D. et Crocker, A.G. (2023). Organisation des services de psychiatrie légale pour les personnes présentant une déficience intellectuelle et des troubles du comportement – Étude de faisabilité. Montréal, Québec (Canada) : Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.

Pour des renseignements sur l'UETMI-SMJS et pour consulter nos publications



Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé mentale, justice et sécurité (UETMI-SMJS)

Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

10 905, boul. Henri-Bourassa Est

Montréal (Québec) H1C 1H1

uetmi.smjs.pinel@ssss.gouv.qc.ca

<https://pinel.qc.ca/unite-devaluation-des-technologies-et-modes-dintervention/>

Pour des renseignements sur l'UETMI en DI-TSA et pour consulter nos publications



Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention (UETMI)

Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme rattaché au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

1025, rue Marguerite-Bourgeoys

Trois-Rivières (Québec) G8Z 3T1

etmi.ciussmcq@ssss.gouv.qc.ca

<https://institutditsa.ca/publications/revues-de-litterature/#publication-revue-liste>

Déclaration d'intérêts

Les auteurs et établissements participants ne déclarent aucun conflit d'intérêts dans la réalisation de ce projet.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

ISBN : 978-2-921483-55-1

Tous droits réservés

©Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, 2023

Table des matières

Liste des abréviations	5
Résumé	6
Introduction	7
Déficience intellectuelle et troubles du comportement	7
Contexte de la demande et mandat	10
Objectif	12
Méthode	13
Perspectives d'organisation des soins pour PDITC	13
Repérage des concepts et des mots-clés pour l'équation de recherche	14
Résultats	15
Perspectives sur l'organisation des soins pour les PDITC	15
Institutions de psychiatrie légale, mais sans mention d'unités spéciales pour les PDITC	16
Unités/services spéciaux pour les PDITC au sein des hôpitaux de psychiatrie légale	16
Services pour les PDITC offerts dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée ou des hébergements spécialisés	19
Pays de l'OCDE pour lesquels aucune information sur les services de psychiatrie légale n'a été trouvée ou pour lesquels des services de psychiatrie légale sont offerts dans des unités hébergées par des hôpitaux de psychiatrie générale	20
Requête de recherche et grille d'extraction	20
Grille d'extraction et perspectives d'organisation des services pour les PDITC	21
Discussion	22
Organisation des services dans le RSSS pour les personnes présentant une DI et des troubles de comportement au Québec	22
Interface réadaptation-justice au Québec	23
Consultations avec les parties prenantes	24
Limites de l'étude de faisabilité	25
Conclusion	26
Références	27
Annexes	38

Liste des abréviations

ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
CIUSSS MCQ	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CRSH	Conseil de recherches en sciences humaines
DI	Déficience intellectuelle
ETMI-SMSS	Évaluation des technologies et modes d'intervention en santé mentale et service sociaux
FQCRDITED	Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
ICP	Irish College of Psychiatrists
INPLPP	Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel
ISQ	Institut de la statistique du Québec
IU DI-TSA	Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NHS	National Health Service (United Kingdom National Health Service)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PDITC	Personnes qui présentent à la fois une déficience intellectuelle et des troubles du comportement
RCP	Royal College of Psychiatrists
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux au Québec
SECPH	Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées
SQETGC	Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement
TC	Troubles de comportement
UETMI	Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention
UETMI-SMJS	Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé mentale, justice et sécurité
VIFMH	Victorian Institute of Forensic Mental Health

Résumé

Contexte

Les personnes qui présentent à la fois une déficience intellectuelle et des troubles du comportement (PDITC) ont parfois de la difficulté à obtenir des services adaptés à leurs besoins complexes. En effet, les institutions de psychiatrie légale, les établissements de santé et de services sociaux et les établissements correctionnels parviennent difficilement à mettre en place une offre globale de services qui a) considère à la fois leurs besoins médicaux et de réadaptation; b) respecte leurs droits et leur dignité; c) répond aux besoins de sécurité publique. Il serait donc pertinent que les décideurs priorisent le développement et la mise en place de services pour cette clientèle. Une recension des écrits portant sur l'expérience internationale est souvent la première étape de ce développement. Considérant qu'une recension exige un investissement important de temps et de ressources, la réalisation *a priori* d'une étude de faisabilité est recommandée.

Objectif

Les études de faisabilité permettent d'estimer l'étendue et le type de littérature disponible sur un sujet, ainsi que de développer une stratégie

de recherche en prévision de la synthèse de connaissances qui suivra. Cette étude vise donc à évaluer la portée et la nature de la littérature sur l'organisation des services dans les milieux de soins sécurisés pour les PDITC et à développer une stratégie de recherche documentaire avec une grille d'extraction pour une éventuelle revue systématique.

Méthodes

Une recherche non systématique a d'abord été réalisée en utilisant le moteur de recherche *Google Scholar*. Les références répertoriées ont ensuite été utilisées afin d'élaborer la stratégie de recherche documentaire à être employée lors de la revue systématique.

Résultats

Parmi les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), les services pour les PDITC s'organisent selon trois grandes catégories :

1. Absence de services spécialisés menant à diriger les PDITC vers les institutions de psychiatrie légale aux côtés d'autres patients;
2. Services dans les unités spécialisées en déficience intellectuelle dans des institutions de psychiatrie légale;
3. Services pour les PDITC offerts dans les services d'hébergement et de soins de longue durée ou les hébergements spécialisés.

En complément de ce survol de l'organisation des services, les résultats de la recension préliminaire des écrits auront permis de développer les équations de recherche documentaire ainsi que la grille d'extraction des données qui seront employées lors de la revue systématique.

Conclusion

Cette étude de faisabilité a démontré qu'une

recension systématique est pertinente et réalisable. Un examen systématique de la portée est envisagé pour approfondir notre compréhension de l'organisation des soins pour les PDITC. Afin d'accompagner les décideurs, celui-ci devra inclure des consultations auprès des organismes qui œuvrent auprès des PDITC, à l'international et au Québec.

Introduction

Déficiência intellectuelle et troubles du comportement

La déficiencia intellectuelle (DI), considérée comme un état et non une maladie, est définie par l'*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (Schalock, 2021) comme suit :

« La déficiencia intellectuelle est caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif lequel se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient pendant la période du développement et qui est

définie opérationnellement comme celle précédant le moment où la personne atteint l'âge de 22 ans. » (p. 1)

Ainsi, les différentes fonctions intellectuelles telles que le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, l'abstraction, le jugement et l'apprentissage peuvent être déficitaires. Sur le plan des comportements adaptatifs, les déficits limitent le fonctionnement autonome dans les activités quotidiennes. Certaines caractéristiques associées, comme les difficultés de communication

et de maîtrise de soi, peuvent prédisposer à des comportements impulsifs et agressifs. D'autres caractéristiques associées, comme la crédulité et la difficulté à évaluer les risques, tendent à prédisposer à l'exploitation par autrui, à la victimisation et à l'entraînement criminel non intentionnel (Crocq et al., 2015).

Il n'existe pas de consensus dans la littérature en ce qui a trait à la définition des troubles de comportement (TC). Dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux au Québec (RSSS), la définition du trouble du comportement, proposée par Tassé et ses collaborateurs (Tassé et al., 2010), fait office de référence :

« Action ou séquence d'actions qui est jugée inacceptable sur le plan développemental, social ou culturel et qui est préjudiciable à la personne ou à son environnement social ou physique et dont la gravité ou l'impact se situe sur un continuum. Un trouble du comportement est jugé grave s'il met en danger, réellement ou potentiellement, l'intégrité physique ou psychologique de la personne, d'autrui ou de l'environnement ou qu'il compromet sa liberté,

son intégration ou ses liens sociaux. »
(p. 64)

Conclure à la présence d'un trouble du comportement est un jugement clinique qui ne doit pas être perçu comme un diagnostic (Boisvert & Mercier, 2021). Les principales catégories de manifestations comportementales sont l'automutilation, l'agression, l'autostimulation et les stéréotypies excessives, les conduites sociales inappropriées, la destruction de biens et les difficultés à l'alimentation (ANESM, 2016).

Selon une méta-analyse, la prévalence globale de la DI dans la population générale est d'environ 1 % (0,01 % - 3,6 % dans les études individuelles) (Maulik et al., 2011). En considérant les données sur la population projetée au Québec en 2022 (Institut de la statistique du Québec), environ 87 000 personnes présenteraient une DI (ISQ, 2023). Le trouble du comportement est relativement répandu chez les personnes présentant une DI. Entre un tiers (Tsiouris et al., 2011) et la moitié (Crocker et al., 2006) de ces personnes vivant dans la communauté présentent au moins un type de comportement agressif. Les comportements agressifs graves (par exemple, destruction de biens, blessures) sont observés chez environ 5 % (Crocker et al., 2006) des personnes présentant une DI au Québec. Par conséquent, les personnes présentant une DI et un comportement agressif/violent ont des contacts fréquents avec la police (Barron et

al., 2004; Crocker et al., 2007), ce qui conduit parfois à un procès. La prévalence de la DI parmi les détenus varie entre 0 et 25 % selon les pays, en fonction du seuil diagnostic de la DI (Chaplin & McCarthy, 2015). Aux États-Unis, les personnes présentant un quelconque handicap cognitif représentaient 23 % des détenus (Maruschak et al., 2021). Cependant, dans la législation de nombreux pays, les personnes présentant une DI ne peuvent pas assumer une pleine responsabilité pénale (Salize & Dressing, 2007); à ce titre, elles recevront des services des institutions de psychiatrie légale ou de soins sociaux (soins de longue durée, hébergements spécialisés) (Salize & Dressing, 2007). La prévalence de la DI parmi les patients des institutions de psychiatrie légale varie entre 3 % et 17 % (Carvalho et al., 2018; Catanesi et al., 2019; Lin et al., 2022; Muller-Isberner et al., 2000) selon les pays. Cependant, les services de ces institutions sont organisés d'une manière qui ne leur permet généralement pas de répondre aux besoins des personnes contrevenantes présentant une DI et des troubles de comportement (PDITC) dans le respect de leurs droits et des exigences de sécurité publique (Dubé, 2016; Glass, 2018). En effet, les établissements correctionnels, les institutions de psychiatrie légale et générale, ainsi que les centres d'hébergement et de soins de longue durée et les hébergements spécialisés s'efforcent a) de répondre à leurs besoins médicaux, sociaux et de réadaptation;

b) de respecter leurs droits et leur dignité; c) de répondre aux exigences de sécurité publique. Malheureusement, ils y parviennent plutôt modestement. Les rapports d'organismes de protection des droits de la personne montrent que (Dubé, 2016; Glass, 2018) l'offre de services pour les PDITC incapables de vivre de manière autonome dans la communauté est limitée. Lors d'un incident avec les PDITC qui nécessitent un retrait du milieu, les policiers sont souvent forcés de les diriger vers les refuges pour personnes en situation d'itinérance, faute de ressources adaptées. Or, ces refuges ne sont pas en mesure de répondre à leurs besoins médicaux, le personnel y œuvrant n'étant pas outillé pour les soutenir lorsqu'elles sont en situation de crise comportementale. Dans ces refuges, les PDITC peuvent être victimes d'abus et de violence, être criminalisées, ou être initiées aux drogues et à l'alcool. Une fois en contact avec le système judiciaire, elles peuvent être condamnées à la prison où les risques de victimisation et d'abus de la part d'autres prisonniers sont très élevés. De plus, l'aide sociomédicale adaptée à leurs besoins y est très limitée. Finalement, si une PDITC est reconnue inapte à subir son procès, elle peut être

dirigée vers les services de psychiatrie légale. Par contre, au Québec, ces derniers ne sont pas davantage adaptés aux besoins des PDITC pour plusieurs raisons, étant orientés vers le rétablissement des personnes ayant un trouble mental grave et le retour dans la société. Tout d'abord, la DI est considérée comme un état et non une maladie, ainsi les interventions adaptées dans le contexte actuel de psychiatrie légale sont limitées. De plus, certaines PDITC pourraient ne pas être en mesure de retourner dans la communauté pour y vivre de manière autonome, poursuivant ce cycle de portes tournantes.

La mise en place d'une organisation optimale de services destinés aux PDITC devrait être une priorité pour les décideurs considérant a) la prévalence de la DI dans la population générale (Maulik et al., 2011); b) la prévalence variable, mais importante, des troubles de comportement (défini ici comme un comportement qui est agressif ou problématique) chez les personnes présentant une DI (Crocker et al., 2007; Crocker et al., 2006; Crocker et al., 2014; Tsiouris et al., 2011); c) la probabilité que ces personnes aient un contact avec le système judiciaire (Crocker et al., 2007), qu'elles puissent

être trouvées inaptes à subir leur procès ou non criminellement responsables et qu'elles puissent se voir imposer une ordonnance de traitement par le tribunal (Salize & Dressing, 2007). Les services aux PDITC devraient être offerts sur une plus longue période, avec une intensité plus faible que pour les autres patients, et ils devraient être axés sur les compétences sociales (Muller-Isberner et al., 2000). Qui plus est, les PDITC passent fréquemment de longs séjours à l'hôpital (Alexander et al., 2011; Lin et al., 2017; Lin et al., 2022; Völlm & Braun, 2019). Par conséquent, les établissements les recevant doivent être adaptés pour les longs séjours (par exemple, chambres individuelles, installations de loisirs). Finalement, une fois libérées, les PDITC récidivent fréquemment (Lin et al., 2022); leur libération devrait prendre en compte les questions relatives à la sécurité publique.

Contexte de la demande et mandat

À l'heure actuelle, peu d'études canadiennes ou québécoises se sont penchées sur le nombre de personnes présentant une DI qui se retrouvent dans les milieux forensiques, bien qu'une étude menée auprès de personnes déclarées non criminellement responsables pour troubles mentaux ait identifié environ 67 cas entre 2005 et 2012 sur un total de 1800 verdicts (données tirées du Projet national des trajectoires; Crocker, communication personnelle). Il n'en demeure pas moins que la

DI est sous documentée et souvent secondaire à d'autres diagnostics de maladie mentale, et qu'il est possible que ces chiffres soient plus importants. En Suède, environ 6,5 % des personnes assujetties à une évaluation en psychiatrie légale pour cause d'un délit ont un diagnostic principal de DI (Edberg et al., 2022). Il n'existe aucune trajectoire de soins distincte pour cette population à même les services en psychiatrie légale au Québec, bien que, comme mentionné précédemment, les besoins cliniques des PDITC soient différents. Ceci est d'autant plus important à considérer en psychiatrie légale, où le modèle Risque - Besoins - Réceptivité (de l'anglais Risk-Needs-Receptivity, ou RNR; Andrews, 2012; Skeem et al., 2015) met l'emphasis sur l'adaptation de l'intervention en tenant compte des caractéristiques individuelles, des aptitudes et des préférences de l'individu afin d'optimiser l'efficacité de l'intervention et de réduire le risque de récidive. Qui plus est, il existe à l'heure actuelle une proportion de la population de personnes avec une DI qui n'est pas judiciairisée, mais dont les besoins en termes de sécurité vont au-delà des capacités actuelles des ressources d'assistance continue qui les hébergent en raison de leurs troubles de comportement, voire leurs comportements violents.

Les services de psychiatrie légale ont le mandat de prendre en charge et de soigner les personnes qui ont à la fois un trouble de santé

mentale ainsi que des comportements violents ou antisociaux. La majorité des personnes qui se retrouvent dans le système de la psychiatrie légale le sont en raison de comportements criminels, soit par le biais de dispositions d'incapacité à subir un procès ou de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux (évaluation et traitement), soit par le biais de références des établissements correctionnels. Par contre, il existe une grande variabilité dans l'organisation des services en psychiatrie légale à travers le monde (Crocker et al., 2022); certains pays auront une organisation des soins qui intègre les services de psychiatrie légale à même les services de psychiatrie générale. Les établissements varieront donc en fonction du niveau de sécurité offert, sans distinction entre les clientèles judiciairisées et non judiciairisées. Il serait donc pertinent de s'inspirer des différents modèles d'organisation des services de psychiatrie légale pour considérer les différents modèles de soins possibles pour les PDITC.

À l'heure actuelle, une solution envisagée serait de diriger les PDITC vers les services/unités spécialisés (Leonard et al., 2005) au sein d'institutions de psychiatrie légale ou

de services sociaux afin de leur fournir des interventions adaptées, de s'assurer qu'elles bénéficient d'environnements thérapeutiques et d'assurer la réduction du risque de violence. Cependant, les discussions portant sur la création d'unités spécialisées devraient être accompagnées d'une revue des expériences internationales afin d'informer les décideurs quant à leur faisabilité et efficacité. Or, il ne semble exister actuellement aucune revue systématique sur le sujet.

Des chercheurs, des praticiens, des gestionnaires et des utilisateurs de connaissances ont entamé la discussion sur le modèle d'organisation de soins optimal pour répondre aux besoins criants des PDITC ainsi que des ressources qui les hébergent. La question décisionnelle à explorer est donc :

- Quels sont les modèles de soins pour les personnes qui ont des troubles de comportement et qui présentent une déficience intellectuelle, qu'elles soient judiciairisées ou non?

Avec les sous-questions suivantes :

- Ces services sont-ils offerts à même les services forensiques ou ailleurs?

- Quels sont les enjeux à considérer pour chaque modèle (efficacité, innocuité, aspects économiques, éthiques, organisationnels, etc.)?

Étant donné que les recensions systématiques de la littérature sont des projets exigeants en termes de ressources, une étude de faisabilité peut parfois être réalisée avant la recension complète. Une étude de faisabilité permettrait d'évaluer l'étendue et le type d'information disponible sur le sujet, ainsi que de développer une stratégie de recherche documentaire et une grille d'extraction des données en prévision d'une recension systématique des écrits.

Objectif

La présente étude de faisabilité vise trois objectifs : 1) documenter l'étendue et le type d'information disponible dans la littérature sur l'organisation des services pour les PDITC; 2) mettre sur pied une stratégie de recherche documentaire sensible dont les résultats permettront un processus de sélection des documents réalisable; 3) développer une grille d'extraction des données pour une éventuelle recension systématique des écrits.

Méthode

L'étude a été menée en deux étapes. Premièrement, une série de recherches systématiques a été effectuée dans les bases de données bibliographiques afin d'identifier une stratégie de recherche optimale. Ensuite, une recherche non systématique a été réalisée en utilisant le moteur de recherche *Google Scholar*. Cette dernière a permis de déterminer l'étendue et le type de littérature disponible et de créer un prototype de grille d'extraction des données qui pourra être employé lors de la recension systématique des écrits.

Perspectives d'organisation des soins pour PDITC

Une recherche non systématique a été effectuée en employant le moteur de recherche *Google Scholar*. Cette source a été choisie, car elle rassemble à la fois des références de la littérature indexée et non indexée. Ainsi, les résultats de cette recherche peuvent offrir une perspective générale des publications à être répertoriées dans le cadre d'une recension systématique. Selon l'hypothèse de départ, les PDITC seraient dirigées vers les hôpitaux de psychiatrie légale dans la plupart des pays. Subséquemment, la description de l'organisation des services qui leur sont destinés pourrait se trouver dans une revue portant sur les services de psychiatrie légale du pays. Advenant une absence de services pour les PDITC au sein des institutions de psychiatrie légale, l'organisation des services pour cette population pourrait être

brèvement décrite dans la littérature portant sur les services de psychiatrie légale. De plus, des requêtes de recherche supplémentaires ont été développées pour les pays où la psychiatrie légale n'est pas aussi développée. Ainsi, la première recherche a été réalisée avec la requête « Nom du pays ET psychiatrie légale ». Pour les pays pour lesquels aucun article pertinent n'a pu être trouvé, une stratégie de recherche plus large a été appliquée en utilisant la requête « Nom du pays ET délinquants ET (déficience intellectuelle OU trouble d'apprentissage OU retard mental OU handicap mental) ». Enfin, si aucun article pertinent n'a pu être trouvé pour un pays spécifique en employant cette deuxième requête, une troisième requête a été tentée, soit « Nom du pays ET (déficience intellectuelle OU trouble d'apprentissage OU retard mental OU handicap mental) ». Après cette étape, si aucun article pertinent n'a pu être repéré, il a été conclu qu'il n'y avait pas de description des services pour les PDITC pour un pays donné. La recherche a été limitée aux pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) afin de comparer l'organisation des soins dans des pays aux réalités économiques similaires.

Une recherche par effet boule de neige (Mourão et al., 2017) a été effectuée pour chaque article sélectionné. D'abord, les bibliographies des études sélectionnées ont été consultées afin d'y repérer des références pertinentes. Ensuite, les bibliographies de ces références pertinentes ont été consultées et ainsi de suite jusqu'à ce qu'aucune nouvelle référence ne puisse être trouvée. De plus, une recherche par citation a été réalisée. Lors de cette étape, les bibliographies des études qui citaient celles sélectionnées ont été consultées afin d'y repérer des références pertinentes. Finalement, les bibliographies des revues systématiques et narratives sélectionnées lors de la recherche initiale ont été consultées afin d'identifier des publications pertinentes. Les études publiées avant 2000 ont été prises en compte uniquement lorsqu'aucune étude plus récente n'a pu être trouvée pour un pays spécifique; toutes les études publiées avant 1990 ont été exclues. La recherche a été menée du 5 avril au 29 juillet 2022. Le logiciel de gestion bibliographique *EndNote* a été employé pour la gestion des références.

Les données pertinentes, regroupées par pays, ont été extraites à l'aide d'une grille structurée en format Excel.

Repérage des concepts et des mots-clés pour l'équation de recherche

Trois publications décrivant la prestation de services dans des institutions sécurisées pour les PDITC en Écosse, au Danemark et en Allemagne ont été utilisées pour l'extraction des mots-clés (Lindsay et al., 2004; Nedopil & Ottermann, 1993; Nyhus et al., 2021) : a) *Sexual and Nonsexual Offenders With Intellectual and Learning Disabilities: A Comparison of Characteristics, Referral Patterns, and Outcome* de Lindsay et al. (2004); b) *Forensic intellectual disability services: differences in staff perspectives in the Danish and Norwegian systems* de Nyhus et al. (2021); c) *Treatment of mentally ill offenders in Germany: with special reference to the newest forensic hospital-Straubing in Bavaria* de Nedopil et al. (1993). L'équation de recherche a été construite autour de trois concepts, soit a) la déficience intellectuelle; b) le délit; c) l'organisation des soins. Le plan de concept de l'équation de recherche et des exemples de requêtes de recherche pour la plateforme *OVID* sont présentés aux annexes 1 et 2 (en anglais).

Résultats

Perspectives sur l'organisation des soins pour les PDITC

À la lumière des documents repérés puis sélectionnés lors de cette étude de faisabilité, l'organisation des services pour les PDITC parmi les pays de l'OCDE peut être classée comme suit (voir Figure 1) :

- Pays pour lesquels aucune information sur les services de psychiatrie légale n'a été trouvée;
- Services de psychiatrie légale offerts dans des unités d'hôpitaux psychiatriques généraux (avec peu ou pas de possibilité d'organiser des unités spéciales pour les PDITC);

- Institutions de psychiatrie légale, mais sans mention d'unités spéciales pour les PDITC;
- Unités pour les PDITC au sein d'institutions de psychiatrie légale :
 - Unités générales pour l'ensemble des PDITC;
 - Unités spécialisées pour certains profils de PDITC;
- Services pour les PDITC offerts dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée et dans des hébergements spécialisés.

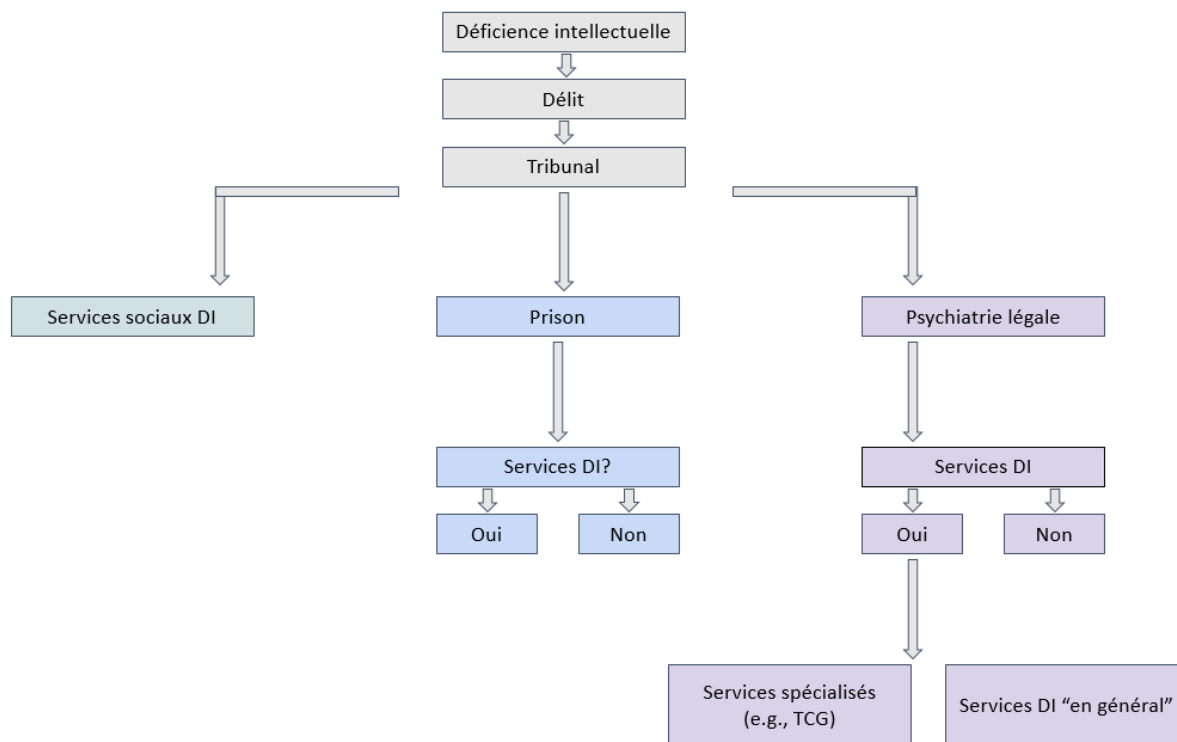


Figure 1

Institutions de psychiatrie légale, mais sans mention d'unités spéciales pour les PDITC

Dans certains pays, les services aux PDITC sont offerts via des institutions de psychiatrie légale, mais aucune mention d'unités/de services/de programmes thérapeutiques spécifiques à cette clientèle n'a été repérée parmi la documentation consultée. En effet, aucun des 7 hôpitaux de psychiatrie légale à sécurité élevée (fermés) et des 22 hôpitaux de psychiatrie légale à sécurité modérée « semi-ouverts » de la Suisse (Sampson et al., 2016) n'a déclaré disposer d'une unité PDITC. La structure des services d'un seul des trois hôpitaux de psychiatrie légale en Espagne (Sánchez-SanSegundo et al., 2014) a été décrite, sans mention d'unités/sections pour les PDITC. La Lituanie dispose d'un hôpital de psychiatrie légale où les patients présentant une DI reçoivent des soins; cependant, aucune information sur une unité ou un service spécifique n'a pu être repérée parmi les documents consultés (Völlm & Braun, 2019). Alors que les institutions de psychiatrie légale en Pologne (Sampson et al., 2016; Völlm & Braun, 2019) et en République tchèque (Páv et al., 2020) traitent les patients présentant une

déficience intellectuelle au même titre que les autres patients, une discussion est en cours sur la nécessité de mettre en place une unité distincte pour ce groupe dans ces deux pays (Sampson et al., 2016; Völlm & Braun, 2019). En Suède, il existe cinq hôpitaux spécialisés en psychiatrie légale et plusieurs unités dans les hôpitaux psychiatriques généraux (Belfrage & Fransson, 2000). Environ 9 % de l'ensemble des patients reçus dans les services de psychiatrie légale ont un diagnostic de DI (Degl' Innocenti et al., 2014; Steinau et al., 2018). Cependant, il n'y a aucune mention de services ou d'unités spécifiques pour les PDITC en Suède parmi le corpus de cette étude. De plus, aucune information sur des salles/unités spécifiques n'a été repérée pour les États-Unis lors de cette recension préliminaire. Les PDITC reçoivent des services dans les hôpitaux psychiatriques d'État (Freckelton, 2016; Wik et al., 2020). Parallèlement, la prévalence des personnes présentant une déficience intellectuelle dans les prisons de ce pays varie entre 20 % et 40 % (Salekin et al., 2010). L'organisation de psychiatrie légale aux États-Unis peut différer considérablement d'un État à l'autre (Bloom & Kirkorsky, 2020).

Unités/services spéciaux pour les PDITC au sein des hôpitaux de psychiatrie légale

Les hôpitaux de psychiatrie légale de certains pays accueillent des unités spéciales pour les PDITC selon deux modèles, soit des unités

distinctes pour certains types de PDITC (par exemple, pour les patients avec un double diagnostic (un diagnostic de déficience intellectuelle et un trouble de santé mentale) ou pour les PDITC avec un comportement agressif) et des unités/services pour les PDITC en général.

La Belgique, le Canada, l'Australie et le Royaume-Uni ont mis en place des unités pour certains profils spécifiques de PDITC. En Belgique, trois nouvelles unités de traitement à sécurité moyenne pour les PDITC à double diagnostic ont été créées en 2018 (Völlm & Braun, 2019). Aucune description du programme de soins ou de l'efficacité des interventions offertes n'a cependant été repérée parmi les documents consultés. Au Canada, bien qu'ils comptent pour environ 10 à 15 % de la population en psychiatrie légale globale, aucun programme particulier n'était offert aux patients présentant une DI dans les hôpitaux de psychiatrie légale (Lin et al., 2022; Ray et al., 2019). Cependant, un programme pilote pour les patients présentant un double diagnostic (DI et trouble de santé mentale) a récemment été lancé en Ontario (Anbar-Goldstein & Budin, 2020). Une équipe multidisciplinaire formée d'une infirmière pivot, d'un thérapeute comportemental, d'un travailleur social et d'un psychologue y participe. De plus, certains services hospitaliers et ambulatoires pour les PDITC présentant un double diagnostic sont offerts dans l'État de Victoria, en Australie

(Mullen et al., 2000). En Angleterre et au Pays de Galles, les institutions de psychiatrie légale peuvent accepter les PDITC, dépendamment du danger qu'elles présentent pour elles-mêmes ou pour leur entourage. Les services y sont organisés pour assurer une continuité de soins. Il existe un centre national dans un hôpital à sécurité élevée (*Rampton Hospital*), tandis que les soins nécessitant un niveau de sécurité faible ou modéré sont assurés par d'autres hôpitaux (Chaplin & McCarthy, 2015). Les services de faible sécurité accueillent des unités de réadaptation et une unité de transition fermées à clé. Il existe également des lits d'admission pour soins aigus dans des unités spécialisées en DI (RCP, 2014). Les services communautaires pour les PDITC offrent trois niveaux de spécialisation : services en psychiatrie légale communautaires hautement spécialisés en DI, services génériques en DI et services génériques de soins primaires (RCP, 2014). Tous les services donnent accès à des infirmiers et à des psychiatres spécialisés en DI communautaire. Certains donnent accès à des travailleurs sociaux, des psychologues, des orthophonistes et des ergothérapeutes spécialisés. Les services communautaires génériques

sont appréciés par les départements de travail social de la justice pénale (Lindsay et al., 2010). Des exemples de dépliants d'information pour les services communautaires destinés aux patients et aux familles sont disponibles en ligne (NHS, 2022a; NHS, 2022b). Les PDITC sont traitées conformément aux directives relatives au diagnostic principal et au comportement agressif (Chaplin & McCarthy, 2015). L'adéquation de la réponse aux besoins criminogènes (logement, emplois, relations interpersonnelles) des patients dans les services de psychiatrie légale en DI (Chester et al., 2017; Lindsay et al., 2013), l'efficacité des programmes de traitement génériques et spécifiques (Lindsay et al., 2010), et la disponibilité des services locaux et résidentiels (Chaplin et al., 2009) sont discutés comme étant des défis actuels de l'organisation des services pour les PDITC au Royaume-Uni. De plus, il y a des propositions pour changer les critères d'admissibilité quant à l'hospitalisation des PDITC et limiter cette option pour les PDITC avec un double diagnostic (Taylor & Burrell, 2023).

Certains pays disposent également d'unités et de services en psychiatrie légale pour les PDITC en général. Quelques références portent sur la mise en place d'une unité pour les personnes

présentant une DI dans l'hôpital de psychiatrie légale de Haina en Allemagne, établissement ouvert dans le cadre de la politique de 1987 sur les services spécialisés en psychiatrie légale. Ces unités spécialisées ont été ouvertes afin d'offrir des services sur mesure aux patients et pour réduire la taille des unités (Muller-Isberner et al., 2000; Nedopil & Ottermann, 1993). La spécialisation et la différenciation des services ont entraîné un processus de soins « plus clair et plus transparent », moins d'incidents, une diminution du nombre de plaintes provenant des patients, une meilleure ambiance thérapeutique et une plus grande diversification et spécialisation des méthodes thérapeutiques employées (Muller-Isberner et al., 2000). Aux Pays-Bas (van Marle, 2000), l'hôpital de psychiatrie légale *Hoeve Boschoord* à Vledder (van Marle, 2002) accueille un service de 96 lits pour les PDITC (Koenraadt & Mooij, 2007). Les interventions, de faible intensité, sont conçues pour ces patients et visent à stabiliser leur état mental ainsi qu'à prévenir les rechutes de troubles de comportement (Koenraadt & Mooij, 2007). En Nouvelle-Zélande, les services pour les PDITC peuvent être offerts via le système de santé mentale légal ou dans des établissements spécialisés (Ministry of Health, 2003, 2021), les *Residential Intellectual Disability Secure Services* (RIDSS) de sécurité moyenne, qui accueillent les patients en voie de transition vers la communauté. En Norvège, une unité nationale de soins par ordonnance pour les

PDITC est responsable de leur réadaptation et de la sécurité publique (Sondena, 2009). En Irlande, une unité de 30 lits située dans l'hôpital psychiatrique central de Dundrum, près de Dublin (O'Neill et al., 2003), offre des services aux PDITC (ICP, 2007). En outre, il y aura bientôt une unité de 20 lits pour les patients atteints d'un trouble du spectre de l'autisme (Ireland, 2021; Kennedy et al., 2021). En Finlande, les services pour les PDITC (Männynsalu et al., 2009) sont offerts par la clinique ambulatoire en DI de l'hôpital universitaire de Tampere qui offre des services volontaires et imposés (Tays Central Hospital, 2020).

Services pour les PDITC offerts dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée ou des hébergements spécialisés

Dans les services de psychiatrie légale en Australie, la DI n'est pas considérée comme un problème de santé mentale, et les PDITC sont traitées en vertu de la loi sur le handicap (Glass, 2018; Lindsay & Taylor, 2018; VIFMH, 2016). Il n'existe donc pas de programme de soins spécifique pour cette clientèle au sein des services de psychiatrie légale, à l'exception d'un service d'hospitalisation pour les personnes à « double diagnostic » dans l'État de Victoria (Mullen et al., 2000) et d'une gamme de services ambulatoires pour le « double diagnostic » à travers le territoire (Ellis, 2020). Certains services pour les PDITC sont offerts par le *Disability Services*

Division du *Department of Health and Human Services*, le *Disability Forensic Assessment and Treatment Service*, le *Thomas Embling Hospital* à Fairfield, et le *Long Term Rehabilitation Program* à Bundoora (VIFMH, 2016). En France, les PDITC, y compris celles qui présentent un trouble de comportement, ne sont pas couvertes par la législation sur la psychiatrie légale (Buntinx, 2016). Elles peuvent être hébergées dans des institutions de soins sociaux (SECPH, 2018), telles que les foyers d'accueil médicalisés, les centres d'accueil de jour, les maisons d'accueil spécialisées, les foyers d'accueil spécialisés, ou les instituts médico-éducatifs où sont offerts des services de réadaptation (Lacau et al., 2018). Des directives pour la gestion des comportements problématiques sont également publiées pour les PDITC en France (ANESM, 2010, 2016). Au Danemark, les PDITC reçoivent des services en unités de psychiatrie légale spécialisées au sein du système de soins sociaux. Ces services portent sur le soutien et les soins et visent à prévenir les récidives (Engen, 2019; Nyhus et al., 2021). En Israël, les PDITC ne sont pas prises en charge par la législation sur la psychiatrie légale (Barak & Gordon, 2002). Cependant, aucun autre détail

n'a pu être repéré quant à l'organisation des services pour les PDITC dans ce pays parmi le corpus à l'étude.

Pays de l'OCDE pour lesquels aucune information sur les services de psychiatrie légale n'a été trouvée ou pour lesquels des services de psychiatrie légale sont offerts dans des unités hébergées par des hôpitaux de psychiatrie générale

Les pays pour lesquels aucune mention de services de psychiatrie légale n'a pu être trouvée lors de cette étude de faisabilité sont la Corée du Sud, la Colombie, le Costa Rica, la Slovénie, la Turquie, le Mexique et la Slovaquie. Il existe des pays pour lesquels les services de psychiatrie légale sont offerts dans des unités hébergées par des hôpitaux psychiatriques généraux. Ils disposent donc de ressources limitées pour intervenir auprès des patients présentant une DI qui constituent un groupe ayant des besoins spécifiques. Ces pays sont l'Islande (Holmberg, 1998), la Hongrie (Bitter & Kurimay, 2012), la Grèce (Christodoulou et al., 2012; Markopoulou et al., 2021), la Lettonie (Völlm & Braun, 2019), le Luxembourg (Malmendier-Muehlschlegel & Power, 2021), le Japon (Fujii et al., 2014; Takeda et al., 2019) et le Portugal (Carvalho

et al., 2018). En Italie, un réseau d'institutions de psychiatrie légale de petite taille (20 lits maximum) propose des services sur une base locale (Castelletti, 2018; Catanesi et al., 2019; Scarpa, 2020). En Estonie, il existe des services ambulatoires pour les enfants et les adultes handicapés ainsi que pour les personnes atteintes de troubles mentaux (Saia et al., 2019). Cependant, la manière dont les troubles de comportement et les risques de violence de leurs patients sont traités n'est pas spécifiée dans la littérature consultée.

Requête de recherche et grille d'extraction

L'emploi d'une requête de recherche sensible qui inclut tous les termes nécessaires mène à l'obtention d'environ 90 000 références, un nombre rendant impossible une sélection manuelle des documents. Afin de rendre l'examen de la portée réalisable, la sensibilité de la requête peut être réduite en éliminant certains mots-clés tels que « maladie », « hôpital », « correction* (pour correctionnel) », etc. La requête la plus courte mène à l'obtention d'environ cinq mille références, ce qui permet une sélection manuelle des documents, mais qui affecte significativement la sensibilité de la recherche documentaire. Afin de surmonter ces limites, a) le nombre de mots-clés sera réduit tout en conservant une sensibilité acceptable; b) la sélection des documents, sur la base des

titres et des résumés, se fera à l'aide d'outils d'apprentissage machine; c) une recherche par boule de neige (Mourão et al., 2017) sera effectuée en consultant la bibliographie et les citations des articles sélectionnés. La recherche par effet boule de neige permettra de pallier à la perte de sensibilité causée par la réduction des mots-clés dans la stratégie de recherche documentaire. L'apprentissage machine permet de réduire le temps de sélection des documents de 30 à 50 % avec une précision de recherche d'environ 90 % (Bannach-Brown et al., 2019; Blaizot et al., 2022). Des outils d'apprentissage machine gratuits et à code source ouvert ont été développés pour faciliter la sélection des documents selon les titres et résumés lors de revues systématiques. L'équipe de recherche validera la stratégie à préconiser au moment d'établir le protocole de l'examen de la portée.

Grille d'extraction et perspectives d'organisation des services pour les PDITC

Parmi les pays de l'OCDE, les services pour les personnes PDITC s'organisent selon trois grandes catégories en fonction des documents consultés : i) aucune modalité d'organisation de services spécifiques aux PDITC; ii) unités spéciales pour les PDITC dans les hôpitaux de psychiatrie légale; et iii) institutions de services sociaux offrant de l'hébergement et des soins pour les PDITC. Les unités spéciales pour les PDITC peuvent être divisées en deux sous-groupes : celles qui ont une organisation de services pour certains groupes spécifiques

de PDITC (par exemple, avec un double diagnostic) et celles qui ont une organisation de services pour les PDITC en général. À ce titre, le formulaire d'extraction des données comprendra le nom du pays et le type de services offerts spécifiquement au PDITC (aucun, PDITC psychiatrie légale spécifique, PDITC psychiatrie légale générale, PDITC médico-social). De plus, les informations disponibles sur la justification de la mise en place de l'organisation spécifique des services, sur les cibles et les objectifs des soins, sur les directives utilisées, ainsi que sur la possibilité de continuité des soins seront collectées.

L'annexe 2 présente les résultats de la recherche documentaire en utilisant différentes requêtes autour des trois concepts mentionnés précédemment. En fonction de la spécificité des mots-clés inclus dans la requête, le nombre final de références varie entre 5 000 et 89 000. La réduction la plus importante du nombre de références est obtenue suite à l'élimination de mots-clés non spécifiques tels que « correction* », « soins » et « hôpital » dans la requête de recherche. L'annexe 3 présente le formulaire d'extraction des données pour l'examen systématique complet de la portée découlant des résultats synthétisés plus haut.

Discussion

Cette étude visait à dresser un portrait sommaire de la littérature sur l'organisation des soins pour les personnes présentant à la fois des troubles de comportement ainsi qu'une déficience intellectuelle afin d'établir la faisabilité et la pertinence d'une recension systématique plus poussée. Elle visait également à comparer différentes requêtes de recherche documentaire afin d'identifier celle qui, tout en étant suffisamment sensible, retournerait un nombre de références permettant une sélection des documents réalisable. De plus, l'étendue et le type de littérature disponible sur le sujet ont été évalués afin de développer un formulaire pour l'extraction d'information en prévision d'une éventuelle recension systématique.

Organisation des services dans le RSSS pour les personnes présentant une DI et des troubles de comportement au Québec

Dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), l'adhésion aux services offerts aux personnes présentant une DI se fait via un guichet d'accès unique sur une base volontaire avec preuve de diagnostic. Ces services de proximité sont articulés autour d'un continuum.

Les services spécifiques, offerts via les centres locaux de services communautaires (CLSC), visent principalement le maintien des acquis et le soutien à la participation sociale. Les services spécialisés et surspécialisés, offerts en centres de réadaptation, visent le développement ou la reprise des habitudes de vie de la personne dans une perspective d'autonomie fonctionnelle optimale (autonomie personnelle, résidentielle, sociale et professionnelle) (Aubut et al., 2017; MSSS, 2022a). En 2021-2022 au Québec, 16 739 personnes présentant une DI ont reçu des services en centres de réadaptation (MSSS, 2022b), ce qui correspond à environ 20 % des Québécois présentant une DI en considérant les données de prévalence énoncées précédemment.

Élaborés selon les meilleures pratiques (Boisvert & Mercier, 2021; FQCRDITED, 2010), c'est sous le créneau des services spécialisés que se trouve la gamme de programmes et services développés plus spécifiquement pour la clientèle présentant à la fois une DI et un trouble du comportement (TC)/trouble grave du comportement (TGC) (CRDITED-IU & SQETGC, 2014). Les centres de réadaptation bénéficient d'équipes et de ressources dédiées à cette clientèle avec, entre autres, un financement récurrent visant spécifiquement à consolider l'offre de services en réadaptation comportementale intensive pour les TGC (MSSS, 2021). Le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC), dont la mission première est de

développer et consolider l'expertise en TGC au Québec, offre un soutien à ces équipes sur le plan national, alors que l'équipe régionale TC-TGC vise à fournir un soutien clinique au niveau local.

Interface réadaptation-justice au Québec

Malgré les mécanismes de dépistage en place lors de la période développementale de l'enfance (Gascon et al., 2009) et la présence d'un continuum de services de proximité qui s'articule autour des besoins des usagers, l'accès aux services requiert un diagnostic et se fait sur une base volontaire (Aubut et al., 2017; MSSS, 2022a). Ainsi, l'absence de diagnostic pourrait restreindre l'accès aux services pour les personnes présentant une DI présumée, alors que certaines personnes présentant un diagnostic de DI (principalement DI légère) pourraient choisir de ne pas se prévaloir de ces services. Et ce sont précisément les personnes avec une DI légère (attestée ou présumée) qui ne sont pas connues des centres de réadaptation qui seraient les plus susceptibles de judiciarisation et qui entreraient dans le processus judiciaire sans soutien (Mercier & Baraldi, 2004). Il devient donc important de mettre en place des procédures de dépistage de la DI chez les personnes contrevenantes et d'élaborer des protocoles de collaboration et d'intervention qui soutiendront ces personnes dans l'interface des systèmes de réadaptation/justice (Mercier & Baraldi, 2004). En ce sens, le RSSS a comme mission d'arrimer ses

services avec divers partenaires, dont le milieu de la justice (MSSS, 2022a). Une collaboration plus étroite entre les intervenants judiciaires et ceux de la santé et des services sociaux est attendue considérant que les milieux sont confrontés à l'absence de ressources ou de services adaptés et qu'ils arrivent difficilement à concilier les mandats entre les réseaux (Morin, 2014). Une recension systématique des écrits permettra donc d'alimenter, à la lumière des expériences internationales, les réflexions des décideurs en lien avec l'organisation des services pour les personnes présentant à la fois une DI et des troubles de comportement.

Il convient de noter que les données sur l'organisation des services pour les PDITC sont rares; les articles académiques revus par les pairs mentionnent principalement l'une ou l'autre institution hébergeant une unité pour cette population. Il semble irréaliste de trouver des informations détaillées sur l'organisation des services au moyen d'une synthèse des connaissances traditionnelle. La nature de la question ainsi que des données préliminaires recensées suggèrent qu'un examen systématique de la portée serait le type de recension à privilégier pour les étapes à venir (Peters et al., 2015).

D'ailleurs, un examen systématique de la portée a récemment été subventionné par le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) via une subvention de synthèse des connaissances octroyée aux autrices de cette note informative. Cette subvention facilitera la collaboration entre les Unités d'évaluation des technologies et modes d'interventions des deux établissements phares des domaines concernés, soit l'Institut national en psychiatrie légale Philippe-Pinel et l'Institut universitaire en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme.

Consultations avec les parties prenantes

Selon les lignes directrices de l'examen de la portée (Arksey & O'Malley, 2005), les consultations avec les parties prenantes devraient être utilisées pour recueillir des informations fiables sur l'organisation des services pour les PDITC dans les différents pays. Pour les pays disposant d'information sur l'organisation spécifique des services pour les PDITC, les auteurs des études incluses et les cliniques/unités/départements décrits dans les études répertoriées seront contactés. Les consultations seront organisées en plusieurs étapes. Tout d'abord, un

rapport contenant les résultats préliminaires de l'analyse documentaire sera préparé. Il comprendra le contexte de l'étude, sa raison d'être, son objectif, ses méthodes et les résultats disponibles dans la littérature. Deuxièmement, une lettre, à laquelle sera joint le rapport présentant les résultats préliminaires, sera envoyée aux auteurs des études incluses et aux cliniciens et gestionnaires des institutions mentionnées. Dans cette lettre, les auteurs/intervenants seront invités à confirmer les informations trouvées. En outre, il leur sera demandé de fournir des références à toute autre information publiée sur le sujet. L'équipe de l'étude les invitera à ajouter au texte préliminaire toute information disponible sur l'organisation des services, les modalités d'intervention, les résultats du programme d'intervention et le lien avec d'autres services pour les PDITC. Ainsi, les cliniciens et les gestionnaires pourraient devenir des coauteurs de l'examen de la portée sur l'organisation des services pour les PDITC. En plus de cette série de consultation avec les organismes et chercheurs internationaux pour mieux comprendre leur organisation des services, un réseau de partenaires sera également mis sur pied au Québec (et éventuellement au Canada) afin de cibler les enjeux spécifiques aux PDITC et aux services d'ici. Ce réseau intégrera des personnes et des proches ayant une expérience vécue, des décideurs, des prestataires de services et des cliniciens qui œuvrent auprès des PDITC issus des réseaux de la santé et des

services sociaux, de la justice, de la sécurité publique et des services communautaires, pour n'en citer que quelques-uns. Plusieurs activités de mobilisation des connaissances sont prévues avec ces partenaires, incluant des consultations individuelles, une conférence virtuelle et une demi-journée de réflexion, en plus d'un rapport d'ETMI (version brève et complète, disponible en anglais et en français). Ces activités auront comme but d'outiller la prise de décision ainsi que d'intégrer les savoirs expérientiels des milieux concernés dans le processus.

Il s'agit ici d'une stratégie novatrice dans le domaine de l'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé mentale et service sociaux (ETMI-SMSS). Ainsi, nous prévoyons rédiger un guide technique à la suite de l'utilisation de cette technologie pour en faire bénéficier la communauté des ETMI-SMSS de façon plus large.

Limites de l'étude de faisabilité

Les limites de cette étude de faisabilité sont les suivantes. Premièrement, une seule base de données a été consultée. Ainsi, des articles pertinents ont pu être omis. Deuxièmement, la reproductibilité de la recherche pour l'étude actuelle n'a pas été assurée, car trois requêtes différentes ont été utilisées. Troisièmement, la sélection des études a été effectuée par un seul

chercheur; par conséquent, certaines opinions et attitudes individuelles ont pu influencer la sélection des études. Enfin, les services pour les PDITC hébergées dans des établissements correctionnels n'ont pas été pris en compte, étant donné que l'objectif du présent projet est d'améliorer les services de psychiatrie légale existants pour les personnes présentant une DI. Cependant, ces limites n'affecteront pas les résultats du projet suivant, à savoir la préparation des paramètres de la stratégie de recherche et l'extraction des données pour l'examen systématique complet de l'organisation des services pour les PDITC. L'examen systématique de la portée sera mené selon un protocole enregistré; deux examinateurs seront inclus au stade de la sélection des études et de l'extraction des données; l'interprétation des résultats sera faite par une équipe regroupant des membres ayant des perspectives différentes (par exemple, des professionnels de la psychiatrie légale, de la DI et de la criminologie, des proches des PDITC, ainsi que des organismes communautaires et de défense des droits).

Conclusion

À la suite de cette revue sommaire de la littérature, un examen systématique de la portée sur l'organisation des services pour les PDITC demeure non seulement faisable et pertinent, mais essentiel pour orienter adéquatement le RSSS dans l'organisation des services pour les PDITC. L'utilisation d'outils d'apprentissage machine pour la sélection des documents en fonction des titres et résumés ainsi que l'ajout d'une recherche par effet boule de neige dans

la bibliographie et les citations des références sélectionnées devraient mener à une recherche sensible de la littérature pertinente et à une synthèse des connaissances réalisable. Des consultations avec les auteurs des documents sélectionnés ainsi que les cliniciens et les gestionnaires des établissements au Québec et à l'international devraient être entreprises afin de présenter l'ensemble des informations nécessaires pour éclairer la prise de décision sur l'organisation des services pour les PDITC.



Références

- Alexander, R., Hiremath, A., Chester, V., Green, F., Gunaratna, I. J., & Hoare, S. (2011). Evaluation of treatment outcomes from a medium secure unit for people with intellectual disability. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 5(1), 22-32. <https://doi.org/10.5042/amhid.2011.0013>
- Anbar-Goldstein, M., & Budin, R. (2020). *Forensic dual diagnosis speciality service review*. Presentation for the Centre for Addiction and Mental Health Canada, February 28, 2020. <https://connectability.ca/wp-content/uploads/2020/03/FDDSS-Presentation.pdf>
- Andrews, D. A. (D.). (2012). The risk-need-responsivity (RNR) model of correctional assessment and treatment. In J. A. Dvoskin, J. L. Skeem, R. W. Novaco, & K. S. Douglas (Eds.), *Using social science to reduce violent offending* (pp. 127-156). Oxford University Press.
- ANESM. (2010). *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement*. Comité d'orientation stratégique et Conseil scientifique de l'ANESM.
- ANESM. (2016). *Les « comportements-problèmes » : prévention et réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés*. Comité d'orientation stratégique et Conseil scientifique de l'ANESM.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Aubut, S., Dupont, J., Lanctôt, C., Vallée, N., & Garneau, D. (2017). *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience : cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3030124>
- Bannach-Brown, A., Przybyła, P., Thomas, J., Rice, A. S. C., Ananiadou, S., Liao, J., & Macleod, M. R. (2019). Machine learning algorithms for systematic review: Reducing workload in a preclinical review of animal studies and reducing human screening error. *Systematic Reviews*, 8(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-0942-7>
- Barak, P., & Gordon, H. (2002). Forensic psychiatry in Israel. *Psychiatric Bulletin*, 26(4), 143-145. <https://doi.org/10.1192/pb.26.4.143>

- Barron, P., Hassiotis, A., & Banes, J. (2004). Offenders with intellectual disability: A prospective comparative study. *J Intellect Disabil Res*, 48(1), 69-76. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2004.00581.x>
- Belfrage, H., & Fransson, G. (2000). Swedish Forensic Psychiatry: A Field in Transition. *Int J Law Psychiatry*, 23(5), 509-514. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(00\)00051-0](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(00)00051-0)
- Bitter, I., & Kurimay, T. (2012). State of psychiatry in Hungary. *International Review of Psychiatry*, 24(4), 307-313. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.694856>
- Blaizot, A., Veettil, S. K., Saidoung, P., Moreno-Garcia, C. F., Wiratunga, N., Aceves-Martins, M., Lai, N. M., & Chaiyakunapruk, N. (2022). Using artificial intelligence methods for systematic review in health sciences: A systematic review. *Res Synth Methods*, 13(3), 353-362. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1553>
- Bloom, J. D., & Kirkorsky, S. E. (2020). Incompetent to Stand Trial, Not Restorable, and Dangerous. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 48(2), 237-243. <https://doi.org/10.29158/JAAPL.003920-20>
- Boisvert, I., & Mercier, M. (2021). *Troubles graves du comportement : meilleures pratiques en prévention, en évaluation et en intervention auprès des personnes qui présentent une déficience intellectuelle, une déficience physique ou un trouble du spectre de l'autisme*. Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention - services sociaux et santé mentale de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/4299053>
- Buntinx, W. (2016). *Déficiences intellectuelles : expertise collective*.
- Carvalho, T., Jorge, P., & Batalim, P. (2018). Forensic psychiatry – scenario in the largest security ward in Portugal. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, 22(3), 215-225.
- Castelletti, L., Scarpa, F., & Carabellese, F. (2018). Treating not guilty by reason of insanity and socially dangerous subjects by community psychiatric services: An Italian perspective. *In Rassegna Italiana di Criminologia* - 3, 182-189.
- Catanesi, R., Mandarelli, G., Ferracuti, S., Valerio, A., & Carabellese, F. (2019). The new Italian residential forensic psychiatric system (rems): A one-year population study. *Italian Journal of Criminology*, XIII.

- Chaplin, E., & McCarthy, J. (2015). Offenders with intellectual disability in secure services and the criminal justice system. In G. L. Dickins, M. Picchioni, & P. Sugarman (Eds.), *Handbook of Secure Care* (pp. 113-130). Royal College of Psychiatrists.
- Chaplin, E., O'Hara, J., Holt, G., & Bouras, N. (2009). Mental health services for people with intellectual disability: Challenges to care delivery. *British Journal of Learning Disabilities*, 37(2), 157-164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2008.00540.x>
- Chester, V., Geach, N., & Morrissey, C. (2017). Treatment outcomes from forensic intellectual disability services: The perspectives of patients and their family/carers. *Journal of Intellectual Disabilities*, 23(4), 473-485. <https://doi.org/10.1177/1744629517728841>
- Christodoulou, G. N., Ploumpidis, D. N., Christodoulou, N. G., & C. Anagnostopoulos, D. (2012). The state of psychiatry in Greece. *International Review of Psychiatry*, 24(4), 301-306. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.691874>
- CRDITED-IU & SQETGC. (2014). *Le Programme TC/TGC : Pour mieux comprendre et intervenir auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme vivant des situations à défis*. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement & Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement. Retrieved from http://institutditsa.ca/file/programmetctgc_decembre2014.pdf
- Crocker, A. G., Leclair, M., Bélanger, F. A., & Livingston, J. (2022). Survol de l'organisation des services de santé mentale forensique à travers le monde : vers un modèle hiérarchisé-équilibré [Overview of the Organisation of Forensic Mental Health Services Internationally: Towards a Balanced Care Model]. *Sante Ment Que*, 47(1), 181-217.
- Crocker, A. G., Mercier, C., Allaire, J. F., & Roy, M. E. (2007). Profiles and correlates of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res*, 51(10), 786-801. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2007.00953.x>
- Crocker, A. G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D., & Roy, M. E. (2006). Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res*, 50(9), 652-661. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00815.x>
- Crocker, A. G., Prokić, A., Morin, D., & Reyes, A. (2014). Intellectual disability and co-occurring mental health and physical disorders in aggressive behaviour. *J Intellect Disabil Res*, 58(11), 1032-1044. <https://doi.org/10.1111/jir.12080>

- Crocq, M. A., Guelfi, J. D., & American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition). Elsevier Masson. <http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb44375783n>
- Degl' Innocenti, A., Hassing, L. B., Lindqvist, A.-S., Andersson, H., Eriksson, L., Hanson, F. H., Möller, N., Nilsson, T., Hofvander, B., & Anckarsäter, H. (2014). First report from the Swedish National Forensic Psychiatric Register (SNFPR). *Int J Law Psychiatry*, 37(3), 231-237. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.11.013>
- Dubé, P. (2016). *Nowhere to Turn. Investigation into the Ministry of Community and Social Services' response to situations of crisis involving adults with developmental disabilities*. Ombudsman Ontario. <https://www.ombudsman.on.ca/Media/ombudsman/ombudsman/resources/Reports-on-Investigations/NTT-Final-EN-w-cover.pdf>
- Edberg, H., Chen, Q., Andiné, P., Larsson, H., & Hirvikoski, T. (2022). Crimes and sentences in individuals with intellectual disability in a forensic psychiatric context: A register-based study. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 31(2). <https://doi.org/10.1017/S2045796021000718>
- Ellis, A. (2020). Forensic psychiatry and mental health in Australia: An overview. *CNS Spectr*, 25(2), 119-121. <https://doi.org/10.1017/s1092852919001299>
- Engen, M., Rømer, M., & Jørgensen, A. (2019). Public Care for People with Intellectual Disability in Denmark – Ideals, Policy and Practice. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 21(1), 228-237.
- FQCRDITED. (2010). *Le service d'adaptation et de réadaptation auprès des personnes ayant des troubles graves du comportement (TGC)*. Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement. <https://www.sqetgc.org/wp-content/uploads/2017/02/guide-tgc1.pdf>
- Freckelton, I. (2016). Offenders with Intellectual and Developmental Disabilities: Sentencing Challenges after the Abolition of Execution in the United States. *Psychiatry, Psychology and Law*, 23(3), 321-335. <https://doi.org/10.1080/13218719.2016.1187243>
- Fujii, C., Fukuda, Y., Ando, K., Kikuchi, A., & Okada, T. (2014). Development of forensic mental health services in Japan: Working towards the reintegration of offenders with mental disorders. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 21. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-21>

- Gascon, H., Tétreault, S., Cloutier, R., Gasse, M.-C., & Bouchard, M.-F. (2009). Les très jeunes enfants présentant une déficience : prévention, dépistage, soutien et intervention précoce au Québec. *Contraste*, 31-32(2), 89. <https://doi.org/10.3917/cont.031.0089>
- Glass, D. (2018). *Investigation into the imprisonment of a woman found unfit to stand trial*. Victorian government printer, Session 2014-18, P.P. No. 465. <https://assets.ombudsman.vic.gov.au/assets/Reports/Parliamentary-Reports/1-PDF-Report-Files/Investigation-into-the-imprisonment-of-a-woman-found-unfit-to-stand-trial.pdf>
- The Health Management Institute of Ireland. (2021). *New National Forensic Mental Health Service Hospital in Portrane*. <https://healthmanager.ie/2021/12/new-national-forensic-mental-health-service-hospital-in-portrane/>
- Holmberg, G. (1998). Forensic psychiatric practice in the Nordic countries. *Nordic Journal of Psychiatry*, 51(sup39), 7-14. <https://doi.org/10.1080/08039488.1998.11884436>
- ICP. (2007). *Persons with a Learning Disability who Offend: Forgiven but Forgotten?* Irish College of Psychiatrists.
- ISQ. (2023). *Fiches démographiques - Les régions administratives du Québec en 2022*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/fiches-demographiques-regions-administratives-quebec-2022.pdf>
- Kennedy, H. G., Mohan, D., & Davoren, M. (2021). Forensic psychiatry and Covid-19: Accelerating transformation in forensic psychiatry. *Ir J Psychol Med*, 38(2), 145-153. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.58>
- Koenraadt, F., & Mooij, A. (2007). Mentally-Ill Offenders. In M. Boone, & M. Moerings (Eds.), *Dutch Prisons* (pp. 167-186). The Hague: BJu Legal Publishers.
- Lacau, J.-M., Martinet, M., Detraux, J.-J., Gerlach, D., Merucci, M., & Frattini, G. (2018). *Troubles du comportement et handicap mental sévère. Analyse de 25 itinéraires de personnes en situation de handicap intellectuel sévère, ayant été accompagnées vers une réduction significative de troubles sévères du comportement. Rapport final*.
- Leonard, P., Shanahan, S., & Hillery, J. (2005). Recognising, assessing and managing offending behaviour in persons with intellectual disability. *Ir J Psychol Med*, 22(3), 107-112. <https://doi.org/10.1017/S0790966700009137>

- Lin, E., Barbaree, H., Selick, A., Ham, E., Wilton, A. S., & Lunskey, Y. (2017). Intellectual and developmental disabilities and Ontario's forensic inpatient system: A population-based cohort study. *Psychology, Crime & Law*, 23(9), 914-926. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2017.1346100>
- Lin, E., Whittingham, L., Busch, L., Calzavara, A., Kouyoumdjian, F., Durbin, A., Matheson, F. I., Dastoori, P., Volpe, T., & Lunskey, Y. (2022). Intensive Use of Forensic Inpatient Services by People with Intellectual and Developmental Disabilities in Ontario, Canada: Prevalence and Associated Characteristics. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/14999013.2022.2027047>
- Lindsay, W. R., Holland, A. J., Carson, D., Taylor, J. L., O'Brien, G., Steptoe, L., & Wheeler, J. (2013). Responsivity to criminogenic need in forensic intellectual disability services. *J Intellect Disabil Res*, 57(2), 172-181. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01600.x>
- Lindsay, W. R., Holland, T., Wheeler, J. R., Carson, D., O'Brien, G., Taylor, J. L., Steptoe, L., Middleton, C., Price, K., Johnston, S., & Young, S. J. (2010). Pathways through services for offenders with intellectual disability: A one- and two-year follow-up study. *Am J Intellect Dev Disabil*, 115(3), 250-262. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-115.3.250>
- Lindsay, W. R., O'Brien, G., Carson, D., Holland, A. J., Taylor, J. L., Wheeler, J. R., Middleton, C., Price, K., Steptoe, L., & Johnston, S. (2010). Pathways Into Services for Offenders with Intellectual Disabilities: Childhood Experiences, Diagnostic Information, and Offense Variables. *Criminal Justice and Behavior*, 37(6), 678-694. <https://doi.org/10.1177/0093854810363725>
- Lindsay, W. R., Smith, A. H. W., Law, J., Quinn, K., Anderson, A., Smith, A., & Allan, R. (2004). Sexual and Nonsexual Offenders With Intellectual and Learning Disabilities: A Comparison of Characteristics, Referral Patterns, and Outcome. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(8), 875-890. <https://doi.org/10.1177/0886260504266884>
- Lindsay, W. R., & Taylor, J. L. (2018). *The Wiley handbook on offenders with intellectual and developmental disabilities : Research, training, and practice*. John Wiley & Sons, Inc. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1868651>
- Malmendier-Muehlschlegel, A., & Power, N. C. (2021). Mental health services in Luxembourg: An overview. *BJPsych International*, 1-3. <https://doi.org/10.1192/bji.2021.58>
- Männynsallo, L., Putkonen, H., Lindberg, N., & Kotilainen, I. (2009). Forensic psychiatric perspective on criminality associated with intellectual disability: A nationwide register-based study. *J Intellect Disabil Res*, 53(3), 279-288. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01125.x>

- Markopoulou, M., Karakasi, V., Garyfallos, G., Pavlidis, P., & Douzenis, A. (2021). Research findings on Greek forensic patients found not guilty by reason of insanity. A juxtaposition of patients who committed a criminal offense during their first psychotic episode with those who did so later in the course of their illness. *Int J Law Psychiatry*, 75, 101673. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2021.101673>
- Maruschak, L., Bronson, J., & Alper, M. (2021). *Survey of Prison Inmates, 2016: Disabilities Reported by Prisoners*. Bureau of Justice Statistics.
- Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Res Dev Disabil*, 32(2), 419-436. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.018>
- Mercier, C., & Baraldi, R. (2004). *Étude exploratoire sur l'intervention adaptée aux personnes présentant une déficience intellectuelle ayant commis des délits : rapport d'étape présenté à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*.
- Ministry of Health, New Zealand. (2003). *Intellectual Disability (Compulsory Care and Rehabilitation) Act 2003*. <https://www.health.govt.nz/our-work/disability-services/about-disability-support-services/intellectual-disability-compulsory-care-and-rehabilitation-act-2003>
- Ministry of Health, New Zealand. (2021). *Seclusion data for people with intellectual disabilities cared for in a forensic service*. <https://www.health.govt.nz/our-work/disability-services/about-disability-support-services/intellectual-disability-compulsory-care-and-rehabilitation-act-2003/seclusion-data-people-intellectual-disabilities-cared-forensic-service>
- Morin, D., Ouellet, G., & Corbin-Charland, O. (2014). *Vers des modèles d'intervention en DITED-Justice : une mise en réseau des expertises. Rapport final des ateliers intersectoriels*. CRDITD de Montréal. <https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2020/04/ateliers-intersectoriels-rapport-final.pdf>
- Mourão, E., Kalinowski, M., Murta, L., Mendes, E., & Wohlin, C. (2017). *Investigating the Use of a Hybrid Search Strategy for Systematic Reviews*. 2017 ACM/IEEE International Symposium on Empirical Software Engineering and Measurement (ESEM).
- MSSS. (2021). *Consolidation de l'offre de services en réadaptation comportementale – Lionel Carmant annonce un financement récurrent de 21 M\$*. Communiqué de presse. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-2890/>

- MSSS. (2022a). *Pour une intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience - Gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-824-02W.pdf>
- MSSS. (2022b). *Rapports statistiques annuels des centres de réadaptation pour personnes présentant une déficience intellectuelle (AS-485 (2021-2022) - CRDITSA)*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003460/>
- Mullen, P. E., Briggs, S., Dalton, T., & Burt, M. (2000). Forensic mental health services in Australia. *Int J Law Psychiatry*, 23(5-6), 433-452. [https://doi.org/10.1016/s0160-2527\(00\)00057-1](https://doi.org/10.1016/s0160-2527(00)00057-1)
- Muller-Isberner, R., Freese, R., Jöckel, D., & Gonzalez Cabeza, S. (2000). Forensic Psychiatric Assessment and Treatment in Germany Legal Framework, Recent Developments, and Current Practice. *Int J Law Psychiatry*, 23(5-6), 467-480.
- Nedopil, N., & Ottermann, B. (1993). Treatment of mentally ill offenders in Germany: With special reference to the newest forensic hospital - Straubing in Bavaria. *Int J Law Psychiatry*, 16(1-2), 247-255. [https://doi.org/10.1016/0160-2527\(93\)90026-b](https://doi.org/10.1016/0160-2527(93)90026-b)
- NHS. (2022a). *Forensic, Intellectual and Neurodevelopmental Disabilities (FIND) Service*. National Health Service. <https://www.oxfordhealth.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/03/OH-026.19-FIND-service.pdf>
- NHS. (2022b). *Community Forensic Intellectual and Developmental Disability Service (CFIDD)*. National Health Service. <https://www.nottinghamshirehealthcare.nhs.uk/cfidd>
- Nyhus, E., Holst, S., Munch, C., & Søndena, E. (2021). Forensic intellectual disability services: Differences in staff perspectives in the Danish and Norwegian systems. *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour*, 12(2), 75-83. <https://doi.org/10.1108/JIDOB-01-2021-0001>
- O'Neill, C., Heffernan, P., Goggins, R., Corcoran, C., Linehan, S., Duffy, D., O'Neill, H., Smith, C., & Kennedy, H. G. (2003). Long-stay forensic psychiatric inpatients in the Republic of Ireland: Aggregated needs assessment. *Ir J Psychol Med*, 20(4), 119-125. <https://doi.org/10.1017/s0790966700007916>
- Páv, M., Skřivánková, P., Wiseman, C., Vňuková, M., Blatníková, Š., & Hollý, M. (2020). Forensic Treatment Services in the Czech Republic: Current State and Future Challenges. *International Journal of Forensic Mental Health*, 19(3), 269-282. <https://doi.org/10.1080/14999013.2020.1732505>

- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*, 13(3), 141-146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Ray, I., Simpson, A., Jones, R., Shatokhina, K., Thakur, A., & Mulsant, B. (2019). Clinical, Demographic, and Criminal Behavior Characteristics of Patients With Intellectual Disabilities in a Canadian Forensic Program. *Front Psychiatry*, 10, 760. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00760>
- Royal College of Psychiatrists. (2014). *Forensic care pathways for adults with intellectual disability involved with the criminal justice system. Faculty Report FR/ID/04*.
- Saia, K., Toros, K., DiNitto, D. M., Leino, M., Sindi, I., & Tersteegen, E. (2019). Juvenile offender rehabilitation in Estonia: Interprofessional collaboration in written assessments and specialists' perceptions. *European Journal of Social Work*, 22(1), 121-133. <https://doi.org/10.1080/13691457.2017.1357022>
- Salekin, K. L., Olley, J. G., & Hedge, K. A. (2010). Offenders with Intellectual Disability: Characteristics, Prevalence, and Issues in Forensic Assessment. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 3(2), 97-116.
- Salize, H. J., & Dressing, H. (2007). Die forensisch-psychiatrische Versorgung in Mitgliedstaaten der Europäischen Union - Versorgungskonzepte und Kapazitäten [Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders - Basic Concepts and Service Provision in European Union Member States]. *Psychiatr Prax*, 34(8), 388-394. <https://doi.org/10.1055/s-2007-970838>
- Sampson, S., Edworthy, R., Völlm, B., & Bulten, E. (2016). Long-Term Forensic Mental Health Services: An Exploratory Comparison of 18 European Countries. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15(4), 333-351. <https://doi.org/10.1080/14999013.2016.1221484>
- Sánchez-SanSegundo, M., Ferrer-Cascales, R., Herranz-Bellido, J., Pastor-Bravo, M., & Hodgins, S. (2014). Subtypes of Severely Mentally Ill Violent Offenders in a Spanish Forensic Psychiatric Hospital. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(3), 217-226. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.922137>
- Scarpa, F. (2020). The Italian reform of treatment of people not guilty by reason of insanity: The closure of forensic institutions. *Forensic Science International: Mind and Law*, 1, 100016. <https://doi.org/10.1016/j.fsimpl.2020.100016>

- Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (2021). *Déficiência intellectuelle : définition, diagnostic, classification et systèmes de soutien* (traduit sous la direction de D. Morin; 12e édition). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- SECPH. (2018). *Guide pour l'application de la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques*. Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées. <https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/1-dgcs-2018-18-a1-guide-3.pdf>
- Skeem, J. L., Steadman, H. J., & Manchak, S. M. (2015). Applicability of the Risk-Need-Responsivity Model to Persons With Mental Illness Involved in the Criminal Justice System. *Psychiatr Serv*, 66(9), 916-922. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400448>
- Sondenaa, E. (2009). *Intellectual disabilities in the criminal justice system* (Vol. Philosophiae doctor). Norwegian University of Science and Technology.
- Steinau, S., Brackmann, N., Sternemann, U., Biller-Andorno, N., & Habermeyer, E. (2018). Conflicting Priorities Between Risk Management and Treatment of Schizophrenia in Swiss Forensic Services-A Case Report. *Front Psychiatry*, 9, 680. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00680>
- Takeda, K., Sugawara, N., Matsuda, T., Shimada, A., Nagata, T., Kashiwagi, H., Hirabayashi, N., & Okada, T. (2019). Mortality and suicide rates in patients discharged from forensic psychiatric wards in Japan. *Comprehensive Psychiatry*, 95, 152131. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152131>
- Tassé, M. J., Sabourin, G., Garcin, N., & Lecavalier, L. (2010). Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle [The definition of serious behavior disorder of people with intellectual disabilities]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 42(1), 62-69. <https://doi.org/10.1037/a0016249>
- Taylor, J. L., & Burrell, C. (2023). England and Wales draft Mental Health Bill: Implications for people with intellectual disabilities. *Int J Law Psychiatry*, 87, 101868. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2023.101868>
- Tays Central Hospital. (2020). *Intellectual Disability Services*. https://www.tays.fi/en-US/Services/Intellectual_disability_services

- Tsiouris, J. A., Kim, S. Y., Brown, W. T., & Cohen, I. L. (2011). Association of aggressive behaviours with psychiatric disorders, age, sex and degree of intellectual disability: A large-scale survey. *J Intellect Disabil Res*, 55(7), 636-649. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01418.x>
- van Marle, H. (2000). Forensic psychiatric services in The Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 515-531.
- van Marle, H. (2002). The Dutch Entrustment Act (TBS): Its Principles and Innovations. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1(1), 83-92. <https://doi.org/10.1080/14999013.2002.10471163>
- VIFMH. (2016). *Indefinite Detention of People with Cognitive and Psychiatric Impairment in Australia* (Vol. 2016). Victorian Institute of Forensic Mental Health.
- Völlm, B., & Braun, P. (2019). *Long-term forensic psychiatric care: Clinical, ethical and legal challenges*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-12594-3>
- Wik, A., Hollen, V., & Fisher, W. H. (2020). Forensic patients in state psychiatric hospitals: 1999-2016. *CNS Spectr*, 25(2), 196-206. <https://doi.org/10.1017/s1092852919001044>
- Wooster, L., McCarthy, J., & Chaplin, E. (2018). Outcomes of an Inner City Forensic Intellectual Disability Service. *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour*. <https://doi.org/10.1108/JIDOB-08-2017-0016>

Annexes

Intellectual disability, services organization
Annex 1. Search query

Key articles		
Article 1: United Kingdom	Article 2: Denmark	Article 3: Germany
Lindsay, W. R., Smith, A. H. W., Law, J., Quinn, K., Anderson, A., Smith, A., & Allan, R. (2004). Sexual and Nonsexual Offenders With Intellectual and Learning Disabilities: A Comparison of Characteristics, Referral Patterns, and Outcome. <i>Journal of Interpersonal Violence</i> , 19(8), 875-890. https://doi.org/10.1177/0886260504266884	Nyhus, E., Holst, S., Munch, C., & Søndena, E. (2021). Forensic intellectual disability services: Differences in staff perspectives in the Danish and Norwegian systems. <i>Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour</i> , 12(2), 75-83. https://doi.org/10.1108/JIDOB-01-2021-0001	Nedopil, N., & Ottermann, B. (1993). Treatment of mentally ill offenders in Germany: With special reference to the newest forensic hospital - Straubing in Bavaria. <i>Int J Law Psychiatry</i> , 16(1-2), 247-255. https://doi.org/10.1016/0160-2527(93)90026-b
Abstracts		
This article reports an evaluation of a community intellectual disability offender service over the period from 1990 to 2001. Men who committed sex offenses or sexually abusive incidents (n = 106) and men who committed other types of offenses and serious incidents (n = 78) are compared on personal characteristics, referral sources, forensic details, and outcome up to 7 years after referral. The cohorts are older than one would expect from the criminology literature, and, at about 33%, the incidence of mental illness is consistent with some previous studies. A greater proportion of sex offenders had	Purpose Persons with intellectual disabilities (ID) who offend are treated differently depending on the national jurisdiction. Norway and Denmark are two such examples. The differences in care models may also have an impact on staff perspectives. This paper aims to study the differences between Norwegian and Danish staff members within secure forensic ID services.	

criminal justice involvement and a formal disposal from court. Fire raising was not overly represented as an offense. There was a higher rate of reoffending in the nonsexual cohort, which persisted up to 7 years. Investigating only reoffenders, there was a considerable amount of harm reduction recorded up to 7 years, statistically significant up to 5 years following initial referral.	Design/methodology/approach A cross-sectional study involving Norwegian (n = 145) and Danish staff (n = 279) in secure forensic learning disabilities services was conducted. The response rates were 50% in Denmark (n = 147) and 69% in Norway (n = 98), respectively. An electronic survey covering five sets of topics (demographic characteristics, working conditions, workplace culture, work motivation and work resilience) was used. The findings was statistically analysed using SPSS. Findings This study confirmed that staff in the two neighbouring countries have common conceptions of their employment. Danish staff were more exposed to violent incidents ($t = 4.1(237)$; $p < 0.001$). There was greater concern with workplace safety in Denmark ($t = 5.2(237)$; $p < 0.001$) compared to more team-based and rigid working conditions in Norway ($t = -2.6(237)$; $p < 0.01$). Originality/value These differences are discussed in relation to some important national differences in a professional culture,	
---	--	--

	educational systems, service organisation and legal issues that possibly add realistic explanations to the findings.	
Keywords and MeSH terms		
Adult Age Distribution Chi-Square Distribution Cohort Studies Dangerous Behavior Female Follow-Up Studies Humans Incidence Intellectual Disability / epidemiology* Intellectual Disability / therapy Male Recurrence Retrospective Studies Risk Factors Scotland / epidemiology Sex Offenses / psychology Sex Offenses / statistics & numerical data* Violence / psychology Violence / statistics & numerical data*		Antisocial Personality Disorder / classification Antisocial Personality Disorder / psychology Antisocial Personality Disorder / rehabilitation* Combined Modality Therapy Commitment of Mentally Ill / legislation & jurisprudence* Forensic Psychiatry / trends* Germany Hospitals, Psychiatric* Humans Insanity Defense* Length of Stay / legislation & jurisprudence Mental Disorders / classification Mental Disorders / psychology Mental Disorders / rehabilitation* Patient Care Team / trends

Total search terms

INTELLECTUAL DISABILITY

1. Intellectual
2. Mental
3. Learning

- 4. Developmental
- 5. Disability
- 6. Impairment
- 7. Retardation
- 8. Deficit
- 9. Handicap
- 10. Ill*
- 11. 1 OR 2 OR 3 OR 4
- 12. 5 OR 6 OR 7 OR 8
- 13. 10 AND 11

OFFENDS

- 14. Crime
- 15. Criminal*
- 16. Offend*
- 17. Offens*
- 18. Prison*
- 19. Justic*
- 20. Judic*
- 21. Juris*
- 22. Remand*
- 23. Parole
- 24. Board
- 25. Probation
- 26. Court*
- 27. Correction*
- 28. Revocat*
- 29. Convict*
- 30. Felon*
- 31. Custod*
- 32. Jail*

- 33. Inmate*
- 34. Carcer*
- 35. Incarcer*
- 36. Insanity Defense

CARE ORGANISAION

- 37. Care
- 38. Inpatient
- 39. Hospit*
- 40. Clinic
- 41. Institut*
- 42. Forensic
- 43. Secure*
- 44. Outpatient
- 45. Community care
- 46. Social care
- 47. Primary care
- 48. Ambulator*
- 49. Organization
- 50. Ward*
- 51. Unit*
- 52. Centre*
- 53. Team*
- 54. Staff
- 55. Provider
- 56. Management
- 57. Program*
- 58. Service*

Annex 2. Search strategies

Database:

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to August 22, 2022>

Books@Ovid <August 22, 2022>

EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews <2005 to August 17, 2022>

EBM Reviews - ACP Journal Club <1991 to July 2022>

EBM Reviews - Database of Abstracts of Reviews of Effects <1st Quarter 2016>

EBM Reviews - Cochrane Clinical Answers <August 2022>

EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials <July 2022>

EBM Reviews - Cochrane Methodology Register <3rd Quarter 2012>

EBM Reviews - Health Technology Assessment <4th Quarter 2016>

EBM Reviews - NHS Economic Evaluation Database <1st Quarter 2016>

Embase <1974 to 2022 August 22>

Health and Psychosocial Instruments <1985 to July 2022>

Global Health <1973 to 2022 Week 33>

APA PsycInfo <1806 to August Week 3 2022>

JBIEBP Database <Current to August 17, 2022>

#	Query	Results from 23 Aug 2022
1	Intellectual.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	285,835
2	Mental.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	2,593,598
3	Learning.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	1,811,371

4	Developmental.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	1,102,893
5	Disability.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	839,072
6	Impairment.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	1,292,086
7	Retardation.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	278,222
8	Deficit.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	499,264
9	Handicap.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	38,758
10	Ill*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	3,517,108
11	1 or 2 or 3 or 4	5,370,279
12	5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10	6,017,700
13	11 and 12	1,361,662
14	Crime.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	153,307
15	Criminal*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	155,785
16	Offend*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	118,349
17	Offens*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	54,353
18	Prison*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	111,626

19	Justic*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	145,092
20	Judic*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	65,510
21	Juris*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	376,993
22	Remand*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	1,699
23	Parole.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	6,005
24	Board.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	273,577
25	Probation.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	9,376
26	Court.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	94,707
27	Correction*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	723,399
28	Revocat*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	1,664
29	Convict*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	33,974
30	Felon*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	4,670
31	Custod*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	31,694
32	Jail*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	16,627

33	Inmate*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	25,621
34	Carcer*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	1,566
35	Incarcer*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	59,077
36	Insanity Defense.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	4,668
37	14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36	2,010,497
38	Care.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	8,256,379
39	Inpatient.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	350,733
40	Hospit*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	5,885,595
41	Clinic.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	956,497
42	Institut*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	1,987,134
43	Forensic.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	219,041
44	Secure*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	176,199
45	Outpatient.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	661,394
46	Community care.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	74,146

47	Social care.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	34,083
48	Social services.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	38,360
49	Primary care.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	433,027
50	Ambulator*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	416,389
51	Organization*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	2,789,839
52	Ward*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	432,786
53	Unit*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	7,229,041
54	Centre*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	877,765
55	Team*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	823,880
56	Staff.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	813,210
57	Provider*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	739,070
58	Management.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	5,434,769
59	Program*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	3,868,285
60	Service*.mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, sy, tx, kw, ct, sh, tn, dm, mf, dv, dq, ac, de, md, sd, so, cw, tc, id, tm, sw]	3,351,346

61	38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60	26,222,760
62	13 and 37 and 61	89,408
63	1 and 2 and 3 and 4	5,658
64	5 or 6 or 7 or 8 or 9	2,704,971
65	63 or 64	2,705,904
66	37 and 61 and 65	82,254
67	14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 22 or 23 or 25 or 26 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36	734,688
68	39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60	23,776,807
69	65 and 67 and 68	36,241
70	39 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57	14,845,446
71	65 and 67 and 70	31,207
72	14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 20 or 22 or 23 or 26 or 29 or 30 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36	617,850
73	39 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 52 or 53 or 54 or 55	12,508,712
74	65 and 72 and 73	26,821
75	16 or 17 or 25 or 26 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35	341,172
76	39 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 52 or 53	10,799,026
77	65 and 75 and 76	16,664
78	16 or 17 or 26 or 33 or 35	302,691
79	39 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49	1,835,890
80	65 and 78 and 79	8,504
81	43 or 44	391,991
82	65 and 78 and 81	4,868

Annex 3. Charting form

If there are several levels of units for residents with ID, each should be described separately.

- Information source (publication type, publication data)
- Contacted person (post, name, e-mail, telephone number): internal use only
- Country, province (for federative states)
- Name of institution, address
- Institution's subordination
 - Ministry of health
 - Ministry of internal affairs
 - Ministry of justice
 - Other
- Institution's profile
 - Social care
 - General psychiatry
 - Forensic psychiatry
 - Other
- Security level(s)
- Residents
 - Principal diagnosis
 - ID level
 - Unfit to stand trial (yes, no)
 - Preventive hospitalization (yes, no)
 - Criminal responsibility (yes, no)?
 - Involuntary treatment
- Ward/unit specialization
 - ID + dual diagnosis,
 - ID + sexual offers,
 - ID +aggressive behavior,
 - Other
- Population:
 - Male
 - Female
 - Male+female
- Resident/staff ratio
- Total number of beds
- Type of rooms:
 - One bed
 - Two bed
 - Other
- Staff, number in full-time equivalent, by specialization:
 - Doctors, by specialization
 - Psychologists
 - Occupational therapists

- Speech therapists
 - Social workers
 - Nurses
 - Mental health care workers
 - Security staff
 - Other
- Leisure and education facilities (note the number of hours per week available)
 - Television room
 - Library
 - Garden
 - Sport facilities
 - Vocational and occupational activities
 - Other
- Treatment aims
- Type of treatment:
 - Pharmaceutical
 - Cognitive-behavioral therapy
 - Other
- Guidelines available
 - Principal diagnosis
 - Challenging behavior
- Treatment outcomes measured in the unit
- Efficacy assessment results.