



COVID-19 et le fonctionnement des institutions de psychiatrie légale



Note informative
Décembre 2022

pinel.qc.ca



Cette note 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 (INPL-PP). Pour la publication en anglais, voir : Bodryzlova, Y., Lemieux, A.J., Crocker, A.G. The First Wave of COVID-19 in Forensic Psychiatry: A Rapid Review Series. Victims & Offenders. 2022:1-19. doi.org/10.1080/15564886.2022.2159596

Analyse et rédaction

Yuliya Bodryzlova, MD, MSc, PhD(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, PhD, *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

Anne Crocker, PhD, *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

Recherche documentaire

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

Édition et mise en page

Pascale Trudeau, *Conseillère-cadre aux communications*, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Pour citer ce document

Bodryzlova, Y., Lemieux, A.J. et Crocker, A.G. (2022). COVID-19 et le fonctionnement des institutions de psychiatrie légale. 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/>

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, 2022
ISBN : 978-2-921483-54-4

Tous droits réservés

© UETMI-SMJS - Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, 2022

Table des matières

Contexte	5
COVID-19 et psychiatrie légale : scénarios possibles	5
COVID-19 et psychiatrie légale : premiers résultats empiriques	5
Urgences psychiatriques	6
Éclosions dans les établissements de psychiatrie légale	7
Santé mentale des patients des établissements de psychiatrie légale	8
Objectif de la note informative	9
Méthodes	10
Devis d'étude	10
La stratégie de recherche	10
Extraction des données	11
Revue brève 1 - Consultations et admissions	12
Revue brève 2 - Éclosions de COVID-19	12
Revue brève 3 - Automutilation	12
Analyses statistiques	12
Résultats	13
Consultations à l'urgence et admissions psychiatriques	17
COVID-19 dans les institutions sécurisées	19
Confinement et automutilation chez les patients en psychiatrie légale	21
Discussion	21
Contexte de local	24
Conséquences pour la pratique	25
Forces et limites	27
Conclusion	28
Références	29

Contexte

COVID-19 et psychiatrie légale : scénarios possibles

Au début de la pandémie, de nombreux experts ont exprimé leurs inquiétudes concernant les effets possibles de celle-ci sur les activités quotidiennes des établissements de psychiatrie légale (1, 2). C'est d'ailleurs dans ce contexte que 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 (INPL-PP), en collaboration avec l'UETMI-SM du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CEMTL), a produit un rapport d'ETMI détaillant les stratégies de gestion pandémique proposées et utilisées en psychiatrie légale pour minimiser les éclosions (3). Dans cette première année de la pandémie, on prévoyait tout d'abord, à la lumière de l'augmentation du niveau d'anxiété et de dépression dans la population générale, une aggravation des troubles de santé mentale graves existants (4, 5) ainsi qu'une augmentation du nombre de premiers épisodes de ceux-ci (6, 7). Des experts s'attendaient également à voir une augmentation du nombre d'hospitalisations en psychiatrie légale en raison de l'augmentation de ces états psychiatriques aigus qui

pourraient potentiellement être combinés à des comportements violents ou antisociaux (6, 7); voir la Figure 1. Puis, des experts ont douté de la capacité des établissements de psychiatrie légale à contrôler les éclosions de COVID-19 en raison des symptômes psychiatriques négatifs, des troubles cognitifs (8) et un manque de motivation à collaborer du côté des patients (4, 8-11), ainsi que de la capacité limitée des établissements à organiser une distanciation physique (5, 12). Finalement, une inquiétude a été exprimée quant à la santé mentale des patients en psychiatrie légale (5, 12-14) à la suite de la réduction du nombre de contacts sociaux due aux mesures sanitaires à l'intérieur des établissements. Cette possible détérioration de la santé mentale pourrait mener à l'augmentation des comportements indésirables (9), comme l'automutilation et la violence.

COVID-19 et psychiatrie légale : premiers résultats empiriques

Ce rapport d'ETMI initial était limité dans la mesure où la grande majorité des ouvrages recensés étaient non empiriques. Il s'agissait principalement d'éditoriaux de chercheurs et d'établissements qui décrivaient leurs craintes, leurs expériences et les stratégies adoptées en début de pandémie, en fonction des connaissances disponibles, dans un contexte où il fallait agir rapidement. Au fur et à mesure que la pandémie a évolué, les écrits empiriques

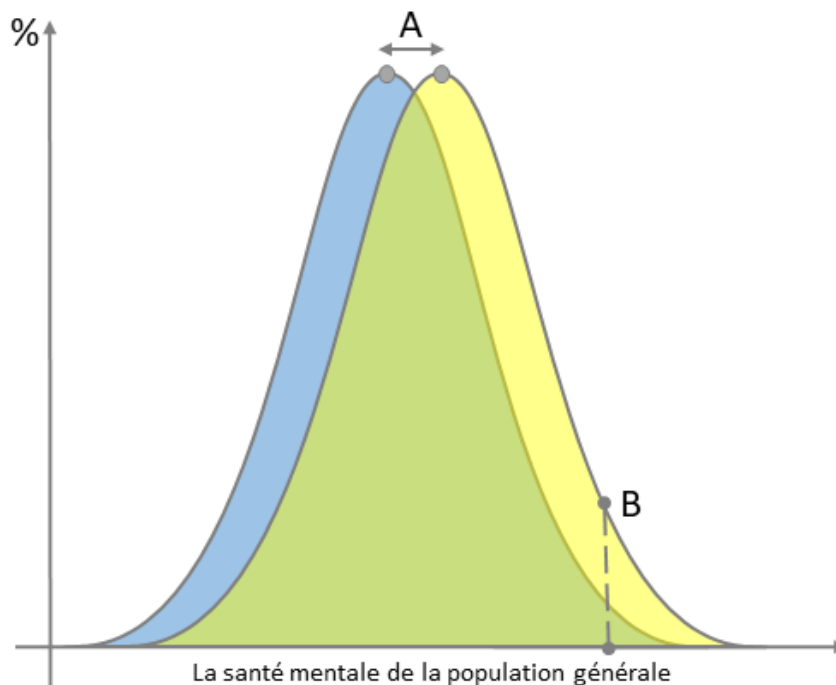


Figure 1. Possible effet de la détérioration de la santé mentale de la population générale sur le nombre de personnes en psychiatrie légale. Un faible déplacement des indicateurs de la santé mentale à droite (A) mènerait à une augmentation significative des cas de troubles graves (B) (15).

ont commencé à apparaître et à corroborer une partie des inquiétudes exprimées. Des articles ont rapporté des cas de psychoses aiguës, provoqués par la COVID-19 et accompagnés par de la désinhibition sexuelle, de la violence, ainsi que des tentatives de suicide et d'infanticide (16-19).

Urgences psychiatriques

Malgré la survenue de cas d'états psychiatriques aigus attribuables à la COVID-19, une augmentation du nombre de consultations psychiatriques à l'urgence n'a pas été rapportée. Au contraire, les rapports portant sur les changements dans l'utilisation des urgences psychiatriques n'ont pas été

concluants. D'un côté, Jaworowski et coll. (20) et O'Donoghue et coll. (21) ont rapporté une légère augmentation du taux d'hospitalisations pour un premier épisode psychotique; Amroietty et coll. ont décrit une hausse non significative du nombre de tentatives de suicide dans les admissions psychiatriques (22); et Thomas (23) a rapporté une hausse des consultations en psychiatrie légale. D'un autre côté, Benhi et coll. (24) ont montré une diminution légère du nombre de consultations à l'urgence psychiatrique pour une tentative de suicide.

À la lumière de ces observations, une revue de la littérature empirique sur les changements dans les taux de consultations et d'admissions psychiatriques pour les psychoses aiguës et les tentatives de suicide ainsi que sur les taux de consultations et d'hospitalisations involontaires durant la COVID-19 s'est avérée pertinente afin de comprendre comment la pandémie a affecté la réponse aux états d'urgence psychiatrique, potentiellement associés à de la violence et des comportements antisociaux.

Éclosions dans les établissements de psychiatrie légale

Contrairement aux publications décrivant les changements dans le nombre de consultations aux urgences psychiatriques et d'admissions dans les hôpitaux, les articles sur la propagation de la COVID-19 à l'intérieur des établissements de psychiatrie légale sont presque inexistantes. Un des enjeux préoccupants lié à la propagation des cas de COVID-19 dans les milieux de psychiatrie légale est le risque plus élevé de cette population de vivre des complications en raison de leurs multiples facteurs de risque. À cet effet, Basrak et coll. (25) ont rapporté la différence entre l'âge factuel des patients d'un établissement de psychiatrie légale

et leur « âge COVID ». Celui-ci est calculé à partir de l'âge factuel en l'ajustant aux facteurs de risque de la COVID-19, tels que l'obésité, les maladies du système pulmonaire et du système immunitaire. Selon leurs résultats, l'âge COVID des patients était substantiellement plus haut que leur âge factuel (59 vs 45 ans, $p < 0,001$) et 30% des patients avaient un âge COVID de plus de 70 ans. Aussi, une éclosion de la COVID-19 a été rapportée dans le département de psychiatrie légale (182 lits) d'un grand hôpital psychiatrique au Canada (26). L'éclosion a touché deux unités de 16 et de 28 lits chacune. Dans cet hôpital, treize patients et dix membres du personnel ont été contaminés au moment de la première vague de la pandémie, et un patient est décédé.

Les publications sur les éclosions de la COVID-19 dans les milieux carcéraux sont plus nombreuses. Elles rapportent la mortalité et la morbidité associées à la COVID-19 à plusieurs niveaux : à l'échelle du continent (25), du pays (27, 28), ou de l'établissement (29, 30). Certaines études font état de taux de mortalité et de morbidité de la COVID-19 qui sont plus bas dans les prisons que dans la population générale (31), alors que d'autres les montrent comme étant plus hauts (32). La plupart des auteurs proposent que le placement des détenus dans des dortoirs (13), la surpopulation dans les prisons, la santé plus fragile des détenus, ainsi que l'infrastructure inadéquate des institutions sont des facteurs de risque de la propagation de la COVID-19

dans les prisons (27). À cet égard, la situation dans les prisons pourrait s'apparenter à celle dans les établissements de psychiatrie légale. Néanmoins, la psychiatrie légale est d'abord et avant tout un lieu de soins : même s'il existe parfois des ressemblances entre les populations desservies, la psychiatrie légale a nécessairement plus de ressources pour un meilleur contrôle des infections. Nous appliquerons donc, avec une certaine prudence, les résultats d'une synthèse des rapports d'éclosions de la COVID-19 des milieux de détention aux établissements de psychiatrie légale.

Santé mentale des patients des établissements de psychiatrie légale

Les hôpitaux de psychiatrie légale rapportent différentes tendances en lien avec les changements dans les taux d'automutilation chez les patients avant et durant le confinement. Hewson et coll. (33) ont discuté de la différence entre le taux d'automutilation prédit par les experts et celui rapporté par le gouvernement du Royaume-Uni. Les experts avaient prédit une augmentation du taux d'automutilation à la suite de la réduction des contacts sociaux dans les établissements sécurisés. Les contacts sociaux aident les résidents à se sentir inclus dans une communauté, de ventiler, et de canaliser le stress et la frustration. En absence de contacts sociaux, les résidents peuvent

pratiquer des stratégies d'adaptation malsaines, y compris l'automutilation. Malgré ces hypothèses, les auteurs ont plutôt constaté une diminution du taux d'automutilation pendant le confinement. Ils ont d'abord proposé que ce résultat soit dû à une erreur, mais ils ont ensuite proposé l'hypothèse selon laquelle les contacts sociaux ont leurs côtés négatifs, notamment la nécessité de céder à la pression des pairs, la compétitivité, etc. Selon les auteurs du rapport, il est possible que durant le confinement, l'effet positif de la diminution de la pression par les pairs puisse surpasser l'effet négatif de la perte du sentiment de communauté.

Les études empiriques montrent les résultats contradictoires quant aux changements dans le taux d'automutilation dans les établissements sécurisés. Getaz et coll. (34) et Puzzo et coll. (35) démontrent une augmentation des épisodes d'automutilation, tandis que Kasinathan(36)rapporteunediminution importante. L'évaluation systématique du risque d'automutilation pourrait être utile pour informer les décideurs lors de la prochaine pandémie d'infection respiratoire.

À notre connaissance, aucune recension n'a synthétisé les résultats d'études empiriques sur ces trois sujets, soit 1) les changements dans les taux d'hospitalisations et de consultations à l'urgence, accompagnés ou non par des

actes d'agression envers soi ou autrui; 2) les rapports d'éclosion de la COVID-19 dans les établissements sécurisés, et 3) les changements dans le taux d'automutilation avant et pendant l'application de mesures de distanciation en réponse à la pandémie de COVID-19.

Objectif de la note informative

Le premier rapport d'ETMI produit en début de pandémie par l'UETMI-SMJS de l'INPL-PP et l'UETMI-SM du CEMTL a permis aux décideurs et équipes traitantes de mettre en place des mesures pour répondre à l'urgence de santé publique. Il importe maintenant d'évaluer l'impact que la pandémie et les mesures associées ont eu sur l'organisation des services en psychiatrie légale afin d'être mieux préparé lors d'urgences futures. En effet, les premiers mois d'une telle crise sanitaire nécessitent une réaction rapide des établissements pour répondre aux besoins des patients tout en les protégeant d'éclosions virales. Par contre, les établissements fonctionnent avec très peu d'informations empiriques dans ces premiers temps et avancent en quelque sorte à coup de risques calculés. Il importe donc d'isoler

ces premiers moments de la pandémie pour identifier les impacts immédiats des choix qui ont été faits pour mieux évaluer leur valeur. L'objectif de cette note informative est donc de synthétiser les résultats d'études empiriques sur les trois sujets décrits ci-haut, soit 1) les changements du taux d'hospitalisations et de consultations à l'urgence, potentiellement liés à une augmentation des cas en psychiatrie légale, 2) les éclosions de COVID-19 dans les établissements sécurisés, et 3) les changements dans le taux d'automutilation suite à l'application de mesures de distanciation en réponse à la pandémie de COVID-19, et ce, au moment de la première vague. Une meilleure compréhension de ces éléments pourrait aider les établissements de psychiatrie légale à cerner les besoins à adresser au tout début de la prochaine pandémie ou épidémie du genre. Cette recension sera présentée sous forme de trois revues rapides.

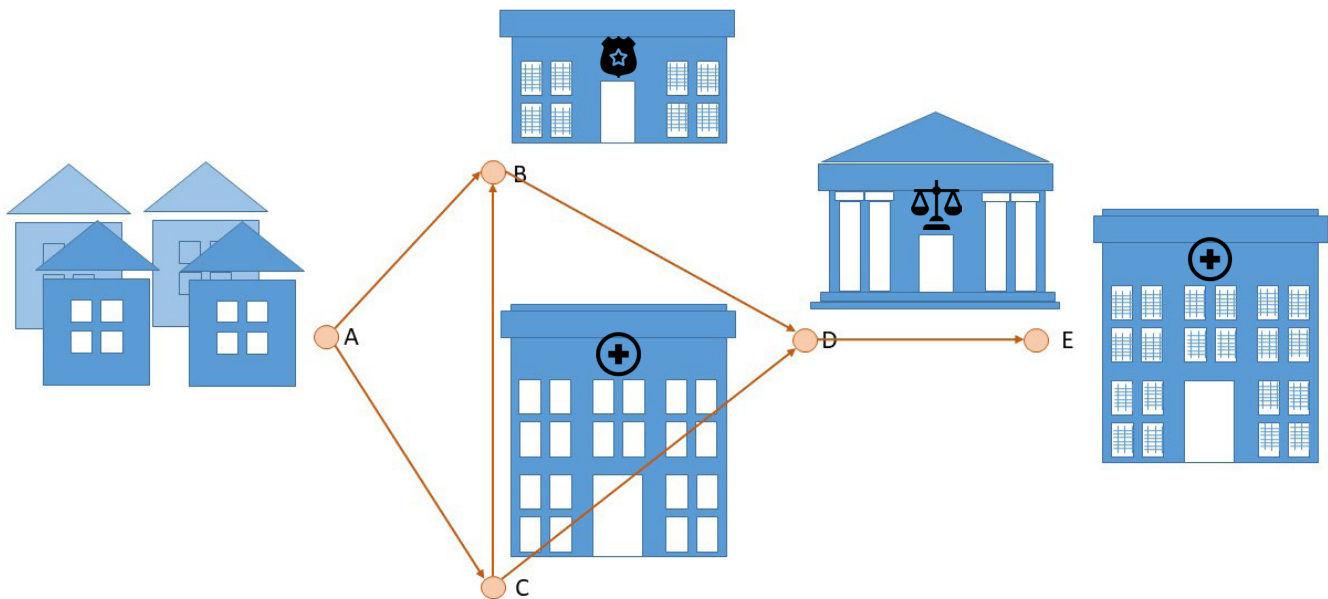


Figure 2. Cheminement du patient de psychiatrie légale de la communauté (A) vers l'institution en psychiatrie légale (E) à travers des étapes de la police (B), de l'hospitalisation (C) et des tribunaux (D). Dans ce rapport, nous décrivons le cheminement commençant par A-C.

Méthodes

Devis de l'étude

Nous avons fait une série de revues rapides en suivant les lignes directrices pour les méta-analyses d'études observationnelles MOOSE (*Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology*) (37). Nous avons par contre dû déroger de ces lignes directrices sur deux points : premièrement, en n'ayant qu'un réviseur et un superviseur plutôt que deux réviseurs et un superviseur, tel que recommandé, faute de ressources humaines; deuxièmement, en omettant l'étape de l'évaluation de la qualité des

études individuelles pour les raisons discutées dans la sous-section « Forces et limites » de la section « Discussion ».

La stratégie de recherche

L'équation de recherche a été développée par l'équipe de recherche avec l'aide d'une bibliothécaire universitaire. La réviseuse principale (YB) était une étudiante au doctorat en santé publique, diplômée en médecine générale et en épidémiologie, avec

plus de 5 ans d'expérience de recherche en psychiatrie. Les études publiées du 1^{er} janvier 2020 au 1^{er} février 2022 (la journée de la recherche dans les bases bibliographiques) ont été incluses. Des classificateurs MeSH (*Medical Subject Headings*) ainsi que des mots-clés ont été utilisés pour la recherche. L'équation a été construite autour de trois concepts, soit : 1) COVID-19, 2) prison, et 3) soins dans les hôpitaux en psychiatrie légale. Cinq bases bibliographiques ont été consultées (*Medline, Pubmed, PsycInfo, EMBASE* et *EBM Reviews*) à partir de la plateforme Ovid. L'accès à la plateforme a été fourni par l'Université de Montréal. Une recherche additionnelle a été faite sur le site Internet *ResearchGate* pour les prépublications (*preprints*) et sur le site *Google Scholar* pour les publications n'ayant pas été indexées. Le logiciel EndNote a été utilisé pour la gestion des références, et des tableaux Excel ont été utilisés pour la sélection et l'extraction des données. La recherche manuelle dans les références a aussi été faite.

Extraction des données

Dans la première revue rapide, nous avons inclus les études empiriques portant sur les changements dans la trajectoire de consultation aux urgences psychiatriques et dans les admissions en

hôpitaux psychiatriques pendant la première vague de COVID-19 (voir Figure 2). Dans la deuxième revue rapide, nous avons inclus les études portant sur les éclosions de COVID-19 dans les établissements sécurisés (prisons et hôpitaux de psychiatrie légale) pendant la première vague de COVID-19. Dans la troisième revue rapide, nous avons inclus les études comparant les taux d'automutilation dans les établissements de psychiatrie légale durant le confinement qui a eu lieu pendant la première vague de COVID-19 relativement à la période précédant la pandémie. Nous avons exclu les études qualitatives, les études sur l'implantation d'interventions, les opinions, les recommandations et les recensions. Nous avons également exclu les études rapportant des résultats agrégés (au niveau des régions, du pays, etc.) et les études portant sur la deuxième vague de COVID-19 et les vagues suivantes, parce que l'objectif de notre étude est d'aider les établissements de psychiatrie légale à planifier la réponse **immédiate** au moment de la prochaine pandémie. Parmi les études rapportant les échantillons entrecroisés, l'étude la plus détaillée a été retenue. Seulement les publications en français et en anglais ont été considérées. Les études rapportant des suicides accomplis (et non des tentatives) ont été exclues de la troisième revue rapide, parce que la mise en commun de résultats si différents du point de vue de la sévérité minerait l'utilité des résultats quant aux décisions cliniques et en matière de

santé publique. Si une étude décrivait plusieurs échantillons non entrecroisés (p. ex., un article rapportant les changements dans les hospitalisations de trois hôpitaux avec des données présentées pour chacun d'entre eux séparément), nous l'avons traitée comme trois études isolées.

Les données ont été extraites et codées par YB sous la supervision d'AC. De chaque article, nous avons extrait les informations générales sur la publication (titre, journal, année), le pays d'étude, les informations sociodémographiques des participants (âge, genre) ainsi que les informations sur l'exposition (selon chaque revue rapide) et les résultats.

Revue rapide 1 - Consultations et admissions

Nous avons extrait les informations sur le type d'établissement (urgence ou hôpital) ainsi que sur la durée en jours des périodes pandémique et prépandémique de l'étude. Pour chaque période, nous avons extrait le nombre total de consultations ou admissions, d'admissions involontaires, de tentatives de suicide et de cas de psychoses aiguës.

Revue rapide 2 - Éclosions de COVID-19

Nous avons extrait le type d'institution (carceral ou psychiatrie légale) et l'information sur la présence de dortoirs dans l'institution. Puis, nous avons extrait le nombre de personnes testées pour la COVID-19, le nombre de cas positifs de COVID-19 chez les personnes testées

et le nombre de personnes décédées parmi celles avec un test positif. Les informations ont été extraites pour les résidents et pour le personnel des institutions.

Revue rapide 3 - Automutilation

Nous avons extrait les informations sur la durée des périodes d'étude (période de confinement vs période avant le confinement), le nombre total de patients dans les établissements pendant chaque période et le nombre total de cas d'automutilation.

Analyses statistiques

Tout d'abord, nous avons préparé les statistiques descriptives des caractéristiques sociodémographiques des participants des études incluses. Puis, nous avons recalculé les tailles d'effet. Pour la revue rapide portant sur les changements dans le nombre de consultations et d'admissions ainsi que pour la revue rapide portant sur l'automutilation, nous avons calculé le rapport des taux d'incidence (RTI) en divisant le taux d'incidence (TI) d'une période d'étude par le TI d'une période contrôle. Pour calculer les TI, nous avons divisé le nombre de cas d'intérêt (par exemple, les admissions involontaires) multiplié par 1 000 par

la multiplication de la durée de la période d'intérêt (p. ex., la première vague) avec le nombre total de cas (par exemple, nombre total d'admissions).

$$TI = \frac{\text{Cas d'intérêt} * 1\,000}{\text{Période d'intérêt (jours)} * \text{nombre total de cas}}$$

Étant donné qu'il n'y avait pas de période contrôle dans les rapports d'éclosions de COVID-19 dans les institutions sécurisées, nous avons seulement calculé le TI pour la revue rapide correspondante. Aucune transformation des données n'a été faite pour les calculs de proportion de cas positifs et de personnes décédées chez les personnes ayant obtenu un test positif.

Finalement, nous avons calculé les tailles d'effet pondérées dans un modèle à effets aléatoires en utilisant un estimateur de vraisemblance maximale restreint. Nous avons choisi un modèle à effets aléatoires en raison des différences existantes dans

les situations épidémiologiques et les mesures sanitaires en vigueur pour chaque site à l'étude. Pour évaluer le rôle des facteurs confondants potentiels, nous les avons inclus dans un même modèle. La liste ad hoc des facteurs confondants inclut l'âge, le genre, l'origine ethnique des participants et le type d'établissement étudié.

L'hétérogénéité entre les études a été évaluée avec l'indice I^2 . Cet indice permet d'examiner la proportion d'hétérogénéité non expliquée de l'hétérogénéité totale. Des analyses de sensibilité ont été faites par l'entremise d'analyses de sous-groupes : consultations en urgence vs admissions (revue brève 1); résidents vs personnel et placement en dortoirs vs placement en cellules (revue brève 2). L'évaluation du biais de publication a été faite avec le test *trim-and-fill*.

Toutes les analyses ont été faites avec le logiciel R (38) en utilisant le progiciel *Metafor* (39).

Résultats

Après avoir consulté les bases de données bibliographiques, nous avons obtenu 829 références. De ce nombre, 646 références ont été exclues parce que les études ne se déroulaient pas dans un établissement

de psychiatrie générale, de psychiatrie légale ou dans une institution carcérale; 19 références ont été exclues parce que les études ne portaient pas sur la pandémie de COVID-19. Après l'exclusion initiale des références par

le titre et le résumé, nous avons obtenu 164 textes complets à lire. De ce nombre, 137 textes ont été exclus parce qu'ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion en ce qui concernait le devis de l'étude ou les variables d'intérêt. De plus, nous avons exclu les études desquelles il n'était pas possible d'extraire les informations nécessaires. Enfin, nous avons exclu les études faites dans des sous-populations spécifiques de la psychiatrie légale (p. ex., les prisonniers ayant une démence, les patients mineurs d'un hôpital de psychiatrie légale).

Au total, nous avons obtenu 12 études (7 sur le nombre de consultations en urgence/hospitalisations, 3 sur le dépistage de la COVID-19 dans les institutions sécurisées, et 2 portant sur le taux d'automutilation). Après une recherche manuelle dans les références des études sélectionnées, nous avons obtenu un total de 11 études sur le nombre d'admissions/hospitalisations (22-24, 40-47), 9 études sur le dépistage de la COVID-19 (29-31, 48-53) et 3 études sur les taux d'automutilation (34, 35, 54). Puisque l'étude de Pignon et coll. (47) rapportait 3 populations séparément, le nombre final d'études sur les admissions est tombé à 13.

La Figure 3 démontre les étapes de la sélection des études pour chaque revue rapide. La description des études incluses est présentée dans le Tableau 1. Le Tableau 2 montrent les caractéristiques sociodémographiques des populations des études sélectionnées. Le Tableau 3 montre les tailles d'effet ainsi que les valeurs de l'indice I^2 (indicateur d'hétérogénéité). Une hétérogénéité élevée (valeur d'indice I^2 se rapprochant de 100%) indique plus de variabilité entre les résultats des études.

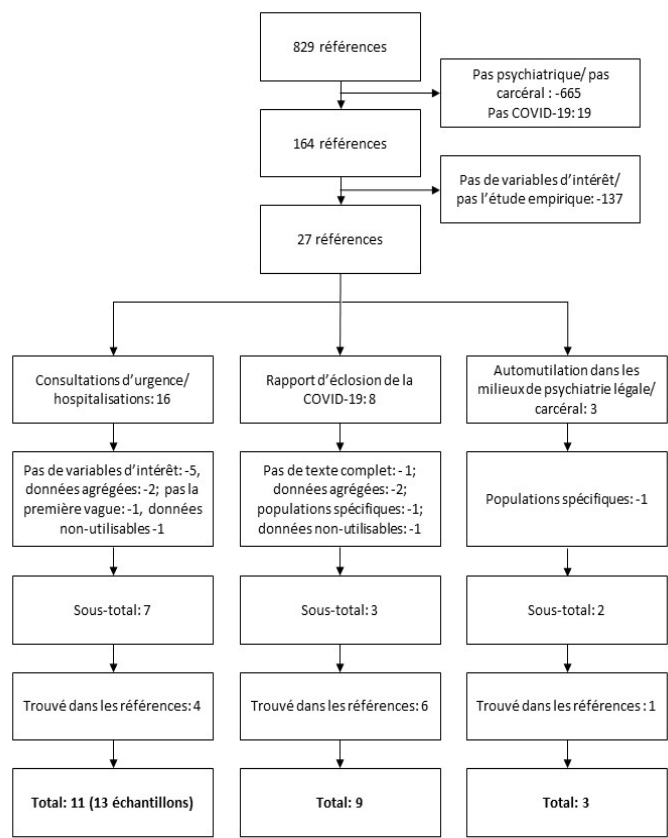


Figure 3. Les étapes de la sélection d'articles pour la série de revues rapides

Auteurs, année	Pays/région	Institutions*	Populations**	Période à l'étude	Période de contrôle
Consultations en urgence/hospitalisations					
Ambrosetti et al., 2021	Suisse	P, U	Pt/R	1 avril - 15 mai 2020	1 avril - 15 mai 2016
Beghi et al., 2021	Italie, Romagne	P, U	Pt/R	9 mars - 3 mai 2020	9 mars - 3 mai 2019
Bonello et al., 2021	Malte	P, H	Pt/R	7 mars - 4 juin 2020	7 mars - 4 juin 2019
Clerici et al., 2020	Italie	P, H	Pt/R	21 février - 31 mars 2020	10 janvier - 20 février 2020
Dvorak et al., 2021	Israël	P, U	Pt/R	5 mars - 30 avril 2020	La moyenne du 15 mar. au 30 avr., années 2017, 2018, 2019
Gonçalves-Pinho et al., 2020	Portugal	P, U	Pt/R	19 mars - 2 mai 2020	19 mars - 2 mai 2019
Itrat et al., 2020	Australie	P, H	Pt/R	16 mars - 12 mai 2020	16 mars - 12 mai 2019
Montalbani et al., 2020	Italie, Rome	P, U	Pt/R	11 mars - 1 mai 2020	1 janvier - 10 mars 2020
Nejati et al., 2021	Canada	P, H	Pt/R	22 mars - 5 juin 2020	5 janvier - 21 mars 2020
Pignon et al., 2020	France	P, U	Pt/R	16 mars - 6 avril 2020	16 mars - 6 avril 2019
Tromans et al., 2020	Royaume-Uni, Leicestershire	P, H	Pt/R	23 mars - 17 mai 2020	27 janvier - 22 mars 2020
Dépistage de la COVID-19					
Cerrato et al., 2021	Italie, Bologne	C	Pt/R, Pr	15 mars - 30 juin 2020	
Collica-Cox et al., 2020	États-Unis, Westchester County	C	Pt/R, Pr	8 mars - 23 mai 2020	
Giuliani et al., 2021	Italie, Lombardie	C	Pt/R, Pr	20 février - 30 avril 2020	
Gouvea-Reis et al., 2021	Brésil	C	Pt/R, Pr	1 avril - 12 juin 2020	
Marusinec et al., 2022	États-Unis, Alameda County	C	Pt/R, Pr	1 mars 2020 - 1 mars 2021	
Njuguna et al., 2020	États-Unis, Louisiane	C	Pt/R	29 mars - 5 mai 2020	
Simpson et al., 2020	Canada, Toronto	PL	Pt/R	23 mars - 5 mai 2020	
Wilburn et al., 2021	Royaume-Uni	C	Pt/R, Pr	9 mars - 5 mai 2020	
Zawitz et al., 2021	États-Unis, Cook County	C	Pt/R, Pr	1 mars - 30 avril 2020	
Automutilation					
Challinor et al., 2021	Royaume-Uni, Maghull	PL	Pt/R	23 mars - 10 mai 2020; 31 oct. - 2 déc. 2020; 6 jan. - 28 fév. 2021	1 fév. - 22 mars 2020; 11 mai - 30 oct. 2020; 3 déc. 2020 - 5 janvier 2021
Getaz et al., 2021	Suisse	C	Pt/R	Nombre moyen annuel 2016 - 2019	Nombre moyen, 2020
Puzzo et al., 2021	Royaume-Uni, Londres	PL	Pt/R	8 mars 2020 - 31 mars 2021	Moyenne 1 avril 2018 - 7 mars 2020

*Institutions : P, U - urgence, psychiatrie générale; P, H - hospitalisations, psychiatrie générale; C - établissement carcéral; PL - psychiatrie légale

**Populations : Pt/R - patients ou résidents; Pr - personnel

Tableau 1. Études sélectionnées

Auteur	Âge*, années	Femmes*, %	Population blanche, %
Urgences/Hospitalisations			
Ambrosetti et al.	41	52%	na
Beghi et al.	48	43%	na
Bonello et al.	36	40%	na
Clerici et al.	43	na	na
Dvorak et al.	41	na	na
Gonçalves-Pinho et al.	47	56%	na
Itrat et al.	38	46%	na
Montalbani et al.	43	59%	na
Nejati et al.	40	41%	na
Pignon et al.	45	47%	na
Tromans et al.	na	na	na
Rapports de la COVID-19			
Cerrato et al.	44	0%	na
Collica-Cox et Molina	na	na	na
Giuliani et al.	44	0%	na
Gouvea-Reis et al.	38	na	27%
Marusinec et al.	35	14%	64%
Njuguna et al.	33	7%	35%
Simpson et al.	na	5%	na
Wilburn et al.	na	0%	na
Zawitz et al.	35	na	na
Automutilation			
Challinor et al.	na	0%	na
Getaz et al.	na	10%	na
Puzzo et al.	na	na	na

*Période de première vague de pandémie

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des populations incluses

Résultats d'intérêt	Modèle brut (95% IC)	I ²	n
Hospitalisations (réf. : pré-COVID), RTI			
Hospitalisations et consultations en urgence	0,66 (0,56 : 0,78)***	92%	13
Hospitalisations, total	0,81 (0,70 : 0,95)**	71%	8
Urgence, total	0,58 (0,48 : 0,71)***	93%	5
Psychoses : hôpitaux	0,87 (0,55 : 1,38)	45%	2
Psychoses : urgence	0,58 (0,44 : 0,76)***	76%	8
Tentatives de suicide, hôpitaux	1,04 (0,62 : 1,74)	0%	1
Tentatives de suicide, urgence	0,73 (0,47 : 1,11)	82%	7
Hospitalisations involontaires, hôpitaux	0,99 (0,78 : 1,28)	14%	3
Hospitalisations involontaires, urgence	0,80 (0,48 : 1,32)	83%	4
Éclosions de COVID-19			
Cas positifs, TI par 1000 personnes/jour	0,88 (0,52 : 1,48)***	99%	15
Symptomatiques parmi les positifs, %	0,71 (0,55 : 0,87)***	96%	6
Décès, TI par 1000 personnes/jour	0,015 (0,005 : 0,050)***	78%	6
Décès parmi les positifs, %	0,41 (0,12 : 0,93)	64%	6
Automutilation, RTI (réf. : période sans confinement)			
Automutilation, RTI	1,49 (1,21 : 1,83)***	0%	3

*** p < 0,0001

** p < 0,001

* p < 0,05

RTI – rapport des taux d'incidence, TI – taux d'incidence

Tableau 3. Tailles d'effet pondérées, modèle aléatoire

Ci-dessous, la Figure 4 représente les tailles d'effet brutes dans les études sur le taux de consultations en urgence et le taux d'admissions en psychiatrie générale. La Figure 5 représente les résultats bruts des cas confirmés de COVID-19 dans les institutions sécurisées. La Figure 6 montre les mesures sanitaires rapportées dans les études sélectionnées, et la Figure 7 représente les changements dans les taux d'automutilation dans les hôpitaux de psychiatrie légale.

Consultations à l'urgence et admissions psychiatriques

Les études ont été menées en Suisse, en Italie, à Malte, en Israël, au Portugal, en Australie, au Canada, en France (n=3) et au Royaume-Uni. Parmi les études, 8 portent sur les urgences psychiatriques et 5 sur les hôpitaux psychiatriques. L'âge moyen des patients en période pré-COVID-19 était de 40,8 ans et 41,8% des patients étaient des femmes (n=10). Au moment de la COVID-19, l'âge moyen des patients était de 41,4 ans, et les femmes représentaient 40,6% des patients à l'étude.

La méta-analyse a révélé une diminution significative du nombre total de consultations et d'hospitalisations (volontaires et involontaires ensemble). Cette diminution peut être partiellement

expliquée par la diminution des cas de psychoses aiguës aux urgences. Il n'y avait pas de diminution du nombre de tentatives de suicide et du nombre d'admissions involontaires, ni au niveau des urgences ni au niveau des hospitalisations.

Étant donné que les facteurs confondants n'étaient pas rapportés de façon systématique dans les études choisies, l'analyse ajustée a été faite seulement pour certaines variables. Une régression multivariée, ajustée à l'âge moyen des patients de l'établissement (40 ans et moins vs plus de 40 ans) et au type de fournisseur de soins (hôpital vs urgence) a également montré un changement statistiquement significatif du **nombre total** de consultations et d'hospitalisations [RTI=0,46 (0,42 : 0,52)]. L'effet de l'âge [RTI=1,28 (1,15 : 1,44), référence : les établissements ayant des patients avec un âge moyen de 40 ans et moins] et l'effet du type de fournisseur de soins [RTI=1,64 (1,46 : 1,84), référence : urgence] étaient également statistiquement significatifs. La régression pour le **nombre de psychoses aiguës** a également montré une différence significative du nombre de cas [RTI=0,57 (0,45 : 0,72)]; néanmoins, seulement l'effet du type de fournisseur était significatif [RTI=1,58 (1,11 : 2,23), référence : urgence], tandis que l'âge ne l'était pas [RTI=1,15 (0,88 : 1,5), référence : les établissements ayant des patients avec un âge moyen de 40 ans et moins]. D'autres modèles statistiques pour les

autres variables de cette revue rapide n'ont pu être explorés en raison de la faible taille d'échantillon.

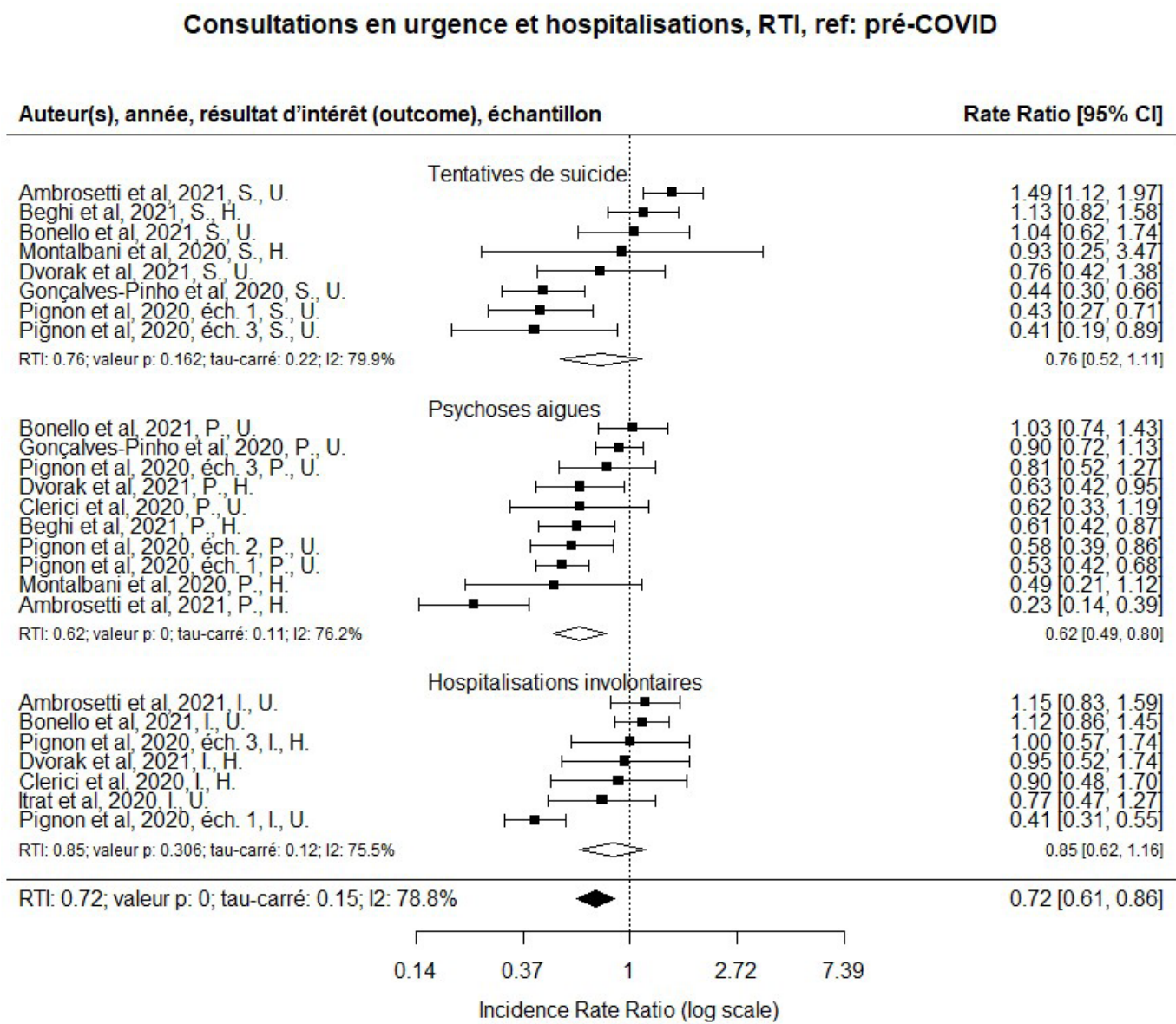


Figure 4. RTI et tailles d'effet brutes dans les études sur le taux de consultations en urgence et le taux d'admissions en psychiatrie, S – tentatives de suicide, P – psychoses aiguës, I – hospitalisations involontaires, U – urgence, H – hôpital

Le test *trim-and-fill* ajuste la taille d'effet d'une méta-analyse en estimant les résultats de publications hypothétiques manquantes, une étape nécessaire pour identifier le biais de publication. Le résultat de ce test a montré un RTI du nombre total d'admissions de 0,66 (intervalle de confiance [IC] : 0,56 : 0,78), et un RTI pour les admissions involontaires de 0,70 (IC : 0,44 : 1,10) dans les urgences et de 1,12 (IC : 0,91 : 1,37) dans les hôpitaux. Le RTI pour les psychoses aiguës était de 0,62 (IC : 0,49 : 0,80) et de 0,76 (IC : 0,52 : 1,11) pour les tentatives de suicide.

COVID-19 dans les institutions sécurisées

Les études ont été réalisées en Italie, aux États-Unis, au Brésil, au Canada et au Royaume-Uni. Une seule étude rapportait une éclosion de COVID-19 dans un département de psychiatrie légale (52); les autres (n=8) ont été menées dans des institutions carcérales. L'âge moyen des participants était de 39 ans et 3% d'entre eux étaient des femmes (n=6).

Trois études ont rapporté le placement des résidents dans des dortoirs (29-31), tandis que les autres ont décrit le placement des résidents dans des cellules. Deux études ont rapporté la surpopulation des institutions (48, 50). Le pourcentage des

résidents testés pour la COVID-19 variait entre les institutions de 1,3% (53) à 51,0% (48). Le pourcentage de résidents ayant consenti à être testés une fois qu'un cas positif de COVID-19 ait été détecté dans une unité varie entre 0% et 78% (31).

La méta-analyse a révélé un TI de la COVID-19 statistiquement significatif, tant pour le nombre de cas confirmés (voir Figure 5) que pour le nombre de décès causés par la COVID-19. Les analyses de sensibilité n'ont pas trouvé de différences dans les TI entre les résidents et le personnel ainsi qu'entre le placement en dortoirs et en cellules.

Des TI de 0,88 (IC : 0,52 : 1,47) et de 0,015 (IC : 0,005 : 0,050) par 1 000 personnes/jour ont été obtenus avec le test *trim-and-fill* pour les cas confirmés de COVID-19 et pour le nombre de décès, respectivement.

COVID, TI: Nombre de cas confirmés de COVID-19 dans les institutions sécurisées par 1000 personnes/jour

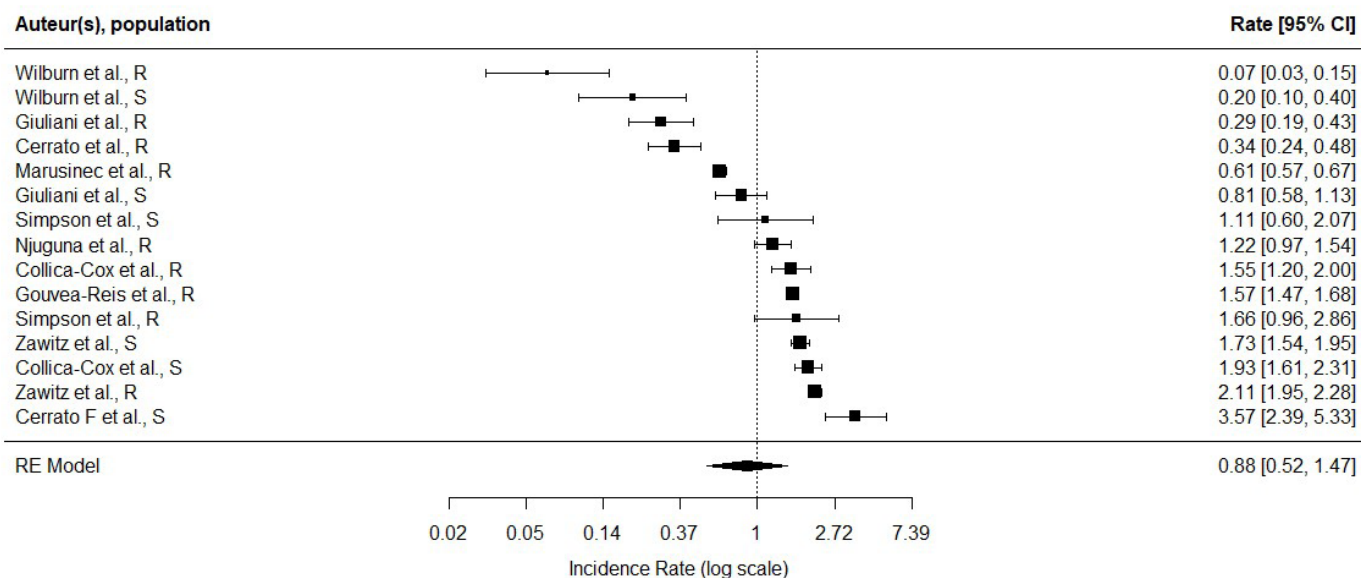


Figure 5. Cas confirmés de COVID-19 dans les institutions sécurisées, R – résidents, S – personnel

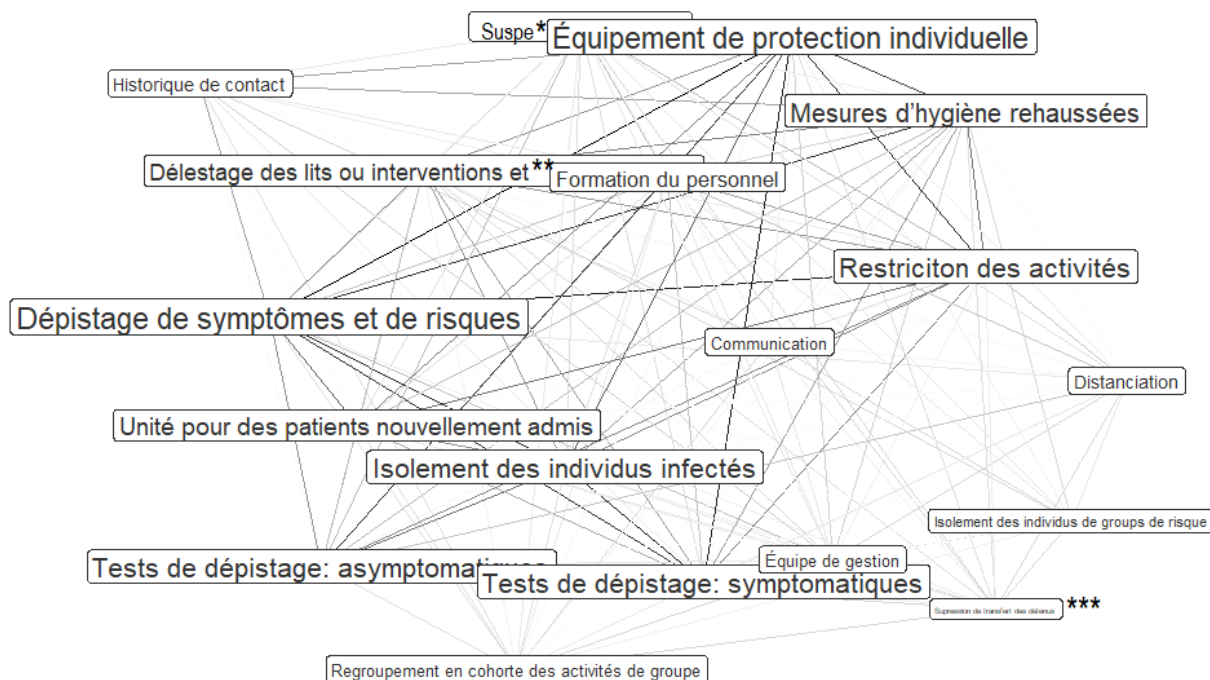


Figure 6. Figure générée par le logiciel d'analyse « R ». La taille des mots représente la fréquence d'apparition des mesures sanitaires dans les articles recensés, tandis que les liens représentent leur cooccurrence.

*Suspension des contacts; **Délestage des lits ou interventions et travail à distance; ***Suspension des transferts des patients/détenus

Confinement et automutilation chez les patients en psychiatrie légale

Les études ont été faites au Royaume-Uni, en Suisse et en Australie. Une d'entre elles a été menée dans une prison (34) et les deux autres ont été menées dans des hôpitaux de psychiatrie légale (35, 54). Les femmes représentaient environ 8,7% des échantillons pendant

le confinement. Les résultats des analyses montrent une augmentation statistiquement significative du nombre de cas d'automutilation pendant le confinement comparativement à la période sans confinement de la première vague de la COVID-19. Les résultats sont demeurés significatifs après ajustement au possible biais de publication, soit une augmentation de 1,49 (IC : 1,21 : 1,83).

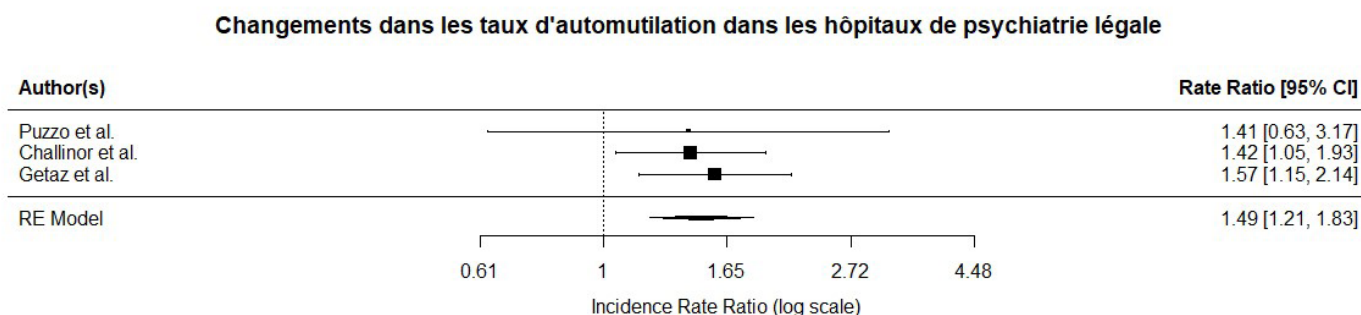


Figure 7. Changements dans les taux d'automutilation dans les hôpitaux de psychiatrie légale

Discussion

Dans cette série de revues rapides, nous avons recensé systématiquement les études empiriques sur certains impacts de la première vague de la COVID-19 sur les services en psychiatrie légale. L'objectif de cette recension était de mieux comprendre le fardeau

que la pandémie a imposé sur les personnes criminalisées avec un trouble de santé mentale. Ainsi, les résultats de cette recension aident à comparer les changements opérés en raison de la pandémie suite à la première vague dans les établissements de psychiatrie légale avec les prédictions ayant été faites au tout début de la

pandémie. Finalement, ils peuvent servir à la planification d'une réponse immédiate dans le cas de prochaine pandémie/épidémie.

Les résultats de ce rapport montrent que malgré la diminution de moitié du nombre total de consultations en urgence et du nombre d'admissions dans les hôpitaux psychiatriques, il n'y avait pas de diminution du nombre de cas d'admissions involontaires, de tentatives de suicide et de psychoses aiguës. Néanmoins, il semble qu'avec la pandémie, les caractéristiques des patients admis aux hôpitaux ont changé : le nombre d'admissions de patients âgés a augmenté, tandis que le nombre de patients plus jeunes a diminué. Il est possible que la santé mentale des personnes âgées soit plus sensible aux changements causés par la pandémie de COVID-19 considérant leur plus grande vulnérabilité à l'infection (2, 55). L'importante hétérogénéité des résultats des études menées dans les urgences, comparativement à la faible hétérogénéité des études menées dans les hôpitaux, pourrait être expliquée par la supposition que le confinement empêchait les individus d'obtenir des consultations à l'urgence pour les problèmes dits « reportables ». Aussi, cette observation pourrait suggérer que la vision des problèmes « reportables » varie d'une communauté à l'autre. Finalement, l'hétérogénéité peut être expliquée par la différence en politiques d'admission entre les hôpitaux. Les

établissements auraient pu limiter les admissions même s'il y avait des demandes de la part de la population. La reprise en nombre des consultations aux urgences, observée après le confinement (56), peut témoigner en faveur de cette hypothèse. Selon ces résultats, les premières étapes de la prochaine pandémie due à une maladie respiratoire grave ne devraient pas causer une augmentation immédiate des hospitalisations en psychiatrie légale.

Nous avons trouvé un TI de COVID-19 dans les institutions sécurisées de 0,88 (IC : 0,52 : 1,48) par 1 000 personnes/jour. Le TI rapporté au moment du bilan initial de la COVID-19, préparé avec les données de la Chine, était bien plus élevé : pour le groupe d'âge des 30-39 ans, le TI était de 66,3 (recalculé du Tableau 1 de l'article : $7\,600 * 1\,000 / 114\,550$), et pour le groupe d'âge des 40-49, le TI était de 66,7 cas par 1 000 personnes/jour ($8\,571 * 1\,000 / 128\,448$) (57). De plus, l'hétérogénéité du TI de l'analyse était élevée. Un TI aussi bas pourrait être expliqué de deux manières : 1) d'une part, il est possible que les cas de COVID-19 fussent sous-rapportés; 2) d'autre part, les mesures sanitaires en place étaient hautement

efficaces. La grande hétérogénéité, quant à elle, pourrait être attribuable à la différence dans les situations épidémiologiques des communautés où les études ont été menées ainsi qu'aux variations dans l'efficacité des mesures sanitaires des différentes institutions. Finalement, la combinaison d'un faible TI avec une forte hétérogénéité pourrait être interprétée comme un biais de sélection dans la recension. En effet, il est possible que les prisons qui ont moins réussi à contrôler les éclosions de COVID-19 soient moins susceptibles de mener une étude ou de publier ses résultats.

La proportion de cas symptomatiques parmi les personnes testées positivement était assez haute (71% vs 57% décrite dans la littérature pour la population générale (58)). Ce résultat pourrait être expliqué par le fait que dans certaines prisons, seulement les cas symptomatiques ont été testés.

Aussi, le taux de mortalité était statistiquement non significatif (0,41, IC : 0,12 : 0,93). Les taux rapportés dans la littérature variaient de 0,01% à 0,10% pour les personnes âgées de 35-45 ans (59) et se situaient entre 3% et 11% pour les personnes âgées de 60 et plus (60). Étant donné la petite taille de l'échantillon d'études, nous pouvons supposer que

nos résultats sont en accord avec certains publiés antérieurement. L'hétérogénéité du taux de mortalité chez les personnes infectées était relativement basse (65%), signifiant que nos résultats sont probablement fiables. En généralisant ces résultats, nous pouvons conclure que les éclosions d'une prochaine pandémie similaire dans les institutions sécurisées ne seront pas très différentes de celles de la population générale, en termes de contagion et de mortalité.

Le RTI des actes d'automutilation était également homogène. Nos résultats démontrent une augmentation importante du taux d'automutilation dans les établissements de psychiatrie légale. Hewson (33) avait prédit ce résultat en soulevant que la diminution des contacts sociaux causée par les restrictions sanitaires entraînerait des conséquences aggravantes sur les conditions de santé mentale préexistantes parmi la population carcérale, tout comme parmi les patients des hôpitaux psychiatriques sécurisés. La seule étude qui démontrait une baisse du taux d'automutilation durant le confinement (36) était menée auprès de jeunes patients de psychiatrie légale. Il est possible qu'à cet âge, les contacts sociaux soient accompagnés de pression sociale et deviennent une source de stress et de frustrations; ainsi, la diminution des contacts sociaux est favorable à la santé mentale de ces patients. De ce fait, les restrictions sanitaires devraient

être accompagnées par des interventions qui réduiront l'impact négatif des contacts sociaux limités au moment d'une pandémie causée par une maladie respiratoire future.

Contexte de local

Il importe de contextualiser les résultats de cette série de revues rapides avec la réalité vécue par l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel (INPL-PP) en début de pandémie. Comme tous les établissements sécurisés recensés, l'INPL-PP a dû rapidement réorganiser ses services et mettre en place des mesures de confinement pour gérer une crise sanitaire soudaine.

Tout d'abord, une investigation des changements dans le nombre d'admissions, des départs et des durées de séjours a été faite en comparant la période précédant la pandémie et suivant le début de la pandémie (61). La période sous étude englobait 532 jours de pandémie à partir du 13 mars 2020, et la période contrôle englobait 700 jours avant le début de la pandémie. Pendant la pandémie, le nombre moyen d'admissions est tombé de 1,70 à 0,91 admissions par jour ($p < 0,001$), et le nombre de départs est tombé de 1,71 à 0,94 congés par jour ($p < 0,001$). Subséquemment, la durée des séjours a augmenté de 127,2 jours à 224,8 jours ($p < 0,023$). Bien que cette étude explore une période plus longue que la première vague de la pandémie, elle démontre

un ralentissement des admissions ainsi qu'une diminution des sorties. Il importe par contre de souligner que cela ne représentait pas une diminution des besoins populationnels pour des services en psychiatrie légale, mais bien une mesure en place pour diminuer le risque de contagion. D'ailleurs, le nombre de demandes pour des expertises de l'INPL-PP n'a pratiquement pas changé au moment de la première vague de la pandémie (63).

Ces mesures ont d'ailleurs contribué à des taux d'infections très faible dans l'établissement, soit deux cas positifs chez les patients (au moment de l'admission) entre le début de la pandémie et août 2020 (62, 63). En effet, chaque nouvelle personne admise à l'INPL-PP était testée et isolée dans une unité tampon « tiède » pour une période de 14 jours. Au moment d'un test positif, les patients positifs étaient transférés dans un autre centre de traitement psychiatrique (zone « chaude ») selon leur condition physique pour une durée de deux semaines ou jusqu'à ce qu'ils obtiennent un test négatif. Chaque patient était surveillé pour apparition de symptômes, avec prise de température quotidienne. Lorsqu'un

cas de COVID-19 était suspecté, l'unité entière était déclarée « tiède » et les patients étaient isolés en chambre pour une période de 2 semaines et un test COVID-19 (volontaire) était administré aux patients symptomatiques. Au moment de la première vague de la pandémie, les employés étaient dépistés dès qu'ils étaient symptomatiques ou exposés à un cas positif. Une campagne massive de dépistage a également eu lieu en juin 2020, avec une recommandation de se faire dépister aux deux semaines, sans égards aux symptômes. Seulement 14 employés ont été infectés par la COVID-19 en date de septembre 2020.

L'INPL-PP a peu documenté l'incidence de comportements (auto-)agressifs ainsi que le temps passé en isolement en chambre ou bien l'augmentation des mesures de contention chimiques (63). Bien que le temps en isolement n'ait pas été directement comptabilisé, nous savons qu'il s'agissait d'une des nombreuses mesures en place pour contrôler le risque de transmission de la COVID-19. Une étude qualitative est actuellement en cours afin d'explorer l'impact de ces mesures sur l'expérience subjective des patients, que ce soit sur leur sentiment de sécurité, sur leur niveau de détresse ainsi que sur leurs comportements (auto et hétéro)

agressifs. Les mesures mise en place au moment des premières vagues de la pandémie à l'INPL-PP ont d'ailleurs été recensées et incluent une augmentation de l'offre de soins de santé physique, la création d'une cellule de crise, une diminution des admissions, la création d'une unité tampon pour cohortage des patients, des mesures d'hygiène rehaussées, le délestage des activités, la suspension des sorties et l'utilisation de la télémedecine pour n'en nommer que quelques-unes (voir référence 63 pour plus de détails). Étant donné l'ampleur des mesures entreprises pour contrôler la contagion au sein de l'établissement, à l'instar de ce qui a été identifié dans la littérature, il est difficile de déterminer les impacts des mesures spécifiques sur les patients et leur état mental. Une étude qualitative permettra donc d'explorer leur vécu de ces mesures, au-delà du contrôle réussi de la contagion au sein de l'établissement.

Conséquences pour la pratique

Nous avons trouvé que le pire scénario projeté au début de la pandémie ne s'est pas entièrement réalisé dans le contexte de la psychiatrie légale. En effet, il n'y a pas eu d'augmentation drastique du nombre de consultations et d'admissions des patients dont le comportement était violent et antisocial, si on estime cette tendance par les changements dans les taux de consultations et d'hospitalisations involontaires, ou d'hospitalisations dues aux

psychoses aiguës ou aux tentatives de suicide. Toutefois, une augmentation du nombre de cas d'automutilation a pu être observée dans les institutions de psychiatrie légale.

Ces résultats pourraient être utiles dans la planification de la réponse au moment d'une prochaine pandémie liée à une maladie respiratoire, dont la probabilité est vivement discutée par les experts dans le domaine de la santé publique (64, 65). Selon eux, la cause principale de la pandémie de COVID-19 a été les contacts systémiques, rapprochés et peu contrôlés entre les humains et la nature qui ont pu être observés dans les dernières décennies. Ces contacts sont le résultat, entre autres, de l'occupation humaine des habitats traditionnels des animaux (64, 65). Comme les causes de la COVID-19 ont peu été discutées, nous ne pouvons-nous attendre à une diminution des facteurs de risque - nous devons donc nous attendre à une résurgence des zoonoses dans le futur. Il est possible que la prochaine zoonose soit une maladie respiratoire pour laquelle aucun traitement ou vaccin ne sera disponible, comme ce fut le cas pour la COVID-19. Dans ce cas, des mesures sanitaires devront être instaurées et un confinement adapté entraînera des conséquences similaires sur la santé mentale de la population générale et sur celle des patients admis dans les hôpitaux de psychiatrie légale. Par contre, les effets à long terme de la pandémie et des mesures sanitaires

associées ne sont pas encore discutés dans la littérature académique, ni les conséquences additives de plusieurs pandémies. La surcharge du système des soins psychiatriques est donc bien probable après une (ou plusieurs) pandémie et une levée des mesures sanitaires.

De plus amples recherches seront nécessaires afin de corroborer le manque de causalité entre le déclin de la santé mentale de la population générale et le nombre de nouveaux patients admis dans les institutions de psychiatrie légale. Mathématiquement (15), nous devrions nous attendre à une association entre ces deux phénomènes, bien qu'il soit possible que cette association se fasse au fil du temps, suite à des mesures de confinement prolongées et plusieurs vagues subséquentes. Qui plus est, il est possible que l'absence d'augmentation des admissions en psychiatrie légale ne soit pas liée à une absence de besoin de ces services dans la population générale. En effet, il est tout simplement possible que la suspension des admissions était une politique mise en place pour diminuer le risque de contagion dans ces établissements, comme ce fut le cas à l'INPL-PP. Si cela est le cas, il

importe de se questionner sur l'impact des mesures de contrôle des infections des établissements de psychiatrie légale non seulement sur les patients desdits établissements, mais sur la population générale et les patients « potentiels ». Est-ce que cette suspension des services en psychiatrie légale a eu des effets délétères sur le taux d'incidence de comportements (hétéro et auto) agressifs dans la population générale? De plus, d'autres études sont nécessaires afin de clarifier l'incidence et le taux de mortalité de la COVID-19 dans les prisons et dans les hôpitaux psychiatriques sécurisés, et pour cibler les mesures sanitaires les plus efficaces qui permettent de prévenir la transmission des infections respiratoires. Enfin, il est important de mener des études supplémentaires afin de mieux planifier les interventions qui permettront de surmonter les effets de l'isolement des patients, en particulier les plus âgés, dans les hôpitaux de psychiatrie légale.

Forces et limites

Notre étude a plusieurs forces. Pour commencer, nous décrivons le cheminement clinique potentiel des patients admis en psychiatrie légale à travers le système de santé durant la première vague de la pandémie, des urgences jusqu'au lit d'hôpital de

psychiatrie légale. De plus, nous décrivons autant les risques de la COVID-19 que les risques collatéraux des mesures sanitaires. Enfin, notre étude prend en considération non seulement le risque d'être atteint de la COVID-19 chez les patients, mais aussi chez les employés des institutions sécurisées.

L'interprétation des résultats présentés doit tenir compte des limites décrites ci-dessous. Premièrement, nous avons dû mener une série de recensions rapides au lieu d'une seule revue systématique avec méta-analyse, étant donné la quantité limitée d'études dont la qualité méthodologique était satisfaisante. Nous avons notamment une proportion non négligeable de rapports brefs dans les publications sélectionnées. Aussi, peu de prisons ont rapporté le niveau de surpopulation ou le nombre total de résidents pendant l'éclosion. La qualité des données sociodémographiques rapportées pour les résidents et le personnel était également inégale à travers les études, ce qui réduit la possibilité d'une analyse ajustée. Deuxièmement, nous ne pouvions pas évaluer l'efficacité des mesures sanitaires puisque celles-ci ont été mises en place graduellement, tout au long de la première vague de la pandémie et des vagues subséquentes. Des devis et des analyses plus sophistiquées doivent être utilisés pour comprendre quels moyens de contrôle des infections ont été les plus efficaces pour contrôler la propagation des infections dans

un contexte sécurisé. Enfin, cette recension était limitée aux études portant sur la première vague de la pandémie. Or, force est de constater que la situation épidémiologique ainsi que les impacts sur la santé mentale ont fortement évolué dans les établissements au cours de la pandémie qui est toujours d'actualité, et qui en est à une huitième vague au moment de la publication de ce rapport.

Conclusion

La santé mentale des patients plus âgés, qu'ils soient hospitalisés dans les établissements de psychiatrie légale ou suivis en communauté, doit être priorisée dans la mise en œuvre du prochain confinement dans le contexte d'une pandémie mondiale d'une maladie respiratoire. Les recherches futures devront proposer des mesures de contrôle de la propagation des infections réalisables et efficaces dans les institutions sécurisées, selon les derniers rapports concernant la COVID-19. Enfin, un

standard de publication académique rapportant les éclosions devrait être développé en ayant pour but d'améliorer les interventions pour le contrôle des infections. En effet, il existe une grande hétérogénéité dans les mesures utilisées en réponse à la pandémie. Plus le niveau de détails sera important dans les rapports, plus il sera possible d'identifier l'influence des politiques et des actions sur les patients et ainsi mieux prioriser et choisir les approches appropriées dans le futur. Qui plus est, il importe de regarder au-delà des taux d'éclosions afin de constater la détresse et les comportements qui en découlent tels l'automutilation – à l'heure actuelle, très peu d'études nous permettent de constater le portrait global des impacts de la pandémie et de ses mesures.



Références

1. Zajacova, A., Jehn, A., Stackhouse, M., Choi, K.H., Denice, P., Haan, M. and al. Mental health and economic concerns from March to May during the COVID-19 pandemic in Canada: Insights from an analysis of repeated cross-sectional surveys. *SSM Popul Health*. 2020;12:100704.
2. Pieh, C., Budimir, S., Probst, T. The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *J Psychosom Res*. 2020;136:110186.
3. Lemieux, A.J., Damasse, J., Morin-Major, J.-K. Gestion de la COVID-19 avec les personnes ayant un trouble mental dans les milieux fermés : Une réponse rapide. Montréal, Québec (Canada) : Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel. 2020.
4. Conrad, R.C., Baum, M. L., Shah, S. B., Levy-Carrick, N. C., Biswas, J., Schmelzer, N. A., Silbersweig, D. Duties toward Patients with Psychiatric Illness. *Hastings Cent Rep*. 2020;50(3):67-9.
5. Kothari, R., Forrester, A., Greenberg, N., Sarkissian, N., Tracy, D.K. COVID-19 and prisons: Providing mental health care for people in prison, minimising moral injury and psychological distress in mental health staff. *Med Sci Law*. 2020;60(3):165-8.
6. Sadh, K., A.S., B., Lhamu, T., Basavarajappa, C., Dahale, A., Senthil Kumar Reddi, V., Muliya, K. P., John, J. P., Murthy, P. Issues related to testing for COVID-19 in a psychiatric emergency setting. *Asian J Psychiatr*. 2020;54:102338.
7. Valdes-Flrido, M.J., Lopez-Diaz, A., Palermo-Zeballos, F. J., Martinez-Molina, I., Martin-Gil, V. E., Crespo-Facorro, B., Ruiz-Veguilla, M. Reactive psychoses in the context of the COVID-19 pandemic: Clinical perspectives from a case series. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2020;13(2):90-4.
8. Wasser, T., Hauser, L., Kapoor, R. The Management of COVID-19 in Forensic Psychiatric Institutions. *Psychiatr Serv*. 2020;71(10):1088-90.
9. Caputo, F., Gratteri, S., Sacco, M. A., Scalise, C., Cacciatore, G., Bonetta, F., Zibetti, A., Aloe, L., Sicilia, F., Cordasco, F., Ricci, P., Aquila, I. COVID-19 emergency in prison: Current management and forensic perspectives. *Med Leg J*. 2020;88(4):185-6.

10. Gold, A., Strous, R.D., Appelbaum, P.S. COVID-19 and involuntary hospitalisation: Navigating the challenge. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(7):572-3.
11. London, S. COVID-19, Autonomy, and the Inpatient Psychiatric Unit. *Acad Psychiatry*. 2020;44(6):671-2.
12. Liebreinz, M., Bhugra, D., Buadze, A., Schleifer, R. Caring for persons in detention suffering with mental illness during the COVID-19 outbreak. *Forensic Sci Int Mind Law*. 2020;1:100013.
13. Montoya-Barthelemy, A.G., Lee, C. D., Cundiff, D.R., Smith, E.B. COVID-19 and the Correctional Environment: The American Prison as a Focal Point for Public Health. *Am J Prev Med*. 2020;58(6):888-91.
14. Stewart, A., Cossar, R., Stoove, M. The response to COVID-19 in prisons must consider the broader mental health impacts for people in prison. *Aust N Z J Psychiatry*. 2020;54(12):1227-8.
15. Rose, G. Sick individuals and sick populations. *International journal of epidemiology*. 2001;30(3):427-32.
16. Mawhinney, J.A., Wilcock, C., Haboubi, H., Roshanzamir, S. Neurotropism of SARS-CoV-2: COVID-19 presenting with an acute manic episode. *BMJ Case Rep*. 2020;13(6).
17. Marouda, K., Mantonakis, L., Kollias, K. Brief psychotic disorder with delusion content related to the COVID-19 outbreak. *Psychiatriki*. 2021;32(1):79-82.
18. Parker, C.B., Calhoun, A., Davidson, L., Ciarleglio, N., Hinchey, C., Dike, C. Differentiating Domains of Involuntary Containment for Persons With Severe Psychiatric Impairment and COVID-19. *Psychosomatics*. 2020;61(5):572-4.
19. Jantzi, C., Perrin, A. Attempted altruistic infanticide in a context of psychotic decompensation induced by stress linked to the COVID-19 pandemic: A case report. *Forensic Sci Res*. 2021;6(2):148-51.
20. Jaworowski, S., Weiser, M., Gropp, C., Malka, M. Three Cases of COVID-19-related First Onset Brief Reactive Psychosis. *Isr Med Assoc J*. 2020;22(10):612.

21. O'Donoghue, B., Collett, H., Boyd, S., Zhou, Y., Castagnini, E., Brown, E., Street, R., Nelson, B., Thompson, A., McGorry, P. The incidence and admission rate for first-episode psychosis in young people before and during the COVID-19 pandemic in Melbourne, Australia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2021;4.87E+13.
22. Ambrosetti, J., Macheret, L., Folliet, A., Wullschleger, A., Amerio, A., Aguglia, A. and al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Psychiatric Admissions to a Large Swiss Emergency Department: An Observational Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(3).
23. Tromans, S., Chester, V., Harrison, H., Pankhania, P., Booth, H., Chakraborty, N. Patterns of use of secondary mental health services before and during COVID-19 lockdown: Observational study. *BJPsych Open*. 2020;6(6):e117.
24. Beghi, M., Brandolini, R., Casolaro, I., Beghi, E., Cornaggia, C.M., Fraticelli, C. and al. Effects of lockdown on emergency room admissions for psychiatric evaluation: An observational study from the AUSL Romagna, Italy. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2021;25(2):135-9.
25. Basrak, N., Mulcrone, N., Sharifuddin, S., Ghumman, Z., Bechan, N., Mohamed, E., Murray, M., Rajendran, H., Gunnigle, S., Nolan, M., Quane, T., Terao, M., Hoare, T., Kirrane, K., Kennedy, H.G., Davoren, M. Risk of adverse outcome of COVID-19 among patients in secure psychiatric services: Observational cohort study. *BJPsych Open*. 2021;7(1):e31.
26. Simpson, A.I.F., Chatterjee, S., Darby, P., Jones, R.M., Maheandiran, M., Penney, S.R. and al. Management of COVID-19 Response in a Secure Forensic Mental Health Setting: Réponse à la gestion de la COVID-19 dans un établissement sécurisé de santé mentale et de psychiatrie légale. *Can J Psychiatry*. 2020;65(10):695-700.
27. Byrne, J., Rapisarda, S.S., Hummer, D., Kras, K.R. An Imperfect Storm: Identifying the Root Causes of COVID-19 Outbreaks in the World's Largest Corrections Systems. *Victims & Offenders*. 2020;15(08-Jul):862-909.
28. Blair, A., Parnia, A., Siddiqi, A. A time-series analysis of testing and COVID-19 outbreaks in Canadian federal prisons to inform prevention and surveillance efforts. *Can Commun Dis Rep*. 2021;47(1):66-76.
29. Zawitz, C., Welbel, S., Ghinai, I., Mennella, C., Levin, R., Samala, U. and al. Outbreak of COVID-19 and interventions in a large jail - Cook County, IL, United States, 2020. *Am J Infect Control*. 2021;49(9):1129-35.

30. Njuguna, H., Wallace, M., Simonson, S. and al. Serial Laboratory Testing for SARS-CoV-2 Infection Among Incarcerated and Detained Persons in a Correctional and Detention Facility - Louisiana, April-May 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020; 69(26):836-40.
31. Marusinec, R., Brodie, D., Buhain, S., Chawla, C., Corpuz, J., Diaz, J. and al. Epidemiology of Coronavirus Disease 2019 at a County Jail-Alameda County, California, March 2020-March 2021. *J Public Health Manag Pract.* 2022;28(1):50-9.
32. Puglisi, L.B., Malloy, G.S.P., Harvey, T.D., Brandeau, M.L., Wang, E.A. Estimation of COVID-19 basic reproduction ratio in a large urban jail in the United States. *Ann Epidemiol.* 2021;53:103-5.
33. Hewson, T., Green, R., Shepherd, A., Hard, J., Shaw, J. The effects of COVID-19 on self-harm in UK prisons. *BJPsych Bull.* 2020;03-Jan.
34. Getaz, L., Wolff, H., Golay, D., Heller, P., Baggio, S. Suicide attempts and COVID-19 in prison: Empirical findings from 2016 to 2020 in a Swiss prison. *Psychiatry Res.* 2021;303:114107.
35. Puzzo, I., Aldridge-Waddon, L., Stokes, N., Rainbird, J., Kumari, V. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Forensic Mental Health Services and Clinical Outcomes: A Longitudinal Study. 2022;12.
36. Kasinathan, J., Haysom, L., Andriotis, H., Wheaton, M., Lloyd, T., Langstaff, R., McClell, R., Whiting, N., Southgate, S., Vita, M., McGrath, C., Palmai, M., Armstrong, C., O'Donovan, C., Oyan, M., Woodward, J., Wilson, C. Keeping COVID out: A collaborative approach to COVID-19 is associated with a significant reduction in self-harm in young people in custody. *Australas Psychiatry.* 2021;29(4):412-6.
37. Brooke, B.S., Schwartz, T.A., Pawlik, T.M. MOOSE Reporting Guidelines for Meta-analyses of Observational Studies. *JAMA Surgery.* 2021;156(8):787-8.
38. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2020.
39. Viechtbauer, W. Conducting meta-analyses in R with the metafor package. *Journal of Statistical Software.* 2010;36(3):1-48.

40. Bonello, F., Zammit, D., Grech, A., Camilleri, V., Cremona, R. Effect of COVID-19 pandemic on mental health hospital admissions: Comparative population-based study. *BJPsych Open*. 2021;7(5):e141.
41. Clerici, M., Durbano, F., Spinogatti, F., Vita, A., de Girolamo, G., Micciolo, R. Psychiatric hospitalization rates in Italy before and during COVID-19: Did they change? An analysis of register data. *Ir J Psychol Med*. 2020;37(4):283-90.
42. Dvorak, L., Sar-El, R., Mordel, C., Schreiber, S., Tene, O. The Effects of the 1(st) National COVID-19 Lockdown on Emergency Psychiatric Visit Trends in a Tertiary General Hospital in Israel. *Psychiatry Res*. 2021;300:113903.
43. Gonçalves-Pinho, M., Mota, P., Ribeiro, J., Macedo, S., Freitas, A. The Impact of COVID-19 Pandemic on Psychiatric Emergency Department Visits - A Descriptive Study. *Psychiatr Q*. 2021;92(2):621-31.
44. Itrat, A., Jagadheesan, K., Danivas, V., Lakra, V. A comparative study of access to inpatient psychiatric treatment in a public mental health service in Melbourne during COVID-19. *Indian J Psychiatry*. 2020;62(Suppl 3):S454-S8.
45. Montalbani, B., Bargagna, P., Mastrangelo, M., Sarubbi, S., Imbastaro, B., De Luca, G.P. and al. The COVID-19 Outbreak and Subjects With Mental Disorders Who Presented to an Italian Psychiatric Emergency Department. *J Nerv Ment Dis*. 2021;209(4):246-50.
46. Nejati, N., Crocker, C., Kolajova, M., Morrison, J., Simon, P., Sridharan, S., Tibbo, P. Examination of the impact of COVID-19 public health quarantine measures on acute mental health care services: A retrospective observational study. *Psychiatry Res*. 2021;302:113999.
47. Pignon, B., Gourevitch, R., Tebeka, S., Dubertret, C., Cardot, H., Dauriac-Le Masson, V., Trebalag, A.K., Barruel, D., Yon, L., Hemery, F., Loric, M., Rabu, C., Pelissolo, A., Leboyer, M., Schurhoff, F., Pham-Scottez, A. Dramatic reduction of psychiatric emergency consultations during lockdown linked to COVID-19 in Paris and suburbs. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;74(10):557-9.
48. Cerrato, F., Esposito, M., Drusiani, A., Moi, I., Franciosi, E., Assueri, N. and al. Locking out the virus: Management of a SARS-CoV-2 outbreak in an Italian prison. *Int J Prison Health*. 2021;ahead-of-print(ahead-of-print).

49. Collica-Cox, K., Molina, L. A Case Study of the Westchester County New York's Jail Response to COVID-19: Controlling COVID while Balancing Service Needs for the Incarcerated-A National Model for Jails. *Victims & Offenders*. 2020;15(08-Jul):1305-16.
50. Giuliani, R., Cairone, C., Tavoschi, L., Ciaffi, L., Sebastiani, T., Bartolotti, R. and al. COVID-19 outbreak investigation and response in a penitentiary setting: The experience of a prison in Italy, February to April 2020. *Euro Surveill*. 2021;26(38).
51. Gouvea-Reis, F.A., Oliveira, P.D., Silva, D.C.S., Borja, L.S., Percio, J., Souza, F.S. and al. COVID-19 Outbreak in a Large Penitentiary Complex, April-June 2020, Brazil. *Emerg Infect Dis*. 2021;27(3):924-7.
52. Simpson, A.I.F., Chatterjee, S., Darby, P., Jones, R.M., Maheandiran, M., Penney, S.R., Saccoccio, T., Stergiopoulos, V., Wilkie, T. Management of COVID-19 Response in a Secure Forensic Mental Health Setting: Réponse à la gestion de la COVID-19 dans un établissement sécurisé de santé mentale et de psychiatrie légale. *Can J Psychiatry*. 2020;65(10):695-700.
53. Wilburn, J., Blakey, E., Trindall, A., Burr, H., Tanti, V., Doolan, S. and al. COVID-19 within a large UK prison with a high number of vulnerable adults, march to june 2020: An outbreak investigation and screening event. *Int J Infect Dis*. 2021;104:349-53.
54. Challinor, A., Naylor, K., Verstreken, P. The effects of COVID-19 on self-harm in a high-secure psychiatry hospital. *The Journal of Forensic Practice*. 2021;23(3):230-9.
55. Webb, L. COVID-19 lockdown: A perfect storm for older people's mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2021;28(2):300.
56. Ambrosetti, J., Macheret, L., Folliet, A., Wullschleger, A., Amerio, A., Aguglia, A., Serafini, G., Prada, P., Kaiser, S., Bondolfi, G., Sarasin, F., Costanza, A. Psychiatric emergency admissions during and after COVID-19 lockdown: Short-term impact and long-term implications on mental health. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):465.
57. Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) in China, 2020. *China CDC Wkly*. 2020;2(8):113-22.

58. Lavezzo, E., Franchin, E., Ciavarella, C., Cuomo-Dannenburg, G., Barzon, L., Vecchio, C.D. and al. Suppression of COVID-19 outbreak in the municipality of Vo', Italy. medRxiv. 2020:2020.04.17.20053157.
59. O'Driscoll, M., Ribeiro Dos Santos, G., Wang, L., Cummings, D.A.T., Azman, A.S., Paireau, J. and al. Age-specific mortality and immunity patterns of SARS-CoV-2. Nature. 2021;590(7844):140-5.
60. Hong, D., Lee, S., Choi, Y.J., Moon, S., Jang, Y., Cho, Y.M. and al. The age-standardized incidence, mortality, and case fatality rates of COVID-19 in 79 countries: A cross-sectional comparison and their correlations with associated factors. Epidemiol Health. 2021;43:e2021061.
61. La Rochelle, X. Gestion de crise en psychiatrie légale : les conséquences de la COVID-19 dans un institut psycho-légal canadien. Montréal, Québec (Canada) : Université de Montréal. 2022.
62. Lemieux, A.J., Dumais Michaud, A.-A., Damasse, J., Morin-Major, J.-K., Nguyen, T.N., Lesage, A. and al. Management of COVID-19 for Persons with Mental Illness in Secure Units: A Rapid International Review to Inform Practice in Québec. Victims & Offenders. 2020;15(7-8):1337-60.
63. Dumais Michaud, A.-A., Lemieux, A.J., Dufour, M., Plante, L., Crocker, A.G. COVID-19 et pratiques professionnelles dans les milieux institutionnels fermés. Santé Publique. 2022;33(6):979-89.
64. de Garine-Wichatitsky, M., Binot, A., Morand, S., Kock, R., Roger, F., Wilcox, B.A. and al. Will the COVID-19 crisis trigger a One Health coming-of-age? Lancet Planet Health. 2020;4(9):e377-e8.
65. Ruckert, A., Zinszer, K., Zarowsky, C., Labonté, R., Carabin, H. What role for One Health in the COVID-19 pandemic? Can J Public Health. 2020;111(5):641-4.