



Institut national
de psychiatrie légale
Philippe-Pinel
AFFILIÉ À
Université de Montréal



Les équipes de suivi intensifs en milieux adaptés à la psychiatrie légale : faits et questions



Note informative

Juillet 2020

pinel.qc.ca



Cette réponse rapide 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).

Analyse et rédaction

Audrey-Anne Dumais-Michaud, PhD, Professeure adjointe, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais et chercheure régulière au Centre de recherche de l'INPL-PP

Ashley J. Lemieux, PhD, Agente de planification, de programmation et de recherche, UETMI-SMJS de l'INPL-PP

Kim Regaudie, MSc, Spécialiste en activités cliniques, criminologue, INPL-PP

Mathieu Dufour, MD, FRCPC, Adjoint au chef de département de psychiatrie et psychiatre, INPL-PP, Professeur adjoint, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal

Félix Albert Bélanger, BSc, Étudiant au doctorat en psychologie, Université de Montréal

Evelyne Gratton, BSc, Étudiante à la maîtrise en psychologie, Université de Montréal

Anne G. Crocker, PhD, Directrice de la recherche et de l'enseignement universitaire, INPL-PP & Professeure titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie et École de Criminologie, Université de Montréal

Recherche documentaire

Hongyue Pan, M.S.I, Agente d'information, INPL-PP

Édition et mise en page

Marylou Bossé, B.A., Conseillère-cadre en communication

Pour citer ce document

Dumais Michaud, A.-A., Lemieux, A.J., Regaudie, K., Dufour, M., Bélanger, F.A., Gratton, E., et Crocker, A.G. (2020). Les équipes de suivi intensif en milieux, adapté à la psychiatrie légale : faits et questions. 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, Année
ISBN : 978-2-921483-52-0 (PDF)

Tous droits réservés

© UETMI-SMJS - Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, 2020

Table des matières

Contexte	5
• COVID-19 : nouvelles pratiques en réponse à une transformation des services	5
• Hiérarchisation des services en psychiatrie légale	5
• Question d'évaluation	6
Méthodologie	7
• Sélection des documents	7
• Extraction des données, codification, analyse et synthèse	7
Résultat de la recherche exploratoire	8
• Description des études	8
• Caractéristiques des usagers	8
• Structure et fonctionnement	9
Compétences professionnelles	9
Suivi : intensité et capacité	10
Services et disponibilités	11
Défis et effets indésirables	11
Avantages et impacts mesurés	12
• Zones d'incertitude	13
• Réalité et besoins de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel	14
Discussion	16
• Limites	17
• Conclusions	17
Bibliographie	18

Contexte

COVID-19 : nouvelles pratiques en réponse à une transformation des services

En mars 2020, la COVID-19 frappe le Québec et force un réaménagement des services dans tout le réseau de la santé et des services sociaux, incluant les services en psychiatrie légale. Face à cette situation complètement nouvelle, une évaluation des technologies et modes d'intervention (ETMI) portant sur les meilleures stratégies à mettre en place pendant cette crise sanitaire avec les personnes aux prises avec un trouble mental en milieux fermés a été demandée (Lemieux, Damasse, & Morin Major, 2020). Le rapport de cette réponse rapide, publié le 8 juillet 2020, souligne entre autres le risque de contagion élevé dans les milieux fermés, comme les institutions de psychiatrie et les établissements de détention, puisqu'ils sont souvent densément peuplés et pauvrement ventilés (c.-à-d., peu de fenêtres en raison des risques d'évasion). Qui plus est, la vulnérabilité accrue des personnes en raison de leurs multiples comorbidités physiques augmente les risques de complications liées à la COVID-19. Enfin, d'une part, leurs problèmes de santé mentale rendent plus difficile l'application des mesures sanitaires (comme la distanciation physique); d'autre part, les mesures peuvent exacerber des problèmes de santé mentale existants. Une des principales recommandations soulignées par ce rapport d'ETMI est donc l'importance de réduire la quantité de

personnes (patients et détenus) dans ces milieux afin de réduire le risque de transmission ainsi que le recours à des mesures d'isolements pour faire respecter les mesures sanitaires. Ce délestage se fait, d'une part, par la restriction des critères d'admission (dans le cas des personnes détenues, il s'agit de la suspension provisoire des arrestations et jugements pour les délits mineurs), et d'autre part par l'obtention d'un congé ou d'une libération conditionnelle anticipée. Dans tous les cas, cette diminution du soutien à l'interne doit être compensée par une augmentation des services dans la collectivité. Parce que la pandémie a forcé plusieurs organismes communautaires à fonctionner avec des horaires et du personnel restreints, et qu'ils fonctionnent avec des ressources limitées aussi en temps normal, certains services en communauté doivent ainsi être offerts par les établissements eux-mêmes.

Hiérarchisation des services en psychiatrie légale

Cette nouvelle réalité s'arrime avec les travaux entrepris depuis 2016 par la Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour instaurer des services hiérarchisés en psychiatrie légale, dans la région de Montréal et à travers le Québec. Cette réorganisation des services identifie l'Institut national de psychiatrie

légale Philippe-Pinel (INPL-PP) comme un établissement de troisième ligne offrant des services surspécialisés à des personnes nécessitant un niveau élevé de sécurité thérapeutique (en lien avec la dangerosité). Ces travaux ont été entrepris suite à un nombre considérable de consultations dans le réseau de psychiatrie légale, dont fait état notamment le rapport Tourigny (2014). Ce rapport souligne d'ailleurs l'importance d'assurer des services ambulatoires surspécialisés et signifie la possibilité d'inclure des équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM) spécialisé en psychiatrie légale à l'INPL-PP, en précisant que cette éventualité pourrait être envisagée après avoir assuré la présence d'équipes SIM aux autres paliers de services.

Or, la crise sanitaire provoquée par la COVID-19 force le réseau à réexaminer encore une fois l'organisation de nos services en fonction des besoins de nos utilisateurs de services et d'accélérer nos échéanciers de projets. Nous sommes face à une clientèle qui a des besoins soutenus en termes de sécurité thérapeutique, de risque de comportements problématiques ainsi que de symptomatologie psychiatrique importante. Nous avons également la nécessité de libérer, lorsque possible, des lits en établissement surspécialisé afin

de faire face aux nouvelles mesures sanitaires et d'assurer que les personnes hospitalisées ne sont pas continuellement confinées avec une réduction de services. Ce délestage des lits permettra une diminution des mesures d'isolement ainsi qu'une diminution du risque de transmission. Par contre, nous ne pouvons procéder à cette réorganisation sans assurer un suivi soutenu dans la communauté, tant pour assurer le bien-être des patients que pour la sécurité du public. Les experts prévoient une deuxième vague de la pandémie de la COVID-19 à l'automne 2020. Nous devons donc faire preuve d'agilité afin de mettre en place des pratiques fondées sur les données probantes qui pourront rapidement répondre aux besoins du réseau, de la population et des patients.

Question d'évaluation

Un projet d'ETMI sous forme de note informative a donc été entrepris pour répondre à la question suivante :

Quelles sont les caractéristiques, avantages, et difficultés à prendre en considération dans l'implantation de services de style suivi intensif dans le milieu (SIM) spécialisé en psychiatrie légale?

Le rapport suivant fait état des résultats « d'une recension des recensions » des écrits (« umbrella review » ou revue parapluie).

Méthodologie

Une recension exploratoire de la littérature scientifique a été réalisée le 29 juin 2020, dans une seule banque de données bibliographique, PsycInfo, par une professionnelle en documentation. La recherche ciblait spécifiquement des recensions des écrits (incluant des recensions systématiques, narratives, examens de la portée, méta-analyses, etc.). Les recensions devaient porter sur la réintégration en communauté des personnes issues du milieu de la psychiatrie légale.

Sélection des documents

La recherche documentaire a permis de repérer 204 références. De ce premier échantillon d'articles, une première sélection rudimentaire a été faite en ciblant les articles dont le titre ou le résumé contenait le mot « assertive » (pour « assertive community treatment » ou ACT, le terme anglais pour désigner les équipes SIM). Cette méthode a réduit l'échantillon à 22 articles. Ensuite, deux assistants de recherche ont procédé à une sélection des articles à partir des textes complets. Parmi eux, huit des articles n'étaient pas des recensions, trois articles ne portaient pas sur une population de psychiatrie légale, un article ne portait pas sur les services pour soutenir le retour en communauté, et un article était un doublon. Au total, 9 articles ont été inclus dans la recension.

Extraction des données, codification, analyse et synthèse

Une grille d'extraction sommaire a été développée par une professionnelle en ETMI afin de répondre à la question d'évaluation. Pour chaque article retenu, un des deux agents de recherche a extrait les informations disponibles au sujet de:

- 1) la recension (type, nombre d'articles inclus, objectifs);
- 2) les caractéristiques des utilisateurs de services;
- 3) la structure et la composition des équipes;
- 4) les défis dans l'implantation et effets indésirables;
- 5) les avantages de ces services et leurs impacts mesurables.

Aucune évaluation de la qualité des études n'a été réalisée. Les résultats sont présentés sous forme d'une synthèse narrative.



Résultats de la recherche exploratoire

Description des études

Parmi les 9 études incluses, quatre étaient des recensions systématiques (entre 11 et 75 articles inclus dans chaque recension), une recension rapportait le nombre d'articles recensés (n=10) sans méthodologie, et quatre articles étaient des recensions narratives (sans méthodologie ou nombre d'articles rapportés). Les articles identifiés portent soit sur les « forensic assertive community treatment team » (FACT; équipes SIM spécialisées en psychiatrie légale) spécifiquement, sur les ACT ou bien sur les services ambulatoires de façon plus générale (bien que tous contenaient des informations au sujet des équipes FACT à un degré ou un autre). Les articles visent à décrire les modèles et leur structure, réviser les évidences au sujet de leur efficacité, ou bien faire un survol plus général de la littérature sur le sujet.

Caractéristiques des usagers

De manière générale, les FACT ciblent des personnes qui ont des troubles mentaux ayant des démêlées avec le système judiciaire. D'entrée de jeu, les auteurs précisent que les recherches varient tant dans ce qui est compris comme étant des démêlés avec la justice que les critères d'inclusion liés aux troubles mentaux (Cuddeback, Simpson, & Wu,

2020). Par exemple, parfois le programme exige que la personne ait un diagnostic, parfois sa participation au programme est basée sur son historique judiciaire. Par conséquent, les accusations criminelles des personnes admises dans les programmes couvraient un grand spectre : des délits non violents aux délits violents (Morrissey, Meyer, & Cuddeback, 2007). Cuddeback et al. (2020) ont défini des critères d'admission aux programmes FACT comme suit : un trouble mental grave et persistant avec plus de trois détentions carcérales ou plus au cours d'une année (Cuddeback et al., 2020). Or, malgré ces critères, il est reconnu que le critère lié aux antécédents judiciaires est beaucoup moins homogène entre les programmes : la gravité des antécédents judiciaires (plusieurs détentions, accusations récentes, etc.) ; les types de contacts judiciaires (prison, tribunaux de santé mentale, probation, non-responsabilité pour cause de troubles mentaux, etc.) ; ou encore sur les accusations (délits violents, sexuels, délits mineurs, etc.) (Cuddeback et al., 2020).

L'une des distinctions entre les personnes visées par les programmes ACT et FACT réside dans les types de besoins qui semblent plus importants pour celles dans les équipes FACT. De plus, les équipes FACT ciblent exclusivement des personnes judiciairisées de la psychiatrie légale. L'étude de Marquant, Sabbe, Van Nuffel, et Goethals (2016) a ciblé trois facteurs significatifs aux personnes pouvant influencer leur trajectoire de services :

- 1) des antécédents de crimes violents;
- 2) un refus de traitement en psychiatrie;
- 3) une présence de traits antisociaux.

De manière générale, il semble que les individus interpellés par une équipe FACT étaient plus susceptibles d'être des hommes issus de minorités visibles avec un passé d'itinérance, de consommation et un profil clinique plus complexe (Cuddeback et al., 2020). Spécifiquement aux troubles mentaux, Lamberti et Weisman (2010) ont fait émerger que 56 % des participants avaient soit un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizoaffectif et 21 % avaient un trouble bipolaire. Également, une grande majorité, soit 89 %, avait un trouble co-concomitant lié à l'abus de substance. Sur l'histoire criminelle, 64 % avaient déjà été condamnés pour des délits et 37 % avaient commis des délits violents. D'ailleurs, 55 % des personnes étaient en probation au moment de leur participation au programme et 52 % étaient en situation d'itinérance. Lamberdi et Weisman (2010) ont aussi démontré que la question de la surreprésentation des minorités est aussi présente puisque 49 % étaient des Afro-américains, hispaniques ou encore provenaient d'autres groupes ethniques minoritaires.

Ce bref portrait statistique révèle que les personnes admises dans les programmes FACT font l'expérience de difficultés plurielles pouvant exacerber leur vulnérabilité sociale et d'intégration communautaire.

Structure et fonctionnement

Compétences professionnelles

Les travaux de recherches de Cuddeback et al. (2020) réalisés au Royaume-Uni sont très instructifs sur la manière de structurer une équipe FACT. Pour les auteurs, une organisation qui désire mettre sur pied une équipe FACT doit tout d'abord identifier des professionnels ayant une expérience probante avec des personnes qui ont des troubles mentaux et des démêlées avec la justice. Cette prérogative liée à l'expérience professionnelle reconnaît ainsi l'expertise acquise des professionnels en lien avec des enjeux singuliers de la psychiatrie légale, souvent associée à l'évaluation et la gestion du risque de violence ou de comportements criminels. En ce sens, l'adaptation à la psychiatrie légale des modèles ACT en FACT devrait intégrer ces deux éléments clés : 1) une définition d'une tâche hybride du professionnel, puisqu'il devra réaliser des interventions thérapeutiques et de contrôle et 2) des évaluations de risques spécialisées (Cuddeback et al., 2020).

Morrissey et al. (2007) définissent les équipes FACT comme étant des équipes hybrides spécialisées

basées sur le modèle ACT. Si l'attention dans le modèle ACT est portée sur la diminution de la fréquence et de la durée des hospitalisations, les équipes FACT travaillent à prévenir la récidive et la détention en prison (Morrissey et al., 2007). À ce sujet, pour assurer un fonctionnement optimal des équipes FACT, Cuddeback et al. (2020) précisent qu'elles doivent être en mesure de communiquer avec le système de justice pénale. Marquant et al. (2016) insistent aussi sur l'importance d'implanter les équipes FACT à partir d'éléments clés du modèle ACT ainsi que des fondements de base de la réinsertion sociale en psychiatrie légale (e.i., Risk Need Responsivity et Good Lives Model).

Une des particularités des équipes FACT est l'intégration d'un agent de probation, dans le cas de clientèle provenant des établissements de détention. En effet, dans leur recension, Cuddeback et al. (2020) ont trouvé que la moitié des équipes mobilisent un agent de probation. Dans le même sens, Marquant et al. (2016) ont fait émerger dans leurs travaux que dans la grande majorité des équipes FACT, un agent de probation à temps plein était intégré à l'équipe FACT. Lamberti et Weisman (2010) partagent ce même résultat dans leur recherche en précisant que 11 équipes sur 16 étudiées intègrent

un agent de probation et/ou un intervenant en toxicomanie en tant que membres de l'équipe.

Suivi : intensité et capacité

En termes de capacité, Lamberti et Robert (2010) indiquent que la capacité des équipes FACT varie entre 25 et 106 personnes avec une moyenne de 63 personnes. Ils précisent que la moitié des programmes acceptaient des personnes sous autorisation judiciaire de soins et que la plupart acceptaient des personnes qui ont récemment été reconnues coupables pour des crimes violents. En outre, ces programmes collaborent avec les tribunaux, le milieu correctionnel et de probation.

Cuddeback et al. (2020) ciblent également une donnée importante dans le déploiement des équipes FACT : si les participants aux programmes FACT ne sont pas nécessairement différents des autres participants des programmes ACT, la distinction se trouve dans les besoins complexes des participants FACT. L'intensité des interventions devrait être ainsi proportionnelle au niveau de risque et devrait cibler les besoins liés au risque (Marquant et al., 2016). Toujours selon ces auteurs, l'intervention devrait être adaptée aux caractéristiques spécifiques de l'individu. De manière concrète, dans l'étude de Lamberti et Weisman (2010), la moitié des équipes FACT comportait un volet résidentiel supervisé dont certains offraient des traitements en toxicomanie.

Services et disponibilités

Sous un autre angle, des éléments plutôt contradictoires émergent dans la structure des équipes FACT et leur fidélité aux équipes ACT. De fait, Morrissey et al. (2007) mentionnent que les équipes FACT fonctionnent souvent sous le modèle ACT sans toutefois intégrer des éléments fidèles au modèle : par exemple, une disponibilité 24/7, des rencontres d'équipe quotidiennes et des professionnels spécialistes. Or, Cuddeback et al. (2020) expliquent que la plupart des équipes adhèrent au modèle traditionnel ACT tant dans leur structure, que dans les rencontres quotidiennes, que la manière que la charge de travail était partagée. Tout comme Morrissey et al. (2007), Cuddeback et ses collaborateurs (2020) remarquent des variations du modèle ACT concernant la couverture 24/7 et les services illimités dans le temps.

Si les programmes FACT peuvent se situer à différentes étapes du processus judiciaire (dans des programmes de déjudiciarisation, intégrés aux tribunaux de santé mentale pour faciliter la libération conditionnelle, après l'incarcération, etc.) (Morrissey et al., 2007), les équipes FACT doivent mettre en place différentes stratégies de sortie et de transition (Cuddeback et al., 2020). En ce sens, des fonds substantiels doivent être disponibles pour assurer des services dans la communauté.

Défis et effets indésirables

D'entrée de jeu, il faut bien saisir que le modèle FACT est une intervention à forte intensité dans l'utilisation des ressources. Ainsi, l'un des premiers défis réside dans la définition de la population ciblée par le modèle afin de faire une utilisation rigoureuse des ressources pour les individus présentant des risques et des besoins singuliers avec des antécédents criminels. Également, la participation au programme FACT n'est pas une panacée au sens où si les ressources sociales ne sont pas disponibles, il est probable que les équipes FACT ne soient aussi efficaces que les ressources déjà présentes (Cuddeback et al., 2020). Par exemple, la littérature indique qu'il est essentiel de s'assurer que les personnes suivies par les équipes FACT aient accès à une offre de logements sociaux, des emplois adaptés ou encore de véritables opportunités à la participation à la société civile.

À travers leur recension portant sur 10 équipes FACT aux États-Unis, Lamberti et Weisman (2010) ont ciblé différents défis : établissement de critères d'admission et de sortie ; répondre aux besoins liés à une formation

spécialisée; répondre aux besoins liés au manque de personnel; identifier et gérer les difficultés liées à la communication et la collaboration; gérer les problèmes des professionnels notamment la sécurité, l'épuisement professionnel, le roulement du professionnel et la confusion des rôles; obtenir des logements sociaux et des services de soins primaires; et assurer la continuité des soins et des services alternatifs suite à un abandon du programme.

Morrissey et al. (2007) précise pour leur part des défis singuliers pour les équipes FACT en lien avec le fait d'être financé par le système de justice, notamment des difficultés budgétaires et de collaboration. Les auteurs ciblent également des enjeux liés aux transferts de coûts entre le système de santé et pénal, c'est-à-dire à savoir « qui » en bénéficie et donc « qui » devrait payer.

Dans des essais cliniques randomisés, il semble que le taux d'arrestation soit plus élevé pour les personnes des programmes FACT. Pour Morrissey et al.

(2007), cette donnée peut être attribuée au fait que des agents de probation sont intégrés aux équipes FACT. D'ailleurs, il semble que les résultats empiriques démontrant l'efficacité des FACT dans la réduction des arrestations et la capacité de garder les individus hors du milieu carcéral sont assez faibles. Pour Morrissey et al. (2007), les adaptations des modèles FACT ont produit des résultats incohérents.

Enfin, l'un des principaux défis soulevés réside dans les différences de culture de pratique entre le milieu de la probation (sécurité du public) et les équipes de santé mentale (rétablissement et réduction des méfaits) (Cuddeback et al., 2020).

Avantages et impacts mesurés

Les travaux s'intéressant aux équipes FACT semblent démontrer un faible taux de récidive, une diminution du nombre jours incarcérés tout comme moins de jours hospitalisés (Cuddeback et al., 2020). Ces diminutions dans le nombre de jours d'hospitalisation et d'incarcération ont un impact direct dans la réduction des coûts hospitaliers et d'incarcération (Morrissey et al., 2007). Les programmes étant les plus fidèles au modèle ACT semblent obtenir de meilleurs

résultats liés à la qualité de vie (Morrissey et al., 2007).

Les données des travaux de recherche de Cuddeback et al. (2020) dresse une liste des différents avantages des équipes FACT. Tout d'abord, ils indiquent que les équipes FACT permettent une amélioration du fonctionnement dans la communauté. Sur le plan clinique, il semble également que l'engagement au traitement à la dépendance soit plus important et surtout que les personnes feraient une meilleure utilisation des services en santé mentale. Pour Lamberti et Weisman (2010) les équipes FACT facilitent l'accès à des services cliniques adéquats. De plus, ils indiquent que la collaboration entre les équipes de santé mentale et du système de justice permet l'utilisation du levier juridique comme stratégie d'intervention (Lamberti & Weisman, 2010) où les équipes peuvent maximiser les perceptions de choix et d'autonomie (Cuddeback et al., 2020).

Zones d'incertitude

Plusieurs facteurs mènent les individus à avoir des comportements délictueux: pauvreté, toxicomanie, traits de personnalité, soutien social et affectif, etc. Ainsi, pour parvenir à de meilleurs résultats en termes de retombées psychosociales, les équipes FACT devraient cibler prioritairement la toxicomanie, l'itinérance, favoriser le soutien social et l'engagement dans la communauté. La manière dont les équipes FACT devraient définir leur stratégie d'intervention concernant les attitudes et les pensées menant à des comportements délictuels demeurent floues dans la littérature (Cuddeback et al., 2020). Enfin, puisqu'aucun modèle standardisé n'est disponible à ce jour, les données sur la manière dont les FACT fonctionnent et s'opèrent demeurent assez limitées.



Réalité et besoin de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

À l'INPL-PP les besoins de suivis intensifs dans la collectivité se situent à plusieurs niveaux:

- 1) des personnes libérées avec ou sans condition de la Commission d'examen des troubles mentaux ne nécessitant pas d'hospitalisation en 2e ligne, mais nécessitant un niveau d'intensité élevé de soutien;
- 2) les personnes avec ou sans mandat légal ne nécessitant pas le niveau de soins et de sécurité physique de l'INPL-PP (niveau de soins alternatif; NSA);
- 3) les personnes pour lesquelles une tentative d'intégration communautaire doit être mise en œuvre afin de réduire la concentration de la clientèle et de libérer des lits à l'INPL-PP pour des personnes ayant des besoins aigus de sécurité physique et thérapeutique, particulièrement dans un contexte de reprise d'activités cliniques en temps d'urgence sanitaire.

De plus, des équipes de suivis intensifs dédiées avec des corridors de services et des retours hospitaliers potentiels en fonction du niveau du risque de la personne sont nécessaires afin d'assurer la fluidité

des trajectoires de services hiérarchisés en psychiatrie légale.

L'INPL-PP offre d'ores et déjà des services externes à des patients de troisième ligne en processus de réintégration de la communauté après une période d'hospitalisation surspécialisée au sein de cet établissement. Le principal programme, qui offre des services à cette clientèle est le programme de transition-réadaptation. L'objectif de ce programme est d'assurer les services de suivi psychiatrique multidisciplinaires. Tant l'hospitalisation au sein de l'établissement que les services offerts en externe sont conçus comme un épisode de soin et non comme une destination finale. En ce sens, les actions cliniques doivent être mises en place et évoluer en fonction de l'état clinique du patient et du niveau de risque qu'il présente, tout en respectant le principe de la mesure la moins contraignante possible, et viser un retour vers les services de proximité lorsqu'indiquées.

Les services offerts via le programme de transition-réadaptation couvrent de nombreux objectifs cliniques :

- 1) assurer la gestion du risque de violence à l'externe et la stabilité mentale des patients en facilitant leur réintégration sociale;
- 2) mettre rapidement en œuvre le processus de retour vers les services de proximité lorsque possible tout en identifiant les obstacles cliniques;

3) rassembler les conditions favorables à la réintégration du milieu de la 2e ligne et en accompagnant les patients dont le suivi par les services externes de l'INPL-PP sera plus long dans l'optique d'améliorer leur qualité de vie et d'évoluer vers des solutions moins contraignantes.

Pour ce faire, les patients du programme peuvent compter sur les services de suivis psychiatriques, infirmiers, criminologiques et psychologiques. Tout en contribuant au mouvement de la clientèle NSA dans le système de santé, ces services doivent s'insérer dans le principe de hiérarchisation des soins en psychiatrie légale au Québec.

Dans cette optique, la proposition d'organisation des services hiérarchisés de psychiatrie légale à Montréal (Tourigny, 2014, p.43) recommandait l'inclusion d'une équipe SIM dans le modèle de psychiatrie légale :

« Le modèle de psychiatrie légale pourrait aussi inclure, dans sa gamme de services ambulatoires, des équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM) spécialisées en psychiatrie légale. À ce stade-ci, nous ne pouvons statuer sur la valeur ajoutée de mettre en place de tels services spécialisés avant de doter la région du nombre requis d'équipes SIM. Les équipes déjà constituées devront toutefois pouvoir compter sur des expertises complémentaires spécialisées en psychiatrie légale par la

contribution ponctuelle du personnel de l'IPPM¹ et des autres domaines de spécialisation comme la dépendance. Celles à mettre en place devraient quant à elles pouvoir intégrer à l'équipe de base, des ressources professionnelles possédant cette expertise de pointe incluant notamment la gestion du risque, la dépendance et la connaissance du milieu judiciaire. »

Le présent document s'inscrit ainsi dans la suite des travaux de hiérarchisation. En tant qu'Institut national, il est justifié que nous agissions à titre de pionnier afin de mettre en place une équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) spécialisée en psychiatrie légale en se basant sur le modèle des FACT décrit dans la littérature et d'en évaluer les retombées. Selon les résultats des études du domaine, ce modèle d'équipe d'intervention est mis de l'avant afin de gérer le risque et de répondre aux besoins spécifiques d'une clientèle en psychiatrie légale qui présente un risque de récidive élevé, mais qui ne nécessiterait/ne pourrait pas être hospitalisée et/ou détenue.

Il convient toutefois de déterminer clairement la clientèle à qui sont destinés les services d'une équipe FACT dans une

¹ Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM), ancienne dénomination de l'INPL-PP

Discussion

optique de hiérarchisation des soins ambulatoires en psychiatrie légale et afin de la différencier de la clientèle desservie par les équipes SIM « régulières ». Pour ce faire, l'utilisation de différents outils d'évaluation est tout indiqué, notamment l'utilisation du Quatuor DUNDRUM ², et plus spécifiquement les DUNDRUM 3 et 4 qui permettent de déterminer les cibles de traitement en fonction des 7 piliers de soin et le niveau sécuritaire auquel le patient devrait recevoir les services adaptés à ses besoins en fonction de son rétablissement. Ainsi, en se basant sur la description des services externes offerts actuellement par l'INPL-PP, sur le modèle FACT tel que décrit dans la littérature et sur les 7 piliers déterminés par l'outil DUNDRUM, les services actuels pourraient être bonifiés afin de répondre aux besoins d'une clientèle en psychiatrie légale présentant un risque de récidive élevé mais ne nécessitant pas ou ne pouvant pas être hospitalisé/détenu en raison, par exemple, de leur statut légal.

2 Kennedy, H. G., O'Neill, C., Flynn, G., Gill, P., & Davoren, M. (2013). *Dangerousness understanding, recovery and urgency manual (the DUNDRUM quartet)* V1. 0. 26 (01/08/13) Four structured professional judgement instruments for admission triage, urgency, treatment completion and recovery assessments. Dublin, Ireland: Trinity College Dublin.

Cette réponse rapide a permis de cibler des pistes à explorer dans le fonctionnement des équipes FACT. Quoi qu'il en soit, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux documenter les éléments efficaces aux équipes FACT, soit les utilisateurs de services et les circonstances dans lesquelles les équipes fonctionnent le mieux, ainsi que les résultats visés par ces équipes (Cuddeback et al., 2020). En effet, l'absence d'un modèle standardisé FACT permet difficilement de dresser un portrait du fonctionnement des équipes FACT. Par conséquent, les résultats des travaux de recherche sont inconsistants, voire même contradictoires.

Au sortir de l'analyse, il émerge que la culture de pratique semble influencer les résultats. Par exemple, il a été nommé que l'intégration dans l'équipe FACT d'un agent de probation pouvait expliquer les taux élevés d'arrestation dus à une surveillance plus serrée des comportements. Cette donnée semble mettre en exergue d'un côté des interventions visant la protection du public et le risque et de l'autre côté, une intervention intégrée au rétablissement et à la réduction des méfaits. La « couleur » de l'équipe et, surtout, la manière dont le mandat et les buts de l'équipe FACT sont définis vont influencer et encourager certaines pratiques.

Limites

Bien que cette étude exploratoire puisse nous éclairer quant à la pertinence et la structure des équipes FACT/SIM spécialisées en psychiatrie légale, il importe de souligner ses limites.

D'une part, une seule banque de données bibliographiques a été sondée. Il est donc possible que d'autres recensions de la littérature pertinentes n'aient pas été incluses dans la recherche parce qu'elles n'ont pas été identifiées.

Deuxièmement, la qualité des études incluses n'a pas été évaluée. Or, nous avons inclus à la fois des recensions systématiques et des recensions narratives dans notre synthèse, sans distinction.

Le lecteur doit donc garder une certaine réserve face aux conclusions qui sont dressées. Enfin, cette recension s'appuie sur une recension des recensions – les informations qui se trouvent dans les articles sont donc nécessairement moins précises et détaillées que si nous avions fait une recension des articles primaires. Une recension plus traditionnelle (de type systématique, ou rapide) pourrait être envisagée afin de répondre à des questions plus spécifiques.

Conclusions

Une recension préliminaire de ce genre ne peut servir afin de faire des recommandations claires sur les modes d'interventions à mettre en place. Par contre, la crise à laquelle nous faisons face actuellement nous force à prendre action rapidement. Ce rapport préliminaire indique des résultats prometteurs des équipes FACT/SIM spécialisées en psychiatrie légale en ce qui a trait à une diminution des arrestations et du nombre de jours en prison tout comme la durée d'hospitalisation. Plus spécifiquement, il semble que l'engagement au traitement à la dépendance soit plus important. On dénote aussi une meilleure utilisation des services en santé mentale.

Enfin, nous invitons également l'INPL-PP à s'inscrire dans une démarche de réflexion quant au déploiement de ce nouveau programme ancré dans une vision claire avec des valeurs rattachées à l'Institut. La culture de pratique entraînera des distinctions dans la manière de structurer les équipes, dans la philosophie de soin et dans le type d'accompagnement à mettre de l'avant.

Bibliographie

- *Cuddeback, G. S., Simpson, J. M., & Wu, J. C. (2020). A comprehensive literature review of forensic assertive community treatment (fact): Directions for practice, policy and research. *International Journal of Mental Health*, 49(2), 106-127. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/00207411.2020.1717054>
- *Hopkin, G., Evans-Lacko, S., Forrester, A., Shaw, J., & Thornicroft, G. (2018). Interventions at the transition from prison to the community for prisoners with mental illness: A systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(4), 623-634. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10488-018-0848-z>
- *Jennings, J. L. (2009). Does assertive community treatment work with forensic populations? Review and recommendations. *The Open Psychiatry Journal*, 3. doi:<http://dx.doi.org/10.2174/1874354400903010013>
- *Kisely, S. (2016). Are there any situations where community treatment orders are effective? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(4), 381-382. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0004867415605172>
- *Lamberti, J. S., & Weisman, R. L. (2010). Forensic assertive community treatment: Origins, current practice, and future directions. In H. A. Dlugacz (Ed.), *Reentry planning for offenders with mental disorders: Policy and practice*. (pp. 1-27). Kingston, New-Jersey: Civic Research Institute.
- Lemieux, A. J., Damasse, J., & Morin Major, J.-K. (2020). 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. Retrieved from https://pinel.qc.ca/wp-content/uploads/2020/07/GestionCOVID_reponse-rapide-VF.pdf
- *Marquant, T., Sabbe, B., Van Nuffel, M., & Goethals, K. (2016). Forensic assertive community treatment: A review of the literature. *Community Mental Health Journal*, 52(8), 873-881. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10597-016-0044-0>
- *Morrissey, J., Meyer, P., & Cuddeback, G. (2007). Extending Assertive Community Treatment to criminal justice settings: Origins, current evidence, and future directions. *Community Mental Health Journal*, 43(5), 527-544. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10597-007-9092-9>

*Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 37-74. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033314>

*Srinivasaraghavan, J. (2007). International work in forensic psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(5), 516-520. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0b013e32827b14bc>

Tourigny, M. (2014). Proposition d'organisation de services hiérarchisés en psychiatrie légale à Montréal. Montréal, Québec (Canada): L'Agence de la Santé et des Services sociaux. Retrieved from <https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/publications/publication-description/publication/proposition-dorganisation-de-services-hierarchises-en-psychiatrie-legale-a-montreal-1/>

*Articles inclus dans la recension des écrits.