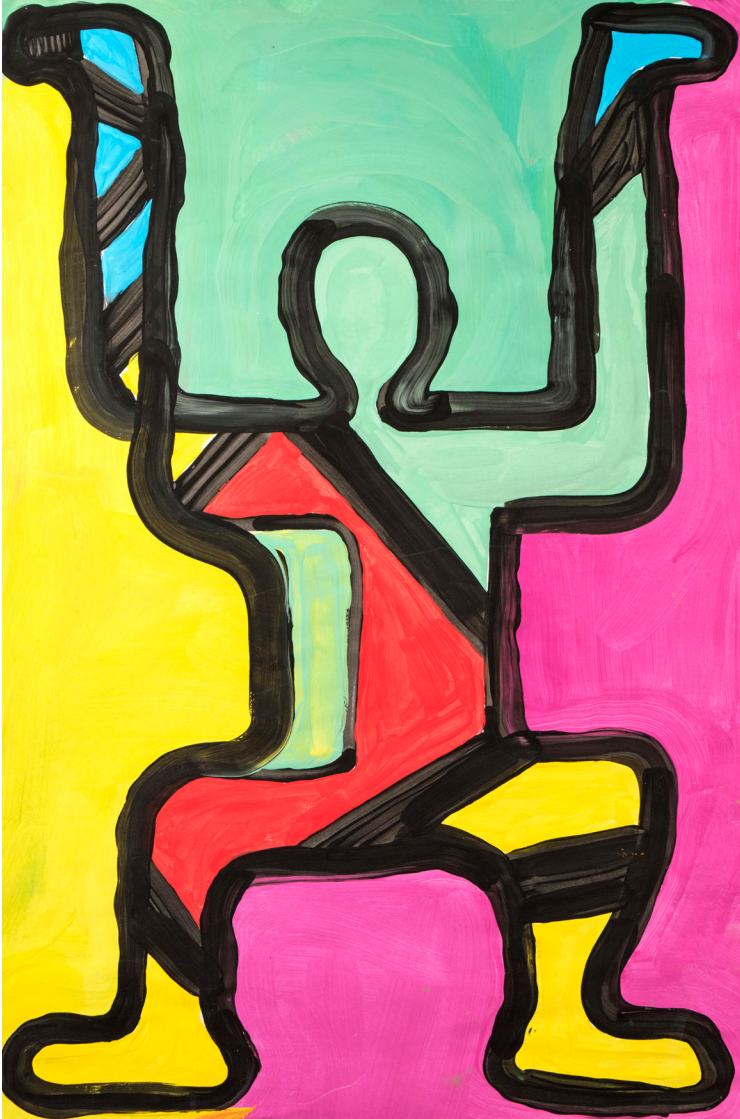




santé mentale au Québec



Santé mentale et justice

Directeur: François Lespérance

Directeur émérite: Yves Lecomte (TELUQ)

Rédactrice et rédacteur en chef: Mosaïque – Nadine Larivière (Université de Sherbrooke et CRIUSMM)
Thématiques – Marc Corbière (UQAM et CRIUSMM)

Comité de rédaction SMQ-2018: Leila Ben Amor, Charles Bonsack, Catherine Briand, Jean Caron, Marjory Clermont-Mathieu, Luigi De Benedictis, Martin Desseilles, Virginie Doré-Gauthier, Philippe Duverger, Marie-Josée Fleury, Nicolas Franck, Stéphane Guay, Marcel Jaeger, Louis Jehel, Steve Kisely, Pierre Lalonde, Tania Lecomte, Yves Lecomte, Alain Lesage, Gwénolé Loas, Thanh-Lan Ngô, Jean-François Pelletier, Milena Pereira-Pondé, Hélène Provencher, Jean-Luc Roelandt, Jean-Jacques Ronald, Monique Séguin, Emmanuel Stip, Constantin Tranulis, Jacques Tremblay

Responsable de la production: Jean-Marie Bioteau

Responsable du développement international: François Lespérance

Tableau de la couverture: José Bernard, gouache sur papier, 45,5 × 30 cm, 1996, Non titré

Les Impatients est un organisme à but non lucratif dont la mission est d'aider les personnes atteintes de problèmes de santé mentale en leur offrant des ateliers d'expression artistique.

Pour communiquer avec la revue :

Téléphone: 514-993-2448

Adresse électronique: smq@umontreal.ca

Site Internet: www.revue-smq.ca

94^e numéro

ISBN epub: 978-2-9819563-6-1

ISBN autre: 978-2-9819563-8-5

ISBN PDF: 978-2-9819563-7-8

Les articles de la revue *Santé mentale au Québec* sont répertoriés dans PubMed, Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Index de la santé des services sociaux, INIST (Pascal), International Bibliography of The Social Sciences, International Current Awareness Services, Repère, Social Work Research and Abstracts, Sociological Abstracts, e-psyche, LLC, BDSP (banque de données en santé publique).



Créée en septembre 1976, *Santé mentale au Québec* est une revue d'orientation psychosociale, elle publie des articles de recherche expérimentale et d'innovation sociale. Elle a pour principal objectif de répondre aux besoins de développement des connaissances scientifiques, universitaires et cliniques.



**santé
mentale
au Québec**

Santé mentale et justice

Le dossier du présent numéro a été coordonné par
Anne G. Crocker et Valérie Moulin avec la collaboration
de Marc Corbière (rédacteur en chef, *Thématiques*)
et Nadine Larivière (rédactrice en chef, *Mosaïque*).

Les lecteurs et lectrices sont invités à consulter le site Internet de *Santé
mentale au Québec* à l'adresse suivante :

www.revue-smq.ca

Vous pouvez maintenant consulter en ligne l'intégralité des articles
publiés depuis 1976 sur les sites suivants :

<http://www.erudit.org/revue/smq>

Sommaire

ÉDITORIAL

- 9 **Le message c'est le médium**
Équipe Santé mentale au Québec
- 11 **PRÉSENTATION THÉMATIQUE**
Anne G. Crocker et Valérie Moulin
- 19 **Traumatismes complexes et services psycholésaux : vers des pratiques sensibles au trauma**
Laurence Roy, Nancy Keays, Ashley Lemieux, Marianne Nicole et Anne G. Crocker
- 37 **Au-delà du logement : l'effet hétérogène de *Logement d'abord* sur l'implication criminelle de personnes vivant avec un trouble mental**
Marichelle Leclair, Éric Latimer, Ashley Lemieux, Laurence Roy, Tonia Nicholls et Anne G. Crocker
- 63 **Les méthodes et enjeux relatifs à l'évaluation du risque de la violence hétérodirigée**
Jean-Pierre Guay, Joao Da Silva Guerreiro et Anne G. Crocker
- 87 **Le nouveau défi des services destinés aux personnes présentant un premier épisode de psychose : intégrer des interventions pour prévenir et réduire les agressions physiques**
Sheilagh Hodgins et Valérie Moulin
- 111 **Surveiller, contrôler et traiter : le consentement aux soins à la Commission québécoise d'examen**
Emmanuelle Bernheim, Guillaume Ouellet, Pierre Pariseau-Legault et Nicolas Sallée
- 129 **Les mesures thérapeutiques en droit pénal suisse. Un peu de soin, un contrôle de longue durée et une forte obsession sécuritaire**
Nicolas Queloz

- 151 Le Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale : une revue intégrative**
Marie-Hélène Goulet et Clara Lessard-Deschênes
- 181 Survol de l'organisation des services de santé mentale forensique à travers le monde : vers un modèle hiérarchisé-équilibré**
Anne G. Crocker, Marichelle Leclair, Félix Albert Bélanger et Jamie Livingston

MOSAÏQUE

- 219 Présentation Mosaïque**
Nadine Larivière
- 221 Les enjeux liés à la victimisation dans le traitement de la dépendance aux substances : Qu'en disent les cliniciens en dépendance ?**
Francine Ferland, Nadine Blanchette-Martin, Chantal Plourde, Catherine Rossi, Annie-Claude Savard, Maggie-Audrey Bernier, Gabrielle Ehouarne, Mélanie Blais et Rosalie Genois
- 241 Portrait de la santé mentale des femmes qui ont recours aux organismes communautaires d'une région québécoise**
Emmanuelle Bédard, Nicole Ouellet, Cécile Cormier, Marylène Dugas, Caroline Sirois et Hélène Sylvain
- 263 Portrait des symptômes d'anxiété généralisée chez les élèves du secondaire : l'importance de la prévention, du dépistage et de l'intervention**
Danyka Therriault, Andrée-Anne Houle, Julie Lane, Jonathan Smith, Patrick Gosselin, Pasquale Roberge et Audrey Dupuis
- 289 Évaluation des propriétés psychométriques de l'échelle abrégée de Kessler (K6) parmi les adolescents québécois**
Jessica Turgeon, Stéphanie Turgeon et Jacques Marleau
- 309 Influence de la comorbidité dans le traitement cognitif-comportemental des troubles anxieux et de l'humeur**
Jessica Philippe, Martin D. Provencher, Geneviève Belleville et Guillaume Foldes Busque
- 333 Processus d'élaboration de la nouvelle Stratégie québécoise numérique en prévention du suicide : Suicide.ca**
Julie Lane, Louis-Philippe Côté, Jérôme Gaudreault, Luc Massicotte, Luiza Maria Manceau, Réal Labelle, Cécile Bardon, Jeanne Bazinet, Jessica Rassy et Mélanie Rembert

ÉDITORIAL

Le message c'est le médium

« Le message c'est le médium »

MARSHALL McLUHAN

Aujourd'hui, les revues savantes disposent d'un nombre grandissant de canaux médiatiques pour faire connaître leur travail et tenter de se distinguer dans un monde largement dominé par la langue de Shakespeare. Il ne suffit pas de publier des articles, encore faut-il les promouvoir efficacement. À valeur égale, le fond et la forme sont indissociables.

Dans cet esprit, l'équipe de *Santé mentale au Québec* a d'abord mis en place de nouveaux critères pour la soumission des articles avec la volonté affirmée de publier ce qui se fait de mieux dans la langue de Molière en matière de santé mentale. Il en va des articles scientifiques comme de tout texte qui prétend interpeller le plus grand nombre : clarté, méthode et rigueur sont nécessaires. En matière d'édition savante, la concurrence est telle que la qualité s'impose. Ces nouveaux critères seront effectifs lors de la publication du prochain numéro.

Quant à se distinguer, il faut s'en donner les moyens et ne pas hésiter à maîtriser les technologies qui font florès de nos jours. Balados, événements, promotions ciblées sont, entre autres, autant de possibilités d'attirer l'attention du lecteur. Mais cela nécessite des ressources tant matérielles qu'humaines. C'est pourquoi, la revue, à la faveur de l'octroi d'une aide financière du Fonds de recherche québécois société et culture (FRQSC), entend produire des balados audiovisuels pour promouvoir les articles qu'elle publie. Souvent le temps fait défaut aux professionnels de la santé pour lire les récentes publications ; raison de plus pour les inciter à la lecture en attisant leur curiosité par le truchement de ces capsules. À cela s'ajoutent les réseaux sociaux désormais incontournables qu'il convient de bien maîtriser pour rejoindre le bon

public, de même qu'une présence plus active en termes événementiels. C'est ce que *Santé mentale au Québec* a commencé à faire en s'associant au *Colloque Santé mentale et travail 2021* et en participant à *La semaine de la santé numérique au Canada*. Tout ceci n'est bien sûr que le début d'un travail de fond qui est désormais engagé pour rendre accessible au plus grand nombre la connaissance en matière de santé mentale.

Mais prudence, s'agissant des revues savantes, il n'est pas certain que le message ne soit que le médium!

L'équipe de *Santé mentale au Québec*

PRÉSENTATION

Anne G. Crocker^a et Valérie Moulin^b

Rédactrices invitées

À travers le monde, de nombreux changements démographiques, sociaux, économiques et politiques ainsi que des avancées scientifiques (psychopharmacologiques et psychosociales) ont conduit à une transformation des modes de prise en charge des personnes présentant des problèmes de santé mentale. La prise en charge hospitalière traditionnelle est remise en question, voire désinvestie au profit d'une logique de soutien et d'accompagnement, orientée vers le citoyen à part entière et le rétablissement (Commission de la santé mentale du Canada, 2012; gouvernement du Québec, 2015; Office des personnes handicapées du Québec, 2009). En l'absence de ressources communautaires appropriées et significatives, ces transformations se sont toutefois accompagnées d'un recours accru au système de justice, pour la prise en charge des personnes ayant des problèmes de santé mentale associés à des comportements déviants. Les personnes vivant des problèmes santé mentale, leurs proches et les intervenants qui les accompagnent, doivent ainsi composer avec de multiples dispositifs et procédures judiciaires, tant civils (régime de protection, autorisation judiciaire de soins, garde en établissement) que pénaux (évaluation de la responsabilité criminelle, aptitude à subir son procès, évaluation du risque de récidive, etc.).

-
- a. Ph. D., professeure titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie et École de criminologie, Université de Montréal; Directrice recherche et enseignement universitaire, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.
 - b. Maître de conférences, Institut de psychiatrie légale, Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois; Université de Grenoble-Alpes, LIP/PC2S.

Même si au Canada, par exemple, le Bureau d'enquêteur correctionnel (Sapers, 2014), le Protecteur du Citoyen du Québec (2019), le ministère de la Santé et les Services sociaux (gouvernement du Québec, 2021, 2022) identifient, de plus en plus, les lacunes des systèmes judiciaires, correctionnels, de santé et sociaux en matière de prise en charge des personnes ayant des problèmes de santé mentale, et qui sont judiciairisées, des manques persistent et des défis sont à relever. Ils sont relatifs à l'insuffisance de services psychosociaux et médicaux adaptés aux besoins des personnes présentant des comportements «dérangeants» et parfois violents et au manque de prévention individualisée de ces comportements; mais aussi au manque de prise en compte des victimisations vécues au sein des services judiciaires, de sécurité publique, de santé et services sociaux, ces dernières pouvant impacter les trajectoires des personnes suivies.

L'évolution des politiques pénales centrées sur le risque, ici de récidive, a introduit une logique de rétention sécuritaire, parfois difficilement compatible avec une évolution favorable des troubles psychiques présentés par les personnes; le manque de continuité entre les différents systèmes et services (sanitaires, sociaux, judiciaires) accentue les difficultés dans le parcours des personnes présentant des problèmes de santé mentale et des comportements violents. Autant de situations et d'obstacles à une réelle prévention de la violence et à une dynamique de judiciarisation.

De plus, une tendance collective à la polarisation autour de la question des risques s'est dessinée ces dernières années, ainsi que des réponses institutionnelles plutôt que communautaires, ce qui peut majorer la stigmatisation. Cette stigmatisation peut aussi être associée à une approche déterministe du lien entre troubles mentaux et risque de violence. Ce dernier point crée une fausse dichotomie entre le rétablissement d'un côté, et la sécurité publique de l'autre, alors que l'intégration dans la collectivité diminue le risque de violence et de récidive (Dvoskin et coll., 2011) et que les interventions punitives d'une intensité disproportionnée au risque tendent plutôt à l'augmenter (Andrews et Bonta, 2010; Andrews et coll., 2011), nuisant à la sécurité publique. La stigmatisation peut aussi être liée à une méconnaissance tant des caractéristiques des personnes que des facteurs de risque et de protection de comportements violents, ainsi que des méthodes d'évaluation et de gestion du risque de violence.

Des incidents médiatisés mettent régulièrement en lumière la complexité des situations et le caractère parfois tragique des tensions entre

intérêts thérapeutiques, intérêts sécuritaires et publics et le respect des droits et des libertés. Ils posent également la question du manque d'initiatives et de programmes de prévention de la violence ou de la judiciarisation.

Nous profitons du 50^e anniversaire de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, le plus important hôpital de psychiatrie légale au Canada, et de nos collaborations dans la francophonie, pour interroger l'état des connaissances à l'interface de la santé mentale, de la justice et de la sécurité publique. Les services de santé mentale forensiques ont connu une augmentation des demandes qui leur sont adressées (Jansman-Hart et coll., 2011). La recherche dans ce champ a parallèlement subi d'importantes transformations et s'est enrichie de l'apport et de l'intégration de multiples disciplines (psychologie, psychiatrie, addictologie, criminologie, travail social, soins infirmiers, droit, sociologie); elle bénéficie aujourd'hui de diverses perspectives, approches et connaissances, tant empiriques que théoriques.

Dans ce numéro thématique sur la santé mentale et la justice, nous proposons d'explorer l'état des connaissances scientifiques sur le sujet et les avenues de recherche et d'interventions prometteuses. Dans un premier temps, au travers de quatre articles, les trajectoires cliniques, criminologiques et sociales des personnes judiciarisées avec des problèmes de santé mentale et des pistes potentielles d'intervention sont explorées. Puis, dans un deuxième temps, quatre articles abordent successivement la régulation des comportements agressifs et criminels des personnes ayant des troubles mentaux graves et l'organisation des services.

La section relative aux trajectoires des personnes judiciarisées avec des problèmes de santé mentale aborde dans un premier article la question des traumatismes complexes. Roy et coll. notent que les recherches réalisées ces vingt dernières années montrent que l'exposition à des événements traumatiques répétés pendant l'enfance et l'adolescence est associée à une prévalence accrue de troubles mentaux, de dépendances, de problèmes de santé physique et de difficultés psychosociales. La conséquence la plus fréquente de l'exposition à des événements traumatiques est la violence envers soi et les autres. Après avoir défini la notion de trauma complexe, les autrices abordent leurs implications dans les trajectoires de soins et dans l'accompagnement des personnes. Les services psychologiques, avant tout conçus et formés à l'accueil des auteurs, sont encore peu sensibles aux traumatismes vécus par ces derniers et à leurs implications dans les suivis. Au regard de

la prévalence élevée des traumatismes complexes, les services psychologiques doivent pouvoir adapter leurs pratiques, la formation des professionnels, leurs politiques organisationnelles et leur offre de services.

Les personnes vivant avec un problème de santé mentale qui sont en situation d'itinérance ne sont pas étrangères à des contacts fréquents avec le système de justice. Le cumul de ces situations influence inévitablement les trajectoires de soins et judiciaires futures. Dans leur article, Leclair et coll. font état d'une analyse des personnes les plus susceptibles de bénéficier du programme *Logement d'abord* pour les personnes en situation d'itinérance ayant un problème de santé mentale, dans la réduction des comportements criminels et violents. En effet, les études ont tendance à montrer que le programme *Logement d'abord* en soi a peu d'effet sur la récidive criminelle. Les auteurs ont alors porté une attention particulière à l'étude de sous-groupes de personnes ayant des antécédents judiciaires en analysant les données des sites de Montréal, Toronto et Vancouver du projet de démonstration Chez Soi (Goering et coll., 2011) et démontrent qu'une attention particulière doit être portée à l'intégration d'intervention portant sur la réduction des facteurs criminogènes à travers le programme *Logement d'abord*.

À ce sujet, l'évaluation du risque de comportement violent et de récidive étant devenu une pratique incontournable dans les services judiciaires, pénitentiaires et de psychiatrie légale, Guay et coll. abordent cette question en présentant les différents types de méthodes et d'outils d'évaluation des facteurs de risque et de protection, mais aussi leurs similitudes, différences et complémentarités. Ils présentent également l'intérêt de la formulation du risque, telle que développée par Douglas et coll. (2013) nécessitant la prise en compte des dynamiques criminelles et des besoins des personnes qui font l'objet de l'évaluation du risque. Les auteurs terminent par les enjeux conceptuels, méthodologiques, de fidélité, et d'agencement des différents types d'évaluation.

L'article de Hodgins et Moulin, présente les résultats d'études afin d'inciter les services de santé mentale, destinés aux personnes présentant un premier épisode de psychose, à évaluer le risque d'agression physique et à intervenir rapidement pour prévenir ces comportements, à côté du traitement des troubles psychotiques. Après avoir présenté les différents profils de patients violents et leurs spécificités, les auteurs abordent les facteurs liés aux comportements violents tels que l'abus de substances (notamment la consommation de cannabis), les difficultés à reconnaître les émotions sur le visage d'autrui, l'impulsivité

et la victimisation physique. À côté des interventions qui ont montré leur efficacité pour la prise en charge des troubles psychotiques et les habiletés sociales, des programmes de traitement conçus pour prévenir les comportements violents apparaissent nécessaires, ainsi que des interventions visant à réduire les victimisations. Les auteurs proposent également de travailler l'engagement et l'adhésion des patients dans les interventions (cognitivo-comportementales) afin de prévenir les comportements violents.

La section relative à la régulation des comportements agressifs et criminels des personnes ayant des troubles mentaux graves et l'organisation des services débute par un regard critique sur la question du consentement aux soins dans le cadre du fonctionnement des Commissions d'examen des troubles mentaux responsables des dispositions auprès de personnes déclarées non criminellement responsables pour cause de troubles mentaux. Par le biais d'une étude ethnographique, Bernheim et coll. soulèvent l'ambiguïté quant aux conditions d'imposition des traitements dans les dispositions des commissions d'examen qui doivent plutôt gérer le risque à la sécurité publique des accusés. La question du traitement et de l'adhésion au traitement représente un thème récurrent au cours des audiences menant à des discussions sur le style de vie des accusés et donc ce que les auteurs suggèrent à un processus de surveillance plus général. Les auteurs soulèvent des questions importantes quant à la compréhension des limites d'interprétation et d'utilisation des dispositions des Commissions d'examen pour des fins d'intervention thérapeutiques.

Dans son article sur les mesures d'enfermement « thérapeutique » en Suisse, Queloz propose d'abord un rappel historique des mesures pénales de traitement en Suisse et de leur place dans le système des sanctions pénales. L'auteur conduit ensuite une analyse critique des mesures thérapeutiques institutionnelles de durée indéterminée, ordonnées à l'égard de délinquants considérés comme souffrant d'un « grave trouble mental ». Après avoir décrit leur augmentation au cours de ces 20 dernières années, il montre comment dans le cadre de ces mesures pénales, les objectifs de soins sont supplantés par des objectifs sécuritaires, dans une logique avant tout centrée sur le contrôle.

Ensuite, Goulet et Lessard-Deschênes se penchent sur la question de la prévention ou la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale à partir d'une revue intégrative. Les mesures de contrôle, que ce soit l'isolement ou la contention, bien que devant être des mesures d'exception ou de dernier recours, font encore partie

prévalente des services en santé mentale. Ces mesures posent des dilemmes éthiques importants pour les intervenants et une atteinte aux droits de la personne pour plusieurs. Les autrices présentent les résultats de leur revue et proposent un *Modèle de Prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale*.

Finalement nous (Crocker et coll.) réalisons un survol international de l'organisation des services de santé mentale forensique qui sont élaborés en fonction des cadres légaux des différents pays comme ceux de la Common Law, ceux de droit civil et des anciens pays communistes par exemple. Les niveaux de centralisation varient significativement également. De ce survol nous identifions une série d'indicateurs de qualité ou d'efficacité potentielle des services et proposons un modèle de services qui serait équilibré (institutionnel et communautaire) et hiérarchisé en fonction des niveaux de complexité, des profils cliniques, des besoins et des risques.

Le domaine d'intervention et de recherche qui se situe à l'interface de la santé mentale et de la justice a évolué au cours des dernières années et force est de constater que les futures recherches devront se centrer sur les programmes de prévention et d'intervention dans la collectivité, tout en posant notamment la question du désistement des comportements violents ou criminels à partir des milieux institutionnels.

Si le nombre de manuscrits dans un tel numéro ne permet pas de représenter l'ensemble du domaine, nous espérons que ce numéro thématique constituera un levier pour susciter la soumission et la publication d'autres travaux dans le domaine; en particulier ce qui a trait aux programmes de prévention de la violence chez les personnes vivant avec un trouble mental grave, aux programmes d'alternatives à l'incarcération, aux interventions postinstitutionnalisation carcérales et psychiatriques, aux directives anticipées en santé mentale et aux modèles d'hébergements en santé mentale forensique, pour ne citer que ces derniers.

RÉFÉRENCES

- Andrews, D. A. et Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5 ed.). <https://doi.org/10.4324/9781315721279>
- Andrews, D. A., Bonta, J. et Wormith, J. S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38(7), 735-755. <https://doi.org/10.1177/0093854811406356>

- Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer des vies: Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Commission de la santé mentale du Canada.
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D. et Belgrave, H. (2013). *HCR-20v3, Évaluation du risque de violence, Guide de l'utilisateur*. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Dvoskin, J. A., Skeem, J. L., Novaco, R. W. et Douglas, K. S. (2011). *Using Social Science to Reduce Violent Offending*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195384642.001.0001>
- Goering, P. N., Streiner, D. L., Adair, C., Aubry, T., Barker, J., Distasio, J., . . . Zabkiewicz, D. M. (2011). The At Home/Chez Soi trial protocol: a pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. *BMJ Open*, 1 (2), e000323. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000323>
- Gouvernement du Québec. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020: Faire ensemble et autrement*. Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Gouvernement du Québec. (2021). *Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026: S'allier devant l'itinérance*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-846-01W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026: S'unir pour un mieux-être collectif*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>
- Jansman-Hart, E. M., Seto, M. C., Crocker, A. G., Nicholls, T. L. et Côté, G. (2011). International Trends in Demand for Forensic Mental Health Services. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(4), 326-336. <https://doi.org/10.1080/14999013.2011.625591>
- Ministère de la Justice du Canada. (2019). *L'état du système de justice pénale – Rapport 2019*. Département de la Justice du Canada. <https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/etat-state/rap2019-2019rpt/etat-state.pdf>
- Office des personnes handicapées du Québec. (2009). *À part entière: pour un véritable exercice du droit à l'égalité. Politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées*. Office des personnes handicapées du Québec.
- Protecteur du citoyen. (2019). *Rapport annuel d'activités 2018-2019*. Assemblée nationale du Québec. https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_annuels/protecteur-citoyen-rapport-annuel-2018-2019.pdf
- Sapers, H. (2014). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2013-2014*. Bureau de l'Enquêteur Correctionnel. <https://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20132014-fra.aspx>

Traumatismes complexes et services psychologiques : vers des pratiques sensibles au trauma

Laurence Roy^a

Nancy Keays^b

Ashley Lemieux^c

Marianne Nicole^d

Anne G. Crocker^e

RÉSUMÉ Objectifs L'exposition à des événements traumatiques répétés pendant l'enfance et l'adolescence est associée à une prévalence accrue de troubles mentaux, de dépendances, de problèmes de santé physique et de difficultés psychosociales (Felitti et coll., 2019). La conséquence la plus fréquente de l'exposition

-
- a. Professeure agrégée, École de physiothérapie et d'ergothérapie, Université McGill; Chercheuse, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas; Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales (CREMIS).
 - b. Infirmière clinicienne équipe itinérance/équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII) du CIUSSS Centre-sud-de-l'Ile-de-Montréal; Praticienne-chercheuse au Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS).
 - c. Ph. D., Agente de planification, de programmation et de recherche. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention – Santé mentale, justice et sécurité, Direction de la recherche et de l'enseignement universitaire. Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.
 - d. Candidate à la maîtrise en criminologie, École de criminologie, Université de Montréal; Coordonnatrice de recherche, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.
 - e. Ph. D., professeure titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie et École de criminologie, Université de Montréal; Directrice Recherche et enseignement universitaire, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.

à des événements traumatiques est la violence envers soi et les autres (Hugues et coll., 2017). La prévalence particulièrement élevée du traumatisme complexe chez les personnes utilisant les services psychologiques entraîne la nécessité de revoir les pratiques, la formation du personnel, les politiques organisationnelles et l'offre de services. L'objectif du présent essai est de contribuer à une telle transformation des services en clarifiant les impacts du traumatisme complexe sur les trajectoires et les expériences de soins des personnes utilisatrices de services psychologiques, ainsi que les pratiques développées en réponse à ce phénomène.

Méthode Nous avons mené une recension de la littérature scientifique et grise sur le traumatisme complexe et les pratiques sensibles au trauma auprès des personnes susceptibles d'utiliser les services psychologiques. Une fois synthétisés, les résultats ont été mis en dialogue avec nos expériences de cliniciens et chercheurs par la conception d'une vignette clinique illustrant les principaux thèmes des écrits scientifiques.

Résultats Nous abordons d'abord le rôle du traumatisme complexe et de la victimisation dans le développement de comportements violents. Nous nous attardons en particulier aux expériences négatives des soins et services vécues par les personnes, en l'absence de reconnaissance et de compréhension du phénomène du traumatisme complexe et de ses conséquences. Nous décrivons les principes fondamentaux d'une approche de soins sensible au trauma (confiance et transparence; sécurité; soutien par les pairs; collaboration et mutualité; prise de pouvoir et choix; sensibilité aux différences de genres, cultures et historiques), ainsi que les interventions cliniques et organisationnelles s'inscrivant dans une telle approche. Enfin, nous présentons les efforts réalisés à l'échelle internationale pour instaurer des politiques et pratiques sensibles au trauma dans les milieux psychologiques, ainsi que les possibilités et les défis liés à la mise en œuvre de telles approches au Québec.

Conclusion À ce jour, peu de travaux de recherche ont porté spécifiquement sur la mise en œuvre et l'évaluation des approches sensibles au trauma en milieu psycholégal. L'état actuel des connaissances indique qu'une compréhension fine des traumatismes complexes vécus par les personnes utilisant les services psychologiques est incontournable, et doit se retrouver à l'avant-plan des recherches, politiques et pratiques psychologiques contemporaines.

MOTS CLÉS organisation des services, politiques publiques, trauma, trouble mental

Complex Trauma and Forensic Mental Health Services: Towards Trauma-informed Care

ABSTRACT Objectives Exposure to repeated traumatic events during childhood and adolescence is associated with high prevalences of mental illness, addictions, physical health conditions, and psychosocial difficulties (Felitti et al., 2019). The

most common consequence of exposure to trauma is violence towards self and others (Hughes et al., 2017). The very high prevalence of complex trauma among forensic mental health service users challenges these settings to modify their practices, training approaches, policies, and service delivery approaches. The objective of this article is to contribute to such a transformation of forensic mental health services by clarifying the impacts of complex trauma on the trajectories and experiences of forensic mental health services users, as well as practices responding to complex trauma.

Methods We reviewed the published and grey literature on complex trauma among forensic mental health service users. After synthesizing the findings, they were contrasted with our experiences as clinicians and researchers in the field of forensic mental health care through the development of a case vignette.

Results We first identify the role of complex trauma and victimization in the development and maintenance of violent behaviours. We describe the negative experiences of services and care settings reported by individuals with complex trauma in the absence of recognition and understanding of traumatic experiences and their impacts. We highlight the fundamental principles of trauma-informed care (trust and transparency; safety; peer support; collaboration and reciprocity; empowerment and choice; sensitivity to gender, cultural and historical differences), as well as the clinical and organizational approaches emerging from those principles. Next, we describe the approaches developed internationally to apply and implement trauma-informed care in forensic mental health setting, and the opportunities and challenges associated with their implementation in the Québec context.

Conclusion To date, few studies have documented and evaluated the implementation of trauma-informed care in forensic mental health settings. The literature reviewed in this paper indicates that an in-depth understanding of complex trauma among forensic mental health service users should be at the core of contemporary forensic research, policies and practices.

KEYWORDS mental illness, organization of services, public policies, trauma

Un intérêt grandissant de la société civile et des institutions sociales et de santé envers le phénomène du traumatisme complexe a émergé au cours des dernières années. Parallèlement, on observe un développement accéléré de politiques et de pratiques dites « sensibles au trauma » (Collin-Vézina, Brend et Beeman, 2020). La prévalence particulièrement élevée du traumatisme complexe chez les personnes utilisant les services psycholégaux entraîne pour ces milieux la nécessité de revoir leurs pratiques, la formation de leur personnel, leurs politiques

organisationnelles et leur offre de services. L'objectif du présent essai est de contribuer à une telle transformation des services en clarifiant, par le biais d'une synthèse des connaissances et d'une vignette clinique exposant les problématiques, les impacts du traumatisme complexe sur les trajectoires et les expériences de soins des personnes utilisatrices de services psycholégaux, ainsi que les pratiques développées en réponse en ce phénomène.

Le traumatisme complexe chez les populations psycholégales

La notion de traumatisme complexe réfère à l'exposition, particulièrement pendant l'enfance et l'adolescence, à des traumatismes interpersonnels répétés, et aux réactions associées à ces événements négatifs dans de nombreux domaines du fonctionnement (Greeson et coll., 2011; Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018). Dans le présent article, à l'instar d'autres auteurs (Milot, Collin-Vézina et coll., 2018), nous distinguons le traumatisme complexe du trouble de stress post-traumatique (TSPT), bien que des chevauchements importants existent entre ces phénomènes. Dans le TSPT, un certain nombre de réactions sont associées à l'événement traumatique : la reviviscence de l'événement, comme des souvenirs traumatiques ; l'évitement des déclencheurs de tels souvenirs, et l'émoussement de la réactivité générale ; les difficultés de régulation affective et neurologique (l'hypervigilance, par exemple) ; des expériences de dépersonnalisation et de déréalisation ; et des altérations dans les cognitions (le blâme de soi persistant, par exemple) (American Psychiatric Association, 2013). Toutefois, plusieurs auteurs ont suggéré que le TSPT ne représenterait pas de façon complète et adéquate l'expérience des personnes ayant vécu des événements traumatiques répétés et souvent perpétrés par des figures censées les protéger (D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola et van der Kolk, 2012). Plusieurs travaux suggèrent également que, dans les populations marginalisées, particulièrement les personnes judiciarisées et incarcérées, plusieurs présentent des symptômes s'apparentant au TSPT sans qu'un diagnostic formel ne soit posé ou qu'un traitement adapté ne soit offert (Jakobowitz et coll., 2017; Stinson, Quinn et Levenson, 2016; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014). Ces critiques nous amènent à identifier le concept de traumatisme complexe comme porteur pour mieux appréhender les trajectoires des utilisateurs de services psycholégaux. Dans le cadre du présent

article, nous retenons la définition du traumatisme complexe de Ford et Courtois (2013) :

« des expériences qui 1) sont interpersonnelles et impliquent souvent la trahison; 2) sont répétées ou prolongées; 3) impliquent un tort direct par différentes formes d'abus (psychologiques/émotifs, physiques, et sexuels), de négligence, ou d'abandon de personnes en charge des soins, de la protection, ou l'encadrement des victimes, généralement des jeunes ou de leurs propres enfants (telles que les parents ou membres de la famille, les enseignants, les entraîneurs, ou des conseillers religieux), ou les pertes traumatiques de ces relations; 4) surviennent à des périodes vulnérables du développement de la vie, comme la petite enfance, ou ébranlent significativement les acquis développementaux à n'importe quel moment de la vie ».

Vignette clinique : Le parcours de Manu

Manu, 45 ans, d'origine autochtone, a été pris en charge par la direction de la protection de la jeunesse (DPJ) à l'âge de 2 ans et a vécu principalement dans des familles d'accueil blanches à partir de 7 ans. Il n'a plus de contact avec sa communauté d'origine et ne parle plus sa langue maternelle. La mère de Manu s'est suicidée alors qu'il avait 13 ans. Ses parents avaient tous les deux une dépendance à l'alcool et une santé mentale fragilisée par leurs propres vécus traumatiques. Bien qu'il ne nomme pas les détails des événements ayant mené aux placements par la DPJ, Manu rapporte avoir été agressé sexuellement par un homme de sa communauté à 5 ans, puis attaché nu à une clôture, battu et humilié par quatre adolescents. Il rapporte avoir eu l'impression d'être sorti de son corps et n'avoir plus rien ressenti pendant les agressions. Il a commencé à éprouver un profond sentiment de honte et de dégoût de lui-même et mentionne que depuis la dernière agression, il se sent « mort à l'intérieur ».

À l'enfance, Manu a reçu un premier diagnostic de trouble du comportement (violence verbale et physique et automutilation sévère). Ces troubles de comportement ont entraîné une incapacité des familles d'accueil à le garder et il a été régulièrement déplacé de famille en famille. Il n'y a jamais créé des relations stables et sécuritaires. Il est en situation d'itinérance depuis la fin de son dernier placement à l'âge de 18 ans. Ses séjours à la rue ont été entrecoupés de multiples périodes d'incarcération et d'hospitalisations lorsque ses épisodes d'automutilation mettaient en danger son intégrité physique.

Les travaux de recherche menés depuis plus de 25 ans indiquent que les adultes exposés à de multiples formes de traumatismes pendant l'enfance sont beaucoup plus susceptibles de présenter des dépendances, des troubles mentaux et des problèmes de santé physique

(Felitti et coll., 2019; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014). Une méta-analyse récente indique toutefois que la conséquence la plus importante des traumatismes complexes est la violence envers soi et les autres (Hughes et coll., 2017). Il n'est donc pas surprenant que la prévalence de traumatisme complexe soit très élevée chez les populations judiciairisées, en particulier celles utilisant les services psycholégaux (Briere, Agee et Dietrich, 2016; Marotta, 2017; McKenna, Jackson et Browne, 2019; Stinson et coll., 2016). Ces services peuvent inclure des établissements ou unités de psychiatrie légale, mais également d'autres milieux à vocation de détention ou correctionnelle recevant des personnes ayant des troubles mentaux, par exemple les services psychiatriques ou psychologiques en milieux correctionnels. Une des caractéristiques communes à ces milieux est leur double rôle de traitement des personnes ayant des troubles mentaux et de protection du public.

Les mécanismes liant les traumatismes et la violence subie au développement de comportements agressifs et violents sont encore méconnus (Nicholls et Goossens, 2017); toutefois, certaines hypothèses ont été mises de l'avant. D'abord, les études portant sur la neurobiologie du traumatisme complexe montrent que les traumatismes interpersonnels répétés favorisent le développement de ce qui a été nommé un « cerveau de survie » caractérisé par la vigilance, l'anticipation, et la protection de menaces éventuelles, plutôt que d'un « cerveau d'apprentissage » orienté vers l'exploration et la découverte (Ford et Courtois, 2013). Ce mode d'adaptation aux situations sociales, basé sur la vigilance et l'anticipation du danger, peut entraîner chez les personnes traumatisées des réactions d'agressivité lors de situations qui, bien que pouvant être perçues comme anodines par d'autres, constituent des déclencheurs de mémoires traumatiques. Les difficultés de régulation des émotions peuvent également se traduire par des explosions de colère difficiles à expliquer, pour la personne touchée comme pour son entourage (Nickerson, Aderka, Bryant et Hofmann, 2012). Enfin, l'exposition aux traumatismes a été associée à une plus grande impulsivité, ainsi qu'une plus grande difficulté à contrôler les impulsions (Dugal, Bigras, Godbout et Bélanger, 2016). Ces difficultés peuvent être exacerbées par les effets de substances utilisées, souvent dans une visée de soulagement de la détresse et d'apaisement (Ouimette et Brown, 2003). La notion de « fenêtre de tolérance émotionnelle » mise de l'avant par Siegel (1999) peut s'avérer utile pour conceptualiser et comprendre la diversité de comportements des personnes ayant vécu

des traumatismes face à des éléments déclencheurs. Cette fenêtre de tolérance englobe 3 « zones de régulation des émotions », soit : 1) la suractivation, caractérisée entre autres par l'hypervigilance, la colère, et les reviviscences traumatiques ; 2) la zone de tolérance émotionnelle, caractérisée entre autres par une disponibilité cognitive, le contrôle de soi et le bien-être ; 3) la sous-activation, caractérisée par une anesthésie émotionnelle et sensorielle (sentiment de vide intérieur, détachement de soi et des autres, p. ex.). Chez les personnes ayant un traumatisme complexe, la zone de tolérance émotionnelle se trouverait réduite, amenant des passages fréquents entre des expériences de suractivation et de sous-activation (Boone, Steele et van der Hart, 2014).

À ces dimensions individuelles se superposent des facteurs sociaux et institutionnels, moins souvent étudiés, mais contribuant à la survenue de situations de violence et, éventuellement, d'implication des services policiers et judiciaires. L'un des principaux facteurs institutionnels en cause serait le risque élevé de retraumatisation des enfants, des jeunes et des adultes au sein des diverses institutions sociales et de santé qu'ils fréquentent, par exemple le milieu scolaire, les services de protection de l'enfance et les établissements correctionnels (Bloom et Farragher, 2011). Ainsi, le placement en milieu d'accueil d'un jeune ayant vécu des traumatismes augmenterait de façon importante et unique le risque de comportements agressifs et d'arrestation (Stinson et coll., 2016). Le manque de reconnaissance du traumatisme complexe et de ses présentations cliniques constitue également un enjeu de taille des services de santé mentale. En particulier, les symptômes dissociatifs peuvent être difficiles à cerner et ne pas être reconnus comme tels lors d'une évaluation initiale (Bond, 2019).

Enfin, bien que le traumatisme complexe puisse toucher tout individu, les trajectoires des personnes exposées varient en fonction des systèmes de valeurs de la société et des inégalités liées entre autres au genre, à l'origine ethnique et culturelle, et au niveau socioéconomique (Jung, Herrenkohl, Klika, Lee et Brown, 2014). Ainsi, l'accès à des services psychologiques permettant de traiter les symptômes liés au traumatisme complexe est particulièrement limité pour les personnes en situation de défavorisation sociale et économique (Delgadillo, Farnfield et North, 2018).

Impacts du traumatisme complexe sur les épisodes de soins et services

Les expériences négatives vécues par les personnes aux prises avec un traumatisme complexe, ainsi que leurs difficultés au plan de la régulation neurobiologique, émotionnelle, comportementale et dans les relations interpersonnelles, teintent leurs passages au sein des milieux psychologiques. Certaines difficultés ne sont pas spécifiques aux milieux psychologiques. D'abord, l'établissement d'une alliance thérapeutique, centrale à l'intervention psychosociale et médicale, peut se heurter aux difficultés relationnelles des personnes ayant vécu des traumatismes, par exemple la méfiance, l'hostilité ou la résistance. C'est d'autant plus le cas dans des situations où les traumatismes ont été le fait de personnes devant exercer un rôle de protection ou d'aide, ou encore de figures d'autorité. Les institutions offrant des services présentent également un important potentiel de retraumatisation (locaux clos et impersonnels, questions d'accueil invasives, entre autres). L'organisation actuelle des services sociaux et de santé y contribue également : les temps de suivi limités, les critères stricts pour la prise en charge, ainsi que le roulement élevé de personnel, peuvent ainsi augmenter les sentiments d'abandon et d'exclusion vécus par les personnes.

D'autres contraintes sont directement liées à la nature et au mandat des environnements psychologiques. Ces derniers sont avant tout conçus pour accueillir et héberger des auteurs d'infractions et non des victimes de traumatismes. À l'instar d'autres milieux fermés, comme les établissements correctionnels, les environnements psychologiques présentent un risque important de retraumatisation. Ainsi, de nombreuses procédures habituelles de ces environnements, tels que les fouilles, les mesures disciplinaires fréquentes de la part des figures d'autorité, l'isolement ou les contentions constituent d'importants déclencheurs potentiels de mémoires traumatiques (Owen, Wells, Pollock, Muscat et Torres, 2008). Ces mesures sont susceptibles d'exacerber les comportements et les symptômes liés au traumatisme et d'affecter la confiance avec les intervenants. Les milieux correctionnels et psychologiques présentent également un risque important de victimisation, particulièrement pour les personnes atteintes de troubles mentaux et celles ayant subi des violences à l'enfance (Blitz, Wolff et Shi, 2008 ; Caravaca-Sánchez et Wolff, 2016 ; Daquin et Daigle, 2018 ; Teasdale, Daigle, Hawk et Daquin, 2015).

La question du trauma complexe doit également être abordée en relation avec le vécu et les expériences difficiles des prestataires de services. Le personnel des services psycholégaux est plus susceptible d'avoir subi de la violence dans un contexte professionnel que les intervenants d'autres secteurs, ce qui peut également teinter la relation thérapeutique et générer des craintes à l'égard des personnes utilisant les services (Haines, Brown, McCabe, Rogerson et Whittington, 2018). Ces incidents, combinés à la possibilité que les intervenants en milieu psycholégal aient eux-mêmes été exposés à des événements traumatiques au cours de leur vie, augmentent le risque de trauma vicariant, d'épuisement professionnel et de fatigue de compassion (Harris, Happell et Manias, 2015; Jacob et Holmes, 2011). Ces phénomènes seraient associés à une augmentation des pratiques d'intervention restrictives et coercitives dans une tentative, de la part des intervenants, d'augmenter le sentiment de sécurité perçut dans leur environnement professionnel (Dickens, Piccirillo et Alderman, 2013).

Vignette clinique. Les expériences de Manu dans les services

À l'âge adulte, Manu a reçu plusieurs autres diagnostics : maladie affective bipolaire, trouble de la personnalité limite sévère et, en avant-plan, trouble lié à l'usage de substances (amphétamine, crack et alcool). Manu n'a jamais vraiment eu de suivi stable en psychiatrie à cause des multiples périodes d'incarcération ou parce qu'il ne se présentait pas à ses rendez-vous. La raison la plus fréquemment évoquée pour fermer son dossier était que l'ensemble de ses problèmes était lié à sa consommation de drogues et à son trouble de la personnalité et que la psychiatrie ne pouvait rien pour lui. Manu a mentionné à plusieurs reprises entendre des voix le traitant de pédophile. Ces symptômes ont, jusqu'à présent, été considérés comme le résultat d'une psychose toxique. Manu n'a jamais été évalué en lien avec ses traumatismes.

Au fil des ans, Manu a eu plusieurs hospitalisations à cause d'épisodes sévères d'automutilation. Il est souvent mis sous contentions physiques pour de longues périodes afin de permettre à ses plaies de guérir. Sous contentions, les crises étaient tellement intenses que le personnel ne voulait pas le détacher de peur qu'il ne se blesse davantage ou qu'il les agresse. En rétrospective, Manu rapporte que le fait d'être attaché lui faisait revivre sans arrêt les agressions du passé. Ce trauma institutionnel contribuait à aggraver sa détresse.

Pratiques sensibles au trauma

En réponse aux taux élevés et aux impacts des traumatismes complexes, ainsi qu'aux expériences négatives vécues dans divers services socio-sanitaires, des approches d'intervention dites « sensibles au trauma » ont été développées (Milot, Lemieux, Berthelot et Collin-Vézina, 2018). Contrairement aux approches spécifiques au trauma, qui visent à offrir un traitement adapté aux personnes ayant vécu des traumatismes complexes, les approches sensibles au trauma ont une portée universelle. Ces approches incitent les institutions, organisations et praticiens à poser un regard différent sur la manière d'offrir des services, en tenant pour acquis que chaque individu s'y présentant peut avoir vécu des traumatismes (Wolf, Green, Nochajski, Mendel et Kusmaul, 2014). Si plusieurs modèles de pratiques sensibles au trauma ont émergé de la littérature scientifique dans les dernières décennies, celui développé par la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) a été largement utilisé, autant par les organisations desservant les enfants, les familles que les adultes. Ce modèle repose sur 6 principes clés devant guider les politiques organisationnelles autant que les pratiques d'intervention (SAMHSA, 2014) :

- **Confiance et transparence :** la confiance permet la création d'un lien significatif entre les utilisateurs de services, les praticiens et l'organisation dans son ensemble. La confiance se développe, entre autres, par l'entremise de la transparence dans les communications entre l'organisation, les intervenants et les personnes desservies. Les étapes de l'établissement de la confiance comprennent des efforts pour comprendre et accomplir ce qui est nécessaire pour que la personne se sente en sécurité, notamment en respectant ses limites émotionnelles et en demeurant exempt de jugement à son égard.
- **Sécurité :** l'assurance de la sécurité est une condition préalable nécessaire à toute intervention thérapeutique efficace. Pour le personnel, la sécurité peut être synonyme d'un contrôle maximal exercé sur l'environnement des services et de minimisation des risques. Les approches sensibles au trauma ne dévaluent pas l'importance de la sécurité du public, mais accordent une attention particulière à la sécurité psychologique des personnes, par exemple en considérant l'apparence des lieux de services, les heures où ils sont offerts, le respect de la vie privée, la disponibilité du personnel, si les portes sont laissées ouvertes ou verrouillées et si le personnel est formé pour reconnaître l'inconfort du patient en étant sensible aux traumatismes dans ses interventions (Butler, Critelli et Rinfrette, 2011).

- **Soutien par les pairs :** le soutien social par des personnes ayant vécu des expériences similaires émerge dans les travaux les plus récents comme un facteur de protection important pour soutenir le rétablissement et éviter la retraumatisation des personnes ayant des traumatismes complexes. La possibilité d'interagir avec des personnes de confiance dans un contexte sécurisant permet de développer des relations significatives et durables.
- **Collaboration et mutualité :** la collaboration et la mutualité réfèrent autant aux liens entre les différentes instances susceptibles d'offrir des services à la personne (équipe traitante en santé mentale, ressources résidentielles, agent de probation, organismes communautaires, etc.) qu'entre la personne et les prestataires de services. L'utilisateur est reconnu comme l'expert de sa propre vie et est amené à jouer un rôle prépondérant dans la planification et l'évaluation des services offerts (Butler et coll., 2011).
- **Prise de pouvoir et choix :** l'accent est mis sur les forces des personnes et sur leur résilience en reconnaissant les capacités et compétences qu'elles ont à leur actif (SAMHSA, 2014). L'éducation des personnes sur les traumatismes et sur la manière dont leurs expériences passées peuvent contribuer à leurs circonstances et/ou réactions actuelles est souhaitable, puisqu'elle peut les aider à comprendre comment être plus efficace dans l'anticipation et la gestion de leurs réactions (Butler et coll., 2011).
- **Sensibilité aux différences de genres, cultures et historiques :** les approches sensibles au trauma reconnaissent l'impact des rapports de pouvoir inégalitaires et des systèmes d'oppression. Au Québec et au Canada, les politiques et pratiques coloniales et racistes passées et actuelles sont reconnues comme des vecteurs importants de traumatisme intergénérationnel touchant en particulier les communautés autochtones (Mitchell et Arseneau, 2019; O'Neill, Fraser, Kitchenham et McDonald, 2018). Des approches sensibles au trauma cherchent à rendre les interventions plus adaptées et culturellement sécuritaires, à réduire les discriminations et à reconnaître les forces et la résilience de communautés historiquement dévalorisées.

Comment intégrer l'ensemble de ces principes au sein d'un milieu psycholégal? Selon Milot, Lemieux, Berthelot et Collin-Vézina (2018) une organisation est considérée comme sensible au trauma lorsqu'elle :

- 1) réalise l'ampleur des traumatismes et leurs impacts sur les personnes;
- 2) reconnaît la présence de symptômes traumatiques chez les clients, leurs familles, le personnel et l'ensemble des parties prenantes;
- 3) répond à leurs besoins en leur offrant des interventions appuyées par des données probantes;
- 4) résiste à retraumatiser ces personnes.

Plusieurs auteurs ont souligné la nécessité d'adapter l'application de ces critères, et donc la mise en œuvre de pratiques sensibles au trauma, à la réalité locale et aux caractéristiques des organisations (voir par exemple Hopper et coll., 2010 pour l'adaptation au milieu de l'hébergement d'urgence et Sperlich et coll., 2017 pour l'adaptation aux milieux de soins périnataux). À la lumière des processus d'adaptations locales documentées dans les écrits scientifiques et des connaissances des coauteurs qui œuvrent depuis plusieurs années dans des environnements psycholégaux, le tableau 1 présente des pistes et orientations pour l'application des critères de sensibilité au trauma dans de tels milieux.

TABLEAU 1
Application potentielle des pratiques et principes sensibles au trauma en milieu psycholégal

Critère	Possibilités d'action dans les milieux psycholégaux
Réaliser l'ampleur des traumas et leurs impacts	• Concept de trauma au centre de la mission de l'établissement • Formations de base et continues sur le trauma offertes à l'ensemble du personnel d'intervention, de sécurité et de gestion • Instauration de procédures de dépistage des traumas interpersonnels, réalisées dans un cadre sécuritaire, pour les utilisateurs et prestataires de services • Suivi des connaissances et compétences du personnel en matière de trauma • Création d'espaces de réflexion et de dialogue pour le personnel sur la question des traumas
Reconnaître la présence de symptômes traumatiques	• Formations avancées et supervision clinique pour certains membres du personnel offrant des services aux personnes ayant des traumas complexes • Développement de pratiques culturellement sensibles et réflexives, en particulier auprès des communautés historiquement dévalorisées • Audit des pratiques de l'établissement en vue d'identifier celles susceptibles d'être nuisibles aux personnes ayant vécu des traumas
Répondre aux besoins	• Procédures de communication claires et transparentes • Adoption systématique d'un langage cohérent, courtois et respectueux • Maximisation de la possibilité pour les personnes utilisant les services de faire des choix, d'exprimer leurs préférences et de participer à la planification des traitements • Mise en place de mécanismes permettant autant au personnel qu'aux utilisateurs de services de donner de la rétroaction et de formuler des critiques, sans crainte de représailles • Mise en place de stratégies de soutien psychologique et de développement de la résilience pour le personnel • Création de partenariats et d'espaces d'échange intersectoriels sur les traumas

Résister à retraumatiser	• Élimination ou réduction stratégique des mesures coercitives (isolement, contention physique ou chimique, menaces de telles mesures) et intrusives (questions personnelles à l'accueil, fouilles) • Identification systématique des déclencheurs potentiels dans l'environnement • Réaménagement des espaces physiques pour rendre les lieux moins inquiétants et plus chaleureux • Approches de gestion des comportements plus positives que punitives • Formation du personnel aux techniques de désescalade
--------------------------	--

À ce jour, peu de travaux de recherche ont porté spécifiquement sur la mise en œuvre et l'évaluation des approches sensibles au trauma en milieu psycholégal (Nicholls et Goossens, 2017). Bien que certains programmes aient été utilisés en psychiatrie légale ou dans les milieux correctionnels, notamment les programmes Seeking Safety (Najavits, 2007), et Beyond Violence (Covington, 2015), les études les évaluant présentent d'importantes limites méthodologiques. Les résultats sont tout de même prometteurs en termes d'amélioration du bien-être, et de diminution de symptômes reliés au TSPT et de la consommation de substances.

Vignette clinique. Le long chemin de Manu

Depuis un an, Manu est suivi par une équipe stable qui vise spécifiquement à diminuer l'implication judiciaire de Manu et à appliquer des pratiques sensibles au trauma, tout en le soutenant dans les différentes sphères de sa vie. Il vient de passer sa première année complète sans être incarcéré. Il consomme toujours, il a encore des crises suicidaires et d'automutilations, mais elles sont moins intenses et moins fréquentes. Le lien de confiance s'établit lentement parce que les intervenants comprennent d'où il vient et reconnaissent les impacts de ses traumas. Ils s'assurent d'être cohérents et prévisibles pour diminuer son anxiété et les risques de passage à l'acte. Manu a appris certains exercices pour se maintenir dans l'« ici et maintenant » lorsqu'il sent qu'une crise arrive. Le chemin sera long et parsemé d'embûches, mais l'espoir est le moteur de la résilience de Manu.

Conclusion

À plusieurs égards, la notion de dualisme se trouve au cœur des milieux psycholégaux. Ce dualisme s'exprime à la fois par le double rôle de ces milieux, soit de traiter, soutenir et accompagner les personnes

ayant des troubles mentaux, tout en empêchant et en prévenant la commission d'actes criminels par ces mêmes personnes (Nicholls et Goossens, 2017). En parallèle, les établissements psychologiques se trouvent au confluent de deux ensembles de normes, celles liées au contrôle social comme valeur fondamentale, et celles liées à la bienveillance thérapeutique. Le contexte actuel, entre autres le discours axé sur le rétablissement, la reconnaissance de plus en plus répandue des systèmes d'oppression inégalitaires et le climat d'incertitude engendré par la pandémie de COVID-19, mettent à l'avant-plan d'autres valeurs fondamentales et souvent contradictoires, comme l'aversion au risque, le respect des droits, l'équité et la réconciliation (Beck, 2014; Collin-Vézina et coll., 2020). Historiquement, les milieux psychologiques n'ont pas réussi à se dégager de ces tensions ni à trouver un équilibre satisfaisant entre ces diverses valeurs et normes (Nicholls et Goossens, 2017).

Ces tensions émergent du contexte historique ayant contribué à l'importance grandissante des pratiques psychologiques. Ironiquement, le mouvement des droits civiques ayant stimulé la défense des intérêts des usagers de la psychiatrie et la revendication de pratiques moins coercitives semble avoir contribué aux tensions entre préoccupations sanitaires et sécuritaires (Monahan, 2018). Au cours des années 1970, en parallèle à la création de lois contraignant les possibilités d'évaluation et de traitement psychiatrique contre le gré, d'autres lois ont codifié la responsabilité des professionnels de protéger le public de personnes présentant un risque pour autrui (Cohen, 1978; Truscott et Crook, 1993). Ces changements législatifs et normatifs ont entraîné une montée des instruments de prédiction et de gestion du risque de violence, et des distinctions souvent très nettes entre les personnes « vulnérables » et celles considérées comme « délinquantes ». Une compréhension fine des expériences traumatiques vécues par les usagers de services psychologiques pourrait-elle permettre de remettre en question ces dualismes en mettant à l'avant-plan les liens et dynamiques complexes entre les violences subies et agies ? Les connaissances présentées dans le présent article indiquent qu'une telle compréhension est incontournable, et doit se retrouver à l'avant-plan des recherches, politiques et pratiques psychologiques contemporaines.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition)*.
- Beck, U. (2014). *Ulrich Beck: Pioneer in cosmopolitan sociology and risk society*. Springer.
- Blitz, C. L., Wolff, N. et Shi, J. (2008). Physical victimization in prison: The role of mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(5), 385-393. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.08.005>
- Bloom, S. L. et Farragher, B. (2011). *Destroying Sanctuary: The Crisis in Human Service Delivery Systems*. Oxford University Press.
- Bond, S. (2019). *Les troubles liés aux événements traumatiques. Guide des meilleures pratiques pour une clientèle complexe*. Presses de l'Université Laval.
- Boone, S., Steele, K., & van der Hart, O. (2014). La fenêtre de tolérance: apprendre la régulation émotionnelle. Dans S. Goffinet et M. Depré (Eds.), *Gérer la dissociation d'origine traumatique* (pp. 277-294). De Boeck Supérieur.
- Briere, J., Agee, E. et Dietrich, A. (2016). Cumulative trauma and current posttraumatic stress disorder status in general population and inmate samples. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(4), 439-446. doi: 10.1037/tra0000107
- Butler, L. D., Critelli, F. M. et Rinfrette, E. S. (2011). Trauma-informed care and mental health. *Directions in Psychiatry*, 31(3), 197-212.
- Caravaca-Sánchez, F. et Wolff, N. (2016). Prevalence and Predictors of Sexual Victimization Among Incarcerated Men and Women in Spanish Prisons. *Criminal Justice and Behavior*, 43(8), 977-991. doi: 10.1177/0093854816656895
- Cohen, R. N. (1978). *Tarasoff v. Regents of the University of California: The Duty to Warn: Common Law & Statutory Problems for California Psychotherapists*. *Cal. WL Rev.*, 14, 153.
- Collin-Vézina, D., Brend, D. et Beeman, I. (2020). When it counts the most: Trauma-informed care and the COVID-19 global pandemic. *Developmental Child Welfare*, 2(3), 172-179. doi: 10.1177/2516103220942530
- Covington, S. S. (2015). *Beyond violence: a prevention program for criminal justice-involved women participant workbook*. John Wiley & Sons.
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J. et van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187-200. doi: 10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x
- Daquin, J. C. et Daigle, L. E. (2018). Mental disorder and victimisation in prison: Examining the role of mental health treatment. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 28(2), 141-151. doi: <https://doi.org/10.1002/cbm.2056>
- Delgadillo, J., Farnfield, A. et North, A. (2018). Social inequalities in the demand, supply and utilisation of psychological treatment. *Counselling and Psychotherapy Research*, 18(2), 114-121. <https://doi.org/10.1002/capr.12169>
- Dickens, G., Piccirillo, M. et Alderman, N. (2013). Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(6), 532-544. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00888.x>

- Dugal, C., Bigras, N., Godbout, N. et Bélanger, C. (2016). Childhood interpersonal trauma and its repercussions in adulthood: an analysis of psychological and interpersonal sequelae. *A multidimensional approach to post-traumatic stress disorder-from theory to practice*, 71-107.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. et Marks, J. S. (2019). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 774-786. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001>
- Ford, J. D. et Courtois, C. A. (2013). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents*. Guildford Press.
- Greeson, J., Briggs, E. C., Kisiel, C. L., Layne, C. M., Ake, G. S., Ko, S. J. et Fairbank, J. (2011). Complex trauma and mental health in children and adolescents placed in foster care: Findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Child Welfare*, 90(6), 91-108.
- Haines, A., Brown, A., McCabe, R., Rogerson, M. et Whittington, R. (2018). Factors impacting perceived safety among staff working on mental health wards. *BJPsych Open*, 3(5), 204-211. doi: 10.1192/bjpo.bp.117.005280
- Harris, D. M., Happell, B. et Manias, E. (2015). Working with people who have killed: The experience and attitudes of forensic mental health clinicians working with forensic patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 130-138. <https://doi.org/10.1111/inm.12113>
- Hopper, E. K., Bassuk, E. L. et Olivet, J. (2010). Shelter from the storm: Trauma-informed care in homelessness services settings. *The Open Health Services and Policy Journal*, 201, 80-100. doi: 10.2174/1874924001003010080
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Jacob, J. D. et Holmes, D. (2011). The culture of fear: expanding the concept of risk in forensic psychiatric nursing. *International Journal of Culture and Mental Health*, 4(2), 106-115. <https://doi.org/10.1080/17542863.2010.519123>
- Jakobowitz, S., Bebbington, P., McKenzie, N., Iveson, R., Duffield, G., Kerr, M. et Killaspy, H. (2017). Assessing needs for psychiatric treatment in prisoners: 2. Met and unmet need. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(2), 231-240. doi: 10.1007/s00127-016-1313-5
- Jung, H., Herrenkohl, T. I., Klika, J. B., Lee, J. O. et Brown, E. C. (2014). Does Child Maltreatment Predict Adult Crime? Reexamining the Question in a Prospective Study of Gender Differences, Education, and Marital Status. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(13), 2238-2257. doi: 10.1177/0886260514552446
- Marotta, P. L. (2017). Childhood Adversities and Substance Misuse Among the Incarcerated: Implications for Treatment and Practice in Correctional Settings. *Substance Use and Misuse*, 52(6), 717-733. doi: 10.1080/10826084.2016.1261899
- McKenna, G., Jackson, N. et Browne, C. (2019). Trauma history in a high secure male forensic inpatient population. *International Journal of Law and Psychiatry*, 66, 101475. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101475>
- Milot, T., Collin-Vézina, D. et Godbout, N. (2018). Qu'est-ce que le trauma complexe? Dans T. Milot, D. Collin-Vézina et N. Godbout (Eds.), *Trauma*

- complexe: Comprendre, évaluer et intervenir* (pp. 27-53). Les Presses de l'Université du Québec.
- Milot, T., Lemieux, R., Berthelot, N. et Collin-Vézina, D. (2018). Les pratiques sensibles au trauma. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina et N. Godbout (Eds.), *Trauma complexe: Comprendre, évaluer et intervenir* (pp. 27-53). Les Presses de l'Université du Québec.
- Mitchell, T. et Arseneau, C. (2019). Colonial Trauma: Complex, continuous, collective, cumulative and compounding effects on the health of Indigenous peoples in Canada and beyond. *International Journal of Indigenous Health*, 14(2), 74-94. <https://doi.org/10.32799/ijih.v14i2.32251>
- Monahan, J. (2018). Predictions of violence. *The roots of modern psychology and law: A narrative history*, 143.
- Najavits, L. M. (2007). Seeking safety: An evidence-based model for substance abuse and trauma/PTSD. Dans K. A. Witkiewitz et G. A. Marlatt (Eds.), *Practical resources for the mental health professional. Therapist's guide to evidence-based relapse prevention* (pp. 141-167): Elsevier Academic Press.
- Nicholls, T. L. et Goossens, I. (2017). Guidelines for improving forensic mental health in inpatient psychiatric settings *Handbook of forensic mental health services*. (pp. 496-542). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Nickerson, A., Aderka, I. M., Bryant, R. A. et Hofmann, S. G. (2012). The relationship between childhood exposure to trauma and intermittent explosive disorder. *Psychiatry Research*, 197(1), 128-134. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.01.012>
- O'Neill, L., Fraser, T., Kitchenham, A. et McDonald, V. (2018). Hidden Burdens: a Review of Intergenerational, Historical and Complex Trauma, Implications for Indigenous Families. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(2), 173-186. doi: 10.1007/s40653-016-0117-9
- Ouimette, P. E. et Brown, P. J. (2003). *Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders*: American Psychological Association.
- Owen, B., Wells, J., Pollock, J., Muscat, B. et Torres, S. (2008). *Gendered Violence and Safety: A Contextual Approach to Improving Security in Women's Facilities*: Department of Criminology, CSU Fresno.
- Siegel, D. (1999). *The Developing Mind*. Guilford Press.
- Sperlich, M., Seng, J. S., Li, Y., Taylor, J. et Bradbury-Jones, C. (2017). Integrating Trauma-Informed Care Into Maternity Care Practice: Conceptual and Practical Issues. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62(6), 661-672. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12674>
- Stinson, J. D., Quinn, M. A. et Levenson, J. S. (2016). The impact of trauma on the onset of mental health symptoms, aggression, and criminal behavior in an inpatient psychiatric sample. *Child Abuse and Neglect*, 61, 13-22. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.09.005>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Teasdale, B., Daigle, L. E., Hawk, S. R. et Daquin, J. C. (2015). Violent Victimization in the Prison Context: An Examination of the Gendered Contexts of Prison.

International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 60(9), 995-1015. doi: 10.1177/0306624X15572351

Truscott, D. et Crook, K. H. (1993). Tarasoff in the Canadian Context: Wenden and the Duty to Protect. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 38(2), 84-89. doi: 10.1177/070674379303800203

Wolf, M. R., Green, S. A., Nochajski, T. H., Mendel, W. E. et Kusmaul, N. S. (2014). 'We're Civil Servants': The Status of Trauma-Informed Care in the Community. *Journal of Social Service Research*, 40(1), 111-120. doi: 10.1080/01488376.2013.845131

Au-delà du logement : l'effet hétérogène de *Logement d'abord* sur l'implication criminelle de personnes vivant avec un trouble mental

Marichelle Leclair^a

Éric Latimer^b

Ashley Lemieux^c

Laurence Roy^d

Tonia Nicholls^e

Anne G. Crocker^f

RÉSUMÉ Objectifs Le programme *Logement d'abord* – un programme offrant un logement permanent sans condition préalable aux personnes en situation d'itinérance et vivant avec un problème de santé mentale – est de plus en plus mis de l'avant à titre de composante essentielle d'un plan pragmatique pour mettre fin à l'itinérance. La littérature scientifique révèle toutefois qu'en moyenne, l'intervention *Logement d'abord* n'a pas d'effet sur l'implication criminelle de ses

-
- a. Université de Montréal, Département de psychologie; Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.
 - b. Université McGill, Département de psychiatrie; Institut universitaire en santé mentale Douglas.
 - c. Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.
 - d. Université McGill, École de physiothérapie et d'ergothérapie; Institut universitaire en santé mentale Douglas; Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.
 - e. University of British Columbia; BC Mental Health and Substance Use Services
 - f. Ph. D., professeure titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie et École de criminologie, Université de Montréal; Directrice recherche et enseignement universitaire, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.

participants. Cette étude vise à explorer la possibilité que cette absence d'impact soit due à l'effet hétérogène de l'intervention. Plus spécifiquement, nous voulons vérifier si le profil d'antécédents criminels des participants, identifiés grâce à une analyse de classes latentes dans un précédent manuscrit, module l'effet de *Logement d'abord* sur les mises en accusation.

Méthodes Cette analyse repose sur les données des sites de Montréal, Toronto et Vancouver de l'essai randomisé contrôlé Chez Soi, fusionnées aux données administratives de justice ($N = 1321$). Des modèles de régression binomiale négative avec des termes d'interaction ont permis de mesurer l'impact de *Logement d'abord*, en comparaison au traitement habituel, sur les nouvelles accusations criminelles pour infractions violentes, infractions acquiesitives (p. ex. vol, fraude, travail du sexe) et infractions liées à l'administration de la justice pour chaque profil d'antécédents criminels.

Résultats Les participants dont les antécédents criminels étaient associés à un historique d'itinérance chronique ou à un usage criminalisé de drogues ont connu une réduction des nouvelles mises en accusation pour infractions violentes grâce à *Logement d'abord*. *Logement d'abord* n'a pas eu d'impact sur les infractions acquiesitives ou liées à l'administration de la justice, et ce, pour tous les profils d'antécédents.

Conclusions Les résultats soulignent que les services communautaires comme *Logement d'abord* offrent un contexte potentiel pour instaurer des stratégies visant à réduire la judiciarisation. Une piste de solution prometteuse est de former les équipes multidisciplinaires aux approches fondées sur les données probantes en santé mentale forensique afin que tous les aspects du rétablissement des utilisateurs de services, incluant les potentiels besoins criminogènes, soient pris en compte. Des études portant sur la faisabilité et l'efficacité de ces interventions d'appoint seraient nécessaires.

MOTS CLÉS évaluation, itinérance, logement, violence, désistement

Beyond Housing: The Heterogenous Effect of Housing First on Criminal Justice Outcomes Among Homeless People With Mental Illness

ABSTRACT Background Housing First does not, on average, reduce criminal justice involvement. This analysis aims to test whether the overall absence of an impact is due to intervention effect heterogeneity as a function of the pattern of lifetime criminal justice involvement, identified through latent class analysis conducted through earlier work.

Methods This analysis relied on data from the Montréal, Toronto and Vancouver sites of the Canadian At Home/*Chez Soi* randomized controlled trial, merged with administrative records of lifetime criminal charges ($N = 1,321$). Negative binomial models with interaction terms were used to estimate the impact of Housing First,

in comparison to treatment as usual, on violent charges, acquisitive charges (e.g., theft, sex work), and administration of justice charges (e.g., breach of probation), for each pre-identified profile.

Results Participants with past criminal justice involvement associated with a chronic history of homelessness or with criminalized substance use experienced a decrease in violent charges as a result of Housing First, whereas those with no or little past criminal justice involvement experienced a marginal increase. Housing First did not affect acquisitive or administration of justice charges, regardless of profile.

Conclusions Findings suggest that integrating criminological or forensic mental health tools, knowledge and approaches into the multidisciplinary teams that support Housing First service users may be an effective solution, so that all aspects of their recovery, including potential criminogenic needs, are addressed. Future research should focus on the feasibility and effectiveness of such adjunct interventions.

KEYWORDS evaluation, homelessness, housing, violence, desistance

Les personnes qui ont des problèmes de santé mentale sont plus susceptibles que les personnes sans problèmes de santé mentale d'être en contact avec les services policiers, d'avoir des démêlés avec la justice pénale et de vivre des épisodes d'incarcération (Arboleda-Flórez et Holley, 1988; Charette et coll., 2011; Fazel et Seewald, 2012; Holley et Arboleda-Flórez, 1988; Livingston et coll., 2016). L'expérience d'un épisode d'itinérance ou d'instabilité résidentielle multiplie les probabilités d'interactions avec les forces policières et le système de justice (Gonzalez et coll., 2018; Roy et coll., 2014). En effet, une recension systématique suggère que la vaste majorité des personnes ayant à la fois un vécu d'itinérance et de problèmes de santé mentale ont vécu une mise en arrestation au cours de leur vie et que plus de la moitié ont vécu un épisode d'incarcération (Roy et coll., 2014).

Les démêlés avec le système de justice, cumulés à des problèmes de santé mentale et à la situation d'itinérance, influent les trajectoires de vie et de services. Par exemple, les contacts avec la justice pénale et les forces de l'ordre peuvent entraîner des interruptions dans les trajectoires de services psychiatriques et psychosociaux (Copeland et coll., 2009; Leclair et coll., 2022) et amplifier le phénomène de stigmatisation cumulée liée aux étiquettes multiples « problèmes de santé mentale », « criminel ou délinquant » et « itinérant » (Frappier et coll., 2009). Ces facteurs prolongent les épisodes d'itinérance (Caton et coll.,

2005) et réduisent les possibilités d'intégration dans la communauté lorsque la situation résidentielle est stabilisée (Frounfelker et coll., 2010; Poremski et coll., 2014, 2016). Réduire l'implication judiciaire ou criminelle de ces personnes est donc souvent explicité comme objectif des interventions destinées aux personnes vivant un épisode d'itinérance.

Le modèle *Logement d'abord* (aussi connu sous son appellation anglaise, *Housing First*) est un programme offrant un logement permanent privé subventionné sans condition préalable aux personnes en situation d'itinérance. Cette approche est de plus en plus mise de l'avant par les décideurs et par les scientifiques comme une composante importante et pragmatique d'efforts visant à mettre fin à l'itinérance (Katz et coll., 2017). *Logement d'abord* augmente la stabilité résidentielle (Beaudoin, 2016; Woodhall-Melnik et Dunn, 2016) tout en entraînant une importante compensation des coûts (Ly et Latimer, 2015), y compris parmi les personnes vivant avec un trouble mental (Aubry et coll., 2016; Latimer et coll., 2019; Stergiopoulos et coll., 2015). Il a été suggéré que *Logement d'abord* pourrait également réduire l'implication criminelle chez ses participants ayant un trouble mental (Gaetz et coll., 2013), ce qui est par ailleurs soutenu par le modèle logique de la variante originale du modèle *Logement d'abord*, *Pathways to Housing* (O'Campo et coll., 2022; Pleace, 2012; Stergiopoulos et coll., 2014; Tsemberis, 2010). Le modèle logique suppose plusieurs mécanismes à travers lesquels une réduction des arrestations et de l'incarcération peut s'opérer. D'un point de vue socioécologique et structurel, il était attendu que *Logement d'abord* réduise l'exclusion sociale et la pauvreté extrême tout en offrant un accompagnement favorisant le rétablissement de traumatismes complexes, ce qui réduirait les comportements criminels et les pratiques de profilage social qui contribuent à la surreprésentation des personnes en situation d'itinérance dans le système de justice (Chesnay et coll., 2013; Edalati et coll., 2020; Sylvestre et coll., 2020). D'un point de vue clinique, en cohérence avec les modèles de réhabilitation, il était attendu que certains aspects du modèle logique de *Logement d'abord* (Polvere et coll., 2014) influencent directement et/ou indirectement certains facteurs qui contribuent spécifiquement aux comportements criminels d'un individu (p. ex. traitement de la dépendance à l'alcool et aux drogues, réponse coordonnée aux symptômes psychiatriques, recommandation de la réduction des contacts avec les pairs antisociaux). Le modèle risque-besoins-réceptivité, par exemple, met l'accent sur l'importance de cibler les « besoins criminogènes » les

plus pressants chez les personnes présentant un risque important de récidive pour qu'une réduction de l'implication criminelle soit observée. Ces besoins criminogènes impliquent l'antisocialité (c.-à-d. traits de personnalité, attitudes et croyances, relations), l'abus de drogues ou d'alcool, l'insatisfaction dans ses relations et au travail ou à l'école et le manque de participation positive dans les loisirs (Andrews, 2012). Ces deux perspectives ne sont pas nécessairement mutuellement exclusives et les combiner permet en fait de nuancer notre compréhension des différents besoins en matière de justice chez ces personnes au confluent de multiples identités sociales marginalisées (Crocker et coll., 2018; Hiday et Wales, 2011; Prins, 2019; Skeem et coll., 2011, 2014). Donc bien que les principes de *Logement d'abord* raisonnent avec certains principes théoriques de la réduction de la récidive, une revue systématique récente révèle que l'intervention *Logement d'abord* n'a pas d'impact, en moyenne, sur l'implication criminelle (Leclair, Deveau et coll., 2019). La littérature portant sur l'évaluation d'un programme à portée sociale insiste sur l'importance de ne pas s'arrêter à une absence d'effet global et d'examiner l'hétérogénéité d'effet du programme ou de l'intervention (Brousselle et coll., 2011). Autrement dit, une intervention ne produit pas des effets pour tout le monde de la même façon. Dans le cas de l'absence d'effet global de *Logement d'abord* sur les mesures d'implication judiciaire et criminelle, il est possible que le programme ait été mieux adapté pour répondre aux besoins en matière de justice de certains profils d'utilisateurs de services plutôt que d'autres.

Profils d'antécédents criminels

Nous faisons l'hypothèse que l'étendue et la nature des antécédents criminels sont susceptibles de moduler la réponse des utilisateurs de services à *Logement d'abord* et que ceux-ci sont à l'origine d'une hétérogénéité de l'effet de l'intervention sur les résultats d'implication criminelle. En effet, l'implication criminelle peut être un symptôme de besoins psychosociaux, cliniques et criminogènes non comblés, comme le logement, la pauvreté, l'usage de drogues et d'alcool ou les attitudes antisociales (Hiday et Wales, 2011; Lemieux et coll., 2020; Roy et coll., 2020; Roy, Crocker, Nicholls, Latimer et Isaak, 2016; Roy, Crocker, Nicholls, Latimer, Gozdzik et coll., 2016). Dans une étude précédente, disponible en libre accès (Lemieux et coll., 2020), nous avons empiriquement identifié 5 profils quantitativement et qualitativement distincts. Cette section offre une brève explication de l'approche

méthodologique adoptée et des résultats. Plus de détails peuvent être trouvés dans l'article de Lemieux et coll. (2020).

Dans Lemieux et coll. (2020), nous avons examiné un sous-échantillon de participants au projet *At Home/Chez Soi* (le projet de démonstration du modèle *Logement d'abord* dont les présentes données sont tirées) des sites de Montréal, Vancouver, Toronto et Moncton. Nous avons utilisé les accusations criminelles à vie (jusqu'à l'entrée dans l'étude) identifiées à l'aide des dossiers criminels de la Gendarmerie royale du Canada (GRC). Nous avons regroupé les accusations criminelles dans les catégories suivantes: violentes, acquisitives, liées à l'administration de la justice, méfaits/infractions à l'ordre public ou liées à la drogue. Les accusations violentes comprenaient les voies de fait de tous les niveaux de gravité, les agressions sexuelles, les homicides ou tentatives de meurtre, les infractions entraînant la privation de liberté, le vol qualifié, les menaces de violence et les infractions liées aux armes offensives. Les infractions acquisitives (c.-à-d. aux stratégies de survie ou d'acquisition de biens) comprenaient le vol, la fraude, les jeux et paris et le travail du sexe. Les infractions liées à l'administration de la justice comprenaient la violation de la probation, le non-respect des conditions et le défaut de se présenter au tribunal. Les infractions de méfaits/infractions à l'ordre public comprenaient le vandalisme, le fait de troubler la paix et les infractions au Code de la route. Finalement, les infractions liées aux substances comprenaient la possession, la possession à des fins de trafic, le trafic et la production de drogues et de substances contrôlées.

Nous avons identifié les profils d'antécédents criminels à travers une analyse de classes latentes, en utilisant la somme des accusations criminelles dans chacune des cinq catégories comme variables indicatrices. L'analyse de classe latente permet d'identifier le nombre et la nature des sous-populations latentes au sein d'une population (Kline, 2015). Nous avons testé des solutions allant de 2 à 7 classes. Sur la base de l'entropie, du critère d'information bayésien, du test du rapport de vraisemblance Bootstrap, de la taille de l'échantillon dans chaque classe, ainsi que des connaissances préalables concernant la typologie de la délinquance chez les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale (Hiday et Wales, 2011; Skeem et coll., 2011), la solution à 5 classes était émergée comme le modèle supérieur. Étant donné son excellente entropie, qui indique le degré de certitude de la classification des participants comme « appartenant » à une classe ou à une autre, le modèle a été considéré comme étant mesuré sans erreur.

Le plus grand des 5 groupes (« besoins moindres » ou *fewer needs*, $n = 981$) était composé d'individus ayant vécu très peu d'implication criminelle. Deux groupes étaient composés d'individus ayant connu une implication criminelle modérée et non spécifique : un groupe était caractérisé par une itinérance chronique (« besoins associés à l'itinérance » ou *needs associated with homelessness*, $n = 148$), alors que l'autre groupe était caractérisé par un usage criminalisé de drogues (« besoins associés aux drogues » ou *needs associated with drugs*, $n = 54$). Finalement, les 2 derniers groupes étaient caractérisés par plusieurs accusations pour des infractions violentes, des méfaits et des infractions à l'ordre public, potentiellement associées à de l'antisocialité (« besoins criminogènes importants » ou *extensive criminogenic needs*, $n = 72$ et « besoins criminogènes aigus et importants » ou *acute and extensive criminogenic needs*, $n = 66$).

Nous avons ensuite comparé ces 5 profils en fonction de plusieurs caractéristiques sociodémographiques et d'antécédents cliniques. Le groupe des personnes aux « besoins moindres » comptait la plus grande proportion de femmes et ces personnes avaient des antécédents psychosociaux moins complexes en termes d'éducation, d'emploi antérieur et de durée d'itinérance à vie. Ce groupe comprenait des personnes ayant un meilleur contrôle des impulsions et relativement peu de personnes souffrant d'un trouble de la consommation de substances et d'alcool, tout comme le groupe de personnes ayant des « besoins associés aux drogues ». Le groupe de personnes aux « besoins moindres » présentait également la plus forte proportion de personnes ayant déjà reçu un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux (1,4 %, contre 0,1 à 0,4 % pour les 4 autres profils). Parmi le groupe des personnes ayant des « besoins associés à l'itinérance », il y avait une proportion élevée d'individus s'identifiant comme blancs et ayant la plus longue durée d'itinérance. Ils avaient un faible contrôle des impulsions et les troubles liés à l'usage des drogues étaient fréquents (76 %). Les groupes des personnes ayant des « besoins criminogènes importants » et de celles ayant des « besoins criminogènes aigus et importants » se ressemblaient : ils comprenaient tous deux des personnes ayant des antécédents psychosociaux complexes et ne différaient pas significativement les uns des autres à plusieurs égards. Il s'agissait des 2 profils ayant eu le plus de démêlés avec la justice pénale et nous avons supposé que ces personnes avaient les besoins criminogènes les plus complexes. Comme prévu, le groupe des personnes ayant des « besoins associés aux drogues » présentait la plus

forte proportion d'individus ayant un trouble lié à la consommation de substances psychoactives et la plus faible proportion d'individus ayant un trouble lié à la consommation d'alcool. Enfin, un diagnostic de trouble psychotique et des antécédents d'hospitalisation psychiatrique ne distinguaient pas les classes.

Objectifs de la présente étude

La présente étude utilise donc ces profils préalablement identifiés pour explorer la possibilité qu'aucun effet global sur l'implication criminelle n'ait été identifié à cause d'effets hétérogènes de l'intervention *Logement d'abord*. Plus spécifiquement, nous voulons vérifier si le profil d'antécédents criminels des participants module l'effet de *Logement d'abord* sur les mises en accusation. Nous avons donc mesuré l'impact de *Logement d'abord*, comparativement au traitement habituel, sur les nouvelles mises en accusation criminelle pour : 1) infractions violentes ; 2) infractions acquiesitives ; 3) infractions liées à l'administration de la justice, pour chaque profil d'antécédent criminel préidentifié dans une étude précédente (Lemieux et coll., 2020). Nous avons fait l'hypothèse que les participants ayant des besoins en matière de justice généralement pris en compte dans le contexte de l'intervention *Logement d'abord* seraient plus susceptibles de connaître une réduction de leur implication criminelle à la suite de leur participation à l'intervention. Il était donc attendu que les participants dont les antécédents criminels étaient associés à un passé d'itinérance chronique, à la pauvreté ou à un usage criminalisé de drogues (personnes ayant des « besoins liés à l'itinérance » ou des « besoins associés aux drogues ») connaîtraient une plus grande réduction dans les 3 types de nouvelles mises en accusation pour infractions criminelles en raison de *Logement d'abord* que les participants ayant des besoins criminogènes plus complexes et traditionnellement enlignés avec les paradigmes de réhabilitation, tel que les attitudes antisociales (Bonta et Andrews, 2007 ; personnes ayant des « besoins criminogènes importants » ou des « besoins criminogènes aigus et importants »).

Méthodes

Procédures

Cette analyse secondaire des données se focalise sur un sous-échantillon de participants recrutés entre 2009 et 2011 puis suivis pendant

2 ans pour le projet de démonstration *At Home/Chez Soi* (Goering et coll., 2011), un essai contrôlé randomisé pancanadien évaluant l'effet de *Logement d'abord* (variante de *Pathways to Housing*; Tsemberis, 2010) chez les personnes vivant à la fois un trouble mental et une situation d'itinérance. L'implantation du modèle dans le cadre de *At Home/Chez Soi* a été menée avec une très haute fidélité (Macnaughton et coll., 2015; Nelson et coll., 2014). Pour être éligibles, les participants devaient être en situation d'itinérance absolue ou logés dans des conditions précaires (et avoir eu au moins 2 épisodes d'itinérance absolue dans l'année précédente) et devaient avoir un diagnostic de trouble mental (épisode de dépression majeure, trouble panique, épisode de manie ou d'hypomanie, trouble du stress posttraumatique, trouble de l'humeur avec traits psychotiques ou trouble psychotique), avec ou sans trouble concomitant d'usage de drogues ou d'alcool, tel que déterminé par le MINI (Lecrubier et coll., 1997). Avant la randomisation, les participants ont été regroupés en fonction de leur niveau de besoins, tel que déterminé par la présence d'un diagnostic de trouble mental sévère (trouble bipolaire ou psychotique), le niveau de fonctionnement dans la communauté, la présence d'un trouble d'usage de drogues ou d'alcool, l'historique d'hospitalisation psychiatrique et l'implication criminelle récente. Les participants ayant des besoins élevés ont été affectés aléatoirement à un groupe recevant l'intervention *Logement d'abord* avec un suivi intensif (*Assertive Community Treatment*) ou à un groupe recevant les services habituels déjà disponibles dans leur ville. Pour leur part, les participants ayant des besoins modérés ont été affectés aléatoirement à un groupe recevant l'intervention *Logement d'abord* avec soutien d'intensité variable ou aux services habituels. Les critères d'éligibilité, les procédures et l'intervention sont décrits plus en détail dans le protocole (Goering et coll., 2011).

L'approbation éthique a été obtenue auprès de comités d'éthique de la recherche dans chaque site où des données ont été colligées (Goering et coll., 2011). Des approbations éthiques supplémentaires ont été obtenues pour l'utilisation des données administratives relatives à la justice aux sites de Toronto et Vancouver, alors que cette utilisation avait déjà été prévue dans l'approbation éthique initiale par le site de Montréal. Du financement additionnel a été obtenu auprès des Instituts de recherche en santé du Canada à travers le programme Fondation attribué à l'une des coautrices pour la collecte des données administratives relatives à la justice. L'essai randomisé est enregistré auprès de l'*International Standard Randomized Controlled Trial Number Register*.

Échantillon

L'échantillon comprend des participants provenant de 3 sites, en fonction de la disponibilité des données administratives sur les mises en accusation pour infractions criminelles: Toronto ($n = 511$), Montréal ($n = 468$) et Vancouver ($n = 342$), pour un total de 1321 participants. De ceux-ci, 727 ont été aléatoirement affectés à *Logement d'abord*¹ et 594 aux services habituels. Malheureusement, 41 participants sont décédés pendant la période de l'étude; nous avons inclus leurs données jusqu'au moment de leur décès (voir le supplément en ligne pour un diagramme détaillé).

En moyenne, les participants avaient 41,8 ans ($ET = 11,2$) et 69 % étaient des hommes, 30 % des femmes et 1 % d'une autre identité de genre. Plus de la moitié s'identifiaient comme blanc, 6 % comme autochtone et 39 % d'un autre héritage ethnoculturel. À l'entrée dans l'étude, 58 % de l'échantillon satisfaisait les critères pour un diagnostic d'épisode de dépression majeure; 38 % pour un diagnostic de trouble psychotique; 14 % pour un diagnostic de trouble de l'humeur avec traits psychotiques; 10 % pour un diagnostic d'épisode de manie ou d'hypomanie; 21 % pour un diagnostic de trouble du stress posttraumatique; et 17 % pour un diagnostic de trouble panique. De plus, 37 % des participants satisfaisaient les critères pour un diagnostic de trouble d'usage d'alcool et 52 % pour un trouble d'usage de drogues.

Mesures

Mesures de résultats

Nous avons défini l'implication criminelle comme les contacts policiers résultant en des mises en accusation criminelle, tel qu'identifié à travers les dossiers des services de police locaux. Les dossiers incluent des informations sur la date, le lieu, le statut du participant (p. ex. victime, suspect) et la résolution du contact (p. ex. avertissement, arrestation et mise en accusation). Aux fins des présentes analyses, nous avons sélectionné les contacts où le participant était considéré comme un suspect

1. Le site de Vancouver a affecté 107 participants à un modèle de *Logement d'abord* reposant sur un logement-résidence dans le contexte d'une sous-étude. Étant donné que l'intervention diffère significativement de la variation de *Logement d'abord* autrement testée, reposant sur les logements dispersés, nous avons exclu ce sous-échantillon de nos analyses.

et qui se sont résolus par une arrestation et une mise en accusation criminelle. Seule l'infraction la plus sévère (Wallace et coll., 2009) a été retenue pour chaque contact. Les infractions ont été classifiées comme soit violentes, acquisitives (p. ex. vol, fraude, travail du sexe), liées à l'administration de la justice (p. ex. manquement aux conditions de la probation), méfaits/infractions à l'ordre public ou liées à la drogue. Pour chaque catégorie, nous avons calculé le nombre total de mises en accusation un 1 avant l'entrée dans l'étude et 2 ans après l'entrée dans l'étude. L'utilisation de la date des contacts policiers a permis de nous assurer que les infractions étaient correctement classifiées comme ayant eu lieu avant ou après l'entrée dans l'étude. Le tableau 1 présente le nombre moyen de mises en accusation pour les 5 types d'infractions dans les 2 ans après l'entrée dans l'étude. Étant donné leur faible incidence, il a été impossible d'inclure les mises en accusation pour infractions liées à la drogue et pour méfaits/infractions à l'ordre public dans les analyses subséquentes.

TABLEAU 1

Nombre moyen de nouvelles mises en accusation après l'entrée dans l'étude, par groupe d'intervention

Type d'infraction	Services habituels (n = 594)	Logement d'abord (n = 727)
Violente	0,21 (ÉT = 0,74)	0,20 (ÉT = 0,60)
Acquisitive	0,32 (ÉT = 1,14)	0,27 (ÉT = 0,98)
Administration de la justice	0,22 (ÉT = 1,00)	0,19 (ÉT = 0,78)
Drogues	0,06 (ÉT = 0,30)	0,04 (ÉT = 0,21)
Méfait/ordre public	0,05 (ÉT = 0,30)	0,04 (ÉT = 0,25)

Note. ÉT : écart-type.

Profils d'antécédents criminels

Les présentes analyses prennent appui sur les profils de besoins en matière de justice développés dans une étude précédente à partir des données complètes sur les antécédents criminels des participants. Ces profils sont décrits plus haut, dans l'introduction. L'article de Lemieux et coll. (2020) décrit en détail les méthodes et les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des groupes identifiés.

Analyses statistiques

Nous avons utilisé des régressions binomiales négatives pour évaluer l'impact de *Logement d'abord* sur la somme de nouvelles accusations criminelles pour : 1) infractions violentes ; 2) infractions acquiesitives ; 3) infractions liées à l'administration de la justice. Nous avons testé les principaux effets fixes de l'intervention (intention de traitement) et des profils d'antécédents criminels (« besoins moindres », « besoins associés à l'itinérance », « besoins associés aux drogues », « besoins criminogènes importants », « besoins criminogènes aigus et importants »), en ajustant pour le nombre de mises en accusation avant l'entrée dans l'étude, le niveau de besoins (besoins élevés ou modérés) et le site de l'étude (Toronto, Montréal ou Vancouver). Pour tester la présence d'hétérogénéité de l'effet de *Logement d'abord*, nous avons inclus une interaction entre l'intervention et le profil et avons calculé l'effet marginal de *Logement d'abord* pour chaque profil.

Comme analyses de sensibilité, nous avons procédé à un *complete case analysis*, ce qui a ici consisté à exclure des analyses les personnes décédées pendant la durée de l'étude. Les résultats de ces analyses de sensibilité sont discutés dans le texte et les coefficients de ces modèles peuvent être obtenus auprès de la première autrice.

Résultats

Les résultats montrent que l'impact de *Logement d'abord* sur les mises en accusation pour crimes violents diffère selon le profil d'antécédents criminels, tel que suggéré par la présence de termes d'interactions significatifs dans le tableau 2. Les effets marginaux de *Logement d'abord* (voir figure 1) montrent que l'intervention entraîne une réduction des accusations pour infractions violentes chez les participants ayant des « besoins associés à l'itinérance » (- 0,37 nouvelle accusation sur deux ans, 95 % CI: - 0,52, - 0,12) et pour ceux ayant des « besoins associés à la drogue » (- 0,39, 95 % CI: - 0,76, - 0,02). On remarque une légère augmentation chez les participants aux « besoins moindres » (+ 0,07, 95 % CI: 0,01, 0,12) – bien que la limite inférieure de l'intervalle de confiance soit près de zéro². Les preuves ne sont pas concluantes quant à l'effet de *Logement d'abord* chez les participants ayant des « besoins

2. L'exploration des données révèle que cette augmentation est limitée à moins d'une demi-douzaine de participants.

criminogènes aigus et importants»: l'estimé ponctuel suggère une augmentation modérée de 0,33 accusation pour infractions violentes, mais un manque de précision nous empêche de tirer une conclusion claire (95 % CI: -0,02, 0,67). Ces conclusions sont robustes aux analyses de sensibilité.

TABLEAU 2

Résultats de régression binomiales négatives pour les nouvelles mises en accusation (N = 1321)

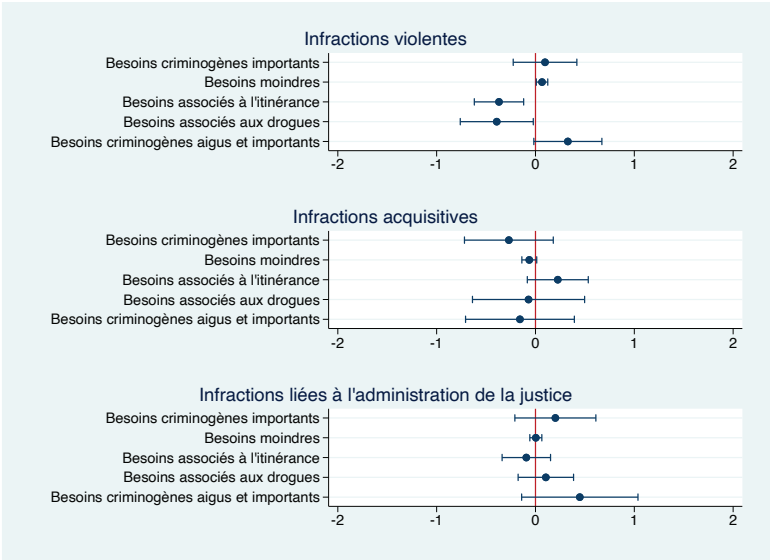
Variables	Infractions violentes		Infractions acquisitives		Infractions liées à l'administration de la justice	
	β	95 % IC	β	95 % IC	β	95 % IC
Terme constant	-2,68	(-3,09, -2,27)	-1,67	(-1,99, -1,36)	-2,90	(-3,32, -2,48)
Site^a						
Toronto	0,31	(-0,02, 0,64)	-0,29	(-0,59, 0,02)	0,66	(0,29, 1,02)
Vancouver	-0,05	(-0,45, 0,35)	-0,22	(-0,55, 0,11)	0,49	(0,09, 0,88)
Niveau de besoins						
Élevé ^b	0,12	(-0,17, 0,42)	0,07	(-0,20, 0,33)	0,72	(0,43, 1,02)
Infractions avant l'entrée dans l'étude	1,07	(0,85, 1,29)	0,77	(0,63, 0,92)	0,54	(0,33, 0,75)
Intervention						
Logement d'abord ^c	0,44	(0,05, 0,83)	-0,30	(-0,64, 0,05)	0,02	(-0,36, 0,41)
Profil d'antécédents^d						
Besoins associés à l'itinérance	1,50	(0,97, 2,03)	0,50	(-0,03, 1,02)	1,00	(0,46, 1,54)
Besoins criminogènes importants	1,05	(0,32, 1,78)	0,93	(0,26, 1,59)	0,80	(0,05, 1,56)
Besoins criminogènes aigus et importants	0,39	(-0,56, 1,34)	1,20	(0,60, 1,81)	1,06	(0,34, 1,78)
Besoins associés aux drogues	1,39	(0,59, 2,19)	0,95	(0,25, 1,64)	0,07	(-0,97, 1,12)
Intervention x Profil^e						
LA x Besoins associés à l'itinérance	-1,62	(-2,47, -0,77)	0,75	(0,05, 1,44)	-0,27	(-1,03, 0,49)
LA x Besoins criminogènes importants	-0,19	(-1,12, 0,74)	-0,28	(-1,26, 0,70)	0,43	(-0,55, 1,41)
LA x Besoins criminogènes aigus et importants	0,61	(-0,54, 1,75)	0,08	(-0,74, 0,90)	0,67	(-0,26, 1,60)
LA x Besoins associés aux drogues	-2,15	(-3,62, -0,67)	0,18	(-0,84, 1,20)	0,46	(-0,88, 1,81)

Note. IC: intervalle de confiance, LA: Logement d'abord.

Niveaux de référence: ^a Montréal, ^b Modéré, ^c Services habituels, ^d Besoins moindres,

^e LA x Besoins moindres.

FIGURE 1
Effets marginaux moyens de *Logement d'abord* (avec intervalle de confiance de 95 %) sur 3 types de nouvelles mises en accusation, par profil d'antécédents criminels



Il n'y avait aucun signe d'hétérogénéité dans l'impact de *Logement d'abord* sur les accusations pour infractions acquiesitives et les accusations liées à l'administration de la justice, avec des estimations d'effets marginaux trop imprécis pour permettre le rejet de l'hypothèse nulle, peu importe le profil. Ces conclusions sont robustes aux analyses de sensibilité.

Discussion

Les résultats suggèrent que *Logement d'abord* influence l'implication criminelle pour infractions violentes différemment selon le profil d'antécédents criminels. Tel qu'attendu selon la théorie et la recherche (Bonta et coll., 2014; Bonta et Andrews, 2007; Skeem et coll., 2014, 2015), les participants ayant des besoins en matière de justice susceptibles d'être pris en compte par *Logement d'abord* (p. ex. instabilité résidentielle, usage de drogues) étaient plus susceptibles de connaître une réduction de leur implication criminelle pour violence. En effet, les participants ayant des « besoins associés à l'itinérance » ou des

« besoins associés à la drogue » dans le groupe intervention avaient moins de nouvelles accusations pour infractions violentes que ceux assignés aux services habituels. Les problèmes d'usage de substances, qui comptent parmi les plus importants besoins criminogènes chez les personnes ayant un trouble mental (Fazel et coll., 2009; Monahan et coll., 2001; Volavka et Swanson, 2010), étaient plus susceptibles que les autres facteurs (p. ex. traits et attitudes antisociaux) d'être abordés dans le cadre de l'intervention. Bien qu'il n'y ait pas eu d'effet de *Logement d'abord* sur l'usage de substances dans Chez Soi (Aubry et coll., 2016; Stergiopoulos et coll., 2015), les intervenants appliquaient l'approche de réduction des méfaits. Comme l'objectif de la réduction des méfaits n'est pas d'éliminer l'usage en tant que tel, mais plutôt de réduire les problèmes qui y sont associés – comme les conditions violentes et dangereuses souvent associées à l'usage de drogues illicites – il est fort possible que l'approche ait contribué à limiter le nombre de nouvelles infractions violentes (Erickson, 2001; McNeil et coll., 2014; Piat et coll., 2012). Par exemple, un approvisionnement sûr de drogues pourrait permettre de réduire le risque qu'un individu commette un vol qualifié ou qu'un trafiquant attaque une personne pour non-paiement d'une dette. De la même façon, être logé peut avoir réduit l'exposition des participants à la violence quotidienne et à la victimisation de rue (Petering et coll., 2019; Tong et coll., 2019), ce qui peut entraîner des disputes, des menaces et de la violence bidirectionnelle. Selon les entrevues qualitatives, les participants de *Logement d'abord* estimaient qu'avoir un logement leur offrait un plus grand sens d'agentivité et un plus grand contrôle sur leur environnement, leur permettant ainsi de s'éloigner de situations qui pourraient escalader. Vivre dans la rue, avec l'absence inhérente d'intimité et la lutte constante pour la survie, peut également engendrer un stress prolongé énorme qui augmente la probabilité de gestes impulsifs d'agression pouvant résulter en l'intervention de la police (Leclair, Reyes et coll., 2019; Moustafa et coll., 2017; Roy et coll., 2020). Les participants ayant des « besoins associés à l'itinérance » vivaient de manière disproportionnée un trouble d'usage de substances et ont donc possiblement bénéficié également de l'approche de réduction des méfaits.

Finalement, nous avons fait l'hypothèse que *Logement d'abord* réduirait le risque de nouvelles accusations pour infractions acquiesitives. Cela n'a pas été le cas. Bien que cela pourrait être indicatif de besoins criminogènes non répondus, ce résultat de recherche illustre possiblement les limites de l'intervention dans sa capacité à répondre

aux besoins liés à la survie. Bien que les participants à *Logement d'abord* soient logés et reçoivent différents services de soutien, plusieurs continuent de connaître une grande pauvreté (Patterson et coll., 2013) et de l'insécurité alimentaire (Hainstock et Masuda, 2019 ; O'Campo et coll., 2017). Bien que les besoins criminogènes, comme l'antisocialité, peuvent expliquer certains types de contact avec le système de justice, ils peuvent être secondaires à d'autres stratégies de survie qui doivent nécessairement être mobilisées en situation d'extrême pauvreté. Il est aussi possible que *Logement d'abord* ne soit pas en mesure, dans un laps de temps aussi court, de compenser pleinement pour l'expérience de traumatismes, de désavantage social et de pauvreté, bien souvent présents pendant une vie entière. Les comportements non violents qui peuvent résulter en une accusation peuvent être en partie motivés par des craintes liées à la pauvreté, qui ne peuvent être apaisées seulement grâce à l'accès au logement.

Implications

Logement d'abord peut être un excellent moyen d'entrer en contact avec les utilisateurs de services et de mettre en œuvre des stratégies visant à réduire leur implication criminelle (Henwood et coll., 2011). Certains observateurs font l'argument que la réduction de l'implication judiciaire et criminelle devrait être comprise comme une dimension à part entière du rétablissement pour les personnes ayant un trouble mental et des antécédents criminels et que les interventions axées sur le rétablissement comme *Logement d'abord* devraient viser la réduction de l'implication criminelle (Drennan et Alred, 2012 ; Leclair et coll., 2020 ; Lemieux, 2018). Cet argument est renforcé par le fait que plusieurs rapportent que les interactions négatives avec le système de justice a constitué une barrière importante à leur rétablissement (Patterson et coll., 2013).

Logement d'abord mobilise une équipe multidisciplinaire d'intervenants et les présents résultats soulignent l'occasion d'offrir à travers eux des services qui ciblent spécifiquement la réduction de l'implication criminelle. Ce soutien pourrait prendre la forme de techniques d'entrevues motivationnelles, de services de liaison avec les tribunaux, d'assistance dans la régulation de leur situation juridique et d'interventions qui évaluent et ciblent les besoins individuels en matière de justice. Il a été souligné ailleurs (Crocker et coll., 2017 ; Leclair, Deveaux et coll., 2019) que les connaissances en santé mentale forensique devraient être

partagées en amont et incorporées aux services de santé et de services sociaux de proximité, incluant aux interventions pour les personnes vivant une situation d'itinérance. Les personnes ayant des besoins criminogènes cohérents avec les paradigmes de réhabilitation pourraient bénéficier d'interventions volontaires d'appoint qui ciblent l'antisocialité et les réseaux sociaux procriminels en enseignant des stratégies de gestion de la colère et de construction d'une identité prosociale et en valorisant les nouvelles relations avec les pairs prosociaux, tel que prévu par le modèle risque-besoins-réceptivité (Bonta et Andrews, 2007). L'intégration des connaissances, des outils, des approches et de l'expertise issus de la santé mentale forensique et de la criminologie au sein des équipes multidisciplinaires qui soutiennent les utilisateurs de *Logement d'abord* serait une façon concrète, flexible et facilement applicable de cibler la réduction de l'implication criminelle chez certains utilisateurs. Les recherches futures devraient se pencher sur la faisabilité et l'efficacité de stratégies d'amélioration du programme, comme de la formation pour les intervenants (Clifasefi et coll., 2016), des interventions d'appoint et – là où les ressources le permettent – des équipes mobiles d'experts en santé mentale forensique. Cette recherche pourrait être bonifiée par des méthodes valorisant les savoirs expérientiels des utilisateurs de services sur les barrières et facilitateurs individuels et structurels à la réduction de leur implication criminelle.

Forces et limites

La présente étude est, à notre connaissance, la première à utiliser les données administratives d'un essai randomisé contrôlé pour explorer les raisons derrière l'absence d'effet global de *Logement d'abord* chez un vaste échantillon de personnes vivant une situation d'itinérance et ayant un trouble mental (Leclair, Deveaux et coll., 2019). L'utilisation de données policières administratives permet également de nous assurer d'avoir utilisé la date la plus près possible de l'infraction (ce qui n'aurait pas été le cas si nous avions utilisé la date du verdict, qui dépend de la durée du procès, par exemple), permettant ainsi une grande confiance quant à la classification d'une infraction comme ayant eu lieu avant ou après l'entrée dans l'étude. Notre étude a toutefois quelques limites. D'abord, nous avons réalisé plusieurs comparaisons entre plusieurs profils de différentes tailles. Bien qu'utiliser un terme d'interaction pour évaluer la présence d'hétérogénéité de l'effet de l'intervention (plutôt que de stratifier toutes les analyses) permet de grandement

limiter le risque d'erreurs de type I, les lecteurs devraient être néanmoins prudents dans l'interprétation de la signification des effets marginaux dont l'une des limites de l'intervalle de confiance s'approche de zéro. D'autre part, la taille variable des différents profils d'antécédents criminels et le petit nombre de participants dans certains des profils a pu limiter la précision du modèle et introduire des erreurs de type II. Ensuite, notre période de suivi était restreinte à 2 ans. Plusieurs participants ont vécu des défis importants pendant toute leur vie et il est peu probable que *Logement d'abord* – ou toute intervention – ait pu pleinement compenser pour ces défis dans un laps de temps aussi court. Les bénéfices de *Logement d'abord* en termes d'autres résultats, comme la stabilité résidentielle, tendent à diminuer avec le temps (Stergiopoulos et coll., 2019) ; des recherches additionnelles devraient être menées afin de vérifier s'il en est de même pour l'effet sur l'implication criminelle pour infractions violentes. Finalement, les résultats peuvent ne pas être généralisables aux autres juridictions étant donné les différences potentielles dans les lois et les pratiques.

Conclusion

Les résultats montrent que *Logement d'abord* peut avoir un impact sur les nouvelles mises en accusation pour infractions violentes chez les utilisateurs de services dont les besoins en matière de justice sont étroitement alignés sur les interventions offertes, mais que cela n'est pas suffisant pour réduire l'implication criminelle chez les participants dont les besoins sont en lien avec l'antisocialité. En plus des implications pour améliorer les services en ciblant les besoins en matière de justice des utilisateurs de *Logement d'abord*, les présents résultats peuvent également être interprétés sous une perspective sociétale et structurelle. L'absence d'effet de *Logement d'abord* sur les nouvelles accusations pour infractions acquiesitives ou liées à l'administration de la justice met en lumière l'importance de mettre en œuvre des politiques qui ciblent les conditions systémiques qui sous-tendent le désavantage socioéconomique. Ce contexte nourrit l'interprétation de nos résultats et souligne l'importance que les efforts faits pour améliorer les interventions soient accompagnés de politiques publiques qui rectifient les injustices structurelles.

RÉFÉRENCES

- Andrews, D. A. (2012). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model of correctional assessment and treatment. In J. Dvoskin, J. Skeem, R. Novaco et K. Douglas (Eds.), *Using Social Science to Reduce Violent Offending* (pp. 127-156). Oxford University Press.
- Arboleda-Flórez, J. et Holley, H. L. (1988). Criminalization of the mentally ill: Part II. Initial detention. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33(2), 87-95. <https://doi.org/10.1177/070674378803300203>
- Aubry, T., Goering, P. N., Veldhuizen, S., Adair, C. E., Bourque, J., Distasio, J., Latimer, E. A., Stergiopoulos, V., Sloane, M. A., Streiner, D., Tsemberis, S. et Scott, T. (2016). A multiple-city RCT of housing first with assertive community treatment for homeless Canadians with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 67(3), 275-281. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400587>
- Beaudoin, I. (2016). Efficacité de l'approche « logement d'abord » : une revue systématique. *Drogues, Santé et Société*, 14(2), 43. <https://doi.org/10.7202/1037732ar>
- Bonta, J. et Andrews, D. A. (2007). *Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation 2007-06*. Public Safety Canada.
- Bonta, J., Blais, J. et Wilson, H. A. (2014). A theoretically informed meta-analysis of the risk for general and violent recidivism for mentally disordered offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 19, 278-287. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.04.014>
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P. et Hartz, Z. (2011). *L'évaluation: concepts et méthodes 2e édition*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Caton, C. L. M., Dominguez, B., Schanzer, B., Hasin, D. S., Shrout, P. E., Felix, A., McQuiston, H., Opler, L. A. et Hsu, E. (2005). Risk factors for long-term homelessness: Findings from a longitudinal study of first-time homeless single adults. *American Journal of Public Health*, 95(10), 1753-1759. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.063321>
- Charette, Y., Crocker, A. G. et Billette, I. (2011). The Judicious Judicial Dispositions Juggle: Characteristics of Police Interventions Involving People With a Mental Illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(11), 677-685. <http://journals.sagepub.com.proxy3.library.mcgill.ca/doi/pdf/10.1177/070674371105601106>
- Chesnay, C., Bellot, C. et Sylvestre, M.-È. (2013). Taming disorderly people one ticket at a time: The penalization of homelessness in Ontario and British Columbia. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 55(2), 161-185.
- Clifasefi, S. L., Collins, S. E., Torres, N. I., Grazioli, V. S. et Mackelprang, J. L. (2016). Housing First, but what comes second? A qualitative study of resident, staff and management perspectives on single-site Housing First program enhancement. *Journal of Community Psychology*, 44(7), 845-855. <https://doi.org/10.1002/jcop.21812>
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J. et Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 764-772. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.85>

- Crocker, A. G., Livingston, J. D. et Leclair, M. C. (2017). Forensic mental health systems internationally. In R. Roesch et A. N. Cook (Eds.), *Handbook of Forensic Mental Health Services* (pp. 3-76). Routledge.
- Crocker, A. G., Martin, M. S., Leclair, M. C., Seto, M. C. et Nicholls, T. L. (2018). Expanding the early and late starter model of criminal justice involvement for forensic mental health clients. *Law and Human Behavior*, 42(1), 83-93. <https://doi.org/10.1037/lhb0000269>
- Drennan, G. et Alred, D. (2012). *Secure Recovery: Approaches to Recovery in Forensic Mental Health Settings*. Routledge.
- Edalati, H., Nicholls, T. L., Schütz, C. G., Somers, J. M., Distasio, J., Aubry, T. et Crocker, A. G. (2020). Examining the Relationships between Cumulative Childhood Adversity and the Risk of Criminal Justice Involvement and Victimization among Homeless Adults with Mental Illnesses after Receiving Housing First Intervention. *The Canadian Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/0706743720902616>
- Erickson, P. G. (2001). *Drugs, violence and public health: What does the harm reduction approach have to offer?* (Issue April).
- Fazel, S., Langström, N., Hjern, A., Grann, M. et Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crimes. *JAMA*, 301(19), 2016-2023.
- Fazel, S. et Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364-373. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>
- Frappier, A., Vigneault, L. et Paquet, S. (2009). À la Fois malade et criminalisé : Témoignage d'une double marginalisation. *Santé mentale Au Québec*, 34(2), 21-30. <https://doi.org/10.7202/039123ar>
- Frounfelker, R. L., Glover, C. M., Teachout, A., Wilkniss, S. M. et Whitley, R. (2010). Access to Supported Employment for consumers with criminal justice involvement. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(1), 49-56. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.2975/34.1.2010.4956>
- Gaetz, S., Scott, F. et Gulliver, T. (2013). *Housing First In Canada: Supporting Communities to End Homelessness*. Canadian Homelessness Research Network Press.
- Goering, P. N., Streiner, D., Adair, C. E., Aubry, T., Barker, J., Distasio, J., Hwang, S. W., Komaroff, J., Latimer, E. A., Sloane, M. A. et Zabkiewicz, D. (2011). The At Home/Chez Soi trial protocol: a pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. *BMJ*, 1(2), e000323. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000323>
- Gonzalez, J. R., Jetelina, K. K., Roberts, M., Reitzel, L. R., Kendzor, D., Walters, S. et Businelle, M. S. (2018). Criminal Justice System Involvement Among Homeless Adults. *American Journal of Criminal Justice*, 43(2), 158-166. <https://doi.org/10.1007/s12103-017-9413-7>
- Hainstock, M. et Masuda, J. R. (2019). "We have a roof over our head, but we have to eat too." Exploring shifting foodscapes from homelessness into Housing First in Kingston, Ontario. *Health et Place*, 59(August), 102197. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102197>
- Henwood, B. F., Stanhope, V. et Padgett, D. K. (2011). The role of housing: A comparison of front-line provider views in housing first and traditional

- programs. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 77-85. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0303-2>
- Hiday, V. A. et Wales, H. W. (2011). The criminalization of mental illness. In E. R. Vingilis et S. A. State (Eds.), *Applied Research and Evaluation in Community Mental Health Services: An update of key research domains* (Issue May 2018, pp. 80-93). McGill-Queen's University Press.
- Holley, H. L. et Arboleda-Flórez, J. (1988). Criminalization of the mentally ill: Part I. Police perceptions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33(2), 81-86. <https://doi.org/10.1177/070674378803300202>
- Katz, A. S., Zerger, S. et Hwang, S. W. (2017). Housing First the conversation: discourse, policy and the limits of the possible. *Critical Public Health*, 27(1), 139-147. <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1167838>
- Kline, R. B. (2015). Principles and practice of structural equation modeling. In *Principles and practice of structural equation modeling*. <https://doi.org/10.1038/156278a0>
- Latimer, E. A., Rabouin, D., Cao, Z., Ly, A., Powell, G., Adair, C. E., Sareen, J., Sloane, M. A., Stergiopoulos, V., Pinto, A. D., Moodie, E. E. M. et Veldhuizen, S. R. (2019). Cost-effectiveness of Housing First Intervention With Intensive Case Management Compared With Treatment as Usual for Homeless Adults With Mental Illness. *JAMA Network Open*, 2(8), e199782. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.9782>
- Leclair, M. C., Charette, Y., Caulet, M. et Crocker, A. G. (2022). Care Pathways, Health Service Use Patterns and Opportunities for Justice Involvement Prevention Among Forensic Mental Health Clients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1-11. <https://doi.org/10.1177/07067437221076723>
- Leclair, M. C., Deveaux, F., Roy, L., Goulet, M.-H., Latimer, E. A. et Crocker, A. G. (2019). The impact of Housing First on criminal justice outcomes among homeless people with mental illness: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 64(8), 525-530. <https://doi.org/10.1177/0706743718815902>
- Leclair, M. C., Lemieux, A. J., Roy, L., Martin, M. S., Latimer, E. A. et Crocker, A. G. (2020). Pathways to recovery among homeless people with mental illness: Is impulsiveness getting in the way? *Canadian Journal of Psychiatry*, 65(7), 473-483.
- Leclair, M. C., Reyes, A., Roy, L., Caron, J. et Crocker, A. G. (2019). Towards an integrated understanding of aggression in the general population: Findings from an epidemiological catchment area study. *Personality and Individual Differences*, 145, 64-69. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.03.017>
- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K., Janavs, J. et Dunbar, G. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12(5), 224-231. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83296-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83296-8)
- Lemieux, A. J. (2018). *Expanding the concept of recovery for criminally involved persons: New meaning to the dignity of risk*. Thesis, McGill University.
- Lemieux, A. J., Leclair, M. C., Roy, L., Nicholls, T. L. et Crocker, A. G. (2020). A Typology of Lifetime Criminal Justice Involvement Among Homeless Individuals With Mental Illness: Identifying Needs to Better Target Intervention. *Criminal Justice and Behavior*, 1-18. <https://doi.org/10.1177/0093854819900305>

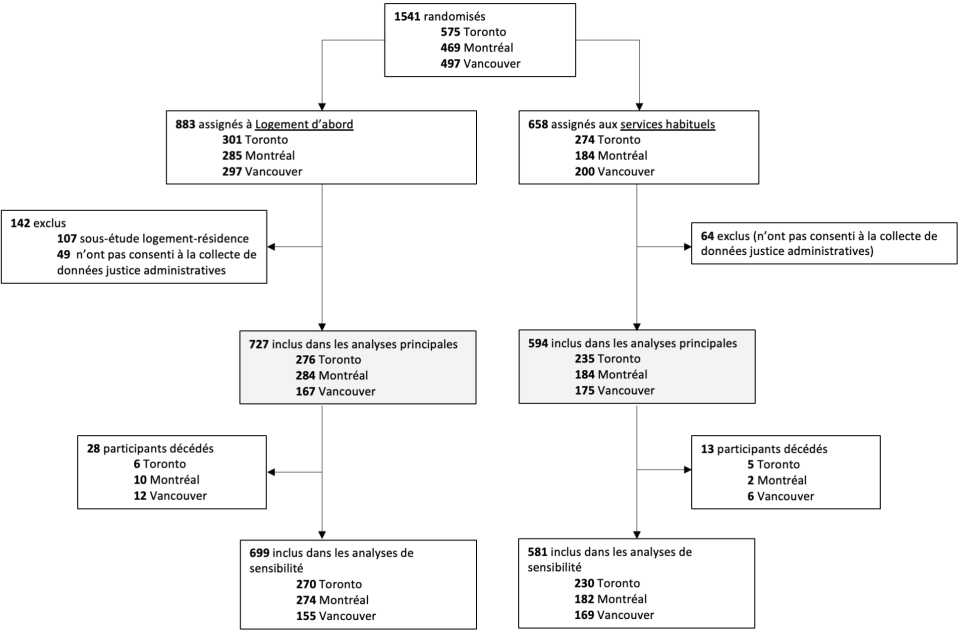
- Livingston, J. D., Crocker, A. G., Nicholls, T. L. et Seto, M. C. (2016). *Forensic Mental Health Tribunals: A Qualitative Study of Participants' Experiences and Views*. 22(2), 173-184. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/law0000084>
- Ly, A. et Latimer, E. A. (2015). Housing First impact on costs and associated cost offsets: A review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(11), 475-487.
- Macnaughton, E., Stefancic, A., Nelson, G., Caplan, R., Townley, G., Aubry, T., McCullough, S., Patterson, M., Stergiopoulos, V., Vallée, C., Tsemberis, S., Fleury, M.-J., Piat, M. et Goering, P. (2015). Implementing Housing First Across Sites and Over Time: Later Fidelity and Implementation Evaluation of a Pan-Canadian Multi-site Housing First Program for Homeless People with Mental Illness. *American Journal of Community Psychology*, 55(3-4), 279-291. <https://doi.org/10.1007/s10464-015-9709-z>
- McNeil, R., Small, W., Lampkin, H., Shannon, K. et Kerr, T. (2014). "People knew they could come here to get help": An ethnographic study of assisted injection practices at a peer-run 'unsanctioned' supervised drug consumption room in a Canadian setting. *AIDS and Behavior*, 18(3), 473-485. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0540-y>
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P., Mulvey, E. P., Roth, L. H., Grisso, T. et Banks, S. (2001). *Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Oxford University Press.
- Moustafa, A. A., Tindle, R., Frydecka, D. et Misiak, B. (2017). Impulsivity and its relationship with anxiety, depression and stress. *Comprehensive Psychiatry*, 74, 173-179. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.01.013>
- Nelson, G., Stefancic, A., Rae, J., Townley, G., Tsemberis, S., Macnaughton, E., Aubry, T., Distasio, J., Hurtubise, R., Patterson, M., Stergiopoulos, V., Piat, M. et Goering, P. (2014). Early implementation evaluation of a multi-site housing first intervention for homeless people with mental illness: A mixed methods approach. *Evaluation and Program Planning*, 43, 16-26. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2013.10.004>
- O'Campo, P., Hwang, S. W., Gozdzik, A., Schuler, A., Kaufman-Shriqui, V., Poremski, D., Lazgare, L. I. P., Distasio, J., Belbraouet, S. et Addorisio, S. (2017). Food security among individuals experiencing homelessness and mental illness in the at Home/Chez Soi Trial. *Public Health Nutrition*, 20(11), 2023-2033. <https://doi.org/10.1017/S1368980017000489>
- O'Campo, P., Stergiopoulos, V., Davis, O., Lachaud, J., Nisenbaum, R., Dunn, J. R., Ahmed, N. et Tsemberis, S. (2022). Health and social outcomes in the Housing First model: Testing the theory of change. *EClinicalMedicine*, 47, 101387. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101387>
- Patterson, M. L., Rezanoff, S. N., Currie, L. et Somers, J. M. (2013). Trajectories of recovery among homeless adults with mental illness who participated in a randomised controlled trial of Housing First: A longitudinal, narrative analysis. *BMJ Open*, 3(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003442>
- Petering, R., La Motte-Kerr, W., Rhoades, H. et Wenzel, S. (2019). Changes in Physical Assault Among Adults Moving Into Permanent Supportive Housing. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-10. <https://doi.org/10.1177/0886260519844775>

- Piat, M., Polvere, L., Townley, G., Nelson, G., Macnaughton, E., Egalité, N. et Goering, P. N. (2012). *Baseline Consumer Narratives of Lived Experience of the Mental Health Commission of Canada's At Home/Chez Soi Project: Cross-site report*.
- Pleace, N. (2012). *Housing first*. <https://doi.org/10.18261/issn1501-5580-2012-01-07>
- Polvere, L., MacLeod, T., Macnaughton, E., Caplan, R., Piat, M., Nelson, G., Gaetz, S. et Goering, P. N. (2014). *Canadian Housing First Toolkit*.
- Poremski, D., Whitley, R. et Latimer, E. A. (2014). Barriers to obtaining employment for people with severe mental illness experiencing homelessness. *Journal of Mental Health*, 23(4), 181. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.910640>
- Poremski, D., Woodhall-Melnik, J., Lemieux, A. J. et Stergiopoulos, V. (2016). Persisting Barriers to Employment for Recently Housed Adults with Mental Illness Who Were Homeless. *Journal of Urban Health*, 93(1), 96-108. <https://doi.org/10.1007/s11524-015-0012-y>
- Prins, S. J. (2019). Criminogenic or Criminalized? Testing an Assumption for Expanding Criminogenic Risk Assessment. *Law and Human Behavior*, 43(5), 477-490. <https://doi.org/10.1037/lhb000034>
- Roy, L., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Latimer, E. A., Gozdzik, A., O'Campo, P. et Rae, J. (2016). Profiles of criminal justice system involvement of mentally ill homeless adults. *International Journal of Law and Psychiatry*, 45, 75-88. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.013>
- Roy, L., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Latimer, E. A. et Isaak, C. (2016). Predictors of criminal justice system trajectories of homeless adults living with mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49(Part A), 75-83. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.05.013>
- Roy, L., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Latimer, E. A., Reyes, A. et Ayllon, A. R. (2014). Criminal behavior and victimization among homeless individuals with severe mental illness: A systematic review. *Psychiatric Services*, 65(6), 739-750. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200515>
- Roy, L., Leclair, M. C., Côté, M. et Crocker, A. G. (2020). Itinérance, santé mentale, justice : Expérience et perceptions des utilisateurs de services à Montréal. *Criminologie*, 53(2), 359-383. <https://doi.org/10.7202/1074199ar>
- Skeem, J. L., Manchak, S. M. et Peterson, J. K. (2011). Correctional policy for offenders with mental illness: Creating a new paradigm for recidivism reduction. *Law and Human Behavior*, 35(2), 110-126. <https://doi.org/10.1007/s10979-010-9223-7>
- Skeem, J. L., Steadman, H. J. et Manchak, S. M. (2015). Applicability of the Risk-Need-Responsivity model to persons with mental illness involved in the criminal justice system. *Psychiatric Services*, 66(9), 916-922. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400448>
- Skeem, J. L., Winter, E., Kennealy, P. J., Loudon, J. E. et Tatar, J. R. (2014). Offenders with mental illness have criminogenic needs, too: Toward recidivism reduction. *Law and Human Behavior*, 38(3), 212-224. <https://doi.org/10.1037/lhb0000054>
- Stergiopoulos, V., Gozdzik, A., O'Campo, P., Holtby, A. R., Jeyaratnam, J. et Tsemberis, S. (2014). Housing First: Exploring participants' early support needs. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-167>
- Stergiopoulos, V., Hwang, S. W., Gozdzik, A., Nisenbaum, R., Latimer, E. A., Rabouin, D., Adair, C. E., Bourque, J., Connelly, J., Frankish, J., Katz, L. Y., Mason, K., Misir, V., O'Brien, K., Sareen, J., Schütz, C. G., Singer, A., Streiner,

- D., Vasiliadis, H.-M., ... for the At Home/Chez Soi Investigators. (2015). Effect of scattered-site housing using rent supplements and intensive case management on housing stability among homeless adults with mental illness: a randomized trial. *JAMA*, 313(9), 905-915. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.1163>
- Stergiopoulos, V., Mejia-Lancheros, C., Nisenbaum, R., Wang, R., Lachaud, J., O'Campo, P. et Hwang, S. W. (2019). Long-term effects of rent supplements and mental health support services on housing and health outcomes of homeless adults with mental illness: extension study of the At Home/Chez Soi randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 6(11), 915-925. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30371-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30371-2)
- Sylvestre, M.-È., Blomley, N. et Bellot, C. (2020). *Red Zones: Criminal Law and the Territorial Governance of Marginalized People*. Cambridge University Press.
- Tong, M. S., Kaplan, L. M., Guzman, D., Ponath, C. et Kushel, M. B. (2019). Persistent Homelessness and Violent Victimization Among Older Adults in the HOPE HOME Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-19. <https://doi.org/10.1177/0886260519850532>
- Tsemberis, S. (2010). *Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction*. Hazelden.
- Volavka, J. et Swanson, J. W. (2010). Violent behavior in mental illness: the role of substance abuse. *JAMA*, 304(5), 563-564. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1097>
- Wallace, M., Turner, J., Matarazzo, A. et Babyak, C. (2009). *Measuring Crime in Canada: Introducing the Crime Severity Index and Improvements to the Uniform Crime Reporting Survey*. Canadian Centre for Justice Statistics.
- Woodhall-Melnik, J. R. et Dunn, J. R. (2016). A systematic review of outcomes associated with participation in Housing First programs. *Housing Studies*, 31(3), 287-304. <https://doi.org/10.1080/02673037.2015.1080816>

Supplément en ligne

FIGURE 1
Diagramme montrant les participants inclus dans les présentes analyses, selon leur assignation à l'intervention ou aux services habituels et par site



Les méthodes et enjeux relatifs à l'évaluation du risque de la violence hétérodirigée

Jean-Pierre Guay^a

Joao Da Silva Guerreiro^b

Anne G. Crocker^c

RÉSUMÉ Objectifs Cet article propose un survol des méthodes et outils d'évaluation du risque de violence hétérodirigée et aborde la question de la formulation du risque de violence. Il se termine par un survol des différents enjeux relatifs au développement et à l'implantation de ces outils.

Méthode Une analyse critique de la littérature relative aux différentes méthodes et enjeux récents liés à l'évaluation du risque de violence hétérodirigée de clientèles judiciairisées est proposée.

Résultats L'évaluation du risque est au cœur des décisions relatives à la prise en charge des auteurs d'infractions qui ont des problèmes de santé mentale. Elle déterminera le niveau de surveillance et d'encadrement, le plan d'intervention, de même que l'accès aux mesures d'élargissement de la peine ou des conditions de détention en milieu hospitalier. Les méthodes et outils utilisés pour renseigner les professionnels de la santé et de la sécurité publiques sont nombreux. Ces outils ont beaucoup évolué, tant en ce qui concerne les thèmes considérés, que les méthodes d'évaluation, les stratégies combinatoires ayant une plus grande

a. Professeur titulaire, Faculté des arts et des sciences – École de criminologie, Université de Montréal.

b. Ph. D., professeur agrégé, Département de psychologie – Université du Québec à Montréal.

c. Ph. D., professeure titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie et École de criminologie, Université de Montréal; Directrice recherche et enseignement universitaire, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.

sensibilité aux enjeux liés aux victimes de violence et les moyens permettant une meilleure communication du risque de violence. Outre une meilleure compréhension de l'interface entre les facteurs de risque et de protection, des efforts devront être maintenant déployés afin de bonifier les connaissances à propos de l'exercice de formulation du risque. Cette étape invitera de plus en plus le professionnel à aller au-delà de la description de ce qui est déjà connu de l'individu et à dégager des énoncés concis sur la nature et l'étiologie de la violence. La formulation de risque devrait permettre d'améliorer la compréhension de la dynamique délictuelle de l'individu en permettant d'intégrer à la fois des facteurs de risque et facteurs de protection et planifier des scénarios de violence future qui faciliteraient, à leur tour, l'identification de stratégies de gestion du risque plus efficaces.

Conclusion Si l'évaluation structurée du risque et des besoins des auteurs d'infractions qui ont des problèmes de santé mentale est de plus en plus pratique courante chez les professionnels, plusieurs enjeux d'ordre méthodologique et d'implantation dans différents milieux de pratique demeurent. Malgré le fait que ces enjeux méritent une discussion plus approfondie basée sur plus des données empiriques, leur contribution au plan de la réduction du risque de violence et du travail menant à une réintégration sociale réussie des personnes évaluées est indéniable.

MOTS CLÉS évaluation du risque, jugement professionnel structuré, formulation du risque, violence hétérodirigée, problèmes de santé mentale

Methods and Current Issues Related to Risk Assessment of Other-Directed Violence

ABSTRACT Objectives This article provides an overview of the approaches and instruments used to assess the risk of other-directed violence, with particular focus on risk formulation. Issues pertaining to the development and implementation of these instruments are briefly reviewed.

Method A critical analysis of the literature pertaining to the methods and current issues related to risk assessment of other-directed violence is proposed.

Results Violence risk assessment instruments are used to manage offenders struggling with mental health issues. They help inform decisions regarding monitoring, supervision, treatment and sentencing in correctional and forensic mental health settings. There are different approaches to violence risk assessment and numerous instruments offered to professionals working in these settings. Considering the structured professional judgement (SPJ) tools, they have considerably evolved in the last years with regard to the types of violence and the methods used to assess and manage risk. Examples of these innovations include taking into consideration victim safety planning and strategies to facilitate risk communication such as scenario planning based on an explanatory

framework informed by risk formulation. Risk formulation is a relatively new step in the administration SPJ tools, and invites users to go beyond documenting the presence and relevance of specific risk factors by allowing them to consider the nature and the etiology of violence in an individualized manner. Risk formulation integrates both relevant risk and protective factors that facilitate the process of scenario planning and the identification of successful risk management strategies.

Conclusion Although structured approaches to violence risk assessment of offenders struggling with mental health issues have become more and more frequent in many settings, some methodological and implementation issues still have to be tackled. In spite that these issues warrant further discussion based on new empirical data, their contribution to risk reduction and to the success of social rehabilitation of the individuals at the centre of these assessments is undeniable.

KEYWORDS risk assessment, structured professional judgement, risk formulation, other-directed violence, mental-health issues

Introduction

La violence se fait relativement rare. Depuis les années 1990, on observe une lente diminution des crimes au Québec (et partout au Canada et aux États-Unis). En 2018, on dénombrait 651 homicides au Canada, c'est-à-dire 15 de moins qu'en 2017 et 10 de moins que l'année précédente au Québec. Si les taux de violence sont relativement faibles par rapport à ce qu'ils étaient il y a une trentaine d'années, leur place dans les médias semble être à la hausse. L'idée que les médias traditionnels offrent une vision déformée du phénomène criminel, mettant une emphase sur les crimes violents, n'est pas nouvelle (Hollis, Downey, del Carmen et Dobbs, 2017). Cette tendance sera vraisemblablement exacerbée par les médias sociaux qui montrent un fort biais vers la présentation des contenus portant sur les crimes violents et les violences à caractère sexuel (Prieto Curiel, Cresci, Muntean et coll., 2020). On attribue souvent les actes de violence aux personnes ayant des problèmes de santé mentale (McGinty, Kennedy-Hendricks, Choklsey et Barry, 2016). C'est aux professionnels de la santé, particulièrement à ceux œuvrant auprès de clientèles judiciairisées, qu'incombe la responsabilité d'évaluer le risque de violence des personnes ayant des troubles de santé mentale. Cette évaluation servira de base à l'établissement d'un plan de traitement adapté aux besoins de la personne visant une réduction du risque de violence et une réintégration harmonieuse éventuelle à la collectivité.

L'évaluation du risque de violence

On peut sommairement définir l'évaluation du risque comme un processus impliquant la collecte systématique d'informations visant à déterminer à quel point une personne est susceptible d'utiliser la violence, contre elle-même ou une autre personne dans un futur plus ou moins rapproché. Pour Hart, Douglas et Guy (2016), l'exercice va au-delà de l'appréciation de la probabilité de violence, elle contient deux phases (Guy, Douglas et Hart, 2015) : une première qui consiste à apprécier la probabilité et de se projeter dans des avenir possibles. Il s'agit donc d'évaluer une multitude de facteurs afin de se renseigner sur la probabilité qu'une personne passe à l'acte et de réfléchir à la nature de ces passages à l'acte, les circonstances dans lesquelles elles sont les plus susceptibles de se produire, auprès de qui, etc. Une seconde phase a pour but d'identifier les moyens à mettre en œuvre afin de réduire ce risque de violence en prenant en compte la situation légale, sociale et contextuelle de la personne. Cela implique de réfléchir à l'effet possible d'interventions et de moyens de mitigation, et aux conséquences de ne pas les mettre en œuvre sur le parcours des personnes. Pour Hart et coll. (2016), il s'agit là d'un processus récursif où chacune des deux phases alimente l'autre.

La recherche entourant le développement des méthodes visant l'évaluation du risque de violence ne s'est pas faite en vase clos. Deux milieux de pratique ont rapidement été confrontés à la nécessité de développer des pratiques efficaces pour s'assurer de correctement évaluer le risque de violence : les milieux psychiatriques et les milieux correctionnels. Dans les milieux psychiatriques, particulièrement les milieux forensiques, les efforts ont été déployés afin d'identifier parmi les personnes souffrant de troubles mentaux, lesquelles étaient les plus susceptibles d'agir violemment, contre elles-mêmes, envers les copatients ou codétenus et contre les intervenants. Estimer le risque de telles violences une fois en communauté figure au haut de la liste des priorités. Dans les milieux correctionnels, les professionnels doivent documenter le risque de nouvelles infractions ou condamnations violentes chez les personnes judiciarisées, et proposer des interventions susceptibles de réduire ce risque de récidive. Malgré leurs différences, ces deux milieux partagent la mission d'assurer la sécurité du public, des intervenants et de la personne elle-même. Ces similitudes ont contribué au développement de méthodes et d'instruments similaires. Bien que les clientèles se chevauchent – un nombre important de

personnes judiciairisées sont aux prises avec des troubles mentaux, et un nombre important de patients psychiatriques ont commis des infractions – ces deux milieux ont des réalités bien différentes. Dans les milieux correctionnels, la durée parfois courte de la supervision, la quantité de personnes à superviser de même que la disponibilité du personnel les a menés vers des méthodes actuarielles favorisant la fidélité et la prise de décision plus rapide. Dans les milieux psychiatriques fermés, la disponibilité des professionnels, l'accès à différentes sources de données, la mission de santé et psychosociale ainsi que la durée des suivis ont contribué au développement de méthodes offrant plus de latitude aux professionnels dans l'appréciation du risque de violence. L'évaluation du risque de violence chez ces deux clientèles est désormais menée à l'aide d'instruments d'évaluation structurée. On en compte désormais plus de 200 (Singh et coll., 2014).

On classe généralement les pratiques en 3 grandes familles, selon la façon dont les éléments sont colligés, codés et traduits en une appréciation du niveau de risque de la personne : les approches de jugement clinique non structurées, les approches actuarielles parfois qualifiées d'approches non discrétionnaires et les méthodes basées sur les guides de jugement professionnel structuré (JPS), aussi désignées comme discrétionnaires. Les prochaines sections présentent les différentes méthodes et les instruments les plus couramment utilisés.

Les approches non structurées

Historiquement, l'évaluation du risque a été menée de manière non structurée, c'est-à-dire, sans méthode formelle ni instrument. Le professionnel, sur la base de son expérience personnelle, devait se positionner sur le niveau de risque de la personne évaluée. Les approches non structurées sont de moins en moins utilisées lorsque les enjeux sont importants. En effet, elles s'appuient sur ce que certains appellent « l'autorité charismatique » (Hart et coll., 2016), c'est-à-dire que la crédibilité d'une évaluation est basée sur la formation spécialisée de l'évaluateur, ses diplômes, son expérience ou son intuition. Les critères utilisés pour juger du risque sont laissés à la discrétion de l'évaluateur et sont difficilement reproductibles. Or, évaluateur compétent ou non, les évaluations du risque basées sur les approches non structurées sont hautement problématiques, tant au niveau de leur fidélité que de leur validité prédictive (Guy et coll., 2015). En effet, nombreux sont les travaux qui indiquent depuis plus de 40 ans que l'appréciation

du risque de violence est équivalente à lancer une pièce de monnaie (Ennis et Litwack, 1974). La piètre performance de ce type d'évaluation (Ægisdóttir et coll., 2006) est en bonne partie due à la sensibilité des évaluateurs à divers biais et euristiques cliniques (Tversky et Kahneman, 1974). En raison des conséquences sur la sécurité du public et le droit des personnes évaluées, elles ont pour une bonne part été laissées de côté au profit d'approches structurées.

Les méthodes actuarielles

Les méthodes actuarielles s'appuient sur la recherche de corrélats de la commission d'infractions de violence. Ces méthodes mettent l'accent sur l'utilisation d'un nombre ciblé de critères statistiquement liés à la violence, et sont organisées selon une série de règles de cotation afin de générer un algorithme de prédiction. Les items statiques plus souvent retenus concernent généralement le nombre d'antécédents judiciaires, la précocité des premières infractions ou des premières condamnations, les différents problèmes d'adaptation ou l'âge. Un élément fort des approches actuarielles statiques concerne l'inclusion de caractéristiques facilement mesurables, qui constituent des marqueurs d'une probabilité accrue de violence. L'évaluation actuarielle contient toujours des facteurs statiques, à savoir des facteurs qui ne peuvent être modifiés à la suite d'un traitement ou d'un programme. Ce qui la caractérise est qu'elle définit avec des critères opérationnels les différents items, ce qui lui permet de maintenir un certain niveau d'accord interjuges, mais aussi de générer des tables de taux de récidive liés à chaque catégorie de risque.

Les instruments actuariels statiques permettant de prédire spécifiquement la violence sont peu nombreux. Parmi les plus couramment utilisés, on retrouve la *Violent Risk Appraisal Guide* (VRAG; Quinsey, Harris, Rice et Cormier, 1998, 2006) et sa dernière mouture la VRAG-R (Harris, Rice, et Quinsey, 2015). La VRAG est un instrument actuariel contenant 12 items associés à la violence. La VRAG a initialement été conçue auprès de 618 délinquants violents pris en charge dans un hôpital psychiatrique ontarien. Les items de la VRAG sont combinés en un score total allant de -26 à +38. Ce continuum est découpé en 9 catégories de risque correspondant à un taux de récidive allant de 8 % de récidive sur 10 ans à 100 % sur une même période. La VRAG-R est une refonte de l'instrument et comporte toujours 12 items, mais plusieurs d'entre eux ont été modifiés ou éliminés, notamment le score total à

l'échelle de psychopathie de Hare (Hare, 2003) qui a été remplacée par le score à la facette antisociale de ce même instrument, l'historique d'abus d'alcool qui a été remplacé par un item sur l'abus de substances, les items de diagnostic et de victimes féminines éliminés et l'ajout d'un item sur l'historique de violence et l'historique d'agression sexuelle.

La fidélité des items de la VRAG et de la VRAG-R est généralement élevée, allant de 0,80 à 0,95 selon les études. La validité prédictive de l'instrument est quant à elle plutôt bonne, tel qu'en témoigne les différentes méta-analyses sur la question, faisant état de coefficients d'aire sous la courbe ROC de 0,76 en combinant les échantillons de développement et de 0,75 sans l'item de psychopathie, ce qui correspond à une grande taille d'effet (Rice et Harris, 2005).

Des instruments de type actuariel ont aussi été développés afin de mesurer les facteurs dynamiques associés à la récidive et dans une moindre mesure la récidive violente. Parmi les plus répandus et utilisés, on retrouve les instruments de la famille *Level of Services* (LS). Le LS/CMI (*Case Management Inventory*) est la dernière version en date des instruments de la famille LS élaborée par Andrews, Bonta et Wormith (2004). Le LS/CMI est coté à la suite de la lecture attentive du dossier de la personne judiciarisée et d'entretiens semi-structurés avec cette dernière. Généralement, les entretiens prennent la forme d'un survol des différentes sphères de vie de la personne dans un style relativement libre, et touchent les facteurs dynamiques liés à la récidive (les besoins criminogènes) ainsi que les autres caractéristiques de la personne (les besoins non criminogènes et questions de réceptivité). La première section est le cœur de l'instrument : elle comporte 43 items, permet de quantifier le risque, et renseigne l'évaluateur sur les 8 grands domaines les plus fortement liés à la récidive sur lesquels pourrait porter l'intervention. C'est à la suite de la cotation de ces items que sera produite la cote de risque, laquelle est organisée selon 5 catégories : très faible, faible, moyenne, élevée et très élevée.

Le LS/CMI a été développé afin d'accompagner les professionnels dans l'établissement d'un plan d'intervention ayant pour but la réduction de la récidive. Par conséquent, à l'instrument actuariel viennent se greffer différentes sections permettant de documenter les facteurs personnels et contextuels, les aspects de réceptivité et les besoins non criminogènes. La version française du LS/CMI offre de bonnes performances dans la prédiction de la récidive générale et violente (Guay, 2016), équivalent à ce qui a été observé ailleurs dans le monde (Olver, Stockdale et Wormith, 2014).

De nombreux instruments ont aussi été développés pour permettre d'évaluer adéquatement le risque de récidive de catégories d'infractions plus difficiles à prédire, par exemple celles des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) et celles des auteurs de violences conjugales. Parmi les plus couramment utilisés, on retrouve les instruments comme ceux de la trousse développée par Hanson et ses collègues pour les AICS, soit la Statique-99 (facteurs uniquement statiques), ainsi que la Stable-2007 (portant sur les facteurs dynamiques stables; Hanson, Harris, Scott et Helmus, 2007) et l'Aigu-2007 (pour les facteurs aigus, fluctuant rapidement; Hanson, Harris, Scott et Helmus, 2007). Le risque de récidive en contexte de violence conjugale peut être estimé à l'aide de l'*Ontario Domestic Assault Risk Assessment* (ODARA; Hilton, Harris et Rice, 2010), un instrument actuariel comptant 13 items statiques.

Les guides de Jugement professionnel structuré

Les guides de Jugement professionnel structuré (JPS) ont pour objectif d'associer la flexibilité d'une approche clinique à la force des données issues de la recherche (Webster, Hucker et Bloom, 2002). Les instruments de type JPS ont été principalement prévus pour l'évaluation du risque de violence chez les patients souffrant de troubles mentaux graves ou sous le coup de mesures pénales d'exception, comme la loi sur les délinquants dangereux. Les instruments d'aide à la décision basés sur le JPS ont vu le jour dans les années 1990 et ont été conçus dans l'optique d'évaluer le risque, mais aussi d'en comprendre les manifestations. Les auteurs de tels instruments aspiraient à proposer des instruments systématiques, cohérents et enracinés dans la recherche (Borum et Verhaagen, 2006). Avec les instruments de type JPS, l'évaluateur dispose d'une liste de domaines à évaluer, à la manière d'un aide-mémoire.

Le plus couramment utilisé est sans doute le *Historical Clinical Risk Management-20* (HCR-20; Douglas, Hart, Webster et Belfrage, 2013; Webster, Eaves, Douglas et Wintrup, 1995; Webster, Eaves, Douglas et Wintrup, 1997), un guide du jugement clinique structuré qui en est à sa troisième version. Il a été conçu afin d'évaluer le risque de violence générale chez les auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux principalement, mais également chez les délinquants ne présentant pas de troubles mentaux, et vise à orienter la mise en place d'une intervention basée sur les facteurs de risque. Il est composé de 20 domaines de risque sélectionnés sur la base de leur association avec

la violence dans la littérature scientifique et professionnelle ainsi que sur des consultations avec des spécialistes œuvrant dans le domaine de la santé mentale. Dix de ces facteurs touchent des aspects historiques ou statiques (p. ex. les antécédents de violence, les problèmes d'emploi, les échecs antérieurs lors du suivi), 5 traitent d'aspects cliniques et concernent le fonctionnement actuel de la personne (p. ex. les attitudes négatives, l'impulsivité, la résistance au traitement), et finalement 5 concernent les facteurs associés à la gestion du risque (p. ex. des plans personnels irréalistes, le manque de soutien dans son milieu). Chacun des aspects est coté « absent », « partiellement présent » ou « présent ». La fidélité interjuges est bonne pour les facteurs historiques (le coefficient de fidélité médian étant de 0,86) et relativement bonne pour les aspects dynamiques (fidélité médiane des facteurs cliniques de 0,74 et de 0,68 pour les facteurs liés à la gestion du risque) (Douglas et Reeves, 2010). La validité prédictive de la HCR-20 est bonne (Douglas et coll., 2014). Toutefois, dans le cas de sa dernière mouture (version 3), plus de la moitié des études ont été menées par les auteurs d'origine, et ont porté presque exclusivement sur des populations psychiatriques (Mooney et Sebalò, 2019).

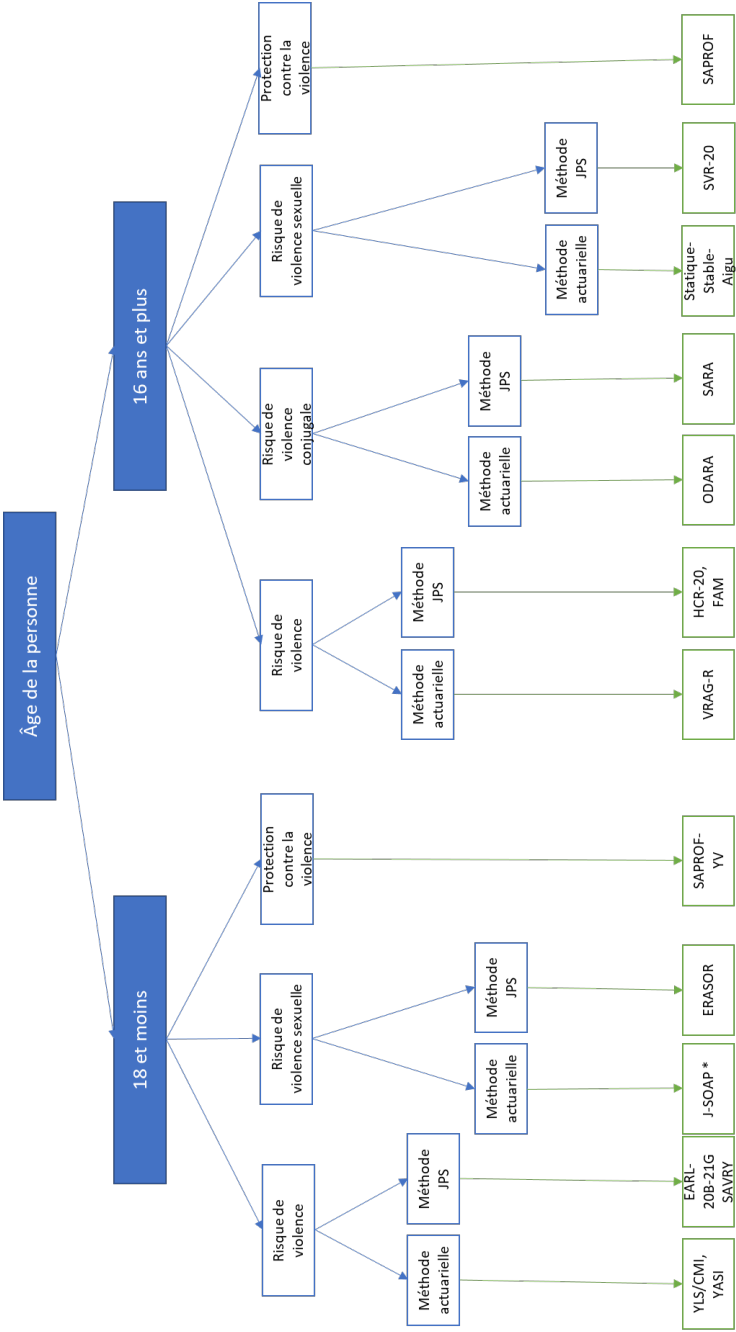
Les instruments de tradition JPS sont nombreux, et se destinent à une variété de tâches et de populations. Le type de comportement délictueux, de même que les caractéristiques des répondants détermineront en partie l'instrument choisi. En effet, le type de comportement à prévenir influencera le choix de l'instrument : si certains instruments comme la HCR-20 v3 ont été développés afin de documenter le risque de violence générale chez les hommes adultes, d'autres se destinent à l'évaluation des auteurs de violence sexuelle comme la *Sexual Violence Risk-20* (SVR-20 ; Boer, Hart, Kropp et Webster, 1997, 2017), ou la *Risk for Sexual Violence Protocol* (RSVP) (Hart et coll., 2003). Des instruments JPS ont aussi été développés pour documenter le risque de violence conjugale (SARA ; Kropp et Hart, 2015), le risque de violence chez les adolescents, comme c'est le cas pour la *Structured Assessment of Violence Risk in Youth* (SAVRY) (Borum, Bartel et Forth, 2006) ou même chez les enfants (*Early Assessment Risk List* ; Augimeri, Koegl, Webster et Levene, 2005). La figure 1 propose un sommaire des principaux instruments issus de la tradition actuarielle et JPS. Ils sont organisés en fonction de l'âge de la personne à évaluer et du type de violence spécifique visé par l'évaluation.

Un autre critère qui aurait pu être utilisé pour organiser les instruments d'évaluation du risque concerne l'imminence de la violence,

soit si l'instrument vise l'évaluation et la gestion du risque de violence dans les prochaines 24 heures ou les 6 prochains mois. Si l'évaluation et gestion du risque de violence vise par exemple les 24 heures suivant son administration, la *Dynamic Appraisal of Situational Aggression* (Ogloff et Daffern, 2006) est parmi les options plus robustes sur le plan psychométrique (AUC entre .65 et .82; Chu et coll. 2013; voir aussi Dickens et coll., 2020). Cet instrument a comme objectif d'aider quotidiennement (dans une fenêtre de 24 heures) les professionnels en psychiatrie légale ou en psychiatrie civile à prendre des décisions dans un contexte de violence imminente. Elle concerne des facteurs de risque susceptibles de changer dans une courte période de temps et qui sont relativement faciles à documenter comme les attitudes négatives et les menaces verbales. La *Short-Term Assessment of Risk and Treatability* (START), pour sa part, est un instrument permettant l'évaluation du risque de violence et de la « traitabilité » à court terme, soit de 1 à 8 semaines. Elle vise une cotation en équipe multidisciplinaire (Webster et coll., 2006). Elle offre aux professionnels un guide clinique concis avec des bonnes qualités psychométriques (Desmarais et coll., 2012; Farrell et coll., 2020; O'Shea et Dickens, 2014) qui aide à structurer les évaluations sur l'état de santé mentale, à planifier les stratégies de gestion du risque et à communiquer l'information relative au risque de façon exacte et constante. Il s'agit ici de l'évaluation de 20 facteurs de risque dynamiques, cotés comme vulnérabilités ou comme forces, incluant un facteur de traitabilité, par exemple à quel point facteurs de risque, comme l'impulsivité, sont susceptibles de changer avec la mise en place d'un plan de gestion du risque par l'équipe (p. ex. participation de la personne à un programme sur la gestion des émotions). Bien que ces divers instruments guident l'évaluation à court terme, la HCR-20 demeure l'instrument le mieux validé et le plus utilisé afin d'évaluer le risque de violence à moyen terme (1 à 6 mois) dans une perspective JPS (Judges, Egan et Broad, 2016).

Si l'évaluation structurée du risque et des besoins est désormais pratique courante chez les professionnels, nombreux sont ceux qui recourent tout naturellement aux facteurs de protection pour préciser le niveau de risque, concevoir leurs plans d'intervention et stimuler la motivation au changement. Ce n'est que très récemment que des instruments ont formellement considéré les facteurs de protection. L'instrument qui a connu l'engouement le plus rapide est sans contredit la *Structured Assessment of Protective Factor for violence risk* (SAPROF). Il existe désormais une version pour mineurs délinquants (SAPROF-

FIGURE 1
Principaux instruments issus de la tradition actuarielle et Jugement professionnel structuré



* techniquement, la J-SOAP-II est un instrument quasi-actuariel

Youth Version), et des versions pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, les auteurs d'infractions à caractère sexuel, les enfants ou des patients en soins de longue durée sont actuellement en développement. La SAPROF contient au total 17 domaines concernant des facteurs de protection internes (5 items), des facteurs de protection liés à la motivation (7 items), et des facteurs de protection externes (5 items). La SAPROF présente de bons coefficients de fidélité (de Vries Robbé, de Vogel et de Spa, 2011) et une bonne validité prédictive. Malgré que la SAPROF en soit encore à ses débuts, les données suggèrent qu'elle permette de bonifier l'évaluation du risque proposée par la HCR-20 (de Vries Robbé et coll., 2011, de Vries Robbé, de Vogel et Douglas, 2013), quoique des travaux plus récents ne corroborent pas nécessairement cette prétention (Coupland, 2015).

Les approches structurées : similitudes, différences et complémentarité entre les approches actuarielles et les JPS

Les approches JPS, comme les approches actuarielles dynamiques, orientent l'utilisateur vers un nombre restreint de facteurs de risque documentés dans la littérature scientifique, et donnent des indications de cotation de ces facteurs. À cet égard, la principale différence réside dans la manière dont les items sont cotés. Les approches JPS donnent plus de latitude au professionnel dans l'appréciation des indicateurs de ces facteurs de risque. Les formations et les manuels qui accompagnent ces instruments donnent des orientations sur les informations à prendre en compte, mais offrent la possibilité aux professionnels d'élargir les aspects à considérer. Par exemple, pour l'évaluation des femmes, il est recommandé de compléter l'évaluation à l'aide de facteurs sexospécifiques comme la prostitution ou grossesse précoce, tel que décrits dans le *Female Additional Manual* (FAM; de Vogel et coll., 2014). L'évaluateur peut aussi faire certaines inférences dans un contexte où l'information est limitée (p. ex. inférer des attitudes violentes d'un individu à partir de sa minimisation ou de ses justifications par rapport au recours à la violence). Les approches actuarielles quant à elles mettent plus d'énergie afin d'augmenter la fidélité de la collecte des indicateurs de risque et ne permettent pas de considérer des facteurs de risque plus marginaux ou idiosyncrasiques. Par conséquent, les indications de cotation de chacun des items sont plus détaillées, et une partie des efforts en formation ont pour but de s'assurer d'une compréhension commune de chacun des items.

La seconde différence fondamentale entre les deux familles concerne l'appréciation de l'importance de chacun des facteurs de risque. Dans le cas de l'approche actuarielle, chaque item a un poids, attribué par un système de pointage prédéterminé par la recherche auprès de vastes échantillons diversifiés. Plus de points ou d'items sont associés aux domaines les plus fortement liés à la récidive, et les domaines ayant une valeur prédictive moindre comptent moins de points ou d'items. C'est la somme des points dans l'ensemble des domaines qui détermine le niveau de risque. Si le professionnel respecte les indications de cotation, il arrivera sensiblement à la même conclusion, donc à la même catégorie de risque que son collègue. En raison de cette logique (plus contraignante), l'instrument actuariel permettra d'offrir une estimation chiffrée du risque de récidive issue de l'échantillon normatif. Ainsi, on sera en mesure d'affirmer que la personne évaluée appartient à telle ou telle catégorie de risque de récidive, dans laquelle une certaine proportion des personnes a tendance à récidiver sur une période déterminée après sa remise en liberté ou après le début de son suivi dans la collectivité.

Dans les approches JPS, il revient au professionnel d'évaluer et pondérer chacun des facteurs de risque en fonction de l'individu concerné, dans une série d'étapes pour en arriver à un jugement final sur le risque. On commence par évaluer la saillance et la pertinence de chaque facteur de risque de violence (p. ex. antécédents de problèmes de violence ou problèmes récents d'introspection) et facteurs liés à la gestion du risque de violence (p. ex. difficulté de la personne à élaborer des plans et à utiliser de manière adéquate les services ou programmes professionnels à sa disposition). L'évaluateur est ensuite invité à faire une synthèse de cette information à partir de laquelle il anticipe différents scénarios de violence future et identifie des stratégies de gestion du risque de violence qui seraient l'aboutissement de l'évaluation du risque dans l'approche JPS. On désigne cette synthèse où le professionnel agence les différents facteurs de risque « formulation du risque de violence ». Ce concept trouve ses origines dans le domaine de la psychothérapie et consiste en l'élaboration d'une hypothèse ou de l'articulation d'hypothèses explicatives et diachroniques visant à élucider les mécanismes sous-jacents à la dynamique délictuelle de l'individu (Hart et coll., 2011 ; Logan, 2017a, 2017b). Cela veut dire que cette synthèse doit prendre en considération le passé, le présent et le futur de la personne évaluée, le tout présenté de manière narrative, soit en tenant compte des points tournants de l'histoire de vie de la

personne évaluée. Pour ce faire, il doit recourir à un modèle théorique pour guider sa formulation du risque (Johnstone et Dallos, 2013). Ce modèle permettrait d'étoffer l'argumentaire concernant la violence, qu'elle soit générale, sexuelle, conjugale, etc. (v. Hart et Logan, 2011 pour une révision de différents modèles pertinents à la formulation du risque de violence).

Par exemple, dans le cas d'une évaluation du risque de violence conjugale à l'aide du *Spousal Assault Risk Assessment Guide* (SARA; Kropp et Hart, 2015), un modèle théorique comme celui des « Quatre P » de Weerasekera (1996) pourrait être utilisé par le professionnel pour structurer sa formulation du risque. Il permettrait de donner du sens aux différents facteurs de risque inclus dans la SARA en les organisant sous les rubriques : 1) les facteurs prédisposants (p. ex. maltraitance à l'enfance) ; 2) les facteurs précipitants (p. ex. consommation de substances) ; 3) les facteurs de perpétuation (p. ex. personnalité antisociale ou présence de distorsions cognitives sur la violence conjugale) et 4) les facteurs de protection comme l'adhésion à la médication en cas de problème de santé mentale majeur ou tout autre facteur de protection pertinent inventorié dans la SAPROF (de Vogel et coll., 2011). Dans un cas où un risque d'homicide conjugal se présenterait, le recours à la VRAG-R pourrait aider à compléter l'évaluation à l'aide de la SARA dans le but de situer la personne dans une catégorie de risque. Dans un tel cas, la formulation du risque de violence inclurait alors des résultats à 3 instruments de 2 approches d'évaluation du risque de violence différents, soit la SARA, la VRAG et la SAPROF.

La formulation du risque rend aussi justice à la grande complexité des besoins présentés par les individus qui font l'objet d'évaluations du risque de violence. Tant en milieu correctionnel qu'en psychiatrie légale, les professionnels travaillent avec des personnes qui, au-delà des enjeux de violence et santé mentale, sont aux prises avec divers problèmes, comme des enjeux de consommation de substances. Il n'est pas rare non plus qu'une importante problématique suicidaire ou automutilatoire soit également présente chez ces individus dont les trajectoires de vie sont parsemées d'événements traumatiques (Fazel et coll., 2016). Cette étape de la formulation du risque de violence qui a été intégrée plus récemment dans la démarche des instruments JPS vient aussi faciliter la communication du risque de violence aux différentes personnes touchées par le processus d'évaluation et gestion du risque de violence (Logan, 2017b). La formulation du risque de violence offre aux professionnels et à la personne évaluée l'occasion de s'entendre sur

une compréhension commune de la dynamique de violence. En plus de favoriser l'alliance de travail entre l'équipe de gestion de cas et la personne évaluée (favorisant chez cette dernière sa motivation au changement), la formulation du risque aide les équipes multidisciplinaires à poser les bases des plans de traitements (cf. Logan, 2017a pour une révision sur les différents niveaux de formulation en fonction de son contexte d'utilisation).

Le travail en équipe multidisciplinaire soulève la question des qualifications et compétences des utilisateurs des instruments de type JPS. Les auteurs de la HCR-20-v3 recommandent que l'utilisateur possède des connaissances sur la nature, les causes et la gestion de la violence (cf. Douglas et coll., 2013). La maîtrise des techniques d'entrevue, l'expérience en revue d'informations sur dossier et dans la passation et interprétation d'instruments standardisés sont des atouts. Le professionnel doit également posséder une expertise en matière d'évaluation et de diagnostic de troubles mentaux, troubles de la personnalité et trouble lié à la consommation de substances. Si l'utilisateur ne satisfait pas ce dernier critère, les auteurs indiquent que la HCR-20 peut être utilisée à condition que les facteurs de risque reliés à un trouble mental soient évalués par un professionnel qualifié (p. ex. psychologue ou psychiatre) ou sous la supervision de celui-ci. Ce travail de collaboration entre professionnels de différentes disciplines est par ailleurs l'une des forces associées à l'utilisation des instruments du type JPS qui ont été conçus pour intégrer les contributions de différents membres d'une même équipe multidisciplinaire. Par exemple, dans un instrument comme le START (Webster et coll., 2009), la contribution d'un travailleur social pour coter les aspects liés au soutien social pourrait être pertinente dans le développement de stratégies de gestion du risque de violence. On peut aussi mettre à contribution l'expertise du personnel infirmier pour documenter les items relatifs aux risques de comportements autodestructeurs ou aux risques de suicide.

Les enjeux en matière d'évaluation du risque de violence

Malgré la qualité des principaux instruments visant à évaluer le risque de violence en milieu carcéral et en psychiatrie légale, plusieurs enjeux demeurent. Un premier, d'ordre conceptuel, concerne la définition même des construits mesurés par ces instruments, particulièrement la notion de facteur de risque dynamique. Ces facteurs, inclus dans

la majorité des approches structurées de l'évaluation du risque, sont souvent ciblés par les programmes d'intervention auprès des clientèles judiciarisées. Pour plusieurs (Ward, 2016 ; Heffernan, Wegerhoff et Ward, 2019), les facteurs dynamiques sont des construits vagues et hétérogènes, et consistent en un collage de construits ou d'états psychologiques, d'influences sociales, d'aspects situationnels, de traits de personnalité ou même de conditions liées à l'environnement des personnes comme leur accès à des services, etc. Des construits si hétérogènes, même s'ils sont corrélés avec la récidive peuvent difficilement prétendre à avoir un effet causal (voir Heffernan et Ward, 2020 pour une recension plus approfondie de ces enjeux conceptuels). Un débat équivalent autour de ce type d'enjeux conceptuels concerne les facteurs de protection (Fortune et Ward, 2017 ; Polaschek, 2017 ; Guay, Parent et Benbouriche, 2020).

Un deuxième enjeu, aussi de nature méthodologique, concerne la validité de critère de ces méthodes. La plupart des méthodes actuellement utilisées bénéficient d'un certain appui empirique. Ils ont pour la plupart fait l'objet de validations répétées, dans différents contextes et auprès de différentes populations. Toutefois, même les instruments les mieux conçus requièrent une mise à l'épreuve continue de leur validité. Des instruments plus récents souffrent eux aussi d'un appui empirique très limité. Souvent, l'essentiel des travaux est mené exclusivement par leurs concepteurs, ce qui limite considérablement la portée de leurs conclusions. La démarche de validation gagne en crédibilité si elle s'effectue avec le plus de neutralité. C'est une des limites de certains instruments de type JPS, pour lesquels plus de la moitié des études ont été menées par les auteurs qui ont participé à la création de ces instruments et ont porté presque exclusivement sur des populations psychiatriques (Mooney et Sebalo, 2019). Ce dernier élément soulève également des questions concernant leur applicabilité auprès d'autres clientèles comme celles des milieux correctionnels et communautaires, puisque ces méthodes ont été dans une large mesure développées et validées en milieu psychiatrique. Par exemple, une méta-analyse récente relève la pertinence de l'utilisation de la DASA en milieu correctionnel (Dickens et coll., 2020), mais plus d'études sont nécessaires sur l'applicabilité de la START dans ce même milieu.

Un troisième enjeu concerne l'agencement des résultats des différentes évaluations produites à l'aide de différents instruments. S'il apparaît désormais peu utile de conjuguer différents instruments visant à mesurer le même type de risque (p. ex. combiner les résultats

de différents instruments visant à documenter le risque de récidive sexuelle; Seto, 2005), il est souhaitable de documenter les différents risques de récidive. En effet, en raison du polymorphisme de l'agir délinquant, certains auteurs d'infractions pourraient commettre des crimes contre les biens, des bris d'engagement des conditions de surveillance, des infractions violentes, des délits sexuels ou des violences conjugales. À titre d'exemple, les auteurs d'infractions sexuelles sont notablement plus susceptibles de commettre des nouvelles infractions non sexuelles (p. ex. infractions violentes ou contre les biens) que sexuelles (Hanson et Morton-Bourgon, 2004). Une évaluation du risque général et violent à l'aide d'un instrument générique (p. ex. le LS/CMI) permettant d'identifier les principaux besoins criminogènes en lien avec la récidive devrait être préconisée, en plus d'une appréciation des principaux facteurs de risque propres à la délinquance sexuelle à l'aide d'instruments dédiés à cette fin (p. ex. Statique-99 et Stable-2007). La question de la validité incrémentielle se pose aussi concernant l'ajout d'instruments permettant de documenter les facteurs de protection (SAPROF et SAPROF-YV). Bien que les domaines investigués diffèrent en partie de ceux étudiés dans les évaluations du risque, la démonstration de leur plus-value, du moins en termes de validité prédictive, demeure à faire. Il n'existerait donc pas un risque, mais bien plusieurs risques de différents types d'infractions, chacun d'eux pouvant nécessiter une investigation des domaines de risque.

Finalement, les approches structurées d'évaluation du risque de violence sont confrontées à des enjeux de fidélité de l'utilisation. Les approches actuarielles et JPS requièrent de la part des utilisateurs de se conformer aux pratiques de cotation et d'utilisation proposées par les concepteurs. Des efforts d'assurance qualité sont généralement nécessaires afin de permettre que les méthodes d'évaluation qui guident les pratiques d'intervention soient utilisées à leur plein potentiel et qu'elles répondent aux attentes de leurs utilisateurs (Viljoen, Cochrane et Jonnson, 2018). Bien que ces barrières liées à la pérennisation de nouvelles pratiques commencent à être systématiquement identifiées et prises en compte, plusieurs défis restent encore à relever dans l'implantation concrète des instruments fondés sur des données probantes (Müller-Isberner et coll., 2017).

Conclusion

Les professionnels intervenant auprès de personnes judiciairisées recourent de plus en plus à une panoplie d'instruments s'inscrivant dans une approche structurée d'évaluation du risque de violence. Ces instruments ont beaucoup évolué : les thèmes considérés sont désormais plus étendus, les méthodes de combinaison des facteurs se sont précisées, et les contextes dans lesquels les performances de ces instruments sont moindres sont mieux connus. Bien que les méthodes d'évaluation se soient perfectionnées, il n'en demeure pas moins que les instruments sont utiles dans la mesure où ils sont utilisés de manière optimale. Pour cette raison, les approches actuelles sont souvent préconisées afin de bien documenter le risque sans une connaissance approfondie des processus psychologiques et de la dynamique délictuelle de la personne. L'évaluation du risque dans des contextes plus contraignants (comme dans le cas des personnes qui purgent de plus courtes peines, à l'aide d'une information moins détaillée et sans l'apport d'une équipe multidisciplinaire) peut l'être avec des approches actuarielles. Les méthodes de type JPS, du fait de leur flexibilité, requièrent généralement une meilleure connaissance de la personne évaluée. Par conséquent, elles pourraient fournir des performances moindres sans l'accès à un contexte optimal d'utilisation. Les enjeux relatifs à la validité et la fidélité des instruments en français posent aussi encore problème. Si certains instruments ont fait la démonstration de leur utilité dans différents contextes par des chercheurs neutres (p. ex. la Statique-99, Stable-2007, LS/CMI), d'autres n'ont toutefois pas été validés en contexte francophone. Cette considération réduit grandement le champ des possibilités. Il revient donc aux chercheurs, décideurs et aux praticiens de s'allier afin de mettre à l'épreuve la validité des instruments en français et de promouvoir les pratiques fondées sur les données probantes. Même les instruments en apparence bien conçus peuvent offrir de mauvaises performances, offrant un faux sentiment de sécurité à ses utilisateurs. Outre une meilleure compréhension de l'interface entre les facteurs de risque et de protection, des efforts devront être maintenant déployés afin de bonifier les connaissances à propos de l'exercice de formulation du risque. Cette étape invitera de plus en plus le professionnel à aller au-delà de la description de ce qui est déjà connu de l'individu et à dégager des énoncés concis sur la nature et l'étiologie de la violence. La formulation du risque devrait permettre d'améliorer la compréhension

de la dynamique délictuelle de l'individu en permettant d'intégrer à la fois des facteurs de risque et facteurs de protection et planifier des scénarios de violence future qui faciliteraient, à leur tour, l'identification de stratégies de gestion du risque plus efficaces. Plusieurs enjeux d'ordre méthodologique demeurent, mais leur contribution au point de vue de la réduction du risque de violence et du travail menant à une réintégration sociale réussie des personnes évaluées est indéniable.

RÉFÉRENCES

- Ægisdóttir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., ... et Rush, J. D. (2006). The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The Counseling Psychologist*, 34(3), 341-382. doi:10.1177/0011000005285875
- Andrews, D. A., Bonta, J. et Wormith, S. J. (2000). *Level of service/case management inventory: LS/CMI*. Multi-Health Systems.
- Augimeri, L. K., Koegl, C. J., Levene, K. S. et Webster, C. D. (2005). *Early Assessment Risk Lists for Boys and Girls*. In T. Grisso, G. Vincent et D. Seagrave (Eds.), *Mental health screening and assessment in juvenile justice* (pp. 295-310). The Guilford Press.
- Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R. et Webster, C. D. (1997). *Manual for the sexual violence risk-20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Mental Health, Law, & Policy Institute, Simon Fraser University.
- Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R. et Webster, C. D. (2017). *Manual for version 2 of the sexual violence risk-20: Structured professional judgment guidelines for assessing and managing risk of sexual violence*. Protect International Risk and Safety Services Inc.
- Borum, R. et Verhaagen, D. (2006). *Assessing and managing violence risk in juveniles*. Guilford Press.
- Borum, R., Bartel, P. et Forth, A. (2006). *Manual for the Structured Assessment for Violence Risk in Youth (SAVRY)*. Psychological Assessment Resources.
- Chu, C. M., Thomas, S. D., Ogloff, J. R. et Daffern, M. (2013). The short-to medium-term predictive accuracy of static and dynamic risk assessment measures in a secure forensic hospital. *Assessment*, 20(2), 230-241.
- Coupland R. (2015). *An examination of dynamic risk, protective factors, and treatment-related change in violent offenders* [unpublished dissertation]. Saskatoon (SK) : University of Saskatchewan.
- Desmarais, S. L., Nicholls, T. L., Wilson, C. M. et Brink, J. (2012). Using dynamic risk and protective factors to predict inpatient aggression: reliability and validity of START assessments. *Psychological Assessment*, 24(3), 685.
- de Vogel, V., de Vries Robbé, M., van Kalmthout, W. et Place, C. (2014). *Female Additional Manual (FAM): Additional Guidelines to the HCR-20v3 for assessing risk for violence in women*. Van der Hoeven Kliniek.

- de Vries Robbé, M., de Vogel, V. et de Spa, E. (2011). Protective factors for violence risk in forensic psychiatric patients: A retrospective validation study of the SAPROF. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(3), 178-186. <https://doi.org/10.1080/14999013.2011.600232>
- de Vries Robbé, M., de Vogel, V. et Douglas, K. S. (2013). Risk factors and protective factors: A two-sided dynamic approach to violence risk assessment. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24(4), 440-457. <https://doi.org/10.1080/14789949.2013.818162>
- Dickens, G. L., O'Shea, L. E. et Christensen, M. (2020). Structured assessments for imminent aggression in mental health and correctional settings: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 104. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103526>
- Douglas, K. S. et Reeves, K. A. (2010). *Historical-Clinical-Risk Management-20 (HCR-20) Violence Risk Assessment Scheme: Rationale, application, and empirical overview*. In R. K. Otto & K. S. Douglas (Eds.), *International perspectives on forensic mental health. Handbook of violence risk assessment* (pp. 147-185). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Douglas, K. S., Hart, D. S., Webster, C. D., Belfrage, H., Guy, L. S., Wilson, M. W. (2014). Historical-clinical-risk management-20, version 3 (HCR-20^{v3}): development and overview. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 93-108. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.906519>
- Douglas, K. S., Hart, D. S., Webster, C. D. et Belgrage, H. (2013). *HCR-20v3, Évaluation du risque de violence, Guide de l'utilisateur*. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Ennis, B.J. & Litwack, T.R. (1974). Psychiatry and the presumption of expertise: flipping a coin in the courtyard. *California Law Review*, 62,693-752.
- Farrell, C., Petersen, K. L., Nicholls, T. L. et Ronald Roesch (2020). Assessing the confidence-accuracy relationship in risk assessments using the START: Introducing calibration analysis. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 31(6), 982-1001. <https://doi.org/10.1080/14789949.2020.1814845>
- Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M. et Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 871-881.
- Fortune, C. A. et Ward, T. (2017). Problems in protective factor research and practice. *Aggression and Violent Behavior*, 32, 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.12.008>
- Guay, J. P. (2016). L'évaluation du risque et des besoins criminogènes à la lumière des données probantes: Une étude de validation de la version française de l'inventaire de niveau de service et de gestion des cas-LS/CMI. *European Review of Applied Psychology*, 66(4), 199-210. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2016.04.003>
- Guay, J. P., Parent, G. et Benbouriche, M. (2020). Disentangling Promotive and Buffering Protection: Exploring the Interface Between Risk and Protective Factors in Recidivism of Adult Convicted Males. *Criminal Justice and Behavior*, 47(11), 1468-1486.
- Guy, L. S., Douglas, K. S. et Hart, S. D. (2015). *Risk assessment and communication*. In B. L. Cutler & P. A. Zapf (Eds.), *APA handbooks in APA handbook of forensic psychology, Vol. 1. Individual and situational influences*

- in criminal and civil contexts* (pp. 35-86). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14461-003>
- Hanson, R. K., Harris, A. J. R., Scott, T. et Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project* (Corrections Research User Report No. 2007-05). Ottawa, ON: Public Safety Canada. Retrieved from http://www.publicsafety.gc.ca/res/cor/rep/_fl/crp2007-05-en.pdf
- Hanson, R. K. et Morton-Bourgon, K. (2004). *Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis 2004-02*. Ottawa, Ontario: Public Safety and Emergency Preparedness Canada.
- Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*, 2nd edition. Multi-Health Systems.
- Harris, G. T., Rice, M. E. et Quinsey, V. L. (1993). Violent Recidivism of Mentally Disordered Offenders: The Development of a Statistical Prediction Instrument. *Criminal Justice and Behavior*, 20(4), 315-335. <https://doi.org/10.1177/0093854893020004001>
- Harris, G. T., Rice, M. E., Quinsey, V. L. et Cormier, C. A. (2015). *Violent offenders: Appraising and managing risk*, 3rd ed. American Psychological Association.
- Hart, S. D. et Logan, C. (2011). Formulation of violence risk using evidence-based assessments: The structured professional judgment approach. In P. Sturmey et M. McMurran (Eds.), *Forensic case formulation* (pp. 83-106). Wiley-Blackwell.
- Hart, S. D., Douglas, K. S. et Guy, L. S. (2016). The structured professional judgment approach to violence risk assessment: Origins, nature, and advances. In D. P. Boer (Ed.), *The Wiley Handbook on the Theories, Assessment and Treatment of Sexual Offending* (pp. 643-666). Wiley.
- Hart, S. D., Kropp P. R., Laws, D. R., Klaver, J., Logan, C. et Watt, K. A. (2003). *The risk for sexual violence protocol (RSVP): Structured professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Hart, S., Sturmey, P., Logan, C. et McMurran, M. (2011). Forensic case formulation. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(2), 118-126.
- Heffernan, R. et Ward, T. (2020). *Dynamic Risk Factors for Sexual Offending: Causal Considerations*. Springer.
- Heffernan, R., Wegerhoff, D. et Ward, T. (2019). Dynamic risk factors: conceptualization, measurement, and evidence. *Aggression and Violent Behavior*, 48, 6-16. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.06.004>
- Hilton, N. Z., Harris, G. T. et Rice, M. E. (2010). *The law and public policy: Psychology and the social sciences. Risk assessment for domestically violent men: Tools for criminal justice, offender intervention, and victim services*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12066-000>
- Hollis M. E., Downey S., del Carmen A. et Dobbs R. R. (2017) The relationship between media portrayals and crime: perceptions of fear of crime among citizens. *Crime Prevention and Community Safety*, 19, 46-60. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0).
- Johnstone, L. et Dallos, R. (2013). Introduction to formulation. In L. Johnstone et R. Dallos, *Formulation in psychology and psychotherapy* (pp. 21-37). Routledge.
- Judges, R., Egan, V. et Broad, G. (2016). A critique of the historical clinical risk—20, version 3, risk assessment instrument. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 16(4), 304-320. <https://doi.org/10.1080/15228932.2016.1196102>

- Kropp, P. R. et Hart, S. D. (2015). *The Spousal Assault Risk Assessment Guide Version 3* (SARA-V3). ProActive ReSolutions Inc.
- Logan, C. (2017a). Formulation for forensic practitioners. In R. Roesch & A. N. Cook (Eds.), *Handbook of forensic mental health services* (pp. 153-178). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315627823-6>
- Logan, C. (2017b). Forensic Case Formulation for Violence and Aggression. In P. Sturmey (Ed.), *The Wiley Handbook of Violence and Aggression* (pp. 1-12). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119057574.whbva083>
- McGinty, E. E., Kennedy-Hendricks, A., Choksy, S. et Barry, C. L. (2016). Trends In News Media Coverage Of Mental Illness In The United States: 1995-2014. *Health Affairs (Project Hope)*, 35(6), 1121-1129. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0011>
- Mooney, R. et Sebalo, I. (2019). Violence risk assessment. In J. L. Ireland, C. A. Ireland et P. Birch (Eds.), *Violent and sexual offenders: Assessment, treatment and management* (pp. 3-17). Routledge.
- Müller-Isberner, R., Born, P., Eucker, S. et Eusterschulte, B. (2017). Implementation of Evidence-Based Practices in Forensic Mental Health Services. In R. Roesch et A. N. Cook (Eds.), *Handbook of forensic mental health services* (pp. 443-469). Routledge.
- Ogloff, J. R. et Daffern, M. (2006). The dynamic appraisal of situational aggression: An instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behavioral Sciences & the Law*, 24(6), 799-813.
- Olver M. E., Stockdale K. C. et Wormith J. S. (2014) Thirty years of research on the level of service scales: a meta-analytic examination of predictive accuracy and sources of variability. *Psychological Assessment*, 26(1),156-76. doi: 10.1037/a0035080. Epub 2013 Nov 25. PMID: 24274046.
- O'Shea, L. E. et Dickens, G. L. (2014). Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): Systematic review and meta-analysis. *Psychological Assessment*, 26(3), 990-1002.
- Polaschek, D. L. L. (2017). Protective factors, correctional treatment and desistance. *Aggression and Violent Behavior*, 32, 64-70. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.12.005>
- Prieto Curiel, R., Cresci, S., Muntean, C. I. et Bishop, S. R. (2020). Crime and its fear in social media. *Palgrave Communications*, 6, 57. <https://doi.org/10.1057/s41599-020-0430-7>
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E. et Cormier, C. A. (1998). *The Law and public policy: Psychology and the social sciences series. Violent offenders: Appraising and managing risk*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10304-000>
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E. et Cormier, C. A. (2006). *The law and public policy. Violent offenders: Appraising and managing risk (2nd ed.)*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11367-000>
- Rice, M. E. et Harris, G. T. (2005). Comparing effect sizes in follow-up studies: ROC, Cohen's d and r. *Law and Human Behavior*, 29, 615-620.
- Singh, J. P., Desmarais, S., Hurducas, C., Arbach-Lucioni, K., Condemarin, C., Dean, K.,... Otto, R. K. (2014). International perspectives on the practical application of violence risk assessment: A global survey of 44 countries. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13, 193-206.

- Tversky, A. et Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases: Biases in judgments reveal some heuristics of thinking under uncertainty. *Science*, 185(4157), 1124-1131.
- Viljoen, J. L., Cochrane, D. M. et Jonnson, M. R. (2018). Do risk assessment tools help manage and reduce risk of violence and reoffending? A systematic review. *Law and Human Behavior*, 42(3), 181-214. <https://doi.org/10.1037/lhb0000280>
- Ward, T. (2016). Dynamic risk factors: Scientific kinds or predictive constructs. *Psychology, Crime & Law*, 22(1-2), 2-16. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2015.1109094>
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D. et Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence (version 2)*. Simon Fraser University.
- Webster, C. D., Eaves, D., Douglas, K. S. et Wintrup, A. (1995). *The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk*. Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.
- Webster, C. D., Hucker, S. J. et Bloom, H. (2002). Transcending the Actuarial Versus Clinical Polemic in Assessing Risk for Violence. *Criminal Justice and Behavior*, 29(5), 659-665. <https://doi.org/10.1177/009385402236736>
- Webster, C. D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T. L. et Desmarais, S. L. (2009). *Manual for the Short Term Assessment of Risk and Treatability (START) (Version 1.1)*. Port Coquitlam, British Columbia, Canada: St. Joseph's Healthcare Hamilton, Ontario, and Forensic Psychiatric Services Commission.
- Webster, C. D., Nicholls, T. L., Martin, M.-L., Desmarais, S. L. et Brink, J. H. (2006). Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): The case of a new structured professional judgment scheme. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 747-766.
- Weerasekera, P. (1996). *Multiperspective case formulation: A step towards treatment integration*. Krieger.

Le nouveau défi des services destinés aux personnes présentant un premier épisode de psychose : intégrer des interventions pour prévenir et réduire les agressions physiques

Sheilagh Hodgins^a

Valérie Moulin^b

RÉSUMÉ Objectif Les services de santé mentale destinés aux personnes présentant un Premier Épisode de Psychose (PEP) proposent des interventions spécialisées qui ont démontré leur efficacité sur l'évolution psychopathologique des personnes suivies, mais ils n'intègrent pas encore dans leurs programmes de traitement des interventions pour prévenir les Agressions Physiques (AP). Cet article présente les résultats d'études afin d'inciter ces services à évaluer le risque d'AP et à intervenir rapidement pour prévenir ces comportements, à côté du traitement des troubles psychotiques.

Méthode Cet article présente une recension narrative des écrits scientifiques. Il est basé sur des publications en français et anglais, rapportant des études, revues et méta-analyses portant sur les antécédents, corrélats et traitements efficaces des AP et de la criminalité chez les personnes présentant un trouble mental grave, une schizophrénie, ou un premier épisode de psychose.

Résultats La recension des écrits scientifiques confirme que les personnes développant ou présentant une schizophrénie montrent un risque élevé d'APs

-
- a. Ph. D., professeure associée, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal; Chercheuse, Institut universitaire en santé mentale de Montréal.
 - b. Maître de conférences, Institut de psychiatrie légale, Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois; Université de Grenoble-Alpes, LIP/PC2S.

de criminalité, particulièrement d'homicide, comparativement à la population générale. Approximativement un tiers des patients présente des APs avant un PEP. Un premier sous-groupe de personnes, qui présente le plus haut taux d'APs et de criminalité, a des antécédents de troubles des conduites dans l'enfance. Un deuxième sous-groupe de personnes débute les APs avant le PEP, au fur et à mesure que l'anxiété et les symptômes positifs augmentent. L'association entre symptômes psychotiques positifs et AP varie selon la phase de la maladie et l'âge de début des APs. De plus, d'autres facteurs tels que l'abus de substances (notamment la consommation de cannabis), les difficultés à reconnaître les émotions sur le visage d'autrui, l'impulsivité et la victimisation physique sont associés aux APs. À côté des interventions qui ont montré leur efficacité pour la prise en charge des troubles psychotiques et des habiletés sociales, des programmes de traitement conçus pour prévenir les APs, les comportements antisociaux et les facteurs associés apparaissent nécessaires, ainsi que des interventions visant à réduire les victimisations¹ qui favorisent les APs.

Conclusion Les travaux de recherche ont montré l'existence de différents profils de patients et des facteurs liés aux APs qui pourraient être identifiés lors d'un PEP. Ainsi, les services qui accompagnent les personnes présentant un PEP pourraient jouer un rôle important en prévenant les APs. Pour ce faire, il conviendrait d'intervenir simultanément sur les troubles psychotiques et les APs. Différents défis à l'implantation de ces interventions doivent être relevés : le premier est de convaincre les équipes de l'intérêt de ces pratiques pour prévenir les agressions, et le second est d'amener les patients qui ont le plus besoin de ces interventions à y participer. Travailler la motivation et l'adhésion des patients aux interventions demeure un défi important.

MOTS CLÉS premier épisode de psychose, agressions physiques, évaluation, traitements

New challenge for services for people with a first episode of psychosis: to integrate interventions to prevent and reduce physical aggression

ABSTRACT Objective Mental health services for persons presenting a first episode of psychosis include specialized interventions that are effective in treating psychosis, but they do not include treatments that prevent aggressive behaviour (AB). This article presents the results of studies in an effort to incite these services to evaluate the risk of AB and to intervene rapidly to prevent these behaviours as well as treating the psychotic disorder.

1. Les auteurs préconisent l'utilisation du terme de « victimisation » plutôt que celui de « victimation ».

Method This article presents a narrative review of the scientific studies. We have reviewed publications in French and English reporting studies, reviews, and meta-analyses focused on the antecedents, correlates, and effective treatments for AB and criminality of persons described as presenting severe mental disorder, schizophrenia, or a first episode of psychosis.

Results The review of scientific studies confirms that persons developing or presenting schizophrenia are at increased risk to engage in AB, crime, and homicide relative to the general population. Before a first episode of psychosis approximately one third of patients display AB. One subgroup of these persons, those who present the highest risk of AB and criminality, have a history of conduct disorder since childhood. Another subgroup who also begin engaging in AB before a first episode of psychosis display AB as anxiety and positive symptoms increase. The association between positive psychotic symptoms and AB varies according to the phase of illness and the age of onset of AB. Further, other factors such as substance misuse (especially cannabis use), difficulty in recognizing emotions in the faces of others, impulsivity, and physical victimization are related to AB. In addition to effective treatments for psychosis and social skill training, treatment programs aimed at preventing AB and antisocial behaviours, and the associated factors are needed, as well as interventions that aim to reduce victimization.

Conclusion The extant literature identifies different profiles of patients and factors associated with AB that can be identified at a first episode of psychosis. Consequently, first episode services could play an important role in preventing AB. To do this, they would need to simultaneously treat the psychosis and the AB. The implementation of such treatments would involve challenges such as convincing treatment teams of the benefits of such an approach and convincing patients needing these treatments to comply. Increasing patients' motivation and compliance remains an important challenge.

KEYWORDS first episode psychosis, aggressive behaviour, assessment, treatments

INTRODUCTION

Depuis quelques années, dans la plupart des pays occidentaux, les services de santé mentale comportent des services spécialisés destinés aux personnes présentant un premier épisode de psychose (PEP). Divers essais cliniques ont démontré que ces services spécialisés permettent de réduire les symptômes et la durée d'hospitalisation, ainsi qu'une meilleure évolution psychopathologique et sociale des patients, comparativement aux services psychiatriques traditionnels. Toutefois, si ces services spécialisés ont la potentialité d'identifier rapidement les

patients présentant un risque d'Agression Physique (AP), ils n'ont pas encore intégré dans leur programme de traitement des interventions qui permettent d'évaluer ce risque et de le prévenir (Hodgins, 2017; Hodgins et Klein, 2017; Hodgins et coll., 2013). En effet, le développement de ce type de pratiques dans les prises en charge spécialisées pourrait améliorer la vie des patients, les aider à prévenir les situations à risque de violence ou de victimisation, et à devenir plus indépendants; ces pratiques pourraient aussi permettre de prévenir les longs séjours au sein des structures de psychiatrie légale ou dans les établissements correctionnels, et favoriseraient la protection des personnes qui peuvent être victimes des agressions.

L'objectif de cet article est de recenser les principales connaissances portant sur les personnes développant ou présentant une psychose, en particulier une schizophrénie, et qui présentent un risque d'AP, de comportements antisociaux, et/ou criminels, ainsi que les facteurs qui y sont associés; puis, les interventions efficaces afin de réduire et de prévenir ces comportements.

MÉTHODE

Cet article se fonde sur une recension des écrits scientifiques, fondés sur des méthodologies de recherche robustes et comprenant les études, les revues de la littérature, ainsi que les méta-analyses publiés en français ou en anglais. Les travaux analysés portent sur 4 domaines de recherche: 1) les agressions physiques et la criminalité de personnes présentant des troubles mentaux graves, une schizophrénie, ou un premier épisode de psychose; 2) les agressions physiques et la criminalité des personnes suivies dans le cadre des services de prise en charge d'un premier épisode de psychose; 3) les profils de patients et facteurs associés aux agressions physiques et à la criminalité; 4) les évaluations et les essais randomisés portant sur des interventions qui visaient à réduire les agressions physiques et/ou la criminalité chez des personnes présentant des troubles mentaux graves, une schizophrénie, ou un premier épisode de psychose. Alors que nos conclusions portent sur toutes les études, revues, et méta-analyses qui ont été recensées, dans cet article nous décrivons seulement les études les plus importantes et nous citons des recensions des écrits qui portent sur d'autres recherches.

RÉSULTATS

Schizophrénie, agression physique, comportements antisociaux et criminalité

Les résultats d'études rigoureuses confirment que les personnes présentant une schizophrénie, ainsi que celles qui sont en train de développer la maladie, sont plus à risque de commettre des APs, comparativement aux personnes qui ne présentent pas de troubles mentaux. Certaines de ces APs conduisent à des condamnations judiciaires pour crimes. Il existe un risque important de commettre des crimes non violents, un risque plus élevé de commettre des crimes violents et un risque plus grand de commettre des homicides, chez les personnes en phase précoce de psychose ou avec un diagnostic de schizophrénie, par rapport à la population générale dans laquelle elles vivent. Dans cette population, il convient de noter que les facteurs liés aux crimes violents et aux APs sont similaires (Hodgins et Klein, 2017 ; Hodgins et coll., 2013).

Trois quarts des délinquants souffrant de schizophrénie ont commis des infractions avant leur premier contact avec les services de santé mentale (Wallace et coll., 2004). Une méta-analyse a montré que 35 % des personnes qui ont contacté ces services pour un PEP avaient déjà commis au moins une AP (Large et Nielssen, 2011), et des études ultérieures sur des échantillons de patients présentant un PEP ont démontré des taux similaires (Coid et coll., 2013 ; Winsper, Singh, et coll., 2013). Une autre méta-analyse dévoilait que le risque d'homicide était 15,5 fois plus élevé chez les personnes qui n'étaient pas traitées et lors d'un PEP, par rapport à la population générale (Nielssen et Large, 2010). Ainsi, lors d'un PEP, certains patients présentent déjà une histoire d'AP, de comportements antisociaux et de criminalité qui pourrait être identifiée afin de mettre en place des interventions en vue de prévenir des agressions ultérieures. De plus, d'un autre point de vue, les travaux ont montré que parmi les adolescents délinquants (Gosden et coll., 2005) et les personnes qui présentent des troubles des conduites (Hodgins et coll., 2016), entre 4 et 7 % des personnes sont susceptibles de développer une schizophrénie.

Services spécialisés pour les patients présentant un PEP et agression physique, comportements antisociaux et/ou criminalité

La réalisation d'un essai clinique randomisé permet d'étudier les effets des interventions dispensées dans les services spécialisés sur

la prévention des APs, des comportements antisociaux et de la criminalité. Une telle étude a été menée au Danemark (Stevens et coll., 2013) auprès de 547 patients PEP qui ont été assignés au hasard à un programme de suivi intensif dans la communauté (incluant une implication de la famille et une formation portant sur les habiletés sociales, avec un ratio personnel/patients de 1/10) et un traitement communautaire traditionnel (ratio personnel/patients de 1/25). Tous les patients recevaient un traitement antipsychotique. Au terme de 24 mois, les patients qui participaient au programme intensif ont présenté des niveaux plus bas de symptômes positifs et négatifs, d'abus de substance, de dosages de médication antipsychotique, et des niveaux d'adhésion au traitement plus élevé que les patients recevant des soins traditionnels. Une évaluation après 5 ans a montré qu'il n'y avait pas de différences entre les deux groupes, alors que les patients ayant participé au programme intensif avaient passé moins de temps à l'hôpital que les autres. Les dossiers criminels de l'âge de 15 ans jusqu'à 5 ans après le début des traitements ont été examinés. Avant le début du traitement, 32 % de ceux ayant participé au programme intensif et 33 % de ceux du programme traditionnel avaient déjà une condamnation, dont 8 % dans chaque groupe pour un crime violent. Vingt-quatre mois après le début du traitement, 12 % des patientes des 2 groupes avaient acquis une condamnation et 3 % pour un crime violent. Au terme de 5 ans, 19 % de tous les patients ayant participé au programme intensif avaient été condamnés, dont 5 % pour violence, et parmi tous les patients du service traditionnel 20 % avaient été condamnés, dont 6 % pour violence. De plus, il n'y avait pas de différence dans le nombre de crimes commis par les patients dans les 2 groupes. Les auteurs ont mentionné que trois quarts des patients condamnés durant les cinq années de l'étude avaient été déjà condamnés au début du traitement, un résultat en lien avec ceux d'autres études (Large et Nielssen, 2011).

Ainsi, pour les patients présentant un PEP, un programme de suivi intensif dans la communauté qui n'a pas inclus d'interventions visant spécifiquement à réduire les APs et/ou les comportements antisociaux, a permis une évolution positive des troubles psychotiques, mais n'a pas permis de prévenir la criminalité. Ces résultats sont semblables à ceux qui ont souligné la nécessité d'identifier les patients à risque d'AP et d'ajouter aux traitements traditionnels pour la schizophrénie, des interventions visant spécifiquement à réduire l'AP et les comportements antisociaux (Hodgins et Müller-Isberner, 2000 ; Hodgins et coll., 2007 ; Huda, 2005). Une étude récente (Pollard et coll., 2020) montre

qu'un programme pour PEP, comparativement aux services psychiatriques traditionnels, a réussi à réduire la criminalité, en dépit du fait que le programme ne comprenait pas d'interventions visant les APs ou les comportements antisociaux. Le résultat est questionné du fait du nombre réduit de participants, au total 117 patients, et du fait que les dossiers criminels n'ont pas répertorié les délits commis avant l'âge de 18 ans, ni ceux commis en dehors de l'État étudié (Connecticut).

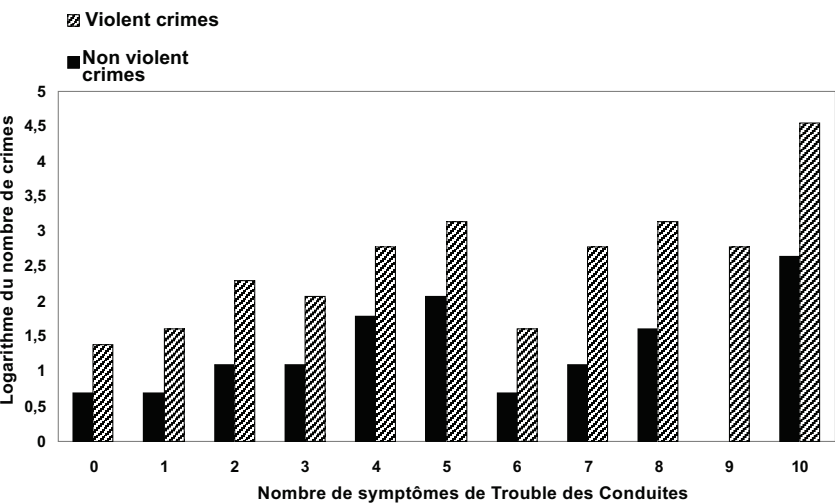
Conclusion. La recension des écrits démontre la forte prévalence des APs, des comportements antisociaux et de la criminalité chez les personnes traversant un PEP, et le fait que chez nombre de patients, ces comportements étaient présents avant le PEP, et persistaient après. De manière plus générale, les services spécialisés destinés aux PEP n'ont pas encore considéré ces informations, et ne comportent pas de procédure pour identifier les patients ayant une histoire d'APs, ni d'évaluation valide du risque d'AP qui mettrait en évidence les facteurs individuels majorant ou diminuant ce risque.

Profils de patients et facteurs de risque d'agression physique, de comportements antisociaux et de criminalité

Les travaux de recherche distinguent 2 groupes chez les patients auteurs d'APs avant l'apparition du PEP. Le premier groupe est constitué de patients présentant des Troubles des Conduites² dans l'enfance. Les études rapportent que 20 % à 40 % des hommes et des femmes atteintes de schizophrénie ont présenté un trouble des conduites dans l'enfance (Hodgins et coll., 2014). Ce groupe de patients est celui qui est susceptible de commettre le plus de délits (Hodgins, 2008 ; Hodgins, Calem, et coll., 2011 ; Hodgins et coll., 2008 ; Hodgins et coll., 2014). Leurs types de comportements antisociaux, d'AP, et de criminalité restent relativement stables avant et après le PEP (Dantchev et coll., 2018 ; Manninen et coll., 2019). Par exemple, la figure 1 illustre les résultats d'une étude menée auprès de 248 hommes atteints de schizophrénie. Elle montre que le nombre de symptômes des troubles des conduites durant l'enfance était

-
2. Le trouble des conduites (TC) est diagnostiqué avant l'âge de 15 ans. Le TC répertorie des comportements répétitifs et persistants de transgression des droits fondamentaux d'autrui ou des principales normes ou règles sociales correspondant à l'âge de la personne (American Psychiatric Association, 2013). Les critères du TC comprennent également la destruction de biens, la tromperie, le vol et les violations graves des règles, ainsi que divers types de comportements agressifs envers les autres personnes et les animaux.

FIGURE 1
Le nombre de délits non violents et violents selon le nombre de symptômes de Trouble des Conduites avant 15 ans



positivement et linéairement associé au nombre de condamnations pour des crimes violents et non violents, même en contrôlant l’abus de substances. Cette même étude a démontré une association similaire entre le nombre de symptômes des troubles des conduites et les APs (Hodgins et coll., 2005). Des études ultérieures ont confirmé ces résultats (Hodgins et coll., 2008 ; Swanson, Van Dorn et coll., 2008). Au sein du groupe de personnes avec un diagnostic de schizophrénie, celles qui ont présenté des troubles des conduites durant l’enfance présentent les mêmes profils de symptômes psychotiques que celles qui n’ont pas d’histoire de troubles des conduites (Moran et Hodgins, 2004), mais elles démontrent moins de diminution des symptômes positifs en réponse aux traitements antipsychotiques (Swanson, Swartz et coll., 2008) ; à l’exception des traitements à la clozapine qui sont associés à une réduction des symptômes positifs et des APs (Krakowski, Tura et Czobor, 2021). Le groupe ayant eu des troubles des conduites présentait des anomalies distinctes de structure et de fonctionnement cérébral (en plus de celles associées à la schizophrénie), qui pourraient être en lien avec les comportements antisociaux et les agressions (Schiffer et coll., 2013 ; Schiffer et coll., 2017). Ainsi, lors d’un PEP, les patients qui présentent le plus haut risque d’AP, de comportements antisociaux,

et/ou de criminalité sont ceux présentant une histoire de troubles des conduites depuis un jeune âge.

Un deuxième groupe de personnes, avec un diagnostic de schizophrénie, qui commet des délits et/ou s'engage dans des APs avant un PEP, ne présente pas d'antécédents de trouble des conduites pendant l'enfance ou l'adolescence. Peu de connaissances sont disponibles sur les facteurs liés aux APs dans ce groupe. Une hypothèse suggère que les APs constitueraient une réponse à une augmentation de l'anxiété et des symptômes positifs (Hodgins et coll., 2014), reflétant une augmentation de la production de dopamine qui conduit à une dérégulation des systèmes de stress (Pruessner et coll., 2017) qui précède un PEP. Les résultats d'un essai clinique randomisé portant sur l'effet de la médication antipsychotique sur les agressions ont montré que l'observance du traitement antipsychotique était associée à une réduction des agressions seulement dans ce dernier groupe de patients, sans histoire de troubles des conduites (Swanson, Van Dorn et coll., 2008).

Les liens entre les symptômes positifs et les APs, les comportements antisociaux et la criminalité

Si les APs ont souvent été associées aux symptômes positifs, ce lien doit être analysé avec plus de nuances. Les travaux démontrent que l'association entre symptômes positifs et APs diffère selon la phase de la maladie (Hodgins et Riaz, 2011). Lors des phases aiguës, les symptômes positifs et la désorganisation sont étroitement liés à l'AP (Krakowski et Czobor, 2014). Cependant, peu de temps après le début de la médication antipsychotique, les APs diminuent de façon importante, et d'autres facteurs tels que l'âge, le sexe, les troubles des conduites durant l'enfance, les abus de substances, la victimisation et des dysfonctionnements des processus émotionnels y sont associés (Hodgins et Riaz, 2011).

Lorsque des personnes présentant une schizophrénie vivent dans la communauté, plus d'APs sont observées lors des périodes où elles ne prennent pas de traitement pharmacologique comparativement aux périodes où elles en prennent (Fazel et coll., 2014). Une étude sur un échantillon de personnes présentant un PEP a rapporté que lors d'une phase aiguë de psychose, la colère résultant de délires de persécution était associée à l'AP (Coid et coll., 2013) et une étude, portant sur des détenus atteints de schizophrénie qui n'étaient pas traités, a démontré un lien entre les délires de persécution et l'AP (Keers et coll., 2014).

En plus des différences relatives aux stades de la maladie, il existe des différences en fonction des sous-groupes de patients. Dans le profil de patients qui présentent des troubles des conduites précoces et des comportements antisociaux, les APs peuvent être exacerbées par les symptômes positifs, mais ces symptômes ne sont pas liés aux APs, et les médications antipsychotiques, autre que la clozapine (Krakowski, Tura et Czobor, 2021; Swanson, Swartz, et coll., 2008), ne permettent pas de les réduire sensiblement, car ces APs sont plus étroitement liées à d'autres facteurs (Hodgins et Riaz, 2011).

Autres facteurs associés aux agressions physiques, aux comportements antisociaux et à la criminalité

Des évidences suggèrent que plusieurs autres facteurs, présents au moment du PEP, favorisent les APs dans les deux sous-groupes présentés, mais de manière différente.

L'abus de substance. L'abus de substance favorise l'AP chez les personnes présentant ou développant une schizophrénie, avant et après le début du traitement (Fazel et coll., 2009; Langeveld et coll., 2014; Large et Nielssen, 2011; Swanson et coll., 2006; Tiihonen et coll., 1997; Van Dorn et coll., 2012; Witt et coll., 2013). Typiquement, les patients ayant une histoire de troubles des conduites commencent à consommer des substances au début de l'adolescence, et l'abus fait partie intégrante d'un style de vie « antisocial », incluant la fréquentation de pairs aux comportements antisociaux et parfois délinquants (Malcolm et coll., 2011). Par contre, les patients n'ayant pas d'histoire de troubles des conduites peuvent débiter leur consommation d'alcool et/ou de drogues afin d'atténuer l'anxiété et les symptômes positifs, au fur et à mesure de leur augmentation, dans les mois précédant le PEP (Hodgins et coll., 2014).

Dans de nombreux pays occidentaux, le cannabis a remplacé l'alcool comme drogue de prédilection. Chez les patients présentant un PEP, ceux ayant une histoire de troubles de conduites débuteraient leur consommation au début de l'adolescence (Malcolm et coll., 2011; Moulin et coll., 2020), alors que d'autres patients débuteraient l'usage plus tardivement à l'adolescence. Une récente méta-analyse (Dellazizzo et coll., 2019) portant sur les personnes ayant un trouble mental grave a montré que les APs étaient 3 fois plus élevées en cas de consommation de cannabis et presque 6 fois plus élevées en cas d'abus de cannabis.

Comme l'ont noté les auteurs de cette méta-analyse, les résultats peuvent masquer des mécanismes distincts, selon lesquels l'abus de substances fait partie intégrante de la vie de ceux qui présentent un comportement antisocial, tandis que, pour d'autres, l'augmentation des APs peut être associée aux tentatives de réduire les symptômes positifs (Dellazizzo et coll., 2019). Lors d'un PEP, il est estimé qu'entre 29 % et 38 % (Myles et coll., 2016) des patients consomment du cannabis et entre 44 et 64 % chez les patients auteurs d'APs (Harris et coll., 2010; Hodgins, Calem et coll., 2011; Moulin et coll., 2020; Moulin, Baumann, et coll., 2018; Rolin et coll., 2018). L'usage de cannabis est associé aux APs graves (Harris et coll., 2010; Moulin, Baumann et coll., 2018), même après avoir pris en compte des facteurs de confusion tels que la consommation d'autres substances et des facteurs psychopathologiques (Moulin, Baumann et coll., 2018). La trajectoire de consommation, sa persistance et la dose consommée (Beaudoin et coll., 2019; Dellazizzo et coll., 2019; Dugré et coll., 2017; Schoeler et coll., 2016) seraient des variables importantes dans l'association entre l'abus de cannabis et les APs. Cette association serait potentialisée par la précocité de la consommation (Moulin et coll., 2020). Ainsi, l'abus de substance est associé à une augmentation du risque d'AP, qui s'ajoute au risque d'AP qui est associé à la pathologie schizophrénique.

Traitement et reconnaissance des émotions. Un autre facteur associé aux APs chez les personnes atteintes de, ou développant une schizophrénie est la difficulté à reconnaître les émotions qui se manifestent sur le visage d'autrui, en particulier la peur et la colère (Frommann et coll., 2009; Fullam et Dolan, 2006; Weiss et coll., 2006). Cette difficulté, présente chez les personnes développant une schizophrénie (Addington et coll., 2008), existe aussi au sein de leur fratrie sans trouble schizophrénique (Schneider et coll., 2006), ainsi que chez les enfants présentant des troubles des conduites et chez leurs frères et sœurs ne présentant pas ce trouble (Sully et coll., 2015). De nombreuses informations sont communiquées par les émotions exprimées par les visages, et il est probable que les personnes développant une schizophrénie ne les repèrent pas ou les interprètent mal, ce qui augmenterait la peur et pourrait déclencher les AP afin de se protéger.

L'impulsivité. Parmi les personnes présentant un PEP ou une schizophrénie, de hauts niveaux d'impulsivité sont liés aux APs (Hoptman, 2015; Joyal et coll., 2011; Krakowski et Czobor, 2018; Moulin, Golay

et coll., 2018; Nolan et coll., 1999; Verma et coll., 2005), de manière directe et/ou indirecte (Björkly, 2013; Moulin, Golay et coll., 2018), médiatisées et potentialisées par la consommation de substances ou sa dépendance (Björkly, 2013), en particulier la consommation de cannabis (Harris et coll., 2010; Moulin, Baumann et coll., 2018). De plus, les traits d'impulsivité qui prédisposent à la consommation de substances peuvent être exacerbés par l'abus chronique et cet abus peut exacerber l'impulsivité (Abdel-Baki et coll., 2013; Chanut, 2013; Le Moal et Koob, 2007). L'impulsivité caractérise surtout les personnes atteintes de, ou développant une schizophrénie qui ont une histoire de trouble des conduites à l'enfance et un trouble de la personnalité antisociale à l'âge adulte (Volavka et Citrome, 2011).

Le manque d'insight. Une proportion élevée de patients traversant un PEP (Conus et coll., 2007; Saeedi et coll., 2007) présentent un faible insight, c'est-à-dire une faible prise de conscience de souffrir d'une maladie, de ses conséquences, et de la nécessité d'un traitement, ce qui peut avoir des effets négatifs (Elowe et Conus, 2017; Klaas et coll., 2017) sur l'adhésion au traitement (Buckley et coll., 2007), la sévérité de la psychopathologie (Kemp et Lambert, 1995) et les potentialités de fonctionnement psychosocial (Lincoln et coll., 2007). En conséquence, un accompagnement psychoéducatif est indiqué et a démontré ses effets positifs (Amador et coll., 1994). Toutefois, le lien entre le manque d'insight et l'AP n'est pas clairement établi, un manque de consensus demeure. Des travaux confirment un lien direct (Foley et coll., 2005; Verma et coll., 2005), d'autres des effets indirects, ou seulement dans des sous-groupes de patients (Moulin, Alameda et coll., 2019; Moulin, Palix et coll., 2019), alors que d'autres études montrent l'absence de liens (Large et coll., 2011), voir un effet opposé (Large et Nielssen, 2011) dans le sens où le fait de disposer d'un bon niveau d'insight pourrait susciter des réactions agressives et de la dépression par rapport à l'apparition de la maladie et à ses conséquences (Moulin, Palix et coll., 2018).

La victimisation³. Les études ont démontré qu'une proportion élevée de personnes qui développent une schizophrénie ont été victimes de maltraitance dans l'enfance (Varese et coll., 2012). Ces patients, ainsi

3. Le lecteur pourra se référer à l'article relatif aux traumatismes dans ce numéro spécial intitulé: *Traumatismes complexes et services psycho-légaux: Vers des pratiques sensibles aux traumas*.

que d'autres, sont souvent victimes d'AP (Khalifeh et coll., 2015). De plus, une étude portant sur un échantillon d'environ 3 millions de Suédois a démontré que les victimisations physiques déclenchent les APs dans les heures et jours qui suivent leur survenue, en particulier chez les personnes atteintes de schizophrénie (Sariaslan et coll., 2016).

Conclusion. La recension des écrits démontre que chez les personnes qui développent ou présentent une schizophrénie, les APs et la criminalité sont associées à des caractéristiques individuelles, tels qu'un ensemble de comportements antisociaux depuis l'enfance, des abus de substance – en particulier l'abus de cannabis –, de l'impulsivité, une difficulté à reconnaître les émotions exprimées sur les visages, et les victimisations physiques. Toutes ces caractéristiques individuelles, comportementales, et les expériences de vie pourraient être repérées lors d'un PEP.

Prévenir les agressions physiques, les comportements antisociaux et la criminalité au sein des services spécialisés pour les premiers épisodes de psychoses

Les travaux de recherche démontrent que les prises en charge efficaces des troubles psychotiques devraient inclure un traitement pharmacologique antipsychotique, le plus souvent à long terme; un accompagnement psychoéducatif en lien avec la maladie, et des programmes cognitivo-comportementaux qui visent l'apprentissage des habiletés de vie et des habiletés sociales (Kane et coll., 2016). Les patients peuvent également bénéficier des programmes de réhabilitation cognitive (McGurk et coll., 2007; Wykes et coll., 2011) et des programmes de soutien dans les habiletés relatives à la recherche d'emploi ou au maintien d'un emploi (Mahmood et coll., 2019).

Afin de sélectionner la médication optimale (Krakowski, Tura et Czobor, 2021) et les traitements cognitivo-comportementaux visant à réduire les APs, il faudrait évaluer si le patient présente une histoire de trouble des conduites et d'AP, sa sévérité et son âge d'apparition. Le patient lui-même, sa fratrie et ses parents constituent des sources valides de renseignements sur l'enfance et l'adolescence du patient (Bruce et coll., 2014). La consultation des dossiers judiciaires (délinquance juvénile et criminalité adulte) pourrait être très utile pour compléter l'analyse du risque présenté.

À côté de ces interventions, les services spécialisés dans le suivi des PEP devraient également évaluer et intervenir sur les APs et les comportements antisociaux afin de permettre aux patients de vivre dans la communauté de façon indépendante. Alors que différents programmes cognitivo-comportementaux ont démontré leur efficacité (Cullen et coll., 2012a, 2012b; Kolla et coll., 2013; Purcell et coll., 2012; Young et coll., 2016), il y a encore peu de connaissances sur la manière de garantir la participation des patients à ces interventions (Hodgins, Carlin et coll., 2011), sur la durée des changements induits, et sur l'ordre d'administration des interventions qui produiraient le meilleur résultat.

Lors d'un PEP, une fois que les symptômes positifs diminuent en réponse aux traitements pharmacologiques antipsychotiques, l'évaluation du risque d'AP pourrait être réalisée grâce à un instrument standardisé et validé, tel que la version 3 du *Historical-Clinical-Risk-20* (Douglas et coll., 2014) (HCR-20). Le HCR-20 identifie les facteurs individuels qui augmentent et qui réduisent le risque d'AP. Le HCR-20 doit être rempli par un clinicien formé à l'utilisation de l'instrument qui connaît le patient et qui regroupe des informations sur le patient de la part de l'équipe soignante. Une telle évaluation à partir du HCR-20 pourrait être répétée (p. ex. tous les six mois), afin d'analyser l'évolution du risque dans le temps, en lien avec l'évolution du patient (p. ex. l'arrêt de l'abus de substance) et de ses conditions de vie (p. ex. l'interruption de la fréquentation d'un parc où le patient a été victime d'une agression).

Divers programmes cognitivo-comportementaux ont montré leur efficacité pour réduire les APs et les comportements antisociaux chez les personnes souffrant de schizophrénie (Cullen et coll., 2012a, 2012b; Kolla et coll., 2013; Purcell et coll., 2012; Young et coll., 2016). La grande majorité des patients ayant une histoire de troubles des conduites, ou de délinquance, mais également d'autres patients sans antécédents délinquants, ont besoin d'une intervention qui vise à réduire l'abus de substance. Les programmes intégrés aux prises en charge pour les troubles psychotiques (Kavanagh et Mueser, 2007) ont démontré leur efficacité. Les tests objectifs pour évaluer l'usage des substances peuvent contribuer à réduire l'abus. Toutefois, le défi est de parvenir à favoriser l'engagement et l'adhésion des patients aux interventions cognitivo-comportementales. Les ordonnances de traitement communautaire constituent une stratégie efficace pour améliorer l'adhésion au traitement (Swartz et coll., 2017).

D'autres interventions cognitivo-comportementales permettent d'augmenter la capacité à reconnaître les émotions sur les visages d'autrui. Les patients qui en ont bénéficié ont montré moins d'AP consécutivement à l'intervention (Frommann et coll., 2009). L'évaluation des niveaux d'impulsivité, et les interventions afin de réduire cette impulsivité sont également nécessaires (Moulin, Baumann et coll., 2018; Moulin, Golay et coll., 2018), mais à ce jour aucune étude d'efficacité concernant une telle intervention n'a été publiée. De plus, il existe peu de travaux et de connaissances sur les stratégies et moyens de protéger les patients contre les victimisations, mais cette protection s'avère essentielle pour les patients et la prévention des APs. La question des violences subies devrait être abordée avec les patients afin de les aider à identifier les stratégies d'évitement des situations à haut risque, et d'aborder avec eux leurs expériences et vécus de victimisation afin de les accompagner dans ces situations et de prévenir les APs.

Un dernier défi à l'implantation d'interventions visant la prévention des violences au sein des services spécialisés, est de convaincre les professionnels qui accompagnent ces patients, qu'ils ne vont pas renforcer la stigmatisation ou l'autostigmatisation des personnes présentant une psychose, au travers d'évaluations et d'interventions visant la prévention des APs. Des études ayant montré que la pathologie et la délinquance constituent 2 sources de stigmatisation (Margetić et coll., 2008; Torrey, 2011), les professionnels du soin pourraient craindre que ce type d'intervention ait un impact négatif sur la perception du patient par lui-même (autostigmatisation), ses proches ou la société; toutefois il convient de rappeler que la survenue d'agression est susceptible d'effets réels concernant la stigmatisation des patients. La sensibilisation des équipes soignantes sur l'importance de la prévention de ces comportements et leur formation à ce type pratique constitue un enjeu important dans une visée de prévention. Il conviendrait aussi de sensibiliser les proches des patients à la prévention des agressions, en particulier les situations de victimisation des patients.

CONCLUSION

Les services destinés aux personnes présentant un PEP parviennent à traiter efficacement les troubles psychotiques, mais ils ne préviennent pas encore les APs, les comportements antisociaux et la criminalité. Au moment d'un PEP, un nombre relativement important de patients ont déjà commis des APs et les recherches démontrent qu'il existe une forte

probabilité que ces comportements perdurent, si des interventions de prévention ne sont pas mises en place. Un sous-groupe qui présente ces comportements depuis l'enfance, et qui persistent aux différents âges de la vie, présente les risques les plus élevés. Un autre sous-groupe commet des APs avant un PEP, en l'absence de tels comportements au préalable. L'abus de substances, et en particulier le cannabis, augmente les risques dans ces 2 sous-groupes. Chez ceux ayant une histoire de troubles des conduites, l'abus de substance fait partie intégrante, depuis le début de l'adolescence d'un style de vie « antisocial », alors que chez les autres, il s'agit d'une tentative de réduire l'anxiété et les symptômes positifs qui augmentent avant le PEP. D'autres facteurs tels que l'impulsivité et la difficulté à reconnaître les émotions favorisent les APs. Un outil tel le HCR-20, version 3, pourrait aider non seulement à identifier le niveau de risque présenté par le patient, mais aussi les facteurs qui augmentent et qui diminuent ce risque. De plus, les interventions cognitivo-comportementales qui ont démontré leur efficacité sont disponibles pour réduire les APs, les comportements antisociaux, et l'abus de substance ; elles permettent aussi d'augmenter les habiletés dans la reconnaissance des émotions sur le visage d'autrui. Cependant, le plus souvent, les patients qui pourraient bénéficier de ces interventions ne sont pas enclins à y participer. Les ordonnances communautaires pourraient être utilisées afin d'assurer la participation et l'engagement du patient, ainsi qu'un suivi intensif dans la communauté. Enfin, les travaux démontrent l'importance d'aider les patients à éviter les situations de victimisation délétères pour eux, et souvent suivies d'APs. L'ensemble des éléments évoqués pourrait activement participer à la prévention des APs et permettre aux patients d'éviter les longs séjours carcéraux ou en établissement de psychiatrie légale, mais aussi réduire la stigmatisation des patients liée aux violences commises et leur permettre de vivre de manière plus autonome dans la communauté.

RÉFÉRENCES

- Abdel-Baki, A., Turgeon, N., Chalfoun, C. et Nguyen, A. (2013). Psychose et impulsivité : un mauvais mariage. *Psychiatrie et violence*, 12(1).
- Addington, J., Penn, D., Woods, S. W., Addington, D. et Perkins, D. O. (2008). Facial affect recognition in individuals at clinical high risk for psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 192(1), 67-68.
- Amador, X. F., Flaum, M., Andreasen, N. C., Strauss, D. H., Yale, S. A., Clark, S. C. et Gorman, J. M. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and

- schizoaffective and mood disorders. *Archives of general psychiatry*, 51(10), 826-836.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5®). American Psychiatric Association.
- Beaudoin, M., Potvin, S., Dellazizzo, L., Luigi, M., Giguère, C.-É. et Dumais, A. (2019). Trajectories of dynamic risk factors as predictors of violence and criminality in patients discharged from mental health services: A longitudinal study using growth mixture modeling. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 301.
- Bjorkly, S. (2013). A systematic review of the relationship between impulsivity and violence in persons with psychosis: Evidence or spin cycle? *Aggression and Violent Behavior*, 18(6), 753-760.
- Bruce, M., Cobb, D., Clisby, H., Ndegwa, D. et Hodgins, S. (2014). Violence and crime among male inpatients with severe mental illness: attempting to explain ethnic differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(4), 549-558.
- Buckley, P. F., Wirshing, D. A., Bhushan, P., Pierre, J. M., Resnick, S. A. et Wirshing, W. C. (2007). Lack of insight in Schizophrenia. *CNS drugs*, 21(2), 129-141.
- Chanut, F. (2013). Impulsivité et troubles liés à une substance: un mélange explosif! *Psychiatrie et violence*, 12(1).
- Coid, J. W., Ullrich, S., Kallis, C., Keers, R., Barker, D., Cowden, F. et Stamps, R. (2013). The relationship between delusions and violence: findings from the East London first episode psychosis study. *JAMA psychiatry*, 70(5), 465-471.
- Conus, P., Cotton, S., Schimmelmänn, B. G., McGorry, P. D. et Lambert, M. (2007). The First-Episode Psychosis Outcome Study: premorbid and baseline characteristics of an epidemiological cohort of 661 first-episode psychosis patients. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(2), 191-200.
- Cullen, A. E., Clarke, A. Y., Kuipers, E., Hodgins, S., Dean, K. et Fahy, T. (2012a). A multi-site randomized controlled trial of a cognitive skills programme for male mentally disordered offenders: social-cognitive outcomes. *Psychological Medicine*, 42(3), 557-569.
- Cullen, A. E., Clarke, A. Y., Kuipers, E., Hodgins, S., Dean, K. et Fahy, T. (2012b). A multisite randomized trial of a cognitive skills program for male mentally disordered offenders: Violence and antisocial behavior outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 1114.
- Dantchev, S., Zammit, S. et Wolke, D. (2018). Sibling bullying in middle childhood and psychotic disorder at 18 years: a prospective cohort study. *Psychological Medicine*, 48(14), 2321-2328.
- Dellazizzo, L., Potvin, S., Beaudoin, M., Luigi, M., Dou, B. Y., Giguère, C.-É. et Dumais, A. (2019). Cannabis use and violence in patients with severe mental illnesses: A meta-analytical investigation. *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.010>
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., Belfrage, H., Guy, L. S. et Wilson, C. M. (2014). *Historical-clinical-risk management-20, version 3 (HCR-20V3): development and overview*. International Journal of Forensic Mental Health.
- Dugré, J. R., Dellazizzo, L., Giguère, C.-É., Potvin, S. et Dumais, A. (2017). Persistency of cannabis use predicts violence following acute psychiatric discharge. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 176. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00176>

- Elowe, J. et Conus, P. (2017). Much ado about everything: A literature review of insight in first episode psychosis and schizophrenia. *European Psychiatry*, 39, 73-79.
- Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M. et Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA*, 301(19), 2016-2023.
- Fazel, S., Zetterqvist, J., Larsson, H., Långström, N. et Lichtenstein, P. (2014). Antipsychotics, mood stabilisers, and risk of violent crime. *The Lancet*, 384(9949), 1206-1214.
- Foley, S. R., Kelly, B. D., Clarke, M., McTigue, O., Gervin, M., Kamali, M., Larkin, C., O'Callaghan, E. et Browne, S. (2005). Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis. *Schizophrenia research*, 72(2), 161-168. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.03.010>
- Frommann, N., Brandt, M., Schwarze, C., Schmidbauer, W. et Wölwer, W. (2009). Affect recognition impairments and violence in schizophrenia: a first application of the training of affect recognition (TAR) to offenders suffering from schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(1).
- Fullam, R. et Dolan, M. (2006). Emotional information processing in violent patients with schizophrenia: association with psychopathy and symptomatology. *Psychiatry Research*, 141(1), 29-37.
- Gosden, N. P., Kramp, P., Gabrielsen, G., Andersen, T. F. et Sestoft, D. (2005). Violence of young criminals predicts schizophrenia: a 9-year register-based followup of 15-to 19-year-old criminals. *Schizophrenia bulletin*, 31(3), 759-768.
- Harris, A. W., Large, M. M., Redoblado-Hodge, A., Nielssen, O., Anderson, J. et Brennan, J. (2010). Clinical and cognitive associations with aggression in the first episode of psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(1), 85-93. <https://doi.org/10.3109/00048670903270423>
- Hodgins, S. (2008). Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1503), 2505-2518.
- Hodgins, S. (2017). Aggressive behavior among persons with schizophrenia and those who are developing schizophrenia: Attempting to understand the limited evidence on causality. *Schizophrenia bulletin*, 43(5), 1021-1026.
- Hodgins, S., Calem, M., Shimel, R., Williams, A., Harleston, D., Morgan, C., Dazzan, P., Fearon, P., Morgan, K. et Lappin, J. (2011). Criminal offending and distinguishing features of offenders among persons experiencing a first episode of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(1), 15-23.
- Hodgins, S., Carlin, P., Moorhouse, R., Legge, K. et Khalid, F. (2011). Reducing antisocial behaviour among patients with severe mental illness living in the community: a feasibility study of the reasoning and rehabilitation programme. *Crim. Behav. & Mental Health*, 21, 75.
- Hodgins, S., Cree, A., Alderton, J. et Mak, T. (2008). From conduct disorder to severe mental illness: associations with aggressive behaviour, crime and victimization. *Psychological Medicine*, 38(07), 975-987.
- Hodgins, S. et Klein, S. (2017). New clinically relevant findings about violence by people with schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry* 62(2), 86-93.

- Hodgins, S., Larm, P. et Westerman, J. (2016). Individuals developing schizophrenia are hidden among adolescent substance misusers. *Psychological Medicine*, 46(14), 3041-3050.
- Hodgins, S. et Müller-Isberner, R. (2000). *Violence, crime and mentally disordered offenders: Concepts and methods for effective treatment and prevention* (vol. 13). Wiley.
- Hodgins, S., Müller-Isberner, R., Freese, R., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Eronen, M., Eaves, D., Hart, S., Webster, C. et Levander, S. (2007). A comparison of general adult and forensic patients with schizophrenia living in the community. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(1), 63-75.
- Hodgins, S., Piatosa, M. et Schiffer, B. (2014). Violence among people with schizophrenia: phenotypes and neurobiology. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 17, 329-368.
- Hodgins, S., Piatosa, M. J. et Schiffer, B. (2013). Violence among people with schizophrenia: phenotypes and neurobiology. Dans *Neuroscience of aggression* (p. 329-368). Springer.
- Hodgins, S. et Riaz, M. (2011). Violence and phases of illness: Differential risk and predictors. *European Psychiatry*, 26(8), 518-524.
- Hodgins, S., Tiihonen, J. et Ross, D. (2005). The consequences of conduct disorder for males who develop schizophrenia: associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophrenia research*, 78(2-3), 323-335.
- Hoptman, M. J. (2015). Impulsivity and aggression in schizophrenia: a neural circuitry perspective with implications for treatment. *CNS spectrums*, 20(03), 280-286.
- Huda, A. (2005). Cognitive-behavioural interventions in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 186(5), 445-445.
- Joyal, C. C., Côté, G., Meloche, J. et Hodgins, S. (2011). Severe mental illness and aggressive behavior: on the importance of considering subgroups. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(2), 107-117.
- Kane, J. M., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Mueser, K. T., Penn, D. L., Rosenheck, R. A., Addington, J., Brunette, M. F., Correll, C. U. et Estroff, S. E. (2016). Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. *American Journal of Psychiatry*, 173(4), 362-372.
- Kavanagh, D. J. et Mueser, K. T. (2007). Current evidence on integrated treatment for serious mental disorder and substance misuse. *Journal of Norwegian Psychological Association*, 44(5), 618-637.
- Keers, R., Ullrich, S., DeStavola, B. L. et Coid, J. W. (2014). Association of violence with emergence of persecutory delusions in untreated schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 332-339.
- Kemp, R. A. et Lambert, T. J. (1995). Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Schizophrenia research*, 18(1), 21-28.
- Khalifeh, H., Johnson, S., Howard, L., Borschmann, R., Osborn, D., Dean, K., Hart, C., Hogg, J. et Moran, P. (2015). Violent and non-violent crime against adults with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 206(4), 275-282.
- Klaas, H., Clémence, A., Marion-Veyron, R., Antonietti, J.-P., Alameda, L., Golay, P. et Conus, P. (2017). Insight as a social identity process in the evolution

- of psychosocial functioning in the early phase of psychosis. *Psychological Medicine*, 47(4), 718-729.
- Kolla, N., Hodgins, S. et Treatment. (2013). Treatment of People with Schizophrenia Who Behave Violently Towards Others: A Review of the Empirical Literature on Treatment Effectiveness. *What works in offender rehabilitation: an evidence-based approach to assessment and treatment*. Chichester: Wiley & Sons, 319-339.
- Krakowski, M. et Czobor, P. (2014). Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *American Journal of Psychiatry*.
- Krakowski, M. I. et Czobor, P. (2018). Distinctive profiles of traits predisposing to violence in schizophrenia and in the general population. *Schizophrenia research*, 202, 267-273.
- Krakowski, M., Tural, U. et Czobor, P. (2021). The Importance of Conduct Disorder in the Treatment of Violence in Schizophrenia: Efficacy of Clozapine Compared With Olanzapine and Haloperidol. *The American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20010052>
- Langeveld, J., Bjørkly, S., Auestad, B., Barder, H., Evensen, J., ten Velden Hegelstad, W., Joa, I., Johannessen, J. O., Larsen, T. K. et Melle, I. (2014). Treatment and violent behavior in persons with first episode psychosis during a 10-year prospective follow-up study. *Schizophrenia research*, 156(2), 272-276. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.04.010>
- Large, M., Sharma, S., Compton, M. T., Slade, T. et Nielssen, O. (2011). Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 68(6), 555-561. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.5>
- Large, M. M. et Nielssen, O. (2011). Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 125(2-3), 209-220.
- Le Moal, M. et Koob, G. F. (2007). Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *European Neuropsychopharmacology*, 17(6-7), 377-393.
- Lincoln, T. M., Lüllmann, E. et Rief, W. (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia bulletin*, 33(6), 1324-1342.
- Mahmood, Z., Keller, A. V., Burton, C. Z., Vella, L., Matt, G. E., McGurk, S. R. et Twamley, E. W. (2019). Modifiable predictors of supported employment outcomes among people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 70(9), 782-792.
- Malcolm, C. P., Picchioni, M. M., DiForti, M., Sugranyes, G., Cooke, E., Joseph, C., McQueen, G., Paparelli, A., Stilo, S. et O'Connor, J. (2011). Pre-morbid conduct disorder symptoms are associated with cannabis use among individuals with a first episode of psychosis. *Schizophrenia research*, 126(1-3), 81-86.
- Manninen, M., Latvala, R., Torniainen-Holm, M., Suvisaari, J. et Lindgren, M. (2019). Severe conduct problems in adolescence and risk of schizophrenia in early adulthood. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(6), 1338-1344.
- McGurk, S. R., Twamley, E. W., Sitzler, D. I., McHugo, G. J. et Mueser, K. T. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1791-1802.

- Moran, P. et Hodgins, S. (2004). The correlates of comorbid antisocial personality disorder in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 30(4), 791-802.
- Moulin, V., Alameda, L., Framorando, D., Baumann, P., Gholamrezaee, M. M., Gasser, J., Do, K. Q. et Conus, P. (2020). Early onset of cannabis use: a risk factor for violent behavior in psychosis. *European Psychiatry*, 63(1).
- Moulin, V., Alameda, L., Baumann, P., Gholamrezaee, M. M., Palix, J., Gasser, J. et Conus, P. (2019). Trois profils cliniques à risque de comportements violents dans une cohorte de patients présentant un premier épisode de psychose. *L'Encéphale*, 45(3), 214-220. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.08.003>
- Moulin, V., Baumann, P., Gholamrezaee, M., Alameda, L., Palix, J., Gasser, J. et Conus, P. (2018). Cannabis, a significant risk factor for violent behavior in the early phase psychosis. Subheading: Two patterns of interaction of factors increase the risk of violent behavior: cannabis use disorder and impulsivity; cannabis use disorder, lack of insight and treatment adherence. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 294. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00294>
- Moulin, V., Golay, P., Palix, J., Baumann, P. S., Gholamrezaee, M. M., Azzola, A., Gasser, J., Do, K. Q., Alameda, L. et Conus, P. (2018). Impulsivity in early psychosis: A complex link with violent behaviour and a target for intervention. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 49, 30-36. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.003>
- Moulin, V., Palix, J., Alameda, L., Gholamrezaee, M. M., Baumann, P. S., Gasser, J., Elowe, J., Solida, A. et Conus, P. (2018). Insight et comportements violents dans une cohorte de patients souffrant de premiers épisodes de psychose. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(1), 20-29.
- Moulin, V., Palix, J., Golay, P., Dumais, A., Gholamrezaee, M. M., Azzola, A., Baumann, P. S., Alameda, L. et Conus, P. (2019). Violent behaviour in early psychosis patients: Can we identify clinical risk profiles? *Early Intervention in Psychiatry*, 13(3), 517-524. <https://doi.org/10.1111/eip.12512>
- Myles, H., Myles, N. et Large, M. (2016). Cannabis use in first episode psychosis: meta-analysis of prevalence, and the time course of initiation and continued use. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(3), 208-219. <https://doi.org/10.1177/0004867415599846>
- Nielssen, O. et Large, M. (2010). Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 36(4), 702-712.
- Nolan, K. A., Volavka, J., Mohr, P. et Czobor, P. (1999). Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatric Services*, 50(6), 787-792.
- Pollard, J. M., Ferrara, M., Lin, I.-H., Kucukgoncu, S., Wasser, T., Li, F. et Srihari, V. H. (2020). Analysis of Early Intervention Services on Adult Judicial Outcomes. *JAMA psychiatry*.
- Pruessner, M., Cullen, A. E., Aas, M. et Walker, E. F. (2017). The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: an update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 73, 191-218.
- Purcell, R., Fraser, R., Greenwood-Smith, C., Baksheev, G. N., McCarthy, J., Reid, D., Lemphers, A. et Sullivan, D. H. (2012). Managing risks of violence in a youth mental health service: a service model description. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(4), 469-475.

- Rolin, S. A., Marino, L. A., Pope, L. G., Compton, M. T., Lee, R. J., Rosenfeld, B., Rotter, M., Nossel, I. et Dixon, L. (2018). Recent violence and legal involvement among young adults with early psychosis enrolled in Coordinated Specialty Care. *Early Intervention in Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/eip.12675>
- Saeedi, H., Addington, J. et Addington, D. (2007). The association of insight with psychotic symptoms, depression, and cognition in early psychosis: a 3-year follow-up. *Schizophrenia research*, 89(1), 123-128.
- Sariaslan, A., Lichtenstein, P., Larsson, H. et Fazel, S. (2016). Triggers for violent criminality in patients with psychotic disorders. *JAMA psychiatry*, 73(8), 796-803.
- Schiffer, B., Leygraf, N., Müller, B. W., Scherbaum, N., Forsting, M., Wiltfang, J., Gizewski, E. R. et Hodgins, S. (2013). Structural brain alterations associated with schizophrenia preceded by conduct disorder: a common and distinct subtype of schizophrenia? *Schizophrenia bulletin*, 39(5), 1115-1128.
- Schiffer, B., Pawliczek, C., Müller, B. W., Wiltfang, J., Brüne, M., Forsting, M., Gizewski, E. R., Leygraf, N. et Hodgins, S. (2017). Neural mechanisms underlying affective theory of mind in violent antisocial personality disorder and/or schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 43(6), 1229-1239.
- Schneider, F., Gur, R. C., Koch, K., Backes, V., Amunts, K., Shah, N. J., Bilker, W., Gur, R. E. et Habel, U. (2006). Impairment in the specificity of emotion processing in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 442-447.
- Schoeler, T., Theobald, D., Pingault, J.-B., Farrington, D. P., Jennings, W. G., Piquero, A. R., Coid, J. W. et Bhattacharyya, S. (2016). Continuity of cannabis use and violent offending over the life course. *Psychological Medicine*, 46(8), 1663-1677. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.010>
- Stevens, H., Agerbo, E., Dean, K., Mortensen, P. B. et Nordentoft, M. (2013). Reduction of crime in first-onset psychosis: a secondary analysis of the OPUS randomized trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(5), e439-444.
- Sully, K., Sonuga-Barke, E. J. et Fairchild, G. (2015). The familial basis of facial emotion recognition deficits in adolescents with conduct disorder and their unaffected relatives. *Psychological Medicine*, 45(9), 1965-1975.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P. et Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 63(5), 490-499.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Volavka, J., Monahan, J., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Wagner, H. R., Elbogen, E. B. et Lieberman, J. A. (2008). Comparison of antipsychotic medication effects on reducing violence in people with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 193(1), 37-43.
- Swanson, J. W., Van Dorn, R. A., Swartz, M. S., Smith, A., Elbogen, E. B. et Monahan, J. (2008). Alternative pathways to violence in persons with schizophrenia: the role of childhood antisocial behavior problems. *Law and human behavior*, 32(3), 228.
- Swartz, M. S., Bhattacharya, S., Robertson, A. G. et Swanson, J. W. (2017). Involuntary outpatient commitment and the elusive pursuit of violence prevention: a view from the United States. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(2), 102-108.

- Tiihonen, J., Isohanni, M., Räsänen, P., Koironen, M. et Moring, J. (1997). Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 Northern Finland birth cohort. *American Journal of Psychiatry*, 154. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.12.1711>
- Van Dorn, R., Volavka, J. et Johnson, N. (2012). Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(3), 487-503.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J. et Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin*, sbs050.
- Verma, S., Poon, L. Y., Subramaniam, M. et Chong, S.-A. (2005). Aggression in Asian patients with first-episode psychosis. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(4), 365-371.
- Volavka, J. et Citrome, L. (2011). Pathways to aggression in schizophrenia affect results of treatment. *Schizophrenia bulletin*, 37(5), 921-929.
- Walker, E. F., Savoie, T. et Davis, D. (1994). Neuromotor precursors of schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 20(3), 441-451.
- Wallace, C., Mullen, P. E. et Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161(4), 716-727. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.4.716>
- Weiss, E. M., Kohler, C. G., Nolan, K. A., Czobor, P., Volavka, J., Platt, M. M., Brensing, C., Loughhead, J., Delazer, M. et Gur, R. E. (2006). The relationship between history of violent and criminal behavior and recognition of facial expression of emotions in men with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 32(3), 187-194.
- Winsper, C., Ganapathy, R., Marwaha, S., Large, M., Birchwood, M. et Singh, S. P. (2013). A systematic review and meta-regression analysis of aggression during the First Episode of Psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(6), 413-421. <https://doi.org/10.1111/acps.12113>
- Winsper, C., Singh, S. P., Marwaha, S., Amos, T., Lester, H., Everard, L., Jones, P., Fowler, D., Marshall, M. et Lewis, S. (2013). Pathways to violent behavior during first-episode psychosis: a report from the UK National EDEN Study. *JAMA psychiatry*, 70(12), 1287-1293.
- Witt, K., Van Dorn, R. et Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PloS One*, 8(2), e55942. <https://doi.org/10.1371/annotation/f4abfc20-5a38-4dec-aa46-7d28018bbe38>
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R. et Czobor, P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 472-485.
- Young, S., Das, M. et Gudjonsson, G. H. (2016). Reasoning and Rehabilitation cognitive skills programme for mentally disordered offenders: Predictors of outcome. *World journal of psychiatry*, 6(4), 410.

Surveiller, contrôler et traiter : le consentement aux soins à la Commission québécoise d'examen

Emmanuelle Bernheim^a

Guillaume Ouellet^b

Pierre Pariseau-Legault^c

Nicolas Sallée^d

RÉSUMÉ **Objectif** Le droit au refus de soins des accusés déclarés criminellement non responsables pour cause de troubles mentaux ou inaptes à subir leur procès est reconnu et strictement encadré par les mécanismes légaux du droit civil québécois et le droit criminel canadien ne permet pas de les traiter contre leur volonté. Les commissions d'examen, qui sont chargées de statuer et de réévaluer périodiquement leur situation, ne peuvent prescrire de traitement, mais ont l'autorité, avec le consentement des accusés, d'imposer une condition relative à un traitement. Cette étude ethnographique vise à documenter le discours et les pratiques de la Commission québécoise d'examen en la matière.

Méthode Une analyse thématique de contenu a été réalisée. Le matériel de recherche est composé d'observations d'audiences de la Commission d'examen (n = 70), de fiches d'information sur les dossiers judiciaires remplies par des

-
- Professeure titulaire, Section de droit civil, Faculté de droit, Université d'Ottawa – Titulaire, Chaire de recherche du Canada en santé mentale et accès à la justice
 - Chercheur d'établissement, CIUSSS Centre-sud-de-l'île-de-Montréal – Professeur associé, Département de travail social, Université du Québec à Montréal.
 - Professeur agrégé, Département de sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais.
 - Professeur agrégé, département de sociologie, Université de Montréal – Directeur scientifique du Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations (CRÉMIS).

avocats de la défense (n = 191), d'entrevues avec des psychiatres (n = 7) et des avocats de la défense (n = 7) et de l'étude de 100 décisions judiciaires de 2018, sélectionnées au hasard.

Résultats Notre étude démontre que les pratiques de la Commission québécoise d'examen permettent, directement ou indirectement, via l'ambiguïté des conditions ou des pressions exercées par certaines équipes traitantes, de passer outre les refus de soins des accusés et d'imposer des traitements. Les implications de ces constats pour l'évolution des savoirs et des pratiques en psychiatrie légale sont discutées.

Conclusion Alors que les commissions sont censées gérer le risque pour la sécurité du public, elles se trouvent dans les faits, en contexte de désengagement de l'État en matière sociale, à exercer une surveillance et un contrôle notamment via les conditions concernant les traitements.

MOTS CLÉS consentement aux soins, refus de soins, commission d'examen, risque, droit criminel

Keep an Eye on, Control and Treat: Consent to Care at the Quebec Review Board

ABSTRACT Objectives The right to refuse care for accused persons found criminally not responsible on account of mental disorder or unfit to stand trial is recognized and strictly regulated by the legal mechanisms of Quebec civil law, and Canadian criminal law does not allow them to be treated against their will. Review Boards, which are responsible for ruling on and periodically re-evaluating their situation, cannot prescribe treatment, but have the authority, with the consent of the accused, to impose a condition relating to treatment. The purpose of this ethnographic study is to document the discourse and practices of the Quebec Review Board in this area.

Method The research material consists of observations from the hearings of the Quebec Review Board (n = 70), file observation grids completed by defense lawyers (n = 191), interviews with psychiatrists (n = 7) and defense lawyers (n = 7) and the study of one hundred court decisions from 2018, randomly selected.

Results Our study shows that the practices of the Quebec Review Board make it possible, directly or indirectly, through the ambiguity of conditions or the pressure exerted by certain treatment teams, to override the accused's refusal of care and to impose treatment. The implications of these findings for the evolution of knowledge and practices in forensic psychiatry are discussed.

Conclusion While the Review Boards are supposed to manage the risk to public safety, they are in fact, in the context of the State's disengagement in social matters, exercising surveillance and control, in particular via the conditions relating to treatment.

KEYWORDS consent to care, refusal of care, review board, risk, criminal law

PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIF DE RECHERCHE

Le droit psychiatrique est le fruit de deux réformes datant des années 1990 : la réforme du *Code civil du Québec* et de la *Loi de protection du malade mental* par l'Assemblée nationale du Québec (1994 et 1998) et la création de la partie XX.1 du *Code criminel du Canada* sur les troubles mentaux à la Chambre des communes à Ottawa (1992)¹.

Le consentement aux soins en droit québécois

Le droit québécois est clair en matière de consentement aux soins : il doit être libre (sans pression) et éclairé (informé) et, mises à part de rares exceptions telles que les situations d'urgence, son obtention est systématiquement requise à chaque acte de soin². Ainsi, le fait d'avoir consenti à un soin n'engage pas le consentement sur le long terme et il est possible de modifier ou de retirer le consentement à tout moment. Le refus de soins, même fatal, doit être respecté. Aucune condition médicale ou statut juridique n'ont de conséquences sur l'obligation d'obtenir le consentement. Il n'existe en outre aucune exception concernant la santé mentale, mises à part les évaluations psychiatriques ordonnées par le tribunal civil en matière de garde provisoire et de garde en établissement³ et l'ordonnance de traitement d'au plus 60 jours ordonnée par un tribunal criminel en vue de rendre un accusé apte à subir son procès⁴.

Le fait qu'une personne soit incapable de donner son consentement ne dispense pas de l'obligation de l'obtenir et il faut alors recourir au consentement substitué donné par un représentant légal ou un proche⁵. Lorsque la personne inapte à consentir aux soins les refuse catégoriquement ou que son représentant les refuse de façon injustifiée, il est possible pour son médecin traitant d'obtenir l'autorisation judiciaire de la traiter contre son gré, si ces traitements sont « requis par l'état de santé » (*Code civil du Québec* : art 16, 23). Ainsi, l'aptitude à consentir aux soins est présumée et aucun état de santé ou statut juridique

-
1. Suivant le partage constitutionnel des compétences, les soins de santé relèvent des gouvernements provinciaux alors que le droit criminel relève du gouvernement fédéral.
 2. *Code civil du Québec*, art 10 et 13.
 3. *Code civil du Québec*, art 28 et 30.
 4. *Code criminel*, art 672.58.
 5. *Code civil du Québec*, art 15.

(régime de protection, mandat en prévision de l'incapacité, garde en établissement, non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux, incapacité à subir son procès) n'ont d'effet sur l'aptitude à consentir aux soins⁶.

L'objectif double de la partie XX.1 du Code criminel : sécurité et traitement

Le sort des accusés incapables de subir leur procès ou criminellement non responsables pour cause de troubles mentaux dépend du risque qu'ils représentent pour la sécurité du public, qui doit être « important » (Code criminel : art. 672.54 et 672.5401), de même que leur état mental, leur réinsertion sociale et leurs autres besoins. Les premiers peuvent ainsi être détenus ou libérés sous condition et les seconds détenus ou libérés avec ou sans condition. Il revient aux commissions provinciales d'examen⁷ de statuer et de réévaluer périodiquement la situation des accusés. Les commissions siègent dans les hôpitaux et le banc des juges est composé d'un psychiatre, d'un psychologue ou travailleur social et d'un juriste qui préside les audiences⁸. Les psychiatres traitants des accusés doivent comparaître à titre de témoin et présenter une évaluation de l'état mental de l'accusé « afin d'aider à la détermination de la décision à prendre » à son égard (Code criminel : art 672.2).

Les accusés, qui conservent l'exercice de leurs droits constitutionnels et civils dans la limite des conditions imposées par les commissions, doivent pouvoir consentir à leurs soins. L'article 672.55 du Code criminel prévoit à cet effet que les décisions des commissions d'examen « ne peu[ven]t prescrire de traitement, notamment un traitement psychiatrique, pour l'accusé ou ordonner que celui-ci s'y soumette ». Elles peuvent cependant, avec le consentement des accusés, « comporter une condition relative à un traitement ».

La Cour suprême du Canada oppose explicitement punition et traitement, affirmant qu'en matière de troubles mentaux, « fournir [aux accusés] la possibilité de recevoir un traitement, et non le[s] punir, constitue l'intervention juste qui s'impose » (Winko, 1999 : parag. 41).

6. Il s'avère cependant que les soins le plus souvent autorisés par le tribunal sont des soins psychiatriques (Bernheim et al, 2016).

7. Au Québec, elle fait partie de la division des affaires sociales du Tribunal administratif du Québec.

8. Code criminel, art 672.39.

Elle établit ainsi une forme de responsabilité sociale d'offrir aux accusés les traitements « appropriés en fonction de [leur] situation » (Winko, 1999), mais également un lien entre risque et traitement. Des soins sont ainsi nécessaires tant pour « stabiliser l'état mental » des accusés que pour « diminuer le risque qu'[ils] représente[nt] pour la sécurité du public en raison de [leur] état » (Winko, 1999), la sécurité étant mieux assurée par un traitement qu'une détention en établissement correctionnel (Yuen, 2013). La Cour affirme ainsi que l'objectif de la partie XX.1 du Code criminel est « double » (Penetanguishene, 2004) : « la sécurité du public et le traitement de l'intéressé » (Pinet, 2004 ; Conway, 2010).

Ce lien entre sécurité publique et traitement est fondé sur le flou introduit par les dispositions du Code criminel en matière de troubles mentaux. Ainsi, le Code ne définit pas la notion de « traitement psychiatrique », le concept de « traitement » n'apparaissant ni dans les définitions générales ni dans les définitions spécifiques à la partie sur les troubles mentaux (Barrett et Schandler, 2006). De même, le Code interdit aux Commissions d'examen de prescrire ou d'ordonner des traitements, mais permet d'intégrer une condition relative aux traitements avec le consentement des accusés. L'impossibilité pour les commissions d'examen d'imposer des traitements a été confirmée à plusieurs reprises par la Cour suprême (Mazzei, 2006 ; Conway, 2010), notamment pour éviter d'empiéter sur les pouvoirs législatifs provinciaux (Mazzei, 2006). Mais la Cour considère néanmoins que les commissions possèdent un pouvoir de supervision à l'égard du traitement (Mazzei, 2006).

Or la distinction que fait la Cour suprême entre la fixation de modalités contraignantes, la supervision et la prescription d'un traitement s'avère difficile, voire impossible, à mettre en pratique (Zuckerberg, 2011 ; Luther et Mela, 2006), et ouvre la porte à une possible transgression des dispositions provinciales, notamment le consentement aux soins et les exigences spécifiques en matière d'autorisations de soins (Luther et Mela, 2006). L'objectif de cette recherche vise à documenter les discours et les pratiques de la Commission québécoise d'examen en matière de droit au consentement aux soins des accusés sous son autorité.

MÉTHODE

Cette recherche a été menée dans le cadre des activités du chantier 21 – Santé mentale et justice du partenariat de recherche Accès aux droits et à la justice (ADAJ)⁹ financé par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada. Elle a fait l'objet d'une collaboration avec le Centre communautaire juridique de Montréal et la Commission des services juridiques et a été approuvée par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal (CIEREH).

La recherche a été menée par un terrain de recherche ethnographique réalisé entre 2017 et 2019 dans le district judiciaire de Montréal. L'ethnographie est une approche inductive qui mobilise une pluralité de techniques de collecte des données (Hammersley et Atkinson, 2007). Elle est régulièrement employée dans le domaine des études sociojuridiques (Coutin et Fortin, 2015), notamment pour documenter les pratiques judiciaires (Scheffer, Hannken-Illjes et Kozin, 2010). Elle s'avère particulièrement pertinente pour l'étude d'une problématique complexe et controversée (Bernheim, 2020) telle que le droit au consentement aux soins des accusés souffrant de troubles mentaux (Carver et Langlois-Klassen, 2006; Luther et Mela, 2006).

Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée entre 2017 et 2019 dans le district judiciaire de Montréal.

Observations d'audiences (n = 70)

Les commissions d'examen siègent directement dans les hôpitaux désignés pour l'évaluation ou la prise en charge des accusés déclarés non criminellement responsables ou inaptes à subir leur procès, qu'ils soient généraux, spécialisés ou de psychiatrie légale. Au Québec, une cinquantaine d'hôpitaux dispersés dans toute la province sont ainsi désignés. Avec plus de 2000 dossiers par année traités par la Commission québécoise d'examen, il n'est pas rare que plus d'un banc de juges siège en même temps dans des hôpitaux différents.

Nous avons assisté à 70 audiences dans 15 hôpitaux montréalais. Ces audiences ont duré d'une heure à une heure et demie chacune. Bien qu'elles soient publiques, nous avons systématiquement obtenu

9. <http://adaj.ca>.

le consentement de l'accusé avant d'y assister. Nous avons mené les observations le plus souvent en binôme. Les audiences se tenant dans des salles à configuration très variable, allant de la spacieuse salle de réunion à un local de rangement réaménagé, nous avons généralement pu nous asseoir en retrait, sur un côté de la salle, mais avons dû, dans certains cas, nous asseoir à la table avec les protagonistes, parfois à côté des accusés. Nous avons pris les notes manuscrites les plus exhaustives possible, le plus souvent durant les audiences, mais parfois de mémoire immédiatement après lorsque le contexte n'était pas propice à la prise de notes au cours de l'audience. Ces notes ont ensuite été transcrites. Nous nous sommes intéressés aux interactions entre les protagonistes, aux discours sur les droits des accusés, sur le risque et sur le traitement.

Selon ce que nous avons observé, seules les personnes impliquées dans le processus judiciaire sont présentes aux audiences de la Commission québécoise d'examen. Sont systématiquement présents les 3 juges, le psychiatre traitant, l'accusé et son avocat s'il est représenté, ce qui est le cas dans la majorité des cas. Un procureur représentant l'hôpital et d'autres professionnels de la santé ou de l'intervention sociale sont régulièrement présents. Un procureur de la Direction des poursuites criminelles et pénales (DPCP) est exceptionnellement présent.

Fiches d'information sur les dossiers judiciaires (n = 191)

Nous avons élaboré, en collaboration avec des avocats de la défense pratiquant régulièrement devant la commission, une fiche d'information sur les dossiers judiciaires (tableau 1). Cette fiche permet de repérer rapidement des informations sommaires sur l'accusé, sur le contenu du rapport psychiatrique et la nature de la décision judiciaire.

Cent quatre-vingt-onze (191) fiches ont été remplies en format papier par les avocats durant l'année 2018, à partir des dossiers en cours. Elles ont ensuite été remises à l'équipe de recherche et les informations ont été saisies dans un classeur Excel afin de produire un portrait descriptif des informations recueillies.

TABLEAU 1

Fiche d'information sur les dossiers judiciaires

Rapport psychiatrique	Accusé
Antécédents judiciaires : oui/non	Âge :
Antécédents médicaux et chirurgicaux : oui/non	Genre : H/F
Évaluation de l'état mental : oui/non	Citoyen : oui/non
Évolution clinique (sur l'année) : oui/non	Autochtones : oui/non
Habitudes de vie : oui/non	Consommation : oui/non
Consommation : oui/non	Qualité du témoignage :
Ordonnance de soins : oui/non	Hospitalisation durant l'année en cours : oui/non
Diagnostic : oui/non	Accusations durant l'année en cours : oui/non
Plan à venir : oui/non	Nombre de rencontres avec le psychiatre :
Danger : oui/non	Durée des rencontres avec le psychiatre : moins de 15 minutes/15 minutes/30 minutes/1 heure/plus d'une heure
HCR20 : oui/non	Qualité de la collaboration avec le médecin :
Recommandations : oui/non	Personne d'accord avec les recommandations : oui/non
Recommandations par rapport à l'an dernier : plus restrictives/identiques/moins restrictives	Première fois sous la commission : oui/non
Demande de délégation : oui/non	Nombre d'années sous commission :
Conclusions : oui/non	
Nombre de pages :	
Réception du rapport (nombre de jours) :	
Inexactitudes dans le rapport : oui/non	
Informations générales	Audience et décision judiciaire
Date d'audience :	La médication est la raison du maintien sous TAQ : oui/non/pas seulement
Hôpital :	Contre-expertise : oui/non
Statut du client : détenu/libéré avec condition	Parties impliquées : avocat de l'hôpital/famille/DPCP/client/intervenante/autre
Rapport expliqué au client : oui/non	Recommandations modifiées durant audience : plus restrictives/identiques/moins restrictives
Demande de remise : oui/non	Recommandations modifiées par qui : tribunal/psychiatre/défense
Remise demandée par qui : TAQ/hôpital/aide juridique	Recommandations retenues par le tribunal oui/non
Annulation d'audition : oui/non	Décision : détenu/libéré avec condition/libéré sans condition
	Date d'arrivée des motifs

Entrevues (n = 14)

Nous avons procédé à 7 entrevues avec des psychiatres et 7 entrevues avec des avocats de la défense régulièrement présents devant la Commission québécoise d'examen. Dans les 2 cas, nous avons procédé au recrutement sur place, lorsque nous faisons les observations. Nous les avons ensuite rencontrés à leur bureau, le plus souvent en binôme. Les entrevues ont duré entre 1 et 3 heures, ont été enregistrées et ont été ensuite transcrites. Les canevas d'entrevue ont été confectionnés suivant les constats faits durant les observations. Les entrevues ont porté sur des considérations de nature générale, sur la Commission québécoise d'examen, le carrefour entre clinique et juridique et l'évaluation du risque. Nous avons également interrogé les avocats sur les caractéristiques de leurs clients.

TABLEAU 2

Canevas d'entrevue – psychiatres

Questions générales
1) Est-ce que la formation en psychiatrie prépare au contact avec le système judiciaire/le droit ?
2) Quelle différence dans votre pratique entre garde en établissement, autorisation de soins et Commission d'examen ?
3) Quelle expérience à la Commission d'examen ?
Commission d'examen
4) Quel est le mandat de la Commission ?
5) Quelle utilité clinique de la Commission ? Quelle limite ?
6) Quelle utilité clinique de la délégation ? Comment mettre en œuvre la délégation ?
7) Qu'est-ce qu'une bonne audience ? Qu'est-ce qu'une audience ratée ?
8) Quel est votre rôle devant la Commission ?
9) Quel rapport avec le juge psychiatre ?
10) Quelle préparation du patient à l'audience ?
11) Quelle incidence sur l'alliance thérapeutique ?
12) Quel sens l'audience peut avoir pour le patient ?
Carrefour clinique/juridique
13) Quelle ligne de démarcation entre clinique et juridique ?
14) Comment composer dans cette zone ?
15) Est-ce que l'audience de la commission permet de concilier les idéaux du clinique et du juridique ?
Le risque important
16) Qu'est-ce qu'un patient dangereux pour vous ?
17) Qu'est-ce qui peut être considéré comme un risque important par la Commission ?

TABLEAU 3

Canevas d'entrevue – avocats de la défense

Questions générales
1) Pourquoi mener une pratique en santé mentale ?
2) Est-ce que la formation au baccalauréat en droit prépare à une telle pratique ?
3) Décrire une semaine type
4) Quelles sont les plus grandes difficultés liées à votre pratique ? Est-ce que vous voyez là pour toute votre carrière ?
Commission d'examen
5) Décrire une journée de travail à la Commission (y compris la préparation)
6) Quel est le sens du pouvoir d'inquisition de la Commission ? Est-ce que ça change quelque chose pour la défense ?
7) Quel est le mandat de la Commission ? (danger/réhabilitation)
8) Est-ce que les stratégies changent en fonction des juges ?
9) Est-ce que la procédure appliquée par le président du banc change quelque chose au déroulement des audiences ? A un impact sur les décisions ?
10) Quel rôle pour le DPCP ?
Clients
11) Qui sont les clients de la Commission ?
12) Jusqu'à quel point les mandats donnés par les clients sont clairs ? Comment faire pour clarifier, quelle information/conseil donner ?
13) Est-ce qu'il arrive d'être mal à l'aise avec un mandat ?
14) Est-ce qu'il y a des clients avec lesquels il est plus difficile de travailler ?
15) Quel rôle pour les clients devant la Commission ?
Carrefour clinique/juridique
16) Quelle ligne de démarcation entre clinique et juridique ? Comment composer dans cette zone ?
17) Comment jouer son rôle d'avocat sans briser l'alliance thérapeutique ?
Le risque important
18) Qu'est-ce qui peut être considéré comme un danger important par la Commission ?
19) Est-ce que c'est une interprétation fidèle de ce que le Code criminel prévoit ?
20) Est-ce que risque et danger sont la même chose ?

Jurisprudence (n = 100)

Nous avons sélectionné au hasard sur la base de données CanLII 100 décisions de la Commission québécoise d'examen rendues en 2018.

Analyse

Les données qualitatives (observations, entrevues et jurisprudence) ont fait l'objet d'une première analyse inductive visant à faire émerger des catégories permettant une analyse systématique de contenu (Paillé,

1994). L'analyse thématique, menée sur NVivo, a porté sur les thèmes suivants: le consentement aux soins, le risque, le travail relationnel, les attentes vis-à-vis des accusés, les droits des accusés, le mandat et l'utilité de la commission d'examen. Seuls les résultats concernant le premier de ces thèmes seront présentés ici.

Les fiches d'information sur les dossiers judiciaires ont fait l'objet d'un traitement statistique à l'aide du logiciel Excel. Les entrées ont été extraites de manière à établir un portrait sommaire de l'ensemble des informations recueillies par les avocats.

Forces et limites de la recherche

Aucune étude ethnographique n'a été menée à la Commission québécoise d'examen. Les audiences, notamment, n'ont jamais été documentées de manière aussi systématique que dans le cadre de cette étude, en mobilisant une pluralité de techniques de collecte des données. Les données obtenues permettent ainsi d'apporter de nouvelles connaissances sur les pratiques en matière de consentement aux soins.

Des entrevues avec des juges siégeant à la Commission québécoise d'examen auraient permis de compléter avantageusement l'échantillon, notamment en documentant les nuances entre prescription et surveillance des traitements.

Des entrevues avec les accusés nous auraient quant à elles permis d'enrichir nos analyses d'une réflexion sur leur propre perception de la Commission et des contraintes qu'elle représente.

RÉSULTATS

Le traitement au cœur du processus judiciaire

L'analyse de la jurisprudence de la Commission québécoise d'examen montre que la question du traitement y est presque systématiquement discutée. La condition de «se conformer au plan de traitement établi par l'équipe traitante», voire par le «médecin traitant», ou celle de «se conformer aux recommandations de l'équipe traitante», figurent ainsi régulièrement dans le dispositif des décisions¹⁰. Citant la Cour suprême du Canada dans *Winko*, *Mazzei* et *Conway*, la Commission d'examen conclut par exemple qu'«il est clair que l'étendue du pouvoir

10. Soit la partie finale qui contient la décision des juges.

de la Commission d'examen de surveiller continuellement le traitement englobe "tout" sauf le fait même de prescrire le traitement à l'accusé» et que «la condition peut concerner le traitement, ou exister en relation avec le plan de traitement déjà établi par l'équipe traitante d'un accusé» (NG, 2018)¹¹. Dans 68 % des fiches d'information sur les dossiers judiciaires remplies par les avocats, assurer la prise de la médication est une des raisons du maintien sous l'autorité de la commission, ce que confirme une étude des décisions des Commissions d'examen du Québec, de l'Ontario et de la Colombie-Britannique (Wilson et coll., 2016).

Les observations des audiences de la Commission québécoise d'examen vont dans le même sens: la question du traitement, et plus particulièrement du refus de traitement ou de l'absence de collaboration au traitement, est le thème le plus récurrent des débats judiciaires. Elle a été discutée dans la totalité des audiences auxquelles nous avons assisté. Le président d'une commission explique ainsi à un accusé que «même si [la commission d'examen] ne s'occupe jamais du traitement [elle] s'en préoccupe pour [la] réhabilitation sociale [des accusés]». Pour un avocat rencontré en entrevue, «la Commission voit son rôle comme étant celui de [...] mettre la personne dans une situation telle qu'elle n'a pas de choix réel que de suivre un traitement». Ainsi, même si la Commission d'examen n'a pas le pouvoir d'ordonner des traitements, elle peut, toujours selon le même avocat, «placer une personne dans une situation où, si elle ne se soumet pas au traitement, elle est ramenée en détention parce qu'elle présente une dangerosité du fait qu'elle ne se soumet pas au traitement».

Les refus de traitements sont par conséquent associés à une imprévisibilité et à un manque d'«autocritique» qui justifient à eux seuls le maintien sous l'autorité de la Commission. C'est le cas de monsieur Hamel¹², trouvé non responsable criminellement suite à un bris de conditions et sous l'autorité de la Commission d'examen depuis cinq ans. Il est en emploi, dispose d'un appartement et aucun incident n'est rapporté, mais il refuse la médication. Le président de la Commission justifie ainsi la décision des juges d'imposer une libération conditionnelle: «Monsieur, c'est sûr que vous voulez une libération inconditionnelle et, comme vous l'avez dit, il faut que ça s'arrête un jour, mais la question des médicaments inquiète la commission.»

11. Souligné dans le texte.

12. Les noms ont été modifiés à des fins de protection de la confidentialité.

Pour la Commission québécoise d'examen, il n'est pas seulement question de savoir si les accusés prennent effectivement leurs médicaments, mais s'ils les prennent de leur plein gré et s'ils acceptent qu'ils doivent continuer de les prendre lorsqu'ils ne seront plus sous l'autorité de la Commission. Ce qui préoccupe la Commission est donc de savoir s'ils continueront de prendre leur médication sans la contrainte judiciaire et le moindre doute à cet effet est suffisant pour justifier le maintien des accusés sous son autorité. Des négociations sur le type de médicament, la posologie ou le moyen d'administration (*per os* ou injectable), une autorisation de soins à venir, en cours ou terminée, constituent généralement, pour la Commission, la preuve que l'accusé ne se soumettrait pas au traitement de son plein gré.

Il faut dire que les psychiatres traitants des accusés, témoins principaux devant la Commission, discutent abondamment des besoins et de l'adhésion aux traitements dans leurs rapports. Une étude des rapports psychiatriques soumis en preuve à la Commission confirme que le traitement est parmi les éléments qui y sont les plus développés (Wilson et coll., 2016), les fiches d'information remplies par les avocats sur les dossiers de leurs clients révélant en outre que le quart des rapports mentionne une autorisation de soins à venir, en cours ou terminée. Selon un psychiatre rencontré lors d'une séance d'observation, « il est bon » pour les accusés d'entendre les mêmes recommandations par plusieurs tribunaux, et la multiplication des décisions judiciaires constitue un levier pour les équipes traitantes.

Plusieurs des avocats que nous avons rencontrés expliquent cependant que leurs clients ne comprennent pas bien la différence entre la Commission d'examen et l'autorisation de soins et remettent en question cette surjudiciarisation. Bien que la présence d'un « cadre » semble nécessaire pour certains accusés, l'utilité du recours simultané à plusieurs instances judiciaires n'est pas évidente dans un contexte où les procédures judiciaires s'avèrent stressantes et anxiogènes. Interrogés sur l'utilité clinique de la Commission d'examen, les psychiatres affirment unanimement qu'elle permet en premier lieu de faire une évaluation et d'initier un suivi pour des patients autrement récalcitrants. C'est ce que confirment certains avocats, expliquant que la Commission peut « perm[ettre à certains clients] de rentrer dans le système de santé [...] d'avoir les traitements et de prendre conscience [de leur maladie] ».

L'utilité thérapeutique de la Commission québécoise d'examen

Pour plusieurs psychiatres rencontrés en entretien, la Commission constitue un « outil de négociation » à l'égard du traitement : « Il y a un tribunal qui a décidé que vous étiez non criminellement responsable parce que lui, il a estimé que vous aviez une maladie. Puis là on est pris avec cette logique-là. Maladie égale traitement, pas de traitement, pas de prise en compte de la maladie, bien vous allez rester ici ». Ainsi, bien qu'ils cherchent à se mettre à distance d'une posture d'« agents de probation », plusieurs psychiatres expliquent avoir créé des liens avec les postes de police des quartiers des hôpitaux où ils travaillent. Sans recourir aux arrestations, le simple avertissement des policiers permet de « montrer qu'on surveille » et de faire respecter les conditions. Les psychiatres rapportent ainsi que certains de leurs patients « se conforment au traitement » du seul fait de la présence de la Commission, n'ayant donc pas besoin d'aller chercher une autorisation de soins pour eux. Les avocats corroborent ces constats. L'un d'entre eux estime ainsi que nombreux de ses clients « ne sont clairement pas d'accord pour prendre la médication, mais qu'ils le font quand même par crainte d'être ramenés en détention ». Ils évoquent ainsi les pressions exercées sur le consentement aux soins de leurs clients.

Pour l'ensemble des psychiatres rencontrés en entretien, les démarches à entreprendre pour obtenir une autorisation de soins sont longues et ont un effet délétère sur leur travail : « [Au] [m]inimum, c'est une journée : une demi-journée pour présenter le dossier, le constituer, puis une demi-journée de Cour si tout va bien. Tout ce temps-là, je ne suis pas à l'hôpital ». Dans ce contexte, la Commission d'examen est utilisée par certains d'entre eux à des fins de traitement, évitant ainsi non seulement l'ampleur du travail en amont, mais également le cadre procédural plus strict associé à l'autorisation de soins :

« Si on arrive bien à jouer avec le système, on peut s'éviter la lourdeur de la démarche d'une [autorisation de soins] en utilisant le cadre légal de la Commission d'examen des troubles mentaux pour réussir à avoir un plan de traitement dans lequel on a un levier un peu plus important sur le patient. Donc, c'est en ce sens-là que je trouve que la Commission d'examen peut être utile. »

Les psychiatres rencontrés confirment ainsi ce qu'évoque une certaine littérature. D'une part, les démarches judiciaires pour obtenir une autorisation de soins constitueraient un « fardeau » pour les profes-

sionnels (Kouri et Philips-Nootens, 2003), contribuant à en décourager plus d'un. D'autre part, certains considéreraient plus facile et plus simple de traiter « les patients sous le coup de la législation fédérale » (Couture-Trudel et Morin, 2007). La Commission québécoise d'examen permettrait ainsi, directement ou indirectement, via l'ambiguïté des conditions ou des pressions exercées par certaines équipes traitantes, de passer outre des refus de soins et d'imposer des traitements psychiatriques. Ce constat soulève la pertinence de mieux comprendre la complexité légale et morale du travail des équipes traitantes en psychiatrie, qui sont souvent partagées entre la responsabilité d'appliquer les mesures coercitives et de construire une alliance thérapeutique avec les patients (Stensrud et coll., 2016). La littérature scientifique récente souligne que les professionnels œuvrant au sein de ces équipes, démontrant parfois un manque de connaissances des lois locales autorisant l'application de mesures coercitives (Holder et coll., 2018), peuvent outrepasser ce qui est permis par ces lois (Aasland et coll., 2018) et sous-estimer l'importance de la coercition informelle dans leur pratique malgré sa prévalence estimée entre 29 et 59 % (Elmer et coll., 2018 ; Jaeger et coll., 2014). Les résultats de l'ethnographie réalisée à la Commission québécoise d'examen s'inscrivent dans la lignée de ces études et suggèrent l'intérêt de recherches supplémentaires s'intéressant aux usages cliniques de la coercition en psychiatrie légale, et notamment les pressions exercées sur le consentement aux soins. Ils suggèrent également d'étudier plus attentivement la configuration des compétences juridiques requises, développées ou mises en œuvre par les équipes traitantes œuvrant auprès de personnes ciblées par la coercition en psychiatrie, dont celles sous l'autorité de la Commission québécoise d'examen.

CONCLUSION

Ces constats sur le consentement aux soins des accusés sous l'autorité de la Commission québécoise d'examen doivent être mis en perspective avec l'un de ses principaux mandats, soit de gérer le risque pour la sécurité du public. Nos observations montrent que les débats devant la Commission, intimement associés à l'adhésion au traitement, conduisent régulièrement à des discussions sur le style de vie d'accusés qui vivent le plus souvent dans la pauvreté ou l'extrême pauvreté (PNT, ntp-ptn.org). État du logement et de l'emploi, fréquentations, habitudes alimentaires et de consommation de drogue ou d'alcool, etc. :

les audiences sont des procès des conditions d'existence des accusés plus que de comportements présentant un risque pour la sécurité du public (Sallée et coll., 2022). En l'absence de passage à l'acte ou de faits le laissant présager, il faut se demander quel risque le traitement psychiatrique est censé ainsi contenir (Rose, 1996). Pour le philosophe de la culture Byung-Chul Han (2017), alors que le discours officiel affirme favoriser l'octroi de services plus adaptés pour des accusés aux prises avec une maladie mentale, ces mécanismes juridiques n'auraient dans les faits comme seul objectif que le contrôle, permettant une surveillance de chaque instant.

REMERCIEMENTS AIDE FINANCIÈRE

Ce projet a été rendu possible par le financement du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, programme des partenariats, et du programme des Chaires de recherche du Canada.

RÉFÉRENCES

- Aasland, O. G., Husum, T. L., Førde, R. et Pedersen, R. (2018). Between authoritarian and dialogical approaches: attitudes and opinions on coercion among professionals in mental health and addiction care in Norway. *International Journal of Law and Psychiatry*, 57, 106-112.
- Atkinson, P. et Hammersley, M. (2007). *Ethnography: principles in practice*, 3^e éd. Routledge.
- Barrett, J. et Shandler, R. (2006). *Mental Disorder in Canadian Criminal Law*. Thomson Carswell.
- Bernheim, E. (2020) Justice, power and intersectionality: beyond psychiatry, the social issue in question. Dans Jacob, M.-A. et A. Kirkland (dir.), *Research Handbook on Socio-Legal Studies of medicine et Health*. Edward Elgar Publishing.
- Bernheim, E., Chalifour, G. et Laniel, R.-A. (2016). La santé mentale en justice – Invisibilité et déni de droits: une étude statistique de la jurisprudence en autorisation de soins. *Revue de droit et santé de McGill*, 9(2), 337-382.
- Bibler Coutin, S. et Fortin, V. (2015). Legal Ethnographies and Ethnographic Law. Dans Sarat, A. et Ewick, P. (dir), *The Handbook of Law and Society*. Wiley.
- Carver, P. et Langlois-Klassen, C. (2006). The Role and Powers of Forensic Psychiatric Review Boards in Canada: Recent Developments. *Health Law Journal*, 14, 1-20.
- Centre de santé mentale de Penetanguishene c Ontario (Procureur général), 2004 CSC 20.
- Code civil du Québec, RLRQ c CCQ-1991.
- Code criminel, LRC (1985), ch. C-46.

- Couture-Trudel, P.-M. et Morin, M.-È. (2007). La garde en établissement au Québec : enjeux de la détention civile en psychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 229-244.
- Domingue J.L., Jacob J.D., Perron A., Pariseau-Legault P. et Foth T. (2020). (Re) construction identitaire et pratique infirmière en psychiatrie légale : réflexion critique sur les commissions d'examen. *Rech Soins Infirm.* 143, 118-26.
- Elmer, T., Rabenschlag, F., Schori, D., Zuaboni, G., Kozel, B., Jaeger, S.,... et Jaeger, M. (2018). Informal coercion as a neglected form of communication in psychiatric settings in Germany and Switzerland. *Psychiatry research*, 262, 400-406.
- Han, B.-C. (2017). *Psychopolitics—Neoliberalism and New Technologies of Power*, Verso.
- Holder, S. M., Warren, C., Rogers, K., Griffeth, B., Peterson, E., Blackhurst, D. et Ochonma, C. (2018). Involuntary processes: knowledge base of health care professionals in a tertiary medical center in upstate South Carolina. *Community mental health journal*, 54(2), 149-157.
- Jaeger, M., Ketteler, D., Rabenschlag, F. et Theodoridou, A. (2014). Informal coercion in acute inpatient setting—Knowledge and attitudes held by mental health professionals. *Psychiatry research*, 220(3), 1007-1011.
- Kouri, R. et Philips-Nootens, S. (2003). Le majeur inapte et le refus catégorique de soins de santé : un concept pour le moins ambigu. *Revue du Barreau*, 63, 1-28.
- Leifer, R. (1990). Introduction : The Medical Model as the Ideology of the Therapeutic State. *The Journal of Mind and Behavior*, 11(3-4), 247-258.
- Le projet national des trajectoires, www.ntp-ptn.org
- Loi sur la protection des personnes des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, RLRQ c P-38.001.
- Luther, G. et Mela, M. (2006). The Top Ten Issues in Law and Psychiatry. *Saskatchewan Law Review*, 69, 401-440.
- Mazzei c Colombie-Britannique (Directeur des Adult Forensic Psychiatric Services)*, 2006 CSC 7.
- NG et Responsable du CISSS A*, 2018 CanLII 91521 (QC TAQ).
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181
- Pinet c St. Thomas Psychiatric Hospital*, [2004] 1 R.C.S. 528.
- R c Conway*, 2012 CSC 22.
- Rose, N. (1994). Psychiatry as political science : advanced liberalism and the administration of risk. *History of the Human Sciences*, 9(2), 1-23.
- Sallée, N., Bernheim, E., Ouellet, G. et Pariseau-Legault, P. (2022). Au tribunal des risques. Contrôle, autocontrôle et tensions juridiques à la Commission d'examen des troubles mentaux (Québec, Canada). *Droit et société*, 111(2), 357-380.
- Scheffer, T., Hannken-Illjes, K. et Kozin, A. (2010). *Criminal Defence and Procedure: Comparative Ethnographies in the United Kingdom, Germany, and the United States*. Palgrave Macmillan.
- Stensrud, B., Høyer, G., Beston, G., Granerud, A. et Landheim, A. S. (2016). "Care or control?": a qualitative study of staff experiences with outpatient commitment orders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(5), 747-755.
- Wilson, C., Nicholls, T., Charette, Y., Seto, M. C. et Crocker, A. G. (2016). Factors Associated with Review Board Dispositions following Re-hospitalization among

Discharged Persons found Not Criminally Responsible. *Behavioral Sciences and the Law*, 34, 278-294.

Winko c Colombie-Britannique (Forensic Psychiatric Institute), [1999] 2 RCS 625

Yuen, S. (2013). *Unnecessary, Counterproductive, Unconstitutional. An examination of Bill C-54: The Not Criminally Responsible Reform Act*. Mémoire soumis à la Faculté de droit de l'Université de Toronto.

Zuckerberg, J. (2011). Jurisdiction of Mental Health Tribunals to Provide Positive Remedies: Application, Challenges, and Prospects. *Revue de droit de McGill*, 57(2), 267-298.

Les mesures thérapeutiques en droit pénal suisse

Un peu de soin, un contrôle de longue durée
et une forte obsession sécuritaire

Nicolas Queloz^a

RÉSUMÉ Objectifs En droit suisse, les sanctions pénales comprennent les peines et les mesures. Parmi ces dernières, il faut distinguer les mesures thérapeutiques, destinées en principe au traitement de la personne condamnée, des mesures sécuritaires qui visent prioritairement à protéger la sécurité publique. Les objectifs de cet article sont de porter un regard critique sur l'évolution du prononcé des mesures d'enfermement « thérapeutique » en Suisse et sur le rôle ambigu que la justice pénale fait jouer à la psychiatrie légale dans ses prises de décision.

Méthode L'auteur procède d'abord à un bref rappel historique des mesures pénales de traitement en Suisse et de leur place dans le système des sanctions pénales. Puis, par une étude du cadre légal et des conditions du prononcé des mesures pénales, il mène une analyse critique des mesures thérapeutiques institutionnelles ordonnées à l'égard de délinquants considérés comme souffrant d'un « grave trouble mental », en se fondant sur des décisions judiciaires, leur appui sur les expertises psychiatriques, l'évolution des données statistiques et l'examen de la littérature.

Résultats L'évolution des mesures pénales en Suisse au cours des 20 dernières années se caractérise par 2 tendances fortes : une nette diminution du total des mesures pénales prononcées, mais une forte augmentation de la mesure d'enfermement « thérapeutique » de durée indéfinie (art. 59 CPS). Cette dernière a contribué à l'augmentation de la population des prisons dans la durée, en particulier des personnes détenues âgées de plus de 50 ans.

a. Professeur émérite, Chaire de droit pénal et de criminologie, Directeur du Certificat d'Études Avancées en Justice des mineurs, Faculté de droit, Université de Fribourg (Suisse).

Conclusion Ces tendances s'inscrivent dans la continuité d'une politique pénale sécuritaire, toujours plus axée sur la gestion des risques et marquée par l'obsession de contrôle des « délinquants à risque ». Dans cette logique, le but de soin des mesures thérapeutiques est supplanté par le but de protection de la sécurité publique. Ceci est problématique puisque les mesures thérapeutiques institutionnelles sont prononcées pour une durée indéterminée et peuvent être régulièrement prolongées. Cet esprit sécuritaire affecte également les interactions entre le monde judiciaire et le monde psychiatrique, dont l'expertise est nécessaire pour le prononcé et pour la prolongation d'une mesure pénale. Ce système fait l'objet de critiques aussi bien d'un point de vue psychiatrique que d'un point de vue juridique, et certains de ses aspects ont été condamnés récemment par la Cour européenne des droits de l'homme.

MOTS CLÉS politique pénale, sanctions pénales, tendance sécuritaire, Suisse, mesures thérapeutiques, traitement des délinquants souffrant de troubles mentaux, expertise psychiatrique judiciaire

Therapeutic measures under Swiss criminal law Little treatment, long-term control and strong obsession with public security

ABSTRACT Objectives This article aims at a critical study of the evolution of therapeutic measures in Swiss criminal law and of the ambiguous role that criminal justice let play to legal psychiatry in its decisions. Swiss law defines as criminal sanctions both sentences (punishment) and measures. Among the latter, a distinction must be drawn between therapeutic measures, aiming in principle at the treatment of the convicted person, and security measures, designed essentially to protect public security.

Method To this end, after a brief presentation of the history of penal treatment measures in Switzerland, the status of measures in the criminal sanctions system is examined, presenting the range of different criminal measures and their evolution in time. Then, the relationship between mental health and justice, in particular the question of institutional treatment of mental disordered delinquents is analyzed, including the criticisms that it raises.

Results The development of criminal measures over the last twenty years is characterized by two general trends: a strong decrease in the total number of criminal measures which have been ordered, and a sharp increase in the number of institutional therapeutic measures (Art. 59 CPS) to which offenders with serious mental disorders have been convicted. This latter increase is in line with a Swiss criminal security policy that is becoming more and more oriented towards risk management and marked by an obsession with the control of "high-risk offenders." In this logic, the primary aim of treatment for these offenders is supplanted by the aim of the protection of public security. This assumption

is particularly tangible since therapeutic measures are not subject to a specific time limit and can be — and in practice are — regularly extended. This obsession with security is also crystallized in the difficult interaction between the judicial and the psychiatric worlds, since expertise is required for the pronouncement and the extension of a criminal measure. The system is criticized as well under a psychiatric as under a juridical point of view, and certain aspects have been recently condemned by the European Court of Human Rights.

Conclusion We can observe that the use of the institutional therapeutic measure has increased, yet departing from its initial purpose, and obeying the movement towards more public security, even though the pronouncement of this measure is open to criticism. It rarely achieves its therapeutic objective, it is regularly submitted to prolongation, and it can lead to a measure of internment or a custodial sentence pronounced jointly, which run counter to the concrete needs of a person with mental health problems.

KEYWORDS criminal policy, criminal sanctions, security trend, Switzerland, therapeutic measures, treatment of mental disordered delinquents, judicial psychiatric expertise

Introduction

Cet article vise à une réflexion critique sur l'évolution des mesures pénales de soins – dites aujourd'hui « mesures thérapeutiques » – en droit pénal suisse. Elles occupent en effet une place particulière dans l'ensemble du système suisse des sanctions pénales et, depuis le début des années 2000, elles exercent un poids symbolique important dans la politique pénale et pénitentiaire. En matière de relations entre santé mentale et justice, nous approfondirons ensuite la question du traitement institutionnel des troubles mentaux, qui pose divers problèmes liés au rôle ambigu que la justice pénale fait jouer à la psychiatrie légale, ce qui suscite de nombreuses critiques, aussi bien dans les milieux juridiques que dans les milieux médicaux et psychiatriques.

Bref historique des mesures pénales de traitement en Suisse

À la fin du 19^e siècle, en pleins débats d'anthropologie criminelle, l'École positiviste italienne appelait à la création de *manicomies criminali*¹ (Garofalo, 1885 et Ferri, 1892) pour y accueillir les criminels fous et épileptiques, alors que l'École française du milieu social (Lacassagne,

1. En italien, le *manicomio* désigne un hospice pour malades mentaux.

1881) proposait d'enfermer les criminels aliénés dans les asiles psychiatriques existants.

En Suisse, le pénaliste Carl Stooss a publié en 1893 l'Avant-projet de code pénal unifié, dans lequel il a élaboré un système de sanctions pénales qui vise non seulement la punition, mais également des objectifs de prévention de la récidive, de soins et de protection de la population. Stooss a ainsi proposé l'introduction de « mesures de sûreté » prévoyant notamment le placement des personnes irresponsables et des personnes à responsabilité pénale restreinte dans un asile ou un hospice, en remplacement d'une peine (système dit « moniste »), ainsi que le placement des buveurs d'habitude dans une maison de cure, en plus d'une peine (système dit « dualiste »).

À ces propositions de mesures de traitement faites par Stooss, le Code pénal suisse unifié adopté en décembre 1937 a encore ajouté le placement des délinquants toxicomanes en établissement de soin approprié. En 1971, ces mesures de placement en institutions spécialisées ont été complétées par la possibilité donnée au juge pénal de prononcer un traitement ambulatoire des délinquants « anormaux », alcooliques ou toxicomanes, à condition qu'ils ne soient pas dangereux pour autrui. La révision totale de la partie générale du Code pénal suisse, entrée en vigueur en 2007, a consolidé ce système des mesures, en généralisant l'option dualiste, à savoir qu'une mesure thérapeutique doit être ordonnée chaque fois qu'une peine seule « ne suffit pas à écarter les risques de récidive » de la personne condamnée².

La place des mesures dans le système suisse des sanctions pénales

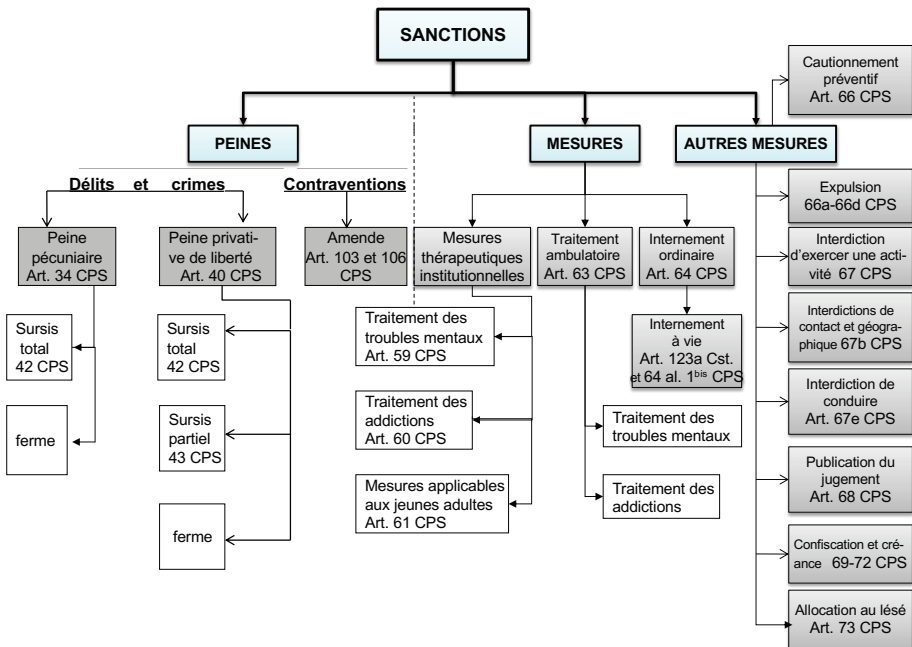
Le terme de « sanctions pénales » recoupe à la fois les « peines », les « mesures » et les « autres mesures ». Le tableau 1 ci-après présente l'ensemble des sanctions pénales actuellement établi par le Code pénal suisse³ et le tableau 2 permet de constater que sur 100 personnes condamnées pénalement en Suisse, plus de 99 % se voient infliger une peine et moins de 1 % est sanctionné par une mesure.

2. Sauf dans le cas d'une personne déclarée pénalement irresponsable suite à une expertise psychiatrique : en l'occurrence, seule une mesure de traitement peut être prononcée par la justice pénale.

3. Code pénal suisse ou CPS, dont les dispositions peuvent être consultées sous : http://www.admin.ch/ch/f/rs/c311_0.html.

TABEAU 1

Les sanctions pénales du droit suisse



Parmi les « mesures pénales », il faut distinguer :

- les mesures « thérapeutiques », qui devraient viser principalement le soin ou le traitement de la personne condamnée, mais dont nous verrons ci-dessous qu'elles sont de plus en plus motivées par l'objectif sécuritaire de gestion des risques de récidive;
- et les mesures « sécuritaires », d'internement de la personne condamnée, pour protéger prioritairement la sécurité publique.

Les mesures thérapeutiques comprennent les types de traitement suivants, qui sont soit institutionnels ou stationnaires (placements en établissement spécialisé), soit ambulatoires et se déroulent en milieu ouvert (ou parallèlement à l'exécution d'une peine privative de liberté) :

- Art. 59 CPS: traitement institutionnel des troubles mentaux;
- Art. 60 CPS: traitement institutionnel des addictions;
- Art. 61 CPS: placement des jeunes adultes, âgés de 18 à moins de 25 ans, souffrant de « graves troubles du développement de la personnalité »;
- Art. 63 CPS: traitement ambulatoire des troubles mentaux ou d'une addiction.

Les mesures sécuritaires sont les suivantes :

- Art. 64 CPS : internement ordinaire, qui peut être ordonné en cas de crime grave contre l'intégrité physique, psychique ou sexuelle d'autrui et lorsqu'il « est sérieusement à craindre » que l'auteur commette « d'autres infractions du même genre » ;
- Art. 123a Constitution fédérale⁴ et 64 al. 1^{bis} CPS : internement à vie, qui a été adopté à la suite de l'acceptation d'une initiative populaire fédérale⁵ et qui peut être infligé à une personne qui a commis un crime grave avec l'intention de « porter une atteinte particulièrement grave à l'intégrité physique, psychique ou sexuelle d'autrui », qui présente un risque de récidive « hautement probable » et qui, suite à l'expertise de deux experts psychiatres indépendants l'un de l'autre, a été qualifiée de « durablement non amendable » dans la mesure où une « thérapie semble, à longue échéance, vouée à l'échec »⁶.

Conditions du prononcé des mesures pénales et principes d'exécution

Conditions

Pour qu'un juge ou tribunal puisse prononcer une mesure pénale, les conditions cumulatives suivantes doivent être réunies (art. 56 CPS) :

- une peine seule ne suffit pas à écarter les risques de récidive ;
- l'auteur a besoin d'un traitement (mesure thérapeutique) ou la sécurité publique exige son internement ;
- les conditions légales spécifiques (des art. 59-61 ou 63-64 CPS) sont remplies ;
- le principe de la proportionnalité doit être respecté, à savoir que la justice doit veiller à prononcer la mesure qui porte l'atteinte la moins grave aux droits de la personnalité du condamné et seulement si cette mesure est nécessaire pour prévenir la récidive ;

4. Le texte de cette disposition constitutionnelle est disponible sous : <http://www.admin.ch/ch/f/rs/101/a123a.html>.

5. Initiative sur « l'internement à vie des délinquants sexuels ou violents jugés très dangereux et non amendables », acceptée en votation populaire le 8 février 2004.

6. En 2013, le Tribunal fédéral (qui a son siège à Lausanne et qui est la plus haute cour pénale, dernière instance de recours en Suisse) a précisé que ce terme de « longue échéance » de la non-amendabilité de l'auteur signifiait « sa vie durant » : ATF 140 IV 1 (du 22 novembre 2013), qui peut être consulté sous : https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/fr/php/clir/http/index_atf.php?lang=fr.

- le prononcé judiciaire de la mesure pénale doit être fondé sur une expertise psychiatrique au moins;
- enfin, dans le cas des placements thérapeutiques institutionnels, un établissement approprié doit être disponible.

Durée

Une caractéristique majeure des mesures pénales est qu'elles sont ordonnées pour une durée indéterminée, contrairement aux peines dont la quotité doit être clairement précisée. La justification en est la suivante: les mesures ayant pour but le soin et/ou la sécurité, il n'est pas possible, au moment du jugement, de prévoir quand elles développeront leurs effets thérapeutiques et/ou de réduction des risques de récidive. Une fois la mesure prononcée, l'évaluation de son impact sur la personne condamnée doit avoir lieu au moins une fois par an. Les mesures de traitement des troubles mentaux ne devraient pas excéder 5 ans, mais, à l'expiration de ce délai, s'il est à « prévoir que le maintien de la mesure détournera l'auteur de nouveaux crimes ou... délits en relation avec son trouble mental », le juge qui a prononcé le jugement de condamnation pourra ordonner la prolongation de la mesure de 1 à 5 ans « à chaque fois »⁷, ce qui signifie que le Code pénal ne fixe pas de limite temporelle au maintien d'une mesure thérapeutique des troubles mentaux⁸.

Exécution

Pour l'exécution des mesures privatives de liberté (placements thérapeutiques institutionnels et internements), la Constitution fédérale et le Code pénal exigent que soient respectés les principes fondamentaux de la dignité humaine et de la proportionnalité de toute restriction complémentaire aux droits des personnes détenues.

La séparation des lieux d'exécution des peines et des mesures privatives de liberté est exigée (art. 58 CPS). Toutefois, ce principe de séparation n'est pas (ou peu) réalisé en pratique, faute d'établissements de traitement adéquats et parce que l'art. 59 al. 3 CPS permet que le traitement institutionnel des troubles mentaux puisse avoir lieu dans

7. Art. 59 al. 4 et 63 al. 4 CPS, la prolongation de la mesure constituant une « décision judiciaire ultérieure indépendante » (au sens de l'art. 363 al. 1 du code de procédure pénale suisse).

8. Ce qui est compatible avec la Constitution fédérale et avec la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) tant que l'évaluation du maintien et du bien-fondé de la mesure est faite régulièrement.

un établissement pénitentiaire ordinaire, ce qui est préjudiciable à tout le système d'exécution des sanctions pénales⁹.

Pour des raisons de primauté des soins, l'exécution des mesures thérapeutiques institutionnelles (art. 59 à 61 CPS) précède celle de la peine privative de liberté prononcée conjointement (art. 57 al. 2 CPS). Un plan d'exécution de la mesure et du traitement doit être établi dès le début du placement (art. 90 CPS). S'il s'avère que la mesure thérapeutique institutionnelle a été couronnée de succès, la peine privative de liberté suspendue ne doit alors plus être exécutée.

En principe, l'exécution d'un traitement ambulatoire a lieu simultanément à celle d'une peine privative de liberté prononcée conjointement, sauf si cette dernière n'est pas compatible avec le traitement : dans ce cas, le juge peut suspendre l'exécution de la peine privative de liberté au profit du traitement ambulatoire (art. 63 al. 2 CPS)¹⁰.

Relevons que la notion de « traitement » est entendue de façon très large. Pour le Tribunal fédéral, même « la simple prise en charge de l'auteur dans un milieu structuré et surveillé accompagnée d'un suivi psychothérapeutique relativement lointain constitue un traitement, si elle a pour effet prévisible d'améliorer l'état de l'intéressé de manière à permettre, à terme, sa réinsertion dans la société »¹¹.

En revanche, pour des raisons sécuritaires, l'exécution de la peine privative de liberté prime celle des 2 types d'internement (« ordinaire » et « à vie »), qui n'ont aucune visée thérapeutique. Cette procédure d'exécution, introduite en 2007 (révision totale de la partie générale du Code pénal suisse) et qui poursuit un but de pure neutralisation d'un « délinquant dangereux » a entraîné une rupture avec le concept de capacité pénale hérité de Carl Stooss et qui marquait une continuité du régime des sanctions dans le Code pénal suisse (Meylan, 2019, 378). En effet, avant 2007, une peine ne pouvait être imposée qu'à un condamné « capable à la peine », c'est-à-dire apte à en comprendre le sens et, si possible, à en tirer parti par son amendement. Désormais, en offrant aux juges la possibilité de prononcer une peine privative

9. Comme le montrent le tableau 3 (statistiques de l'évolution des populations privées de liberté en Suisse) et la Discussion ci-dessous avec les diverses critiques relatives à l'art. 59 CPS.

10. La pratique récente montre que cette suspension d'une peine privative de liberté au profit du traitement ambulatoire devient toujours plus rare.

11. La source de la citation est l'arrêt ATF 137 IV 201 (du 5 mai 2011), considérant 1.3, qui peut être consulté sous : https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/fr/php/clir/http/index_atf.php?lang=fr

de liberté, dont l'exécution va primer, ce qui laisse supposer que la personne condamnée est « apte » à la peine, conjointement avec une mesure sécuritaire d'internement (dont l'exécution suivra) – ce qui signifie que cette même personne est à haut risque de récidive et par conséquent « incapable » de s'amender – le Code pénal a cassé la logique de la capacité pénale.

Évolution des mesures pénales : décroissance statistique contre accroissement symbolique

Comme le montre le tableau 2, il y a eu en Suisse, au cours des 20 années 1995 à 2015, une nette diminution des mesures pénales ordonnées par les tribunaux. En chiffres absolus, on constate une baisse de plus de la moitié du total des mesures prononcées (- 53 % entre 1995 et 2015). Compte tenu de la forte augmentation du nombre total d'adultes condamnés (+ 74 % au cours de cette période de 20 ans), la part des mesures pénales ordonnées s'est réduite en proportion inverse (-73 % en passant de 2,13 % d'adultes condamnés à une mesure en 1995 à seulement 0,57 % en 2015).

En revanche, il y a eu une forte augmentation du prononcé des mesures thérapeutiques institutionnelles à l'égard des délinquants considérés comme souffrant d'un « grave trouble mental » (art. 59 CPS) : ce type de mesure a plus que triplé en 20 ans (+ 244 % d'augmentation) et son importance, aussi bien factuelle que symbolique a beaucoup augmenté. Toutes les autres mesures, qu'elles soient de traitement ou d'internement, ont nettement diminué. La mesure de traitement ambulatoire, d'un trouble mental ou d'une addiction, restait toutefois la mesure pénale la plus souvent prononcée en 2015 comme ce fut constamment le cas depuis 1995. Cette mesure thérapeutique ambulatoire est beaucoup moins incisive sur la liberté de la personne condamnée, ainsi qu'économiquement bien moins coûteuse. Les mesures institutionnelles, privatives de liberté (des art. 59, 60, 61 et 64 CPS, qui ont tout de même concerné 48,7 % des adultes condamnés à une mesure en 2015) impliquent de longs séjours en milieu pénitentiaire.

TABLEAU 2

**Statistiques de condamnations à une mesure pénale en Suisse.
Évolution quinquennale¹²**

Condamnations	1995	2000	2005	2010	2015
a) Nombre total d'adultes condamnés pour crimes et délits	58 872	68 157	79 401	93 512	102 409
b) Nombre d'adultes condamnés à des mesures en % par rapport au nombre total d'adultes condamnés	1 254 2,13 %	1 035 1,52 %	776 0,98 %	713 0,76 %	585¹³ 0,57 %
Traitement thérapeutique institutionnel des troubles mentaux : art. 59 CPS¹⁴	41	31	94	149	141 24,1 % de b)
Traitement institutionnel des addictions : art. 60 CPS	339	321	167	160	102 17,4 % de b)
Placement dans un établissement pour jeunes adultes : art. 61 CPS	72	41	54	40	35 6,0 % de b)
Traitement ambulatoire de troubles mentaux ou d'addiction : art. 63 CPS	784	623	479	379	317 54,2 % de b)
Internement ordinaire de sécurité ¹⁵ : art. 64 CPS	19	21	20	7	7 1,2 % de b)

Source : Office fédéral de la statistique, Neuchâtel (état au 07.04.2021).

Bien qu'elle concerne, en chiffres absolus, toujours moins de personnes (en moyenne : 1 070 mesures prononcées par an en Suisse de 1995 à 2000, mais 552 par an de 2010 à 2015 alors que le nombre total d'adultes condamnés a nettement augmenté), la question des mesures pénales revêt une grande importance en raison de ses diverses facettes complexes – juridiques, médicales, sociales – tout particulièrement dans un environnement de politique pénale sécuritaire et de gestion des risques face aux délinquants étiquetés comme « anormaux » et/ou comme « dangereux ». Dans un tel cadre de représentations, la

12. Les chiffres quinquennaux de 1995 à 2015 sont stables et fiables. Les données de l'année 2020 n'étaient pas encore définitives lors de la rédaction de cet article.

13. En 2015, 585 adultes ont été condamnés à une mesure pénale ; mais ce sont en tout 602 mesures pénales qui ont été infligées en 2015 (addition des chiffres relatifs à chaque mesure), car le Code pénal n'exclut pas le « prononcé cumulatif » de 2 mesures (comme p. ex. le placement d'un jeune adulte en établissement éducatif et une mesure de traitement médical ambulatoire).

14. Avant 2007, la mesure de l'art. 59 CPS avait un équivalent, à l'ancien art. 43 CPS, qui permettait le placement institutionnel des « délinquants anormaux ».

15. La mesure d'internement à vie n'a été infligée qu'une seule fois, par un jugement de 2011 entré en force.

problématique des mesures pénales, quantitativement décroissante, mais qualitativement ou symboliquement toujours plus prégnante, marque fortement les relations de la justice pénale avec les experts psychiatres¹⁶, psychologues, criminologues, puis avec les médecins, le personnel soignant et les agent-e-s de surveillance et d'accompagnement des personnes condamnées¹⁷.

Cette charge que constituent les procédures pénales par lesquelles des mesures sont ordonnées peut être complémentaiement illustrée par les éléments qui suivent.

Aspects quantitatifs

D'un point de vue quantitatif, en 2015, la justice pénale suisse a prononcé 112 466 jugements de condamnation (qui ont concerné 102 392 adultes). Sur ce nombre total de jugements, 90 % ont été rendus par des procureurs, qui ont non seulement la maîtrise de toute la phase d'instruction du procès pénal, mais qui disposent en sus de la compétence – critiquable – d'infliger des peines (au maximum, une peine privative de liberté de 6 mois au plus)¹⁸. Les procureurs n'ont cependant pas la compétence d'ordonner une mesure pénale. En 2015, ce sont donc 10 % seulement des condamnations d'adultes qui ont été prononcées par des tribunaux. Et dans les 11 247 jugements rendus par les tribunaux, 603 mesures pénales ont été prononcées, soit dans 5,4 % de ces jugements. Ces 2 voies de jugement et ces chiffres permettent de constater que ce sont surtout les infractions de gravité moyenne à élevée qui sont jugées par des tribunaux (qui ont seuls la compétence d'infliger des mesures pénales) et que la proportion de jugements qu'ils rendent avec le prononcé d'une mesure (5,4 % soit un pourcentage près de 10 fois supérieur à celui qui ressort du tableau 2¹⁹) correspond à une image plus réaliste à la fois des degrés de gravité des infractions jugées et de l'importance effective des mesures pénales ordonnées en Suisse.

16. Sur la question des tensions entre juges et psychiatres en Suisse, cf. notamment: Fonjallaz/Gasser, 2017; Loup, 2018; Vuille/Parein/Jendly, 2019.

17. Sur la question de la (difficile) collaboration dans l'exécution des sanctions pénales en Suisse, cf. notamment: Heer et al., 2018; Queloz et al., 2018.

18. Il s'agit de la «procédure de l'ordonnance pénale», art. 352-356 du code de procédure pénale suisse (disponible sous: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20052319/index.html>), contre laquelle le justiciable visé peut faire opposition (ce qui peut entraîner la saisine d'un tribunal). Mais moins de 10 % des ordonnances pénales font l'objet d'une opposition.

19. Dans le tableau 2, pour l'année 2015, le nombre d'adultes condamnés à des mesures pénales a été de 585, soit 0,57 % des 102 392 adultes condamnés.

Aspects qualitatifs

Sur le plan qualitatif maintenant, les procès pénaux dans lesquels des mesures (thérapeutiques ou sécuritaires) sont prononcées sont beaucoup plus chronophages et coûteux. Chaque phase du procès est plus longue et requiert plus de démarches diverses : en phase d'instruction, les magistrats doivent mandater des expertises (forensiques, psychiatriques, criminologiques), qui doivent être communiquées aux parties, qui peuvent exiger des compléments et qui peuvent les contester et en requérir de nouvelles. La phase de jugement donnera souvent lieu à des échanges nourris entre la défense et l'accusation, en particulier quant aux explications et aux propositions faites par les experts ; la rédaction du dispositif et des motivations du jugement sera un exercice plus complexe, qui aboutira quasi systématiquement à des recours. Enfin, pendant la longue période d'exécution de la sanction (où il y a généralement cumul de peine et de mesure), de nombreuses décisions devront être prises, en particulier concernant la libération conditionnelle, la prolongation ou le changement de la mesure. Ces décisions aussi font souvent l'objet de recours, surtout sur des questions d'appréciation des risques de récidive, du degré de dangerosité de la personne détenue ou de l'évaluation du succès ou de l'échec de la mesure prise. À ces diverses étapes, des recours sont souvent déposés jusqu'au Tribunal fédéral (Cour suprême de cassation)²⁰.

Du point de vue de la gravité des infractions commises par les personnes condamnées à des mesures pénales, nous relèverons :

- que les dispositions du Code pénal suisse relatives aux mesures « thérapeutiques » (stationnaires et ambulatoires) ne requièrent pas un degré particulier de gravité, mais parlent d'actes commis en relation avec un grave trouble mental (art. 59 CPS), une addiction (art. 60 CPS) ou un grave trouble de développement de la personnalité (art. 61 CPS) ; en revanche, les 2 normes relatives aux mesures d'« internement » (ordinaire et à vie) énumèrent chacune une liste de crimes liés à des atteintes graves à l'intégrité physique, psychique ou sexuelle d'autrui ;

20. En 2015, sur un total de 727 arrêts rendus en matière pénale par le Tribunal fédéral, 42 (soit 5,8 %) ont concerné des mesures pénales. Ce pourcentage est plus élevé que celui que nous avons relevé au sujet de la proportion de mesures pénales (5,3 %) dans l'ensemble des jugements de condamnation prononcés par les tribunaux en Suisse. C'est un signe que la question des mesures pénales occupe toute la chaîne et la hiérarchie judiciaire.

- en ce qui concerne les dossiers pénaux dans lesquels le Tribunal fédéral a confirmé une condamnation à la mesure thérapeutique institutionnelle de l'art. 59 CPS, nous avons relevé dans un échantillon d'affaires traitées entre 2008 et 2019 : qu'un dossier sur 10 ne concernait qu'une seule infraction (le meurtre de son mari par la condamnée), alors que dans 90 % des cas, les auteur-e-s (dont un tiers de femmes) avaient commis une série de diverses infractions ; que dans 40 % des cas, apparaissaient des atteintes à l'intégrité sexuelle (actes d'ordre sexuel avec des enfants, contrainte sexuelle, viol) ; dans 30 % des cas, des atteintes à la vie (meurtre, assassinat), des atteintes à l'intégrité physique (lésions corporelles), des incendies intentionnels et des infractions contre le patrimoine (vols et dommages à la propriété).

Les arrêts du Tribunal fédéral analysés contiennent peu d'informations liées aux troubles mentaux retenus (associés aux types d'infractions commises, cf. Pondé et coll., 2014) ou aux antécédents judiciaires des personnes condamnées à la mesure de l'art. 59 CPS, ces deux questions ne faisant généralement pas l'objet du recours auprès de la Haute cour²¹. En ce qui concerne les troubles mentaux, sur 10 dossiers traités par le Tribunal fédéral, leur spécificité n'était mentionnée que dans 4 cas : 2 fois pour le diagnostic de schizophrénie (dans un dossier d'atteintes répétées à l'intégrité sexuelle ; et de schizophrénie paranoïde associée à une dépendance à des substances psychoactives multiples dans un cas d'agressions, de lésions corporelles et d'incendies intentionnels), 1 fois celui de sadisme sexuel et de trouble de la personnalité antisociale (dans un dossier de contraintes sexuelles et de viols suivis d'un assassinat) et 1 fois celui de trouble de la personnalité antisociale (chez un jeune homme de 18 ans condamné pour de nombreuses atteintes à l'intégrité sexuelle). Quant aux antécédents judiciaires, ils n'étaient relevés que dans 3 dossiers sur 10 traités par la Haute cour.

Discussion : le traitement institutionnel des troubles mentaux et les critiques qu'il suscite

La Suisse pratique depuis une vingtaine d'années une politique pénale sécuritaire toujours plus marquée par la « gestion des risques », qui

21. Des données plus complètes figurent dans les décisions cantonales antérieures, mais faute de temps, il ne nous a pas été possible de les rechercher et de les analyser. Quant au site de l'Office fédéral de la statistique, il ne contient pas de données plus détaillées relatives aux personnes condamnées à la mesure de l'art. 59 CPS.

s'illustre par un fort accroissement de la punitivité. Ce basculement vers une politique pénale sécuritaire a été soutenu et même renforcé en Suisse par diverses initiatives populaires au niveau fédéral²². Dans un tel cadre de représentations politiques et sociales, le rôle des mesures pénales, aussi bien thérapeutiques que sécuritaires, a pris un poids plus important, la demande pressante des milieux conservateurs étant que les peines seules ne suffisent pas à réduire les risques de récidive et que, en présence de délinquants «sexuels ou violents», «dangereux», voire «étrangers», il faut cumuler les peines avec des mesures de surveillance stricte de durée indéterminée.

Impact des mesures institutionnelles

Le tableau 3 montre que malgré la diminution du nombre total d'entrées en prison en Suisse sur une période de 30 ans (de 1985 à 2014 : - 11 %), l'effectif moyen (ou le «stock») de la population carcérale a été, pendant cette même période, multiplié par 1,5 et que l'impact des mesures pénales privatives de liberté²³ a pesé considérablement dans cette évolution, générant en cascade un fort vieillissement de la population carcérale (Bérard et Queloz, 2015), l'effectif moyen des personnes âgées de plus de 50 ans et exécutant une mesure institutionnelle ayant été multiplié par 6,5. Rappelons qu'entre 1995 et 2015, le prononcé de la mesure de traitement institutionnel des troubles mentaux (art. 59 CPS) a plus que triplé (cf. tableau 2).

22. Février 2004: acceptation de l'initiative populaire sur «l'internement à vie des délinquants sexuels ou violents jugés très dangereux et non amendables»; novembre 2008: acceptation de l'initiative populaire pour «l'imprescriptibilité de l'action pénale et de la peine pour les auteurs d'actes d'ordre sexuel ou pornographique sur des enfants impubères»; novembre 2010: acceptation de l'initiative populaire «Pour le renvoi des étrangers criminels»; mai 2014: acceptation de l'initiative populaire «Pour que les pédophiles ne travaillent plus avec des enfants». L'acceptation de ces divers textes constitutionnels s'est ensuite traduite par des durcissements punitifs successifs du Code pénal suisse.

23. Il s'agit surtout de la mesure institutionnelle de traitement des troubles mentaux (art. 59 CPS) et de traitement des addictions (art. 60 CPS) et, dans une moindre mesure, de l'internement ordinaire (art. 64 CPS).

TABLEAU 3

Évolution des populations privées de liberté en Suisse de 1985 à 2014

	Evolution 1985-2014 (30 ans)
1) Nombre total d'incarcérations (ou flux annuel d'entrées en prison)	- 11 %
→ Nombre d'incarcérations de personnes âgées de 50 ans et plus	+ 18 %
2) Effectif moyen des personnes détenues (ou « stock » annuel de détenus)	+ 47 % (x 1,5)
→ Effectif moyen de personnes en exécution de peine privative de liberté	+ 37 % (x 1,4)
→ Effectif moyen de personnes en exécution de mesures pénales institutionnelles , de durée indéterminée	+ 124 % (x 2,2)
→ Effectif moyen des personnes détenues âgées de 50 ans et plus	+ 230 % (x 3,3)
→ Effectif moyen de personnes âgées de 50 ans et plus en exécution de mesures pénales institutionnelles , de durée indéterminée	+ 550 % (x 6,5)

Source : Office fédéral de la statistique, Neuchâtel (état au 9.11.2018).

De 1985 à 2014, la durée moyenne d'exécution de l'ensemble des mesures institutionnelles a passé de 21 à 51 mois, soit une augmentation de 143 %. En ce qui concerne spécifiquement la mesure de l'art. 59 CPS, une étude (Weber, 2018) s'est centrée sur la population de personnes qui exécutait cette mesure dans un établissement pénitentiaire ordinaire devant disposer de personnel qualifié²⁴ : en Suisse, en septembre 2014, 288 personnes étaient dans cette situation. L'analyse des dossiers pénitentiaires de 75 d'entre elles a montré qu'en moyenne, elles avaient déjà passé 15 mois en détention avant jugement, puis 5 ans et 7 mois en prison pour l'exécution de la mesure thérapeutique, ce qui fait un séjour moyen total de près de 7 ans en détention (6 ans et 10 mois). Les conditions de leur détention ont été très strictes, avec très peu de sorties accompagnées et pour un certain nombre de ces personnes, la mesure subie a bien plus ressemblé à un internement de sécurité qu'à une mesure de traitement stationnaire. Une autre étude (Freytag et Zermatten, 2019) a permis de constater qu'entre 2008 et 2017, le taux moyen d'octroi de la libération conditionnelle de la

24. Ce que permet le Code pénal à l'art. 59 al. 3 CPS : cf. les critiques ci-dessous.

mesure thérapeutique institutionnelle de l'art. 59 CPS²⁵ a été de 8,9 % seulement dans 14 cantons représentatifs des 3 régions linguistiques de la Suisse.

Ces diverses données convergent vers un constat flagrant : la politique pénale est imprégnée en Suisse par l'obsession de ne pas perdre le contrôle des « délinquants à risque ». Cette hypothétique perte de contrôle ou cette crainte, selon l'expression consacrée, qu'un délinquant à risque puisse « sortir des radars », est devenue la hantise des autorités d'exécution des sanctions pénales, sous la pression de groupes politiques et médiatiques conservateurs et populistes.

Critiques juridiques

L'affaire Kadusic est une illustration emblématique de l'utilisation de l'art. 59 CPS comme obsession de ne pas perdre le contrôle d'un « délinquant à risque », puisque cette mesure de prolongation de l'enfermement de M. Kadusic avait été décidée peu de temps avant la fin de l'exécution de la peine privative de liberté de 8 ans à laquelle il avait été condamné²⁶. Or, les modalités de cette mesure « thérapeutique » n'ont jamais été mises en œuvre, M. Kadusic étant resté enfermé dans le même établissement de détention. Les autorités cantonales, puis le Tribunal fédéral ont toutefois rejeté les recours de M. Kadusic, qui se plaignait notamment du caractère illégal de son maintien en détention. En janvier 2018, la Cour européenne des droits de l'homme, considérant qu'il y avait eu violation de l'art. 5 § 1 lit. c CEDH (détention arbitraire), a condamné la Suisse pour les motifs suivants²⁷ :

- le maintien de la privation de liberté de M. Kadusic ne pouvait plus être couvert par le jugement initial, car il n'y avait plus de lien de causalité suffisant entre la peine infligée en mai 2005 et la mesure thérapeutique institutionnelle prononcée en août 2012 ;

25. La libération conditionnelle de la mesure de l'art. 59 CPS est possible, mais à des conditions strictes. L'une de ces conditions est la présence effective d'un pronostic d'avenir favorable quant à la récidive (art. 62 al. 1 CPS).

26. En principe, une mesure doit être prononcée conjointement à une peine dans le jugement de condamnation. Mais depuis 2007, l'art. 65 CPS permet le « prononcé ultérieur d'une mesure thérapeutique » tant que la personne condamnée est encore en phase d'exécution de la peine privative de liberté (ordonnée seule lors du jugement).

27. Arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme *Kadusic contre Suisse* du 9 janvier 2018, Requête n° 43977/13.

- l’expertise psychiatrique (de septembre 2008) et le rapport psychiatrique complémentaire (de juin 2010) étaient trop éloignés de la décision d’août 2012 pour légitimer le prononcé de la mesure thérapeutique stationnaire de « troubles mentaux » ;
- enfin, M. Kadusic avait été maintenu dans le même établissement de détention et n’avait pas été « soigné dans un milieu adéquat compte tenu de son trouble mental ».

Cette affaire démontre que, contrairement à son intitulé de « traitement des troubles mentaux », le but prioritaire de la mesure de l’art. 59 CPS est de prévenir la récidive du condamné (ce que précise d’ailleurs la norme pénale) afin de protéger la sécurité publique, comme préoccupation devenue omniprésente.

Preuve en est que le Parlement fédéral, contrairement au principe selon lequel la mesure de traitement des troubles mentaux doit être exécutée « dans un établissement psychiatrique approprié » (alinéa 2 de l’art. 59 CPS), a néanmoins admis la possibilité de faire exécuter cette mesure dans un « établissement pénitentiaire ordinaire fermé » (alinéa 3 de l’art. 59 CPS). Cette option légale motivée surtout par des raisons économiques et qui aurait dû rester une exception, est toutefois devenue la règle dans la pratique de l’exécution des sanctions pénales, où elle pose d’innombrables problèmes concrets.

Enfin, une critique constante de la doctrine pénale (Heer et coll., 2018) concerne le fait que la prolongation de la mesure institutionnelle de traitement des troubles mentaux est beaucoup trop fréquente et confine à sa perpétuation, au point que cette mesure est souvent qualifiée de « petit internement ». Comme nous l’avions déjà précisé plus haut, le Code pénal ne fixe pas de limite maximale à la durée de la mesure puisque, au bout de 5 ans, l’art. 59 al. 4 CPS permet de la prolonger de 5 ans en 5 ans tant que cela apparaît nécessaire, adéquat et proportionné. Sur ce point, le Tribunal fédéral se montre trop laxiste et n’exerce pas suffisamment son rôle de surveillance puisqu’il se limite à rappeler de manière très large qu’un « traitement institutionnel dure en principe jusqu’à ce que son but soit atteint, si sa poursuite ne paraît pas vouée à l’échec... »²⁸. Une autre pratique de la Suisse a d’ailleurs été condamnée par la Cour européenne des droits de l’homme, consistant à prononcer la « mise en détention pour des motifs de sûreté » d’une personne dont la mesure institutionnelle arrivait à son terme

28. ATF 137 IV 201 (du 5 mai 2011), considérant 3.2.

sans que l'autorité compétente ait déjà pu statuer sur la demande de prolongation de cette mesure. La Cour a considéré que cette décision transitoire constituait une mise en détention illégale, en violation de l'art. 5 § 1 CEDH²⁹.

Critiques psychiatriques

Dans cet esprit sécuritaire et de gestion à tout prix des risques de récidive, la justice pénale doit fonder ses décisions de prononcé d'une mesure pénale sur une expertise psychiatrique. Nous avons rappelé ci-dessus que c'est le Code pénal suisse qui exige que le juge ou le tribunal ordonne une mesure pénale (qu'elle soit stationnaire ou ambulatoire) sur la base d'une « expertise » (art. 56 al. 3 CPS) et le Tribunal fédéral a précisé que cette expertise doit avoir été établie par un « médecin spécialisé en psychiatrie forensique »³⁰. L'interaction entre le judiciaire et le psychiatrique est donc incontournable, l'esprit de la loi étant que le second doit permettre de garantir la qualité médico-légale de la décision de justice : s'il est clair que le prononcé d'une mesure relève de la seule compétence du juge ou tribunal, diverses voies critiques parlent, pour le moins, du « poids des injonctions judiciaires sur les experts psychiatres » (Gravier et Eytan, 2011 ; Queloz et Delacrausaz, 2017), voire d'une instrumentalisation de ces experts par les professionnels du droit pénal (procureurs, juges, avocats) (Vuille, Parein et Jendly, 2019).

Cette expertise est généralement réalisée pendant la phase d'instruction pénale et ordonnée par le ministère public. Les difficultés qui se posent alors sont notamment les suivantes :

- le « grave trouble mental », qui est une condition du prononcé d'une mesure thérapeutique (institutionnelle de l'art. 59 CPS ou ambulatoire de l'art. 63 CPS), est une notion juridique indéterminée, par laquelle les juristes renvoient la balle aux psychiatres dont le diagnostic est rendu plus difficile par le contexte pénal et le poids des actes transgressifs reprochés ;
- l'évaluation des risques de récidive pose non seulement des questions de méthode et de dominance des techniques actuarielles³¹, mais sur-

29. Arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme *Affaire I.L. contre Suisse* du 3 décembre 2019, Requête n° 72939/16.

30. ATF 140 IV 49 (du 13 février 2014).

31. « L'expert doit être conscient des enjeux de son évaluation, des limites du savoir sur cette question et des limites des outils actuels, malgré leur apparence de scientificité » (Moulin et Gasser, 2012).

- tout tend à occuper une place excessive, voire obsessionnelle dans les attentes de la justice pénale;
- en outre, l’expertise psychiatrique ayant habituellement lieu en cours d’instruction pénale, au cours de laquelle prévaut le principe essentiel de la présomption d’innocence, l’évaluation des risques de récidive implique plutôt, au contraire, une sorte de « présomption de culpabilité » quant aux faits reprochés à la personne prévenue;
 - une difficulté complémentaire consiste pour l’expert à évaluer ensuite dans quelle mesure un traitement – et quel type de traitement – est susceptible d’avoir un impact positif sur la probabilité d’apparition du risque ainsi évalué. « La nécessaire prudence que dicte ici la rigueur méthodologique se heurte en pratique toutefois aux injonctions judiciaires envers le spécialiste, qui est prié d’être ferme, voire certain dans ses réponses à ces questions » (Queloz et Delacrausaz, 2017). L’exercice atteint en outre ses limites quand le diagnostic psychiatrique est celui de « trouble de la personnalité antisociale », pour lequel il n’existe aucun traitement médical, bien qu’il soit recensé par les manuels diagnostiques des maladies mentales³² et concerne des auteurs à haut risque de récidive;
 - le fait que la majorité des mesures thérapeutiques stationnaires soit exécutée en milieu pénitentiaire ordinaire est aussi vivement critiqué par les psychiatres, qui regrettent cette pénalisation de la maladie (Gravier et Eytan, 2011). « La prison n’est pas un milieu adapté pour prendre en charge la maladie psychique (...) La prison est un lieu pathogène en soi qui peut aggraver des troubles existants » (Gravier, 2019);
 - enfin, une « mesure de traitement institutionnel est vécue par tout condamné comme plus pénible qu’une peine, en raison de son caractère reconductible (...) Dans ce type de situation, l’indétermination du cadre temporel de la mesure thérapeutique est à risque de représenter en soi un frein majeur à une évolution structurante et concourir ainsi au risque de son propre échec... » (Queloz et Delacrausaz, 2017).

Conclusion

La situation et les critiques présentées ci-dessus démontrent que le recours à la mesure thérapeutique institutionnelle de l’art. 59 CPS s’est fortement accru en Suisse, que son poids symbolique est devenu emblématique du tournant sécuritaire de la politique pénale, mais que son efficacité curative et réhabilitative est extrêmement faible.

32. Notamment CIM-10 F60.2, Personnalité dyssociale ou antisociale.

En réalité, le prononcé de cette mesure pénale mène à une impasse: elle est très rarement couronnée de succès; elle est régulièrement prolongée plusieurs fois; si son échec est constaté, elle peut éventuellement être commuée en mesure d'internement³³, sinon elle fera place à l'exécution de la peine privative de liberté prononcée conjointement et « la justice pénale risque ainsi de devenir une instance qui sanctionne l'échec de la thérapie... » (Ferreira et Mangué, 2017). Ceci ne va assurément pas améliorer la situation des personnes incarcérées (et toujours plus âgées) connaissant des problèmes de santé mentale. Demeurent encore les cas où, après le constat d'échec de la mesure thérapeutique déjà prolongée, il ne reste plus de peine de privation de liberté à exécuter, car la durée pour laquelle cette dernière a été prononcée est largement dépassée par la longueur vécue de la mesure... C'est là que (re)surgit l'angoisse de perdre le contrôle de délinquants dangereux.

Comme les autres pays occidentaux, la Suisse a renforcé sa politique pénale dans un sens sécuritaire dès le début des années 2000. Si la justice pénale suisse, en moyenne annuelle, prononce assez peu de peines privatives de liberté (entre 12 et 14 % de toutes les peines par rapport à 86 % de peines pécuniaires), dont 55 % sans sursis et pour des durées peu élevées en comparaison internationale (puisque 6,5 % seulement des peines fermes de privation de liberté sont d'une durée supérieure à 3 ans), notre étude montre toutefois que c'est par un biais *a priori* inattendu, celui du prononcé de la mesure thérapeutique institutionnelle (art. 59 CPS) que s'inscrivent le plus fortement la pratique et l'obsession sécuritaires en Helvétie. Et cette mesure pénale d'enfermement de durée indéfinie implique malheureusement le système de santé mentale de façon complexe et pernicieuse³⁴.

RÉFÉRENCES

- Bérard, S. et Queloz, N. (2015). Fin de vie dans les prisons en Suisse: aspects légaux et de politique pénale. *Jusletter*, 2 novembre 2015. https://jusletter.weblaw.ch/fr/juslissues/2015/822/fin-de-vie-dans-les-_183957f7bb.html__ONCE
- Céré, J.P. et Stepniak, P. (sous la direction de) (2020). *Les criminels dangereux*. L'Harmattan.
- Delacrausaz, P. et Queloz, N. (2016). La notion de « grave trouble mental »: implications du point de vue psychiatrique et pénal. *Bulletin des Médecins Suisses*, 97(28-29), 1015-1017.

33. Ce que permet l'art. 62c al. 4 CPS.

34. Lehalle (2016) parle d'une « économie morale de l'enfermement », qu'elle a étudiée au Canada et qui s'est globalisée.

- Ferreira, C. et Maugué, L. (2017). Prévenir le risque de récidive par l'obligation de soins: les apories de l'article 59 du code pénal suisse. *Champ pénal* vol. XIV. <https://journals.openedition.org/champpenal/9473>
- Fonjallaz, J. et Gasser, J. (2017). *Le juge et le psychiatre. Une tension nécessaire*. Staempfli.
- Freytag, T. et Zermatten, A. (2019). Bedingte Entlassung aus dem Straf- versus Massnahmenvollzug. Dans D. Fink, A. Jörg., F. Genillod-Villard et N. Oberholzer (dir.), *Kriminalität, Strafrecht und Föderalismus – Criminalité, justice pénale et fédéralisme* (p. 219-239). Staempfli.
- Gravier, B. (2019). Frêle équilibre entre sécurité et soins. *Diagonales* no 132, 4-9.
- Gravier, B. et Eytan, A. (2011). Enjeux éthiques de la psychiatrie sous contrainte. *Revue Médicale Suisse*, 7, 1806-1811.
- Heer, M., Habermeyer, E. et Bernard, S. (dir.) (2018). *Wege und Irrwege stationärer Massnahmen nach Rechtskraft des Strafurteils*. Staempfli.
- Lancelevée, C., Protais, C., Renard, T. et Saetta, S. (sous la direction de) (2019). Justice et santé mentale: impossibles frontières. *Champ pénal*, 18(thématique).
- Lehalle, S., (2016). L'économie morale de l'enfermement au Canada. *Déviance et société*, 40(4), 477-495.
- Loup, S. (2018). *L'expertise psychiatrique: LA carte à jouer dans la décision judiciaire pénale?* [thèse de doctorat inédite]. Université de Lausanne.
- Meylan, P. (2019). *La capacité pénale. Le concept de Carl Stooss (1893) et sa continuité dans le Code pénal suisse*. Helbing Lichtenhahn.
- Moulin, V. et Gasser, J. (2012). Intérêt et limites de l'évaluation du risque de récidive d'actes illégaux dans les expertises psychiatriques. *Revue Médicale Suisse*, 8, 1775-1780.
- Pondé, M. P., Caron, J., Mendonça, M. S., Freire, A. C. et Moreau, N. (2014). The relationship between mental disorders and types of crime in inmates in a Brazilian prison. *Journal of Forensic Sciences*, 59(5), 1307-1314.
- Queloz, N., Noll, T., von Mandach, L. et Delgrande, N. (dir.) (2018). *Surveiller et punir: nouvelles évolutions dans l'exécution des sanctions pénales*. Staempfli.
- Queloz, N. et Delacrausaz, P. (2017). Difficultés et limites de l'art. 59 CPS: traitement institutionnel des troubles mentaux. Points de vue juridique et de psychiatrie forensique. Dans D. Jositsch, C. Schwarzenegger et W. Wohlers (dir.), *Festschrift für Andreas Donatsch* (p. 191-201). Schulthess.
- Queloz, N., Luginbühl, U. et von Mandach, L. (dir.) (2013). *Tirer à la même corde: mise en réseau et collaboration interdisciplinaire dans l'exécution des sanctions pénales*. Staempfli.
- Stooss, C. (1893). *Avant-projet de Code pénal suisse, Partie générale et Exposé des motifs* (traduit par A. Gautier). Georg & Cie.
- Vuille, J., Parein, L. et Jendly, M. (2019). L'expertise sous feux croisés: synthèse des tables de concertation. *Revue Suisse de Criminologie*, n° 2, numéro spécial, L'expertise psychiatrique dans l'administration de la justice pénale, 53-60.
- Weber, J. (2018). Die Behandlung von psychisch gestörten Straftätern in geschlossenen Einrichtungen. Ergebnisse einer Studie zur Anordnung und zum Vollzug von Massnahmen gemäss Art. 59 Abs. 3 StGB. Dans M. Heer, E. Habermeyer et S. Bernard (dir.), *Wege und Irrwege stationärer Massnahmen nach Rechtskraft des Strafurteils* (137-157). Staempfli.

Le Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale : une revue intégrative

Marie-Hélène Goulet^a

Clara Lessard-Deschênes^b

RÉSUMÉ Contexte Les mesures de contrôle en santé mentale, telles que l'isolement et la contention, sont encore utilisées fréquemment malgré les effets néfastes qui leur sont associés et qui sont bien documentés. Dans ce contexte, la réduction du recours à ces mesures est un objectif partagé au niveau international, suscitant de nombreuses études à cet égard. Bien que plusieurs interventions préventives se montrent efficaces, il semble que la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle dépende d'un ensemble de facteurs. Certains modèles conceptuels ont été développés en lien avec les mesures de contrôle, mais aucun n'a porté précisément sur leur prévention.

Objectif Le but de cet article est de proposer le *Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale* à partir d'une revue intégrative sur le sujet.

Méthode Une revue intégrative a été réalisée à partir de l'approche de Whittemore et Knafl (2005). La recherche documentaire a été réalisée sur Pubmed, PsycINFO, EMBASE, CINAHL à partir des termes *seclusion, restraint, psychiatr*, mental health reduction and mental health prevent** en incluant les articles entre 2010 et 2020, en français ou en anglais. De cette recherche, 138 articles ont été inclus et ont fait l'examen d'une analyse thématique. Les

a. Inf., Ph. D. : Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal – Chercheure régulière, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

b. Inf., M. Sc. : Étudiante au doctorat, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal – Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

interventions identifiées ont été catégorisées selon le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979).

Résultats Le *Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale* est présenté. Chaque système ayant une influence sur l'utilisation des mesures de contrôle est discuté en regard des études incluses: la personne à risque, l'intervenant et le milieu de soins, la culture de soins, l'organisation, les politiques gouvernementales et l'évolution des discours. Ce modèle systémique permet de mieux comprendre la responsabilité partagée par tous les systèmes impliqués dans la prévention du recours aux mesures de contrôle en examinant les interventions propres à chaque système, mais aussi leurs interactions.

Conclusion Une approche écologique et systémique de la prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale invite les agents de changement potentiels de chaque système à mettre en œuvre les activités qui leur sont spécifiques.

MOTS CLÉS mesures de contrôle, santé mentale, psychiatrie, prévention, réduction, modèle conceptuel, modèle écologique, isolement, contention, coercition

The Model of Prevention of Seclusion and Restraint Use in Mental Health: An Integrative Review

ABSTRACT Background Seclusion and restraint are still being used frequently in psychiatric and mental health care despite their known harmful effects. Many countries have the goal of reducing their use, leading to a number of research on prevention interventions. While many of these interventions have been shown to be effective, reducing restrictive practices depends on several factors. Conceptual models have been developed in relation to seclusion and restraint, but none have addressed their prevention specifically.

Aim This article aims to propose *The Model of prevention of seclusion and restraint use in mental health* by carrying an integrative review on the subject.

Methods An integrative review was conducted using Whittemore et Knafl's (2005) approach. Four databases (Pubmed, PsycINFO, EMBASE, CINAHL) were searched for publications between 2010 and 2020, in French or English. Search terms included *seclusion, restraint, psychiatr*, mental health reduction and mental health prevent**. The search resulted in the inclusion of 138 articles. Data was analyzed using thematic analysis (Miles et coll., 2014) and categorized with Bronfenbrenner's (1979) ecological model.

Results The six categories represented in the ecological model are described in terms of systems mutually involved in the prevention of seclusion and restraint use: the person (individual), the professionals and the physical environment (microsystem), the ward culture (mesosystem), organizational initiatives (exo-system), national policies and international organizations (macrosystem) and

evolution of the discourse or resistance to change (chronosystem). Specific interventions are presented for each system, as well as their interactions.

Conclusion The prevention of seclusion and restraint use in mental health is a shared responsibility between the systems involved, who must act as leaders and agents of change by implementing their specific activities. Preventing restrictive practices in mental health will be achieved by developing a shared responsibility and a shift towards a culture of partnership.

KEYWORDS seclusion, restraint, psychiatry, mental health, prevention, reduction, conceptual model, ecological model, coercion, restrictive practices

1. Problématique

Mesures de contrôle : état de la situation

Il y a déjà plus de 20 ans qu'un consensus international existe sur la nécessité de réduire – voire d'éliminer – l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale. Elles constituent habituellement le choix de dernier recours lorsque la personne présente de la dangerosité pour elle-même ou pour autrui (Sailas et Fenton, 2006). Au Québec, l'isolement « consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement » (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015). Pour sa part, la contention (mécanique, physique ou chimique) vise « à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne ».

De nombreuses revues systématiques ont été consacrées aux conséquences délétères des mesures de contrôle en santé mentale. Chez les patients, il a été question de décès (Weiss et coll., 1998), mais aussi de sentiments de honte, d'injustice, de solitude et de peur (Chieze et coll., 2019; Guzman-Parra et coll., 2018). Pour les intervenants, leur utilisation représente une forme de coercition créant un dilemme éthique quotidien dans leur pratique (Hem et coll., 2014). De plus, le fardeau économique lié à cette problématique a été évalué à 43 000 \$ par unité d'hospitalisation en soins aigus (Serrano-Blanco et coll., 2017). Par ailleurs, une revue systématique Cochrane n'a pu identifier de retombées thérapeutiques liées à cette pratique (Sailas et Fenton, 2006). Il est dès lors surprenant de constater qu'au Québec, près d'une personne sur 4 hospitalisée en milieu psychiatrique soit soumise à ce type de coercition formelle (Dumais et coll., 2011).

Dans ce contexte, au tournant des années 2000, tant des organismes de défense des droits de la personne (p. ex. Association des groupes

d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec) que des instances gouvernementales ont diffusé des rapports et des politiques visant la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle. À travers la francophonie, citons l'exemple de la Belgique, de la France, du Maroc, du Québec et de la Suisse (Conseil Supérieur de la Santé, 2016; Haute Autorité de Santé, 2017; MSSS, 2002; Office fédéral de la santé publique, 2019). Ces politiques se sont toutefois traduites par des pratiques très variables. C'est aussi en ce sens que l'ONU (2013) s'est positionnée clairement contre l'utilisation des mesures de contrôle, en les référant même à une forme contemporaine de torture. Une réflexion menant à des actions concertées sur l'adéquation de leur utilisation par rapport à leur indication s'avère nécessaire.

Tension entre les discours liés aux droits de la personne et à la sécurité publique

Le dilemme éthique de l'intervenant dans la prise de décision de l'application d'une mesure de contrôle est nourri par les discours liés aux droits de la personne et à la sécurité publique. Il s'agit, d'une part, d'un discours de réduction de l'utilisation des mesures de contrôle s'inscrivant dans un contexte de primauté des droits de la personne. D'autre part, il est question de la gestion des risques de travailler dans un milieu où, selon l'Organisation mondiale de la santé (2017), de 8 à 38 % des travailleurs de la santé subiront de la violence physique à un moment de leur carrière. Ces pôles ont souvent été présentés comme relevant d'une dichotomie irréconciliable, pourtant les intervenants détenant la responsabilité décisionnelle des mesures de contrôle jonglent quotidiennement avec les principes éthiques découlant de ces différentes postures. Or, bien que chaque décision relève légalement de l'intervenant, la littérature scientifique est claire quant au fait que le processus décisionnel de mesures de contrôle est multifactoriel (Larue et coll., 2009). Il est dès lors du devoir de tous de partager cette responsabilité en mettant en place un climat de prévention de la violence et, ainsi, participer à la prévention du recours aux mesures de contrôle.

Prévention de l'utilisation des mesures de contrôle

De nombreux écrits se sont penchés sur les interventions de prévention du recours aux mesures de contrôle. Par le biais d'une revue systématique, nous avons pu identifier que la plupart des initiatives

combinant des interventions présentaient une diminution significative des mesures de contrôle sans augmentation des agressions (Goulet et coll., 2017). Plusieurs recensions des écrits ont d'ailleurs permis d'identifier les différents types d'interventions utilisées, allant de politiques gouvernementales aux pratiques cliniques (Bak et coll., 2012 ; Goulet et coll., 2017 ; Scanlan, 2010 ; Stewart et coll., 2010).

Quelques modèles conceptuels ont été développés en lien avec les mesures de contrôle en milieu psychiatrique hospitalier, portant soit sur le processus décisionnel (Moylan, 2012), soit sur les facteurs influençant la prise de décision (Larue et coll., 2013) ou encore sur la fréquence des conflits en milieu psychiatrique (Bowers, 2014), mais aucun modèle n'a spécifiquement porté sur leur prévention. Le but de l'article est donc de proposer le *Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale* à partir d'une revue intégrative sur le sujet.

2. Méthode

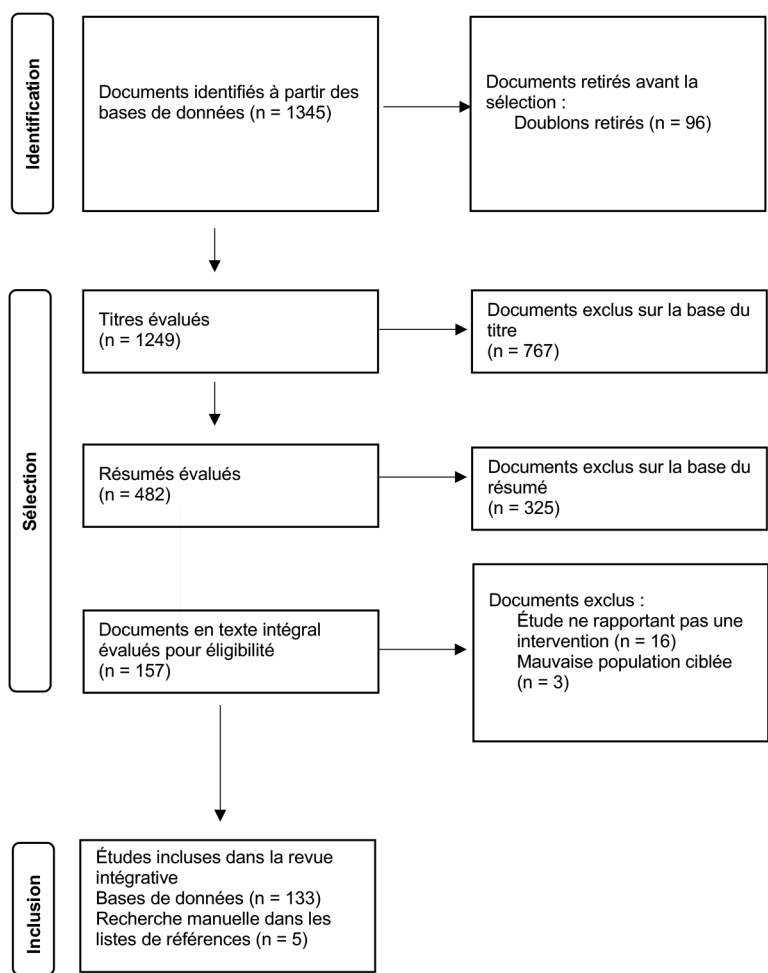
Une revue intégrative a été réalisée afin de proposer un modèle présentant un portrait global des résultats et des implications claires pour la pratique, les politiques et la recherche (Whittemore et Knafl, 2005). Cinq étapes sont nécessaires : l'identification du problème, la recherche documentaire, l'évaluation, l'analyse et la présentation des données.

La recherche documentaire a été conduite par une bibliothécaire spécialisée en santé mentale dans les bases de données Pubmed, PsycINFO, EMBASE et CINAHL. Les articles de 2010 à avril 2020, en langue française ou anglaise, évalués par les pairs et présentant des interventions visant à prévenir les mesures de contrôle en psychiatrie générale ou médico-légale ont été identifiés en combinant les mots-clés : « *seclusion* » AND/OR « *restraint* » AND « *psychiatr** » AND/OR « *mental health* » AND « *reduction* » AND/OR « *prevent** ». Les études menées auprès d'une population de pédopsychiatrie, de gériopsychiatrie ou de déficience intellectuelle, ainsi que les écrits portant sur les hospitalisations involontaires et les autorisations judiciaires de soins ont été exclues. Les listes de références des écrits sélectionnés ont été consultées afin d'inclure tout autre écrit jugé pertinent.

À partir des 1249 écrits de la recherche initiale (sans doublons), la deuxième autrice a fait une première sélection en examinant les titres (n = 482), en faisant une lecture des résumés (n = 157), puis une lecture intégrale des textes pour retenir 138 articles pour inclusion finale.

L'évaluation des critères d'éligibilité a été menée indépendamment par les autrices sur un échantillon de 10 % avec un accord interjuge de 88 %. Après discussion, l'atteinte d'un consensus a été obtenue pour tous les articles de cet échantillon. Voir la figure 1 pour le diagramme de flux.

FIGURE 1
Diagramme de flux décrivant la stratégie de recherche employée pour l'inclusion des 138 études incluses dans la revue intégrative.



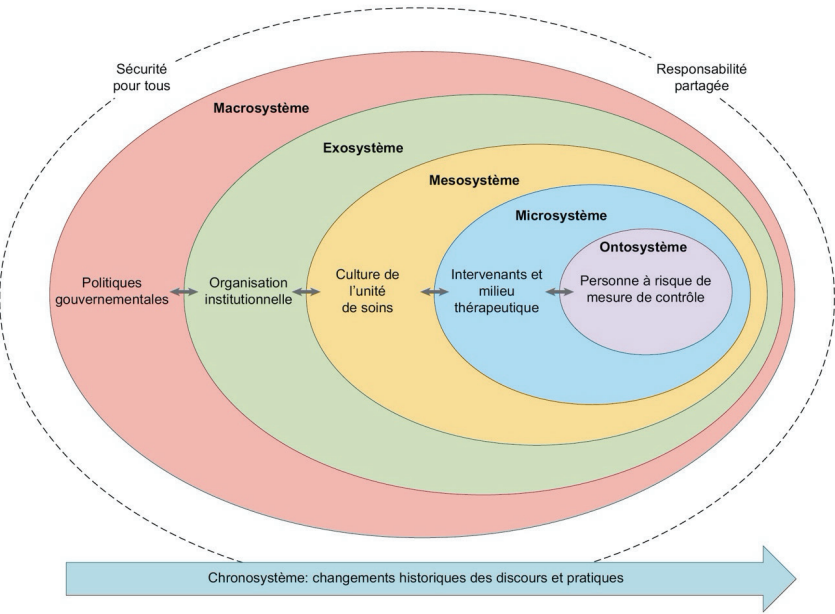
L'extraction des données a intégré les informations suivantes : auteur, revue, année, type d'étude, principaux résultats et type d'intervention de prévention. L'analyse thématique des données (Miles et coll., 2014) a été complétée en se référant aux catégories du modèle écologique de Bronfenbrenner (1979). Ce modèle soutient que la personne est située dans un environnement composé d'un ensemble de systèmes interdépendants, soit l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème. Le modèle écologique permet ainsi d'analyser une situation en tenant compte des interactions constantes et mutuelles entre ces systèmes.

3. Résultats

Les 138 articles inclus sont des études empiriques ($n = 108$), des recensions des écrits ($n = 20$) ou des écrits théoriques ($n = 10$). Les devis sont principalement de nature quantitative ($n = 87$), de nature qualitative ($n = 11$) ou mixte ($n = 10$). Seulement 4 études randomisées contrôlées ont été identifiées. La majorité des écrits provenaient des États-Unis ($n = 30$), du Royaume-Uni ($n = 23$), de l'Australie ($n = 20$) et des Pays-Bas ($n = 18$). Les autres écrits provenaient de 17 autres pays d'Amérique, d'Europe, d'Asie et d'Océanie.

Le *Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale* vise, par une approche systémique, à refléter la nature multifactorielle et complexe de la problématique liée à la réduction du recours aux mesures de contrôle où les différents systèmes interagissent constamment et se transforment mutuellement. Il est développé à partir d'une synthèse des articles recensés de notre revue intégrative en présentant les interventions spécifiques à chaque système et leurs interactions.

FIGURE 2
Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale



3.1 Ontosystème : la personne

La personne à risque de mesure de contrôle, dans ses dimensions biopsychosociales, se trouve au centre du modèle proposé. Plusieurs éléments pourront avoir un effet préventif : sa trajectoire de vie et de soins, ses capacités de *coping* (stratégies adaptatives déjà mises en place à domicile et à l'hôpital), mais aussi l'absence de facteurs de risque statiques (p. ex. antécédents de violence, abus de substances) et dynamiques (p. ex. comportement violent, négativisme) (van de Sande et coll., 2017). Les écrits mettent de l'avant la participation active des personnes, des soins reçus (p. ex. élaboration du plan de crise conjoint) jusqu'à leur organisation (p. ex. implication dans différents comités organisationnels ou de recherche) (Väkiparta et coll., 2019). L'évaluation de la dangerosité – donc de la nécessité d'une mesure de contrôle – se fait alors dans un espace de collaboration et de participation active de la personne, en tenant compte de chacune de ses dimensions.

3.2 Microsystème : les intervenants et le milieu de soins

Le microsystème réfère aux personnes et milieux fréquentés par la personne (ontosystème) ce qui, en contexte hospitalier, correspond aux pairs, aux intervenants et à l'unité de soins. Une étude britannique met d'ailleurs en lumière que le risque de violence de la personne ne serait pas le principal facteur expliquant la décision de recourir à une mesure de contrôle (Price et coll., 2018). Ainsi, beaucoup d'interventions découlent 1) des intervenants (relation thérapeutique, évaluation du risque, plans de soins, thérapie cognitive, médication, techniques de désescalade, retour post-isolement); et 2) des unités de soins.

Interventions initiées par les intervenants

Relation thérapeutique. La relation thérapeutique est une dimension centrale de plusieurs approches ou philosophie de soins en santé mentale. Quelques-unes ont été étudiées et ont été associées à une réduction de l'utilisation des mesures de contrôle: le rétablissement (Ash et coll., 2015; Bak et coll., 2012; Repique et coll., 2016; Smith et coll., 2015), les soins sensibles au traumatisme (Gerace et Muir-Cochrane, 2018; Muskett, 2014), l'empathie, les soins basés sur la personne et le respect des droits (Connolly et coll., 2019), l'éthique du soin (Voskes et coll., 2014) ainsi que l'approche favorisant des soins culturellement sécurisants (Drown et coll., 2018). Ces approches ont en commun de dépasser une application rigide des règles et protocoles afin de se centrer sur la personne (ontosystème) et de développer un véritable partenariat avec celle-ci.

Une revue systématique sur les perceptions des intervenants et patients sur l'amélioration des pratiques de mesures de contrôle incluant 39 articles a montré qu'une meilleure communication, de même que plus d'interactions avec les patients sont à privilégier (Van der Merwe et coll., 2013). Selon Chieze et coll. (2019), le développement d'une relation thérapeutique aurait d'ailleurs un effet potentialisateur sur les autres interventions en plus de diminuer la coercition perçue.

Outils d'évaluation du risque. Les outils recensés en lien avec la prévention des mesures de contrôle sont: *Risk of Administrative Segregation Tool's* (Hilton et coll., 2019), *Modified Mania Assessment Scale* (Odgaard et coll., 2018), *Brøset Violence Checklist* (van de Sande et coll., 2013), *Phipps Aggression Screening Tool* (Jayaram et coll., 2012) et le *Early Recognition Model* (Fluttert et coll., 2010). Notons aussi l'examen des notes narratives (Stepanow et coll., 2019) et des moyens innovants

tels l'apprentissage automatique (Danielsen et coll., 2019). L'évaluation du risque relève principalement de l'approche du jugement clinique structuré où les échelles proposées sont en soutien au jugement clinique de l'intervenant afin d'étoffer l'évaluation clinique.

Plan de sécurité et plan de crise conjoint. Faisant écho aux concepts de rétablissement et de décision partagée, ces plans élaborés conjointement avec la personne (interaction avec l'ontosystème) aident à personnaliser les soins en identifiant ses préférences de soins et traitement lorsqu'elle est en situation de crise (p. ex. une escalade agressive) (Ash et coll., 2015; Gerace et Muir-Cochrane, 2018; Van Dorn et coll., 2010). D'autres types de plans sont aussi discutés, tels le *Positive behaviour support plan* (Clark et coll., 2019) et le plan de soins basé sur un objectif SMART (Elzubeir et Dye, 2017).

Thérapie cognitive dans le milieu. Cette intervention psychoéducative vise à permettre au patient de prendre une part active dans la prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en trouvant et en mettant à l'essai des alternatives aux mesures de contrôle (interaction avec l'ontosystème). Selon une revue systématique (Bak et coll., 2012), la thérapie cognitive dans le milieu s'est montrée efficace pour réduire le nombre de mesures de contrôle en mettant l'accent sur un dialogue entre l'infirmière et la personne ciblant les comportements inadaptes de cette dernière.

Médication. La médication fait ici référence au type et au mode d'utilisation du traitement de première intention. Il n'est donc pas question de l'usage de médicaments comme mesure d'appoint, ce qui se rapproche davantage de la notion de contention chimique. Ainsi, 2 études ont identifié une réduction des mesures de contrôle, soit par l'utilisation de la clozapine comparativement aux antipsychotiques de 1^{re} ou de 2^e génération (Ifteni et coll., 2017), soit par une consultation avec un pharmacien dans les 5 jours suivant l'admission (Goldbloom et coll., 2010).

Techniques de désescalade. Lorsque la personne présente des signes d'escalade agressive, le recours à des techniques plus spécifiques de pacification est alors préconisé (Kuivalainen et coll., 2017; Newman et coll., 2018; Poremski et coll., 2019; Qurashi et coll., 2010a). Par exemple, dans la francophonie, l'approche Oméga est l'une des plus enseignées et Geoffrion et coll. (2018) ont pu identifier une réduction du recours aux mesures de contrôle aux soins intensifs psychiatriques à la suite de son implantation.

Retour post-isolement. Le retour post-isolement avec le patient ou en équipe est une intervention s'apparentant à une pratique réflexive pour prévenir de futurs incidents, pour gérer les conséquences négatives des mesures de contrôle auprès de la personne et des intervenants, mais aussi pour favoriser un changement de pratique (Goulet et Larue, 2016; Mangaoil et coll., 2018). Ce type d'intervention fait partie de la majorité des revues systématiques recensées (Espinosa et coll., 2015; Goulet et coll., 2017; Scanlan, 2010; Väkiparta et coll., 2019).

Interventions ciblant les unités de soins

Les interventions préventives en lien avec le système de l'unité de soins impliquent les changements dans l'environnement afin de faciliter les interactions entre patients et avec les intervenants (Borckardt et coll., 2011), mais aussi afin de créer un milieu plus chaleureux. Parmi ces interventions, nous retrouvons l'ajout d'activités significatives (Väkiparta et coll., 2019), la diminution des stimuli (Bowers et coll., 2012; Scanlan, 2010; Wilson et coll., 2018), la présence de chambres individuelles et d'espaces aérés et éclairés naturellement (Olver et coll., 2009). Des changements au niveau de la structure de l'unité (p. ex. horaire des activités accessibles, présentation des employés sur un babillard) se sont aussi avérés efficaces (Espinosa et coll., 2015). Des chercheurs identifient d'ailleurs les interventions sur l'environnement physique comme l'une des composantes les plus performantes des programmes de réduction des mesures de contrôle (Borckardt et coll., 2011).

Des revues systématiques ont aussi exploré plus spécifiquement les approches de modulation sensorielle qui visent à régulariser les expériences perceptuelles de la personne et à optimiser son bien-être physique et émotionnel (Espinosa et coll., 2015; Väkiparta et coll., 2019). Elles réfèrent par exemple à des programmes d'intégration sensorielle, aux salles d'apaisement, aux salles Snoezelen, aux ensembles sensoriels, à la musique, aux couvertures lestées, aux balles antistress et à certains exercices (Scanlan et Novak, 2015).

3.3 Mésosystème : culture de l'unité

Le mésosystème renvoie aux relations entre les différents microsystèmes entourant la personne. Dans le contexte des mesures de contrôle, la culture de soins est influencée par la relation entre les intervenants et leur milieu de travail et est donc propre à chaque unité. D'ailleurs, selon Muir-Cochrane (2018a), la variation des taux d'isolement à travers

la Nouvelle-Zélande ne peut s'expliquer que par les caractéristiques démographiques de la population, ce qui lui permet de conclure que la culture des unités de soins en est le facteur central.

Paternalisme et partenariat: deux cultures de soins coexistantes. Selon l'étude de Vatne et Fagermoen (2007), deux visions conflictuelles du soin peuvent cohabiter au sein d'une même unité, relevant du paternalisme ou du partenariat. Elles se développent toutefois dans un contexte où un discours est dominant – et donc acceptable – par rapport à l'autre.

Selon les écrits, il existe ainsi d'un côté une approche prônant la sécurité au travail qui participe d'une culture de soins plus rigide et davantage centrée sur le respect des règles des milieux de soins. Selon Slemon et coll. (2017, traduction libre), «la sécurité est articulée comme l'objectif central des soins psychiatriques en milieu hospitalier, mais cette valeur apparemment bienfaisante est enracinée dans la peur, la stigmatisation et un historique d'institutionnalisation». Toujours selon ces auteurs, les pratiques visant à maintenir la sécurité des patients et intervenants en milieu hospitalier se sont avérées inefficaces et nocives, mais leur utilisation continue est légitimée par l'opérationnalisation de la valeur de sécurité. Ainsi, un discours axé sur la sécurité a pour potentiel de transformer la nature du soin, celui-ci n'étant ainsi plus centré sur la personne, mais défini par la peur de l'agression.

Néanmoins, une étude suisse révèle que le fait d'avoir une vision plus optimiste du rétablissement est associé à une perspective plus critique des mesures de contrôle et à une utilisation moindre (Motteli et coll., 2019). Dans un même ordre d'idées, une équipe de soins présentant davantage de réflexivité serait moins portée à appliquer une mesure de contrôle (Mann-Poll et coll., 2011). La promotion du dialogue entre intervenants et patients, ainsi que l'assouplissement des règles strictes souvent présentes en milieux de soins favorisent la transition d'une culture du risque vers une culture de collaboration et de partage de responsabilités (Landeweert et coll., 2010). Il en ressort donc qu'une culture de partenariat constitue en soi une culture préventive des conflits sur les unités de soins.

3.4 Exosystème: initiatives organisationnelles

L'exosystème réfère aux contextes sociaux où la personne n'est pas directement impliquée, mais qui exercent une influence sur elle, ce qui inclut les hôpitaux et organismes communautaires (p. ex. organismes de défense des droits de la personne). L'implantation de programmes

de réduction du recours aux mesures de contrôle, le leadership, les indicateurs de suivi, la formation des intervenants et l'organisation des soins relèvent de ce système.

La problématique des mesures de contrôle étant multifactorielle, plusieurs hôpitaux ont opté pour l'implantation de programmes visant plusieurs niveaux de prévention à la fois. Les deux programmes les plus recensés dans la littérature sont le *Six Core Strategies* et le modèle *Safewards* (Tableau 2). Les autres modèles identifiés dans les écrits sont : *Methodical Approach* (Boumans et coll., 2015), *Engagement Model* (Blair et Moulton-Adelman, 2015 ; Borckardt et coll., 2011), *No Force First* (Ashcraft et coll., 2012), *Seclusion Reduction Program* (Mann-Poll et coll., 2018) et *Seclusion and Restraint Reduction Initiative* (Wale et coll., 2011).

TABLEAU 1

Programmes de réduction de l'utilisation des mesures de contrôle

Programme	Principales composantes
<i>Six Core Strategies</i> ou adaptation (Blair et coll., 2017 ; Ching et coll., 2010 ; Duxbury et coll., 2019 ; Guzman-Parra et coll., 2016 ; Lebel et coll., 2014 ; Maguire et coll., 2012 ; Putkonen et coll., 2013 ; Riahi et coll., 2016 ; Wieman et coll., 2014 ; Wisdom et coll., 2015)	- Leadership - Utilisation des données - Formation du personnel - Outils de prévention - Inclusion des patients et familles - Débriefing
<i>Safewards</i> ou adaptation (Baumgardt et coll., 2019 ; Bowers et coll., 2015 ; Fletcher et coll., 2017 ; Stensgaard et coll., 2018)	- Attentes mutuelles claires - Techniques de désescalade - Mots positifs - Atténuation des mauvaises nouvelles - Se connaître - Rencontres d'entraide - Modulation sensorielle - Réassurance - Messages positifs aux personnes ayant congé

Le leadership organisationnel est central au changement de pratique (Goulet et coll., 2017 ; Huckshorn, 2014 ; Qurashi et coll., 2010b ; Scanlan, 2010 ; Smith et coll., 2015). Il s'exerce notamment par des changements aux politiques internes (Godfrey et coll., 2014 ; Knox et Holloman, 2012 ; Lorenzo et coll., 2014 ; Smith et coll., 2015), aux formulaires d'incidents (Bell et Gallacher, 2016), ou aux protocoles pour clientèle spécifique comme celle vivant avec un trouble de la personnalité limite (Gonzalez-Torres et coll., 2014).

Les organisations peuvent aussi mettre en place des comités sentinelles qui exercent un suivi par le biais d'alertes cliniques (Smith et coll., 2015), d'audits et de révision des incidents (Hernandez et coll., 2017; Qurashi et coll., 2010b). Quant à l'utilisation des statistiques liées aux indicateurs des mesures de contrôle (au minimum prévalence et durée), elle permet de fournir une rétroaction aux intervenants et à l'organisation sur leur pratique et d'en promouvoir la diminution (Ash et coll., 2015; Scanlan, 2010; Wieman et coll., 2014). D'autres indicateurs peuvent être utilisés, tels que le score à l'échelle modifiée du Climat de prévention de la violence (Goulet et coll., 2021) ou le questionnaire visant l'évaluation organisationnelle (Colton et Xiong, 2010).

La majorité des initiatives de réduction de l'utilisation des mesures de contrôle comportent un volet de formation du personnel à cet égard (Biondo, 2017; Espinosa et coll., 2015; Godfrey et coll., 2014; Goulet et coll., 2017; Laker et coll., 2010; Long et coll., 2016; Price et coll., 2018; Scanlan, 2010; Snorrason et Biering, 2018; Duncan Stewart et coll., 2010; Väkiparta et coll., 2019), influençant ainsi le microsystème. Une méta-analyse portant sur 16 articles a révélé qu'un programme de formation sur les contentions physiques diminue l'utilisation de cette mesure de contrôle (Lan et coll., 2017). Ces auteurs ont noté que les formations ciblaient surtout l'éducation à la santé, à la gestion de la violence, la réflexivité et les techniques d'application des mesures de contrôle. Pour sa part, Silver Curran (2007) souligne que toute activité de formation en ce sens devrait valider les émotions des intervenants et leur expliquer le rationnel derrière le changement de pratique proposé.

C'est aussi dans ce système qu'il est possible de repenser l'organisation des soins, par exemple par le biais d'équipes de crise (code blanc) (Godfrey et coll., 2014; Scanlan, 2010; Duncan Stewart et coll., 2010) ou le jumelage d'intervenants d'expérience avec des intervenants novices (Poremski et coll., 2019). Des unités pour des clientèles spécifiques en attente d'hospitalisation ont aussi diminué le recours aux mesures de contrôle (Browne et coll., 2011), alors que la fermeture d'un programme interne de réadaptation psychiatrique l'a pour sa part augmenté (Tarasenko et coll., 2013). Une politique de « portes ouvertes » (Beaglehole et coll., 2017; Hochstrasser et coll., 2018; Jungfer et coll., 2014; Steinauer et coll., 2017) ou d'hospitalisation contrôlée par le patient (Strand et von Hausswolff-Juhlin, 2015) mèneraient aussi à une réduction des mesures de contrôle. En revanche, bien que le nombre insuffisant d'intervenants sur les unités de soins ait été ciblé

par le passé comme facteur contribuant à l'utilisation des mesures de contrôle, les études plus récentes n'y voient aucune association (Fukasawa et coll., 2018), même si les croyances à cet effet sont très présentes dans les milieux de soins (McKeown et coll., 2019).

3.5 Macrosystème : politiques nationales et organisations internationales

Les changements législatifs et les politiques nationales cristallisent l'évolution des normes, valeurs et idéologies au sein d'une société.

Plusieurs articles ont d'ailleurs observé une baisse de la prévalence des mesures de contrôle à la suite de changements aux politiques nationales, notamment aux Pays-Bas (Noorthoorn et coll., 2016), en Espagne (Guzman-Parra et coll., 2015), au Royaume-Uni (Sustere et Tarpey, 2019) et aux États-Unis (Hayes et Russ, 2016).

La culture organisationnelle (exosystème) est aussi influencée par les exigences ministérielles qui déterminent les priorités, tant en termes de temps que de ressources financières accordés à chaque problématique, par exemple en intégrant ou non les mesures de contrôle comme indicateur sensible à la qualité des soins. Parmi les initiatives nationales, soulignons l'Australie qui organise un forum national bisannuel où patients, proches, universitaires, cliniciens et gestionnaires se rencontrent avec le but d'éliminer toutes les formes de coercition (Muir-Cochrane, 2018b). Il en résulte des projets financés par des instances gouvernementales décisionnelles en matière de santé mentale (Gerace et Muir-Cochrane, 2018 ; Muir-Cochrane, 2018b).

L'étude qualitative de Wilson et coll. (2017) permet d'ailleurs de constater que les intervenants en santé mentale (microsystème) sont l'objet d'une pression politique gouvernementale afin de réduire le recours aux mesures de contrôle, mais que ces intervenants se sentent démunis lorsqu'il est question des alternatives qui tiennent compte de la sécurité de toutes les parties impliquées. Ainsi, selon Happell et Koehn (2010), en tant que groupe professionnel le plus susceptible d'initier l'isolement, les attitudes des infirmières à l'endroit de ces politiques influenceront dans quelle mesure elles seront appliquées dans la pratique. Dans un article visant à identifier les enjeux éthiques et juridiques des programmes de réduction de l'utilisation des mesures de contrôle, Keating (2009) affirme qu'« il n'est pas rare d'entendre les soignants se demander si les patients ne jouissent pas de plus de droits qu'eux-mêmes. » Les orientations ministérielles doivent donc émaner d'une réelle volonté politique de changement qui s'assure non

seulement de diminuer la prévalence des mesures de contrôle, mais de proposer une vision plus inclusive intégrant la promotion de la sécurité de tous.

3.6 Chronosystème : évolution des discours ou la résistance au changement

Une pratique professionnelle s'inscrit dans un contexte historique qui évolue, car ce qui était acceptable il y a 20 ans ne l'est pas nécessairement aujourd'hui. Un changement de culture est notamment favorisé par des transformations au sein du macrosystème, par exemple en tenant compte de l'évolution de l'acceptabilité de la coercition en termes législatifs.

Certains appellent même à un changement fondamental de la culture en psychiatrie (Sashidharan, Mezzina et Puras, 2019). Nous assistons à une évolution des standards de pratiques et des discours prônant des approches participatives et inclusives : d'une approche paternaliste où l'intervenant se place en position de spécialiste vers une approche de partenariat où la responsabilité du risque devrait être partagée par tous. D'ailleurs, Secker expose dès 2004 l'échec de la politique « tolérance zéro » où aucune expression de l'agressivité n'est acceptée, car elle ne permet pas aux intervenants d'interpréter la signification du comportement agressif et ainsi d'intervenir conséquemment au besoin exprimé par la personne.

En revanche, un changement de pratique vers une réduction de l'utilisation des mesures de contrôle ne peut s'actualiser que si les intervenants ne sentent pas leur sécurité ontologique menacée. Selon le sociologue Giddens (1987), la réflexivité constitue la révision constante des pratiques, à la lumière d'informations nouvelles et de savoirs implicites. Dans ce contexte, le sentiment de sécurité étant un besoin fondamental, il ne peut y avoir de changement si l'intervenant a l'impression que sa sécurité est à risque. L'intervenant va alors suivre les lois qu'il considère comme justes.

À cet effet, dans un article s'intéressant à la résistance des intervenants à la réduction des mesures de contrôle, Silver Curran (2007) identifie les obstacles suivants : les inquiétudes par rapport à la sécurité des intervenants, le manque de connaissances sur les habiletés de désescalade et la peur d'appliquer un plan personnalisé qui remettrait en cause les règles du milieu. Selon Duxbury (2015), cette résistance au changement relève de 3 principaux mythes qu'il faut déconstruire : 1) les mesures de contrôle sont des interventions cliniques ; 2) elles sont

seulement utilisées en dernier recours ; et 3) elles maintiennent les personnes en sécurité. Une variété de stratégies éducatives peuvent alors être proposées, incluant le jeu de rôle et les études de cas pour identifier les attitudes, croyances et comportements qui sont cohérents avec une réduction de l'utilisation des mesures de contrôle (Silver Curran, 2007).

4. Discussion

Le but de l'article était de proposer le *Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale* à partir d'une revue intégrative sur le sujet. Le modèle découlant de la revue intégrative a été réfléchi en lien avec les différents systèmes du modèle écologique de Bronfenbrenner (1979). Ce modèle systémique permet de mieux comprendre la responsabilité partagée par tous les systèmes impliqués dans la prévention du recours aux mesures de contrôle en examinant les interventions propres à chaque système, mais aussi leurs interactions. Il apparaît ainsi que la décision d'utiliser des mesures de contrôle ne relève pas seulement de l'intervenant devant un comportement à risque, mais aussi de la culture de soins de l'unité, des politiques organisationnelles, ministérielles, voire du contexte historique. Alors que certains écrits appellent à l'imputabilité des professionnels (E-Morris et coll., 2010 ; Secker et coll., 2004), ce modèle propose plutôt de tendre vers une responsabilité partagée entre les différents systèmes en jeu.

D'abord, le *Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale* implique de responsabiliser la personne (ontosystème) sur ses actions et son rôle à jouer dans le maintien d'un environnement sécuritaire pour tous. En effet, afin de tendre vers une responsabilité partagée et de respecter les principes du rétablissement, il importe que la personne puisse elle aussi participer à minimiser le risque de comportement nécessitant une mesure de contrôle, au même titre que les autres systèmes impliqués. L'intervenant (microsystème) accompagne alors la personne dans ce cheminement en favorisant son autodétermination, tout en participant à la création d'un environnement thérapeutique et d'une culture de soins (mésosystème) basée sur le partenariat, le respect et l'égalité. D'ailleurs, l'un des aspects ayant le plus grand impact sur la réduction de l'utilisation des contentions est la communication (entre intervenants et patients intervenants) (Bell et Gallacher, 2016). De plus, la création d'environnements thérapeutiques, notamment par l'utilisation de la modulation sensorielle (p. ex. salle d'apaisement), permet non seulement de réduire l'utilisation des

mesures de contrôle, mais également d'avoir d'autres effets bénéfiques pour les patients, tels qu'une réduction de la détresse chez les patients de même qu'une amélioration de la communication entre intervenants et patients (Väkiparta et coll., 2019). Cette revue intégrative a également permis de constater que les organisations (exosystème) doivent mettre en place des politiques de réduction de l'utilisation des mesures de contrôle qui soient claires pour les équipes et s'assurer de les accompagner par des gestionnaires de proximité afin de les soutenir dans leur pratique. Enfin, la sphère politique (macrosystème) doit tenir compte des réalités des savoirs issus des différents environnements (p. ex. savoirs expérientiel, professionnel, empirique) et permettre que les différents systèmes détiennent une place active dans la discussion menant à l'élaboration de politiques afin d'éviter une confrontation entre les directives ministérielles et la pratique clinique.

Alors que les politiques gouvernementales encouragent la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle, il semble que la réalité soit plus complexe dans les milieux cliniques où les enjeux de sécurité sont au cœur des préoccupations des intervenants. Les initiatives pour diminuer les mesures de contrôle soulèvent des craintes pour la préservation de l'intégrité physique et psychologique des intervenants et des patients qui feraient face à des situations aiguës nécessitant l'utilisation de mesures de contrôle (Muir-Cochrane, 2018). Ainsi, le leadership devrait provenir des différents systèmes ayant une influence sur la prévention de l'utilisation des mesures de contrôle afin de concilier le discours politique, le fonctionnement organisationnel, la culture de soins des milieux et les pratiques cliniques pour permettre que le suivi des patients puisse être à la fois thérapeutique et sécuritaire pour tous. Le modèle proposé permet donc à chaque système de cibler des interventions qui leur sont spécifiques et qui influenceront l'ensemble de la problématique des mesures de contrôle.

Pour parvenir à un changement de culture, tenir compte du chronosystème nous semble une avenue particulièrement féconde. Chaimowitz (2019) nous met d'ailleurs en garde en réaffirmant l'importance de se questionner à savoir si les changements entrepris jusqu'à présent dans le domaine de la psychiatrie sont suffisants, alors que plusieurs seront tentés de croire qu'il est impossible de transformer davantage la pratique des mesures de contrôle. Comme le contexte historique est par définition en évolution, les repères éthiques le sont tout autant. Par exemple, la coercition subie en santé mentale ne relève pas seulement des mesures de contrôle, mais s'inscrit dans la trajec-

toire de vie de la personne. Il s'avère dès lors nécessaire de réfléchir la prévention non seulement en termes de mesures de contrôle telles l'isolement et la contention, mais dans son sens plus large, intégrant ainsi l'hospitalisation involontaire (garde en établissement, contrainte), le traitement involontaire (autorisation judiciaire de soins, ordonnance de traitement dans la communauté) et la coercition dans son ensemble (formelle, informelle et perçue).

En outre, le contexte de crise sanitaire mondiale est particulièrement critique pour la psychiatrie, alors qu'une hausse des mesures de contrôle a été observée (Fagiolini et coll., 2020). En effet, les dilemmes éthiques se complexifient en raison de la tension entre le respect des droits individuels (une personne ne comprenant pas ou ne voulant pas respecter les consignes de distanciation physique) et le respect de la sécurité publique (droit de ne pas être infecté). Rappelons également qu'en contexte de crise, les plus vulnérables de la société nécessitent une attention particulière afin de s'assurer que leurs droits soient respectés malgré les mesures visant à protéger la santé et la sécurité du public (Commission canadienne des droits de la personne, 2020).

Limites

La recherche des écrits s'est limitée aux bases de données et à la recherche manuelle dans les listes de références. Ainsi, certaines études n'ont peut-être pas été identifiées. Une recherche spécifique de la littérature grise aurait potentiellement permis d'obtenir d'autres résultats. En outre, l'évaluation de la qualité méthodologique des écrits n'a pas été faite de manière systématique, ce qui aurait permis de justifier davantage les résultats présentés dans le modèle. Enfin, le but d'une revue intégrative étant d'intégrer des écrits afin de reconstruire un sujet de manière conceptuelle en se guidant avec un modèle spécifique (ici le modèle écologique) (Broome, 2000; Soares et coll., 2014; Torraco, 2005; Whittemore et Knafl, 2005), l'efficacité des interventions discutées n'a pas fait l'objet de critère d'inclusion. Cette revue intégrative permet néanmoins de présenter les interventions existantes, qui pourraient éventuellement faire l'objet d'une méta-analyse évaluant spécifiquement leur efficacité, selon leur cible précise.

Conclusion

Une approche écologique et systémique de la prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale invite les agents de changement potentiels de chaque système à mettre en œuvre les activités qui leur sont spécifiques. Prendre connaissance de l'évolution historique des discours sur les mesures de contrôle oblige les parties prenantes à se questionner sur la tangente qu'elle prendra au cours des prochaines décennies et nous invite à nous y préparer dès maintenant. Dans tous les cas, nous avons besoin d'un renouveau en termes de leadership autour de la problématique des mesures de contrôle qui puisse s'actualiser à tous les niveaux, que ce soit dans les sphères cliniques, politiques, académiques ou communautaires. Rappelons que viser la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle ne doit pas se faire au détriment de la sécurité des parties impliquées; il est de la responsabilité de tous de favoriser une culture de partenariat qui constitue en soi une culture préventive de la violence en milieu psychiatrique et, par le fait même, du recours aux mesures de contrôle.

RÉFÉRENCES

- Ash, D., Suetani, S., Nair, J. et Halpin, M. (2015). Recovery-based services in a psychiatric intensive care unit—the consumer perspective. *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 23(5), 524-527. <https://doi.org/10.1177/1039856215593397>
- Ashcraft, L., Bloss, M. et Anthony, W. A. (2012, May). The Development and Implementation of “No Force First” as a Best Practice [Editorial Material]. *Psychiatric Services*, 63(5), 415-417. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20120p415>
- Bak, J., Brandt-Christensen, M., Sestoft, D. M. et Zoffmann, V. (2012). Mechanical restraint-which interventions prevent episodes of mechanical restraint?—A systematic review [Health & Mental Health Treatment & Prevention 3300]. *Perspectives in psychiatric care*, 48(2), 83-94. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6163.2011.00307.x>
- Baumgardt, J., Jäckel, D., Helber-Böhlen, H., Stiehm, N., Morgenstern, K., Voigt, A., Schöppe, E., Mc Cutcheon, A.-K., Lecca, E. E. V., Löhr, M., Schulz, M., Bechdorf, A. et Weinmann, S. (2019). Preventing and Reducing Coercive Measures—An Evaluation of the Implementation of the Safewards Model in Two Locked Wards in Germany. *Frontiers in psychiatry*, 10, 340-340. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00340>
- Beaglehole, B., Beveridge, J., Campbell-Trotter, W. et Frampton, C. (2017). Unlocking an acute psychiatric ward: the impact on unauthorised absences, assaults and seclusions. *BJPsych bulletin*, 41(2), 92-96. <https://doi.org/10.1192/bp.b.115.052944>

- Bell, A. et Gallacher, N. (2016). Succeeding in Sustained Reduction in the use of Restraint using the Improvement Model. *BMJ quality improvement reports*, 5(1), u211050.w214430. <https://doi.org/10.1136/bmjquality.u211050.w4430>
- Biondo, J. (2017). De-escalation with dance/movement therapy: A program evaluation [Inpatient & Hospital Services 3379]. *American Journal of Dance Therapy*, 39(2), 209-225. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s10465-017-9261-5>
- Blair, E. W., Woolley, S., Szarek, B. L., Mucha, T. F., Dutka, O., Schwartz, H. I., Wisniewski, J. et Goethe, J. W. (2017, Mar). Reduction of Seclusion and Restraint in an Inpatient Psychiatric Setting: A Pilot Study. *Psychiatr Q*, 88(1), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9428-0>
- Blair, M. et Moulton-Adelman, F. (2015). The engagement model for reducing seclusion and restraint. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 53(3), 39-45. <https://doi.org/10.3928/02793695-20150211-01>
- Borckardt, J. J., Madan, A., Grubaugh, A. L., Danielson, C. K., Pelic, C. G., Hardesty, S. J., Hanson, R., Herbert, J., Cooney, H., Benson, A. et Frueh, B. C. (2011). Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 62(5), 477-483. https://doi.org/10.1176/ps.62.5.pss6205_0477
- Boumans, C. E., Walvoort, S. J. W., Egger, J. I. M. et Hutschemaekers, G. J. M. (2015). The methodical work approach and the reduction in the use of seclusion: how did it work? *The Psychiatric quarterly*, 86(1), 1-17. <https://doi.org/10.1007/s11126-014-9321-7>
- Bowers, L. (2014, Aug). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards [Article]. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499-508. <https://doi.org/10.1111/jpm.12129>
- Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D. et Hodsoll, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1412-1422.
- Bowers, L., Ross, J., Nijman, H., Muir-Cochrane, E., Noorthoorn, E. et Stewart, D. (2012, Apr). The scope for replacing seclusion with time out in acute inpatient psychiatry in England. *J Adv Nurs*, 68(4), 826-835. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05784.x>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge. Harvard University Press.
- Browne, V., Knott, J., Dakis, J., Fielding, J., Lyle, D., Daniel, C., Bruce, M. et Virtue, E. (2011). Improving the care of mentally ill patients in a tertiary emergency department: development of a psychiatric assessment and planning unit. *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 19(4), 350-353. <https://doi.org/10.3109/10398562.2011.579612>
- Chaimowitz, G. (2019). Jail segregation today, hospital seclusion tomorrow [Editorial]. *International Journal of Risk and Recovery*, 2(2), 1-3. <https://mulpress.mcmaster.ca/ijrr/article/view/4188>
- Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S. et Sentissi, O. (2019, 2019-July-16). Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review [Systematic Review]. *Frontiers in Psychiatry*, 10(491). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00491>

- Ching, H., Daffern, M., Martin, T. et Thomas, S. (2010). Reducing the use of seclusion in a forensic psychiatric hospital: assessing the impact on aggression, therapeutic climate and staff confidence [Article]. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(5), 737-760. <https://doi.org/10.1080/14789941003681361>
- Clark, L. L., Lekka, F., Murphy, A., Perrino, L., Bapir-Tardy, S. et Barley, E. A. (2019). The use of positive behaviour support plans in mental health inpatient care: A mixed methods study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 10.1111/jpm.12566. <https://doi.org/10.1111/jpm.12566>
- Colton, D. et Xiong, H. (2010, Sep). Reducing seclusion and restraint: questionnaire for organizational assessment. *J Psychiatr Pract*, 16(5), 358-362. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000388632.74899.86>
- Commission canadienne des droits de la personne. (2020). *Statement—Inequality amplified by COVID-19 crisis*. <https://www.chrc-ccdp.gc.ca/eng/content/statement-inequality-amplified-covid-19-crisis>
- Connolly, G., Evans, T., Leitch, S., MacDonald, A. et Ridley, J. (2019). Reducing restrictive interventions in people with “challenging” behaviours. *Nursing times*, 115(12), 42-46. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=140381767&site=ehost-live>
- Danielsen, A. A., Fenger, M. H. J., Østergaard, S. D., Nielbo, K. L. et Mors, O. (2019). Predicting mechanical restraint of psychiatric inpatients by applying machine learning on electronic health data. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 140(2), 147-157. <https://doi.org/10.1111/acps.13061>
- Drown, C., Harding, T. et Marshall, R. (2018). Nurse perceptions of the use of seclusion in mental health inpatient facilities: have attitudes to Māori changed? *Journal of Mental Health Training, Education & Practice*, 13(2), 100-111. <https://doi.org/10.1108/jmhtep-12-2016-0055>
- Dumais, A., Larue, C., Drapeau, A., Ménard, G. et Giguere Allard, M. (2011). Prevalence and correlates of seclusion with or without restraint in a Canadian psychiatric hospital: a 2-year retrospective audit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(5), 394-402.
- Duxbury, J., Baker, J., Downe, S., Jones, F., Greenwood, P., Thygesen, H., McKeown, M., Price, O., Scholes, A., Thomson, G. et Whittington, R. (2019, 2019/07/01/). Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The outcome of a restraint reduction programme (“REsTRAIN YOURSELF”). *International Journal of Nursing Studies*, 95, 40-48. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.016>
- Duxbury, J. A. (2015). The Eileen Skellern lecture 2014: Physical restraint: In defence of the indefensible? [Health & Mental Health Services 3370]. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(2), 92-101. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc11&NEWS=N&AN=2015-09109-002>
- E-Morris, M., Caldwell, B., Mencher, K. J., Grogan, K., Judge-Gorny, M., Patterson, Z., Christopher, T., Smith, R. C. et McQuaide, T. (2010). Nurse-directed care model in a psychiatric hospital: a model for clinical accountability. *Clin Nurse Spec*, 24(3), 154-160. <https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e3181d82b6c>
- Elzubeir, K. et Dye, S. (2017). Can amount and duration of seclusion be reduced in psychiatric intensive care units by agreeing SMART goals with patients? [Inpatient & Hospital Services 3379]. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 13(2), 109-116. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.20299/jpi.2017.010>

- Espinosa, L., Harris, B., Frank, J., Armstrong-Muth, J., Brous, E., Moran, J. et Giorgi-Cipriano, J. (2015). Milieu improvement in psychiatry using evidence-based practices: the long and winding road of culture change. *Archives of psychiatric nursing*, 29(4), 202-207. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.08.004>
- Fagiolini, A., Cuomo, A. et Frank, E. (2020, Mar 31). COVID-19 Diary From a Psychiatry Department in Italy. *J Clin Psychiatry*, 81(3). <https://doi.org/10.4088/JCP.20com13357>
- Fletcher, J., Spittal, M., Brophy, L., Tibble, H., Kinner, S., Elsom, S. et Hamilton, B. (2017). Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *International journal of mental health nursing*, 26(5), 461-471. <https://doi.org/10.1111/inm.12380>
- Fluttert, F. A. J., Van Meijel, B., Nijman, H., Bjørkly, S. et Grypdonck, M. (2010). Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the "Early Recognition Method". *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 19(11-12), 1529-1537. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02986.x>
- Fukasawa, M., Miyake, M., Suzuki, Y., Fukuda, Y. et Yamanouchi, Y. (2018, Sep-Oct). Relationship between the use of seclusion and mechanical restraint and the nurse-bed ratio in psychiatric wards in Japan. *International journal of law and psychiatry*, 60, 57-63. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.08.001>
- Geoffrion, S., Goncalves, J., Giguère, C.-É. et Guay, S. (2018, March 01). Impact of a Program for the Management of Aggressive Behaviors on Seclusion and Restraint Use in Two High-Risk Units of a Mental Health Institute [journal article]. *Psychiatric Quarterly*, 89(1), 95-102. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9519-6>
- Gerace, A. et Muir-Cochrane, E. (2018, Jul 18). Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: An Australian survey. *Int J Ment Health Nurs*. <https://doi.org/10.1111/inm.12522>
- Giddens, A. (1987). *La constitution de la société*. Presses universitaires de France.
- Godfrey, J. L., McGill, A. C., Jones, N. T., Oxley, S. L. et Carr, R. M. (2014). Anatomy of a transformation: a systematic effort to reduce mechanical restraints at a state psychiatric hospital. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 65(10), 1277-1280. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300247>
- Goldbloom, D. L., Mojtabai, R. et Serby, M. J. (2010). Weekend prescribing practices and subsequent seclusion and restraint in a psychiatric inpatient setting. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 61(2), 193-195. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.2.193>
- Gonzalez-Torres, M. A., Fernandez-Rivas, A., Bustamante, S., Rico-Vilademoros, F., Vivanco, E., Martinez, K., Angel Vecino, M., Martín, M., Herrera, S., Rodriguez, J. et Saenz, C. (2014). Impact of the creation and implementation of a clinical management guideline for personality disorders in reducing use of mechanical restraints in a psychiatric inpatient unit. *The primary care companion for CNS disorders*, 16(6), 10.4088/PCC.4014m01675. <https://doi.org/10.4088/PCC.14m01675>
- Goulet, M.-H. et Larue, C. (2016). Post-Seclusion and/or Restraint Review in Psychiatry: A Scoping Review. *Archives of psychiatric nursing*, 30(1), 120-128. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.09.001>

- Goulet, M.-H., Larue, C. et Dumais, A. (2017). Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review [Health & Mental Health Services 3370]. *Aggression and Violent Behavior*, 34, 139-146. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.019>
- Goulet, M. H., Desmarais, M., Pariseau-Legault, P., Larue, C., Jean-Baptiste, F., Turcotte, J. S. et Crocker, A. G. (2021). Violence Prevention Climate Scale: Translation, Adaptation, and Psychometric Assessment of the French Canadian Version. *Science infirmière et pratiques en santé*, 4(2), 67-85
- Goulet, M. H., Larue, C., Pariseau-Legault, P., Turcotte, J. S., Crocker, A. G., Desmarais, M. et Lemay, C. (2019). *Translation and validation of a measuring tool the climate of violence prevention in a psychiatric environment* par affiche au 19th Annual International Association of Forensic Mental Health Services Conference, Montreal, Canada.
- Guzman-Parra, J., Aguilera Serrano, C., García-Sánchez, J. A., Pino-Benítez, I., Alba-Vallejo, M., Moreno-Küstner, B. et Mayoral-Cleries, F. (2016). Effectiveness of a Multimodal Intervention Program for Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 22(3), 233-241. <https://doi.org/10.1177/1078390316644767>
- Guzman-Parra, J., Aguilera-Serrano, C., Garcia-Sanchez, J. A., Garcia-Spinola, E., Torres-Campos, D., Villagran, J. M., Moreno-Kustner, B. et Mayoral-Cleries, F. (2018, Sep 21). Experience coercion, post-traumatic stress, and satisfaction with treatment associated with different coercive measures during psychiatric hospitalization. *Int J Ment Health Nurs*. <https://doi.org/10.1111/inm.12546>
- Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J. A., Pino-Benitez, I., Alba-Vallejo, M. et Mayoral-Cleries, F. (2015). Effects of a Regulatory Protocol for Mechanical Restraint and Coercion in a Spanish Psychiatric Ward. *Perspectives in psychiatric care*, 51(4), 260-267. <https://doi.org/10.1111/ppc.12090>
- Happell, B. et Koehn, S. (2010). Attitudes to the use of seclusion: has contemporary mental health policy made a difference? *Journal of clinical nursing*, 19(21-22), 3208-3217. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03286.x>
- Haute Autorité de Santé, H. A. S. (2017). *Isolement et contention en psychiatrie générale* [Récommandation de bonne pratique]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale
- Hayes, A. et Russ, M. J. (2016). Discontinuing the Use of PRN Intramuscular Medication for Agitation in an Acute Psychiatric Hospital. *The Psychiatric quarterly*, 87(1), 25-29. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9359-1>
- Hem, M. H., Molewijk, B. et Pedersen, R. (2014, 2014/12/04). Ethical challenges in connection with the use of coercion: a focus group study of health care personnel in mental health care. *BMC Medical Ethics*, 15(1), 82. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-15-82>
- Hernandez, A., Riahi, S., Stuckey, M. I., Mildon, B. A. et Klassen, P. E. (2017). Multidimensional approach to restraint minimization: The journey of a specialized mental health organization. *International journal of mental health nursing*, 26(5), 482-490. <https://doi.org/10.1111/inm.12379>
- Hilton, N. Z., Ham, E. et Seto, M. C. (2019). Assessment of Risk for Seclusion Among Forensic Inpatients: Validation and Modification of the Risk of Administrative Segregation Tool (RAST). *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 0306624X18823621. <https://doi.org/10.1177/0306624X18823621>

- Hochstrasser, L., Fröhlich, D., Schneeberger, A. R., Borgwardt, S., Lang, U. E., Stieglitz, R. D. et Huber, C. G. (2018). Long-term reduction of seclusion and forced medication on a hospital-wide level: Implementation of an open-door policy over 6 years. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 48, 51-57. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.09.008>
- Huckshorn, K. A. (2014, Nov). Reducing seclusion and restraint use in inpatient settings: a phenomenological study of state psychiatric hospital leader and staff experiences [Article]. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 52(11), 40-49. <https://doi.org/10.3928/02793695-20141006-01>
- Ifteni, P., Szalontay, A. S. et Teodorescu, A. (2017, Mar/Apr). Reducing Restraint With Clozapine in Involuntarily Admitted Patients With Schizophrenia. *American journal of therapeutics*, 24(2), e222-e226. <https://doi.org/10.1097/mjt.0000000000000533>
- Jayaram, G., Samuels, J. et Konrad, S. S. (2012). Prediction and prevention of aggression and seclusion by early screening and comprehensive seclusion documentation. *Innovations in clinical neuroscience*, 9(7-8), 30-38. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22984650>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3442752/>
- Jungfer, H.-A., Schneeberger, A. R., Borgwardt, S., Walter, M., Vogel, M., Gairing, S. K., Lang, U. E. et Huber, C. G. (2014). Reduction of seclusion on a hospital-wide level: successful implementation of a less restrictive policy. *Journal of psychiatric research*, 54, 94-99. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.03.020>
- Keating, B. (2009). Les droits du patient: une menace pour les soignants? *Santé Mentale au Québec*, 34(2), 39-49.
- Knox, D. K. et Holloman, G. H., Jr. (2012). Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta seclusion and restraint workgroup. *The western journal of emergency medicine*, 13(1), 35-40. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6867>
- Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., Putkonen, A., Repo-Tiihonen, E. et Tiihonen, J. (2017). De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. *International journal of mental health nursing*, 26(5), 513-524. <https://doi.org/10.1111/inm.12389>
- Laker, C., Gray, R. et Flach, C. (2010, Apr). Case study evaluating the impact of de-escalation and physical intervention training. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 17(3), 222-228. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01496.x>
- Lan, S.-H., Lu, L.-C., Lan, S.-J., Chen, J.-C., Wu, W.-J., Chang, S.-P. et Lin, L.-Y. (2017). Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities—Systematic review and meta-analysis. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 33(8), 411-421. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2017.05.012>
- Landeweer, E. G. M., Abma, T. A. et Widdershoven, G. A. M. (2010, Oct-Dec). The essence of psychiatric nursing: redefining nurses' identity through moral dialogue about reducing the use of coercion and restraint. *ANS. Advances in nursing science*, 33(4), E31-E42. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181fb2ef9>
- Larue, C., Dumais, A., Ahern, E., Bernheim, E. et Mailhot, M. P. (2009, Jun). Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(5), 440-446. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01396.x>

- Larue, C., Dumais, A., Boyer, R., Goulet, M. H., Bonin, J. P. et Baba, N. (2013). The experience of seclusion and restraint in psychiatric care settings: perspectives of the patients. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(5), 317-324.
- Lebel, J., Duxbury, J. A., Putkonen, A., Sprague, T., Rae, C. et Sharpe, J. (2014). Multinational experiences in reducing and preventing the use of restraint and seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 52(11), 22-29.
- Long, C. G., Afford, M., Harris, R. et Dolley, O. (2016). Training in de-escalation: An effective alternative to restrictive interventions in a secure service for women [Health & Mental Health Services 3370]. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 12(1), 11-18. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.20299/jpi.2016.008>
- Lorenzo, R. D., Miani, F., Formicola, V. et Ferri, P. (2014). Clinical and organizational factors related to the reduction of mechanical restraint application in an acute ward: an 8-year retrospective analysis. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 10, 94-102. <https://doi.org/10.2174/1745017901410010094>
- Maguire, T., Young, R. et Martin, T. (2012). Seclusion reduction in a forensic mental health setting. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 19(2), 97-106. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01753.x>
- Mangaoil, R. A., Cleverley, K. et Peter, E. (2018). Immediate Staff Debriefing Following Seclusion or Restraint Use in Inpatient Mental Health Settings: A Scoping Review. *Clinical nursing research*, 1054773818791085-1054773818791085. <https://doi.org/10.1177/1054773818791085>
- Mann-Poll, P. S., Smit, A., de Vries, W. J., Boumans, C. E. et Hutschemaekers, G. J. (2011, May). Factors contributing to mental health professionals' decision to use seclusion. *Psychiatr Serv*, 62(5), 498-503. https://doi.org/10.1176/ps.62.5.pss6205_0498
- Mann-Poll, P. S., Smit, A., Noorthoorn, E. O., Janssen, W. A., Koekkoek, B. et Hutschemaekers, G. J. M. (2018, September 01). Long-Term Impact of a Tailored Seclusion Reduction Program: Evidence for Change? [journal article]. *Psychiatric Quarterly*, 89(3), 733-746. <https://doi.org/10.1007/s11126-018-9571-x>
- McKeown, M., Thomson, G., Scholes, A., Jones, F., Baker, J., Downe, S., Price, O., Greenwood, P., Whittington, R. et Duxbury, J. (2019). "Catching your tail and firefighting": The impact of staffing levels on restraint minimization efforts. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 26(5-6), 131-141. <https://doi.org/10.1111/jpm.12532>
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. SAGE Publications.
- Motteli, S., Hotzy, F., Lamster, F., Horisberger, R., Theodoridou, A., Vetter, S., Seifritz, E. et Jager, M. (2019). Optimistic recovery expectations are associated with critical attitudes toward coercion among mental health professionals [Health & Mental Health Treatment & Prevention 3300]. *International Journal of Mental Health*, No-Specified. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/00207411.2019.1699338>
- Moylan, L. (2012). A conceptual model for nurses decision making with aggressive psychiatric patient. In I. Needham, K. McKenna, M. Kingma et N. Oud (Eds.), *Violence in the health sector: linking local initiatives with global learning* (pp. 296-299). Kavanah.

Plan d'action: Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: Contention, isolement et substances chimiques. (2002).

Muir-Cochrane, E. (2018a). *On restrictive practices: Care and culture* (Vol. 25). <https://doi.org/10.1111/jpm.12492>

Muir-Cochrane, E. (2018b). Using restraint with restraint: A reflection. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 925-927. <https://doi.org/doi:10.1111/inm.12471>

Muskett, C. (2014). Trauma-informed care in inpatient mental health settings: a review of the literature. *International journal of mental health nursing*, 23(1), 51-59. <https://doi.org/10.1111/inm.12012>

Newman, J., Paun, O. et Fogg, L. (2018). Effects of a Staff Training Intervention on Seclusion Rates on an Adult Inpatient Psychiatric Unit. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 56(6), 23-30. <https://doi.org/10.3928/02793695-20180212-02>

Noorthoorn, E. O., Voskes, Y., Janssen, W. A., Mulder, C. L., van de Sande, R., Nijman, H. L. I., Smit, A., Hoogendoorn, A. W., Bousardt, A. et Widdershoven, G. A. M. (2016). Seclusion Reduction in Dutch Mental Health Care: Did Hospitals Meet Goals? *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 67(12), 1321-1327. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500414>

Odgaard, A. S., Kragh, M. et Roj Larsen, E. (2018). The impact of modified mania assessment scale (MAS-M) implementation on the use of mechanical restraint in psychiatric units. *Nordic journal of psychiatry*, 72(8), 549-555. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1490816>

Office fédéral de la santé publique. (2019). *Les mesures de contention et les traitements sans consentement*. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/medizin-und-forschung/patientenrechte/rechte-arzt-spital/4-behandlungen-ohne-einwilligung.html>

Olver, J., Love, M., Daniel, J., Norman, T. et Nicholls, D. (2009). The Impact of a Changed Environment on Arousal Levels of Patients in a Secure Extended Rehabilitation Facility. *Australasian Psychiatry*, 17(3), 207-211. <https://doi.org/10.1080/10398560902839473>

Poremski, D., Loo, E., Chan, C. Y. W., Li, L. D. et Fung, D. (2019). Reducing Injury During Restraint by Crisis Intervention in Psychiatric Wards in Singapore. *East Asian archives of psychiatry: official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists = Dong Ya jing shen ke xue zhi: Xianggang jing shen ke yi xue yuan qi kan*, 29(4), 129-135. <https://doi.org/10.12809/eaap1811>

Price, O., Baker, J., Bee, P. et Lovell, K. (2018). The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *International journal of nursing studies*, 77, 197-206. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.002>

Putkonen, A., Kuivalainen, S., Louheranta, O., Repo-Tiihonen, E., Ryyänen, O.-P., Kautiainen, H. et Tiihonen, J. (2013). Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 64(9), 850-855. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200393>

Qurashi, I., Johnson, D., Shaw, J. et Johnson, B. (2010a). Reduction in the use of seclusion in a high secure hospital: A retrospective analysis [Psychological Disorders 3210]. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 6, 109-115. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1017/S174264640999015X>

- Qurashi, I., Johnson, D., Shaw, J. et Johnson, B. (2010b). Reduction in the use of seclusion in a high secure hospital: a retrospective analysis. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 6(2), 109-115. <https://doi.org/10.1017/S174264640999015X>
- Repique, R. J. R., Vernig, P. M., Lowe, J., Thompson, J. A. et Yap, T. L. (2016). Implementation of a Recovery-Oriented Training Program for Psychiatric Nurses in the Inpatient Setting: A Mixed-Methods Hospital Quality Improvement Study. *Archives of psychiatric nursing*, 30(6), 722-728. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.06.003>
- Riahi, S., Dawe, I. C., Stuckey, M. I. et Klassen, P. E. (2016). Implementation of the Six Core Strategies for Restraint Minimization in a Specialized Mental Health Organization. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 54(10), 32-39. <https://doi.org/10.3928/02793695-20160920-06>
- Sailas, E. et Fenton, M. (2006). Seclusion and restraint for people with serious mental illness [Méta-analyse]. *The Cochrane Library*, 20.
- Scanlan, J. N. (2010). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature. *The International journal of social psychiatry*, 56(4), 412-423. <https://doi.org/10.1177/0020764009106630>
- Scanlan, J. N. et Novak, T. (2015). Sensory approaches in mental health: A scoping review. *Australian occupational therapy journal*, 62(5), 277-285. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12224>
- Secker, J., Benson, A., Balfe, E., Lipsedge, M., Robinson, S. et Walker, J. (2004). Understanding the social context of violent and aggressive incidents on an inpatient unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 172-178.
- Serrano-Blanco, A., Rubio-Valera, M., Aznar-Lou, I., Baladón Higuera, L., Gibert, K., Gracia Canales, A., Kaskens, L., Ortiz, J. M. et Salvador-Carulla, L. (2017, 2017/06/06). In-patient costs of agitation and containment in a mental health catchment area. *BMC psychiatry*, 17(1), 212. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1373-4>
- Silver Curran, S. (2007). Staff Resistance to Restraint Reduction: Identifying and Overcoming Barriers. *Journal of Psychosocial Nursing*, 45(5), 45-50.
- Slemon, A., Jenkins, E. et Bungay, V. (2017). Safety in psychiatric inpatient care: The impact of risk management culture on mental health nursing practice. *Nursing Inquiry*, 24(4), e12199. <https://doi.org/doi:10.1111/nin.12199>
- Smith, G. M., Ashbridge, D. M., Altenor, A., Steinmetz, W., Davis, R. H., Mader, P. et Adair, D. K. (2015). Relationship Between Seclusion and Restraint Reduction and Assaults in Pennsylvania's Forensic Services Centers: 2001-2010. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 66(12), 1326-1332. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400378>
- Snorrason, J. et Biering, P. (2018). The attributes of successful de-escalation and restraint teams. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1842-1850. <https://doi.org/10.1111/inm.12493>
- Steinauer, R., Huber, C. G., Petitjean, S., Wiesbeck, G. A., Dürsteler, K. M., Lang, U. E., Seifert, C., Andreeff, K., Krausz, M., Walter, M. et Vogel, M. (2017). Effect of Door-Locking Policy on Inpatient Treatment of Substance Use and Dual Disorders. *European addiction research*, 23(2), 87-96. <https://doi.org/10.1159/000458757>

- Stensgaard, L., Andersen, M. K., Nordentoft, M. et Hjorthøj, C. (2018). Implementation of the safeguards model to reduce the use of coercive measures in adult psychiatric inpatient units: An interrupted time-series analysis. *Journal of psychiatric research*, 105, 147-152. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.026>
- Stepanow, C., Stepanow, J., Walter, M., Borgwardt, S., Lang, U. E. et Huber, C. G. (2019, 2019-February-28). Narrative Case Notes Have the Potential to Predict Seclusion 3 Days in Advance: A Mixed-Method Analysis [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry*, 10(96). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00096>
- Stewart, D., Van der Merwe, M., Bowers, L., Simpson, A. et Jones, J. (2010). A review of interventions to reduce mechanical restraint and seclusion among adult psychiatric inpatients. *Issues in mental health nursing*, 31(6), 413-424. <https://doi.org/10.3109/01612840903484113>
- Stewart, D., Van der Merwe, M., Bowers, L., Simpson, A. et Jones, J. (2010, Jun). A review of interventions to reduce mechanical restraint and seclusion among adult psychiatric inpatients. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(6), 413-424. <https://doi.org/10.3109/01612840903484113>
- Strand, M. et von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Patient-controlled hospital admission in psychiatry: A systematic review. *Nordic journal of psychiatry*, 69(8), 574-586. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1025835>
- Sustere, E. et Tarpey, E. (2019). Least restrictive practice: Its role in patient independence and recovery [Health Psychology & Medicine 3360]. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, No-Specified. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/14789949.2019.1566489> (Journal of Forensic Psychiatry)
- Tarasenko, M., Sullivan, M., Ritchie, A. J. et Spaulding, W. D. (2013). Effects of eliminating psychiatric rehabilitation from the secure levels of a mental-health service system. *Psychological services*, 10(4), 442-451. <https://doi.org/10.1037/a0030260>
- Väkiparta, L., Suominen, T., Paavilainen, E. et Kylmä, J. (2019). Using interventions to reduce seclusion and mechanical restraint use in adult psychiatric units: an integrative review. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(4), 765-778. <https://doi.org/10.1111/scs.12701>
- van de Sande, R., Noorthoorn, E., Nijman, H., Wierdsma, A., van de Staak, C., Hellendoorn, E. et Mulder, N. (2017, Oct). Associations between psychiatric symptoms and seclusion use: Clinical implications for care planning. *Int J Ment Health Nurs*, 26(5), 423-436. <https://doi.org/10.1111/inm.12381>
- van de Sande, R., Noorthoorn, E., Wierdsma, A., Hellendoorn, E., van der Staak, C., Mulder, C. L. et Nijman, H. (2013, Dec). Association between short-term structured risk assessment outcomes and seclusion. *Int J Ment Health Nurs*, 22(6), 475-484. <https://doi.org/10.1111/inm.12033>
- Van der Merwe, M., Muir-Cochrane, E., Jones, J., Tziggili, M. et Bowers, L. (2013). Improving seclusion practice: implications of a review of staff and patient views. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 20(3), 203-215.
- Van Dorn, R. A., Scheyett, A., Swanson, J. W. et Swartz, M. S. (2010). Psychiatric advance directives and social workers: an integrative review. *Social work*, 55(2), 157-167. <https://doi.org/10.1093/sw/55.2.157>
- Vatne, S. et Fagermoen, M. S. (2007). To correct and to acknowledge: two simultaneous and conflicting perspectives of limit-setting in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 41-48.

- Voskes, Y., Kemper, M., Landeweer, E. G. M. et Widdershoven, G. A. M. (2014). Preventing seclusion in psychiatry: a care ethics perspective on the first five minutes at admission. *Nursing ethics*, 21(7), 766-773. <https://doi.org/10.1177/0969733013493217>
- Wale, J. B., Belkin, G. S. et Moon, R. (2011). Reducing the use of seclusion and restraint in psychiatric emergency and adult inpatient services- improving patient-centered care. *Perm J*, 15(2), 57-62. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21841927>
- Weiss, E., Altimari, D., Blint, D. et Megan, K. (1998). Deadly restraint: a Hartford Courant investigative report. *Hartford Courant Journal*.
- Whittemore, R. et Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 546-553.
- Wieman, D. A., Camacho-Gonsalves, T., Huckshorn, K. A. et Leff, S. (2014). Multisite study of an evidence-based practice to reduce seclusion and restraint in psychiatric inpatient facilities [Inpatient & Hospital Services 3379]. *Psychiatric Services*, 65(3), 345-351. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc11&NEWS=N&AN=2014-09751-010> (Hospital & Community Psychiatry)
- Wilson, C., Rouse, L., Rae, S. et Kar Ray, M. (2017). Is restraint a “necessary evil” in mental health care? Mental health inpatients’ and staff members’ experience of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 500-512. <https://doi.org/doi:10.1111/inm.12382>
- Wilson, C., Rouse, L., Rae, S. et Kar Ray, M. (2018). Mental health inpatients’ and staff members’ suggestions for reducing physical restraint: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(3), 188-200. <https://doi.org/10.1111/jpm.12453>
- Wisdom, J. P., Wenger, D., Robertson, D., Van Bramer, J. et Sederer, L. I. (2015). The New York State Office of Mental Health Positive Alternatives to Restraint and Seclusion (PARS) Project. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 66(8), 851-856. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400279>

Survol de l'organisation des services de santé mentale forensique à travers le monde : vers un modèle hiérarchisé-équilibré

Anne G. Crocker^a

Marichelle Leclair^b

Félix Albert Bélanger^c

Jamie Livingston^d

RÉSUMÉ **Objectif** L'objectif du présent article est de fournir un survol de l'organisation des services de santé mentale forensique dans le monde. En particulier, nous avons tenté de répondre à la question suivante : « Quelles caractéristiques systémiques doivent être considérées dans la structure et l'organisation des services de santé mentale forensique ? »

Méthodes Pour ce faire, nous avons synthétisé l'information publiquement accessible qui décrit l'organisation des systèmes de psychiatrie légale dans le monde, identifiée à travers Academic Search Complete (EBSCO), ProQuest Central, Scopus, PsycInfo, Google Scholar et Google. Nous identifions les principes directeurs de l'organisation des services de psychiatrie légale et les indices potentiel de mesure de qualité des services.

-
- a. Ph. D., professeure titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie et École de criminologie, Université de Montréal; Directrice recherche et enseignement universitaire, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.
 - b. Candidate au Ph. D., Département de psychologie, Université de Montréal; Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.
 - c. Candidat au Ph. D., Département de psychologie, Université de Montréal; Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.
 - d. Ph.D., Associate professor, Department of Sociology and Criminology, Ste-Mary's University.

Résultats Cette recension sert de tremplin à l'élaboration de meilleures pratiques d'organisation des services de psychiatrie légale. Selon ces lignes directrices, un système de santé mentale forensique efficace inclurait les éléments suivants : un continuum complet de services hiérarchisés, l'intégration de services dans le système, l'adéquation des services aux besoins des personnes, l'adhésion aux principes de droits de la personne, la réponse à la diversité de la population et l'utilisation des meilleures données disponibles pour effectuer des changements systémiques.

Conclusion Bien que tous ces principes soient importants, nous détaillons comment les trois premiers (continuum, intégration et adéquation des services) peuvent s'appliquer à l'organisation des services de santé mentale forensique et proposons un continuum de services de santé mentale forensique hiérarchisés et intégrés.

MOTS CLÉS psychiatrie légale, services médico-légaux, troubles mentaux, criminalité, organisation des services

Overview of the Organisation of Forensic Mental Health Services Internationally: Towards a Balanced Care Model

ABSTRACT Objective The objective of this paper is to provide an overview of the provision and organization of forensic mental health services around the world. In particular, we attempt to address the following question: What system-level characteristics are important to consider in relation to the organization and structure of forensic mental health services?

Methods To do so, we synthesize publicly accessible information, identified through Academic Search Complete (EBSCO), ProQuest Central, Scopus, PsycInfo, Google Scholar and Google, to describe how forensic systems are organized throughout the world. We examine the fundamental principles in the organization of services and examine potential quality indicators.

Results This review is a steppingstone for the identification of best practices. Based on these fundamental principles, an efficient forensic mental health system would include the following elements: providing a comprehensive and balanced continuum of services; integrating services within and between systems; matching services to individual need; adhering to human rights; responding to population diversity; and using the best available evidence to make system-wide improvements.

Conclusion Though all of these system-level principles are important, we focus on how the first three (service continuum, system integration, and service matching) may be applied to the organization of forensic mental health services.

KEYWORDS forensic psychiatry, mental disorder, severe mental illness, criminal justice involvement, service provision

Les systèmes de santé mentale forensique¹ ont significativement évolué au cours des 50 dernières années un peu partout à travers le monde, tout comme la diversité des services et des pratiques (Jansman-Hart et coll., 2011a; Priebe et coll., 2008a). Cette évolution s'est opérée en fonction des cadres juridiques, des environnements sociosanitaires et des contextes socioculturels plus généraux. Parallèlement, une augmentation importante du nombre de personnes prises en charge par ces systèmes de santé mentale forensique a été observée à travers le monde, en particulier en occident (Jasman-Hart et coll., 2011). Les hypothèses véhiculées afin d'expliquer cet accroissement ont longtemps porté sur le processus de désinstitutionnalisation et l'augmentation de comportements violents chez les personnes ayant des troubles mentaux. Il est maintenant reconnu que ces hypothèses sont fausses (Large et Nielssen, 2009; Mundt et coll., 2015) d'une réalité beaucoup plus complexe (Roth, 2021). Plusieurs facteurs ont plutôt contribué à cette augmentation de la demande de soins spécialisés, dont les changements législatifs aux Codes criminels et civils² qui balisent davantage l'utilisation de dispositions de soins sous contraintes, la réduction constante de lits dans les institutions psychiatriques, l'inadéquation des services de santé mentale dans la collectivité pour des personnes ayant des besoins complexes, le manque criant de ressources communautaires psychosociales et l'intolérance de la population générale face aux comportements parfois dérangeants de certaines personnes ayant des problèmes de santé mentale (Jansman-Hart et coll., 2011b; Lamb, 2009; Priebe et coll., 2008b; Rock, 2001; Smith et coll., 2020; Whitley et Berry, 2013; Whitley et Prince, 2005). Ces conditions structurelles et systémiques font que le système de justice est de plus en plus utilisé comme levier d'accès à des soins spécialisés, qui sont outillés pour répondre aux besoins complexes des personnes ayant des troubles mentaux graves et des comportements jugés comme étant antisociaux ou de violence. Cette priorisation judiciaire des soins est par ailleurs désignée par certains observateurs comme la « forensification » de la santé mentale (Alford, 2002; Seto et coll., 2001).

-
1. Les systèmes de santé mentale forensique offrent des services d'évaluation et des soins aux personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères et posant un risque envers les autres ou ayant eu des démêlés avec la justice, dans des conditions de sécurité thérapeutique dans les hôpitaux, dans la communauté ou dans les institutions correctionnelles.
 2. Aussi appelés « Lois sur la santé mentale » ou *Mental Health Acts*.

En plus de soulever un certain nombre de questions humanitaires ainsi que des questions concernant la capacité des services réguliers de santé mentale à prendre en charge les soins des patients aux comportements parfois perturbateurs, cette tendance engendre des coûts économiques importants. En Alberta (Canada) par exemple, le coût annuel des services de santé mentale forensique est estimé à 275 000 CAD par personne (Jacobs et coll., 2016), soit presque 5 fois les coûts en santé mentale générale, ce qui est comparable aux coûts d'autres juridictions dans le monde (Avramenko et coll., 2009; Barrett et coll., 2005). Bien qu'il existe très peu d'études sur le coût-efficacité de différentes approches en santé mentale forensique, ces coûts soulèvent d'importantes questions sur l'optimisation du recours au système de santé mentale forensique, particulièrement aux milieux institutionnels pour les personnes présentant peu de risque de récidive violente.

L'objectif de cet article est de synthétiser des points saillants de la littérature scientifique, de la littérature grise et de la documentation web concernant la prestation des services de santé mentale forensique à travers le monde. La version exhaustive de cette recension est disponible dans le *Handbook of Forensic Mental Health Services* (Crocker et coll., 2017). Dans le cadre de la présente réflexion, nous nous centrons sur la question suivante: « Quelles sont les caractéristiques importantes à considérer dans l'organisation et la structure des services de santé mentale forensique ? »

Méthodes

Nous synthétisons ici les informations recensées pour décrire comment les systèmes de santé mentale forensiques sont organisés à travers le monde. Des informations disponibles en anglais, en français ou en espagnol ont été analysées afin d'évaluer la présence de services de santé mentale forensiques dédiés, leur degré d'intégration avec les services généraux de santé mentale, le degré de centralisation des services, la continuité des soins après la libération ainsi que la présence de soutien à l'hébergement pour la clientèle forensique. Nous soulevons ensuite les obstacles les plus importants auxquels font face les services forensiques pour la prestation des soins et finissons avec des approches émergentes. Pour y parvenir, nous avons réalisé une revue en deux temps. Premièrement, pour le chapitre de livre, publié en 2017 (Crocker et coll.), sur lequel est basé cet article, nous avons procédé à une revue de littérature sur des documents académiques et non académiques

publiés avant le 1^{er} septembre 2016, en lien avec l'organisation des services de santé mentale forensique à travers le monde. Brièvement, les bases de données Academic Search Complete (EBSCO), ProQuest Central, Scopus, PsycInfo, Google Scholar et Google ont été vérifiées en utilisant les mots clés *forensic psychiatry*, *forensic services*, *forensic service provision*, *forensic mental health services*, *insanity defense* et *mentally ill offenders*, en y ajoutant parfois le nom d'une région ou d'un pays spécifique. Deuxièmement, afin de mettre à jour nos sources, nous avons vérifié les bases de données PubMed, Scopus, Google Scholar et Google en utilisant les mêmes mots clés que pour le chapitre publié en 2017 (Crocker et coll.). Pour ce deuxième volet, les documents publiés entre le 01-09-2016 et le 01-09-2021 ont été identifiés. Aux deux temps de la recension, les articles ont été sélectionnés puis analysés manuellement. Les informations décrites ici proviennent de recensions antérieures de la littérature sur les systèmes santé forensiques (numéro spécial de l'*International Journal of Law and Psychiatry*, 23, 2000; Every-Palmer et coll., 2014; Mundt et coll., 2012; Priebe et coll., 2008; Salize et coll., 2005; Taylor et coll., 2013), ainsi que des articles scientifiques, des rapports gouvernementaux et des rapports de l'Organisation mondiale de la santé (WHO-AIMS). Nous utilisons l'expression « services de santé mentale forensique » comme englobant à la fois les services traditionnels de psychiatrie légale en institution, mais également les services de santé mentale offerts par différents praticiens et cliniciens, les services de logement, les parcours judiciaires spécialisés (comme les tribunaux en santé mentale), etc.

Le portrait présenté ci-dessous repose sur la documentation disponible publiquement; des informations étaient plus susceptibles d'être disponibles pour certaines juridictions (par ex. au Canada et au Royaume-Uni) que pour d'autres régions du monde (par ex. en Afrique ou au Moyen-Orient).

Résultats

La prestation des services de santé mentale forensique varie en fonction des différentes juridictions, dont celles des pays de la Common Law, de droit civil et des anciens pays communistes. D'une part, la prestation des services est organisée selon des critères légaux spécifiques, ainsi que selon des niveaux de centralisation et d'intégration des services qui varient. Des tableaux comprenant des informations spécifiques pour chaque pays étudié sont présentés à la fin du texte. Les informations

présentées portent sur l'évaluation de l'aptitude à subir son procès, défense de non-responsabilité, ainsi que sur les processus de révisions des statuts légaux des usagers des services de santé mentale forensique et sur l'autorité décidant de la mise en liberté des usagers.

Critères légaux généraux

Aptitude à subir son procès. La notion d'aptitude à subir son procès est davantage répandue dans les pays de la Common Law que dans les pays d'autres cadres juridiques (voir tableau 1). Malgré des variations mineures, la plupart des tests légaux d'incapacité évaluent l'incapacité à comprendre la nature et la sévérité des accusations; à comprendre la nature, l'objet et les conséquences des procédures judiciaires; et à communiquer avec son avocat pour établir sa défense. Puisque le droit civil implique souvent un rôle plus passif de la part des accusés que dans la Common Law, les pays d'Europe continentale et autres juridictions dont l'héritage juridique découle du droit romain n'ont pas tendance à évaluer l'aptitude à subir son procès (voir Taylor et coll., 2013). Il est possible que la durée de détention des personnes inaptes soit indéfinie, mais plusieurs juridictions ont des dispositions particulières pour les personnes inaptes de façon permanente ou semi-permanente. **Défense de non-responsabilité ou responsabilité diminuée.** La défense de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux est disponible dans la plupart des pays avec la *Common Law* (voir Tableau 1), bien qu'il existe des variations importantes dans son application. La plupart de ces pays ont adopté une forme de la règle M'Naghten, parfois avec une composante volitive (c.-à-d. que la personne était incapable de s'empêcher de commettre le geste). Cette composante ouvre la porte à l'admissibilité des troubles de la personnalité, à moins qu'ils ne soient explicitement exclus selon le texte de la loi ou selon la jurisprudence. La défense de non-responsabilité criminelle ou de responsabilité diminuée sont également disponibles dans plusieurs pays des familles des cadres juridiques napoléoniens et germaniques. Dans la plupart des juridictions de la Common Law, les troubles de personnalité ne sont pas admissibles, ou bien selon le droit ou en pratique (p. ex Écosse, Canada, Nouvelle-Zélande, la plupart des États américains), alors qu'ils forment une importante proportion de la population forensique en Angleterre et Pays de Galles, aux Pays-Bas, en Belgique, en Allemagne, en Autriche et en Grèce. Il est à noter que le type de troubles mentaux pouvant être considéré dans le cadre d'une défense de non-responsabilité ou de responsabilité diminuée est rarement explicité par le droit.

Conditions de mise en liberté. Bien que la durée de la détention hospitalière soit, dans plusieurs juridictions, illimitée et sujette à une réévaluation régulière, d'autres pays ont choisi d'instaurer des mesures pour imposer des limites minimales (p. ex. Italie) ou maximales (p. ex. Irlande, Australie) à la détention hospitalière, souvent en lien avec la sévérité du délit. Le pouvoir décisionnel de libérer un patient appartient le plus souvent à la cour, mais parfois au psychiatre traitant ou est sujet à l'assentiment ministériel. Des comités indépendants ou des tribunaux administratifs spécialisés en santé mentale ont été mis en place dans plusieurs pays, dont au Canada (Commissions d'examen des troubles mentaux).

Prestation de services de santé mentale forensiques et trajectoires de soins

L'un des fondements de l'organisation des services de santé mentale forensiques est le degré auquel ils sont centralisés et intégrés aux services de santé mentale civils.

Certains pays, comme l'Autriche et le Royaume-Uni, sont organisés à un niveau national. Les services forensiques, fortement centralisés, relèvent de ministères aux plus hauts paliers de gouvernements et sont dispensés de manière relativement uniformes à travers le pays. D'autres pays ont des systèmes où le niveau de centralisation est modéré, c'est-à-dire que les services forensiques sont fédéralisés ou administrés au niveau des États ou des districts. Au Canada, aux États-Unis, en Australie, en Allemagne, en Belgique, en Finlande et aux Pays-Bas, l'organisation des services forensiques dépend de la province et peut présenter des différences selon la région. Enfin, les services forensiques de la Norvège et du Danemark sont administrés au niveau des municipalités et comtés. Il s'agit d'un niveau d'organisation très décentralisé où les institutions qui dispensent les services forensiques varient selon les villes.

Parmi ces modèles de centralisation, le niveau d'intégrations des services forensiques aux services de santé mentale plus largement varie selon les pays. Dans certains cas, les établissements forensiques sont entièrement distincts du système de santé, et sont parfois même sous l'autorité d'un autre département ou ministère comme celui de la Justice par exemple. Dans d'autres cas, il n'y a aucune distinction entre les services forensiques et civils, et le placement est basé sur le niveau de sécurité requis plutôt que sur le statut légal, comme en Finlande ou en Angleterre. Pour la plupart des États, les services sont offerts à

la fois dans des hôpitaux de psychiatrie légale ou dans des hôpitaux de psychiatrie générale. D'autres pays dispensent les services dans des hôpitaux de psychiatrie légale, dans des hôpitaux de psychiatrie générale, mais également dans des hôpitaux civils, selon l'État ou la province, voire uniquement dans des hôpitaux de psychiatrie générale.

Pour illustrer ces différents niveaux de centralisation et d'intégration, nous avons choisi de présenter l'organisation des prestations de services et de trajectoires de soins dans un nombre limité de pays, qui semblaient les plus prototypiques.

En Angleterre et au Pays de Galles, les services forensiques sont organisés par niveau de sécurité et assurés par le *National Health Service* (NHS) ou le secteur privé. Les hôpitaux et unités ne sont pas divisés en services forensiques et non forensiques comme tels. Il y a 3 hôpitaux à sécurité élevée (*high secure*) qui desservent les personnes qui sont formellement détenues en vertu d'une loi de santé mentale (*Mental Health Act*³) (McMurran et coll., 2009). Les unités à sécurité moyennes reçoivent les personnes qui présentent un risque envers les autres ou les personnes ayant commis un délit mineur et sont traitées dans les hôpitaux de psychiatrie générale (National Health Service, 2013). Les services forensiques sont dispensés selon 5 grandes trajectoires de soins forensiques développés afin d'assurer que les besoins des patients soient adressés au bon moment et que les décisions soient basées sur des données probantes (*Care Pathways and Packages Project*, 2009).

En Irlande et en Écosse, les services forensiques sont organisés par niveau de risque et de sécurité et admettent des personnes ayant des troubles mentaux, judiciairisées ou non. Les unités à sécurité élevée desservent les personnes qui présentent un danger grave et immédiat envers les autres. En Irlande, le *National Forensic Mental Health Service* (NFMHS) est basé au Central Mental Hospital Dublin. D'autres personnes ayant un trouble mental qui ont commis un délit peuvent être traitées dans les centres de psychiatries ou des hôpitaux privés. Des équipes régionales de santé mentale forensiques assurent ensuite un suivi et un soutien au fur et à mesure que les personnes vont vers des niveaux de sécurité moins contraignants et dans la communauté (Mental Health Commission, 2006; O'Neil, 2012; Walsh, 2005). En Écosse, les services forensiques sont assurés par la *National Health*

3. *Mental Health Act* – équivalent sans être identique à la Loi sur la protection des personnes présentant un danger pour elles-mêmes ou pour autrui au Québec.

Services (NHS) par le biais d'une coordination de la *Forensic Mental Health Services Managed Care Network* (Forensic Network, 2016; McMurran et coll., 2009; Thomson, 2016). Les services à sécurité moyenne sont dispensés régionalement et les services à sécurité faible sont dispensés localement (Crichton et coll., 2004; Forensic Network, 2016; Thomson, 2016).

En Nouvelle-Zélande, les services forensiques sont décentralisés et configurés régionalement, sans organisation chapeau et entièrement intégrés au continuum de services généraux de santé mentale. Toutes les régions ont des services à sécurité moyenne et la plupart ont également des unités à sécurité faible. La plupart de ces services offrent des services externes pour les personnes libérées, mais n'étant pas encore prêtes à intégrer les services de santé mentale réguliers ⁴ (Brinded, 2000; Ministry of Health, 2007).

Au Canada, comme en Australie, il n'y a pas de structure fédérale de services de santé mentale forensique; les services sont organisés et dispensés par territoire et province et font partie du système de santé publique (Crocker, Nicholls, Seto, Charette, et coll., 2015a; Livingston, 2006). De plus, la plupart des services forensiques au Canada offrent également des services de soutien, d'évaluation et de soins en milieu carcéral.⁵ Les modèles d'organisation de services forensiques au Canada varient de très centralisés et intégrés (p. ex. en Colombie-Britannique) à plusieurs unités dédiées à travers la province à très décentralisés, régionaux et non spécialisés au Québec (BC Mental Health et Substance Use Services, 2013; Crocker et coll., 2010; Livingston, 2006). Le soutien à l'hébergement quant à lui est disponible, mais encore très limité à travers le pays (Livingston et coll., 2003; Salem et coll., 2015).

Discussion

Principes d'organisations de services de santé mentale forensique

Comme nous l'avons souligné ci-dessus, la manière dont les services forensiques sont régis et organisés varie d'un pays à l'autre, voire d'une province ou d'un État à l'autre à l'intérieur d'un même pays. Certaines

4. Avec l'exception du service forensique d'Auckland qui transfère les personnes libérées vers les services généraux de santé mentale avec des services de liaison avec le système forensique.

5. Au Canada, les établissements carcéraux provinciaux reçoivent les personnes ayant une sentence de moins de 2 ans.

juridictions ont mis en œuvre des systèmes forensiques spécialisés autonomes dotés de ressources et de mandats détachés de la santé mentale générale. D'autres ont délibérément combiné le rôle et la fonction des services forensiques à même les systèmes de santé mentale.

L'absence de consensus sur la façon la plus efficace d'organiser les services forensiques contribue également à ce que les systèmes soient moulés en formes uniques dans différentes régions du monde. Bien que les chercheurs aient spéculé sur les avantages et les limites relatifs aux différents modèles de configuration (Humber et coll., 2011), ce domaine n'a pas fait l'objet d'examens empiriques. Conséquemment, il n'y a pas de gabarit basé sur des données probantes quant à la manière dont un système de santé mentale forensique devrait être organisé et déployé. Toutefois, il existe des lignes directrices pour l'organisation de systèmes de santé mentale et de dépendances qui peuvent servir de canevas (Hogan et coll., 2003 ; McDaid et Thornicroft, 2005 ; National Treatment Strategy Working Group, 2008 ; Roberts et Ogborne, 1999 ; Rush, 2010 ; Thornicroft et Tansella, 2004 ; U.S. Department of Health and Human Services, 2009 ; World Health Organization, 2003). Avec certaines adaptations au rôle et fonctions uniques de services forensiques (p. ex. la nature involontaire et la focalisation sur la sécurité du publique), ces principes systémiques sont transférables à l'arène de la santé mentale forensique.

Selon ces lignes directrices, un système de santé mentale forensique efficace inclurait les éléments suivants : a) un continuum complet de services hiérarchisés ; b) l'intégration de services à même le système de soins en santé mentale ; c) l'adéquation des services aux besoins des personnes ; d) l'adhérence aux principes de droits de la personne ; e) réponse à la diversité de la population ; f) l'utilisation des meilleures données disponibles pour effectuer des changements systémiques. Plus récemment, Kennedy et coll. (2019) ajoutent que l'excellence d'un système de santé mentale forensique se mesurerait à sa capacité de réaliser des recherches rigoureuses de type essais contrôlés randomisés afin d'assurer une amélioration continue des interventions usuelles. Bien que tous ces principes soient importants, nous focalisons sur les 3 premiers (continuum, intégration et adéquation des services) qui peuvent s'appliquer à l'organisation des services de santé mentale forensique.

Un continuum de services hiérarchisés-équilibrés⁶

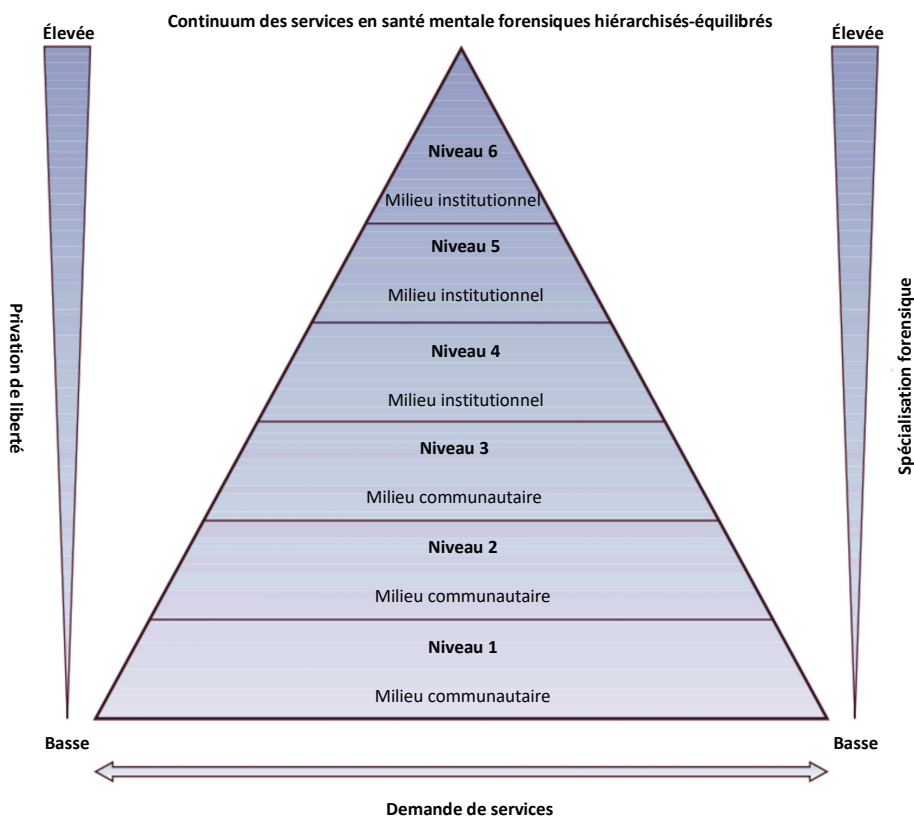
Comme nous l'avons observé à partir de notre synthèse internationale (Crocker et coll., 2017), les systèmes de santé mentale forensiques contemporains ont tendance à être alignés sur un paradigme de garde ou de détention (McKenna et coll., 2014) où les ressources et services sont concentrés dans les milieux institutionnels, comme les établissements forensiques autonomes, les unités forensiques des hôpitaux psychiatriques ou les services psychiatriques en milieu correctionnel. Les institutions forensiques jouent un rôle essentiel pour contenir et atténuer les risques pour la sécurité publique, permettre aux personnes atteintes de troubles mentaux qui ont des démêlés avec la justice d'accéder des services et des interventions thérapeutiques appropriés et faciliter la réintégration communautaire éventuelle, le désistement à la criminalité et le rétablissement individuel. En même temps, les établissements forensiques ont traditionnellement incarné des caractéristiques oppressives d'une « institution totale » (Goffman, 1961) ou les patients (ou détenus selon les juridictions) sont sujets à des degrés variés de privation de libertés, autonomie, biens matériels, relations intimes et sécurité. Ces institutions représentent également un moyen très coûteux d'offrir des services qui, dans certains cas, pourraient être offerts dans la communauté ou d'autres milieux fermés ou ouverts. Leur utilisation doit donc être bien ciblée et balisée afin de répondre à des besoins complexes et des risques élevés de violence et de criminalité avec une durée de séjour la plus courte possible.

La proposition selon laquelle les systèmes de santé mentale et de dépendances sont plus efficaces lorsqu'ils donnent accès à un continuum complet et équilibré de services et de soutien découle de préoccupations semblables. Dans le cas d'une approche de soins hiérarchisés-équilibrés, une gamme flexible de services sont principalement offerts dans les milieux communautaires locaux et couvrent des secteurs généraux et spécialisés, en mettant l'accent sur des caractéristiques telles que la prestation de services de proximité, l'adaptation des services aux besoins individuels, le soutien au choix des utilisateurs de services, la coordination des soins entre les intervenants des organismes/organisations et l'offre de services mobiles (Thornicroft et Tansella, 2013). Un modèle de soins hiérarchisés-équilibré qui offre

6. Le terme hiérarchisé ici réfère à la notion d'ordonnancement en fonction de critères de droits et libertés ainsi que de spécialisation de soins et non pas de priorisation ou de niveau d'autorité (voir figure 1).

des services basés sur des données probantes assurerait que certaines personnes aux prises avec un problème de santé mentale n'aient pas de démêlés inutiles avec la justice. Ceci permettrait également que des services de qualité soient offerts aux personnes ayant des besoins de santé mentale dans le système de justice pénale (p. ex. à l'arrestation, en détention préventive, à l'incarcération ou en probation) afin de prévenir une judiciarisation future (Munetz et Griffin, 2006) et un meilleur potentiel de rétablissement.

Le cadre conceptuel utilisé pour décrire à quoi ressemblent les systèmes de soins hiérarchisés-équilibrés est le modèle multiniveaux (National Treatment Strategy Working Group, 2008 ; Rush, 2010 ; World Health Organization, 2003). Un aspect fondamental du modèle multiniveaux est le regroupement de services ayant des niveaux comparables d'intensité, de spécialisation et de restriction. Des services comparables peuvent être regroupés en niveaux qui sont les plus appropriés pour répondre aux besoins de groupes distincts de personnes selon l'acuité, la complexité et la chronicité de leurs problèmes de santé mentale ou d'usage de substances. Par exemple, les services hautement spécialisés et intensifs (et, il s'en suit, onéreux) sont plus appropriés pour les personnes ayant les problèmes les plus sévères (c.-à.-d. aigus, complexes et chroniques), alors qu'ils sont inappropriés pour les personnes ayant un niveau faible ou modéré de détresse ou de déficit de fonctionnement. Une autre caractéristique du modèle multiniveaux est que la distribution des services devrait être ancrée dans la distribution populationnelle de la sévérité des problèmes. Les personnes ayant une sévérité plus faible de problèmes de santé mentale sont plus nombreuses et la demande pour les services à faible intensité et spécialisation est donc grande. À l'inverse, les problèmes sévères de santé mentale et d'usage de substances sont moins communs dans la population et la demande pour les services hautement intensifs et spécialisés est donc relativement faible. Le système de services de santé devrait donc prendre forme en fonction de la demande pour les différents niveaux de services. Selon les principes du modèle multiniveaux, un continuum de services hiérarchisés-équilibrés en santé mentale forensique ressemblerait au diagramme ci-dessous.



Ce modèle conceptuel s'inspire d'autres propositions (p. ex. Kennedy, 2002; Mullen, 2000; O'Dwyer et coll., 2011; Thornicroft et Tansella, 2013; World Health Organization, 2003) pour mettre de l'avant 6 niveaux comprenant un groupe de services de santé mentale forensique en communauté (niveaux 1-3) et un groupe en établissement fermé (niveaux 4-6). Chaque groupe de service comprendrait des interventions basées sur les données probantes correspondant à la fonction particulière des niveaux de service le composant, adaptable à la réalité de différentes juridictions. En comparaison aux autres modèles multi-niveaux de services de santé mentale générale, le présent modèle met davantage l'accent sur les services institutionnels de façon à refléter la nature distincte des populations forensiques et le rôle de gestionnaire du risque des systèmes forensiques. Malgré tout, trouver un équilibre entre les services en établissement fermé et les services en communauté

est essentiel pour les systèmes de santé mentale forensique (Mullen, 2000), et il a d'ailleurs été suggéré que les investissements dans les services en communauté devraient être égaux, voire supérieurs, à ceux en milieux fermés (Thornicroft et Tansella, 2013).

Tel que révélé par notre survol des systèmes forensiques, la moitié supérieure de la pyramide (niveaux 4-6) représente la façon dont plusieurs juridictions internationalement distribuent présentement les personnes en milieu institutionnel à sécurité faible, modérée ou élevée, détenues ou non selon les dispositions législatives (Pillay et coll., 2008). Le niveau 6, services en milieu institutionnel à sécurité élevée, représente les services les plus restrictifs, intensifs, spécialisés et coûteux dans le système de santé mentale forensique. Il dessert également la plus petite partie de la population forensique. L'objectif des services du niveau 6 est de stabiliser les problèmes aigus de santé mentale et d'usage de substances, tout en ciblant les besoins criminogènes spécifiques afin d'assurer une transition sécuritaire aux niveaux de sécurité plus faibles. En revanche, les services du niveau 4 sont à faible sécurité et sont les services les moins intensifs et les moins spécialisés parmi ceux dispensés en établissement fermé. Ils sont désignés pour préparer les utilisateurs de services à transitionner dans la communauté, par exemple en travaillant la prévention des rechutes et les compétences à la vie autonome.

La moitié inférieure de la pyramide (niveaux 1-3) représente un continuum de soins dans la communauté qui répond adéquatement aux besoins des utilisateurs de services en termes de besoins cliniques et criminogènes. Le niveau 3 représente les services en communauté de haute intensité, susceptibles d'inclure des environnements de vie structurés (p. ex. logement assisté, résidences) en combinaison avec des approches de suivi et traitement en communauté offertes par des équipes multidisciplinaires, spécialisées en santé mentale forensique. Le plus faible niveau d'intensité de services en communauté requiert le plus faible niveau de spécialisation et se concentrerait sur la continuité des soins avec le système de santé mentale général.

Adéquation des services aux besoins

Une partie intégrante du modèle multiniveaux ou modèle hiérarchisé-équilibré est le principe que les systèmes sont mieux organisés de façon à permettre aux individus d'accéder à un éventail de services en fonction de leurs besoins (National Treatment Strategy Working Group, 2008; Thornicroft et Tansella, 2003; World Health Organization,

2003). Un système qui offre des services adaptés aux besoins individuels, aussi connu sous le nom de « soins par palier », peut efficacement répondre à différents niveaux de chronicité, d'acuité et de complexité de la maladie, tout en étant flexible à l'évolution des besoins des personnes (Bower et Gilbody, 2005 ; Rush, 2010). Dans le cas de la santé mentale forensique, la composante de facteurs criminogènes et de risque de violence ajoute un niveau de complexité, mais aussi de besoins à prendre en compte. Des évaluations complètes et régulières des besoins afin d'orienter les patients vers les services (types et intensité) pertinents sont une caractéristique essentielle d'un système organisé autour d'une approche de soins par palier (Goldman et coll., 2000). Un système bien conçu offre aux individus les interventions les moins restrictives, intensives, intrusives et onéreuses, et permet aux patients de transférer d'un palier d'intensité à l'autre, selon l'évolution de leurs besoins (McDaid et Thornicroft, 2005 ; Von Korff et Tiemens, 2000).

Ces principes du système sont alignés avec les pratiques d'intervention en milieu correctionnel basées sur les données probantes (Andrews et Bonta, 2010 ; Lipsey et Cullen, 2007 ; Prins et Draper, 2009 ; Romani, Morgan, Gross et McDonald, 2012), dans un contexte où le milieu correctionnel prend de plus en plus d'ampleur auprès des personnes ayant des troubles mentaux qui ont des démêlés avec la justice (Morgan et coll., 2020 ; Skeem et coll., 2015). Le modèle risque-besoins-réceptivité (*risk-need-responsivity*; RNR, Andrews, Bonta et Hoge, 1990 ; Andrews, Bonta et Wormith, 2011) suggère que l'intensité des services devrait être cohérente avec le niveau de risque de récidive de la personne et donc que les services institutionnels intensifs devraient être réservés aux personnes à haut risque (principe du risque). Les services devraient également cibler et répondre aux besoins criminogènes – les facteurs de risque dynamiques réputés être prédicteurs de récidive (principe des besoins). De plus, les interventions devraient être orientées vers des stratégies cognitivo-comportementales et prendre en compte le style d'apprentissage, la motivation, les habiletés et les forces des utilisateurs de services (principe de la réceptivité). Un autre modèle théorique pertinent, développé par Prins et Draper (2009) et repris par d'autres chercheurs (Osher et coll., 2012 ; Skeem et coll., 2011), applique les principes du RNR à la gestion des individus ayant un trouble mental au sein des services correctionnels communautaires par exemple. Ce cadre propose que les besoins criminogènes et les déficits en fonctionnement devraient déterminer l'intensité des services judiciaires et de santé mentale, et le degré de coordination entre eux.

Un système de santé mentale forensique organisé selon le modèle multiniveaux et le cadre théorique de Pins et Draper (2009) comprendrait des regroupements de services ayant des interventions thérapeutiques et mesures de sécurité distinctes afin de cibler différents groupes selon leur profil de risque et de besoins, tel que présenté dans le tableau 3.

Les services forensiques en milieu institutionnel (niveaux 4 et 6) sont appropriés pour les utilisateurs de services dont le risque criminogène est jugé comme étant modéré à élevé, ainsi que ceux ayant des problèmes de santé mentale et d'usage de substances importants, et qui sont donc plus susceptibles de bénéficier de services forensiques hautement spécialisés. Les services dans la communauté seraient, quant à eux, plus appropriés pour les utilisateurs de services à faible ou moyen niveau de risque criminogène et ayant des besoins cliniques faibles à modérés, en adaptant le degré de spécialisation des services. Par exemple, les personnes vivant dans la communauté et ayant des besoins criminogènes moyens ou élevés pourraient bénéficier de services spécialisés, comme les équipes de suivi intensif forensique (*Forensic Assertive Community Treatment*) (Goulet et coll., 2021).

L'intégration des systèmes

Les utilisateurs de services forensiques doivent accéder à différents systèmes et sous-systèmes afin que leurs besoins multiples soient tous satisfaits. Plusieurs obstacles font en sorte que les services ne peuvent atteindre un niveau optimal d'intégration et de coordination, dont des structures de financement fragmentées. La complexité des problèmes sociaux, psychiatriques, d'addictions et de justice criminelle et civile (consentement aux soins p. ex.) présents au sein de la population de santé mentale forensique pose des défis pour la coordination et l'intégration des services. Cette situation est aggravée par le fait que les personnes ayant un trouble mental et des comportements perçus comme dérangeants ou agressifs sont souvent rejetées par les services, leurs besoins étant jugés trop complexes (Wolff, 2002).

Recevoir les soins de différents systèmes, ou différentes composantes d'un système est hautement problématique pour une population ayant de nombreux besoins complexes concomitants et ayant vécu des ruptures sociales importantes, des traumatismes multiples et des trajectoires de soins interrompues. Un principe fondamental pour l'organisation efficace des services de santé mentale et d'addictions est que les systèmes soient être intégrés (Craven et Bland, 2006; Thornicroft

et Tansella, 2003). Dans le contexte de la santé mentale forensique, l'intégration des systèmes vise à assurer une continuité de services à l'intérieur de, et entre, les systèmes de santé mentale, d'addictions, de justice criminelle, correctionnelle, de programmes de logement et autres secteurs essentiels. L'objectif de cette intégration est d'encourager la prestation de services continue, de promouvoir l'efficacité, d'optimiser les ressources limitées et d'améliorer les résultats, tant pour les individus que pour les systèmes. L'intégration des systèmes est promue à travers des structures et des processus qui facilitent les collaborations, les partenariats et la communication entre les professionnels et les agences.

Des modèles d'intégration entre les services de santé mentale, de justice criminelle et de soutien en communauté ont été développés (Lamberti et coll., 2011; Osher et coll., 2012; Weisman et coll., 2004). Cette synthèse de systèmes forensiques montre également que les juridictions à travers le monde ont tenté d'intégrer les systèmes de différentes façons, afin de répondre aux besoins de leurs utilisateurs. Un aspect de l'intégration des systèmes est la coordination et la création de réseaux entre les différentes composantes du continuum de services de santé mentale, d'usage de substances et correctionnel. L'intégration entre les milieux fermés et communautaires est également essentielle pour que les services de santé mentale forensiques soient dispensés de façon efficace et utile. Des occasions de collaboration multisystémique et d'intégration entre les systèmes existent à de multiples points du modèle multiniveaux. Ainsi, les besoins des utilisateurs de services forensiques aux niveaux les plus faibles (p. ex. 1 ou 2) pourraient être pris en compte par le système de santé mentale générale, puisque le besoin pour des services forensiques spécialisé a possiblement déjà été considéré (Humber et coll., 2011). Cette approche a par ailleurs été adoptée par plusieurs pays. L'intégration des stratégies de gestion de risque et le transfert des compétences et de l'expertise forensique dans le système de santé générale afin de permettre à davantage d'utilisateurs de services de santé forensique de transitionner vers le système de santé mentale général lorsqu'approprié. Cela a plusieurs avantages, dont faire de la place dans le système forensique à sécurité plus élevé et éviter de limiter la liberté des utilisateurs de services lorsque non nécessaire.

Conclusion

Notre synthèse internationale révèle que plusieurs options existent pour l'organisation des systèmes de santé mentale forensique. En plus de différences populationnelles, les modèles varient en termes de degré auquel les services sont intégrés avec les autres secteurs, comme les systèmes de santé mentale générale, non forensiques, les services d'addictologie ainsi que le système correctionnel. Une approche, que nous appelons l'approche « spécialisée », offre des services de santé mentale forensique spécialisés à tous les utilisateurs tout au long de leurs trajectoires de soins en milieu fermé (p. ex. hôpital forensique) et dans la communauté (p. ex. soins ambulatoires forensiques). En contraste, un modèle « mixte » permet l'accès aux soins spécialisés selon les besoins, et donc certains utilisateurs de services (p. ex. risque modéré à élevé) reçoivent des services spécialisés en santé mentale forensique, alors que les autres reçoivent des services en hôpital ou en communauté au sein du système de santé mentale général. Ce modèle vise à adapter les soins (spécialisés vs intégrés) aux besoins individuels, ce qui est consistant avec les principes du modèle multiniveaux. Finalement, dans le modèle « général » les utilisateurs de services forensiques reçoivent les services soit entièrement (p. ex. communauté et hôpital) ou partiellement (p. ex. communauté seulement) dans le système de santé mentale général – une organisation des services qui dépend habituellement des ressources disponibles plutôt que des besoins des personnes. En théorie, ces différentes stratégies d'intégration ont chacune des forces et des faiblesses, mais leur relative efficacité requiert davantage de recherches.

TABLEAU 1
Aptitude à subir son procès et défense fondée sur les troubles mentaux, selon le pays

(Asokan, 2014; Chadda, 2013; Jagadisha et coll., 2000; Nambi, 2010)

Cadre juridique/Pays	Aptitude à subir son procès	Défense fondée sur les troubles mentaux
Pays de Common Law		
Afrique du Sud (Hooper et Kaliski, 2010; Taylor et coll., 2013)	Évaluée. La sévérité du délit ainsi que la probabilité que l'accusé ait commis le délit sont prises en considération dans les décisions liées aux dispositions suivant une déclaration d'inaptitude.	Disponible (responsabilité atténuée également).
Angleterre et Pays de Galles (Grubin, 2007; James, 2005; Mudathikundan et coll., 2014; Salize et coll., 2005)	Évaluée.	Disponible (responsabilité atténuée également). Les services psychologiques peuvent être offerts aux individus ayant un TP et ayant été déclarés coupables puis condamnés à recevoir un traitement involontaire.
Australie (Hunyor, 2012; Jager, 2001; Mullen et coll., 2000; Mullen et Chettleburgh, 2002; Taylor et coll., 2013; Williams, 2000)	Évaluée. Les procédures diffèrent d'une juridiction à l'autre si un accusé est trouvé inapte de façon permanente ou pour une période prolongée. (QLD mettra fin aux procédures; NSW, VIC, TAS, NT tiendront une audience spéciale pour déterminer la culpabilité et la détention; SA et WA placeront l'accusé indéfiniment en hôpital sécuritaire afin qu'il subisse son procès lorsqu'il sera suffisamment rétabli.)	Disponible (NSW, QLD, ACT, NT ont également la défense de responsabilité atténuée). Règle générale, les TP ne sont pas admissibles.
Canada (Code criminel canadien, 1992)	Évaluée.	Disponible.
Écosse (Crichton et coll., 2004; Darjee et Crichton, 2003; Gunn et coll., 2013)	Évaluée.	Disponible. Malgré l'existence d'une catégorie légale spécifique permettant l'admission des personnes ayant un TP, en pratique, peu le sont. (Darjee et Crichton, 2003; Gunn et coll., 2013).
États-Unis (Bloom et coll., 2000; Bureau of Justice Statistics, 2004; Greenberg et Felthous, 2007; 406 U.S. 715, 1972)	Évaluée. Si l'aptitude n'est pas restaurée en un temps jugé raisonnable, les accusations doivent être retirées et l'individu doit être libéré ou des procédures civiles doivent être entreprises pour l'hospitalisation.	Disponible dans la plupart des États (responsabilité atténuée exactement). Règle générale, les TP ne sont pas admissibles.
Ghana (Adjorlolo et coll., 2016)	Évaluée.	Disponible.
Hong Kong (Every-Palmer et coll., 2014; Yee Ho et Kwan Yan, 2016)	Évaluée.	Disponible (responsabilité atténuée également).
Inde (Asokan, 2014; Kumar et coll., 2014; Math et coll., 2015)	Évaluée.	Disponible (responsabilité atténuée également).
Irlande (H. G. Kennedy et coll., 2021; Mental Health Commission, 2006; O'Neil, 2012; Walsh, 2005)	Évaluée.	Disponible (responsabilité atténuée également).

Cadre juridique/Pays	Aptitude à subir son procès	Défense fondée sur les troubles mentaux
Israël (Bauer et coll., 2005 ; Grinshpoon et coll., 2011 ; Toib, 2008)	Évaluée.	Disponible.
Nouvelle-Zélande (Brinded, 2000 ; Ministry of Health, 2007 ; Taylor et coll., 2013)	Évaluée. La sévérité du délit ainsi que la probabilité que l'accusé ait commis le délit sont prises en considération dans les décisions liées aux dispositions suivant une déclaration d'incapacité. Les accusés inaptes de façon permanente doivent être amenés en Cour ou hospitalisés selon les procédures civiles après avoir servi la moitié de la peine privative maximale du délit duquel ils sont accusés (ou 10 ans si le délit est punissable par une sentence à vie).	Disponible.
Pakistan (Hassan et coll., 2015)	Évaluée.	Disponible (responsabilité atténuée également).
Singapour (Chan et Tomita, 2013 ; Cheang, 1985 ; Every-Palmer et coll., 2014 ; Yeo, 2008)	Évaluée.	Disponible (responsabilité atténuée également).
Zimbabwe (Mangezi et Chibanda, 2011 ; Menezes et coll., 2007)	nd	Disponible.
Pays de droit civil – Code Napoléon		
Argentine (Folino et coll., 2000 ; Taborda et coll., 2007).	Évaluée. Les individus dont le comportement est jugé dangereux doivent être envoyés en institution spéciale.	Disponible.
Belgique (Cartuyvels et coll., 2010 ; Cartuyvels et Cliquenois, 2015 ; Salize et coll., 2005)	nd	Disponible.
Brésil (Bernardon Ribeiro, Cordeiro et Taborda, 2015 ; Taborda, 2001 ; Taborda, Cardoso et Morana, 2000 ; Taborda et coll., 2007)	Non évaluée. Les accusés peuvent être mis en procès et jugés malgré leurs symptômes de troubles mentaux.	Disponible (responsabilité atténuée également). Les TP sont admissibles.
Chili (Cid, 2010 ; St. Denis, 2008 ; St. Denis et coll., 2012 ; Téllez et coll., 2004)	Évaluée. L'accusé inapte sera intégré au réseau de services psychologiques jusqu'à ce qu'il soit prêt à subir son procès.	Disponible (responsabilité atténuée également). Les individus qui ne sont pas considérés dangereux peuvent être traités en ambulatoire plutôt qu'en détention hospitalière.
France (Davidson, 2015 ; Salize et coll., 2005)	Non évaluée.	Disponible.
Italie (Barbui et Saraceno, 2015 ; De Vito, 2014 ; Ferracuti et coll., 2019 ; Gibson, 2014 ; Peloso et coll., 2014 ; Traverso et coll., 2000)	Évaluée. Deux dispositions légales existent : l'une pour les patients « partiellement » malades, l'une pour les patients avec des troubles mentaux assez sévères pour entraîner une mitigation totale de la responsabilité – ces derniers sont jugés inaptes à subir leur procès.	Disponible (responsabilité atténuée également). Les TP ne sont pas admissibles.
Luxembourg (Cloos et coll., 2005)	nd	Disponible (responsabilité atténuée également). Les TP sont admissibles.
Portugal (Xavier et Corrêa, 2005)	nd	Disponible (responsabilité atténuée également). Les TP sont admissibles.

Cadre juridique/Pays	Aptitude à subir son procès	Défense fondée sur les troubles mentaux
Espagne (Torres-González et Barrios, 2005; Martinez-Jarreta, 2003)	nd	Disponible (responsabilité atténuée également). Les TP sont admissibles (Salize et coll., 2005).
Pays de droit civil – Germaniques		
Autriche (Schanda, 2005; Schanda, Ortwein-Swoboda, Knecht et Gruber, 2000; Stompe, Frottier et Schanda, 2007)	Non évaluée.	Disponible. Les TP sont admissibles. Équivalent à un acquittement; toutefois, si l'individu est jugé dangereux à cause du trouble mental, il sera hospitalisé sous procédures criminelles.
Allemagne (Edworthy et coll., 2016; Rothschild et coll., 2007)	Évaluée. Il est aussi possible qu'un accusé soit trouvé partiellement inapte, en tel cas le procès pourrait avoir lieu avec des accommodements permettant à l'accusé de participer (p. ex. présence d'un spécialiste, pauses étendues).	Disponible (responsabilité atténuée également). Les TP sont admissibles.
Grèce (Alevizopoulos et coll., 2005; Tătaru et coll., 2010)	nd	Disponible (responsabilité atténuée également). Les TP sont admissibles.
Suisse (<i>Code pénal Suisse</i> , n.d.; Graf et Dittmann, 2007; Manetsch, 2010)	Non évaluée.	Disponible.
Pays de droit civil – Pays nordiques		
Danemark (Kramp, 2005; Kramp et Gabrielsen, 2009; Sestoft et Engberg, 2000)	Non évaluée.	Non disponible. La responsabilité criminelle n'existe pas en tant que concept légal. L'état mental lors du délit est plutôt pris en considération lors de la décision de la sentence (Taylor et coll., 2013). Les TP ne sont toutefois pas admissibles à recevoir une disposition spéciale.
Islande (Pálsson, 2011)	nd	Disponible. Les individus sont acquittés.
Finlande (Eronen et coll., 2000; Kaltiala-Heino, 2005; Kramp et Gabrielsen, 2009; Seppänen et coll., 2020)	Non évaluée. La capacité de l'accusé de témoigner lors du procès est toutefois évaluée.	Disponible (responsabilité atténuée également). Les TP ne sont pas admissibles.
Norvège (Helse Bergen Haukeland University Hospital, n.d.; Måseide, 2012; Kleve, 1996; Skålevåg, 2014)	nd	Disponible (responsabilité atténuée également). La simple présence de psychose lors du délit est suffisant pour que l'accusé soit jugé non criminellement responsable.
Suède (Belfrage et Fransson, 2000; Bergenheim, 2014; Radovic et coll., 2015; Silfverhielm, 2005)	Non évaluée.	Non disponible. La responsabilité criminelle n'existe pas en tant que concept légal. L'état mental lors du délit est plutôt pris en considération lors de la décision de la sentence. Les individus ayant un TP peuvent être condamnés à recevoir des soins psychologiques, bien que des efforts aient été faits dans la dernière année afin de limiter le recours à cette porte d'accès.

Cadre juridique/Pays	Aptitude à subir son procès	Défense fondée sur les troubles mentaux
Pays de droit civil – Autres		
Chine (Every-Palmer et coll., 2014; Topiwala et coll., 2012; Wang et coll., 2006, 2007; Zhao et Ferguson, 2013)	Évaluée. L'individu inapte est référé à un hôpital psychiatrique ou libéré sous les soins de la famille.	Disponible (responsabilité atténuée également). Les TP ne sont pas admissibles.
Japon (Every-Palmer et coll., 2014; Fujii et coll., 2014; Nakatani et coll., 2010; Weissstut et Carney, 2006)	Évaluée. Existe en tant que concept légal, mais il est rare qu'un accusé soit trouvé inapte. Généralement, les accusés ayant un trouble mental seront plutôt référés aux services psycholégaux.	Disponible (responsabilité atténuée également). Les TP ne sont pas explicitement inadmissibles, mais rarement admissibles en pratique.
Pays-Bas (de Boer et Gerrits, 2007; de Kogel, 2005; de Ruitter et Hildebrand, 2003; Edworthy et coll., 2016; Radovic et coll., 2015; van Beek et Kröger, 2007; van der Wolf et coll., 2010; van Marle, 2000)	Non évaluée.	Disponible (responsabilité atténuée également). Les TP sont admissibles.
Taiwan (Every-Palmer et coll., 2014)	Évaluée. Existe en tant que concept légal, mais il est rare qu'un accusé soit trouvé inapte.	Disponible (responsabilité atténuée également).
Anciens pays communistes		
Bulgarie (Tătaru et coll., 2010)	Évaluée.	Disponible.
Croatie (Margetić et coll., 2012)	nd	Disponible. Les TP ne sont généralement pas admissibles.
République tchèque (Mundt et coll., 2012; Veveřa et coll., 2009)	Évaluée.	Disponible (responsabilité atténuée également).
Hongrie (Mundt et coll., 2012)	nd	Disponible.
Pologne (Ciszewski et Sutula, 2000; Mundt et coll., 2012)	nd	Disponible (responsabilité atténuée également).
Russie (Every-Palmer et coll., 2014; Mundt et coll., 2012; Ruchkin, 2000)	Évaluée. Si l'accusé ne retrouve pas l'aptitude dans un temps jugé raisonnable, il n'y aura pas de procès et l'accusé restera hospitalisé.	Disponible (responsabilité atténuée également).
Ukraine (Douw et coll., 2015)	nd	Disponible.

nd : indique que l'information n'était pas disponible ou pas explicitement spécifiée dans la littérature. Les textes suivants ont également été utiles pour plusieurs pays : (Priebe et coll., 2008b; Salize et coll., 2005; Simon et Ahn-Redding, 2006).

Note. TP : troubles de la personnalité; QLD : Queensland; NSW : New South Wales; VIC : Victoria; TAS : Tasmania; NT : Northern Territory; SA : South Australia; WA : Western Australia.

TABLEAU 2
Dispositions liées à la libération de l'hôpital, par pays

Cadre juridique/Pays	Durée et fréquence de la révision des dispositions	Autorité décidant de la libération
Pays de Common Law		
Afrique du Sud (Hooper et Kaliski, 2010; Taylor et coll., 2013)	nd	Hôpital traitant (autorisation ministérielle si le délit était violent).
Angleterre et Pays de Galles (Grubin, 2007; James, 2005; Mudathikundan et coll., 2014; Salize et coll., 2005)	6 mois (doit être renouvelée après 6 mois, puis annuellement).	Psychiatre/hôpital traitant (sauf ordonnance de restriction).
Australie (Hunyor, 2012; Jager, 2001; Mullen et coll., 2000; Mullen et Chettleburgh, 2002; Taylor et coll., 2013; Williams, 2000)	Spécifique aux différents états et territoires.	Spécifique aux différents états et territoires (autorisation ministérielle ou tribunal spécialisé).
Canada (Code criminel du Canada, 1992)	Durée illimitée, révisée tous les ans (tous les 3 ans pour les accusés à haut-risque).	Commissions d'examen provinciales ou territoriales.
Écosse (Crichton et coll., 2004; Darjee et Crichton, 2003; Gunn et coll., 2013)	6 mois (doit être renouvelée après 6 mois, puis annuellement).	Tribunal spécialisé.
États-Unis (Bloom et coll., 2000; Bureau of Justice Statistics, 2004; Greenberg et Felthous, 2007; 406 U.S. 715, 1972)	nd	Tribunal (majorité des états).
Inde (Asokan, 2014; Kumar et coll., 2014; Math et coll., 2015)	Révisée tous les 6 mois.	Tribunal.
Irlande (Mental Health Commission, 2006; O'Neil, 2012; Walsh, 2005)	Révisée tous les 6 mois (durée reliée à la sévérité du délit).	Tribunal spécialisé.
Israël (Bauer et coll., 2005; Grinshpoon et coll., 2011; Toib, 2008)	Révisée tous les 6 mois.	Conseil psychiatrique régional.
Nouvelle-Zélande (Brinded, 2000; Ministry of Health, 2007; Taylor et coll., 2013)	nd	Autorisation ministérielle.
Singapour (Chan et Tomita, 2013; Cheang, 1985; Every-Palmer et coll., 2014; Yeo, 2008)	Révisée tous les 6 mois.	Conseil composé de psychiatres indépendants et de membres du public.
Pays de droit civil – Code Napoléon		
Argentine (Folino et coll., 2000; Taborda et coll., 2007).	nd	Tribunal.
Belgique (Cartuyvels et coll., 2010; Cartuyvels et Cliquenois, 2015; Salize et coll., 2005)	Révisée tous les 6 mois.	Comité de la protection sociale.
Brésil (Bernardon Ribeiro, Cordeiro et Taborda, 2015; Taborda, 2001; Taborda, Cardoso, et Morana, 2000; Taborda et coll., 2007)	Durée minimum imposée par le juge.	Tribunal.
Espagne (Torres-González et Barrios, 2005; Martinez-Jarreta, 2003)	Révisée tous les 6 mois.	Tribunal.
France (Davidson, 2015; Salize et coll., 2005)	Révisée tous les 6 mois.	« Hospitalisation d'office » : évaluation par 2 experts différents (obligatoire pour obtenir une libération). « Hospitalisation à la demande d'un tiers » : évaluation par le psychiatre traitant.

Cadre juridique/Pays	Durée et fréquence de la révision des dispositions	Autorité décidant de la libération
Italie (Barbui et Saraceno, 2015 ; De Vito, 2014 ; Ferracuti et coll., 2019 ; Gibson, 2014 ; Peloso et coll., 2014 ; Traverso et coll., 2000)	Durée minimum selon la sévérité du délit.	Tribunal.
Luxembourg (Cloos et coll., 2005)	Révisée 2 mois après l'admission, puis annuellement.	Commission spéciale.
Portugal (Xavier et Corrêa, 2005)	Durée limitée selon le diagnostic, la sévérité du délit et l'état clinique. Révisée en tout temps, à la demande du patient ou du procureur général, mais à tous les 2 ans au moins.	Tribunal.
Pays de droit civil – Germaniques		
Allemagne (Edworthy et coll., 2016 ; Rothschild et coll., 2007)	Durée illimitée, mais doit être reliée à la sévérité du délit. Révisée annuellement.	Tribunal.
Autriche (Schanda, 2005 ; Schanda, Ortwein-Swoboda, Knecht et Gruber, 2000 ; Stompe, Frottier et Schanda, 2007)	Durée illimitée, révisée annuellement.	Tribunal
Grèce (Alevizopoulos et coll., 2005 ; Tătaru et coll., 2010)	Durée minimale établie (au plus la moitié de la peine maximale pour le délit). Révisée tous les 2 ans après la durée minimale, pour une durée maximale de 10 ans pour les méfaits et de 15 ans pour les infractions majeures.	Tribunal.
Suisse (Graf et Dittmann, 2007 ; Menetsch, 2010 ; World health organisation, 2011)	Durée illimitée.	Tribunal.
Pays de droit civil – Pays nordiques		
Danemark (Kramp, 2005 ; Kramp et Gabrielsen, 2009 ; Sestoft et Engberg, 2000)	Ordonnance de placement : durée illimitée, révisée au moins 5 ans après la sentence, puis à tous les 2 ans. Ordonnance de traitement : durée limitée (3 ou 5 ans, peut être prolongée par ordre de la cour), révisée annuellement.	Tribunal (ordonnance de placement), psychiatre (ordonnance de traitement).
Finlande (Eronen et coll., 2000 ; Kaltiala-Heino, 2005 ; Kramp et Gabrielsen, 2009)	Durée illimitée, révisée tous les 6 mois.	Décision finale par les autorités des affaires médico-légales.
Islande (Pálsson, 2011)	Durée liée à l'état psychiatrique. Révisée après un an.	Tribunal.
Norvège (Helse Bergen Haukeland University Hospital, n.d. ; Måseide, 2012 ; Kleve, 1996 ; Skålevåg, 2014)	Durée illimitée.	nd
Suède (Belfrage et Fransson, 2000 ; Bergenheim, 2014 ; Radovic et coll., 2015 ; Silfverhielm, 2005)	Révisée tous les 6 mois.	Tribunal.
Pays de droit civil – Autres		
Chine (Every-Palmer et coll., 2014 ; Topiwala et coll., 2012 ; Wang et coll., 2006, 2007 ; Zhao et Ferguson, 2013)	Durée illimitée.	Psychiatre traitant, avec l'approbation des services policiers locaux.

Cadre juridique/Pays	Durée et fréquence de la révision des dispositions	Autorité décidant de la libération
Japon (Every-Palmer et coll., 2014; Fujii et coll., 2014; Nakatani et coll., 2010; Weisstub et Carney, 2006)	Révisée tous les 6 mois.	Tribunal.
Pays-Bas (de Boer et Gerrits, 2007; de Kogel, 2005; de Ruiter et Hildebrand, 2003; Edworthy et coll., 2016; Radovic et coll., 2015; van Beek et Kröger, 2007; van der Wolf et coll., 2010; van Marle, 2000)	Durée initiale de 2 ans, puis prolongation de 1 à 2 ans chaque fois. Rapport d'experts indépendants chaque 6 ans.	Tribunal.
Taiwan (Every-Palmer et coll., 2014)	Durée limitée à 5 ans.	nd
Anciens pays communistes		
Bulgarie (Tătaru et coll., 2010)	Révisée tous les 6 mois.	Tribunal.
Croatie (Margetić et coll., 2012)	Durée selon l'état psychiatrique, ne doit pas dépasser la limite supérieure des peines carcérales pour le délit.	nd
République tchèque (Mundt et coll., 2012; Vevera et coll., 2009)	Durée illimitée.	nd
Pologne (Ciszewski et Sutula, 2000; Mundt et coll., 2012)	Durée illimitée, révisée au minimum tous les 6 mois.	Tribunal.
Russie (Every-Palmer et coll., 2014; Mundt et coll., 2012; Ruchkin, 2000)	La limite est la durée de la peine. Révisée après 6 mois, puis annuellement.	Tribunal.
Ukraine (Douw et coll., 2015)	Durée liée à la nature du délit.	nd

nd : indique que l'information n'était pas disponible ou pas explicitement spécifiée dans la littérature.

TABLEAU 3
Clientèle ciblée par niveau de services

Niveau	Services	Clientèle ciblée
6	Services en milieu institutionnel à haute sécurité.	Risque criminogène : élevé. Besoins de traitement en lien avec la santé mentale ou l'usage de substance : faibles, modérés ou élevés.
5	Services en milieu institutionnel à sécurité moyenne.	Risque criminogène : modéré. Besoins de traitement en lien avec la santé mentale ou l'usage de substance : modérés ou élevés.
4	Services en milieu institutionnel à faible sécurité.	Risque criminogène : modéré. Besoins de traitement en lien avec la santé mentale ou l'usage de substance : modérés.
3	Services en communauté de haute intensité.	Risque criminogène : modéré. Besoins de traitement en lien avec la santé mentale ou l'usage de substance : modérés.
2	Services en communauté d'intensité modérée.	Risque criminogène : modéré ou faible. Besoins de traitement en santé mentale ou usage de substance : modéré ou faible. (au moins un des deux à un niveau modéré)
1	Services en communauté d'intensité faible	Risque criminogène : faible. Besoins de traitement en santé mentale ou usage de substance : faible.

RÉFÉRENCES

- Adjorlolo, S., Chan, H. C. (Oliver) et Mensah Agboli, J. (2016). Adjudicating mentally disordered offenders in Ghana: The criminal and mental health legislations. *International Journal of Law and Psychiatry*, 45, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.001>
- Alevizopoulos, G., Skondras, M. et Zacharakis, K. (2005). Concepts and procedures in the Member States—Greece. In H. J. Salize & H. Dreßing (Eds.), *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States* (pp. 160-166). European Commission, Central Institute of Mental Health.
- Alford, J. D. (2002). The “Forensication” of Public Sector Mental Health. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(1), 64-72. <https://doi.org/10.1080/10973430208408422>
- Andrews, D. A. et Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(1), 39-55. <https://doi.org/10.1037/a0018362>
- Andrews, D. A., Bonta, J. et Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17(1), 19-52. <http://cjb.sagepub.com/content/17/1/19.abstract>
- Andrews, D. A., Bonta, J. et Wormith, J. S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does adding the Good Lives Model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38(7), 735-755. <https://doi.org/10.1177/0093854811406356>
- Asokan, T. V. (2014). Forensic psychiatry in India: The road ahead. *Indian Journal of Psychiatry*, 56(2), 121-127. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.130479>
- Avramenko, A., Evers, S., Philipse, M., Chakhssi, F. et Ament, A. (2009). Cost of care of patients with personality disorders in forensic psychiatric hospitals in the Netherlands. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 19, 165-177. <https://doi.org/10.1002/cbm.729>
- Barbui, C. et Saraceno, B. (2015). Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: A new revolution begins? *The British Journal of Psychiatry*, 206(6), 445-446. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.153817>
- Barrett, B., Byford, S., Seivewright, H., Cooper, S. et Tyrer, P. (2005). Service costs for severe personality disorder at a special hospital. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15(3), 184-190. <https://doi.org/10.1002/cbm.7>
- Bauer, A., Rosca, P., Grinshpoon, A., Khawalled, R. et Mester, R. (2005). Regional psychiatric boards in Israel: Expectations and realities. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(6), 661-669. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2003.09.013>
- BC Mental Health & Substance Use Services. (2013). *Forensic Psychiatry*.
- Belfrage, H. et Fransson, G. (2000). Swedish forensic psychiatry: A field in transition. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 509-514. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252700000510>
- Bergenheim, Å. (2014). Sexual assault, irresistible impulses, and forensic psychiatry in Sweden. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 99-108. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.10.003>
- Bernardon Ribeiro, R., Cordeiro, Q. et Taborda, J. G. V. (2015). Public health system and psychiatry in the treatment of “dangerous” young offenders in Brazil. *International Journal of Law and Psychiatry*, 41, 18-25. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.03.013>

- Bloom, J. D., Williams, M. H. et Bigelow, D. A. (2000). The forensic psychiatric system in the United States. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 605-613.
- Bower, P. et Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *British Journal of Psychiatry*, 186, 11-17.
- Brinded, P. M. (2000). Forensic psychiatry in New Zealand. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 453-465. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252700000534>
- Bureau of Justice Statistics. (2004). Table 35. The defense of insanity: Standards and procedures. In *State Court Organization* (pp. 199-202). U.S. Department of Justice.
- Care Pathways and Packages Project. (2009). *Forensic Pathway Allocation*. National Health Service.
- Chadda, R. K. (2013). Forensic evaluations in psychiatry. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(4), 393-399.
- Chan, L. G. et Tomita, T. (2013). Forensic psychiatry in Singapore. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5(4), 344-351. <https://doi.org/10.1111/appy.12033>
- Cheang, M. (1985). The insanity defence in Singapore. *The Anglo American Law Review*, 14(3), 245-263. <https://doi.org/10.1525/sp.2007.54.1.23>.
- Cid, R. D. (2010). Insane defendants and forensic convicts: Before and after the onset of the new forensic psychiatry network and the criminal justice system reform in Chile. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(5), 458-462. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833bb31a>
- Ciszewski, L. et Sutula, E. (2000). Psychiatric care for mentally disturbed perpetrators of criminal acts in Poland. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 547-554. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(00\)00055-8](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(00)00055-8)
- Cloos, J.-M., Thillman, R., Penning, P. et Spautz, J.-M. (2005). Concepts and procedures in the Member States—Luxembourg. In H. J. Salize & H. Drefßing (Eds.), *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States* (pp. 184-188). European Commission, Central Institute of Mental Health.
- Code criminel canadien. (1992). *L.R.C. C-46*.
- Code pénal suisse. (n.d.).
- Craven, M. A. et Bland, R. (2006). Better practices in collaborative mental health care: An analysis of the evidence base. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(6 Suppl 1), 7s-72s.
- Crichton, J., Campbell, I., Bremner, M., Irwin, D., Gallagher, E., McGeachie, K., McGinlay, J., Toal, R. et White, T. (2004). *Definition of security levels in psychiatric inpatient facilities in Scotland*. http://www.forensicnetwork.scot.nhs.uk/documents/previous_reports/LevelofSecurityReport.pdf
- Crocker, A. G., Livingston, J. D. et Leclair, M. C. (2017). Forensic mental health systems internationally. In R. Roesch & A. N. Cook (Eds.), *Handbook of Forensic Mental Health Services* (pp. 3-76). Routledge.
- Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Côté, G., Latimer, E. A. et Seto, M. C. (2010). Individuals found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder: Are we providing equal protection and equivalent access to mental health

- services across Canada? *Canadian Journal of Community Mental Health*, 29(2), 47-54. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2010-0020>
- Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Seto, M. C., Charette, Y., Côté, G. et Caulet, M. (2015). The National Trajectory Project of Individuals found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder in Canada. Part 1—Context and Methods. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(3), 95-105.
- Darjee, R. et Crichton, J. (2003). Personality disorder and the law in Scotland: A historical perspective. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 14(2), 394-425. <https://doi.org/10.1080/1478994031000136536>
- de Boer, J. et Gerrits, J. (2007). Learning from Holland: The TBS system. *Psychiatry*, 6(11), 459-461. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.08.008>
- de Kogel, C. H. (2005). Concepts and procedures in the Member States—The Netherlands. In H. J. Salize & H. Dreßing (Eds.), *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States* (pp. 189-196). European Commission, Central Institute of Mental Health.
- de Ruiters, C. et Hildebrand, M. (2003). The dual nature of forensic psychiatric practice: Risk assessment and management under the Dutch TBS-order. In P. J. van Koppen & S. D. Penrod (Eds.), *Adversarial Versus Inquisitorial Justice: Psychological Perspectives on Criminal Justice Systems* (pp. 91-106). Kluwer Academic/Plenum Publishers. papers3://publication/uuid/3DA7FCAA-85FE-4BA0-9F41-B1FFA5FCB905
- De Vito, C. G. (2014). Forensic psychiatric units in Italy from the 1960s to the present. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 127-134. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.09.012>
- Douw, F., Garman, G., Liausedas, A., Sergienko, I., Temchenko, O. et van Voren, R. (2015). *Review of forensic psychiatric and prison mental health services in Ukraine: Report*. Ukrainian Parliament Commissioner for Human Rights.
- Edworthy, R., Sampson, S. et Völlm, B. (2016). Inpatient forensic-psychiatric care: Legal frameworks and service provision in three European countries. *International Journal of Law and Psychiatry*, in press. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.027>
- Eronen, M., Repo, E., Vartiainen, H. et Tiihonen, J. (2000). Forensic psychiatric organization in Finland. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 541-546. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(00\)00059-5](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(00)00059-5)
- Every-Palmer, S., Brink, J., Chern, T. P., Choi, W.-K., Hern-Yee, J. G., Green, B., Heffernan, E., Johnson, S. B., Kachaeva, M., Shiina, A., Walker, D., Wu, K., Wang, X. et Mellso, G. (2014). Review of psychiatric services to mentally disordered offenders around the Pacific Rim. *Asia-Pacific Psychiatry*, 6, 1-17. <https://doi.org/10.1111/appy.12109>
- Ferracuti, S., Pucci, D., Trobia, F., Alessi, M. C., Rapinesi, C., Kotzalidis, G. D. et Del Casale, A. (2019). Evolution of forensic psychiatry in Italy over the past 40 years (1978-2018). *International Journal of Law and Psychiatry*, 62, 45-49. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.10.003>
- Folino, J. O., Montero Vazquez, J. et Sarmiento, D. R. (2000). Forensic psychiatric system in the province of Buenos Aires. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 567-577. Forense
- Forensic Network. (2016). *Services in Scotland*. NHS Scotland. <http://www.forensicnetwork.scot.nhs.uk/services-in-scotland>

- Fujii, C., Fukuda, Y., Ando, K., Kikuchi, A. et Okada, T. (2014). Development of forensic mental health services in Japan: Working towards the reintegration of offenders with mental disorders. *International Journal of Mental Health Systems*, 8, 21. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-21>
- Gibson, M. (2014). Forensic psychiatry and the birth of the criminal insane asylum in modern Italy. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 117-126. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.09.011>
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor Books.
- Goldman, H. H., Thelander, S. et Westrin, C.-G. (2000). Organizing mental health services: An evidence-based approach. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3(2), 69-75. <http://www.icmpe.org>
- Goulet, M. H., Dellazizzo, L., Lessard-Deschênes, C., Lesage, A., Crocker, A. G. et Dumais, A. (2021). Effectiveness of Forensic Assertive Community Treatment on Forensic and Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 1-15. <https://doi.org/10.1177/00938548211061489>
- Graf, M. et Dittmann, V. (2007). Psychopathic disorders and the criminal law in Switzerland. In A. Felthous & H. Sass (Eds.), *The International Handbook of Psychopathic Disorders and the Law: Volume 2* (pp. 229-242). John Wiley & Sons, Ltd.
- Greenberg, D. et Felthous, A. (2007). The insanity defense and psychopathic disorders in the United States and Australia. In A. Felthous & H. Sass (Eds.), *The International Handbook of Psychopathic Disorders and the Law, Volume 2* (pp. 255-274). John Wiley & Sons, Ltd.
- Grinshpoon, A., Khawalled, R., Polakiewicz, J., Appelbaum, P. S. et Ponizovsky, A. M. (2011). Psychiatric hospitalization by court observation order in Israel: A ten-year follow-up study. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 48(3), 201-206.
- Grubin, D. (2007). Insanity, diminished responsibility and personality disorder in England and Wales. In A. Felthous & H. Sass (Eds.), *The International Handbook of Psychopathic Disorders and the Law, Volume 2* (pp. 243-254). John Wiley & Sons, Ltd.
- Gunn, J., Browne, F., Darjee, R., Kennedy, H. G., Mackay, R. D. et Mohan, D. (2013). Legal arrangements in the rest of the British Isles and Islands. In J. Gunn & P. J. Taylor (Eds.), *Forensic Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Issues* (2nd editio, pp. 86-110). CRC Press.
- Hassan, T., Nizami, A. T. et Hirji, S. (2015). Forensic psychiatry in Pakistan. *International Journal of Law and Psychiatry*, 41, 95-104. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.05.001>
- Helse Bergen Haukeland University Hospital. (n.d.). *Forensic psychiatry in Norway*. <http://www.niuva.fi/nsfp/esitykset/17>. Per Harald Bentsen_Forensic Psychiatry treatment in hospital_Norway.pdf
- Hogan, M. F., Adams, J., Arredondo, R., Carlile, P., Curie, C. G. et Fisher, D. B. (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America. Final report for the President's New Freedom Commission on Mental Health*. <http://www.mentalhealthcommission.gov/reports/reports.htm>
- Hooper, J. F. et Kaliski, S. (2010). *Forensic psychiatry in South Africa*. Psychiatry and the Law: Forensic Psychiatry Resource Page. <http://bama.ua.edu/~jhooper/southaf.html>

- Humber, N., Hayes, A., Wright, S., Fahy, T. et Shaw, J. (2011). A comparative study of forensic and general community psychiatric patients with integrated and parallel models of care in the UK. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(2), 183-202. <https://doi.org/10.1080/14789949.2010.528010>
- Hunyor, J. (2012). A kangaroo loose in the top paddock: Criminal justice, mental impairment and fitness for trial in the Northern Territory. *Uluru Criminal Law Conference*. 406 U.S. 715, (1972).
- Jacobs, P., Moffatt, J., Dewa, C. S., Nguyen, T., Zhang, T. et Lesage, A. D. (2016). Mental health services costs within the Alberta criminal justice system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.04.008>
- Jagadisha, Venugopal, D. et Murali, N. (2000). Priority issues in forensic psychiatry. *Indian Journal of Psychiatry*, 42(3), 320-322. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Jager, A. D. (2001). Forensic psychiatry services in Australia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24(4-5), 387-398. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(01\)00074-7](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(01)00074-7)
- James, D. (2005). Concepts and procedures in the Member States—England & Wales. In H. J. Salize & H. Dreßing (Eds.), *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States* (pp. 122-135). European Commission, Central Institute of Mental Health.
- Jansman-Hart, E. M., Seto, M. C., Crocker, A. G., Nicholls, T. L. et Côté, G. (2011a). International trends in demand for forensic mental health services. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(4), 326-336. <https://doi.org/10.1080/14999013.2011.625591>
- Jansman-Hart, E. M., Seto, M. C., Crocker, A. G., Nicholls, T. L. et Côté, G. (2011b). International trends in demand for forensic mental health services. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(4), 326-336. <https://doi.org/10.1080/14999013.2011.625591>
- Kaltiala-Heino, R. (2005). Concepts and procedures in the Member States—Finland. In H. J. Salize & H. Dreßing (Eds.), *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States* (pp. 136-144). European Commission, Central Institute of Mental Health.
- Kennedy, H. G., Mohan, D. et Davoren, M. (2021). Forensic psychiatry and Covid-19: accelerating transformation in forensic psychiatry. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 38(2), 145-153. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.58>
- Kennedy, Harry G., Simpson, A. I. F. et Haque, Q. (2019). Perspective On Excellence in Forensic Mental Health Services: What We Can Learn From Oncology and Other Medical Services. *Frontiers in Psychiatry*, 10(October), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00733>
- Kennedy, Harry G. (2002). Therapeutic uses of security: Mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(6), 433-443. <https://doi.org/10.1192/apt.8.6.433>
- Kleve, L. (1996). Forensic psychiatric services in Norway. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 7(1), 170-176. <https://doi.org/10.1080/09585189608409925>
- Kramp, P. (2005). Concepts and procedures in the Member States—Denmark. In H. J. Salize & H. Dreßing (Eds.), *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States* (pp. 105-121). European Commission, Central Institute of Mental Health.

- Kramp, P. et Gabrielsen, G. (2009). The organization of the psychiatric service and criminality committed by the mentally ill. *European Psychiatry*, 24(6), 401-411. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.07.007>
- Kumar, D., Viswanath, B., Sebestian, A., Holla, B., Konduru, R., Chandrashekar, C. R. et Math, S. B. (2014). Profile of male forensic psychiatric inpatients in South India. *The International Journal of Social Psychiatry*, 60(1), 55-62. <https://doi.org/10.1177/0020764012461334>
- Lamb, H. R. (2009). Reversing Criminalization. *American Journal of Psychiatry*, 166(1), 8-10. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08101515>.
- Lamberti, J. S., Deem, A., Weisman, R. L. et LaDuke, C. (2011). The role of probation in forensic assertive community treatment. *Psychiatric Services*, 62(4), 418-421.
- Large, M. M. et Nielssen, O. B. (2009). The Penrose hypothesis in 2004: Patient and prisoner numbers are positively correlated in low-and-middle income countries but are unrelated in high-income countries. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(1), 113-119. <https://doi.org/10.1348/147608308X320099>
- Lipsey, M. W. et Cullen, F. T. (2007). The effectiveness of correctional rehabilitation: A review of systematic reviews. *Annual Review of Law and Social Science*, 3(1), 297-320. <https://doi.org/10.1146/annurev.lawsocsci.3.081806.112833>
- Livingston, J. D. (2006). A statistical survey of Canadian forensic mental health inpatient programs. *Healthcare Quarterly*, 9(2), 56-61.
- Livingston, J. D., Wilson, D., Tien, G. et Bond, L. (2003). A follow-up study of persons found not criminally responsible on account of mental disorder in British Columbia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(6), 408-415.
- Manetsch, M. (2010). Forensic mental health in Switzerland: Philosophy and services. In A. Bartlett & G. McGauley (Eds.), *Forensic Mental Health: Concepts, Systems, and Practice* (pp. 397-402). Oxford University Press.
- Mangezi, W. et Chibanda, D. (2011). Zimbabwe. In H. Ghodse (Ed.), *International Perspectives on Mental Health* (pp. 56-59). RCPsych Publications.
- Margetić, B., Ivanec, D., Zarković Palijan, T. et Kovacević, D. (2012). Offender patients' opinions on placement in a forensic hospital. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 22(5), 360-368. <https://doi.org/10.1002/cbm>
- Martinez-Jarreta, B. (2003). Forensic medicine: A lesson to be learned by twenty-first-century Spain. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 14(1), 4-6. <https://doi.org/10.1080/1478994031000078005>
- Måseide, P. H. (2012). The battle about Breivik's mind. *The Lancet*, 379(9835), 2413. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61048-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61048-4)
- Math, S. B., Kumar, C. N. et Moirangthem, S. (2015). Insanity defense: Past, present, and future. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(4), 381-387. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.168559>
- McDaid, D. et Thornicroft, G. (2005). *Mental health II: Balancing institutional and community-based care. European observatory on health systems and policies. World Health Organization*. <http://www.euro.who.int/document/e85488.pdf>
- McKenna, B., Furness, T., Dhital, D., Park, M. et Connally, F. (2014). The transformation from custodial to recovery-oriented care: A paradigm shift that needed to happen. *Journal of Forensic Nursing*, 10(4), 226-233. <https://doi.org/10.1097/jfn.0000000000000045>

- McMurrin, M., Khalifa, N. et Gibbon, S. (2009). *Forensic Mental Health*. Willan Publishing.
- Menezes, S. B., Oyeboode, F. et Haque, M. S. (2007). Mentally disordered offenders in Zimbabwe and in England and Wales: A socio-demographic study. *Medicine, Science and the Law*, 47(3), 253-261. <https://doi.org/10.1258/rsmmsl.47.3.253>
- Mental Health Commission. (2006). *Forensic mental health services for adults in Ireland*. Mental Health Commission.
- Ministry of Health. (2007). *Census of Forensic Mental Health Services 2005*. Ministry of Health.
- Morgan, R. D., Scanlon, F. et Van Horn, S. A. (2020). Criminogenic risk and mental health: a complicated relationship. *CNS Spectrums*, 25(2), 237-244. <https://doi.org/10.1017/S109285291900141X>
- Mudathikundan, F., Chao, O. et Forrester, A. (2014). Mental health and fitness to plead proposals in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(2), 135-141. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.11.008>
- Mullen, P. E. (2000). Forensic mental health. *British Journal of Psychiatry*, 176, 307-311.
- Mullen, P. E., Briggs, S., Dalton, T. et Burt, M. (2000). Forensic mental health services in Australia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 433-452. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25120122>
- Mullen, P. E. et Chettleburgh, K. (2002). *Review of Queensland Forensic Mental Health Services*. Victorian Institute of Forensic Mental Health.
- Mundt, A. P., Chow, W. S., Arduino, M., Barrionuevo, H., Fritsch, R., Giralá, N., Minoletti, A., Mitkiewicz, F., Rivera, G., Tavares, M. et Priebe, S. (2015). Psychiatric hospital beds and prison populations in South America since 1990 does the Penrose hypothesis apply? *JAMA Psychiatry*, 72(2), 112-118. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2433>
- Mundt, A. P., Frančišković, T., Gurovich, I., Heinz, A., Ignatyev, Y., Ismayilov, F., Kalapos, M. P., Krasnov, V., Mihai, A., Mir, J., Paduchny, D., Potočan, M., Raboch, J., Taube, M., Welbel, M. et Priebe, S. (2012). Changes in the provision of institutionalized mental health care in post-communist countries. *PLoS One*, 7(6), e38490. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0038490>
- Munetz, M. R. et Griffin, P. a. (2006). Use of the Sequential Intercept Model as an approach to decriminalization of people with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 57(4), 544-549. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.4.544>
- Nakatani, Y., Kojimoto, M., Matsubara, S. et Takayanagi, I. (2010). New legislation for offenders with mental disorders in Japan. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(1), 7-12. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.10.005>
- Nambi, S. (2010). Forensic psychiatry revisited. *Indian Journal of Psychiatry*, 52(Suppl 1), S306-S308. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.69258>
- National Health Service. (2013). *2014/15 NHS Standard Contract for High Secure Mental Health Services (Adults): Particulars, Schedule 2—The services: A—Service Specifications*.
- National Treatment Strategy Working Group. (2008). *A Systems Approach to Substance Use in Canada: Recommendations for a National Treatment Strategy*. http://www.nationalframework-cadrenational.ca/uploads/files/TWS_Treatment/nts-report-eng.pdf, Archived at <http://www.webcitation.org/5xwWamy4p> on April 14th, 2011

- O'Dwyer, S., Davoren, M., Abidin, Z., Doyle, E., McDonnell, K. et Kennedy, H. G. (2011). The DUNDRUM Quartet: validation of structured professional judgement instruments DUNDRUM-3 assessment of programme completion and DUNDRUM-4 assessment of recovery in forensic mental health services. *BMC Research Notes*, 4(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-229>
- O'Neil, O. (2012). *National Overview of Forensic Mental Health Services Ireland 2011*. Mental Health Commission.
- Osher, F., D'Amora, D. A., Plotkin, M., Jarrett, N. et Eggleston, A. (2012). *Adults with behavioral health needs under correctional supervision: A shared framework for reducing recidivism and promoting recovery*. Council of State Governments Justice Center. http://csgjusticecenter.org/wp-content/uploads/2013/05/9-24-12_Behavioral-Health-Framework-final.pdf
- Pálsson, S. P. (n.d.). *Forensic psychiatry in the Nordic countries: Iceland, problems or possibilities*.
- Peloso, P. F., D'Alema, M. et Fioritti, A. (2014). Mental health care in prisons and the issue of forensic hospitals in Italy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(6), 473-478. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000147>
- Pillay, S. M., Oliver, B., Butler, L. et Kennedy, H. G. (2008). Risk stratification and the care pathway. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 25, 123-127.
- Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Munk-Jorgensen, P., Walsh, D., Wiersma, D. et Wright, D. (2008a). Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*, 59(5), 570-573. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.5.570> [doi]
- Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Munk-Jorgensen, P., Walsh, D., Wiersma, D. et Wright, D. (2008b). Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*, 59(5), 570-573. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.5.570>
- Prins, S. J. et Draper, L. (2009). *Improving outcomes for people with mental illnesses under community corrections supervision: A guide to research-informed policy and practice*. <http://consensusproject.org/downloads/community.corrections.research.guide.pdf>
- Radovic, S., Meynen, G. et Bennet, T. (2015). Introducing a standard of legal insanity: The case of Sweden compared to the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, 40, 43-49. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.04.009>
- Roberts, G. et Ogborne, A. (1999). *Best practices: Substance abuse treatment and rehabilitation*. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/alcohol-otherdrugs>
- Rock, M. (2001). Emerging issues with mentally ill offenders: Causes and social consequences. *Administration and Policy in Mental Health*, 28(3), 165-180.
- Romani, C. J., Morgan, R. D., Gross, N. R. et McDonald, B. R. (2012). Treating criminal behavior: Is the bang worth the buck? *Psychology, Public Policy, and Law*, 18(1), 144-165. <https://doi.org/10.1037/a0024714>
- Roth, A. (2021, May). The Truth about Deinstitutionalization. *The Atlantic*. <https://www.theatlantic.com/health/archive/2021/05/truth-about-deinstitutionalization/618986/>
- Rothschild, M. A., Erdmann, E. et Parzeller, M. (2007). Fitness for interrogation and fitness to stand trial. *Deutsches Ärzteblatt International*, 104(44), 3029-3033.

- Ruchkin, V. V. (2000). The forensic psychiatric system of Russia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 555-565. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(00\)00046-7](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(00)00046-7)
- Rush, B. (2010). Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: Origins and key principles. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27, 617-636.
- Salem, L., Crocker, A. G., Charette, Y., Seto, M. C., Nicholls, T. L. et Côté, G. (2015). Supportive housing and forensic patient outcomes. *Law and Human Behavior*, 3(3), 311-320. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/lhb0000112>
- Salize, H. J., Dressing, H. et Kief, C. (2005). *Placement and treatment of mentally ill offenders—Legislation and practice in EU Member States*. Central Institute of Mental Health. http://www.europa.nl/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_15_en.pdf
- Schanda, H. (2005). Concepts and procedures in the Member States—Austria. In H. J. Salize & H. Drefßing (Eds.), *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States* (pp. 91-98). European Commission, Central Institute of Mental Health.
- Schanda, H., Ortwein-Swoboda, G., Knecht, G. et Gruber, K. (2000). The situation of forensic psychiatry in Austria: Setback or progress? *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 481-492. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(00\)00045-5](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(00)00045-5)
- Seppänen, A., Joelsson, P., Ahlgren-Rimpiläinen, A. et Repo-Tiihonen, E. (2020). Forensic psychiatry in Finland: an overview of past, present and future. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00362-x>
- Sestoft, D. et Engberg, M. (2000). Law and mental health in Denmark. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 533-540. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(00\)00063-7](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(00)00063-7)
- Seto, M. C., Lalumière, M. L., Harris, G. T., Barbaree, H. E., Hilton, N. Z., Rice, M. E. et Schneider, R. D. (2001). *Demands on forensic mental health services in the province of Ontario*. Report prepared for the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.
- Silfverhielm, H. (2005). Concepts and procedures in the Member States—Sweden. In H. J. Salize & H. Drefßing (Eds.), *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States* (pp. 215-224). European Commission, Central Institute of Mental Health.
- Simon, R. J. et Ahn-Redding, H. (2006). *The Insanity Defense, the World Over*. Lexington Books.
- Skålevåg, S. A. (2014). The irresponsible criminal in Norwegian medico-legal discourse. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(1), 82-90. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.09.008>
- Skeem, J. L., Manchak, S. et Peterson, J. K. (2011). Correctional policy for offenders with mental illness: Creating a new paradigm for recidivism reduction. *Law and Human Behavior*, 35(2), 110-126. <https://doi.org/10.1007/s10979-010-9223-7>
- Skeem, J. L., Steadman, H. J. et Manchak, S. M. (2015). Applicability of the Risk-Need-Responsivity model to persons with mental illness involved in the criminal justice system. *Psychiatric Services*, 66(9), 916-922. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400448>

- Smith, S., Gate, R., Ariyo, K., Saunders, R., Taylor, C., Bhui, K., Mavranzezouli, I., Heslin, M., Greenwood, H., Matthews, H., Barnett, P. et Pilling, S. (2020). Reasons behind the rising rate of involuntary admissions under the Mental Health Act (1983): Service use and cost impact. *International Journal of Law and Psychiatry*, 68(December 2019), 101506. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101506>
- St. Denis, E. E. (2008). *Forensic psychiatry and criminal responsibility in Santiago, Chile* [Queen's University]. <http://search.proquest.com/docview/287954575?accountid=14553%5Cn>
http://openurl.library.uiuc.edu/sfxlcl3?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:mtx:dissertation&genre=dissertations+%26+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+%26+Theses+Full+Text&title=
- St. Denis, E. E., Sepúlveda, E., Téllez, C., Arboleda-Flórez, J., Stuart, H. et Lam, M. (2012). Forensic psychiatry in Chile. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(5-6), 496-503. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2012.09.023>
- Stompe, T., Frottier, P. et Schanda, H. (2007). Insanity in Austria: The position of psychopathy in Austrian Forensic Psychiatry. In A. Felthous & H. Sass (Eds.), *The International Handbook of Psychopathic Disorders and the Law, Volume 2* (pp. 211-227). John Wiley & Sons, Ltd.
- Taborda, J. G. V. (2001). Criminal justice system in Brazil: Functions of a forensic psychiatrist. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24(4-5), 371-386. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(01\)00073-5](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(01)00073-5)
- Taborda, J. G. V., Cardoso, R. G. et Morana, H. C. P. (2000). Forensic psychiatry in Brazil. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 579-588. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(00\)00048-0](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(00)00048-0)
- Taborda, J. G. V., Folino, J. O. et Salton, R. (2007). Forensic mental health care in South America: An overview of the Brazilian and Argentinian cases. *International Journal of Prisoner Health*, 3(2), 125-133. <https://doi.org/10.1080/17449200701321571>
- Tătaru, N., Marinov, P., Douzenis, A., Novotni, A. et Kecman, B. (2010). Forensic psychiatry in some Balkan countries. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(5), 472-480. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833cfc05>
- Taylor, P. J., Dunn, E., Felthous, A., Gagné, P., Harding, T., Kaliski, S., Kramp, P., Lindqvist, P., Nedopil, N., Ogloff, J. R. P., Skipworth, J., Thomson, L. et Yoshikawa, K. (2013). Forensic psychiatry and its interfaces outside the UK and Ireland. In J. Gunn & P. J. Taylor (Eds.), *Forensic Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Issues* (2nd edition, pp. 111-147). CRC Press.
- Téllez, C., Arboleda-Flórez, J., Ortiz, S. et Navarro, J. (2004). Impact of legal reform on the practice of forensic psychiatry in Chile. *Current Opinion in Psychiatry*, 17(5), 387-390. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000139975.83307.d8>
- Thomson, L. (2016). Scotland's Quality Framework. *16th Annual Conference of the International Association of Forensic Mental Health Services*.
- Thornicroft, G. et Tansella, M. (2003). What are the arguments for community-based mental health care? *World Health Organization Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report)*, 2007(August), 1-25. <http://www.euro.who.int/document/E82976.pdf>

- Thornicroft, G. et Tansella, M. (2004). *Components of a modern mental health service: A pragmatic balance of community and hospital care*. 185, 283-290. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.4.283>
- Thornicroft, G. et Tansella, M. (2013). The balanced care model: The case for both hospital- and community-based mental healthcare. *The British Journal of Psychiatry*, 202(4), 246-248. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.111377>
- Toib, J. A. (2008). Civil commitment and the criminal insanity plea in Israeli law. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(4), 308-318. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.11.012>
- Topiwala, A., Wang, X. et Fazel, S. (2012). Chinese forensic psychiatry and its wider implications. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 23(1), 1-6. <https://doi.org/10.1080/14789949.2011.576261>
- Torres-González, F. et Barrios, L. F. (2005). Concepts and procedures in the Member States—Spain. In H. J. Salize & H. Dreßing (Eds.), *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States* (pp. 207-214). European Commission, Central Institute of Mental Health.
- Traverso, G. B., Ciappi, S. et Ferracuti, S. (2000). The treatment of the criminally insane in Italy: An overview. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 493-508. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(00\)00047-9](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(00)00047-9)
- U.S. Department of Health and Human Services. (2009). *National consensus statement on mental health recovery*. <http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA05-4129/SMA05-4129.pdf>
- van Beek, D. et Kröger, U. (2007). The treatment of psychopathic patients in the Netherlands. In A. Felthous & H. Sass (Eds.), *The International Handbook of Psychopathic Disorders and the Law, Volume 2* (pp. 407-428). John Wiley & Sons, Ltd.
- van der Wolf, M., van Marle, H., Mevis, P. et Roesch, R. (2010). Understanding and evaluating contrasting unfitness to stand trial practices: A comparison between Canada and the Netherlands. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(3), 245-258. <https://doi.org/10.1080/14999013.2010.522221>
- van Marle, H. (2000). Forensic psychiatric services in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 515-531. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(00\)00049-2](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(00)00049-2)
- Vevera, J., Svarc, J., Grohmannova, K., Spilkova, J., Raboch, J. et Cerny, M. (2009). An increase in substance misuse rather than other mental disorders has led to increased forensic treatment rates in the Czech Republic. *European Psychiatry*, 24, 380-387. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.07.005>
- Von Korff, M. et Tiemens, B. (2000). Individualized stepped care of chronic illness. *Western Journal of Medicine*, 172(2), 133-137. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070776/>
- Walsh, D. (2005). Concepts and procedures in the Member States—Ireland. In H. J. Salize & H. Dreßing (Eds.), *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States* (pp. 167-175). European Commission, Central Institute of Mental Health.
- Wang, X., Livingston, J. D., Brink, J. et Murphy, E. (2006). Persons found “Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder”: A comparison of British Columbia, Canada and Hunan, China. *Forensic Science International*, 164(2-3), 93-97. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2005.12.001>

- Wang, X., Zhang, D., Jiang, S., Bai, Y., Cucolo, H. E. et Perlin, M. L. (2007). Reassessing the aftercare treatment of individuals found not guilty due to a mental disability in Hunan, China: Supplemental study into the disposition of mentally ill offenders after forensic psychiatric assessment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 337-342.
- Weisman, R. L., Lamberti, J. S. et Price, N. (2004). Integrating criminal justice, community healthcare, and support services for adults with severe mental disorders. *Psychiatric Quarterly*, 75(1), 71-85.
- Weisstub, D. N. et Carney, T. (2006). Forensic mental health law reform in Japan: From criminal warehousing to broad-spectrum specialist services? *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(2), 86-100. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2005.09.002>
- Whitley, R. et Berry, S. (2013). Trends in newspaper coverage of mental illness in Canada: 2005-2010. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(2), 107-112.
- Whitley, R. et Prince, M. (2005). Fear of crime, mobility and mental health in inner-city London, UK. *Social Science & Medicine*, 61(8), 1678-1688. <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6VBF-4G7DY1V-1/2/248b1fc7addbc1e4deca19a9a1358fb0>
- Williams, C. R. (2000). Development and change in insanity and related defences. *Melbourne University Law Review*, 24(3), 711-736.
- Wolff, N. (2002). "New" public management of mentally disordered offenders: Part I. A cautionary tale. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(1), 15-28.
- World Health Organization. (2003). *Organization of Services for Mental Health*. World Health Organization. http://www.who.int/entity/mental_health/policy/services/4_organisation_services_WEB_07.pdf?ua=1
- Xavier, M. et Corrêa, B. B. (2005). Concepts and procedures in the Member States—Portugal. In H. J. Salize & H. Dreßing (Eds.), *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States* (pp. 197-206). European Commission, Central Institute of Mental Health.
- Yee Ho, R. M. et Kwan Yan, C. (2016). Violence risk assessment in Hong Kong. In J. P. Singh, S. Bjorkly et S. Fazel (Eds.), *International Perspectives on Violence Risk Assessment* (pp. 247-257). Oxford University Press.
- Yeo, S. (2008). The insanity defence in the criminal laws of the Commonwealth of Nations. *Singapore Journal of Legal Studies*, Dec, 241-263.
- Zhao, L. et Ferguson, G. (2013). Understanding China's mental illness defense. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24(5), 634-657. <https://doi.org/10.1080/14789949.2013.830318>

MOSAÏQUE

Présentation

Nadine Larivière, rédactrice en chef

La section Mosaïque de ce numéro comprend six études originales qui, ensemble, permettent de mettre en lumière les besoins complexes de personnes en situation de vulnérabilité. Elles offrent des solutions appuyant la pratique et soutenant les personnes vivant avec des troubles mentaux. Francine Ferland et collaborateurs documentent de manière fine les défis observés par les professionnels chez les personnes vivant avec des problèmes d'addiction de substances psychoactives et victimes d'actes criminels. Ces auteurs proposent également des pistes d'amélioration dans les interventions auprès de ce public pour prendre en compte leur réalité spécifique. De leur côté, Emmanuelle Bédard et collaborateurs brossent un portrait de la santé mentale de femmes qui bénéficient de services d'organismes communautaires dans une région québécoise. C'est l'occasion de découvrir plusieurs facteurs soutenant leur santé mentale et d'autres la fragilisant.

Dans la foulée, les deux articles suivants s'attardent à la santé mentale des adolescents québécois. D'une part, Danyka Therriault et collaborateurs décrivent les facteurs de risque les plus importants influençant la gravité de symptômes d'anxiété généralisée, touchant en particulier les jeunes filles. D'autre part, Jessica Turgeon et collaborateurs vérifient plusieurs éléments psychométriques de la version courte de l'échelle de détresse psychologique de Kessler, le K6, avec un grand échantillon de personnes adolescentes. Ils effectuent, entre autres, une analyse factorielle confirmatoire pour vérifier la structure conceptuelle de l'outil.

Afin de soutenir les personnes vivant avec des troubles anxieux et de l'humeur, des adaptations aux modules d'interventions sont de plus

en plus proposées pour tenir compte de conditions comorbides. Ainsi, Jessica Philippe et collaborateurs testent une thérapie cognitive-comportementale adaptée auprès de personnes étudiantes d'une clinique universitaire et offrent des recommandations pour la pratique.

Enfin, en guise de conclusion, une nouvelle ressource numérique est décrite par Julie Lane et collaborateurs en vue de rejoindre le plus largement possible de personnes à risque de suicide ou vivant avec des idéations suicidaires. Cette étude présente le processus et les conditions gagnantes pour implanter et pérenniser ce type de service innovant.

À n'en pas douter, ces 6 articles sont la preuve qu'au Québec les équipes de recherche contribuent activement et efficacement à la mise en œuvre de solutions destinées à un large spectre de personnes aux prises avec différents problèmes de santé mentale. Le comité éditorial vous souhaite une bonne lecture des résultats qui en découlent.

Les enjeux liés à la victimisation dans le traitement de la dépendance aux substances : Qu'en disent les cliniciens en dépendance ?

Francine Ferland^a

Nadine Blanchette-Martin^b

Chantal Plourde^c

Catherine Rossi^d

Annie-Claude Savard^e

Maggie-Audrey Bernier^f

Gabrielle Ehouarne^g

Mélanie Blais^h

Rosalie Genoisⁱ

-
- a. Psychologue chercheure, Service de recherche en dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches.
 - b. Agente de planification de programmation et de recherche, Service de recherche en dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches.
 - c. Professeure, Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières.
 - d. Professeure, École de travail social et de criminologie, Université Laval
 - e. Professeure, École de travail social et de criminologie, Université Laval.
 - f. Professionnelle de recherche, Service de recherche en dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches.
 - g. Assistante de recherche, Service de recherche en dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches.
 - h. Assistante de recherche, Service de recherche en dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches.
 - i. Étudiante au doctorat, Université de Sherbrooke.

NOTE Les membres du réseau de l'aide aux victimes qui ont grandement collaboré à ce projet préconisent le terme de « victimisation » plutôt que celui de « victimation ».

RÉSUMÉ La littérature semble établir une relation bidirectionnelle entre la présence de consommation de substances psychoactives (SPA) et la présence de victimisation. En effet, d'une part la consommation de SPA peut être utilisée par une victime pour pallier les différents impacts qu'elle vit en raison des actes criminels dont elle a été victime. Quant à elle, la consommation peut augmenter les risques qu'une personne soit victime d'un acte criminel. Il n'est donc pas étonnant qu'une proportion importante des gens qui consultent pour un problème de consommation/dépendance aux SPA aient déjà été victimes d'actes criminels. Comme le profil clinique de ces personnes est parfois lourd et complexe, il apparaît important que les cliniciens travaillant auprès de celles-ci soient attentifs à la présence de victimisation au cours de leur vie afin de bien les aider. L'objectif de ce projet est de documenter les difficultés et les défis rencontrés par les cliniciens en dépendance dans le cadre de leurs interventions auprès des personnes ayant déjà été victimes d'actes criminels et de présenter des pistes de solution pour mieux intervenir avec celles-ci et favoriser leur rétablissement. Trente-deux cliniciens en dépendance ($N = 9$ hommes) ont pris part à des rencontres individuelles d'environ 60 minutes. Une fois transcrites sous forme de verbatim, les entrevues ont été analysées selon la méthode de thématisation en continu en suivant les étapes mises de l'avant par Braun et Clarke (2006). Les résultats de l'analyse qualitative mettent en lumière les 4 aspects suivants : 1) Perception des cliniciens quant au portrait des personnes consultant dans un centre public d'intervention spécialisée en dépendance ; 2) Perception des cliniciens en dépendance concernant les interactions possibles entre la consommation de SPA et la victimisation ; 3) Enjeux de l'intervention en dépendance auprès de la clientèle ayant été victime d'actes criminels tels que perçus par les cliniciens en dépendance ; 4) Pistes d'amélioration des services spécialisés en dépendance pour les personnes présentant un problème de consommation/dépendance et ayant été victimes d'actes criminels. Les résultats mettent en évidence la complexité de l'intervention auprès de personnes ayant un problème de consommation/dépendance aux SPA et ayant été victimes d'actes criminels, de même que le besoin de formation des cliniciens en dépendance en matière de victimisation.

MOTS CLÉS dépendance, acte criminel, consommation, intervention, victime, substance psychoactive, victimisation

The Challenges of Victimization in the Treatment of Substance Addiction: What Do Clinicians Say About It?

ABSTRACT Literature seems to establish a two-way relationship between psychoactive substance use and the presence of victimization. Indeed, substance

can be used by a victim to overcome the different impacts lived because of the criminal acts experienced. On the other side, psychoactive substance use may increase the risks of a person being victim of criminal acts. It is therefore no wonder that an important proportion of people who consult for a problem of consumption/addiction to psychoactive substances have already been victims of criminal acts. Since the clinical profiles of these individuals is severe and complex, it appears important that the clinicians working with this person be aware of the presence of victimization in their life in order to help them. The objective of this project is to document the difficulties and the challenges encountered by the addiction clinicians in their interventions with people having already been victims of criminal acts and to present possible solutions to help improve interventions and promote their recovery. Thirty-two addiction clinicians ($N = 9$ Men) have taken part in individual meetings of about 60 minutes. Once transcribed in verbatim form, the interviews have been analyzed under a continuous theming method following the steps put forward by Braun & Clarke (2006). The results of the qualitative analysis highlighted the four following aspects: (1) Perception of clinicians regarding the portrait of people consulting in a public intervention center specializing in addiction; (2) Perception of addiction clinicians regarding the possible interactions between substance use and victimization; (3) The stakes of substance abuse intervention with the victims of a criminal act and (4) Suggestions to improve services for people with substance addiction and being criminal act victims. The results put forward the complexity of intervention with people with a problem of consumption/addiction and who were victims of criminal act victims. The results highlight the complexity of the intervention with people with a problem of consumption/addiction and who were victims of criminal acts, as well as the need for training addiction clinicians about victimization.

KEYWORDS addiction, criminal act, substance, intervention, victim, victimization

Introduction

La littérature sur la consommation de substances psychoactives (SPA) et la criminalité s'intéresse principalement à la commission de délits (Marinha Nunes et Sani, 2013). Elle s'intéresse toutefois moins aux risques d'être victime d'un acte criminel (aussi appelé victimisation) des personnes présentant un problème de consommation/dépendance aux SPA ou encore aux impacts possibles de la victimisation sur la consommation de SPA. Malgré ceci, la littérature indique clairement que la consommation de SPA augmente les risques de victimisation (Bryan et coll., 2016; de Wall et coll., 2017; Lo et coll., 2008; O'Hare,

et coll., 2010; Resnick et coll., 2007; Stevens et coll., 2007). Cette augmentation peut s'observer à 2 niveaux soit en raison des effets de la consommation qui peut altérer le jugement et la prise de décision des consommateurs les rendant ainsi plus vulnérables à subir différents actes criminels (de Wall et coll., 2017; Marinha Nunes et Sani, 2013), soit en raison des lieux et des contextes où se font habituellement l'achat et la consommation des SPA (principalement les SPA illicites) (Brochu et coll., 2016; Maria-Rios et Morrow, 2020; Marinha Nunes et Sani, 2013; Seear et Fraser, 2014; Stevens et coll., 2007; Temple et Freeman, 2011).

Outre les motifs pouvant expliquer la victimisation à laquelle peuvent faire face les personnes consommant des SPA, des études indiquent un lien étroit entre la présence d'un état de stress post-traumatique et la consommation de SPA qui, à ce moment, peut être utilisée comme stratégie d'adaptation par les personnes ayant été victimes d'un acte criminel (Angelone et coll., 2018; Wekerle et Wall, 2002). Il existe également un lien entre la présence de victimisation à l'enfance et à l'âge adulte et la consommation de SPA (Grudman et coll., 2018; Lo et coll., 2008). Ceci pourrait possiblement expliquer, du moins en partie, pourquoi la victimisation est particulièrement présente chez les personnes qui consultent dans les centres publics d'intervention spécialisée en dépendance. En effet, selon une étude de Stevens et coll. (2007) menée en Europe, près de la moitié des personnes en traitement pour un problème de consommation de SPA ont vécu au cours de la dernière année au moins un épisode de victimisation contre la personne (48 %) ou un épisode dans lequel la violence était impliquée (42 %). Bien qu'à notre connaissance aucune donnée similaire ne soit disponible pour la province de Québec (Canada), les données provenant de l'évaluation initiale des adultes consultant pour un problème de consommation/dépendance aux SPA au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS de la Capitale-Nationale) indiquent que 76 % ont vécu au moins un type d'abus au cours de leur vie. Plus spécifiquement, 68 % ont été victimes d'abus psychologique, 48 % d'abus physiques et 33 % d'abus sexuels; les femmes étant surreprésentées dans chacune de ces catégories d'abus (Ferland et coll., 2016).

Toutefois, que la consommation soit impliquée dans la victimisation ou qu'elle soit consécutive à celle-ci, il demeure qu'une forte proportion des personnes qui recherchent de l'aide pour un problème de consommation/dépendance ont déjà été victimes. Sachant que les impacts

de la présence d'un acte criminel dans la vie d'une personne peuvent influencer sa consommation et le cours de l'intervention (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018), il apparaît important que les cliniciens travaillant auprès de ces personnes soient attentifs à la présence de victimisation au cours de leur vie afin de bien les aider. L'objectif de ce projet est de documenter les difficultés et les défis rencontrés par les cliniciens en dépendance dans le cadre de leurs interventions auprès des personnes ayant déjà été victimes d'actes criminels et de présenter des pistes de solution pour mieux intervenir avec ces personnes et favoriser leur rétablissement.

Méthode

Participants

L'ensemble des participants provient de 2 centres publics d'intervention spécialisée en dépendance situés dans 2 régions administratives différentes. Au total 32 cliniciens de ces centres dont l'âge varie de 28 à 65 ans ($M = 43,8$ ans; $ET = 11,2$ ans) ont participé au projet (23 femmes et 9 hommes). Les cliniciens ont des formations variées dont les principales sont le travail social (38,7 %) et la psychologie (25,8 %). On retrouve également des éducateurs spécialisés (12,9 %), des psychoéducateurs (9,7 %), des infirmiers (9,7 %) et des criminologues (3,2 %). Il est à noter que les cliniciens rencontrés travaillent en moyenne depuis 14,5 ans ($ET = 10,3$ ans) au sein du centre public d'intervention spécialisée en dépendance qui les emploie et que 75 % sont membres d'un ordre professionnel. Le tableau 1 présente un bref portrait des participants.

Procédure

Ce projet constitue un des 3 volets d'un projet de recherche plus large ciblant les services offerts aux victimes d'actes criminels ayant des problèmes de consommation/dépendance aux SPA. Les 2 autres volets de ce projet ont été menés auprès d'intervenants travaillant auprès des victimes d'actes criminels ayant ou non un problème de consommation/dépendance aux SPA et auprès de personnes ayant un problème de consommation/dépendance aux SPA qui ont été victimes d'actes criminels.

TABLEAU 1
Description des cliniciens participants

Pseudo	Genre	Âge	Membre d'un ordre professionnel	Expérience antérieure d'intervention auprès de victimes d'actes criminels	Ancienneté dans l'établissement
Louise	Femme	46-55 ans	Oui	Non	21-30 ans
Marie	Femme	46-55 ans	Oui	Oui	1-10 ans
Josée	Femme	25-35 ans	Oui	Non	1-10 ans
Laurent	Homme	36-45 ans	Non	Non	11-20 ans
Carl	Homme	46-55 ans	Oui	Non	21-30 ans
Cathy	Femme	36-45 ans	Non	Non	11-20 ans
Magali	Femme	46-55 ans	Oui	Non	21-30 ans
William	Homme	36-45 ans	Non	Non	11-20 ans
Isabelle	Femme	25-35 ans	Non	Non	1-10 ans
Alice	Homme	25-35 ans	Oui	Non	1-10 ans
Virginie	Femme	46-55 ans	Non	Non	21-30 ans
Michel	Homme	56-65 ans	Oui	Non	11-20 ans
Morgane	Femme	25-35 ans	Oui	Non	1-10 ans
Louise	Femme	25-35 ans	Oui	Oui	1-10 ans
Audrey	Femme	25-35 ans	Oui	Oui	1-10 ans
Maxime	Homme	56-65 ans	Oui	Non	21-30 ans
Réjean	Homme	25-35 ans	Oui	Non	1-10 ans
Anne	Femme	56-65 ans	Non	Non	11-20 ans
Catherine	Femme	36-45 ans	Non	Oui	1-10 ans
Lauraine	Femme	36-45 ans	Oui	Non	11-20 ans
Ève	Femme	25-35 ans	Oui	Non	1-10 ans
Émilie	Femme	56-65 ans	Oui	Non	31-40 ans
Julie	Femme	25-35 ans	Oui	Non	1-10 ans
Marlène	Femme	56-65 ans	Oui	Non	31-40 ans
Lise	Femme	46-55 ans	Oui	Non	11-20 ans
Madeleine	Femme	25-35 ans	Oui	Non	1-10 ans
Irène	Femme	36-45 ans	Oui	Non	11-20 ans
Nathalie	Femme	36-45 ans	Oui	Oui	11-20 ans
Céline	Femme	25-35 ans	Oui	Non	1-10 ans
Paul	Homme	46-55 ans	Oui	Oui	11-20 ans
Émile	Homme	36-45 ans	Oui	Oui	1-10 ans
Johanne	Femme	36-45 ans	Non	Non	11-20 ans

Note : Tous les noms utilisés sont des noms fictifs

Le présent volet mené auprès des cliniciens en dépendance leur a été présenté lors de rencontres d'équipe. À la suite de ces rencontres, les cliniciens intéressés communiquaient par courriel ou téléphone avec l'équipe de recherche afin de prévoir un moment pour les rencontrer. Leur participation prenait la forme d'une entrevue semi-structurée individuelle d'environ 60 minutes. Les rencontres ont toutes eu lieu au bureau des cliniciens pendant leurs heures de travail. Les entrevues ont été menées par un assistant de recherche préalablement formé pour mener ce type d'entrevue. Les premières entrevues ont été écoutées en équipe (l'assistant et 2 chercheurs) afin de peaufiner le canevas et les techniques d'entrevue. Toutes les entrevues ont été enregistrées en format audionumérique puis retranscrites sous forme de verbatim afin d'être importées dans N'Vivo en vue de l'analyse qualitative.

Instruments

Questionnaire sociodémographique : ce questionnaire a été conçu par l'équipe de recherche afin de documenter le genre, l'âge, la formation et l'expérience des cliniciens.

Canevas d'entrevue : celui-ci a été conçu par l'équipe de recherche pour répondre à l'objectif du projet. Il se divise en 4 parties. La première explore la perception des cliniciens en dépendance concernant la victimisation vécue par les personnes demandant des services dans un centre public d'intervention spécialisée en dépendance ainsi que les relations perçues entre la consommation de SPA et la victimisation. La seconde partie s'intéresse aux aspects cliniques concernant la prise en compte de la victimisation dans l'intervention en dépendance. Les 2 dernières parties portent quant à elles sur les perceptions des cliniciens en dépendance concernant la collaboration entre ces derniers et les cliniciens en victimisation et les améliorations à apporter dans l'intervention. Il est à noter que l'ensemble du canevas d'entrevue s'intéresse à la perception des cliniciens en dépendance.

Définition des actes criminels : la conceptualisation des actes criminels devait être circonscrite afin que tous les cliniciens utilisent les mêmes référents. Ainsi une liste descriptive des actes criminels dont devaient tenir compte les cliniciens tout au long de l'entrevue leur a été remise avant de débiter l'entrevue. Ces actes criminels sont : les voies de fait, l'enlèvement ou la séquestration, les infractions à caractère sexuel, les tentatives de meurtre, les menaces, le harcèlement ou l'intimidation, le vol, la fraude, le vol qualifié, l'introduction par effraction,

l'incendie criminel, le délit de fuite et la violence conjugale¹ qui peut regrouper plusieurs types d'actes criminels.

Éthique

Le projet a été soumis au Comité d'éthique de la recherche d'un des 2 centres publics d'intervention spécialisée en dépendance participant selon le processus multicentrique mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Le projet porte le numéro MP-2018-243.

Analyses qualitatives

L'analyse qualitative des entrevues a été faite selon la méthode de thématisation en continu qui permet d'identifier, d'analyser, d'extraire et d'obtenir une liste complète des thèmes présents dans les entrevues (Paillé et Mucchielli, 2016). Celle-ci a été faite en collaboration entre les chercheurs et 2 assistants de recherche en respectant les 6 étapes mises de l'avant par Braun et Clarke (2006) pour faire une analyse thématique: 1) familiarisation avec les données par l'intermédiaire de la lecture et de la relecture des entrevues (assistants de recherche + 1 chercheur); 2) premier encodage des caractéristiques intéressantes (assistants de recherche + 1 chercheur); 3) attribution de noms de thèmes aux regroupements de codes (assistants de recherche + 2 chercheurs); 4) raffinement des thèmes via une relecture des extraits sélectionnés pour chaque thème et mise en relation de ceux-ci avec l'ensemble des données (assistants de recherche + 2 chercheurs); 5) raffinement des thèmes pour en réduire le nombre tout en conservant la signification (assistants de recherche + 2 chercheurs); 6) production du rapport d'analyse (chercheurs).

Il est à noter que les assistants de recherche travaillant à la codification des entrevues ont reçu une formation à l'utilisation du logiciel N'Vivo de même qu'à l'analyse thématique. L'ensemble du processus d'analyse a été fait par consensus entre les assistants de recherche et les chercheurs. Il a débuté une fois que toutes les entrevues ont été complétées.

1. Bien que la violence conjugale ne soit pas considérée comme un acte criminel au sens de la loi, nous avons décidé de la considérer dans ce projet puisque les actes posés dans le cadre de la violence conjugale peuvent faire l'objet de sentences.

Résultats

Cette section est structurée en 4 parties distinctes qui permettent de répondre à l'objectif général du projet. Ces 4 parties sont : 1) Perception des cliniciens quant au portrait des personnes consultant dans un centre public d'intervention spécialisée en dépendance ; 2) Perception des cliniciens en dépendance concernant les interactions possibles entre la consommation de SPA et la victimisation ; 3) Enjeux de l'intervention en dépendance auprès de la clientèle ayant été victime d'actes criminels tels que perçus par les cliniciens en dépendance ; 4) Pistes d'amélioration des services spécialisés en dépendance pour les personnes présentant un problème de consommation/dépendance et ayant été victimes d'un acte criminel. Il est important de rappeler que les résultats rapportent la perception des cliniciens en dépendance rencontrés dans le cadre de ce projet. Des noms fictifs sont utilisés pour référer aux cliniciens dont les extraits sont présentés.

Perception des cliniciens quant au portrait des personnes consultant dans un centre public d'intervention spécialisé en dépendance

Les cliniciens rencontrés mentionnent avoir plusieurs personnes dans leur charge de cas qui ont révélé avoir déjà été victimes d'un acte criminel. Pour certaines il s'agit d'un acte criminel qui a perduré, par exemple harcèlement ou violence conjugale. Pour d'autres il s'agit plutôt d'un acte criminel ponctuel (p. ex. voies de fait), ou encore de plusieurs actes criminels ponctuels sans liens entre eux. Finalement, certaines personnes ont un parcours de vie marqué d'actes criminels ponctuels et d'actes criminels vécus au long cours. Le harcèlement/intimidation, les infractions à caractère sexuel, les voies de fait, les menaces et la violence conjugale sont fréquemment vécues par les personnes rencontrées par les cliniciens en dépendance interrogés. Même si ces actes criminels sont les plus mentionnés, les cliniciens précisent que les personnes qu'ils rencontrent sont victimes d'une grande diversité d'actes criminels.

« Il y a eu plusieurs épisodes, puis souvent de différentes natures. Comme je disais, violence familiale, violence conjugale, de la violence verbale des fois au travers, avec des conjoints. » (Louise)

Les conséquences de l'acte criminel vécu sont également diversifiées. Outre la consommation de SPA dont il sera question plus loin, les personnes consultant pour un problème de consommation/dépendance qui ont été victimes d'actes criminels ressentent de la honte et de la culpabilité envers ces actes. Certains développent une hypervigilance qui les amène à éprouver des troubles du sommeil, alors que d'autres présentent des difficultés relationnelles ou une diminution de l'estime de soi. Dans certains cas, les cliniciens observent la présence de pensées suicidaires et des tentatives de suicide parmi les personnes ayant été victimes d'un acte criminel.

« Au niveau des abus sexuels, j'ai deux filles en tête. Dans leur tête elles ne sont pas victimes: elles sont responsables pour différentes raisons: "J'étais dans le party, je n'ai pas été capable de me défendre, c'est moi, c'est de ma faute." » (Madeleine)

Perception des cliniciens en dépendance concernant les interactions possibles entre la consommation de SPA et la victimisation

Selon les cliniciens, le lien entre la consommation de SPA et la victimisation n'est pas toujours direct. Dans certaines situations, la consommation de SPA peut augmenter les risques qu'une personne soit victime d'un acte criminel alors que dans d'autres situations, c'est plutôt le milieu et le mode de vie associés à la consommation de SPA illégales qui augmentent le risque de victimisation. De plus, lorsque la consommation de SPA arrive après l'acte criminel, celle-ci est alors utilisée comme mécanisme d'adaptation pour affronter ou pallier les conséquences (souvent psychologiques) de la victimisation. Dans ces circonstances, la consommation permet à la personne de s'apaiser, d'oublier l'acte criminel vécu, de mieux gérer les conséquences, d'être plus fonctionnelle, de survivre, de se couper de ses émotions ou encore de se sentir mieux avec elle-même.

« Ces gens-là ont peu de moyens de "dealer" avec, de faire avec. Donc ils vont prendre la consommation comme béquille, comme support d'adaptation. » (Audrey)

Le développement d'une dépendance aux SPA n'est pas toujours l'issue de la consommation à la suite d'un acte criminel. Outre la présence d'une dépendance aux SPA, les cliniciens observent des modèles

de consommation variés. En effet, pour certains consommateurs, la consommation de SPA augmente après l'acte criminel sans pour autant devenir problématique, alors que certaines personnes abstinentes au moment de l'acte criminel rechutent après celui-ci.

« C'est ça, consommation sous contrôle, pas de problématique. Puis elle a vécu un acte criminel. Puis par la suite arrêt de travail, décompensée, augmentation de la consommation. » (Audrey)

Enjeux de l'intervention en dépendance auprès de la clientèle ayant été victime d'actes criminels tels que perçus par les cliniciens en dépendance

Les analyses ont permis de mettre en évidence 3 grandes catégories d'enjeux qui touchent l'intervention ou le travail des cliniciens en dépendance.

a) Enjeux liés à l'intervention

Selon les cliniciens rencontrés, les personnes ayant un problème de consommation de SPA ont beaucoup de difficultés à obtenir des services pour les victimes d'actes criminels et des services psychologiques plus spécialisés, par exemple pour traiter un stress post-traumatique développé à la suite d'un acte criminel. Les problèmes d'accès semblent principalement reliés à la longueur des listes d'attente pour recevoir ces services, de même qu'à l'obligation de s'engager à ne pas consommer au cours du processus d'intervention. Comme les personnes qui consultent dans un centre public d'intervention spécialisée en dépendance présentent généralement un profil sévère de consommation, elles ont de la difficulté à maintenir une abstinence suffisamment longue pour qu'une place soit disponible pour des services psychologiques plus spécialisés.

Les cliniciens mentionnent aussi que leur spécialisation en dépendance et le mandat de leur centre d'intervention les amènent à se concentrer sur la consommation/dépendance des personnes plutôt que sur les problématiques associées ou sous-jacentes. De plus, comme la personne se présente au centre public d'intervention spécialisée en dépendance pour travailler son problème de consommation/dépendance aux SPA, dans bien des cas elle n'abordera pas d'emblée les actes criminels dont elle a été victime dans le passé ni les conséquences de ceux-ci sur sa consommation ou sur d'autres aspects de sa vie. Le

dévoilement des actes criminels se produit souvent une fois le processus d'intervention bien amorcé.

«C'était souvent parce qu'il y avait un travail qui devait être fait puis on ne pouvait pas le faire dans le cadre de notre emploi à nous [en dépendance]. On voyait qu'il y avait beaucoup d'impacts de l'événement au niveau personnel... au niveau sécurité. Ça amenait d'autres problématiques que nous on ne pouvait pas commencer à travailler.» (Madeleine)

Les cliniciens rencontrés indiquent également que certaines personnes ne perçoivent pas la teneur «criminelle» des actes qu'elles ont vécus. Elles ont plutôt tendance à les considérer comme «normaux» avec comme conséquence une impossibilité à réaliser l'impact de la victimisation sur leur consommation. Il est alors difficile pour le clinicien d'élaborer un plan d'intervention qui tient compte de l'ensemble de la problématique puisqu'il ne dispose pas de tous les éléments nécessaires pour bien comprendre le portrait clinique de la personne.

b) Enjeux liés au champ d'expertise des cliniciens

Certains cliniciens mentionnent avoir de la difficulté à déterminer jusqu'où ils doivent aller cliniquement dans l'écoute et l'utilisation des informations rapportées par la personne dans le récit des actes criminels qu'elle a vécus. Doivent-ils prendre le récit tel que raconté et demeurer en surface pour ne pas activer des affects négatifs ou, au contraire, doivent-ils avoir tous les détails pour pouvoir bien aider la personne? Quand doivent-ils référer vers un service plus spécifique et quand doivent-ils poursuivre le travail? La frontière à ne pas franchir semble différer d'un clinicien à l'autre selon son sentiment de compétence, son expérience et selon les différentes formations qu'il a pu suivre au cours de sa carrière.

«Quand est-ce qu'on fait quelque chose? Quand est-ce qu'on ne fait rien? Est-ce qu'on réactive quelque chose? La personne nous affirme avoir été "victime d'un acte". Mais elle ne rapporte pas de conséquences actuelles. Est-ce qu'on réactive ça?» (Julie)

De plus, une partie des cliniciens en dépendance rencontrés se sentent peu outillés pour répondre aux besoins des personnes ayant vécu une victimisation. Ils ont en effet indiqué ne pas avoir reçu de formation pour venir en aide aux victimes d'actes criminels et, par conséquent, mentionnent ne pas être préparés à entendre les histoires de sévices. Bien qu'ils demeurent accueillants et utilisent leurs com-

pétences cliniques, certains mentionnent avoir des reviviscences des histoires de sévices racontées par les personnes qui les consultent.

«On est démuné. Tu sais, je travaille la dépendance. Mais, en même temps, on ne peut pas dire à la personne: “Ne me parle pas de ça. Moi je travaille juste ton problème de consommation.” Je ne peux pas faire ça. Je ne peux pas compartimenter ça. C’est ça qui est difficile. Comme clinicien il faut être prêt à entendre ces sévices épouvantables.» (Cathy)

c) Enjeux liés au processus de référence vers les organismes venant en aide aux victimes d’actes criminels

Les cliniciens en dépendance mentionnent que les personnes qu’ils rencontrent se confient difficilement sur les actes criminels dont elles ont été victimes. Un bon lien de confiance est habituellement nécessaire pour que la personne s’ouvre sur sa victimisation. C’est sans doute pourquoi les cliniciens ont de la difficulté à orienter la personne vers un autre clinicien ou une autre ressource qu’il ne connaît pas et avec lequel elle devra reprendre son histoire du début. Outre le lien de confiance qui restreint les références, les cliniciens indiquent également mal connaître les différents organismes venant en aide aux victimes d’actes criminels vers lesquels ils pourraient référer les personnes ayant été victimes. Conséquemment, les références sont parfois difficiles et, dans bien des cas, elles se font entre cliniciens qui se connaissent plutôt qu’en suivant une trajectoire précise entre les établissements.

La collaboration interétablissement et le travail conjoint peuvent également être complexes à mettre en place, même lorsque ceux-ci sont nécessaires. Ceci semble s’expliquer par l’absence d’une trajectoire unique pour accéder aux différentes ressources communautaires, et il est parfois difficile pour les cliniciens en dépendance de s’y retrouver.

«Souvent je vais dire [à l’usager]: “Tu pourrais avoir un traitement. Ils ont des approches spécifiques à ce type de problématique.” Puis on n’a pas de trajectoire, pas de procédure spécifique si on veut référer une personne qui est victime d’actes criminels.» (Josée)

En dernier lieu, les cliniciens mentionnent que le mécanisme pour avoir accès aux indemnisations dispensées par le service québécois d’indemnisation des victimes d’actes criminels (IVAC)² est particuliè-

2. L’IVAC offre des indemnisations aux victimes d’actes criminels de même qu’aux personnes qui ont été témoins d’un acte criminel. Les indemnisations peuvent couvrir les coûts pour des soins de santé mentale (p. ex. psychothérapie), pour

rement difficile à franchir pour des personnes qui ont un problème de consommation/dépendance. Comme la consommation sert souvent à « survivre » aux événements traumatisants, devoir raconter à nouveau les événements vécus et se replonger dans ses souvenirs douloureux en amène plus d'un à renoncer à faire une demande d'indemnisation.

« C'est très, très, très compliqué. C'est plein d'étapes qui en finissent plus. Pour le client, il faut qu'il explique tout de façon précise... Puis, il faut qu'il repasse une entrevue au téléphone. Il faut qu'il ait un papier du médecin qui diagnostique le post-trauma... C'est compliqué. » (Cathy)

Pistes d'amélioration des services spécialisés en dépendance pour les personnes présentant un problème de consommation/dépendance aux SPA et ayant été victimes d'actes criminels

Bien qu'ils aient soulevé des difficultés au plan clinique, les cliniciens en dépendance ont également suggéré des pistes qui permettraient d'améliorer le travail clinique auprès des personnes présentant un problème de consommation/dépendance aux SPA et ayant une victimisation. Parmi ces pistes de solution, il apparaît des plus importants pour les cliniciens en dépendance de mieux connaître les organismes venant en aide aux victimes d'actes criminels. En connaissant mieux le mandat et les trajectoires de services (mécanismes d'accès, portes d'entrée, processus de référence) de ces organismes, ils croient qu'ils seraient plus en mesure de référer leur clientèle vers la ressource la plus appropriée à ses besoins. Certains mentionnent également que la formalisation du processus de référence serait un atout. Il apparaît également important pour les cliniciens en dépendance de pouvoir avoir accès à une personne-ressource dans chaque organisme afin de faciliter le transfert des usagers.

« Ce serait bien d'avoir une personne de référence. Parce que quand j'appelle pour avoir des informations je passe par la même place que tout le monde. » (Morgane)

des soins de santé physique (p. ex. physiothérapie), pour le remplacement de différents bien matériels (p. ex. lunettes d'ordonnance, vêtements), pour des frais de garde d'enfant, pour la réinsertion professionnelle, etc. Pour plus d'informations consulter le site web de l'IVAC à l'adresse suivante: <https://www.ivac.qc.ca/>

Les cliniciens en dépendance croient aussi que la victimisation devrait avoir une plus grande place dans les réunions cliniques des services spécialisés en dépendance afin de sensibiliser l'ensemble des cliniciens à cette réalité très présente chez la clientèle. Ils accordent également une grande importance à l'amélioration de leurs connaissances sur les approches cliniques à utiliser dans le travail clinique avec les personnes victimes d'actes criminels afin de favoriser leur rétablissement.

« Je ne pense pas que tout le monde est bien formé. On fait quoi avec quelqu'un qui est hypervigilant, puis on fait quoi avec quelqu'un qui dissocie. Ce n'est pas quelque chose qu'on vit chaque semaine. Ce n'est pas facile à gérer dans un contexte comme ici. » (Lauraine)

Discussion

Ce projet avait pour objectif principal de documenter les difficultés et les défis rencontrés par les cliniciens en dépendance dans le cadre de leurs interventions auprès des personnes ayant déjà été victimes d'actes criminels, et de présenter des pistes de solution pour mieux intervenir avec ces personnes et favoriser leur rétablissement. Quatre résultats principaux ressortent des analyses qualitatives effectuées. Ainsi, tout comme l'indique la littérature, les cliniciens en dépendance font 2 constats par rapport à la consommation de SPA et la victimisation. D'une part, quand la consommation est présente avant que les actes criminels ne surviennent, celle-ci contribue à augmenter la vulnérabilité des consommateurs à subir des actes criminels (Bryan et coll., 2016; de Wall et coll., 2017; Lo et coll., 2008; O'Hare, et coll., 2010; Resnick et coll., 2007; Stevens et coll., 2007). D'autre part, quand les actes criminels surviennent avant la consommation, cette dernière peut alors être utilisée comme stratégie d'adaptation pour faire face aux conséquences associées à ces actes criminels (Angelone et coll., 2018; Oshri et coll., 2017; Wekerle et Wall, 2002). Toutefois, que la consommation ait débuté avant ou après l'acte criminel, les discussions avec les cliniciens en dépendance mettent en évidence la complexité de l'intervention auprès des personnes ayant des problèmes de consommation/dépendance qui ont été victimes d'actes criminels.

Les cliniciens soulèvent plusieurs aspects qui peuvent affecter la qualité de leur travail auprès des personnes ayant un problème de consommation/dépendance et ayant été victimes d'actes criminels.

Certains de ces éléments relèvent davantage de la structure des services (comment sont donnés les services dans les centres publics d'intervention spécialisée en dépendance) alors que d'autres relèvent de la formation et de l'expertise des cliniciens. Du côté de la structure des services, le mandat de l'établissement qui est de traiter le problème de consommation/dépendance amène des motifs de consultation spécifiques à cette problématique. Ceci a souvent comme conséquence de centrer l'intervention sur la consommation et de passer sous silence la présence d'actes criminels dans la vie de la personne, ou encore que la présence de ces actes soit abordée seulement une fois qu'un très bon lien de confiance soit établi. En effet, tel que l'ont observé l'équipe de Arthur (2013) et les cliniciens rencontrés dans ce projet, dans bien des cas la personne qui consulte a besoin de se sentir en confiance pour parler des actes criminels qu'elle a vécus. Comme l'alliance thérapeutique se crée lentement au fil des rencontres, il peut arriver que la personne parle des actes criminels vécus seulement après quelques semaines ou quelques mois de suivi. Bien que le travail clinique fait jusqu'à la divulgation de l'acte criminel soit pertinent, il est alors fait sans que le clinicien ait en main tous les éléments pour aider la personne puisque ce dernier ne peut travailler l'influence des actes criminels sur la consommation.

Outre la connaissance des actes criminels vécus et l'importance du lien de confiance, les conséquences psychologiques des actes criminels (p. ex. état de stress post-traumatique) peuvent également influencer l'intervention puisque celles-ci peuvent augmenter les risques d'abandon prématuré du traitement et avoir un impact sur son pronostic (Chauvet et coll., 2015). Il est donc important que les cliniciens qui traitent les problèmes de consommation/dépendance aux SPA soient en mesure d'identifier ce qui appartient à la consommation/dépendance et ce qui appartient à la victimisation pour bien aider leur clientèle (Arthur et coll., 2013). Pour ce faire, les cliniciens doivent être attentifs à la possible présence de victimisation chez leurs usagers. Toutefois, même lorsqu'ils soupçonnent celle-ci, ils admettent avoir de la difficulté à déterminer le niveau de détail qu'ils doivent recueillir pour comprendre le lien entre l'acte criminel vécu et la consommation, et comment cet acte criminel devrait être pris en compte dans l'intervention en dépendance. De telles connaissances sont d'autant plus importantes que des questions trop hâtives sur les actes criminels vécus peuvent amener l'abandon de certains usagers (Arthur et coll., 2013).

Afin de pallier cette difficulté, il semble qu'une approche de type *trauma-informed care*, appelée « soins sensibles aux traumatismes » en français, soit une avenue gagnante pour l'intervention en dépendance (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014) puisque celle-ci ne requiert pas que la personne parle des actes criminels qu'elle a vécus. Elle place plutôt l'emphasis de l'intervention sur le besoin de la personne de se sentir physiquement et émotionnellement en sécurité tout en travaillant sur ses forces et ses compétences (Donaldson et coll., 2018). Malgré ceci, il demeure important que le clinicien soit en mesure de reconnaître les signes et symptômes de la présence de victimisation, qu'il soit confortable de questionner le lien pouvant exister entre l'acte criminel vécu et la consommation (Angelone et coll., 2018; Galvani, 2006; Oshri et coll., 2017; Wekerle et Wall, 2002) et qu'il se concentre sur les conséquences actuelles de l'acte criminel, et ce, peu importe depuis combien de temps celui-ci a été vécu.

Par ailleurs, le clinicien en dépendance doit pouvoir conserver sa spécialité. Pour ce faire, il doit pouvoir référer ses usagers vers des services d'aide aux victimes d'actes criminels lorsque cela est nécessaire, ou encore pouvoir travailler conjointement avec ces derniers lorsque requis. Ainsi, même si le Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 du ministère de la Santé et des services sociaux du Québec (2018) indique clairement que les services doivent être adaptés à ce que vivent les personnes, au moment d'écrire ces lignes il semble que toutes les mesures ne soient pas encore mises en place pour faciliter les références et le travail conjoint. Malgré plusieurs efforts, des améliorations doivent encore être apportées pour favoriser un traitement intégré plutôt qu'en parallèle ou en séquence.

Forces et limites

La principale force de ce projet est d'avoir permis la rencontre de cliniciens en dépendance qui travaillent directement avec les personnes consultant pour des problèmes de consommation/dépendance aux SPA. Ainsi, les propos rapportés dans cet article reflètent leur expérience d'intervention et leurs préoccupations envers cette clientèle en réel besoin. Il y a tout lieu de croire que les besoins de formation et les modifications à apporter pour faciliter les références vers des cliniciens spécialisés en victimologie pourraient s'appliquer à d'autres milieux que les centres publics d'intervention spécialisée en dépendance. Par ailleurs, bien que le nombre de participants soit relativement élevé pour

une étude qualitative et que la saturation empirique ait été atteinte, il est important de noter que seulement 2 régions administratives sont représentées ici. Il pourrait donc être adéquat de rencontrer des cliniciens en dépendance sur l'ensemble du territoire québécois pour assurer une représentativité de la diversité des réalités régionales et des enjeux propres à chacune. De plus, tous les cliniciens rencontrés travaillent dans un centre public d'intervention spécialisée en dépendance alors que d'autres types d'organisation offrent également des services en dépendance au Québec. Encore une fois, il serait pertinent de rencontrer des cliniciens d'organismes communautaires ou travaillant dans des centres d'intervention privés pour recueillir leur point de vue.

Conclusion

Le présent projet permet de rendre compte de la réalité de l'intervention en dépendance dans des centres publics d'intervention spécialisée en dépendance et de mieux comprendre la complexité de l'intervention en dépendance lorsque les problèmes de consommation/dépendance aux SPA sont associés à la présence de victimisation. Les résultats issus des entretiens avec des cliniciens en dépendance permettent de mettre en lumière qu'une approche d'intervention sensible aux traumatismes pourrait être une avenue gagnante pour l'intervention en dépendance (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014), considérant la forte prévalence d'actes criminels chez les personnes consultant pour un problème de consommation/dépendance aux SPA (Donaldson et coll., 2018; Stevens et coll., 2007, María-Ríos et Morrow, 2020). Les 2 autres volets de ce projet permettront de rendre compte du point de vue des cliniciens spécialisés dans le travail auprès des victimes d'actes criminels, de même que du point de vue de personnes ayant un problème de consommation/dépendance aux SPA qui ont été victimes d'actes criminels afin de mieux comprendre les interrelations entre la victimisation et les problèmes de consommation/dépendance, de même que les besoins d'intervention sur ces deux aspects.

RÉFÉRENCES

- Angelone, D.J., Marcantonio, T. et Melillo, J. (2018). An evaluation of adolescent and young adult (Re)victimization experiences: Problematic substance use and negative consequences. *Violence Against Women*, 24(5), 586-602. Doi: 10.1177/1077801217710001

- Arthur, E., Seymour, A., Dartnall, M., Beltgens, P., Poole, N., Smylie, D., North, N. et Schmidt, R. (2013). *Trauma-informed practice guide*. BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council, 102 p. https://bccwh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. Doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Brochu, S., Brunelle, N. et Plourde, C. (2016). *Drogue et criminalité: une relation complexe* (3^e éd.). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bryan, A. E. B., Norris, J., Abdallah, D. A., Stappenbeck, C. A., Morrison, D. M., Davis, K. C., George, W. H., Danube, C. L. et Zawacki, T. (2016). Longitudinal change in women's sexual victimization experiences as a function of alcohol consumption and sexual victimization history: A latent transition analysis. *Psychology of Violence*, 6(2), 271-279. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039411>
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (2014). *Les soins sensibles au traumatisme*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Trauma-informed-Care-Toolkit-2014-fr.pdf>.
- Chauvet, M., Kamgang, E., Nhui, A. N. et Fleury, M.-J. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives: prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*. Les rapports de recherche de l'institut. Centre de réadaptation en dépendance de Montréal-Institut universitaire. https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/CA_Les-troubles-li%C3%A9s-%C3%A0-l'utilisation-de-substances-psychoactives-2015.pdf
- de Waal, M. M., Johannes, J., Dekker, M. et Goudriaan, A. E. (2017). Prevalence of victimization in patients with dual diagnosis, *Journal of Dual Diagnosis*, 13(2), 119-123. <https://doi.org/10.1080/15504263.2016.1274067>
- Ferland, F., Blanchette-Martin, N. et Garceau, P. (2016). *Portrait des abus vécus par les adultes consultant au centre de réadaptation en dépendance de Québec pour un problème de consommation de SPA*. Service de recherche en dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale.
- Galvani, S. (2006). Problem drug users and assault. *International Journal of Drug Policy*, 17(3), 248-249. Doi:10.1016/j.drugpo.2005.12.010
- Grundmann, J., Lincoln, T. M., Ludecke, D., Bong, S., Schulte, B., Verthein, U. et Schafer, I. (2018). Traumatic experiences, revictimization and posttraumatic stress disorder in German inpatients treated for alcohol dependence. *Substance Use & Misuse*, 53(4), 677-685. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1361997>
- Lo, C. C., Kim, Y. S. et Church, W. T. (2008). The effect of victimisation on drug use: A multilevel analysis. *Substance Use & Misuse*, 43, 1340-1361. Doi: 10.1080/10826080801922157
- Maria-Rios, C. E. et Morrow, J. D. (2020). Mechanisms of shared vulnerability to Post-Traumatic Stress Disorder and substance use disorders. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 14(6), 1-21. Doi: 10.3389/fnbeh.2020.00006
- Marinha Nunes, L. et Sani, I. (2013). Victimization of the drug addict. *Journal of Modern Education Review*, 3(9), 677-684.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf>

- O'Hare, T., Shen, C. et Sherrer, M. (2010). High-risk behaviours and drinking-to-cope as mediators of lifetime abuse and PTSD symptoms in clients with severe mental illness. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 255-263.
- Oshri, A., Carlson, M. W., Kwon, J. A., Zeichner, A. et Wickrama, K. K. A. S. (2017). Developmental growth trajectories of self-esteem in adolescence: Associations with child neglect and abuse in young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 46, 151-164. Doi: 10.1007/s10964-016-0483-5
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd.). Armand Colin.
- Resnick, H. S., Acierino, R., Amstadter, A. B., Self-Brown, S. et Kilpatrick, D. G. (2007). An acute post-sexual assault intervention to prevent drug abuse: updated findings. *Addictive Behaviors*, 32(10), 2032-2045. Doi:10.1016/j.addbeh.2007.01.001
- Sear, K. et Fraser, S. (2014). The addict as victim: Producing the "problem" of addiction in Australian victims of crime compensation laws. *International Journal of Drug Policy*, 25, 826-835. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.02.016>
- Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Kerschl, V., McSweeney, T., Schaaf, S., Tartari, M., Turnbull, P., Trinkl, B., Uchtenhagen, A., Waidner, G. et Werdenich, W. (2007). The victimization of dependent drug users: Findings from a European study, UK. *European Journal of Criminology*, 4(4), 385-348. Doi:10.1177/1477370807080719
- Temple, J. R. et Freeman Jr, D. H. (2011). Dating violence and substance use among ethnically diverse adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(4), 701-718.
- Wekerle, C. et Wall, A.-M. (2002). Introduction: The overlap between relationship violence and substance abuse. Dans C. Wekerle et A.-M. Wall (dir.), *The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence* (p. 1-21). Bruner-Routledge.

Portrait de la santé mentale des femmes qui ont recours aux organismes communautaires d'une région québécoise

Emmanuelle Bédard^a

Nicole Ouellet^b

Cécile Cormier^c

Marylène Dugas^d

Caroline Sirois^e

Hélène Sylvain^f

RÉSUMÉ Au Québec, on estime qu'une personne sur 3 est à risque d'être affectée par un problème de santé mentale au cours de sa vie. Les problèmes de santé mentale modérés ou courants comme la dépression et l'anxiété touchent presque 2 fois plus de femmes que d'hommes. Parmi les facteurs de risque chez

-
- a. Ph. D., professeure, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Rimouski (UQAR), Campus de Lévis; Directrice du Collectif de recherche sur la santé en région (CoRSeR).
 - b. Inf., Ph. D., professeure, Département des sciences de la santé, UQAR, Campus de Rimouski; CoRSeR.
 - c. M. Trav. soc, professeure, Département de psychosociologie et travail social, UQAR, Campus de Lévis; Collectif de recherche participative sur la pauvreté en milieu rural.
 - d. Ph. D, professeure associée, Département de psychosociologie et travail social, UQAR, Campus de Rimouski.
 - e. B. Pharm, Ph. D., professeure, Faculté de Pharmacie, Université Laval, Québec; Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, CIUSSS de la Capitale Nationale; Centre de recherche en santé durable VITAM, Québec.
 - f. Inf., Ph. D., professeure associée (retraîtée), Département des sciences de la santé, UQAR, Campus de Rimouski.

les femmes, on dénonce la pauvreté, les violences et sévices sexuels, la difficulté à accéder à un logement convenable et abordable, et les conditions de travail souvent précaires.

Objectifs Cette étude a été réalisée à la demande du Réseau des groupes de femmes d'une région québécoise et avait pour objectif de décrire le portrait de santé mentale des femmes fréquentant un organisme communautaire.

Méthode Un devis quantitatif descriptif a été utilisé pour recueillir les données en se guidant sur le modèle de Desjardins et coll. (2008). Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire autoadministré auprès de 171 participantes, provenant de 16 organismes communautaires de la région participante.

Résultats L'analyse des données fait ressortir les éléments qui contribuent à leur santé mentale comme l'estime de soi et le soutien social, et les éléments qui nuisent comme le faible revenu et les situations stressantes qui surviennent dans leur vie. Elle révèle que si une majorité de femmes jouissent d'une bonne santé mentale, certaines d'entre elles vivent avec une santé mentale plus fragile, associée à plusieurs facteurs d'influence, dont la violence et la pauvreté.

Conclusion Ces résultats devraient guider les intervenants dans le développement d'interventions ciblant les besoins spécifiques de ces femmes. Cette étude souligne également l'importance des organismes communautaires dans le soutien aux personnes qui vivent avec un problème de santé mentale.

MOTS CLÉS femmes, santé mentale, organismes communautaires, facteurs de risque, facteurs de protection

Portrait of the Women's Mental Health who Consult Community Organization of a Quebec Region

ABSTRACT In Québec, one in three people is at risk of being affected by a mental health problem during his lifetime. Women are twice as likely as men to suffer from mild mental health issues such as depression and anxiety. Poverty, violence and sexual abuse, difficulty to have access to adequate and affordable housing and poor working conditions are among the risk for women of being affected by a mental health problem.

Objectives This study was conducted upon the request of a *Réseau des groupes de femmes* and provides a portrait of women's mental health who attend community organizations in a Quebec region.

Method A quantitative descriptive research design was used to collect data guided by the theoretical model of Desjardins et al. (2008). A total of 171 volunteers from 16 different community organizations completed a self-administered questionnaire.

Results The analysis of the data highlights the protective factors of mental health such as self-esteem and social support and risk factors such as low income and stressful life. It reveals that while the majority of the women have good mental

health, some of them live with poorer mental health associated with several other factors, especially violence and poverty.

Conclusion Results could lead to the development of actions meeting the specific needs of women living with poor mental health. This study also highlights the contribution of the community organizations for supporting the people living with mental health issues.

KEYWORDS women, mental health, community organizations, risk factors, protective factors

Introduction

La promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux sont des priorités à l'échelle mondiale (OMS, 2018a). Une étude québécoise estime qu'au cours de sa vie, une personne sur 3 est à risque d'être affectée d'un problème de santé mentale, incluant les troubles liés aux substances psychoactives (Baraldi et coll., 2015). Or, les recherches sur l'impact du genre nous indiquent que les femmes et les adolescentes québécoises sont globalement plus touchées que les hommes par les troubles mentaux modérés ou courants (INSPQ, 2018). Les femmes seraient également plus susceptibles que les hommes de vivre un épisode de dépression majeure, de trouble anxieux ou de l'humeur ou encore d'avoir un niveau élevé de détresse psychologique (Baraldi et coll., 2015; MSSS, 2018). Dans le même sens, les troubles alimentaires, plus fréquents aujourd'hui, surviennent 9 fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes (Ouellet-Courtois, 2018) et les femmes sont aussi plus nombreuses que les hommes à avoir recours à un spécialiste au sujet de leur santé mentale (INSPQ, 2018). En outre, la crise sanitaire actuelle de COVID-19 a exacerbé les problèmes de santé mentale des femmes comparativement aux hommes. En effet, les dernières données disponibles (Moyser, 2020) indiquent que 25,5 % des femmes vs 21,2 % des hommes ont déclaré que leur santé mentale s'était détériorée depuis le début de la pandémie; 29,3 % des femmes vs 20,5 % des hommes ont rapporté des symptômes d'anxiété généralisée.

En 2011, le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) corrobore, pour le contexte québécois, les conclusions avancées par la communauté internationale quant aux facteurs de risque sociodémographiques et psychosociaux et au manque d'accès aux soins pour les femmes atteintes de troubles mentaux. Parmi les facteurs de risque, on dénonce la pauvreté et l'appauvrissement des femmes, les

violences et sévices sexuels qu'elles subissent, la crise du logement et l'impossibilité d'accéder à un logement convenable et abordable, les conditions de travail précaires ou discriminatoires et le manque d'emploi. Le manque d'accès aux soins se traduit par une insuffisance en services publics, une difficulté à obtenir un médecin de famille et de longues listes d'attente pour des services en psychologie (Mimeault et coll., 2011). L'accessibilité aux services de santé mentale reste un enjeu préoccupant dans presque tous les CISSS-CIUSSS¹ du Québec, selon le rapport sur l'accessibilité aux services de santé et services sociaux déposé en 2018 (Champagne et coll., 2018) et cette situation s'est détériorée durant la pandémie (INESSS, 2020).

À la demande d'un Réseau de groupes de femmes d'une région québécoise, qui rassemble des organismes communautaires œuvrant à la santé et au bien-être des femmes, nous avons mené une étude dont les objectifs étaient d'établir le portrait de l'état de santé mentale des femmes qui utilisent leurs services en faisant ressortir les éléments qui contribuent ou nuisent à leur santé mentale. Des recommandations leur permettaient d'établir leurs besoins et leurs priorités d'action.

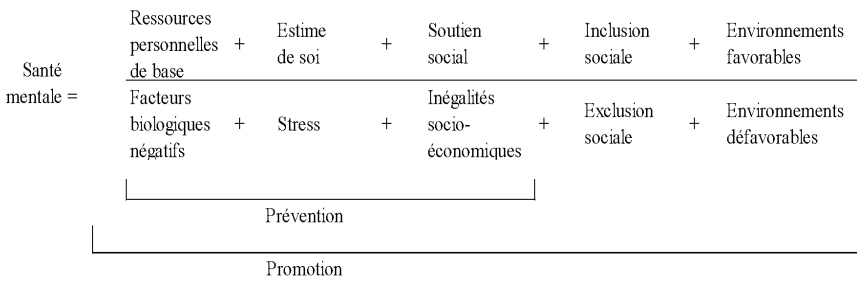
Modèle conceptuel utilisé

Afin de guider la collecte et l'analyse des données de l'étude et en cohérence avec les objectifs de la recherche, le modèle conceptuel de Desjardins et coll. (2008) pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux a été retenu. Une revue exhaustive a permis aux auteures de proposer un modèle écologique de la santé mentale intégrant des facteurs individuels, sociaux et environnementaux qui contribuent de façon positive ou négative à la santé mentale. Pour promouvoir les facteurs positifs et prévenir ceux plus négatifs, il importe d'agir sur l'ensemble de ces facteurs de façon systémique (figure 1). Ainsi, tout programme d'intervention visant à maintenir ou à améliorer l'état de santé mentale se doit d'agir à la fois sur la réduction des facteurs de risque des troubles mentaux, en prévention et sur le renforcement des facteurs de protection, en promotion de la santé, tant sur l'individu, le milieu de vie que l'environnement. Dix catégories de facteurs interreliés sont énoncées. Cinq facteurs favorisent une bonne santé mentale : les ressources personnelles de base, l'estime de soi, le

1. Centres intégrés de santé et de services sociaux et Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux.

soutien social, l’inclusion sociale et les environnements favorables. Les 5 autres facteurs, en lien avec la prévention des troubles mentaux ont une influence négative sur la santé mentale : les facteurs biologiques négatifs, le stress, les inégalités socioéconomiques, l’exclusion sociale et les environnements défavorables. Plus il y a de facteurs positifs, meilleures sont les chances d’être en bonne santé mentale. Plus les facteurs négatifs sont importants dans la vie de la personne, moins celle-ci est susceptible d’être en mesure d’exercer un contrôle sur sa santé mentale, de la maintenir ou de l’améliorer.

FIGURE 1
Adaptation du Modèle de promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux de Desjardins et coll. (2008)



Méthode

Cette étude descriptive visait à décrire le portrait de la santé mentale des femmes fréquentant un organisme communautaire d’une région québécoise. Afin d’obtenir des informations précises sur les caractéristiques, comportements et conditions des participantes, nous avons choisi un devis descriptif selon la terminologie utilisée par Fortin et Gagnon (2016). Pour collecter les données, nous avons développé un questionnaire à partir du modèle conceptuel retenu de Desjardins et coll. (2008). Nous définissons la santé mentale « comme l’état d’équilibre psychique d’une personne à un moment donné [...] par le niveau de bien-être subjectif, l’exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu » (Desjardins et coll., 2008). Elle est davantage que l’absence de maladie (OMS, 2018b) et elle est mesurée selon la perception qu’a une personne de l’état de sa santé mentale en général comme étant excellent, très bon, bon, passable ou mauvais (statistique Canada, 2012b). Cette mesure utilisée par Statistique Canada nous

permet de faire des comparaisons avec l'ensemble de la population. De plus, la mesure de la perception de la santé mentale s'éloigne du diagnostic médical et met l'accent sur l'autodétermination de la personne. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous choisissons le terme « problème » de santé mentale plutôt que celui de « trouble » de santé mentale. Plusieurs questions ont été adaptées à partir d'autres questionnaires existants, dont ceux utilisés par le gouvernement du Canada dans l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale* (ESCC-SM), en 2002 et 2012 (statistique Canada, 2012a), l'échelle d'estime de soi de Rosenberg traduite en français (Vallières et Vallerand, 1990) et le questionnaire sur le soutien social de Sarason et coll. (1983). Le questionnaire autoadministré est divisé en 4 sections principales : le profil sociodémographique, l'histoire médicale, les facteurs de risque et de protection de la santé mentale, les besoins liés à la prévention et à la gestion des troubles mentaux, ainsi qu'à la promotion de la santé mentale. Il comporte 91 questions essentiellement à choix multiples ou avec des échelles de mesure.

Le réseau des groupes de femmes de la région québécoise regroupe 23 groupes de femmes qui travaillent notamment à la défense des droits et à l'amélioration des conditions de vie des femmes. Ils offrent du soutien aux femmes et favorisent les activités sociales, mais ne touchent pas spécifiquement la santé mentale bien que quelques organismes reçoivent une clientèle présentant des problèmes reliés à leur santé mentale. En tout, 16 organismes communautaires provenant du Réseau des groupes de femmes ont accepté de participer au recrutement de femmes âgées de 18 ans et plus. Ces organismes étaient répartis dans 4 des 5 territoires du CISSS de la région en question situés dans les centres urbains ou en périphérie. Les consignes ont été transmises par écrit aux intervenantes des organismes communautaires participants. Ces intervenantes étaient invitées à solliciter toutes les femmes qui fréquentaient leur organisme à remplir le questionnaire sur place, ce qui ne nous a pas permis de calculer le taux de participation. L'échantillon de convenance utilisé ne visait pas la généralisation des résultats à l'ensemble des femmes de la région ni du Québec. Afin d'assurer la confidentialité des réponses fournies, l'intervenante remettait aux femmes qui acceptaient de participer, une lettre d'information, le questionnaire ainsi qu'une enveloppe de retour. Les questionnaires, anonymes et sous enveloppes scellées, étaient retournés par la poste directement aux chercheuses principales. Les données ont été récoltées de la mi-janvier à la mi-mars 2014. Ce projet

de recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'UQAR (CER-77-500).

Les données quantitatives obtenues ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS, version 21. Des analyses descriptives et des analyses croisées ont été réalisées sur ces données. Les comparaisons ont été effectuées avec le khi-carré de Pearson, avec un seuil de signification statistique à 0,05. Nous n'avons pas fait de correction pour les comparaisons multiples. Afin de dresser un portrait de l'état de santé mentale des femmes qui fréquentent les organismes communautaires de la région, objectif de notre étude, nous avons analysé les variables sociodémographiques et cliniques selon la perception de la santé mentale des femmes, en accord avec le modèle conceptuel de Desjardins et coll. (2008), en faisant ressortir les éléments qui contribuent ou nuisent à leur santé mentale. Les résultats de cette étude ont par la suite été diffusés dans les 5 territoires du CISSS participant auprès des membres du Réseau des groupes de femmes et ont fait l'objet d'échanges pour identifier les besoins prioritaires en matière d'intervention. Les principales pistes d'action ont été notées dans un bref rapport remis au Réseau des groupes de femmes de la région et sont partiellement intégrées à la discussion.

Résultats

Au total, 171 femmes provenant du territoire de la région participante ont répondu au questionnaire, la moitié d'entre elles provenaient de la plus grande ville de la région. Les caractéristiques sociodémographiques détaillées des participantes sont présentées au tableau 1. La moyenne d'âge des participantes était de 45 ans et 40 % d'entre elles étaient âgées de 55 ans et plus. Environ la moitié (47 %) des participantes possédait une formation postsecondaire et la majorité (59 %) vivait en couple. Les femmes occupant un emploi (43 %) et les femmes retraitées (28 %) représentaient les principales catégories d'occupation, alors qu'une participante sur 5 se trouvait soit au foyer sans emploi, soit bénéficiaire de l'aide sociale ou prestataire de l'assurance-emploi. Environ le tiers des répondantes rapportait une situation financière précaire.

Les résultats sont présentés selon les 10 catégories de facteurs du modèle conceptuel pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux (Desjardins et coll., 2008). Les résultats relatifs aux facteurs ayant un impact positif en termes de promotion

de la santé mentale et de prévention des problèmes de santé mentale sont d'abord présentés. Ils sont suivis des résultats relatifs aux facteurs ayant un impact négatif sur la santé mentale.

Facteurs ayant un impact positif sur la santé mentale

Nous présentons d'abord les résultats descriptifs des principaux énoncés décrivant les 5 facteurs qui favorisent une bonne santé mentale, selon Desjardins et coll. (2008).

Les ressources personnelles de base sont les compétences et connaissances que la personne possède pour faire face aux demandes et défis de la vie de tous les jours ainsi que les attitudes adoptées pour répondre à ces demandes. Les données recueillies nous indiquent que la majorité des participantes sont capables de faire face aux défis et aux demandes de la vie quotidienne, mais que près du quart sont plus ou moins capables et quelques-unes se disent incapables. Une petite proportion de femmes (6 %) risque d'éprouver des difficultés à faire face aux défis de la vie quotidienne faute de connaissances, de capacité suffisante ou d'attitude positive. Parmi les participantes, un peu plus de la moitié ont ressenti un besoin d'aide professionnelle à un moment de leur vie et la moitié d'entre elles ont consulté un professionnel de la santé.

L'estime de soi procure un sentiment de bien-être et contribue au développement de relations interpersonnelles positives. Les données nous indiquent que 80 % des participantes ont une bonne estime de soi et que près de 64 % sont généralement satisfaites d'elles-mêmes.

Le soutien social correspond aux réponses de l'environnement à la demande d'aide et de soutien sur les plans émotif, informatif ou matériel. Plus de 60 % des participantes estiment pouvoir compter sur des gens pour se procurer du soutien. Il reste que plusieurs considèrent qu'elles n'ont pas suffisamment de soutien social. En ce qui concerne le soutien de leur entourage, la majorité (49 %) estime avoir du soutien du conjoint.

L'inclusion sociale est le processus de contribution active des individus sur le plan social. Les participantes ont le sentiment de contribuer activement à la société dans une proportion de 67 %, et 72 % contribuent activement aux activités communautaires.

Les environnements favorables sont les milieux de vie, les services de garde et d'éducation pour les enfants, les services de santé et les professionnels consultés. Dans la grande majorité des cas, les participantes vivent dans un environnement qu'elles jugent sain (89 %), sécuritaire

(90 % et plus) et accessible (plus de 50 %). Elles ont également des services de santé physique qu'elles jugent accessibles ce qui n'est pas le cas pour les services de santé mentale où 25 % des participantes ne les trouvent pas suffisamment accessibles.

Facteurs ayant un impact négatif sur la santé mentale

Toujours en accord avec le modèle de Desjardins et coll. (2008), nous présentons les résultats en fonction des 5 facteurs qui ont un impact négatif sur la santé mentale incluant un aperçu des énoncés qui décrivent ces facteurs.

Les facteurs biologiques négatifs correspondent aux différents problèmes de santé mentale et de santé physique vécus par les femmes, aux problèmes de consommation de drogue et d'alcool et à la question de la comorbidité. Les participantes qualifient leur santé mentale de mauvaise (2 %), passable (16 %), bonne (37 %), très bonne (29 %) et excellente (16 %) et leur santé physique mauvaise (5 %), passable (21 %), bonne (42 %), très bonne (25 %) et excellente (8 %). Parmi les facteurs biologiques négatifs qui sont rapportés, 56,7 % disent avoir un trouble de santé mentale, présent ou passé, notamment des troubles dépressifs (42 %), anxieux (39 %), de dépendance (14 %), de la personnalité (8 %), de l'alimentation (8 %) et bipolaire (5 %). En tout, 37 % des femmes vivent avec une difficulté ou une incapacité physique, et 21 % avec une douleur chronique.

Le stress survient lorsque des situations ou événements contribuent à créer un déséquilibre entre les demandes de l'environnement et les ressources dont dispose une personne pour y répondre. Près de 19 % des participantes considèrent leur niveau de stress très élevé et 58 % se disent «un peu stressé». Une proportion de 44 % des femmes disent avoir l'impression de manquer souvent d'énergie pour accomplir l'ensemble de leurs tâches quotidiennes. Près de 10 % des femmes de notre échantillon affirment avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. La famille est mentionnée le plus fréquemment comme source principale de stress (46 %), suivi d'un revenu insuffisant (37 %) et de la violence dans une moindre proportion (6 %). Parmi les événements stressants, la perte d'un proche touche 68 % des femmes, les problèmes financiers (34 %), la violence conjugale (2 %) et la violence à caractère sexuel (16 %).

Les inégalités socioéconomiques concernent les ressources en termes de revenu et de scolarisation. Près du tiers des répondantes

rapporte une situation financière précaire, 32 % se disent pauvres ou très pauvres. Comme mentionné plus haut, près de la moitié (47 %) des participantes possède une formation postsecondaire et 31 % ont terminé leur secondaire (tableau 1).

L'exclusion sociale et la stigmatisation en raison de la race, du genre, de la classe sociale, de la condition de santé mentale, ou d'autres raisons discriminatoires, peuvent influencer négativement la santé mentale. Il en va de même des facteurs qui réduisent l'accès aux ressources sociales, économiques et politiques. L'exclusion de la vie sociale et l'accès limité à des ressources sociales sont rapportés respectivement par 21 % et 24 % des femmes. L'accès limité à un professionnel de la santé mentale est mentionné comme raison de ne pas consulter alors que d'autres mentionnent la peur d'être jugée ou stigmatisée.

Les environnements défavorables correspondent à des milieux ou à des conditions de vie considérés comme ayant une influence négative sur la santé mentale. Le quart des femmes reconnaissent avoir grandi dans une famille dysfonctionnelle (24 %) ou avoir été maltraitées (24 %) dans leur enfance. Certaines continuent de vivre dans des conditions défavorables à leur bien-être et indiquent des problèmes de dépendance (11 %), de violence psychologique (7 %) et d'insécurité au foyer (5 %).

Comparaison des groupes selon leur perception de la santé mentale

Les analyses croisées réalisées permettent de faire ressortir certaines caractéristiques chez les femmes percevant avoir plus de problèmes de santé mentale. Ces femmes sont particulièrement vulnérables sur plusieurs aspects de leur vie et présentent des besoins particuliers en lien avec leur état de santé mentale ou physique. Le tableau 2 permet de voir l'ensemble de ces caractéristiques. Nous ferons ressortir quelques éléments qui sont les plus éloquents.

Tout d'abord, en ce qui a trait aux caractéristiques sociodémographiques, notons que les femmes qui qualifient leur santé mentale de mauvaise à passable se retrouvent en plus grande proportion avec un revenu qualifié d'insuffisant ou dans une situation de pauvreté ($p < 0,01$). Ces mêmes femmes perçoivent leur santé physique comme étant mauvaise ou passable, sont plus stressées, anxieuses ou dépressives que l'ensemble des autres femmes ($p < 0,01$). En ce qui concerne leur environnement familial, elles rapportent plus fréquemment avoir grandi dans une famille dysfonctionnelle ($p < 0,011$) et vivent de la

violence conjugale et de la violence psychologique en plus grande proportion ($p < 0,001$). En ce qui a trait à l'environnement social, les femmes ayant une perception de santé mentale moins bonne perçoivent également dans une plus grande proportion ($p < 0,001$) le sentiment de n'avoir pas contribué à la société, et le sentiment d'être exclue socialement.

Discussion

En comparant les variables sociodémographiques de notre étude avec celles du recensement réalisé en 2016 par Statistique Canada (2017), pour la même région à l'étude, quelques différences apparaissent. La situation financière de nos répondantes semble moins favorable que celle de l'ensemble des femmes de la région dû au fait qu'une plus faible proportion occupe un emploi (respectivement 43 % et 65 %) toutefois, celles qui travaillent présentent, dans une proportion similaire (34 %), un revenu considéré sous le seuil de la pauvreté. Or, la pauvreté, l'absence d'emploi ou de mauvaises conditions d'emploi sont des facteurs de risque d'une mauvaise santé mentale (Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion [CEPE], 2019).

Nous remarquons également que la proportion de femmes qui qualifient leur santé mentale de mauvaise ou passable est supérieure à celle de l'ensemble des femmes du Québec (18 % vs 4 %) (statistique Canada, 2015). De plus, les participantes disent vivre ou avoir déjà vécu un trouble mental ou un trouble dépressif, dans une proportion beaucoup plus élevée que les femmes du Québec (50 % vs 15 %) (statistique Canada, 2012b). Ces différences importantes en ce qui a trait à la santé mentale perçue peuvent s'expliquer par le biais de sélection de notre échantillon correspondant à des femmes qui fréquentent des organismes communautaires dont certains viennent en aide aux personnes vivant avec des problèmes de santé mentale. Or, ces chiffres révèlent qu'un groupe de la population présente une situation préoccupante qui mérite une attention alors que l'on sait que la présence d'un trouble mental augmente le risque suicidaire tant pour les hommes que pour les femmes (INSPQ, 2018). Il n'est donc pas surprenant de constater que les répondantes affirment avoir déjà fait une tentative de suicide dans une proportion plus élevée que les femmes du Québec (9 % vs 3 %) (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2015). On rapporte également une mortalité par suicide plus élevée chez les femmes vivant en milieu rural (9,4 décès par suicide/100 000) que chez celles vivant

en milieu urbain (6,8 décès par suicide/100 000) (INSPQ, 2019). Il s'agit de caractéristiques importantes dont les organismes communautaires et les services de santé doivent tenir compte dans l'aide et le soutien apportés aux femmes de la région d'autant plus que le contexte de la pandémie de COVID-19 a exacerbé les besoins en santé mentale. Les chercheurs et les cliniciens confirment d'ailleurs que la pandémie a des conséquences sur la santé mentale de la population et que les femmes semblent davantage affectées (Ordre des psychologues du Québec, 2020). Ces dernières manifesteraient plus de détresse psychologique que les hommes et auraient plus d'inquiétudes financières (Granier et Zorn, 2020).

Or les services de santé et les organismes communautaires n'ont pu répondre à tous ces besoins en raison du confinement et des mesures sanitaires. Déjà insuffisante en raison du sous-financement (Ordre des psychologues du Québec, 2020), la capacité des lieux d'accueils pour les femmes en crise ou victimes de violence s'est vue réduite pour des raisons de sécurité publique et de distanciation physique (Granier et Zorn, 2020).

Dans ce contexte, l'accès aux services de santé mentale constitue un défi de taille. À cet égard, bien que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qualifie la couverture des services de santé et des services sociaux comme étant complète dans la région concernée (MSSS, 2012), le quart des participantes ne semblaient pas satisfaites des services reçus. Ceci rappelle l'urgence de renforcer les services de première ligne en santé mentale pour les personnes qui ont des troubles mentaux légers ou modérés. Au Québec, l'accès à la psychothérapie est limité aux personnes qui ont les moyens de se l'offrir en privé (Vasiliadis et coll., 2015) et il existe plusieurs obstacles aux services psychologiques comme des délais d'attente trop importants pour obtenir un traitement et des difficultés à joindre un professionnel par téléphone (INESSS, 2017 ; Perreault et coll., 2013). Justement, le Commissaire à la santé et au bien-être (2012) recommande de diversifier les services de santé mentale et de favoriser un accès équitable à la psychothérapie. Pour y répondre, le gouvernement du Québec a mis sur pied en 2018 le Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) (MSSS, 2020). À l'heure actuelle certains services semblent être offerts en région rurale et semi-urbaine dans la région participante, toutefois, il n'est pas possible d'en évaluer les retombées.

Parallèlement, la restitution des résultats aux groupes de femmes de la région a fait ressortir qu'un meilleur accès aux spécialistes en santé mentale (psychiatres et psychologues), un meilleur accompagnement sur le plan des ressources (humaines et matérielles) pour le rétablissement en milieu de vie (telle qu'une structure intermédiaire entre l'hospitalisation et le retour à la maison) ainsi que l'adéquation de l'offre de transport en commun dans les milieux périphériques à la ville pour faciliter l'accès aux ressources en santé, seraient des solutions pour répondre aux besoins de ces femmes.

Enfin, les analyses croisées révèlent qu'un petit groupe de femmes apparaît encore plus vulnérable sur le plan de la santé mentale que l'ensemble de notre échantillon en raison d'une multitude de facteurs négatifs qu'elles rencontrent et qui sont interreliés. En se référant au modèle de Desjardins et coll. (2008), il semble bien que pour ces femmes, des facteurs positifs comme le soutien social et un environnement sain sont loin de faire le poids devant une accumulation de facteurs négatifs tels que les problèmes de santé physique, la pauvreté, la faible estime de soi, la violence conjugale, un passé de maltraitance, une vie stressante et un sentiment d'exclusion sociale. Ces résultats mettent en relief le fait qu'un certain nombre de femmes qui recherchent de l'aide auprès des organismes communautaires peuvent présenter des besoins particuliers en lien avec leur état de santé mentale. Or certains organismes, dont le mandat n'est pas en santé mentale, ne possèdent pas les ressources humaines et financières nécessaires ni même l'expertise pour intervenir adéquatement. Le travail en partenariat et en concertation avec les services de santé mentale du réseau public qui offrent les soins intensifs dans le milieu serait souhaitable pour les groupes de femmes rencontrés, mais n'est pas toujours possible pour des raisons de confidentialité et d'expertise en santé mentale que les organismes communautaires n'ont pas. En outre, la reconnaissance de l'expertise des organismes communautaires autonomes dans l'accompagnement qu'ils offrent aux personnes s'avère primordiale (Coalition des organismes communautaires autonomes de formation [COCAF], 2019) et pourrait faciliter le travail concerté entre les services du réseau et ceux des organismes communautaires. Des formations adaptées aux besoins et particularités de ces organismes pourraient d'ailleurs être offertes par les organismes communautaires autonomes de formation ou par d'autres regroupements en santé mentale.

Par ailleurs, la majorité des participantes ont généralement le sentiment de contribuer activement à la société, et ce, sur différents

plans. Ainsi, pour celles considérant avoir une bonne santé mentale, cela pourrait être attribuable, dans une certaine mesure, au soutien et à l'aide que les participantes disent bénéficier en ayant recours aux organismes communautaires qu'elles fréquentent, mais aussi de leur milieu de vie estimé, somme toute, favorable. Par le biais des activités et des interventions auxquelles les femmes participent au sein des différents organismes communautaires, il est probable qu'elles reçoivent des messages positifs sur leur valeur personnelle, qu'elles développent des compétences pour faire face à leur quotidien et qu'elles entretiennent un sentiment d'appartenance et une bonne estime de soi. La participation aux activités basées sur l'entraide peut contribuer à favoriser leur bien-être selon le principe bien connu « s'aider soi-même en aidant les autres ». Ces facteurs interreliés agissent en synergie en faveur d'une bonne santé mentale. Dans une perspective de promotion de la santé mentale, selon le modèle de Desjardins et coll. (2008), ces facteurs positifs tiennent lieu de leviers qu'il faut renforcer pour le rétablissement en santé mentale (Bergeron-Leclerc, 2019).

Enfin, cette étude nous fait réfléchir plus largement aux inégalités sociales de santé et à l'exclusion sociale en milieu rural et semi-urbain particulièrement en ce qui a trait à l'accessibilité aux services de santé. La fracture numérique en région, qui inclut tant les aspects techniques (accès à Internet) que la littératie numérique, accentuée pendant la pandémie (Beaunoyer et coll., 2020), peut faire en sorte que des services, tels que les autosoins en ligne du PQPTM, peuvent ne pas être accessibles pour certaines femmes, les privant alors de soutien pour se rétablir. Cette situation documentée exemplifie l'augmentation des inégalités sociales de santé et invite à poursuivre la lutte pour les atténuer. Les échanges avec les groupes de femmes sur les cibles d'action ont justement fait ressortir l'importance de poursuivre la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale, deux manifestations des inégalités sociales de santé.

Limites de l'étude

Le recrutement des participantes de cette étude réalisée essentiellement auprès des membres de groupes de femmes fréquentant les organismes communautaires occasionne des biais sur le portrait de l'état de santé des femmes de la région participante, et ce d'autant plus que les groupes admettent avoir eu de la difficulté à rejoindre les jeunes femmes et, en particulier, les jeunes mères en milieu rural. Il est aussi

possible qu'il y ait un biais de volontariat ainsi qu'un biais de désirabilité sociale où les participantes répondent ce qui serait souhaitable. L'interprétation que l'on fait avec des questionnaires autoadministrés comporte certaines limites quant à l'exactitude de ce qui est mesuré. L'information collectée reflète ce que le participant ressent, cela reste subjectif et sujet à interprétation. Par ailleurs, l'outil de collecte de données employé pour cette étude a été adapté et traduit à partir de questionnaires existants. Lorsque les questionnaires sont traduits, cela peut amener une certaine distorsion supplémentaire à ce que rapporte le participant. Cependant, comme les questionnaires ont été utilisés et validés dans des enquêtes, cela nous permet de faire des comparaisons avec les résultats de ces enquêtes d'envergure réalisées au Canada.

Pour ces raisons, notamment, il n'est pas possible de généraliser les résultats à l'ensemble des femmes de la région participante.

Conclusion

Cette étude permet de constater les besoins en matière de santé mentale pour certaines femmes de la région participante et confirme plusieurs réalités connues en ce qui a trait aux déterminants de la santé mentale. Ainsi, le faible revenu, les conditions de travail difficiles ou le fait d'être sans emploi et le manque de soutien social offert par la communauté sont des facteurs de risque de troubles mentaux reconnus et évitables (OMS, 2018a). En effet, les résultats de l'étude indiquent que les femmes dont la perception de leur santé mentale est mauvaise ou passable se retrouvent en plus grande proportion avec un revenu précaire ou en situation de pauvreté, elles sont en général moins satisfaites quant à plusieurs aspects de leur vie, et elles se sentent plus stressées et anxieuses que les autres. Le modèle pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux de Desjardins et coll. (2008) montre la pertinence de considérer les contextes sociaux et environnementaux dans lesquels les femmes vivent et de s'attarder aux inégalités et à l'exclusion sociales pour prévenir les problèmes de santé mentale. Il s'agit là des déterminants prioritaires dont les leviers d'action sont la lutte contre la pauvreté, l'accès aux services de santé et aux services spécialisés et l'accès aux transports en commun ou encore à Internet. Enfin, cette étude met en exergue le rôle fondamental des organismes communautaires dans le soutien aux femmes qui vivent avec un problème de santé mentale, sans toutefois les soigner. Dans la perspective du modèle de Desjardins et coll. (2008), cette étude

vient confirmer la pertinence des cibles d'intervention priorisées et des actions accomplies par les intervenantes et intervenants des organismes communautaires.

TABLEAU 1
Caractéristiques démographiques des participantes (N = 171)

Caractéristiques	n	%
Âge (moyenne $\pm$ écart-type: 45,4 $\pm$ 18,1)		
18 à 24 ans	36	21,1
25 à 34 ans	24	14,0
35 à 44 ans	19	11,1
45 à 54 ans	23	13,5
55 ans et plus	65	40,4
Données manquantes	4	2,3
Niveau d'éducation complété		
Primaire	38	22,2
Secondaire	53	31,0
Postsecondaire	80	46,8
État civil		
Célibataire	31	18,1
Mariée / Conjointe de fait / Union libre	100	58,5
Veuve / Divorcée / Séparée	39	22,8
Données manquantes	1	0,6
Occupation principale		
En emploi	74	43,3
Étudiante	13	7,6
Retraitée	47	27,5
Autre (à la maison, assurance-emploi, aide sociale)	37	21,6
Évaluation autorapportée du revenu		
Très pauvre	15	8,8
Pauvre	40	23,4
Revenu suffisant	91	53,2
À l'aise	20	11,7
Données manquantes	5	2,9

TABLEAU 2

Prévalence des variables sociodémographiques et de santé des femmes (N=171) selon la perception de leur santé mentale

Variables sociodémographiques	Groupes selon la perception de la santé mentale						X²	p
	Mauvaise ou passable		Bonne		Très bonne ou excellente			
	n	%	n	%	n	%		
Perception du revenu							13,17	0,001
Pauvre ou très pauvre	18	56,2	22	36,1	15	20,5		
Bonne ou très bonne	14	43,8	39	63,9	58	79,5		
Situation de pauvreté							10,11	0,006
Oui	18	56,2	22	34,9	18	24,3		
Non	14	43,8	41	65,1	56	75,7		
Perte d'emploi/chômage							9,82	0,007
Oui	13	40,6	13	20,6	10	13,5		
Non	19	59,4	50	79,4	64	86,5		
Santé								
Santé physique							26,09	0,001
Mauvaise ou passable	20	62,5	16	25,4	8	12,9		
Bonne ou très bonne	12	37,5	47	74,6	54	87,1		
Niveau de stress dans la journée							13,42	0,001
Très stressante	13	40,6	11	17,7	8	10,5		
Un peu ou pas du tout	19	59,4	51	82,3	68	81,2		
Trouble anxieux actuel ou passé							18,20	0,001
Oui	20	62,5	30	47,6	17	22,4		
Non	12	37,5	33	52,4	59	77,6		
Trouble dépressif actuel ou passé							11,64	0,001
Oui	20	62,5	30	47,6	22	28,9		
Non	12	37,5	33	52,4	54	71,1		
Trouble bipolaire							2,38	0,303
Oui	1	3,1	5	7,9	2	2,6		
Non	31	96,9	58	92,1	74	97,4		
Dépendance actuelle ou passée							15,25	0,001
Oui	9	28,1	12	19,0	2	2,6		
Non	23	71,9	51	81,0	74	97,4		
Trouble de la personnalité							8,02	0,018
Oui	6	18,8	6	9,5	2	2,6		
Non	26	81,2	57	90,35	74	97,4		
Trouble de l'alimentation actuel ou passé							14,56	0,001
Oui	11	34,4	8	12,7	5	6,6		
Non	21	65,6	55	87,3	71	93,4		
Tentative de suicide							15,99	0,001
Oui	9	28,1	6	9,5	2	2,7		
Non	23	71,9	57	90,5	72	97,3		

TABLEAU 2 (SUITE)

Prévalence des variables de l'environnement familial des femmes (N=171) selon la perception de leur santé mentale

Environnement familial	Groupes selon la perception de la santé mentale						X ²	p
	Mauvaise ou passable		Bonne		Très bonne ou excellente			
	n	%	n	%	n	%		
A grandi dans une famille dysfonctionnelle							13,07	0,011
Oui	13	41,9	16	25,4	12	16,0		
Non	17	54,8	47	74,6	63	84,0		
Maltraitée physiquement ou psychologiquement dans l'enfance							6,427	0,040
Oui	12	38,7	16	25,4	12	16,0		
Non	19	61,3	47	74,6	63	84,0		
A été placé en centre d'accueil durant l'enfance							3,10	0,212
Oui	4	12,5	3	4,8	3	4,1		
Non	28	87,5	60	95,2	71	95,9		
A un enfant placé en famille/ centre d'accueil							4,17	0,124
Oui	2	6,2	3	4,8	0	0		
Non	30	93,8	60	95,2	74	100		
Abus sexuel dans l'enfance							1,373	0,503
Oui	9	28,1	12	19,0	14	18,7		
Non	23	71,9	51	81,0	61	81,3		
Difficulté avec un ou plusieurs enfants							4,97	0,83
Oui	11	34,4	20	31,7	13	17,6		
Non	21	65,6	43	68,3	61	82,4		
Violence conjugale							13,32	0,001
Oui	14	43,8	13	20,6	9	12,2		
Non	18	56,2	50	79,4	65	87,8		
Sentiment de sécurité chez soi							31,31	0,001
Oui	23	71,9	62	100	73	97,3		
Non	7	21,9	0	0	2	2,7		
Violence psychologique chez soi							21,82	0,001
Oui	8	25,0	4	6,3	0	0		
Non	23	71,9	58	92,1	73	97,3		
Vie affective satisfaisante							16,18	0,003
Oui	9	47,4	32	66,7	47	88,7		
Non	7	36,8	14	29,2	5	9,4		

TABLEAU 2 (SUITE)

Prévalence des variables de l'environnement social des femmes (N=171) selon la perception de leur santé mentale

	Groupes selon la perception de la santé mentale						X ²	p
	Mauvaise ou passable		Bonne		Très bonne ou excellente			
Environnement social	n	%	n	%	n	%		
Avoir des gens sur qui compter autour de soi							9,39	0,009
Oui	19	61,3	47	74,6	64	87,7		
Non	12	38,7	16	25,4	9	12,3		
Sentiment de contribuer à la société							21,89	0,001
Oui	12	38,7	41	67,2	61	84,7		
Non	19	61,3	20	32,8	11	15,3		
Contribution active aux activités d'un groupe communautaire							15,91	0,001
Parfois ou souvent	15	46,9	48	77,4	60	83,3		
Jamais ou rarement	17	53,1	14	22,6	12	16,7		
Perception d'être exclue de la vie sociale							25,40	0,001
Rarement ou jamais	16	51,6	46	74,2	69	94,5		
Parfois ou souvent	15	48,4	16	25,8	4	5,5		
Sentiment d'être en sécurité dans son quartier							16,22	0,003
Oui	24	75,0	60	96,8	71	94,7		
Non	6	18,8	1	1,6	2	2,7		
Perception de l'entraide dans son quartier							14,66	0,005
Oui	11	34,4	30	47,6	51	68,0		
Non	12	37,5	20	31,7	9	12,0		

RÉFÉRENCES

- Baraldi, R., Joubert, K. et Bordeleau, M. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – 2012*. Institut de la statistique du Québec. <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/portrait-sante-mentale.pdf>
- Beaunoyer, E., Dupéré, S. et Guitton, M. J. (2020). COVID-19 and digital inequalities: Reciprocal impacts and mitigation strategies. *Computers and Human Behavior*, 111, 1-10.
- Bergeron-Leclerc, C. (2019). Le rétablissement en santé mentale. Représentations, compétences et stratégies d'intervention à privilégier. . Dans C. Bergeron-Leclerc, M.-H. Morin, B. Dallaire et C. Cormier (dir.), *La pratique du travail social en santé mentale. Apprendre, comprendre, s'engager* (p. 61-80). Presses de l'Université du Québec.

- Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion (CEPE). (2019). *Les troubles de la santé mentale et la pauvreté au Québec*. CEPE. https://www.mtess.gouv.qc.ca/publications/pdf/CEPE_sante-mentale-pauvrete_2019.pdf
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Ste-Marie, G. et Chartrand, É. (2018). *L'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec*. École de santé publique (ESPUM) et Institut de recherche en santé publique (IRSPUM), Université de Montréal.
- Desjardins, N., D'Amours, G., Poissant, J. et Manseau, S. (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Institut national de santé publique du Québec.
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Chenelière Éducation. <https://doi.org/978-2-7650-50006-3>
- Granier, A. L. et Zorn, N. B. (2020). Baromètre des inégalités. *Observatoire québécois des inégalités*, 4(septembre 2020), 1-46. <https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYmZxfbWTbVKVvSt3lBECIc/asset/files/OQI%20-%20Barome%CC%80tre%20des%20ine%CC%81galite%CC%81s%20-%20septembre%202020.pdf>
- INESSS. (2017). *Accès équitable aux services de psychothérapie. Santé mentale 2018-01-25. Notice Santecom: 108 953. Rapport rédigé par Micheline Lapalme, Brigitte Moreault, Alvine Fansi et Cedric Jehanno*. INESSS. <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/acces-equitable-aux-services-de-psychotherapie-au-quebec.html>
- INESSS. (2020). *COVID-19 et les services sociaux et de santé mentale à maintenir, à remettre en place ou à déployer auprès de la population générale lors de la phase de rétablissement de la pandémie*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_retablissement.pdf
- INSPQ. (2018). *Le recours aux données probantes en prévention du suicide*. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-auto-infligee-le-suicide-et-les-tentatives-de-suicide/prevention>
- INSPQ. (2019). *Milieus ruraux et urbains: Quelles différences de santé au Québec?* Institut national de santé publique. <https://www.inspq.qc.ca/santescopes/milieus-ruraux-urbains>
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Santé mentale 2012. Portrait chiffré*. Institut de la statistique du Québec (ISQ).
- Mimeault, I., Cassan, C. et Cadotte-Dionne, M. (2011). *Santé mentale au Québec: les organismes communautaires de femmes à la croisée des chemins: résumé*, RQASE.
- Moyser, M. (2020). Différences entre les genres en matière de santé mentale durant la pandémie de COVID-19. *STATCAN et la Covie-19. Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur, No au catalogue 45280001*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/45-28-0001/2020001/article/00047-fra.pdf?st=gW3dFf_s

- MSSS. (2012). *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-914-09W.pdf>
- MSSS. (2018). *Dépression majeure, trouble bipolaire et trouble de l'humeur. Prévalence de la dépression majeure, du trouble bipolaire et d'au moins 1 trouble de l'humeur au cours de la vie, personnes âgées de 15 ans et plus, selon le sexe, Québec, 2012*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/depression-majeure-manie-et-trouble-de-l-humeur/#note-4>
- MSSS. (2020). *Programme québécois pour les troubles mentaux: des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-mentale/programme-quebecois-pour-les-troubles-mentaux>
- OMS. (2018a). *La santé mentale: renforcer notre action*. OMS. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OMS. (2018b). *Santé mentale: renforcer notre action*. Organisation mondiale de la santé (OMS). <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Ordre des psychologues du Québec. (2020). *Conséquences psychologiques de la COVID-19 sur la santé mentale. Mémoire présenté par l'Ordre des psychologues du Québec au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes*. OPQ. https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/500970/OPQ_comit%C3%A9_sant%C3%A9_mentale_Chambre_des_communes_4_d%C3%A9cembre_2020.pdf/d2b3583c-a3fd-6508-c100-35579ce2afdd
- Ouellet-Courtois, C. (2018). *Troubles alimentaires et enjeux féministes*. *Acfas Magazine*, article. <https://www.acfas.ca/publications/magazine/2018/04/troubles-alimentaires-enjeux-feministes>
- Perreault, M., Lafortune, D., Laverdure, A., Chartier-Otis, M., Bélanger, C., Marchand, A., Bouchard, S. et Milton, D. [2013]. *Obstacles de l'accès au traitement rapportés par des personnes aux prises avec un trouble anxieux*. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(5), 300-305. <https://doi.org/doi:10.1177/070674371305800508>
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B. et Sarason, B. R. (1983). *Assessing social support: the social support questionnaire*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Statistique Canada. [2012a]. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale [ESCC]*. Statistique Canada., https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=119789
- Statistique Canada. [2012b]. *Tableau 13-10-0465-01 Indicateurs de la santé mentale*. <https://doi.org/https://doi.org/10.25318/1310046501-fra>
- Statistique Canada. (2015). *Tableau 13-10-0096-01 Caractéristiques de la santé, estimations annuelles*. <https://doi.org/https://doi.org/10.25318/1310009601-fra>
- Statistique Canada. (2017). *Profil du recensement de 2016*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>

- Vallières, E. V. et Vallerand, R. J. [1990]. Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25, 305-316.
- Vasiliadis, H.-M., Dezetter, A., Lesage, A. et Drapeau, M. [2015]. Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada: réflexions et expériences de pays francophones. *Santé mentale au Québec*, 40[4], 15-30. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1036090ar>

Portrait des symptômes d'anxiété généralisée chez les élèves du secondaire : l'importance de la prévention, du dépistage et de l'intervention

Danyka Therriault^a

Andrée-Anne Houle^b

Julie Lane^c

Jonathan Smith^d

Patrick Gosselin^e

Pasquale Roberge^f

Audrey Dupuis^g

RÉSUMÉ Les troubles anxieux sont parmi les psychopathologies les plus prévalentes chez les enfants et les adolescents, et ce, d'un bout à l'autre du globe. Ils affectent leur fonctionnement sur les plans personnel, familial, scolaire et social.

-
- a. Ps.éd., Ph. D., professeure, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke.
 - b. Ps.éd., Ph. D., professeure associée, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke; Professionnelle de recherche, Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale, Université de Sherbrooke.
 - c. Ph. D., professeure, Département d'études sur l'adaptation scolaire et sociale, Université de Sherbrooke; Directrice, Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale, Université de Sherbrooke.
 - d. Ph. D., professeur, Département d'enseignement au préscolaire et primaire, Université de Sherbrooke.
 - e. Ph. D., professeur, Département de psychologie, Université de Sherbrooke.
 - f. Ph. D., professeure, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Département de médecine de famille, Université de Sherbrooke.
 - g. C.o., M. Sc., professionnelle de recherche, Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale, Université de Sherbrooke.

Bien que les symptômes du trouble d'anxiété généralisée (TAG) comptent parmi les symptômes les plus souvent observés à l'adolescence, on connaît relativement peu de choses à propos des principaux facteurs de risque associés.

Objectifs La présente étude vise donc : 1) à documenter la prévalence de la caractéristique centrale du TAG, soit la tendance excessive à s'inquiéter, chez les élèves du secondaire âgés entre 12 et 17 ans, en identifiant le pourcentage d'élèves qui rapportent des symptômes de niveaux faible, moyen et élevé; 2) à identifier les principales caractéristiques sociodémographiques associées à un niveau de symptômes élevé; 3) à identifier les principaux facteurs de risque individuels et familiaux associés à un niveau de symptômes élevé et estimer leur contribution relative.

Méthode Un total de 8 689 élèves (55,9% de filles) québécois du secondaire ont participé à l'étude. Ces élèves étaient âgés en moyenne de 14,34 ans (é.-t. = 1,52). Une analyse de cluster de nuées dynamiques a été menée de manière à créer 3 catégories sur la base des symptômes d'anxiété généralisée présentés par les participants (faibles, moyens, élevés). Des analyses de régressions logistiques multinomiales ont été ensuite réalisées afin d'identifier les variables permettant le mieux de prédire l'appartenance à ces différentes catégories.

Résultats Les résultats ont permis de montrer que 35,1% des élèves rapportent un faible niveau de symptômes, 40,2% rapportent un niveau moyen de symptômes alors que 24,7% rapportent un niveau élevé de symptômes. Les filles et les adolescents et adolescentes des niveaux scolaires supérieurs sont plus nombreux à présenter des symptômes de niveau élevé. Plusieurs facteurs ont aussi été identifiés comme des facteurs augmentant le risque d'appartenir à la catégorie « symptômes d'anxiété généralisée élevés » en comparaison avec les catégories « symptômes d'anxiété généralisée moyens » et « symptômes d'anxiété généralisée faibles ». C'est notamment le cas de la peur du jugement des autres, du perfectionnisme, des sentiments dépressifs, de l'attitude négative face aux problèmes et de l'évitement cognitif.

Conclusion Cette étude appuie donc le constat des études antérieures selon lequel les filles sont plus à risque de développer un trouble d'anxiété généralisée. Elle permet également de mettre en lumière l'aspect multidimensionnel de la problématique, en identifiant les facteurs de risque les plus importants. Ultiment, cette meilleure compréhension des facteurs impliqués permet de mieux identifier les cibles à prioriser en matière de prévention des troubles d'anxiété généralisée à l'adolescence.

MOTS CLÉS anxiété généralisée, adolescence, facteurs de risque

A Portrait of Generalized Anxiety Symptoms in a Sample of High School Students: the Importance of Prevention, Screening and Intervention

ABSTRACT Anxiety disorders are among the most prevalent psychopathologies in children and adolescents around the world. They affect their personal, family, school and social functioning. Although symptoms of generalized anxiety disorder (GAD) are among the most commonly observed symptoms in adolescence, relatively little is known about the most important risk factors.

Objectives The purpose of the present study was therefore 1) to document the prevalence of the central feature of GAD, excessive worrying, in high school students aged 12 to 17 years, by identifying the percentage of students reporting low, medium, and high levels of symptoms, 2) to identify key sociodemographic characteristics associated with high symptom level, and 3) to identify individual and family risk factors associated with high symptom level and estimate their relative contribution.

Method A total of 8689 Quebec high school students (55.9% girls) participated in the study. The average age of these students was 14.34 years ($SD=1.52$). A *k*-means cluster analysis was first performed to create three categories based on the symptoms of generalized anxiety presented by the participants (low, medium, high). Multinomial logistic regression analyzes were then performed to identify the variables that best predict membership in these different categories.

Results The results showed that 35.1% of the students reported a low level of symptoms, 40.2% reported an average level of symptoms, while 24.7% reported a high level of symptoms. Girls and adolescents in higher grades were more likely to report high levels of symptoms. Several factors were also identified as increasing the risk of being in the high generalized anxiety symptoms category compared to the average generalized anxiety symptoms and low generalized anxiety symptoms categories. These include fear of negative evaluation by others, perfectionism, depressed feelings, negative problem orientation and cognitive avoidance.

Conclusion This study supports previous research showing that girls are at greater risk of developing generalized anxiety disorder. It also highlights the multidimensional aspect of the problem, by identifying the most important risk factors. Ultimately, this better understanding of the factors involved will allow us to better identify the targets to prioritize in the prevention of generalized anxiety disorders in adolescence.

KEYWORDS generalized anxiety, adolescence, risk factors

Les troubles anxieux sont parmi les psychopathologies les plus prévalentes chez les enfants et les adolescents occidentaux (Dumas, 2013; Merinkangas et coll., 2010). Certaines statistiques suggèrent un taux

de prévalence marginal chez ces derniers (de l'ordre des 2,9 %), alors que d'autres laissent entrevoir un taux important (33 %) (Piché et coll., 2017). Cette variabilité pourrait être expliquée par le fait que ces troubles passent souvent inaperçus, ou encore par la panoplie d'outils qui permettent d'évaluer ces symptômes, par le fait que ceux-ci reposent sur différentes définitions ou encore par la diversité des répondants dans les différentes études (Merinkangas et coll., 2010; Piché et coll., 2017). Une enquête québécoise réalisée en 2016-2017 auprès de jeunes du secondaire a révélé que 17,2 % de ces derniers s'étaient fait diagnostiquer un trouble anxieux, ce qui représentait une hausse considérable par rapport à un taux de 9 % mesuré en 2010-2011. Les troubles anxieux passent souvent inaperçus étant donné la nature intériorisée de leurs symptômes. Ceci est notamment le cas du trouble d'anxiété généralisée (TAG), un des seuls troubles anxieux dont les critères ne comportent pas de symptômes comportementaux plus facilement observables (Andrews et coll., 2010).

Les adolescents qui présentent un trouble anxieux éprouvent des difficultés pouvant affecter leur fonctionnement sur les plans personnel, familial, scolaire et social. À long terme, ces troubles peuvent être précurseurs d'un trouble dépressif, d'abus d'alcool ou de drogues ou d'une augmentation des risques suicidaires (Dumas, 2013).

Lorsque vient le temps d'étudier la prévalence des troubles anxieux chez les jeunes, celle-ci est souvent observée de manière générale, sans s'attarder spécifiquement à un trouble en particulier, et le TAG n'y échappe pas (p. ex. Merikangas et coll., 2009; Piché et coll., 2017). Les jeunes qui éprouvent des symptômes de TAG, en plus d'être plus difficilement diagnostiqués, sont rarement étudiés, bien qu'ils soient répandus à l'adolescence et qu'ils présentent un profil distinct qui mérite qu'on s'intéresse spécifiquement à leurs facteurs associés (Gosselin et coll., 2012).

Lorsque les symptômes anxieux évoluent vers un TAG à l'adolescence

Les adolescents qui développent un TAG se distinguent de ceux ayant d'autres troubles anxieux par la présence d'inquiétudes excessives et incontrôlables ainsi que d'anxiété concernant plusieurs situations du quotidien. Pour qu'un diagnostic soit établi, les inquiétudes et l'anxiété doivent être présentes la majorité du temps, s'échelonner sur une période d'au moins 6 mois et interférer avec le fonctionnement du

jeune ou lui causer une détresse significative [Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM); American Psychiatric Association (APA, 2013)]. Elles doivent enfin être associées à la présence de 3 symptômes somatiques chez le jeune parmi les suivants : agitation et sensation d'être survolté, grande fatigue, difficultés de concentration ou trous de mémoire, irritabilité, tensions musculaires ou perturbations du sommeil (APA, 2013).

Le TAG affecterait entre 1,1 % et 4 % des jeunes de 12 à 18 ans (Creswell et coll., 2020; Ginsburg et Affrunti, 2013). Bien qu'il n'y ait actuellement pas de consensus sur le trouble anxieux le plus présent à l'adolescence, le TAG est reconnu comme étant l'un des troubles les plus prévalents lors de cette période (Vizard et coll., 2018). Bon nombre d'adolescents présentent aussi des inquiétudes excessives sans qu'un TAG clinique soit présent, auxquelles il est essentiel de s'attarder afin d'éviter qu'elles évoluent en un TAG et suscitent des répercussions encore plus graves sur leur fonctionnement scolaire et social. Malgré une apparition graduelle des symptômes de TAG tout au long de l'adolescence et une augmentation au fil du temps, il serait peu fréquemment diagnostiqué avant la majorité (Ginsburg et Affrunti, 2013; Gosselin et coll., 2012). Ceci appuie de surcroît l'importance du dépistage précoce et de la mise en place d'initiatives en prévention et en intervention précoce.

Le TAG des adolescents : un portrait complexe et multifactoriel

Les principaux facteurs associés au TAG demeurent relativement flous sachant que les études s'y étant intéressées ont considéré des facteurs multiples et très variables (Piché et coll., 2017). Plusieurs auteurs soutiennent l'hypothèse selon laquelle le TAG, tout comme l'anxiété, se développerait sous l'influence d'une pluralité de facteurs individuels, familiaux, socioéconomiques et sociaux (p. ex. Fournier et Pauzé, 2017; Piché et coll., 2017).

Sur le plan individuel, les filles seraient plus à risque que les garçons de développer un TAG ou des symptômes associés, particulièrement lors de la puberté (Ginsburg et Affrunti, 2013; Knapp et coll., 2016; Vasiliadis et coll., 2010). Une faible estime de soi (Maldonado et coll., 2013; Van Oort et coll., 2011) et la détresse émotionnelle, qui peut se représenter par des affects négatifs tels que des symptômes dépressifs, la nervosité, la honte et la colère, sont aussi reconnues pour être liées à des indicateurs d'anxiété généralisée chez les adolescents (Knapp

et coll., 2016). Sur le plan cognitif, l'intolérance à l'incertitude, se manifestant par une tendance démesurée à considérer inacceptable la possibilité qu'un événement négatif se produise (Dugas et coll., 2001), et l'attitude négative face aux problèmes, traduisant une attitude pessimiste envers le fait de trouver une solution avec succès et envers ses propres habiletés de résolution (Gosselin et coll., 2002), sont également reconnues pour contribuer aux inquiétudes des jeunes et à leurs symptômes anxieux (Fialko et coll., 2012; Gosselin et coll., 2007).

Sur le plan familial, le soutien disponible, qu'il soit émotionnel ou pratique, est fort important, particulièrement lors de la transition du primaire au secondaire (Curson et coll., 2019). Toutefois, des relations parent-enfant conflictuelles (Shanahan et coll., 2008), de la surprotection, ainsi que des reproches et des critiques fréquentes (Ginsburg et Affrunti, 2013) ne sont que quelques exemples de facteurs de la relation familiale qui peuvent être associés au risque de TAG chez l'adolescent.

Au cours des dernières années, d'autres facteurs ont été identifiés comme des corrélats significatifs de l'anxiété à l'adolescence. Entre autres, il est reconnu que les préoccupations face aux erreurs, les efforts de perfection, les doutes concernant les actions et les standards personnels sont des dimensions du perfectionnisme qui augmentent les symptômes d'anxiété des adolescents (Damian et coll., 2017; Smith et coll., 2018). Les effets de ces derniers peuvent particulièrement se faire sentir sur les plans scolaire et social. Il a également été observé qu'une proportion d'adolescents québécois (11,3 %) qui ont une utilisation problématique d'Internet souffrent également d'un trouble anxieux concomitant (Dufour et coll., 2019). À notre connaissance, certains de ces facteurs n'ont pas été étudiés en lien avec un trouble anxieux en particulier, dont le TAG. Pour cette raison, la présente étude s'intéressera également à ces facteurs d'influence potentiels.

Mieux comprendre le développement du TAG des jeunes québécois afin d'améliorer la prévention, le dépistage et l'intervention

Il apparaît nécessaire de mieux comprendre le développement du trouble d'anxiété généralisée et les facteurs associés afin de prévenir l'apparition et l'aggravation des symptômes, considérant que ceux-ci sont souvent repérés tardivement. Ceux qui souffrent en silence pourraient également être mieux dépistés et soutenus. Il semble donc pertinent de s'attarder aux premiers facteurs qui peuvent être précoc-

cement repérables par des adultes significatifs (p. ex. peur du jugement des autres, perfectionnisme élevé, attitude négative face aux problèmes), tels les enseignants et les intervenants des milieux scolaires qui côtoient les adolescents dans leur quotidien, et de sensibiliser ces acteurs clés à cette réalité (Lambert-Samson, 2016).

Cherchant à répondre à de tels besoins, la présente étude vise à dresser un portrait des symptômes d'anxiété généralisée vécus par les adolescents du Québec tout au long du secondaire, et à cerner les principaux facteurs de risque associés. Cette étude poursuit les objectifs suivants: 1) documenter la prévalence de la caractéristique centrale du TAG, soit la tendance excessive à s'inquiéter, chez des élèves du secondaire, en identifiant le pourcentage d'entre eux qui rapportent des symptômes de niveaux faible, moyen et élevé; 2) identifier les principales caractéristiques sociodémographiques associées à un niveau de symptômes élevé; 3) identifier les principaux facteurs de risque individuels et familiaux associés à un niveau de symptômes élevé et estimer leur contribution relative.

Méthodologie

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une démarche d'envergure menée par le Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale visant à mieux comprendre l'anxiété chez les adolescents. Cette collecte de données visait d'abord à documenter les symptômes d'anxiété vécus par les élèves et les facteurs de risque et de protection les plus saillants, dans le but de développer le programme de prévention de l'anxiété HORS-PISTE (Centre RBC, 2020) arrimé aux besoins des adolescents du Québec.

Participants et procédures

L'échantillon de la présente étude en est un de convenance et est composé de 8 689 élèves de la 1^{re} à la 5^e secondaire fréquentant 14 écoles secondaires du Québec réparties dans 5 régions administratives (Centre-du-Québec, Estrie, Mauricie, Montérégie et Saguenay-Lac-Saint-Jean). Ces élèves étaient âgés en moyenne de 14,34 ans (é.-t. = 1,52). Parmi ceux-ci, 55,9 % étaient des filles, 43,0 % des garçons et 0,6 % s'identifiaient au sexe « autre ». Le sexe n'a pas été rapporté pour 0,5 % de l'échantillon. Au moment de colliger les données, 18,3 % des élèves étaient en 1^{re} secondaire, 17,5 % en 2^e secondaire, 21,2 % en 3^e secondaire, 19,7 % en 4^e secondaire et 17,9 % en 5^e secondaire.

Des questionnaires à items autorapportés validés, choisis par un comité interfacultaire composé de professeurs-chercheurs de l'Université de Sherbrooke, experts en troubles anxieux, ont été distribués au cours de l'automne ou de l'hiver pour documenter des symptômes anxieux et les facteurs de risque et de protection de ces symptômes. La période pour remplir les questionnaires, d'une durée approximative de 60 minutes, a été supervisée par l'enseignant, auquel des consignes écrites ont été remises avant la passation. Cette étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke.

Instruments de mesure

La version française du *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders – Revised* (SCARED-R; Muris et coll., 1999) a été utilisée pour documenter les symptômes anxieux des élèves. Dans le cadre de cette étude, seule l'échelle des symptômes du TAG, composée de 7 items, a été utilisée. Cette échelle permet de mesurer plus particulièrement la tendance excessive à s'inquiéter ou à trop s'en faire, qui est identifiée comme la caractéristique centrale du TAG. Les répondants devaient indiquer s'ils avaient éprouvé les différents symptômes à l'aide d'une échelle de type Likert à 3 points (0 = jamais ou presque jamais, 1 = quelques fois et 2 = souvent). Même si le DSM précise une durée minimale des symptômes de 6 mois pour le diagnostic du TAG, le SCARED-R évalue les symptômes sur la période des 3 derniers mois pour faciliter l'évaluation chez les plus jeunes. Des auteurs précisent qu'une évaluation rétrospective aux 6 derniers mois est trop difficile chez les jeunes (voir Andrews et coll., 2010). Par ailleurs, plusieurs travaux sur la durée des symptômes du TAG montrent que le fait de diminuer la période d'évaluation sur les 3 derniers mois, plutôt que 6, permet d'identifier des participants avec une sévérité de symptômes et des difficultés de fonctionnement similaires, et ce, avec une faible incidence sur les taux de prévalence (voir Andrews et coll., 2010). Cette version française du SCARED-R a démontré des propriétés psychométriques adéquates ou supérieures à celles de la version originale anglaise, dans une étude ayant examiné les validités factorielle, convergente et critériée et la fidélité de l'outil (Martin et Gosselin, 2012). L'alpha de Cronbach obtenu pour cette échelle dans le cadre de la présente étude ($\alpha = 0,85$) démontre une bonne cohérence interne, selon les barèmes proposés par Hinton et coll. (2014).

Neuf variables indépendantes ont été mesurées dans le cadre de la présente étude (en plus du sexe de l'adolescent et de son niveau scolaire) : le soutien familial, la peur du jugement des autres, le perfectionnisme, l'estime de soi, les sentiments dépressifs, la cyberdépendance, l'intolérance à l'incertitude, l'attitude négative face aux problèmes et

TABLEAU 1

Outils utilisés pour mesurer les variables indépendantes

VI	Outils (auteurs, année)	Objectif poursuivi	Nb items	Type d'échelle	α de Cronbach
Soutien familial	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (2016-2017)	Mesurer la perception de l'adolescent par rapport au soutien reçu de l'environnement familial	7	Likert en 4 points (1 = Pas du tout vrai à 4 = Tout à fait vrai)	$\alpha = 0,78$
Peur du jugement des autres	Échelle de peur du jugement négatif d'autrui (PJNA; Monfette et coll., 2006)	Mesurer différentes manifestations de la peur du jugement des autres.	12 <i>7 items retenus</i>	Likert en 5 points (1 = Ne me décrit pas du tout à 5 = Me décrit extrêmement bien)	$\alpha = 0,90$
Perfectionnisme	Child and Adolescent Perfectionism Scale – Short Form (Flett et coll., 2000)	Évaluer 2 dimensions du perfectionnisme : 1) perfectionnisme orienté vers soi 2) perfectionnisme socialement prescrit	14	Likert en 5 points (1 = Faux à 5 = Très vrai)	$\alpha = 0,89$
Estime de soi	Indice de Rosenberg – Version française (Vallières et Vallerand, 1990)	Mesurer la perception de l'adolescent quant à sa propre valeur.	10	Likert en 4 points (1 = Tout à fait en désaccord à 4 = Tout à fait d'accord)	$\alpha = 0,90$
Sentiments dépressifs	Child depression inventory – Short Form – Version française (Kovacs et Preiss, 1992)	Mesurer la sévérité des symptômes dépressifs vécus par les jeunes de 8 et 18 ans dans les 2 dernières semaines.	10	Chaque item est composé de 3 énoncés. L'adolescent choisit l'énoncé décrivant le mieux sa situation	$\alpha = 0,82$
Cyberdépendance	Internet Addiction Test – Version française (IAT; Young, 2016)	Mesurer la fréquence de certains comportements	20 <i>14 items retenus</i>	Likert en 5 points (1 = Jamais à 5 = Très souvent).	$\alpha = 0,89$
Cognitions	Cognitions reliées à l'anxiété généralisée chez l'enfant (CAG; Gosselin et coll., 2019)	Mesurer 3 dimensions spécifiques de l'état actuel de l'adolescent : 1) intolérance à l'incertitude (4 items) 2) attitude négative face aux problèmes (4 items) 3) évitement cognitif (8 items).	16	Likert en 3 points (1 = Pas du tout à 3 = Beaucoup)	Intolérance à l'incertitude : $\alpha = 0,71$; Attitudes négatives face aux problèmes : $\alpha = 0,70$; Évitement cognitif : $\alpha = 0,83$

l'évitement cognitif. Une description détaillée de chacun des outils utilisés est rapportée au tableau 1.

Analyses statistiques

Dans un premier temps, les paramètres statistiques classiques (minimum, maximum, moyenne et écart-type) ainsi que les corrélations ont été calculés pour les variables d'intérêt. Dans un deuxième temps, une méthode de classification (nuées dynamiques) a été appliquée de manière à créer 3 catégories sur la base des symptômes d'anxiété généralisée présentés par les participants : une catégorie d'élèves présentant un faible niveau de symptômes, une catégorie d'élèves présentant un niveau moyen de symptômes et une catégorie d'élèves présentant un niveau élevé de symptômes. Enfin, des analyses de régressions logistiques multinomiales ont été réalisées afin d'identifier les variables permettant le mieux de prédire l'appartenance à ces différentes catégories. L'ensemble des analyses ont été menées à l'aide du logiciel SPSS 25.0 (IBM Corp., 2017).

Résultats

Les statistiques descriptives (minimum, maximum, moyenne et écart-type) des variables d'intérêt sont présentées dans le tableau 2, pour chacune des 3 catégories (faible, moyen et haut niveau de symptômes d'anxiété généralisée). À cet effet, 35,1 % des élèves ont été classés dans la catégorie 1 (faible niveau de symptômes), 40,2 % dans la catégorie 2 (niveau moyen de symptômes) et 24,7 % dans la catégorie 3 (niveau élevé de symptômes). L'examen de la matrice de corrélation a montré une forte corrélation entre les variables « estime de soi » et « sentiments dépressifs » ($r = -0,774$). Les sentiments dépressifs étant plus fortement corrélés aux symptômes d'anxiété généralisée ($r = 0,548$ vs $r = -0,532$), seule cette variable a été conservée pour les analyses de régressions logistiques multinomiales subséquentes afin d'éviter un possible problème de multicollinéarité. Le tableau 3 montre qu'un pourcentage plus élevé de filles (35,7 %) appartiennent à la catégorie 3 en comparaison avec les garçons (10,3 %). Ces derniers se retrouvent majoritairement (52,3 %) dans la catégorie 1 alors que seulement 21,8 % des filles se retrouvent dans cette catégorie.

TABLEAU 2
Statistiques descriptives

Variables	Classes	Min	Max	M	É.-T.
Symptômes d'anxiété généralisée	Faible (n = 3022)	0,00	9,00	2,25	1,37
	Moyen (n = 3469)	5,00	9,00	6,79	1,40
	Élevé (n = 2129)	10,00	33,00	11,76	1,49
Soutien familial perçu	Faible (n = 3022)	7,00	29,00	24,89	3,33
	Moyen (n = 3469)	8,00	65,00	24,79	3,21
	Élevé (n = 2129)	7,00	33,00	24,02	3,58
Peur du jugement des autres	Faible (n = 3022)	1,00	35,00	13,57	5,02
	Moyen (n = 3469)	7,00	35,00	19,70	6,09
	Élevé (n = 2129)	7,00	35,00	26,74	5,54
Perfectionnisme	Faible (n = 3022)	14,00	70,00	32,49	9,92
	Moyen (n = 3469)	14,00	70,00	38,00	9,99
	Élevé (n = 2129)	14,00	70,00	44,50	10,43
Sentiments dépressifs	Faible (n = 3022)	0,00	19,00	2,44	2,49
	Moyen (n = 3469)	0,00	18,00	4,18	2,95
	Élevé (n = 2129)	0,00	20,00	7,19	3,79
Utilisation d'Internet	Faible (n = 3022)	14,00	67,00	32,34	9,62
	Moyen (n = 3469)	14,00	70,00	37,19	10,13
	Élevé (n = 2129)	15,00	70,00	41,11	9,67
Intolérance à l'incertitude	Faible (n = 3022)	4,00	12,00	6,36	1,80
	Moyen (n = 3469)	4,00	12,00	7,47	1,83
	Élevé (n = 2129)	4,00	12,00	8,63	2,09
Attitude négative face aux problèmes	Faible (n = 3022)	4,00	12,00	5,75	1,58
	Moyen (n = 3469)	4,00	16,00	7,00	1,77
	Élevé (n = 2129)	3,00	12,00	8,73	1,87
Évitement cognitif	Faible (n = 3022)	8,00	24,00	12,81	3,48
	Moyen (n = 3469)	8,00	24,00	15,14	3,32
	Élevé (n = 2129)	8,00	24,00	17,29	3,37

Le tableau 3 montre également que le pourcentage d'élèves appartenant à la catégorie 3 augmente tout au long du secondaire (19,2 % à 30,2 %) alors que le pourcentage appartenant à la catégorie 1 diminue au fil du temps (39,2 % à 30,2 %). Le pourcentage d'élèves se trouvant dans la catégorie 2 demeure relativement stable de la 1^{re} à la 5^e secondaire (41,5 % à 39,6 %). Sur le plan des programmes d'études, le tableau 3 montre que peu de différences sont observées entre les programmes régulier et enrichi. Cependant, on remarque que les élèves évoluant dans un programme d'adaptation scolaire rapportent en majorité des « symptômes d'anxiété généralisée faibles ». Enfin, en ce qui concerne

le type de famille, relativement peu de différences sont observées. On remarque néanmoins qu'un pourcentage d'élèves plus faible rapporte des «symptômes d'anxiété généralisée élevés» chez les familles intactes en comparaison avec les élèves évoluant dans des familles monoparentales ou recomposées.

TABLEAU 3
Intensité de symptômes d'anxiété généralisée et caractéristiques sociodémographiques

Variables	Anxiété généralisée		
	Faible (n = 3022)	Moyen (n = 3469)	Élevé (n = 2129)
Sexe			
Masculin (n = 3705)	52,3 %	37,5 %	10,3 %
Féminin (n = 4821)	21,8 %	42,4 %	35,7 %
Autres (n = 51)	31,4 %	37,3 %	31,4 %
Niveau scolaire			
1 ^{re} secondaire (n = 1674)	39,2 %	41,5 %	19,2 %
2 ^e secondaire (n = 1553)	38,9 %	40,2 %	20,9 %
3 ^e secondaire (n = 1862)	32,9 %	40,9 %	26,2 %
4 ^e secondaire (n = 1742)	32,8 %	39,4 %	27,7 %
5 ^e secondaire (n = 1555)	30,2 %	39,6 %	30,2 %
Programme d'études			
Régulier (n = 3911)	34,7 %	40,9 %	24,4 %
Enrichi (n = 4249)	34,1 %	40,2 %	25,7 %
Adaptation scolaire (n = 458)	43,6 %	35,8 %	17,9 %
Type de famille			
Intacte (n = 5317)	36,1 %	40,8 %	23,1 %
Monoparentale (n = 783)	34,4 %	37,0 %	28,6 %
Recomposée (n = 1895)	32,2 %	39,9 %	27,8 %

Les résultats rapportés au tableau 4 montrent que plusieurs des facteurs de risque intégrés au modèle sont davantage prédicteurs de niveaux moyen et élevé de symptômes d'anxiété généralisée que d'un niveau faible. Considérant qu'il y a généralement consensus selon lequel le sexe et l'âge de l'adolescent sont significativement associés aux symptômes d'anxiété généralisée, ils ont été intégrés aux modèles de régression testés (sexe et niveau scolaire).

TABLEAU 4

Régression logistique multinomiale multivariée

		Modèle 1	
		β	Exp(B) (IC 95 %)
2	Niveau scolaire	0,06	1,06 (0,99; 1,13)
	Sexe	1,00	2,71*** (2,26; 3,25)
	Soutien familial	0,31	1,36** (1,10; 1,69)
	Peur du jugement	0,97	2,64*** (2,34; 2,98)
	Perfectionnisme	0,49	1,64*** (1,43; 1,87)
	Sentiments dépressifs	1,05	2,86*** (1,91; 4,30)
	Utilisation d'Internet	0,01	1,01 (0,87; 1,16)
	Intolérance à l'incertitude	0,44	1,55*** (1,24; 1,92)
	Attitude négative face aux problèmes	0,58	2,03*** (1,58; 2,62)
3	Évitement cognitif	0,06	1,79*** (1,40; 2,13)
	Niveau scolaire	0,23	1,26*** (1,15; 1,38)
	Sexe	2,09	8,07*** (6,13; 10,63)
	Soutien familial	0,51	1,66** (1,24; 2,23)
	Peur du jugement	1,98	7,25*** (6,13; 8,57)
	Perfectionnisme	0,94	2,57*** (2,14; 3,09)
	Sentiments dépressifs	2,16	8,68*** (5,23; 14,42)
	Utilisation d'Internet	-0,15	0,86 (0,71; 1,04)
	Intolérance à l'incertitude	0,62	1,85*** (1,39; 2,48)
	Attitude négative face aux problèmes	1,81	6,13*** (4,37; 8,61)
	Évitement cognitif	1,11	3,03*** (2,15; 4,27)
Nagelkerke		0,56	
χ^2 (ddl)		8063,01 (8268)	
p		0,95	

Note: Catégorie de référence = 1 (faible) * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

D'abord, on remarque que le sexe de l'adolescent, plus particulièrement le fait d'être une fille, est le facteur qui augmente le plus les risques de se retrouver dans la catégorie 3 par rapport à la catégorie 1. Les filles ont effectivement 8,07 ($p < 0,001$) fois plus de risques que les garçons de se trouver dans la catégorie « niveau élevé de symptômes d'anxiété généralisée » (par rapport à la catégorie « niveau faible de symptômes d'anxiété généralisée »). Les sentiments dépressifs, la peur du jugement des autres ainsi que l'attitude négative face aux problèmes ressortent également comme des facteurs importants, augmentant respectivement les risques de 8,68, 7,25 et 6,13 ($ps < 0,001$) fois d'appartenir à la catégorie 3 (par rapport à la catégorie 1) pour chaque unité de plus sur ces variables. Un haut niveau de soutien familial perçu, le

perfectionnisme élevé, l'intolérance à l'incertitude, l'évitement cognitif et le niveau scolaire avancé permettent également d'expliquer l'appartenance à la catégorie 3 par rapport à la catégorie 1 ($\text{Exp}[B]$ variant entre 1,26 et 3,03; $ps \leq 0,001$).

Les résultats montrent que les mêmes facteurs permettent de prédire l'appartenance à la catégorie 2 par rapport à la catégorie 1, à l'exception du niveau scolaire qui n'est pas identifié comme une variable significative lorsque les catégories 1 et 2 sont comparées.

Les résultats du tableau 5, comparant les catégories 2 et 3, montrent pour leur part que ce sont les sentiments dépressifs et l'attitude négative face aux problèmes qui permettent le mieux de prédire l'appartenance à la catégorie 3 en comparaison avec la catégorie 2 ($\text{Exp}[B] = 3,03$, $p < 0,001$; $\text{Exp}[B] = 3,02$, $p < 0,001$). Le niveau scolaire plus avancé, le fait d'être une fille, la peur du jugement des autres, le perfectionnisme, une plus faible utilisation d'internet et l'évitement cognitif sont également identifiés comme des facteurs augmentant les risques d'appartenir à la catégorie 3 en comparaison avec la catégorie 2.

TABLEAU 5
Régression logistique multinomiale multivariée

		Modèle 1	
		β	$\text{Exp}(B)$ (IC 95 %)
3	Niveau scolaire	-0,17	1,18*** (1,10; 1,27)
	Sexe	-1,09	2,98*** (2,38; 3,74)
	Soutien familial	-0,20	1,22*** (0,97; 1,53)
	Peur du jugement	-1,01	2,75*** (2,42; 3,11)
	Perfectionnisme	-0,45	1,57*** (1,37; 1,81)
	Sentiments dépressifs	-1,11	3,03*** (2,14; 4,30)
	Utilisation d'Internet	-0,15	0,86*** (0,74; 0,99)
	Intolérance à l'incertitude	-0,18	1,20*** (0,96; 1,49)
	Attitude négative face aux problèmes	-1,10	3,02*** (2,34; 3,88)
	Évitement cognitif	-0,53	1,70*** (1,30; 2,21)
Nagelkerke		0,56	
χ^2 (ddl)		8063,01 (8268)	
p		0,95	

Note : Catégorie de référence = 2 (moyen) * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Discussion

La présente étude visait à dresser un portrait des symptômes d'inquiétude liés au TAG vécus par les adolescents du Québec tout au long du secondaire et à cerner les principaux facteurs de risque associés. Cette étude présente plusieurs forces qu'il est important de souligner. D'abord, l'intégration simultanée de nombreux facteurs de risque potentiels, issus de la recension des écrits, permet d'apprécier la contribution relative de chacun des facteurs de risque examinés et de déterminer les facteurs le plus influents, ce qui constitue une contribution importante de la présente étude. Cela a été possible grâce à la grande taille de l'échantillon, qui a permis d'intégrer de multiples variables au modèle sans entraîner de problèmes de puissance statistique. Une autre force et particularité de la présente étude est que l'échantillon populationnel utilisé permet de faire des inférences qui pourraient être généralisées à la population adolescente du Québec, population jusqu'ici relativement peu étudiée. Cette étude permet aussi de distinguer 3 niveaux de symptômes d'anxiété généralisée et des facteurs qui semblent prédire ces différents niveaux de symptômes ce qui soutient la réflexion quant aux interventions différenciées qui doivent être mises de l'avant pour bien soutenir les jeunes aux prises avec de telles difficultés.

Des facteurs sociodémographiques transposables aux adolescents québécois

La présente étude a permis de confirmer que certains des facteurs associés à la présence de symptômes du TAG connus chez les adolescents correspondent également à la réalité des jeunes québécois. Plus particulièrement, sur le plan des caractéristiques sociodémographiques, les résultats montrent que le fait d'être une fille représente un facteur de risque important. Ce résultat est en cohérence avec de nombreuses études antérieures (Donner et Lowry, 2013; Ginsburg et Affrunti, 2013; Knapp et coll., 2016; Vasiliadis et coll., 2010). Ces différences peuvent notamment être expliquées par des différences biologiques et génétiques (Donner et Lowry, 2013), mais également par le processus de socialisation différencié des filles et des garçons. En effet, les filles rapporteraient davantage d'exposition et de sensibilité aux stressors associés à leurs relations interpersonnelles (Ohannessian et coll., 2017) et auraient une plus grande habileté à reconnaître les symptômes

d'anxiété (Fernández-Berrocal et coll., 2012), en comparaison avec les garçons.

Cette étude met également en lumière le fait que les symptômes d'anxiété généralisée, plus particulièrement la tendance excessive à s'inquiéter, augmentent tout au long du secondaire et qu'ils méritent donc d'être investigués rapidement. Le fait que les exigences soient de plus en plus élevées à l'égard des jeunes qui évoluent dans leur parcours scolaire pourrait en partie expliquer cette augmentation. La préparation à la transition vers les études postsecondaires (Cournoyer et coll., 2016) et le fait d'occuper un premier emploi rémunéré (Traoré et coll., 2018), seraient particulièrement propices à l'émergence d'anxiété.

Les différences observées entre les adolescents de familles intactes comparativement à celles monoparentales ou recomposées ressortent comme étant relativement modestes. On note néanmoins que les adolescents de familles intactes présentent moins de symptômes élevés d'anxiété généralisée, ce qui pourrait en partie être expliqué par un plus haut niveau de cohésion familiale et une meilleure qualité de la relation parent-adolescent (Herke et coll., 2020). Par ailleurs, il est possible que les adolescents qui vivent en garde partagée, dans une famille recomposée ou monoparentale vivent un plus haut niveau de stress en raison de leur nouvelle situation socioéconomique, des conflits qui persistent entre les parents, et dont ils peuvent avoir l'impression d'être la source (Noller et coll., 2008) ou du fait de devoir s'adapter à 2 milieux où les pratiques éducatives ne sont pas nécessairement cohérentes.

La contribution du programme d'études... des résultats surprenants

Étonnamment, très peu de différences sont observées entre les élèves évoluant dans des programmes académiques réguliers en comparaison avec ceux évoluant dans des programmes enrichis, bien que ces derniers puissent être perçus comme étant plus anxiogènes pour les élèves que les programmes réguliers (Suldo et Shaunessy-Dedrick, 2013). Il est possible que la prévalence des symptômes anxieux chez les élèves des programmes enrichis augmente lorsque les exigences deviennent de plus en plus grandes et que la pression liée à la réussite pouvant ouvrir la porte à une admission à des programmes postsecondaires contingentés s'intensifie (Conseil supérieur de l'éducation, 2016). Deuxièmement, les résultats montrent également que les élèves des programmes d'adaptation scolaire sont moins nombreux à rapporter

des symptômes d'anxiété généralisée élevés. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que ces programmes sont souvent mieux arrimés aux besoins de sécurité de ces élèves (plus petits groupes, nombre limité d'enseignants, pédagogie plus adaptée aux besoins).

La contribution du cumul de facteurs au développement des symptômes du TAG

L'intégration simultanée de nombreux facteurs de risque individuels et familiaux potentiels a permis de mettre en évidence leur contribution relative respective à la présence des symptômes d'inquiétude excessive associée au développement d'un TAG chez les adolescents. Sur le plan individuel, au-delà du sexe, la présence de sentiments dépressifs est identifiée comme un des facteurs les plus fortement associés au niveau de symptômes d'anxiété généralisée chez l'adolescent. Il n'est donc pas étonnant de constater que la présence de symptômes dépressifs plus élevés contribue à augmenter les risques d'avoir des symptômes d'anxiété généralisée élevés comparativement à faible ou modéré; le TAG et la dépression étant identifiés comme les 2 troubles de santé mentale les plus souvent comorbides (Cummings et coll., 2014).

Sur les plans individuel et social, cette étude montre aussi l'importance de la peur du jugement des autres, soit d'être embarrassé ou rejeté (Knapp et coll., 2016), dans la compréhension des symptômes d'anxiété généralisée de l'adolescent. Cette peur pourrait être plus saillante compte tenu de l'importance de la vie sociale chez les adolescents (Cloutier et Drapeau, 2008). Dans le même esprit, les adolescents avec un haut niveau de perfectionnisme rapportent également vivre davantage de symptômes d'anxiété généralisée. De fait, le perfectionnisme est associé à un haut niveau d'inquiétudes incontrôlables orientées vers le futur, notamment par rapport à la peur d'échouer ou l'anticipation d'erreurs possibles (Flett et coll., 2011). Cette étude montre également que les cognitions de l'adolescent, à savoir l'intolérance à l'incertitude, l'attitude négative face aux problèmes et l'évitement cognitif, contribuent significativement à expliquer le niveau de symptômes anxieux présentés par ce dernier. La présence de telles cognitions tendrait à alimenter les symptômes d'anxiété généralisée (Gosselin et coll., 2007). Il est possible de croire que l'ensemble de ces facteurs individuels associés à la tendance excessive à s'inquiéter puissent avoir des conséquences importantes sur les plans social et académique pour l'adolescent.

Les résultats suggèrent que l'utilisation problématique d'Internet ne contribue pas significativement à expliquer l'appartenance aux groupes présentant un niveau moyen ou élevé de symptômes d'anxiété généralisée en comparaison avec le groupe présentant de faibles symptômes. Il est possible que la cyberdépendance soit plus fortement associée à d'autres problèmes de santé mentale, comme la dépression (Dufour et coll., 2019) ou encore à d'autres types d'anxiété, par exemple la phobie sociale. Le fait que les analyses statistiques utilisées dans le cadre de la présente étude aient considéré la présence de symptômes dépressifs chez l'adolescent pourrait expliquer que nous n'observons pas d'effet de l'utilisation problématique d'Internet sur les symptômes d'anxiété généralisée.

Il pourrait être intéressant d'explorer le vécu des adolescents en lien avec l'utilisation des médias sociaux, en s'intéressant plus particulièrement aux émotions et pensées des jeunes au moment de l'utilisation. Ces émotions et pensées pourraient effectivement contribuer à la peur du jugement des autres et au perfectionnisme, qui ont été identifiés comme étant associés à davantage de symptômes d'anxiété généralisée. Il pourrait également être intéressant d'examiner l'association entre d'autres formes de dépendance, par exemple la consommation de drogues et d'alcool et les symptômes anxieux.

Se sentir soutenu sans être surprotégé : un défi pour les familles québécoises

Notons finalement qu'un haut niveau de soutien familial est associé à un plus haut niveau de symptômes d'anxiété généralisée. Bien qu'étonnant, ce résultat pourrait être expliqué par la tendance naturelle des parents d'enfants anxieux à adopter des comportements d'accommodation ou de surprotection afin de prévenir la détresse de l'enfant associée à l'anxiété (Ginsburg et Affrunti, 2013; Thompson-Hollands et coll., 2014). Les adolescents pourraient percevoir ces pratiques comme des comportements de soutien. Cependant, à long terme, ces comportements tendent à exacerber les symptômes anxieux.

Globalement, les résultats de cette étude suggèrent que les élèves rapportant des symptômes anxieux plus élevés fonctionnent relativement bien au sein de leur noyau familial ou, du moins, se sentent soutenus par leur environnement familial. Ces résultats nous invitent à nous questionner sur l'intensité et la forme de ce soutien. À ce sujet, cette période développementale devrait mener l'adolescent à graduel-

lement se détacher de ce noyau pour développer son autonomie et résoudre les tâches développementales associées à cette étape (p.ex. développer une indépendance affective par rapport aux parents). Or, les adolescents rapportant des symptômes d'anxiété élevés pourraient avoir du mal à développer cette indépendance affective en raison de certaines de leurs caractéristiques (p. ex. peur du jugement des autres, perfectionnisme, intolérance à l'incertitude, etc.). Il semble donc y avoir une tendance selon laquelle ce sont essentiellement les contextes en dehors du noyau familial, qui impliquent des tiers ou une certaine imprévisibilité, qui sont plus problématiques chez les élèves anxieux.

Mieux comprendre le développement des symptômes du TAG pour mieux dépister et prévenir leurs symptômes anxieux

Force est d'admettre que les élèves présentant des symptômes d'intensité modérée sont souvent laissés pour compte puisqu'ils sont peu dérangeants. Or, dans certains cas, leurs symptômes peuvent évoluer vers un TAG qui nécessite à ce moment-là des services de plus grande intensité. Il est possible de croire qu'une meilleure compréhension des facteurs associés aux différents profils d'élèves pourrait permettre de mieux les dépister et ainsi leur offrir des services en prévention qui répondent à leurs besoins, dans le but d'éviter une détérioration de leur état. Notre étude permet donc d'apporter davantage de nuances et contribue à développer une connaissance plus fine des principaux facteurs impliqués en fonction des 3 niveaux d'intensité de symptômes. Ultimement, elle permet de mieux identifier les cibles à prioriser en matière de prévention des troubles d'anxiété généralisée. La présente étude se déroulant dans le contexte plus large du développement du programme HORS-PISTE (Centre RBC, 2020), elle a permis de l'adapter aux profils des adolescents. Plus précisément, la connaissance des 3 profils d'adolescents par les milieux scolaires permet de proposer des ateliers de prévention universelle aux jeunes des profils 1 et 2 et des ateliers d'intervention précoce ou spécifique aux jeunes du profil 3. Ce continuum d'intervention allant de la prévention universelle à l'intervention précoce en fonction du profil clinique des adolescents, au sein d'un même programme, représente une innovation importante. En effet, le programme HORS-PISTE est, à notre connaissance, un des rares programmes scolaires à offrir ce continuum d'intervention (Houle, 2017). Il permet ainsi d'enrichir l'offre de services en prévention de l'anxiété directement dans le milieu de vie de l'adolescent, son

milieu scolaire. Par ailleurs, la majorité des programmes offerts étant des programmes de prévention universelle plutôt que ciblée (Werner-Seidler et coll., 2017), ce continuum permet d'éviter une rupture de services où des jeunes présentant de plus grands besoins ne seraient pas accompagnés et soutenus systématiquement vers des services plus intensifs. Cela permet donc de pallier une lacune importante observée actuellement en milieu scolaire. Il est aussi possible de croire que la mise en place de ce continuum de services en milieu scolaire puisse favoriser l'accès aux services pour les jeunes des différents profils, le programme étant implanté directement dans leur milieu de vie. Les multiples facteurs étudiés dans la présente étude permettent également de mieux cibler des pistes d'intervention pertinentes et de pallier certaines limites des programmes existants. Par exemple, offrir un programme multimodal qui implique les parents en abordant la relation parent-enfant et le soutien de ces derniers pour les élèves à risque des profils 2 et 3, favoriser la tolérance à l'incertitude et la prise de risque, la pression des pairs ainsi que le développement des habiletés sociales et des relations sociales soutenant sont des facteurs qui ne sont pas intégrés dans la plupart des programmes d'intervention québécois (Houle, 2017), mais qui font partie du programme HORS-PISTE. Ces facteurs représentent également des notions clés à exploiter davantage sur le plan clinique, par les intervenants scolaires et psychosociaux, en contexte d'intervention individuelle notamment.

Limites et pistes de recherches futures

Notons d'abord le fait que toutes les variables ont été documentées par l'entremise de questionnaires présentés directement aux participants. Une approche multirépondants et multiméthodes assurerait une plus grande indépendance des observations ainsi qu'une plus grande validité. Aussi, bien que le questionnaire utilisé pour mesurer l'anxiété généralisée permette d'évaluer la caractéristique centrale du TAG, à savoir la tendance excessive à s'inquiéter, il ne permet pas de mesurer les autres symptômes du TAG, par exemple la présence de symptômes somatiques. Il est donc possible que les facteurs de risque identifiés dans le cadre de la présente étude soient particulièrement liés à cette caractéristique précise et non à l'ensemble des caractéristiques du TAG. Par ailleurs, les variables liées à l'environnement scolaire n'ont été que très peu considérées alors qu'il s'agit d'un contexte où les adolescents passent beaucoup de temps. Notons également que l'échantillon utilisé

dans le cadre de la présente étude est issu de divers milieux scolaires québécois. Bien qu'il soit représentatif des adolescents fréquentant un milieu scolaire, il ne tient pas compte des adolescents et des adolescents non scolarisés, ce qui limite la possibilité de généraliser les résultats obtenus dans la présente étude à cette population particulière. Par ailleurs, l'échantillon est composé d'adolescents en provenance de 4 grandes régions du Québec et non pas de l'ensemble des régions, ce qui peut limiter la généralisation à des régions qui auraient des réalités particulières. Enfin, la nature transversale du devis ne permet pas d'établir des liens de cause à effet entre les facteurs associés et les symptômes d'anxiété généralisée.

À ce jour, les études ayant porté sur les facteurs environnementaux et sociaux associés à l'anxiété des jeunes ont reçu très peu d'attention, en comparaison aux facteurs individuels et familiaux (Creswell et coll., 2020). Bien que cette étude permette de faire un pas dans la bonne direction en ce sens, en s'intéressant à certains facteurs familiaux, il apparaît nécessaire de s'intéresser aux associations possibles entre l'expérience scolaire de l'adolescent et les symptômes d'anxiété généralisée qu'il présente. On peut penser, par exemple, à l'importance de la relation enseignant-élève, au sentiment d'appartenance à l'école, à l'expérience de victimisation de l'élève, à la pression du milieu scolaire sur la réussite, à la nécessité de formuler un premier choix d'orientation, etc. Il est effectivement possible de penser que ces facteurs pourraient contribuer de manière significative à expliquer la présence de symptômes d'anxiété généralisée à l'adolescence.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (APA). (2013). *DSM-5®: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association.
- Andrews, G., Hobbs, M. J., Borkovec, T. D., Beesdo, K., Craske, M. G., Heimberg, R. G., Rapee, R. M. et Stanley, M. A. (2010). Generalized Worry Disorder: A review of DSM-IV Generalized Anxiety Disorder and options for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 1Ruscio, A.M.34-147. <https://doi.org/10.1002/da.20658>
- Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale et ses partenaires. (2020). *Hors-Piste Secondaire*. <https://sante-mentale-jeunesse.usherbrooke.ca/hors-piste/programme-secondaire>
- Cloutier, R. et Drapeau, S. (2008). *Psychologie de l'adolescence* (3^e ed.). Gaëtan Morin Éditeur.
- Conseil supérieur de l'éducation. (2016). *Rapport sur l'état et les besoins de l'éducation 2014-2016. Remettre le cap sur l'équité*. Gouvernement du Québec.

- Cournoyer, L., Lachance, L. et Samson, A. (2016). L'action décisionnelle de carrière : processus en deux dimensions, quatre tensions. Dans J. Masdonati, M. Bangali et L. Cournoyer (dir.), *Éducation et vie au travail : perspectives contemporaines sur les parcours et l'orientation des jeunes* (p. 119-145). Presses de l'Université Laval.
- Creswell, C., Waite, P. et Hudson, J. (2020). Practioner review: Anxiety disorders in children and young people – assessment and treatment. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(6), 628-643. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13186>
- Cummings, C. M., Caporino, N. E. et Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, 140(3), 816-845. <https://doi.org/10.1037/a0034733>
- Curson, S., Wilson-Smith, K. et Holliman, A. J. (2019). Exploring the experience of students making the transition from primary school to secondary school: An interpretative phenomenological analysis of the role of friendship and family support. *Psychology Teaching Review*, 25(1), 30-41.
- Damian, L. E., Negru-Subtirica, O., Stoeber, J. et Băban, A. (2017). Perfectionistic concerns predict increases in adolescents' anxiety symptoms: a three-wave longitudinal study. *Anxiety, Stress and Coping*, 30(5), 551-561. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10615806.2016.1271877>
- Degnan, K. A., Almas, A. N. et Fox, N. A. (2010). Temperament and the environment in the etiology of childhood anxiety. *Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 497-517. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02228.x>
- Donner, N. C. et Lowry, C. A. (2013). Sex differences in anxiety and emotional behavior. *Pflogers Archiv-European Journal of Physiology*, 465(5), 601-626. <https://doi.org/10.1007/s00424-013-1271-7>
- Dufour, M., Gagnon, S. R., Nadeau, L., Légaré, A.-A. et Laverdière, E. (2019). Portrait clinique des adolescents en traitement pour une utilisation problématique d'internet. *La Revue canadienne de Psychiatrie*, 64(2), 136-144. <https://doi.org/10.1177/0706743718800698>
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., et Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215-226. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00070-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00070-3)
- Dugas, M. J., Gosselin, P. et Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating narrow specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 551-558. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1005553414688>
- Dumas, J. E. (2013). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (4^e éd.). De Boeck.
- Fernández-Berrocal, P., Cabello, R., Castillo, R. et Extremera, N. (2012). Gender differences in emotional intelligence: The mediating effect of age. *Behavioral Psychology*, 20(1), 77-89.
- Fialko, L., Bolton, D. et Perrin, S. (2012). Applicability of a cognitive model of worry to children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 50(5), 341-349. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.02.003>
- Flett, G. L., Coulter, L.-M., Hewitt, P. L. et Nepon, T. (2011). Perfectionism, rumination, worry, and depressive symptoms in early adolescents. *Canadian Journal of School Psychology*, 26(3), 159-176. <https://doi.org/10.1177/0829573511422039>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Boucher, D. J., Davidson, L. A. et Munro, Y. (2000). *The child-adolescent perfectionism scale: Development, validation, and association with adjustment* [document inédit]. York University.

- Fournier, V. et Pauzé, R. (2017). *Définition, facteurs de risque associés et conséquences possibles de l'anxiété généralisée (TAG) chez les adolescents*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Université Laval.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., et Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802. [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Ginsburg, G. S. et Affrunti, N. W. (2013). Generalized anxiety disorder in children and adolescents. Dans R. A. Vasa et A. K. Roy (dir.), *Pediatric anxiety disorders: A clinical guide* (p. 71-90). Humana Press.
- Gosselin, P., Dugas, M. J. et Ladouceur, R. (2002). Inquiétude et résolution de problèmes sociaux: le rôle de l'attitude négative face au problème. *Journal de Thérapie comportementale et cognitive*, 12, 49-58. doi: J TCC-06-2002-12-2-1155-1704-101019-ART2
- Gosselin, P., Langlois, F., Mark, H., F., Robert, L., Laberge, M. et Lemay, D. (2007). Cognitive variables related to worry among adolescents: Avoidance strategies and faulty beliefs about worry. *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), 225-233. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.001>
- Gosselin, P., Langlois, F. et Racicot, G. (2012). Intervention cognitivocomportementale et trouble d'anxiété généralisée auprès des enfants et des adolescents (p.31-59). Dans L. Turgeon et S. Parent, S. (dir.), *Intervention cognitivocomportementale auprès des enfants et des adolescents. Tome 1 – Troubles intériorisés*. Presses de l'Université du Québec.
- Gosselin, P., René-de-Cotret, F. et Martin, A. (2019). Un nouvel instrument mesurant des variables cognitives associées au trouble d'anxiété généralisée chez les jeunes: Le CAG [A new instrument measuring cognitive variables associated with generalized anxiety disorder in youth: CAG]. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 51(4), 219-230. <https://doi.org/10.1037/cbs0000131>
- Herke, M., Moor, I., Winter, K., Hoffmann, S., Spallek, J., Hilger-Kolb, J., Pischke, C., Dragano, N., Novelli, A. et Richter, M. (2020). Role of contextual and compositional characteristics of schools for health inequalities in childhood and adolescence: protocol for a scoping review. *BMJ Open*, 10(12). <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/12/e038999.full.pdf>
- Hinton, P. R., McMurray, I. et Brownlow, C. (2014). *SPSS explained*. Routledge.
- Houle, A.-A. (2017). *Recension des écrits sur les critères d'efficacité et les programmes d'intervention précoce en matière d'anxiété chez les adolescents de 12 à 17 ans*. Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale. <https://sante-mentale-jeunesse.usherbrooke.ca/wp-content/uploads/2019/03/RECENSION-programmes-dintervention-precoce-3-novembre-2017-copie2.pdf>
- Knapp, A. A., Blumenthal, H., Mischel, E. R., Babour, C. L. et Leen-Feldner, E. W. (2016). Anxiety sensitivity and its factors in relation to generalized anxiety disorder among adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(2), 233-244. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-9991-0>
- Kovacs, M. et Preiss, M. (1992). *CDI. Children's Depression Inventory*. Multi-Health Systems.
- Lambert-Samson, V. (2016). *L'anxiété des élèves du primaire: Une analyse des connaissances théoriques et pratiques des enseignants* (mémoire de maîtrise, Université Laval). Corpus. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/27048/1/32758.pdf>

- Maldonado, L., Huang, Y., Chen, R., Kasen, S., Cohen, P. et Chen, H. (2013). Impact of early adolescent anxiety disorders on self-esteem development from adolescence to young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 53(2), 287-292. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.02.025>
- Mallet, P. (2002). L'anxiété suscitée par l'avenir scolaire et professionnel au cours de l'adolescence: La formation d'une anxiété sociale majeure. *Carriérologie*, 8(3), 599-618.
- Martin, A. et Gosselin, P. (2012). Propriétés psychométriques de l'adaptation francophone d'une mesure de symptômes des troubles anxieux auprès d'enfants et d'adolescents (SCARED-R). [Psychometric properties of the French adaptation of a measure for symptoms of anxiety disorders among children and adolescents (SCARED-R)]. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 44(1), 70-76. <https://doi.org/10.1037/a0023103>
- Merikangas, K. R., He, J.-P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K. et Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>
- Monfette, M. E., Grimard, F., Ivers, H., Blais, M. C., Lavoie, V. et Boisvert, J. M. (2006). Validation chez les adolescents d'une version francophone d'un instrument de mesure de la peur du jugement négatif d'autrui. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 38(3), 261-268. <https://doi.org/10.1037/cjbs2006013>
- Muris, M., Merkelbach, H., Schmidt, H. et Mayer, B. (1999). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences*, 26(1), 99-112. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00130-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00130-5)
- Noller, P., Feeney, J. A., Sheehan, G., Darlington, Y. et Rogers, C. (2008). Conflict in divorcing and continuously married families: A study of marital, parent-child and sibling relationships. *Journal of Divorce and Remarriage*, 49(1/2), 1-24. <https://doi.org/10.1080/10502550801971223>
- Ohannessian, C. M. C., Milan, S. et Vannucci, A. (2017). Gender differences in anxiety trajectories from middle to late adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(4), 826-839. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0619-7>
- Piché, G., Cournoyer, M., Bergeron, L., Clément, M. È. et Smolla, N. (2017). Épidémiologie des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents québécois. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 19-42. <https://doi.org/10.7202/1040242ar>
- Shanahan, L., Copeland, W., Costello, E. J. et Angold, A. (2008). Specificity of putative psychosocial risk factors for psychiatric disorders in children and adolescents. *Child Psychology and Psychiatry*, 49(1), 34-42. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01822.x>
- Smith, M. M., Vidovic, V., Sherry, S. B., Stewart, S. H. et Saklofske, D. H. (2018). Are perfectionism dimensions risk factors for anxiety symptoms? A meta-analysis of 11 longitudinal studies. *Anxiety, Stress and Coping*, 31(1), 4-20. <https://doi.org/10.1080/10615806.2017.1384466>

- Suldo, S. M. et Shaunessy-Dedrick, E. (2013). The psychosocial functioning of high school students in academically rigorous programs. *Psychology in the Schools*, 50(8), 823-843. <https://doi.org/10.1002/pits.21708>
- Thompson-Hollands, J., Kerns, C. E., Pincus, D. B. et Comer, J. S. (2014). Parental accommodation of child anxiety and related symptoms: Range, impact, and correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 765-773. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.09.007>
- Traoré, I., Street, M.-C., Camirand, H., Julien, D., Joubert, K. et Berthelot, M. (2018). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. Résultats de la deuxième édition. La santé physique et les habitudes de vie des jeunes*. Institut de la statistique du Québec, www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alimentation/sante-jeunes-secondaire-2016-2017-t3.pdf
- Vallieres, E. F. et Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25(2), 305-316. <https://doi.org/10.1080/00207599008247865>
- Van Oort, F. V. A., Greaves-Lord, K., Ormel, J., Verhulst, F. C. et Huizink, A. C. (2011). Risk indicators of anxiety throughout adolescence: The trails study. *Depression and Anxiety*, 28(6), 485-494. <https://doi.org/10.1002/da.20818>
- Vasiliadis, H.-M., Buka, S. L., Martin, L. T. et Gilman, S. E. (2010). Fetal growth and the lifetime risk of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 27(11), 1066-1072. <https://doi.org/10.1002/da.20739>
- Vizard, T., Pearce, N. et Davis, J. (2018). *Mental health of children and young people in England, 2017*. Health and Social Care Information Centre.
- Watson, D. et Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*, 33(4), 448-457. <https://doi.org/10.1037/h0027806>
- Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A. L., Newby, J. M. et Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 51, 30-47. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.005>
- Young, K. (2016). *Internet addiction test (IAT)*. Stoelting

Évaluation des propriétés psychométriques de l'échelle abrégée de Kessler (K6) parmi les adolescents québécois

Jessica Turgeon^a

Stéphanie Turgeon^b

Jacques Marleau^c

RÉSUMÉ Objectif Cette étude vise à examiner la structure unidimensionnelle et les qualités psychométriques de la version courte de l'échelle de détresse psychologique de Kessler (K6) auprès d'adolescents résidant au Québec.

Méthode Les données analysées proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2013-2014 et portent sur 1 618 adolescents. La structure interne du K6 et l'invariance selon le sexe et l'âge ont été testées à l'aide d'analyses factorielles confirmatoires. La validité convergente et divergente ainsi que la consistance interne du K6 ont aussi été évaluées. Enfin, des analyses ont été effectuées à l'aide de Courbes *Receiver Operating Characteristic* (ROC) pour déterminer dans quelle mesure le K6 permet de prédire la présence d'un épisode dépressif majeur.

Résultats Les analyses suggèrent la présence d'une structure unidimensionnelle dans l'échantillon d'adolescents québécois, ainsi que chez les sous-groupes étudiés. L'invariance de la mesure est observée pour les sous-groupes d'âge, mais ne peut être statuée avec certitude pour les analyses selon le sexe. Les résultats appuient la validité convergente et divergente du K6 auprès des adolescents,

a. Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.

b. Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais.

c. Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais.

alors que les valeurs alpha et omega du K6 indiquent que la consistance interne varie de questionnable à acceptable pour l'ensemble des répondants et des sous-groupes. Les résultats des courbes ROC révèlent que le point de coupure 4/5 est celui qui permet de prédire le mieux l'épisode dépressif majeur chez l'ensemble des participants et les sous-groupes.

Conclusion Bien que le K6 présente plusieurs avantages, les résultats de la consistance interne et de l'invariance selon le sexe obligent une certaine prudence quant à son utilisation pour identifier le niveau de détresse psychologique des adolescents et des adolescentes québécois.

MOTS CLÉS détresse psychologique, K6, adolescents québécois, validité et fidélité

Evaluation of the Psychometric Properties of the Kessler Psychological Distress Scale (K6) among Quebec Adolescents

ABSTRACT Objectives The purpose of this study was to examine the unidimensional structure and psychometric qualities of the short version of the Kessler Psychological Distress Scale (K6) in adolescents living in Quebec.

Method Data analyzed were obtained from the 2013-2014 Canadian Community Health Survey and included data from 1618 adolescents. The internal structure of the K6 and invariance by gender and age were tested using confirmatory factor analyses. Convergent and divergent validity of the K6 were also assessed. Finally, Receiver Operating Characteristic (ROC) analyses were performed to determine the predictive power of the K6 in predicting the presence of a major depressive episode.

Results The analyses suggest the presence of a unidimensional structure in the Quebec adolescent sample, as well as in the studied subgroups. The invariance of the measure is observed for the age subgroups but cannot be established with certainty for the gender analyses. The results support the convergent and divergent validity of the K6 with adolescents, whereas the alpha and omega values of the K6 indicate that its internal consistency ranges from questionable to acceptable for all respondents and subgroups. The results of the ROC curves reveal that the 4/5 cut-off point best predicts the presence of a major depressive episode among all participants and subgroups.

Conclusion Although the K6 has several advantages, the internal consistency and invariance by gender results warrant caution regarding its use to identify the level of psychological distress of Quebec adolescents.

KEYWORDS psychological distress, K6, Quebec adolescents, validity and reliability

La santé mentale est une composante importante de la santé populationnelle. Les problèmes de santé mentale peuvent émerger à l'adolescence, voire dans certains cas à l'enfance. En fait, il est estimé que 10 % à 20 % des enfants et des adolescents présentent des problèmes de santé mentale à l'échelle mondiale (Kieling et coll., 2011). Au Québec, les troubles anxieux et dépressifs s'élèvent jusqu'à 33 % chez les enfants et les adolescents (Piché et coll., 2017). Dans plusieurs cas, les problèmes de santé mentale observés à l'adolescence persistent ou s'aggravent à l'âge adulte (Kessler et coll., 2005). De plus, les résultats de plusieurs études montrent des associations significatives entre les problèmes de santé mentale des jeunes et l'adoption de comportements de consommation, la criminalité et les tentatives de suicide (Harrington, et coll., 1994; Pettersson et coll., 2018). Par conséquent, les coûts associés aux problèmes de santé mentale au Canada sont estimés à plus de 50 milliards de dollars chaque année (Commission de la Santé mentale au Canada, 2011). L'ensemble de ces données appuie l'importance d'intervenir auprès des jeunes afin de prévenir les problèmes de santé mentale et de favoriser une trajectoire développementale adaptée. L'utilisation d'outils de dépistage valides et fidèles devient donc essentielle pour pouvoir identifier les adolescents qui pourraient bénéficier de services de prévention ou d'intervention avant leur transition à l'âge adulte.

Depuis près de 2 décennies, la prévalence de la détresse psychologique a souvent été estimée par une échelle mise au point par Kessler et son équipe (Kessler et coll., 2002). Cette mesure, formée de 10 questions (K10), a été développée afin d'identifier les adultes dans la population générale qui présentent des symptômes de dépression ou d'anxiété. Il existe aussi une version courte constituée de 6 questions (K6). Ces 2 versions de l'échelle sont composées de questions portant sur des états émotifs anxio-dépressifs et mesurent la détresse émotionnelle non spécifique. L'utilisation de l'expression « non spécifique » sous-entend que les états évalués ne sont pas spécifiques à certains troubles mentaux, mais qu'on les retrouve parmi de nombreuses catégories diagnostiques (Dohrenwend et coll., 1980; Kessler et coll., 2002).

La version courte est très utilisée à travers le monde compte tenu de sa brièveté et de ses bonnes qualités métriques. Elle est utilisée à la fois dans le contexte d'enquêtes épidémiologiques et dans le cadre d'études cliniques menées auprès d'échantillons culturellement diversifiés. La grande majorité des travaux de validation de l'outil, réalisés avec le K6, a été effectuée auprès d'adultes. Le nombre d'études réalisées à partir de populations formées d'adolescents est nettement inférieur (Chan

et Fung, 2014; Green et coll., 2010; Mewton et coll., 2016; Peiper et coll., 2015; Tran et coll., 2019). Les résultats de ces dernières études, obtenus à l'aide d'analyses factorielles exploratoires et confirmatoires, confirment l'unidimensionnalité de la structure du K6. Au Canada, Ferro (2019) a également authentifié la structure unidimensionnelle du K6 à partir de données recueillies chez des adolescents canadiens âgés de 15 à 19 ans dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2012 (composante santé mentale). Il a aussi montré l'invariance de cette structure selon le sexe et l'âge, en comparant les données des adolescents à ceux des jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans. L'invariance n'a pas été examinée en fonction d'autres caractéristiques, notamment les différents groupes d'âge d'adolescents.

L'unidimensionnalité et les propriétés psychométriques de la version courte et française du K6 n'ont toutefois jamais été démontrées auprès de la population adolescente du Québec. Cela n'empêche pas son utilisation dans plusieurs enquêtes ciblant cette population (p. ex. l'Enquête québécoise sur la santé de la population [EQSP], jeunes de 15 à 17 ans; ESCC, jeunes de 12 à 17 ans). Il est donc important d'évaluer les qualités psychométriques de cette version au Québec afin de statuer sur la pertinence et la validité de son utilisation avec des adolescents. L'intérêt d'avoir une version française validée au Québec réside dans le fait de pouvoir identifier les adolescents qui présentent des symptômes de détresse psychologique et ainsi accélérer l'offre de service auprès de ces personnes afin de prévenir l'aggravation des symptômes.

Cet article vise ainsi à étudier les propriétés psychométriques du K6 à l'aide de données collectées en 2013-2014 dans le cadre de l'ESCC en s'inspirant de la méthodologie employée par Ferro (2019). Le premier objectif consiste à examiner la structure unidimensionnelle et l'invariance de la mesure en fonction de 2 groupes d'âge (12 à 14 ans et 15 à 17 ans) et du sexe (masculin et féminin). Le second objectif de cette étude consiste à évaluer les propriétés psychométriques de la mesure du K6. Des indices de validité et de fidélité seront présentés à cet effet. Les aires sous les courbes (AUC) seront calculées pour déterminer dans quelle mesure le K6 permet de dépister un épisode dépressif majeur, tel que mesuré par la version abrégée de l'échelle du *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI-SF; Kessler et coll., 1998).

Les 10 items de l'échelle de détresse psychologique de Kessler.

Items	Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) ...
1	Épuisé(e) sans véritable raison ?
2	Nerveux(se)?
3	Si nerveux que rien ne pouvait vous calmer ?
4	Désespéré(e)?
5	Agité(e) ou ne tenant plus en place?
6	Si agité(e) que vous ne pouviez rester immobile ?
7	Triste ou déprimé(e) ?
8	Si déprimé(e) que plus rien ne pouvait vous faire sourire ?
9	Que tout était un effort ?
10	Bon(ne) à rien ?

Note. Les questions en caractère gras représentent les 6 items du K6 utilisés pour l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2013-2014.

Méthode

Participants

Les données analysées proviennent de l'ESCC de 2013-2014. Cette enquête fédérale est de nature transversale et documente l'état de santé, l'utilisation des services et les déterminants de la santé dans la population canadienne. Il s'agit de la plus récente période de l'enquête ayant fait l'utilisation du K6 pour l'ensemble du Québec. En tout, 1 714 Québécois âgés de 12 à 17 ans ont participé à l'ESCC 2013-2014, dont 1 618 ont répondu aux questions du K6, soit un taux de réponse avoisinant 95 %. Parmi ces 1 618 adolescents, environ 51 % ($n = 821$) sont âgés de 12 à 14 ans et près de 52 % sont des garçons ($n = 840$). Approximativement 93 % des jeunes sont nés au Canada et près de 16 % ($n = 255$) des adolescents rapportent faire partie d'une minorité visible.

Instrument de mesure

La détresse psychologique des adolescents a été mesurée à l'aide du K6 (Kessler et coll., 2002). Ce questionnaire autorapporté est composé de 6 questions et permet d'évaluer la fréquence des symptômes dépressifs et anxieux ressentis au cours du dernier mois. Plus spécifiquement, la personne décrit à quelle fréquence elle s'est sentie « nerveuse », « désespérée », « agitée ou ne tenant pas en place », « si déprimée que plus rien ne pouvait la faire sourire », « que tout était un effort » et

« bonne à rien » (Kessler et coll., 2002). Chaque question est répondue à l'aide d'une échelle de fréquence à 5 points d'ancrage où 0 = jamais et 4 = tout le temps. Le score total varie entre 0 et 24; un score élevé dénote une détresse psychologique élevée. Selon les critères établis par Kessler et coll. (2002), et adoptés par d'autres instances dont Statistiques Canada (2010), un score égal ou supérieur à 13 indique la présence d'une détresse psychologique sévère (aussi qualifiée d'éllevée). Les travaux sur les adolescents indiquent que la fidélité estimée avec le coefficient alpha de Cronbach varie de ,78 à ,90 (Chan et Fung, 2014; Green et coll., 2010; Mewton et coll., 2016; Peiper et coll., 2015; Tran et coll., 2019).

Analyses statistiques

Objectif 1

Notre premier objectif sera évalué par le biais d'analyses factorielles confirmatoires (AFC). L'ajustement du modèle sera évalué en utilisant les indices d'ajustement suivants: la statistique du khi-carré de Satorra-Bentler divisée par le nombre de degrés de liberté, la valeur moyenne quadratique pondérée (*Standardized Root Mean Square Residual* [SRMR]) et l'erreur quadratique moyenne de l'approximation (*Root Mean Square Error of Approximation* [RMSEA]), 2 indices incrémentaux (comparatifs), l'indice d'ajustement comparatif (*Comparative Fit Index* [CFI]) et l'indice de Tucker-Lewis (*Tucker-Lewis Index* [TLI]). Le modèle sera considéré adéquat si $(\chi^2/\text{ddl}) \leq 5$; SRMR < ,08; RMSEA < ,05 CFI > ,90; TLI > ,90 (Hair et coll., 2010). L'invariance de la mesure du K6 sera examinée à l'aide d'une séquence d'analyses comprenant 4 modèles augmentant en sévérité, mesurant l'invariance configurationnelle, métrique (faible), scalaire (forte) et résiduelle (stricte). L'invariance configurationnelle sera statuée si les critères des indices d'ajustements sont rencontrés. L'invariance métrique, scalaire et résiduelle seront assumées si $\Delta \text{CFI} \leq ,01$ et $\Delta \text{RMSEA} \leq ,015$ lorsque comparé au modèle précédent (Byrne, 2016).

Objectif 2

La validité convergente sera évaluée avec l'aide de corrélations de Pearson en examinant la relation entre le score total au K6 et les réponses à d'autres questions mesurant des concepts apparentés, soit le stress quotidien perçu et le nombre de symptômes évaluant la

présence d'un épisode dépressif. Le concept de stress est mesuré par la question « En pensant à la quantité de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont... ? » (1 = pas du tout stressantes à 5 = extrêmement stressantes). L'échelle mesurant l'épisode dépressif majeur est dérivée de l'échelle du CIDI (Kessler et coll., 1998). Elle mesure la présence de symptômes associés à la dépression (score de 0 à 8) durant une période d'au moins 2 semaines au cours de la dernière année (p. ex. présence ou non de la tristesse, du manque d'énergie). La validité divergente sera également examinée à l'aide de corrélations de Pearson en évaluant l'association entre le score total au K6 et les réponses à 2 indicateurs, le sentiment d'appartenance à la communauté et l'échelle de provisions sociales, une mesure validée du soutien social (Caron, 2013). Le sentiment d'appartenance est mesuré par la question « Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale ? Diriez-vous qu'il est... ? » (1 = très fort à 4 = très faible). L'échelle de provisions sociales comprend 10 items sur une échelle allant de 1 (tout à fait d'accord) à 4 (tout à fait en désaccord). Un score élevé correspond à un niveau de soutien social élevé. Il est attendu que les corrélations de la validité convergente soient positives et de force modérée ($r = ,40$ à $,60$) à forte ($r = ,70$ à $,90$). À l'inverse, il est attendu que les corrélations pour la validité divergente soient faibles ($r = ,10$ à $,30$) ou non significatives (Dancey et Reidy, 2007).

Afin de vérifier la consistance interne du K6, des corrélations polychoriques seront calculées entre les items et pour chacun des sous-groupes. Ce type de corrélations « estime la valeur que prendraient des corrélations effectuées sur des variables ordinales ou dichotomiques si elles avaient été calculées sur des variables continues » (Bourque et coll., 2006, p. 326). La corrélation polychorique permet donc de capter une proportion de variance expliquée plus élevée que la corrélation de Pearson. Les auteurs ayant réalisé des analyses factorielles avec le K6 et qui sont cités dans cet article (Ferro, 2019 ; Kessler et al, 2002) ont tenu compte de cette particularité. Enfin, les coefficients alpha de Cronbach (α) et omega de McDonald (ω) seront estimés afin de statuer sur la consistance interne des scores collectés au K6. Le coefficient omega de McDonald repose sur un modèle d'analyse factorielle à un facteur commun et est considéré comme la meilleure alternative au coefficient alpha en raison de sa bonne performance et de la souplesse de ses conditions d'utilisation (Béland et coll., 2017). Le coefficient alpha de Cronbach a également été présenté puisqu'il est le plus largement employé et donc plus facilement interprétable. Les analyses

statistiques seront effectuées à partir du logiciel Mplus version 8. La méthode d'estimation utilisée pour les AFC sera celle du maximum de vraisemblance (Tabachnick et Fidell, 2013). Cette méthode est robuste contre la présence de données non normales lorsqu'elle est utilisée avec de grands échantillons. De plus, elle produit des estimations non biaisées de l'échantillon (Byrne, 2012; Finney et DiStefano, 2008; Muthén et Muthén, 2017).

Finalement, des courbes *Receiver Operating Characteristic* (ROC) seront établies pour déterminer dans quelle mesure le K6 permet de prédire la présence d'un épisode dépressif majeur. Cette analyse statistique permet d'estimer la probabilité que des répondants soient correctement distingués sur la base de leurs réponses (Hanley et McNeil, 1982). Elle a été utilisée dans le cadre d'autres études de validation du K6 (Ferro, 2019; Prochaska et coll., 2012). Dans cette étude, un score dichotomique a été créé à partir de la version abrégée du CIDI, avec un seuil prédictif de 90 %. Ce seuil a été établi en conformité avec la méthodologie de Kessler (Kessler et coll., 1994) et a souvent été utilisé dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population.

Résultats

Les scores au K6 varient de 0 à 22 ($M = 3,2$; $ET = 2,98$) tandis que le mode et la médiane ont chacun un score de 2. La distribution des données du K6 est leptokurtique (Kurtosis = 3,38; erreur: ,12) et caractérisée par une asymétrie négative (Asymétrie = 1,58; erreur: ,06), phénomène maintes fois constaté avec le score total du K6. Le même constat est observé pour chacun des 6 items¹.

Objectif 1

L'examen du tableau 1 indique que tous les indices d'ajustement respectent les seuils de Hair et coll. (2010), suggérant que la structure unidimensionnelle est adéquate pour notre échantillon d'adolescents ($[\chi^2/ddl] = 3,70$; SRMR = ,019; RMSEA = ,041; CFI = ,987; TLI = ,978). Nous avons donc examiné l'adéquation de la structure unidimensionnelle pour les sous-groupes d'adolescents de 12 à 14 ans et ceux de 15 à 17 ans. Les indices d'ajustement du modèle unidimensionnel respectent l'ensemble des barèmes présentés pour les jeunes de 12 à 14 ans ($[\chi^2/ddl] = 2,51$; SRMR = ,020; RMSEA = ,043; CFI = ,985; TLI = ,976) et

1. Les données sont disponibles sur demande.

4 des 5 barèmes présentés pour les jeunes de 15 à 17 ans ($[\chi^2/\text{ddl}] = 3,50$; SRMR = ,026; RMSEA = ,056; CFI = ,976; TLI = ,960), suggérant que le modèle s'ajuste bien aux données. Les 2 critères sont respectés pour chacune des étapes de la procédure séquentielle de l'invariance (c.-à-d. configurationnelle, métrique, scalaire et résiduelle), suggérant que la mesure est invariable en fonction des groupes d'âge. En ce qui concerne les analyses réalisées en fonction du sexe des participants, les indices d'ajustement du modèle unidimensionnel respectent les barèmes présentés (Masculin [$[\chi^2/\text{ddl}] = 2,65$; SRMR = ,025; RMSEA = ,044; CFI = ,988; TLI = ,980], Féminin [$[\chi^2/\text{ddl}] = 1,79$; SRMR = ,016; RMSEA = ,032; CFI = ,997; TLI = ,994]). Les critères pour l'invariance configurationnelle, métrique et scalaire sont atteints. Toutefois, ceux-ci ne sont pas respectés pour l'invariance résiduelle. Ainsi, le modèle ne peut être statué comme étant entièrement homogène pour ces sous-groupes. Le tableau 2 présente les coefficients de saturation et la variance résiduelle pour le sexe masculin et féminin. Les résultats révèlent que l'écart entre les coefficients de saturation pour les sous-échantillons selon le sexe est le moins élevé pour l'item « désespéré(e) » et le plus élevé pour l'item « nerveux(se) ».

Objectif 2

Au sujet de la validité convergente, les corrélations sont toutes positives et de force moyenne (c.-à.-d., entre ,30| et ,50|) entre les scores obtenus au K6 et les 2 indicateurs mesurés, soit le stress quotidien perçu et le nombre de symptômes évaluant la présence d'un épisode dépressif (tableau 3). Elles varient entre ,40 et ,42 ($p < ,001$) pour l'échantillon total. Les corrélations estimant la validité divergente entre le score total au K6 et le sentiment d'appartenance à la communauté sont également positives et faibles (,09, $p < ,001$). Les corrélations entre le score total au K6 pour l'échantillon total et l'échelle de provisions sociales sont aussi faibles, mais négatives (-,11, $p < ,001$). Les analyses par groupes d'âge (12 à 14 ans et 15 à 17 ans) et selon le sexe révèlent des résultats similaires (voir le tableau 3)².

2. Des analyses non paramétriques, effectuées à partir du rho de Spearman, indiquent des résultats allant dans le même sens pour l'ensemble des répondants et pour les sous-groupes de répondants. Après avoir ajusté l'échantillon avec la pondération normalisée et l'effet de plan afin de le rendre comparable à un échantillon aléatoire simple, les corrélations de Pearson sont identiques aux résultats présentés.

Au niveau de la fidélité, les corrélations polychoriques entre les items varient de ,24 à ,74 (tableau 4). Le coefficient alpha pour l'ensemble des répondants est de ,70 tandis que le coefficient omega est de ,75, suggérant que 70 % à 75 % de la variance des scores observés sont attribuables à la variance des scores vrais. Ces valeurs suggèrent que la fidélité du K6 varie entre questionnable et acceptable pour l'ensemble des répondants, selon le coefficient mesuré (George et Mallery, 2016). Des valeurs similaires d'alpha et d'omega ont été observées chez les jeunes de 12 à 14 ans ($\alpha = ,69$; $\omega = ,74$), ceux âgés de 15 à 17 ans ($\alpha = ,70$; $\omega = ,75$), chez les garçons ($\alpha = ,63$; $\omega = ,70$) et chez les filles ($\alpha = ,74$; $\omega = ,78$).

Le tableau 5 présente l'aire sous la courbe ROC puis les indices de sensibilité et de spécificité de certains points de coupure du K6 (intervalle de confiance à 95 %) pour prédire la présence d'un épisode dépressif majeur chez l'ensemble des participants et en fonction des sous-groupes. Les résultats des courbes ROC montrent que le point le plus éloigné des diagonales est le point de coupure 4/5 (voir figure 1), avec une aire sous la courbe de ,77 pour l'ensemble des participants et variant de ,72 à ,83 selon le sexe et de ,74 à ,85 selon les groupes d'âge. Ces résultats suggèrent que la mesure du K6 a une bonne à très bonne capacité de prédiction d'un épisode dépressif majeur.

Discussion

Les AFC ont révélé que la structure unidimensionnelle du K6 est ajustée aux données des adolescents québécois ayant participé à l'ESCC 2013-2014. Ce résultat confirme ceux d'autres auteurs obtenus auprès d'autres populations (Chan et Fung, 2014; Ferro, 2019; Green et coll., 2010; Mewton et coll., 2016; Peiper et coll., 2015) et suggère que cette échelle représente bien un seul construit chez les adolescents québécois ainsi que chez les sous-groupes analysés. De plus, l'invariance du K6 est démontrée pour les différents groupes d'âge d'adolescents de notre échantillon. À l'inverse, et contrairement aux résultats de Ferro (2019), les critères pour l'invariance résiduelle (stricte) n'ont pas été rencontrés pour le sexe, suggérant que l'homogénéité de la mesure entre les adolescents et les adolescentes ne peut être statuée avec certitude.

Les résultats de notre deuxième objectif révèlent que la mesure du K6 détient des propriétés psychométriques qualifiées d'acceptables à bonnes auprès d'un échantillon populationnel d'adolescents québécois.

D'une part, des preuves de validité convergente et divergente ont été obtenues pour l'échelle. D'autre part, les corrélations polychoriques suggèrent que les items sont corrélés, mais apportent une contribution unique à la mesure. Enfin, les valeurs alpha et omega du K6 dénotent que la consistance interne de l'outil est questionnable à acceptable pour l'ensemble des répondants et des sous-groupes. Certains auteurs ont également obtenu des valeurs de consistance interne avoisinant une valeur de ,70 pour la mesure du K6 dans des enquêtes populationnelles (p. ex. Drapeau et coll. [2014], $\alpha = ,72$ à $,84$; Kammogne et Marchand [2019], $\alpha = ,77$; Masse [2017] $\alpha = ,74$). Toutefois, d'autres études effectuées auprès de populations adolescentes présentent des valeurs de consistance interne considérablement plus élevées (p. ex. Chan et Fung [2014] $\alpha = ,87$; Ferro [2019] $\alpha = ,86$; Mewton et coll. [2016] $\alpha = ,83$ à $,85$; Peiper et coll. [2015] $\alpha = ,90$). Lorsque nous analysons les statistiques descriptives de chacun des items du K6, il est possible de constater que la moyenne de l'item de nervosité ($M = 1,30$) est supérieure d'environ 1 point à celle des autres items ($M = ,30; ,76; ,19; ,44$ et $,21$). Il est possible que cet écart soit en partie responsable de la faible performance au niveau de la fidélité (consistance interne) de l'instrument de mesure. Dans l'ensemble, les résultats de la présente étude, particulièrement ceux de la consistance interne et de l'absence d'invariance selon le sexe, suggèrent une certaine prudence dans l'utilisation de la mesure du K6 dans les enquêtes populationnelles d'adolescents. Compte tenu des écarts entre les valeurs de consistance interne du K6 obtenues pour l'ESCC 2013-2014 et celles d'autres études menées auprès d'adolescents, il devient nécessaire de répliquer cette étude avant de pouvoir émettre une recommandation définitive en faveur de l'utilisation de cet instrument de mesure qui comporte plusieurs avantages, dont celui d'être court et d'avoir une bonne à très bonne capacité prédictive d'un épisode dépressif majeur.

Dans l'ensemble, les résultats des 2 objectifs poursuivis dans cette étude suggèrent que le K6 peut servir de source d'information importante sur les plans clinique et populationnel. D'un point de vue populationnel, les résultats soutiennent la pertinence d'inclure cette mesure brève de la détresse psychologique dans les enquêtes populationnelles québécoises effectuées auprès de populations adolescentes, tout en demeurant prudent au moment de comparer les scores au K6 des adolescents et des adolescentes. Les chercheurs et les cliniciens doivent considérer ces différences au moment de l'analyse des résultats du K6 et de la généralisation des résultats d'échantillons comprenant des

adolescents et des adolescentes québécois. D'un point de vue clinique, les résultats de notre étude suggèrent que le K6 peut servir à évaluer les symptômes de détresse psychologique des adolescents et à orienter ceux qui présentent des symptômes vers des services spécialisés pour une évaluation plus complète d'un trouble dépressif. Bien que le seuil de la détresse psychologique sévère au K6 soit fixé à 13 et plus, d'autres études ont également identifié un seuil optimal à 5 (Prochaska et coll., 2012; Sakurai et coll., 2011; Tesfaye et coll., 2010). Ces seuils ont pour objectifs d'identifier précocement les adolescents à risque de développer des troubles de santé mentale et de mettre en place des services de prévention ou d'intervention visant à promouvoir leur santé mentale. Le K6 peut aussi servir à soutenir le jugement clinique des intervenants dans des contextes d'évaluation et d'application de certaines lois d'exception (p. ex. la P-38) qui nécessitent une évaluation rapide du niveau de détresse psychologique des individus. Néanmoins, il est souhaitable que la démarche d'évaluation soit réalisée en privilégiant une approche multiméthodes et multirépondants (Eid et Diener, 2006).

Limites et directions futures

Au niveau des limites de la présente étude, il est important de rappeler que les participants ont répondu au K10 et que les 6 questions étudiées sont tirées de cette version longue. Ainsi, les réponses au K6 ont potentiellement été teintées par les réponses aux 4 autres questions n'ayant pas servi dans cette étude. Il serait intéressant de reproduire les analyses afin d'examiner si les propriétés psychométriques sont les mêmes lorsque les données du K6 proviennent directement de cette échelle plutôt que d'être extraites du K10. Afin de compléter l'étude de la fidélité, il serait aussi important d'évaluer la constance des résultats obtenus au K6 par le biais d'une analyse de corrélations test-retest. Des analyses futures pourraient aussi être effectuées avec les données recueillies lors d'autres périodes de l'ESCC afin de confirmer les résultats observés dans notre étude. Par ailleurs, il importe de préciser que les résultats de cette étude s'appliquent uniquement aux adolescents habitant au Québec. Il serait possible d'effectuer des analyses similaires à partir des réponses au K6 données par les jeunes âgés de 12 à 17 ans dans d'autres provinces. Davantage d'études doivent être réalisées pour comprendre les disparités entre les résultats de cette étude et celles d'autres études ayant été réalisées auprès d'autres populations adolescentes (p. ex. Ferro, 2019). Néanmoins, à la lumière de l'ensemble

des résultats des études d'évaluation des propriétés psychométriques du K6 effectuées à ce jour, nous sommes confiants de la contribution que peut avoir cet outil tant au niveau populationnel que clinique.

RÉFÉRENCES

- Béland, S., Cousineau, D. et Loye, N. (2017). Utiliser le coefficient omega de McDonald à la place de l'alpha de Cronbach. *McGill Journal of Education/Revue des Sciences de l'Éducation de McGill*, 52(3), 791-804. <https://doi.org/10.7202/1050915ar>
- Bourque, J., Poulin, N. et Cleaver, A. (2006). Évaluation de l'utilisation et de la présentation des résultats d'analyses factorielles et d'analyses en composantes principales en éducation. *Revue des Sciences de l'Éducation*, 32(2), 325-344. <https://doi.org/10.7202/014411ar>
- Byrne, B. M. (2013). *Structural equation modeling with Mplus: Basic concepts, applications, and programming*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203807644>
- Byrne, B.M. (2016). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (3rd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315757421>
- Caron, J. (2013). Une validation de la forme abrégée de l'Échelle de provisions sociales: l'ÉPS-10 items. *Santé mentale au Québec*, 38(1), 297-318. <https://doi.org/10.7202/1019198>
- Chan, S. M. et Fung, T. C. T. (2014). Reliability and validity of K10 and K6 in screening depressive symptoms in Hong Kong adolescents. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 9(1), 75-85. <https://doi.org/10.1080/17450128.2013.861620>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2011). *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*. Alberta, Canada: Commission de la santé mentale du Canada. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Investing_in_Mental_Health_FINAL_FRE_0.pdf
- Dancey, C. P. et Reidy, J. (2007). *Statistics without maths for psychology*: Pearson education.
- Dohrenwend, B. P., Shrout, P. E., Egri, G. et Mendelsohn, F. S. (1980). Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology: Measures for use in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 37(11), 1229-1236. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780240027003>
- Drapeau, A., Marchand, A. et Forest, C. (2014). Gender differences in the age-cohort distribution of psychological distress in Canadian adults: Findings from a national longitudinal survey. *BMC Psychology*, 2(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s40359-014-0025-4>
- Eid, M. et Diener, E. (2006). *Handbook of multimethod measurement in psychology* (1st ed.). American Psychological Association.
- Ferro, M. A. (2019). The psychometric properties of the Kessler psychological distress scale (K6) in an epidemiological sample of Canadian youth. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(9), 647-657. <https://doi.org/10.1177/0706743718818414>

- Finney, S. J. et DiStefano, C. (2008). Non-normal and categorical data in structural equation modeling. In G. R. Hancock et R. D. Mueller (Eds.), *Structural Equation Modeling: A Second Course* (pp. 269-314). Information Age Publishing.
- George, D. et Mallery, P. (2016). *IBM SPSS statistics 23 step by step: A simple guide and reference*. Routledge.
- Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. et Kessler, R. C. (2010). Improving the K6 short scale to predict serious emotional disturbance in adolescents in the USA. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(S1), 23-35. <https://doi.org/10.1002/imp.314>
- Hair, J., Black, W., Babin, B. et Anderson, R. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Pearson Prentice Hall.
- Harrington, R., Bredenkamp, D., Groothues, C., Rutter, M., Fudge, H. et Pickles, A. (1994). Adult outcomes of childhood and adolescent depression. III links with suicidal behaviours. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(7), 1309-1319. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01236.x>
- Kammogne, C. L. et Marchand, A. (2019). Les traits d'identité culturelle en lien avec le statut d'immigrant et l'ethnicité: Quel lien avec les symptômes de détresse psychologique et les symptômes dépressifs dans la main-d'œuvre canadienne? Résultats des neuf cycles de l'ENSP. *Canadian Journal of Public Health*, 110(4), 430-439. <https://doi.org/10.17269/s41997-019-00186-4>
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., Walters, E. E. et Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. et Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U. et Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-19. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>
- Kessler, R. C., Wittchen, H. U., Abelson, J. M., McGonagle, K., Schwarz, N., Kendler, K. S., Knäuper, B. et Zhao, S. (1998). Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US national comorbidity survey (NCS). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7(1), 33-55. <https://doi.org/10.1002/imp.33>
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, P. S., Ulkuer, N. et Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515-1525. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)
- Masse, S. V. (2017). Entre détresse psychologique et santé mentale positive: Le cas des travailleurs de la restauration. *Canadian Journal of Public Health*, 108(5), e510-e515. <https://doi.org/10.17269/CJPH.108.6112>
- Mewton, L., Kessler, R. C., Slade, T., Hobbs, M. J., Brownhill, L., Birrell, L., Tonks, Z., Teesson, M., Newton, N., Chapman, C., Allsop, S., Hides, L., McBride, N. et

- Andrews, G. (2016). The psychometric properties of the Kessler Psychological Distress Scale (K6) in a general population sample of adolescents. *Psychological Assessment*, 28(10), 1232. <https://doi.org/10.1037/pas0000239>
- Muthén, L.K. et Muthén, B.O. (2017). *Mplus user's guide* (8th ed). Muthén & Muthén.
- Peiper, N., Clayton, R., Wilson, R. et Illback, R. (2015). The performance of the K6 Scale in a large school sample. *Psychological Assessment*, 27(1), 228. <https://doi.org/10.1037/pas0000025>
- Pettersson, E., Lahey, B. B., Larsson, H. et Lichtenstein, P. (2018). Criterion validity and utility of the general factor of psychopathology in childhood: Predictive associations with independently measured severe adverse mental health outcomes in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(6), 372-383. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.12.016>
- Piché, G., Cournoyer, M., Bergeron, L., Clément, M. È. et Smolla, N. (2017). Épidémiologie des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents québécois. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 19-42. <https://doi.org/10.7202/1040242ar>
- Prochaska, J. J., Sung, H. Y., Max, W., Shi, Y. et Ong, M. (2012). Validity study of the K6 scale as a measure of moderate mental distress based on mental health treatment need and utilization. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(2), 88-97. <https://doi.org/10.1002/mpr.1349>
- Sakurai, K., Nishi, A., Kondo, K., Yanagida, K. et Kawakami, N. (2011). Screening performance of K6/K10 and other screening instruments for mood and anxiety disorders in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65(5), 434-441. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02236.x>
- Statistics Canada. (2010). *Validation of self-rated mental health*. Retrieved October 26, 2021, from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2010003/article/11288/findings-resultats-eng.htm>
- Tabachnick, B. G. et Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson.
- Tesfaye, M., Hanlon, C., Wondimagegn, D. et Alem, A. (2010). Detecting postnatal common mental disorders in Addis Ababa, Ethiopia: Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and Kessler scales. *Journal of Affective Disorders*, 122(1-2), 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.020>
- Tran, T. D., Kaligis, F., Wiguna, T., Willenberg, L., Nguyen, H. T. M., Luchters, S., Azzopardi, P. et Fisher, J. (2019). Screening for depressive and anxiety disorders among adolescents in Indonesia: Formal validation of the centre for epidemiologic studies depression scale – revised and the Kessler Psychological Distress scale. *Journal of Affective Disorders*, 246, 189-194. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.042>

TABLEAU 1
Indices de la qualité d'ajustement du modèle unidimensionnel et analyse d'invariance selon le sexe et l'âge¹

Modèle	SBX2(ddf)	CFI	TLI	SRMR	RMSEA [90% IC]	ΔSBX2	ΔCFI	ΔTLI	ΔSRMR	ΔRMSEA
M1										
Échantillon total	33,340(9)	0,987	0,978	0,019	0,041 [0,027-0,056]					
M2 (Âge)										
12 à 14 ans	22,570(9)	0,985	0,976	0,020	0,043 [0,021-0,065]					
15 à 17 ans	31,470(9)	0,976	0,960	0,026	0,056 [0,035-0,078]					
Invariance (Âge)										
Configurationnelle	54,040(18)	0,981	0,968	0,024	0,050 [0,035-0,065]					
Métrique (faible)	74,030(23)	0,973	0,964	0,035	0,052 [0,039-0,066]	19,987	-0,008	-0,004	0,011	0,002
Scalaire (forte)	87,440(28)	0,968	0,966	0,038	0,051 [0,039-0,063]	13,414	-0,005	0,002	0,003	-0,001
Résiduelle (stricte)	104,12(30)	0,960	0,960	0,049	0,055 [0,044-0,067]	16,680*	-0,008	-0,006	0,011	0,004
M3 (Sexe)										
Fille	16,073(9)	0,997	0,994	0,016	0,032[0,000-0,056]					
Garçon	23,813(9)	0,988	0,980	0,025	0,044 [0,023-0,066]					
Invariance (Sexe)										
Configurationnelle	40,547(18)	0,993	0,989	0,021	0,039 [0,023-0,055]					
Métrique (faible)	66,750(23)	0,987	0,983	0,025	0,048 [0,035-0,062]	26,203	-0,006	-0,006	0,004	0,009
Scalaire (forte)	88,289(40)	0,986	0,989	0,030	0,039 [0,028-0,049]	21,539	-0,001	0,006	0,005	-0,009
Résiduelle (stricte)	207,433(42)	0,952	0,965	0,039	0,070 [0,060-0,079]	119,144	-0,034	-0,024	0,009	0,031

¹ En raison de valeurs absentes pour certains items dans les groupes d'âge évalués, il a été impossible de procéder à l'analyse de l'invariance pour l'âge en spécifiant que les items sont une mesure ordinale.

Notes. SBX2 = Khi carré de Satorra-Bentler; ddl = degrés de liberté; CFI = indice d'ajustement comparatif; TLI = Indice de Tucker-Lewis; SRMR = valeur moyenne quadratique pondérée; RMSEA = erreur quadratique moyenne de l'approximation; IC = intervalles de confiance.

*p < ,001

TABLEAU 2

Coefficients de saturation et variance résiduelle pour le modèle final d'invariance du K6 pour le sexe

Paramètre	Nerveux(se)	Désespéré(e)	Agité(e)	Déprimé(e)	Effort	Bon(ne) à rien
Masculin						
Coefficients de saturation	0,458	0,764	0,414	0,893	0,667	0,759
Coefficient de variance (R^2)	0,210	0,584	0,172	0,798	0,445	0,577
Variance résiduelle	0,790	0,416	0,828	0,202	0,555	0,423
Féminin						
Coefficients de saturation	0,563	0,816	0,492	0,830	0,750	0,843
Coefficient de variance (R^2)	0,317	0,667	0,242	0,689	0,562	0,710
Variance résiduelle	0,683	0,333	0,758	0,311	0,438	0,290

Note: Toutes les valeurs présentées sont standardisées et significatives à $p < ,01$.

TABLEAU 3

Corrélations entre les scores au K6 et les réponses aux indicateurs évaluant la validité convergente et divergente

Corrélations	Total	Garçons	Filles	12 à 14 ans	15 à 17 ans
Validité convergente					
K6 - stress	0,42***	0,40***	0,41***	0,36***	0,46***
K6 – symptômes de l'épisode dépressif	0,40***	0,46***	0,35***	0,39***	0,41***
Validité divergente					
K6 – sentiment d'appartenance	0,09***	0,09**	0,09*	0,11**	0,04
K6 – Échelle de provisions sociales	-0,11***	-0,06	-0,22***	-0,14***	-0,09*

Note: * $p \leq ,05$; ** $p < ,01$ *** $p < ,001$.

TABLEAU 4
Corrélations polychoriques

Modèle unidimensionnel						
Variable	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Nerveux(se)	–	0,437	0,252	0,488	0,327	0,412
2. Désespéré(e)		–	0,363	0,703	0,538	0,654
3. Agité(e)			–	0,338	0,351	0,357
4. Déprimé(e)				–	0,584	0,685
5. Effort					–	0,615
6. Bon(ne) à rien						–
Corrélations polychoriques pour les garçons (au-dessus de la diagonale) et les filles (en dessous de la diagonale)						
Variable	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Nerveux(se)	–	0,370	0,246	0,477	0,252	0,263
2. Désespéré(e)	0,466	–	0,313	0,682	0,503	0,577
3. Agité(e)	0,250	0,406	–	0,299	0,270	0,313
4. Déprimé(e)	0,472	0,709	0,363	–	0,575	0,673
5. Effort	0,417	0,573	0,434	0,600	–	0,576
6. Bon(ne) à rien	0,486	0,680	0,391	0,685	0,656	–
Corrélations polychoriques pour les 12-14 ans (au-dessus de la diagonale) et 15-17 ans (en dessous de la diagonale)						
Variable	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Nerveux(se)	–	0,382	0,237	0,518	0,286	0,380
2. Désespéré(e)	0,464	–	0,434	0,738	0,495	0,655
3. Agité(e)	0,258	0,300	–	0,382	0,361	0,468
4. Déprimé(e)	0,457	0,673	0,294	–	0,582	0,706
5. Effort	0,362	0,572	0,337	0,585	–	0,552
6. Bon(ne) à rien	0,436	0,652	0,246	0,668	0,670	–

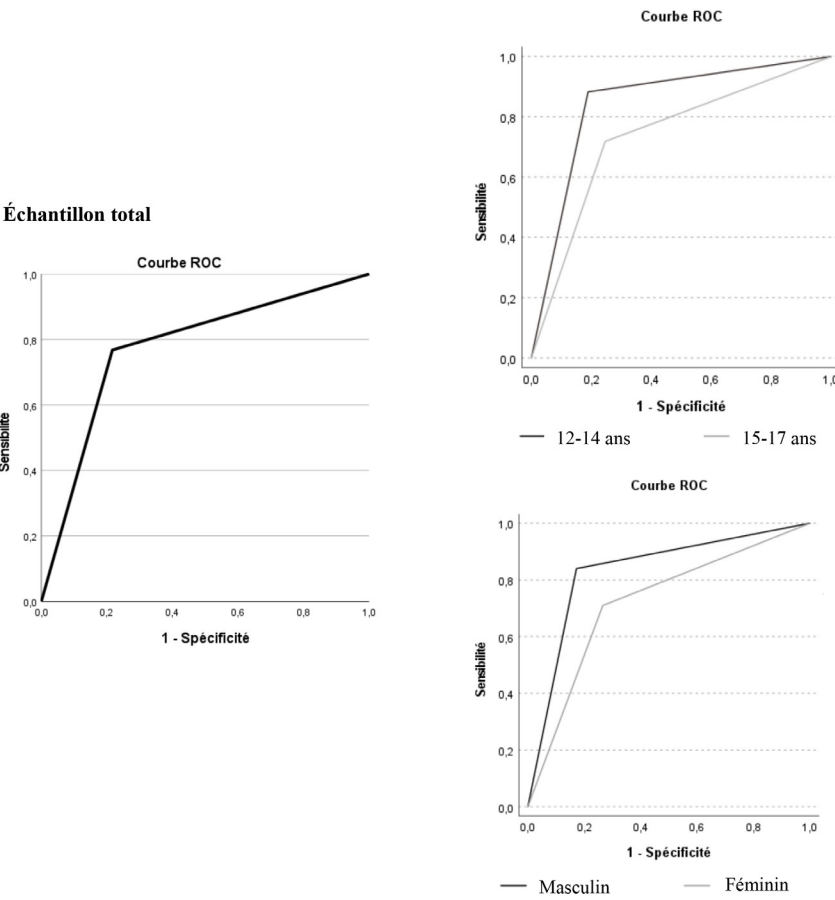
*Toutes les corrélations sont significatives à $p < ,01$.

TABLEAU 5

Aire sous la courbe ROC, sensibilité et spécificité de certains points de coupure du K6 (IC à 95 %) pour prédire la présence d'un épisode dépressif majeur chez l'ensemble des participants et en fonction des sous-groupes

Échantillon total						
Point de coupure	n	AUC	95 % IC	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	
3/4	56	0,779	[0,727-0,831]	89,3	66,6	
4/5	56	0,776	[0,711-0,841]	76,8	78,3	
5/6	56	0,776	[0,706-0,846]	71,4	83,7	
6/7	56	0,768	[0,693-0,844]	64,3	89,3	
12-14 ans						
Point de coupure	n	AUC	95 % IC	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	
3/4	17	0,825	[0,750-0,899]	94,1	70,8	
4/5	17	0,847	[0,756-0,937]	88,2	81,1	
5/6	17	0,844	[0,738-0,950]	82,4	86,5	
6/7	17	0,837	[0,718-0,955]	76,5	90,9	
15-17 ans						
Point de coupure	n	AUC	95 % IC	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	
3/4	17	0,825	[0,750-0,899]	94,1	70,8	
4/5	17	0,847	[0,756-0,937]	88,2	81,1	
5/6	17	0,844	[0,738-0,950]	82,4	86,5	
6/7	17	0,837	[0,718-0,955]	76,5	90,9	
Filles						
Point de coupure	n	AUC	95 % IC	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	
3/4	25	0,836	[0,780-0,892]	96,0	71,2	
4/5	25	0,834	[0,750-0,918]	84,0	82,8	
5/6	25	0,819	[0,721-0,918]	76,0	87,8	
6/7	25	0,782	[0,668-0,896]	64,0	92,5	
Garçons						
Point de coupure	n	AUC	95 % IC	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	
3/4	25	0,836	[0,780-0,892]	96,0	71,2	
4/5	25	0,834	[0,750-0,918]	84,0	82,8	
5/6	25	0,819	[0,721-0,918]	76,0	87,8	
6/7	25	0,782	[0,668-0,896]	64,0	92,5	
Filles						
Point de coupure	n	AUC	95 % IC	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	
3/4	31	0,727	[0,646-0,808]	83,9	61,5	
4/5	31	0,722	[0,628-0,816]	71,0	73,5	
5/6	31	0,735	[0,638-0,832]	67,7	79,2	
6/7	31	0,752	[0,651-0,853]	64,5	85,8	

FIGURE 1
Courbes ROC en fonction du point de coupure 4/5



Influence de la comorbidité dans le traitement cognitif-comportemental des troubles anxieux et de l'humeur

Jessica Philippe^a

Martin D. Provencher^b

Geneviève Belleville^c

Guillaume Foldes Busque^d

RÉSUMÉ Objectifs Les troubles anxieux et les troubles de l'humeur sont les troubles de santé mentale les plus souvent observés dans les services de santé et la présence de comorbidité est davantage la règle que l'exception pour ces troubles. Bien que la thérapie cognitive-comportementale (TCC) ait largement été démontrée comme étant efficace pour les troubles anxieux et de l'humeur, les études qui portent sur l'efficacité de la TCC en présence de comorbidité(s) sont peu nombreuses et les résultats contradictoires. Pour répondre à ces questions, cette étude vise à mieux comprendre l'influence de la comorbidité dans le traitement des troubles anxieux, de l'humeur et apparentés à l'aide de la TCC dans une clinique universitaire. Les principaux objectifs sont de comparer les personnes qui

-
- a. Psychologue, École de psychologie, Université Laval; Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSSCN).
 - b. Ph. D., psychologue, professeur titulaire, École de psychologie, Université Laval; Chercheur régulier, Centre d'évaluations et d'interventions en santé mentale (CÉISM), Université Laval.
 - c. Ph. D., psychologue, professeure titulaire, École de psychologie, Université Laval; Codirectrice, Centre d'évaluations et d'interventions en santé mentale (CÉISM), Université Laval.
 - d. Ph. D., psychologue, professeur agrégé, École de psychologie, Université Laval; Codirecteur, Centre d'évaluations et d'interventions en santé mentale (CÉISM), Université Laval.

ont des troubles anxieux et de l'humeur comorbides aux personnes qui n'en ont pas sur l'efficacité d'une TCC pour traiter le trouble principal et de vérifier si cette dernière permet de traiter les troubles comorbides par le fait même.

Méthode L'échantillon est constitué de 293 personnes qui ont suivi une TCC adaptée en fonction de leurs besoins au Service de consultation de l'École de psychologie (SCEP) de l'Université Laval entre 2007 et 2018 en raison de difficultés liées à l'anxiété ou l'humeur. Les clients étaient exclus s'ils présentaient des symptômes psychotiques ou maniaques non contrôlés ou un trouble lié à l'utilisation d'une substance au premier plan. L'efficacité repose sur une comparaison de plusieurs mesures avant et après le suivi thérapeutique, dont la sévérité des diagnostics (mesurée par une entrevue structurée), les symptômes anxieux et dépressifs ainsi que la qualité de vie tels qu'évalués par des questionnaires au prétraitement et au post-traitement. Des tests *t* et des ANOVAS à mesures répétées ont été utilisés.

Résultats Avant la thérapie, les résultats révèlent des symptômes significativement plus sévères parmi le groupe de personnes ayant au moins un diagnostic comorbide comparé au groupe de celles qui n'en ont pas. Après la thérapie, les deux groupes ont obtenu une diminution significative de la sévérité du diagnostic principal et ont atteint un changement cliniquement significatif dans une proportion équivalente. Chez les personnes ayant au moins un diagnostic comorbide, le nombre et la sévérité des diagnostics comorbides ont diminué significativement au post-test.

Conclusion Les résultats suggèrent que la comorbidité aggrave le portrait clinique, mais que cela ne nuit pas à l'efficacité de la TCC pour traiter le trouble principal. De plus, la sévérité des troubles comorbides diminue avec la thérapie, même si ces troubles ne sont pas directement ciblés par le traitement. En concordance avec la littérature actuelle, il est donc recommandé de continuer à cibler le trouble principal dans un premier temps, qu'il y ait présence de comorbidité ou non.

MOTS CLÉS comorbidité, thérapie cognitive-comportementale, troubles anxieux, troubles de l'humeur, étude d'efficience

Influence of Comorbidity in Cognitive-Behavioral Treatment of Anxiety and Mood Disorders

ABSTRACT Objectives Anxiety and depression are the most prevalent disorders observed in health care services and are frequently comorbid with other disorders. Although Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) has widely been shown efficacious to treat anxiety and mood disorders, studies that have focused on its effectiveness in the presence of comorbidity have been few and show conflicting results. Thus, the implications of the presence of comorbid disorders for treatment are still unknown. In an attempt to answer these questions, this study

explores the impact of comorbidity on CBT for anxiety and mood disorders in a university-based clinic.

Methods A total of 293 clients consulting for anxiety and/or mood disorders at the *Service de Consultation de l'École de Psychologie de l'Université Laval* (SCEP) between 2007 and 2018 took part in the study. Clients were excluded if they presented uncontrolled psychotic, manic or substance abuse symptoms as their principal complaint. Clients without comorbid disorders were compared to clients who had comorbid disorders on different measures before and after receiving therapy to examine if comorbidity had an impact on CBT effectiveness to treat the principal disorder. The impact of treatment on comorbid disorders was also investigated. Effectiveness was assessed on several measures before and after treatment including the severity of diagnoses (measured with a structured interview), anxiety and mood symptoms as well as quality of life. Repeated measures ANOVAs and *t*-tests were used.

Results Before initiating therapy, clients with comorbid disorders had significantly more severe symptoms than clients without comorbid disorders. However, following therapy, both groups had significantly less severe principal disorders and reached a clinically significant change in equivalent proportions. Furthermore, the number and severity of comorbid disorders significantly decreased following therapy.

Conclusion These findings suggest that although the presence of comorbid disorders leads to more severe symptoms, it does not affect the effectiveness of CBT for the principal disorder. Furthermore, comorbid disorders improved even though they were not specifically targeted by treatment. In concordance with the literature, it is thus suggested to keep focusing treatment on the principal disorder, whether comorbid disorders are present or not.

KEYWORDS comorbidity, cognitive-behavioral therapy, anxiety disorders, mood disorders, effectiveness study

Les troubles anxieux et les troubles de l'humeur affectent une proportion importante de la population. Au Canada, la prévalence sur 12 mois de la dépression majeure se situerait autour de 4 % et la prévalence à vie autour de 11 % (Knoll et MacLennan, 2017 ; Patten et coll., 2015). Pour les troubles anxieux, la prévalence se situerait entre 10,6 % (12 mois) et 16,6 % (à vie) selon une revue systématique d'études réalisées dans plusieurs pays, incluant le Canada (Somers, Goldner, Waraich et Hsu, 2006). Aux États-Unis, on estime la prévalence sur 12 mois de l'ensemble des troubles anxieux à 18,1 % (Kessler, Chiu, Demler et Walters, 2005). Les troubles anxieux et les troubles de l'humeur sont

d'ailleurs les troubles de santé mentale les plus souvent observés dans les services de santé (Ansseau et coll., 2004; Mergl et coll., 2007; Roca et coll., 2009; Serrano-Blanco et coll., 2010). De plus, la coexistence de troubles en santé mentale est un phénomène très courant et ce serait davantage la règle que l'exception pour les troubles anxieux et de l'humeur.

Le *National Comorbidity Survey – Replication*, un sondage national américain effectué à l'aide d'entrevues auprès de près de 10 000 personnes adultes, a révélé que 55 % de celles qui avaient un trouble de santé mentale n'en avaient qu'un, 22 % avaient 2 diagnostics et 23 % en avaient 3 ou plus (Kessler et coll., 2005). De fortes associations ont été retrouvées entre plusieurs troubles, notamment entre l'agoraphobie et l'anxiété sociale et entre le trouble d'anxiété généralisée et la dépression (Kessler et coll., 2005). Ainsi, ces troubles de santé mentale sont susceptibles de se présenter ensemble. Parmi les participants qui ont rempli les critères pour une dépression majeure au cours de leur vie, près de 60 % remplissaient aussi les critères pour un trouble anxieux ou un trouble apparenté au même moment (Kessler et coll., 2003). Comparativement au reste de la population, les gens qui ont un trouble anxieux ont 5 à 6 fois plus de risque d'être également atteints d'un trouble dépressif (Huppert, 2009).

Considérant ces taux élevés, il est légitime de penser que beaucoup de gens vivent avec des conséquences de la comorbidité. En effet, elle est associée à une augmentation de la sévérité des symptômes et de l'altération du fonctionnement par rapport à ceux qui présentent 1 seul trouble de santé mentale (Angst, Vollrath, Merikangas et Ernst, 1990; Hofmeijer-Sevink et coll., 2012). D'ailleurs, la sévérité des troubles augmentait en fonction de la comorbidité: 9,6 % des répondants avec un diagnostic étaient classés comme ayant des troubles sévères, tandis que 25,5 % de ceux avec 2 diagnostics et 49,9 % de ceux avec 3 diagnostics ou plus l'étaient (Kessler et coll., 2005). La comorbidité a aussi été associée à plus de chronicité, un développement plus précoce des difficultés et plus de dysfonctionnement (Belzer et Schneier, 2004; Hofmeijer-Sevink et coll., 2012). Il semblerait donc que la comorbidité soit associée à des cas plus complexes et sévères.

Dans les dernières décennies, la thérapie cognitive-comportementale (TCC) a largement été démontrée comme étant efficace. Cette approche a reçu de nombreux appuis, et ce, particulièrement pour diminuer les symptômes des troubles anxieux et des troubles dépressifs (Australian Psychological Society, 2018; Katzman et coll., 2014).

Toutefois, les études qui portent sur l'efficacité de la TCC pour traiter le trouble principal en présence de comorbidité(s) sont peu nombreuses (Abramowitz et Landy, 2013; Bauer, Wilansky-Traynor et Rector, 2012; Joormann, Kosfelder et Schulte, 2005).

Une méta-analyse portant sur la TCC et d'autres thérapies a montré une relation négative significative entre la comorbidité et les résultats au traitement chez des patients qui souffrent d'un trouble d'anxiété généralisée (Olatunji, Cisler et Tolin, 2010). De plus, une revue de la littérature a été effectuée sur l'efficacité de la TCC lorsqu'une dépression majeure s'ajoute à un trouble anxieux. Bien que les résultats obtenus varient selon le type de trouble anxieux principal, l'un des constats dégagés est que les participants qui ont un trouble d'anxiété sociale ou un trouble obsessionnel-compulsif, combiné avec des symptômes dépressifs, obtiennent des effets plus limités du traitement du trouble anxieux comparés aux participants qui n'ont pas de symptômes dépressifs (Bauer et coll., 2012). En somme, selon ces 2 revues de la littérature, des études laissent croire que la comorbidité a des effets négatifs sur le traitement spécifique des troubles anxieux et dépressifs. Toutefois, de nombreuses études en sont arrivées à la conclusion que la comorbidité n'avait pas d'effet sur l'efficacité d'une psychothérapie. Bien que la méta-analyse d'Olatunji et coll. (2010) a montré que la comorbidité avait un impact sur le traitement du trouble d'anxiété généralisée, les auteurs ont conclu que la comorbidité n'avait pas d'impact sur le traitement de tous les autres troubles anxieux. De même, tel que mentionné précédemment, la recension de la littérature effectuée par Bauer et coll. (2012) avait pour conclusion qu'une dépression comorbide n'avait pas le même impact sur l'efficacité du traitement du trouble anxieux principal selon quel était ce dernier. Dans cette étude, mis à part pour le trouble d'anxiété sociale et le trouble obsessionnel-compulsif, les symptômes dépressifs n'interféraient pas avec la TCC pour tous les autres troubles investigués. Par exemple, malgré quelques exceptions, les auteurs concluent que la TCC spécifique au trouble panique peut être appliquée avec succès, qu'il y ait présence d'une dépression comorbide ou non (Bauer et coll., 2012).

Il semble donc que la recherche sur l'impact de la comorbidité obtienne des résultats mitigés. La méta-analyse et la recension de la littérature présentées semblent conclure que de façon générale, la comorbidité n'affecte pas significativement l'efficacité de la psychothérapie pour traiter le trouble principal. Cette conclusion tient d'ailleurs compte du nombre et de la qualité des études recensées. Il n'en demeure

pas moins que quelques études rigoureuses ont trouvé des liens significatifs entre la comorbidité et la diminution du succès thérapeutique. Ainsi, il semble difficile d'obtenir un consensus sur le sujet.

Alors que l'effet de la comorbidité sur la thérapie est un sujet encore peu étudié, les études qui abordent l'effet de la psychothérapie pour traiter les troubles comorbides à un trouble principal se font encore plus rares (Ollendick, Jarrett, Grills-Taquechel, Hovey et Wolff, 2008). Toutefois, quelques études portant sur la TCC pour le trouble d'anxiété généralisée, le trouble panique, le trouble d'anxiété sociale, le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble de stress post-traumatique concluent qu'elle est efficace pour diminuer le nombre et la sévérité des troubles comorbides (Bauer et coll., 2012; Borkovec, Abel et Newman, 1995; Brown, Antony et Barlow, 1995; Craske et coll., 2007; Davis, Barlow et Smith, 2010; Newman, Przeworski, Fisher et Borkovec, 2010; Öst, Karlstedt et Widén, 2012; Provencher, Ladouceur et Dugas, 2006; Tsao, Mystkowski, Zucker et Craske, 2002). D'ailleurs, en ce qui concerne le trouble de stress post-traumatique, la revue de littérature de Bauer et ses collaborateurs (2012) conclut qu'il y aurait même une certaine proportion qui se remettrait complètement de la dépression majeure en suivant une TCC spécifique au trouble de stress post-traumatique. Il semblerait donc que, même si la TCC n'a pas d'emblée pour cible les troubles comorbides, traiter efficacement le trouble principal pourrait résulter en une diminution des symptômes des troubles secondaires (Payne, Ellard, Farchione, Fairholme et Barlow, 2014).

En somme, comme les taux de comorbidité sont importants et que celle-ci est habituellement associée à des cas plus complexes et sévères, il est important d'évaluer son effet sur l'efficacité de la TCC ainsi que la capacité de cette psychothérapie à diminuer les symptômes comorbides. Le constat actuel est que relativement peu de recherche a été faite sur le sujet et qu'il n'y a pas de consensus clair qui semble se dégager jusqu'à présent. Cela fait en sorte qu'il est difficile pour les psychothérapeutes de déterminer clairement si, comment et quand la comorbidité doit être ciblée dans leurs interventions. Des études additionnelles sont donc nécessaires pour permettre d'établir des lignes directrices basées sur les données probantes portant sur les façons de maximiser le succès thérapeutique dans ces conditions.

Le 1^{er} objectif de la présente étude est de vérifier si la comorbidité est associée à des symptômes plus sévères chez les personnes. Il est attendu que les personnes ayant au moins un trouble comorbide auront un diagnostic principal ainsi que des symptômes anxieux et dépressifs

plus sévères comparés aux personnes n'ayant pas de trouble comorbide. Il est aussi attendu que les personnes ayant au moins un trouble comorbide auront une moins bonne qualité de vie.

Le 2^e objectif est d'évaluer si la présence de troubles comorbides affecte l'efficacité du traitement du trouble prédominant. Il est attendu que le traitement pour les personnes ayant au moins un trouble comorbide sera moins efficace pour diminuer la sévérité du diagnostic principal. Un sous-objectif est de vérifier si la présence de comorbidité affecte l'atteinte d'un changement cliniquement significatif (CCS). Il est attendu que les personnes ayant au moins une comorbidité atteindront un CCS dans une moins grande proportion que les personnes n'ayant pas de trouble comorbide.

Le 3^e objectif est de vérifier si la TCC permet de diminuer la sévérité des troubles comorbides. Il est attendu que la sévérité des diagnostics comorbides diminue au post-test par rapport au prétest. Un sous-objectif sera de vérifier si le nombre de diagnostics comorbides diminue au post-test par rapport au prétest. Il est attendu que les diagnostics comorbides soient moins nombreux après la thérapie qu'avant celle-ci.

MÉTHODE

Participants. L'échantillon est composé de 293 adultes atteints de troubles de l'humeur, de troubles anxieux ou de troubles apparentés et qui ont consulté un intervenant (septembre 2007 à mai 2018) au Service de consultation de l'École de psychologie (SCEP) de l'Université Laval. Les personnes sont âgées entre 17 et 75 ans ($M = 35$ ans) et sont majoritairement des femmes (73 %). Les diagnostics les plus fréquemment posés sont les suivants : trouble d'anxiété généralisée (20,1 %), dépression majeure (13,9 %), trouble d'anxiété sociale (9,9 %), trouble panique (8,9 %) et phobie spécifique (5,5 %). Pour 40 personnes, le diagnostic est manquant, et ce, pour diverses raisons (un diagnostic n'a pas pu être posé, les informations n'ont pas été saisies par l'intervenant, etc.). Ainsi, l'échantillon utilisé pour effectuer les analyses est constitué de 253 personnes. La comorbidité est retrouvée dans une proportion importante de l'échantillon : 31,2 % des personnes ont plus d'un diagnostic (voir tableau 1).

Procédure. Le SCEP est un milieu universitaire de formation professionnelle à la psychologie clinique. Ainsi, les services sont offerts par des étudiants au doctorat en psychologie de différents niveaux (pratica ou internat) qui sont supervisés par des professeurs de l'École

TABLEAU 1

Caractéristiques sociodémographiques, diagnostiques et cliniques des clients

Variables catégorielles	n	%
Sexe		
Homme	77	26,8
Femme	210	73,2
État civil		
Marié	41	14,3
Conjoint de fait	89	31
Célibataire	133	46,3
Veuf	6	2,1
Séparé ou divorcé	18	6,2
Niveau de scolarité		
Primaire	2	0,7
Secondaire	52	18,1
Collégial	82	28,6
Universitaire	121	42,2
Autres	30	10,5
Occupation		
Emploi	151	52,6
Études	73	25,4
Retraite	21	7,3
Invalidité temporaire	30	10,5
Autres	12	4,2
Diagnosics principaux au temps prétest		
Trouble d'anxiété généralisée	59	20,1
Dépression majeure	41	13,9
Phobie/anxiété sociale	29	9,9
Trouble panique (avec ou sans agoraphobie)	26	8,9
Phobie spécifique	16	5,5
Trouble obsessionnel-compulsif	13	4,4
Trouble de l'adaptation	9	3,1
Trouble anxieux non spécifié	6	2,1
Dysthymie	5	1,7
ESPT	4	1,4
Autres ¹	21	7,2
Troubles sous-cliniques	24	8,2
Manquant	40	13,7
Comorbidité		
Oui	79	31,2
Non	174	68,8
Variables continues	M	ET
Âge	34,8	13,46
Nombre de diagnostics		
Non comorbides	0,87	0,34
Comorbides	2,41	0,61
Nombre de rencontres de thérapie		
Non comorbides	11,08	8,08
Comorbides	12,68	6,76
Tous	11,46	7,69

1. Trouble d'anxiété liée à la maladie, insomnie, trouble somatoforme, trouble bipolaire, trouble dépressif non spécifié, trouble du contrôle des impulsions, trichotillomanie, trouble alimentaire, trouble psychotique.

de psychologie de l'Université Laval (Québec, Canada), membres de l'Ordre des psychologues du Québec. Dans le cadre de cette étude, les services ont été dispensés dans une unité spécialisée dans l'évaluation et le traitement des difficultés psychologiques à partir des principes de base de l'approche cognitive-comportementale auprès d'une clientèle adulte, soit l'Unité de thérapie cognitive-comportementale (UTCC).

Après avoir été référée à l'UTCC pour un motif de consultation conduisant à cette unité (problème relatif à un trouble de l'humeur, un trouble anxieux ou une problématique apparentée), une entrevue de dépistage téléphonique est effectuée. Les personnes qui présentent des symptômes psychotiques ou maniaques non contrôlés, un trouble lié à l'utilisation d'une substance au premier plan ou une condition urgente comme un risque suicidaire élevé sont redirigés vers d'autres ressources plus appropriées pour traiter et prendre en charge ces difficultés. Si les besoins de l'individu correspondent aux services de l'UTCC, une première rencontre d'évaluation est fixée durant laquelle une évaluation globale des difficultés vécues, de la situation de vie actuelle et des antécédents familiaux est effectuée. Une batterie de questionnaires à remplir à la maison est remise au client. Lors de la seconde rencontre, une entrevue diagnostique structurée est effectuée et les questionnaires sont récupérés. Accompagnés par leur superviseur qui a accès aux enregistrements des séances, les thérapeutes posent le(s) diagnostic(s). Une psychothérapie cognitive-comportementale basée sur une analyse fonctionnelle des difficultés du client est par la suite entamée. À l'avant-dernière rencontre de psychothérapie, les questionnaires sont à nouveau remis à la personne et l'entrevue diagnostique est à nouveau effectuée afin de documenter l'évolution des symptômes à la suite du traitement.

Instruments de mesure. L'établissement du diagnostic principal et des diagnostics secondaires se fait à l'aide d'une entrevue semi-structurée, soit le *MINI International Neuropsychiatric Interview 5.0* (M.I.N.I., Sheehan et coll., 1998). Cet instrument permet d'évaluer les principaux troubles de l'Axe I du DSM-IV, incluant les troubles anxieux et de l'humeur. Pour chacun des diagnostics effectués, une cote de sévérité de 0 à 8 est attribuée, 0 étant le moins sévère et 8 le plus sévère. Pour que le diagnostic puisse être porté, un point de rupture à 4 est nécessaire. Il possède une bonne convergence avec le *Structured Clinical Interview for DSM Disorders* (SCID; First, Spitzer, Gibbon et Williams, 1997) pour l'établissement du diagnostic de la majorité des troubles de santé mentale.

Afin d'évaluer les symptômes dépressifs avant et après la psychothérapie, la version francophone du *Beck Depression Inventory II* (BDI-II; Beck, Steer et Brown, 1996, 1998) est utilisée. Ce questionnaire autorapporté comprend 21 items mesurant l'intensité des symptômes dépressifs pour la dernière semaine avec des échelles de type Likert. Les scores obtenus varient de 0 à 63 : absence ou présence minimale de symptômes dépressifs (0 à 13) ; symptômes dépressifs légers (14 à 19) ; symptômes dépressifs modérés (20 à 28) ; symptômes dépressifs sévères (29 ou plus).

Afin d'évaluer les symptômes anxieux avant et après la psychothérapie, la version francophone du *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck, Epstein, Brown et Steer, 1988; Freeston, Ladouceur, Thibodeau, Gagnon et Rhéaume, 1994) est utilisée. Ce questionnaire autorapporté comprend 21 items mesurant l'intensité des symptômes somatiques de l'anxiété pour la dernière semaine avec des échelles de type Likert. Les scores obtenus varient de 0 à 63 : absence ou présence minimale de symptômes anxieux (0 à 7) ; symptômes anxieux légers (8 à 15) ; symptômes anxieux modérés (16 à 25) ; symptômes anxieux sévères (26 ou plus).

Afin d'évaluer la qualité de vie avant et après la psychothérapie, la version francophone validée du *WHOQOL-BREF* est utilisée (Baumann, Erpelding, Régat, Collin et Briançon, 2010). Ce questionnaire autorapporté comprend 26 items mesurant la santé physique, la santé psychologique, les relations sociales et l'environnement à l'aide d'échelles de type Likert. Les scores sont sous forme de percentiles et comparés à des normes. La cohérence interne de chaque sous-échelle est généralement bonne ($\alpha = .74$, $\alpha = .59$, $\alpha = .62$ et $\alpha = .80$).

RÉSULTATS

Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SAS 9.4 et le niveau de signification a été établi à .05. Des analyses descriptives ont été effectuées afin de décrire l'échantillon (voir tableau 1). Afin de comparer le profil des personnes ayant au moins un trouble comorbide à ceux qui n'en ont pas au prétest, des tests *t* pour échantillons indépendants ont été effectués (voir tableau 2). Les 2 deux groupes ont été comparés sur leurs scores au prétest sur différentes mesures (sévérité du diagnostic principal, BAI, BDI-II et WHOQOL). Toutefois, en ce qui concerne la sévérité du diagnostic principal, un test non paramétrique a été utilisé, soit le test de Wilcoxon.

TABLEAU 2

Comparaisons entre les groupes au prétest

Variables	Groupes				
	Clients sans trouble comorbide		Clients avec trouble(s) comorbide(s)		<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M(ET)</i>	<i>n</i>	<i>M(ET)</i>	
BAI	169	15,35 (10,27)	78	21,28 (10,96)	< .0001*
BDI-II	170	18,26 (10,29)	79	22,79 (11,11)	.002*
WHOQOL					
Santé psychologique	156	51,88 (16,35)	66	41,94 (17,18)	< .0001*
WHOQOL					
Santé physique	156	56,58 (18,92)	66	51,55 (17,38)	.065
WHOQOL					
Relations sociales	156	56,99 (20,49)	66	50,86 (22,79)	.052
WHOQOL					
Environnement	156	70,00 (16,86)	66	65,26 (16,36)	.055
Sévérité Dx principal	161	4,25 (2,32)	77	5,12 (1,35)	.040*

* $p < .05$

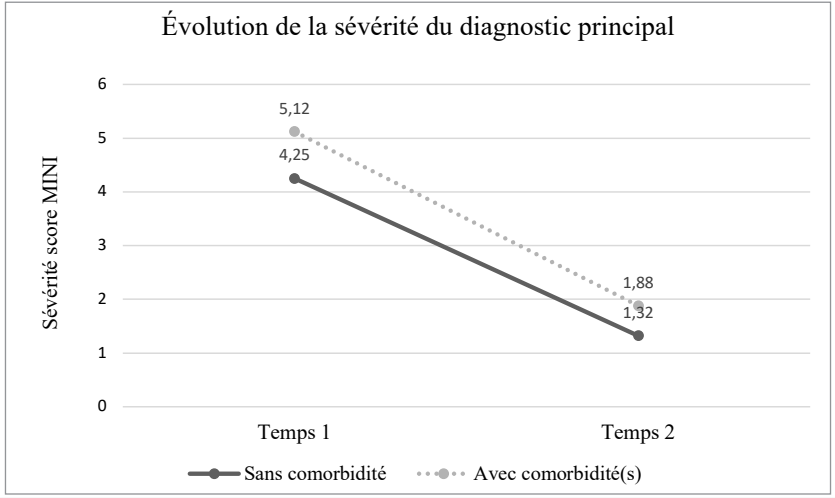
Les résultats révèlent que les personnes avec au moins un trouble comorbide ont un diagnostic principal significativement plus sévère ($M = 5,12$; $\acute{E}T = 1,35$) que les personnes qui n'ont pas de trouble comorbide ($M = 4,25$; $\acute{E}T = 2,32$) au temps prétest ($z = 2,05$, $p < .05$). Ils ont aussi des symptômes anxieux ($M = 21,8$; $\acute{E}T = 10,96$) ($t[245] = -4,14$, $p < .0001$) et des symptômes dépressifs ($M = 22,79$; $\acute{E}T = 11,11$) ($t[247] = -3,16$, $p < .01$) significativement plus sévères comparés aux personnes sans troubles comorbides ($M = 15,35$; $\acute{E}T = 10,27$ et $M = 18,26$; $\acute{E}T = 10,29$). En ce qui concerne le WHOQOL, seule la sous-échelle sur la santé psychologique ressort comme étant significative ($t[220] = 4,08$, $p < .05$). Les personnes ayant au moins un trouble comorbide seraient donc significativement moins satisfaites de leur santé psychologique ($M = 41,94$; $\acute{E}T = 17,18$) que les personnes qui n'ont pas de trouble comorbide ($M = 51,88$; $\acute{E}T = 16,35$) au prétest. Il n'y a toutefois pas de différence significative entre les 2 groupes sur les autres dimensions (voir le tableau 2).

Ensuite, afin de vérifier si l'efficacité de la thérapie diffère pour traiter le trouble principal entre les personnes qui ont au moins un trouble comorbide et les personnes qui n'en ont pas, les 2 groupes ont été comparés sur 2 variables: l'atteinte d'un changement cliniquement significatif et la sévérité du score clinique du M.I.N.I. En ce qui concerne la sévérité du score clinique du M.I.N.I., une ANOVA

à 2 facteurs (comorbidité [absence-présence] et temps [pré-post]) à mesures répétées (temps) a été effectuée. Les résultats révèlent que l'interaction entre la comorbidité et le temps de mesure n'est pas significative ($F[1, 223] = 1,28, p = .25$). Cela signifie que l'effet de la thérapie est comparable pour les 2 groupes pour diminuer la sévérité du diagnostic principal. Toutefois, les effets principaux du temps ($F[1, 223] = 255,87, p < .01$) et de la comorbidité ($F[1, 247] = 6,54, p < .05$) sont significatifs. Cela signifie donc que, peu importe le temps, la différence entre les personnes avec au moins 1 trouble comorbide et les personnes qui n'en ont pas est significative et que, peu importe le statut de comorbidité, la diminution entre le prétest et le post-test est significative. Les personnes qui ont au moins un trouble comorbide ont en moyenne un diagnostic principal plus sévère que les personnes qui n'ont pas de trouble comorbide, et ce, autant avant qu'après la thérapie (voir figure 1).

Afin de mesurer le changement cliniquement significatif (CCS), l'indice C de Jacobson et Truax (1991) ainsi que le *Reliable Change Index* (RCI) ont été utilisés. Le RCI est un score standardisé qui permet de mesurer le changement. Il permet d'identifier si le changement dans les scores à l'entrevue est cliniquement significatif. Tel que proposé par

FIGURE 1
Évolution de la sévérité du diagnostic principal entre le prétest et le post-test en fonction de la présence ou non de troubles comorbides.



Öst et coll. (2012), un changement d'au moins 2 points sur la cote de sévérité du M.I.N.I. est nécessaire pour obtenir un changement cliniquement significatif (RCI significatif). L'indice C est un point de rupture qui suggère qu'il est plus probable que la personne se retrouve près d'une distribution normale que d'une distribution clinique. Ce point de rupture est fixé à 3 et moins au M.I.N.I. En combinant l'indice C et le RCI, il est possible de classer les clients en 4 catégories : ceux qui se sont détériorés (RCI indique une aggravation) ; ceux pour qui aucun changement significatif n'a été observé (RCI n'indique pas d'aggravation ou d'amélioration) ; ceux qui ont obtenu un changement cliniquement significatif (RCI indique une amélioration) ; ceux qui se sont rétablis (RCI indique une amélioration et point de rupture franchi). Afin de vérifier s'il existe un lien entre la comorbidité et l'atteinte d'un CCS, un test de Fisher a été réalisé (tableau 3). Les résultats révèlent qu'il n'y a pas d'association entre la présence de comorbidité et la répartition dans les catégories de changement cliniquement significatif ($p = .40$).

Finalement, afin de vérifier si une différence statistiquement significative existe entre le prétest et le post-test sur la sévérité du score au M.I.N.I. pour les diagnostics comorbides, c'est-à-dire si la TCC est efficace pour traiter les troubles comorbides, une ANOVA à mesures répétées a été effectuée. Les résultats révèlent un effet significatif du temps ($F[1, 66,6] = 56,68, p < .01$). La sévérité moyenne des diagnostics comorbides diminue donc significativement du prétest ($M = 3,57; \acute{E}T = 0,23$) au post-test ($M = 1,75; \acute{E}T = 0,26$). De plus, afin de vérifier si le nombre de diagnostics comorbides diminue au post-test par rapport au prétest, un modèle linéaire généralisé de poisson à un facteur (temps)

TABLEAU 3

Nombre de clients (et pourcentage) ayant atteint un niveau de changement cliniquement significatif (CCS) au post-test en fonction de la présence ou non de troubles comorbides

Variable	Comorbidité	Détériorés (%)	Aucun changement (%)	Rétablies ¹ (%)	Total	p^2
CCS	Sans	2 (1,9)	48 (44,9)	57 (53,3)	107	.40
	Avec	0 (0)	18 (36,7)	31 (63,3)	49	
	Total	2	66	88	156	

¹Atteinte du CCS et du point de rupture. Il est à noter qu'aucun client n'a atteint un CCS sans atteindre également le point de rupture.

²Association entre l'atteinte d'un CCS et la comorbidité. $p < .05$.

à mesures répétées a été effectué. Les résultats révèlent encore une fois un effet significatif du temps ($F[1, 83,43] = 57,44, p < .01$). Le nombre de diagnostics diminue donc du prétest ($M = 2,41$; $ET = 0,61$) au post-test ($M = 1,29$; $ET = 1,13$).

DISCUSSION

Le but de la présente étude était d'étudier l'influence de la comorbidité chez des personnes ayant des troubles anxieux, dépressifs ou apparentés. Le 1^{er} objectif était de vérifier si la comorbidité est associée à un profil plus sévère chez les personnes. Bien qu'il y ait des exceptions, l'hypothèse est majoritairement confirmée. En effet, les personnes qui ont des troubles comorbides ont obtenu des scores plus sévères que les personnes qui n'en ont pas en ce qui concerne les symptômes anxieux et dépressifs, la sévérité du trouble principal ainsi qu'une dimension de la qualité de vie, soit la santé psychologique. Les autres aspects de la qualité de vie mesurés ne diffèrent toutefois pas entre les 2 groupes. Il demeure que dans l'ensemble, la comorbidité semble être associée à un profil plus sévère, surtout sur le plan psychologique. Ces résultats sont cohérents avec la littérature qui suggère des liens entre la comorbidité et des facteurs aggravants supplémentaires, dont une augmentation de la sévérité des symptômes, de l'altération du fonctionnement, de la chronicité et du risque suicidaire (Angst et coll., 1990; Belzer et Schneier, 2004; Hofmeijer-Sevink et coll., 2012; Nepon, Belik, Bolton et Sareen, 2010; Weissman, 1995). Il est également intéressant de souligner que, même si les 2 groupes ont bénéficié de la thérapie, après celle-ci, les individus qui ont des comorbidités avaient tout de même un trouble principal qui était toujours plus sévère comparés aux individus qui n'ont pas de trouble comorbide. Il semble ainsi que le fait d'être atteint de plusieurs troubles de santé mentale complexifie le portrait clinique.

Le 2^e objectif était de vérifier si la comorbidité affecte l'efficacité du traitement du trouble principal. Contrairement à l'hypothèse posée, l'effet de la thérapie pour diminuer la sévérité du trouble principal est le même pour les 2 groupes et il n'y a pas de lien entre l'obtention d'un changement cliniquement significatif et la comorbidité. Ainsi, il semble que la présence de comorbidité n'affecte pas le traitement du trouble principal dans le cadre de cette étude. Toutefois, il est pertinent de préciser que les 2 groupes ne sont pas égaux au post-test. En effet, les personnes qui présentent au moins 1 trouble comorbide terminent la thérapie avec un diagnostic principal en moyenne plus sévère que les

personnes qui ne présentent pas de trouble comorbide. Bien que cette différence soit de petite ampleur, elle est statistiquement significative. Cependant, dans les deux cas, la sévérité du trouble principal est nettement sous-clinique au post-test. Ces résultats sont donc partiellement concordants avec la littérature.

En effet, plusieurs études rapportent des résultats satisfaisants de la thérapie pour diminuer les symptômes des troubles principaux malgré la présence de comorbidité. Les méta-analyses et les recensions de la littérature semblent conclure que de façon générale, la comorbidité n'affecte pas l'issue du traitement (Bauer et coll., 2012 ; Olatunji et coll., 2010). Toutefois, il demeure que l'efficacité obtenue varie d'une étude à l'autre et que de nombreuses autres études rapportent des liens importants entre la comorbidité et la diminution du succès thérapeutique (Abramowitz, Franklin, Street, Kozak et Foa, 2000 ; Ledley et coll., 2005). Il semblerait que même si le portrait clinique est complexifié par la présence de comorbidité, le traitement du trouble principal demeure aussi bénéfique qu'en l'absence de comorbidité.

Le 3^e objectif était de vérifier si la thérapie est efficace pour traiter les troubles comorbides. L'hypothèse est confirmée. En effet, les résultats révèlent que le nombre et la sévérité des troubles comorbides diminuent significativement suite à la thérapie. Il semble donc que même si la thérapie n'a pas d'emblée pour cible les troubles comorbides, elle permet une amélioration clinique significative de ceux-ci. Bien que la littérature à ce sujet soit plutôt limitée, les résultats sont concordants avec cette dernière. Des études portant sur le traitement du trouble principal, comme le trouble panique et le trouble d'anxiété généralisée, concluent que la TCC est efficace pour traiter les troubles comorbides, même s'ils ne sont pas spécifiquement visés (Bauer et coll., 2012 ; Craske et coll., 2007 ; Davis et coll., 2010 ; Newman et coll., 2010 ; Öst et coll., 2012 ; Provencher et coll., 2006). Certains suggèrent donc que de traiter le trouble principal adéquatement pourrait résulter en une diminution des symptômes des troubles secondaires (Payne et coll., 2014).

Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour tenter d'expliquer les résultats observés. Il est d'abord possible que la flexibilité, c'est-à-dire basée sur l'analyse fonctionnelle, des thérapies prodiguées à l'UTCC aient permis de cibler les troubles comorbides. Le protocole d'évaluation rigoureux permet d'établir quel est le trouble prédominant et les plans de traitement sont généralement développés en fonction de celui-ci. Toutefois, l'analyse fonctionnelle approfondie permet également

de considérer d'autres éléments, comme les troubles secondaires, et d'adapter le traitement selon une formulation de cas individualisée (Persons, 2012). Ainsi, sans avoir nécessairement suivi un protocole manualisé pour chacune des comorbidités, il est probable que certaines problématiques aient brièvement été ciblées.

Une autre hypothèse pour expliquer que les troubles comorbides se résorbent en traitant le trouble principal est que la thérapie puisse agir sur des mécanismes communs à l'ensemble des troubles anxieux, de l'humeur et apparentés. En effet, de nombreux chercheurs croient que ces troubles émotionnels sont en fait de simples variations dans la façon de manifester une même affection sous-jacente. Cette entité est souvent appelée l'affect négatif et peut se définir comme un tempérament ou un trait inné qui augmente la propension à vivre des émotions négatives (Norton et Philipp, 2008; Brown, Chorpita et Barlow, 1998). Il est ainsi possible que la thérapie agisse en réalité sur l'affect négatif, ce qui expliquerait la généralisation de ses effets aux différents troubles des individus. En effet, il est probable que la thérapie cible des facteurs de développement et de maintien communs aux troubles.

Dans cette perspective, il existerait des processus transdiagnostiques aux troubles émotionnels, tels que des stratégies d'adaptation ou des façons de gérer les émotions plus dysfonctionnelles (Harvey, Watkins, Mansell et Shafran, 2004). Il est notamment question d'évitement comportemental et cognitif et de rumination. Des processus de raisonnement, d'attention et de mémoire pourraient aussi être impliqués et expliquer que des distorsions cognitives soient souvent retrouvées à travers l'ensemble des troubles émotionnels (Bird, Mansell, Dickens et Tai, 2013; Harvey et coll., 2004; Mansell, Harvey, Watkins et Shafran, 2009; Moses et Barlow, 2006). Les processus transdiagnostiques pourraient donc maintenir plus d'un trouble à la fois (Harvey et coll., 2004). Ainsi, selon cette hypothèse, la thérapie pourrait intervenir sur des éléments communs et traiter plusieurs troubles simultanément. Une étude récente démontre d'ailleurs qu'un traitement transdiagnostique ciblant plusieurs troubles anxieux est efficace pour diminuer le nombre de diagnostics comorbides (Norton, Provencher, Kilby et Roberge, 2021), mais selon une autre étude, les traitements ciblant un diagnostic spécifique ont une efficacité comparable au traitement transdiagnostique sur la comorbidité (Steele et coll., 2018). Dans la présente étude, les hypothèses soulevées pour expliquer que les comorbidités se soient résorbées à la suite du traitement peuvent potentiellement coexister et pourraient également expliquer

pourquoi la présence de troubles comorbides n'affecte pas le traitement du trouble principal.

Sur le plan clinique, les résultats de cette étude ont plusieurs implications. D'abord, comme la comorbidité est associée à un profil clinique plus sévère, il est pertinent d'en tenir compte et d'en rechercher les conséquences potentielles. En effet, tel que mentionné précédemment, les personnes qui présentent au moins 1 trouble comorbide ont en moyenne un diagnostic principal plus sévère que les personnes qui ne présentent pas de trouble comorbide, et ce, autant avant qu'après la thérapie. Ainsi, même si les personnes qui ont une comorbidité bénéficient de la thérapie, elles semblent davantage souffrir de symptômes résiduels. Comme les symptômes résiduels ont été associés à un risque accru de rechute (Bech, Lonn et Overo, 2010; Conradi, Ormel et de Jonge, 2011; Paykel, 2008), il pourrait être pertinent d'adapter le suivi, par exemple en le prolongeant de quelques rencontres lorsque nécessaire ou en effectuant des rencontres post-suivi. Cette suggestion clinique devrait par contre être évaluée dans des études rigoureuses futures.

Il ne semble toutefois pas nécessaire d'apporter des adaptations majeures à la thérapie lorsque la comorbidité est impliquée, puisqu'à la fois le trouble principal et les troubles secondaires ont obtenu une amélioration clinique, et ce, en ciblant principalement le trouble prédominant. Comme c'est souvent le cas dans les milieux naturels, il est difficile de connaître les détails exacts des thérapies prodiguées à l'UTCC, mais chose certaine, il est très peu probable que des protocoles manualisés entiers spécifiques à chacun des troubles aient été appliqués pour chacun des clients. Pourtant, le nombre et la sévérité des troubles comorbides ont significativement diminué au post-test. Ainsi, il est possible de penser qu'il soit judicieux de cibler le trouble principal malgré la présence de comorbidité, mais en ayant recours à une utilisation flexible des manuels de traitement. Plusieurs études démontrent d'ailleurs qu'une utilisation flexible du contenu découlant des manuels de traitement produit des effets comparables, voire supérieurs dans certains cas, à une adhésion stricte aux manuels (Truijens, Zühlke-van Hulzen et Vanheule, 2019).

La principale limite de cette étude est que l'effet de la comorbidité n'a pas été étudié en fonction du trouble principal, du trouble secondaire ou des différentes combinaisons possibles. En effet, tous les troubles prédominants ont été regroupés pour étudier le diagnostic principal. Ainsi, il est possible que les résultats diffèrent selon certains

troubles sans que cela n'ait pu être décelé. Comme le traitement de certains troubles en particulier est ressorti comme étant moins efficace en présence de comorbidité dans certaines études, il est plausible que des différences auraient pu être retrouvées. Un échantillon plus grand aurait permis d'étudier la comorbidité sous cet angle en ayant une puissance statistique adéquate. D'un autre côté, la taille de l'échantillon représente une force de l'étude en soi avec ses 293 participants recrutés en milieu naturel.

Une autre limite de cette étude est en lien avec la validité interne. D'abord, il est difficile de connaître les détails exacts du contenu des thérapies effectuées à l'UTCC. Il est possible que les thérapies soient plus variées que ce qui est présumé, par exemple qu'il y ait des suivis plus manualisés alors que d'autres le sont moins. L'inverse est également possible : il se peut que les thérapies soient en fait très homogènes. De plus, certains facteurs limitent l'attribution du changement à la thérapie, dont l'absence de groupe contrôle, le fait que la prise de médication n'ait pas été contrôlée et le fait que les troubles de la personnalité n'aient pas été systématiquement évalués. De surcroît, les effets n'ont pas été mesurés dans un second temps de mesure après la thérapie, il n'est donc pas possible de savoir si les effets seraient maintenus dans le temps. Aussi, certains troubles sont moins bien représentés, notamment l'état de stress post-traumatique, ce qui limite la généralisabilité des résultats pour ceux-ci. Les conclusions tirées sur les implications cliniques sont donc à prendre avec précaution.

Finalement, la façon de mesurer la sévérité du diagnostic principal limite aussi la validité interne. En effet, le M.I.N.I. possède un bon accord interjuge et une bonne fidélité test-retest (Sheehan et coll., 1998), mais il demeure que les thérapeutes sont eux-mêmes les évaluateurs post-traitement, ce qui rend la mesure moins objective. Ils sont notamment sujets au biais de confirmation d'hypothèse, s'attendant à ce que la thérapie soit efficace. De plus, bien que les thérapeutes soient des étudiants qui bénéficient de supervision pour poser les diagnostics, il n'y a pas eu d'accords interjuges avec un 2^e clinicien indépendant. D'un autre côté, la validité externe est une force de cette étude. En effet, de nombreuses caractéristiques de l'UTCC s'apparentent à celles d'un milieu clinique en milieu naturel. Par exemple, les individus consultent un intervenant sur une base volontaire, ils présentent des caractéristiques variées, les intervenants ont une certaine liberté sur les modalités du traitement, etc. Ainsi, les résultats de cette étude sont plus facilement généralisables à la pratique clinique en contexte réel.

En conclusion, cette étude suggère que la comorbidité aggrave le portrait clinique, mais que cela ne nuit pas à l'efficacité de la TCC pour traiter le trouble principal. De surcroît, les troubles comorbides tendent également à bénéficier de la thérapie. Il est ainsi recommandé de cibler le trouble principal malgré la présence de comorbidité. Bauer et coll. (2012) en sont d'ailleurs arrivés à des conclusions similaires : ils suggèrent de continuer à utiliser les protocoles spécifiques recommandés dans les lignes directrices tant qu'il n'y aura pas d'évidences qui démontrent qu'une approche alternative serait plus efficace pour tenir compte de la comorbidité. Il faut cependant tenir compte des limites de l'étude. À cet égard, davantage d'études seront nécessaires, surtout en étudiant la comorbidité par trouble principal et par combinaisons avec certains troubles comorbides. Si la recherche démontre clairement que la thérapie est en effet plus susceptible d'être influencée par la présence de comorbidité pour certains troubles de santé mentale et que les individus atteints de ces troubles bénéficieront moins des thérapies standards, il pourrait devenir pertinent d'effectuer certaines adaptations. Des recherches supplémentaires seront alors nécessaires pour statuer sur les modifications à adopter dans ces situations. Pour l'instant, la littérature actuelle et cette étude suggèrent de continuer à cibler le trouble principal, qu'il y ait présence de comorbidité ou non.

RÉFÉRENCES

- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Street, G., Kozak, M. et Foa, E. B. (2000). Effects of comorbid depression on response to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 31, 517-528. doi:10.1016/S0005-7894(00)80028-3
- Abramowitz, J. S. et Landy, L. (2013). Comorbid depression. Dans E. Storch et D. McKay (dir.), *Handbook of Treating Variants and Complications in Anxiety Disorder* (p. 243-254). Springer.
- Angst, J., Vollrath, M., Merikangas, K. R. et Ernst, C. (1990). Comorbidity of anxiety and depression in the Zurich Cohort Study of Young Adults. Dans J. D. Maser et C. R. Cloninger (dir.), *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders* (p.123-137). American Psychiatric Press.
- Ansseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M. et Vander Mijnsbrugge, D. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 78(1), 49-55. doi:10.1016/S0165-0327(02)00219-7
- Australian Psychological Society. (2018). Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: A review of the literature (4th ed.). Récupéré sur : <https://psychology.org.au/psychology/advocacy/position-papers-discussion-papers-and-reviews/psychological-interventions-mental-disorders>

- Bauer, I., Wilansky-Traynor, P. et Rector, N. A. (2012). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders with comorbid depression: A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(2), 118-156. doi:10.1521/ijct.2012.5.2.118
- Baumann, C., Erpelding, M. L., Régat, S., Collin, J. F. et Briançon, S. (2010). The WHOQOL-BREF questionnaire: French adult population norms for the physical health, psychological health and social relationship dimensions. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58(1), 33-39. doi:10.1016/j.respe.2009.10.009
- Bech, P., Lonn, S. L. et Overo, K. F. (2010). Relapse prevention and residual symptoms: a closer analysis of placebo-controlled continuation studies with escitalopram in major depressive disorder, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(2), 121-129. doi:10.4088/JCP.08m04749blu
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. et Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. doi:10.1037/0022-006X.56.6.893
- Beck, A. T., Steer, R. A. et Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory – II*. Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A. et Brown, G. K. (1998). *Inventaire de dépression de Beck* (2e édition; BDI-II). Les Éditions du Centre de psychologie appliquée.
- Belzer, K. et Schneier, F. R. (2004). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: Issues in conceptualization, assessment, and treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(5), 296-306. doi:10.1097/00131746-200409000-00003
- Bird, T., Mansell, W., Dickens, C. et Tai, S. (2013). Is there a core process across depression and anxiety? *Cognitive Therapy and Research*, 37, 307-323. doi:10.1007/s10608-012-9475-2
- Borkovec, T. D., Abel, J. L. et Newman, H. (1995). Effects of psychotherapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 479-483. doi:0022-006X/95/S3.00
- Brown, T. A., Antony, M. M. et Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 408-418. doi:0022-006X/95/S3.00
- Brown, T. A., Chorpita, B. F. et Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 179-192.
- Conradi, H. J., Ormel, J. et de Jonge, P. (2011). Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study. *Psychological Medicine*, 41, 1165-1174. doi:10.1017/S0033291710001911
- Craske, M. G., Farchione, T., Allen, L., Barrios, V., Stoyanova, M. et Rose, R. (2007). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1095-1109. doi:10.1016/j.brat.2006.09.006
- Davis, L., Barlow, D. H. et Smith, L. (2010). Comorbidity and the treatment of principal anxiety disorders in a naturalistic sample. *Behavior Therapy*, 41(3), 296-305. doi:10.1016/j.beth.2009.09.002

- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. et Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID)*. American Psychiatric Press.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F. et Rhéaume, J. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck: Propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale*, 20(1), 47-55. ISSN: 00137006
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W. et Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press.
- Hofmeijer-Sevink, M. K., Batelaan, N. M., van Megen, H., Penninx, B. W., Cath, D. C., van den Hout, M. A. et van Balkom, A. (2012). Clinical relevance of comorbidity in anxiety disorders: A report from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 137(1-3), 106-112. doi:10.1016/j.jad.2011.12.008
- Huppert, J. D. (2009). Anxiety disorders and depression comorbidity. Dans M. M. Antony et M. B. Stein (dir.), *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders* (p. 576-586). Oxford University Press.
- Jacobson, N. S. et Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. doi:10.1037/0022-006X.59.1.12
- Joormann, J., Kosfelder, J. et Schulte, D. (2005). The impact of comorbidity of depression on the course of anxiety treatments. *Cognitive Therapy and Research*, 29(5), 569-591. doi:10.1007/s10608-005-3340-5
- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K. et Van Ameringen, M. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14(Supp.1), S1. doi: 10.1186/1471-244X-14-S1-S1
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, ... Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3095-3105. doi:10.1001/jama.289.23.3095.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. et Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617
- Knoll, A. D. et MacLennan, R. N. (2017). Prevalence and correlates of depression in Canada: Findings from the Canadian Community Health Survey. *Canadian Psychology*, 58(2), 116-123. doi:10.1037/cap0000103
- Ledley, D. R., Huppert, J. D., Foa, E. B., Davidson, J. R. T., Keefe, F. J. et Potts, N. (2005). Impact of depressive symptoms on the treatment of generalized social anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 22, 161-167. doi:10.1002/da.20121
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. et Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 6-19. doi:10.1891/0889-8391.23.1.6
- Mergl, R., Seidscheck, I., Allgaier, A. K., Moller, H. J., Hegerl, U. et Henkel, V. (2007). Depressive, anxiety and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. *Depression and Anxiety*, 24(3), 185-195. doi:10.1002/da.20192

- Moses, E. B. et Barlow, D. H. (2006). A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Current Directions in Psychological Science*, 15(3), 146-150. doi:10.1111/j.0963-7214.2006.00425.x
- Nepon, J., Belik, S. I., Bolton J. et Sareen, J. (2010). The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depression and Anxiety*, 27(9), 791-798. doi:10.1002/da.20674
- Newman, M. G., Przeworski, A., Fisher, A. J. et Borkovec, T. D. (2010). Diagnostic comorbidity in generalized anxiety disorder: Impact of comorbidity on psychotherapy outcome and impact of psychotherapy on comorbid diagnoses. *Behavior Therapy*, 41(1), 59-72. doi:10.1016/j.beth.2008.12.005
- Norton, P. J. et Philipp, L. M. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 45(2), 214-226. doi:10.1037/0033-3204.45.2.214
- Norton, P. J., Provencher, M. D., Kilby, C. J. et Roberge, P. (2021). Impact of group transdiagnostic cognitive-behaviour therapy for anxiety disorders on comorbid diagnoses: Results from a pragmatic randomized clinical trial in primary care. *Depression & Anxiety*, 38, 749-756. doi:10.1002/da.23184
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M. et Tolin, D. F. (2010). A meta-analysis of the influence of comorbidity on treatment outcome in the anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 30, 642-654. doi:10.1016/j.cpr.2010.04.008
- Ollendick, T. H., Jarrett, M. A., Grills-Taquechel, A. E., Hovey, L. D. et Wolff, J. C. (2008). Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clinical Psychology Review*, 28, 1447-1471. doi:10.1016/j.cpr.2008.09.003
- Öst, L. G., Karlstedt, A. et Widén, S. (2012). The effects of cognitive behavior therapy delivered by students in a psychologist training program: An effectiveness study. *Behavior Therapy*, 43, 160-173. doi:10.1016/j.beth.2011.05.001
- Patten, S. B., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H., Wang, J. L., McDonald, K. et Bulloch, A. G. M. (2015). Descriptive epidemiology of major depressive disorder in Canada in 2012. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(1), 23-30. doi:10.1177/070674371506000106
- Paykel, E. S. (2008). Partial remission, residual symptoms, and relapse in depression. *Dialogues in clinical neuroscience*, 10(4), 431-437. ISSN: 12 948 322
- Payne, L. A., Ellard, K. K., Farchione, T. J., Fairholme, C. P. et Barlow, D. H. (2014). Emotional disorders: A unified transdiagnostic protocol. Dans D. H. Barlow (dir.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A step-by-step treatment manual* (5 éd., p. 237-274). The Guilford Press.
- Persons, J. B. (2012). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. Guilford.
- Provencher, M. D., Ladouceur, R. et Dugas, M. J. (2006). La comorbidité dans le trouble d'anxiété généralisée: prévalence et évolution suite à une thérapie cognitivo-comportementale. *Revue canadienne de psychiatrie*, 51(2), 91-99. doi:10.1177/070674370605100205
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Campayo, J. et Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119, 52-58. doi:10.1016/j.jad.2009.03.014

- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Lujan, L., Fernandez, A., ... Haro, J. M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 201-210. doi:10.1007/s00127-009-0056-y
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33. ISSN: 01606689
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P. et Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 100-113.
- Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S. et Barlow, D. H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 211-216. Doi:10.1016/j.jpsychires.2018.08.005
- Truijens, F., Zühlke-van Hulzen, L. et Vanheule, S. (2019). To manualize, or not to manualize: Is that still the question? A systematic review of empirical evidence for manual superiority in psychological treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 75, 329-343. doi:10.1002/jclp.22712
- Tsao, J. C. I., Mystrowski, J. L., Zucker, B. G. et Craske, M. G. (2002). Effects of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbid conditions: replication and extension. *Behavior Therapy*, 33, 493-509. doi:10.1016/S0005-7894(02)80013-2
- Weissman, M. M. (1995). Comorbidity and suicide risk. *British Journal of Psychiatry*, 167, 819-820. ISSN: 00071250.

Processus d'élaboration de la nouvelle Stratégie québécoise numérique en prévention du suicide : Suicide.ca

Julie Lane^a

Louis-Philippe Côté^b

Jérôme Gaudreault^c

Luc Massicotte^d

Luiza Maria Manceau^e

Réal Labelle^f

Cécile Bardon^g

Jeanne Bazinet^h

Jessica Rassyⁱ

Mélanie Rembert^j

-
- a. Professeure adjointe du Département d'études sur l'adaptation scolaire et sociale-Université de Sherbrooke- Directrice du Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale de l'Université de Sherbrooke.
 - b. Candidat au doctorat du Département de psychologie - Université du Québec à Montréal.
 - c. Directeur général- Association québécoise de prévention du suicide.
 - d. Conseiller à la stratégie numérique en prévention du suicide- Association québécoise de prévention du suicide.
 - e. Professionnelle de recherche - Université de Sherbrooke.
 - f. Professeur titulaire du Département de psychologie - Université du Québec à Montréal- Directeur, Centre de services psychologiques- Université du Québec à Montréal.
 - g. Professeure associée du Département de psychologie - Université du Québec à Montréal- Chercheure au Centre de Recherche et Intervention sur le Suicide et l'Euthanasie.
 - h. Agente de programmation, de développement et de recherche à l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
 - i. Professeure agrégée à l'École des sciences infirmières -Université de Sherbrooke.
 - j. Conseillère en éthique et responsabilité à la Stratégie numérique- Association québécoise de prévention du suicide.

RÉSUMÉ Au Québec, près de 3 personnes s'enlèvent la vie chaque jour, et ce, même si l'on observe une baisse depuis les années 2000. Plusieurs acteurs institutionnels et communautaires sont engagés dans la prévention du suicide et plusieurs initiatives ont permis de contribuer à la réduction des taux de suicide. Malgré le travail intense, des efforts supplémentaires sont nécessaires afin d'intensifier l'offre de services et l'accès aux ressources et mieux rejoindre les personnes vulnérables au suicide non rejointes par les services actuels. Depuis de nombreuses années, plusieurs pays ont mis en place des technologies numériques pour mieux atteindre ces personnes. Au Québec, un certain retard dans l'utilisation des technologies numériques en prévention du suicide était observé. C'est dans ce contexte que le ministère de la Santé et des Services sociaux a mandaté l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) pour développer une Stratégie numérique en prévention du suicide (SNPS). Dès le début des travaux, l'AQPS a souhaité ancrer le développement de la SNPS dans un processus de prise de décisions fondée sur des preuves scientifiques, contextuelles et expérientielles. Un processus, issu de la science de l'implantation, a ainsi été mis en place afin d'actualiser cette intention. La science de l'implantation est définie comme la science favorisant la mise en œuvre de programmes en contexte réel. Elle est reconnue comme contribuant au succès de l'implantation de nouveaux programmes tout en favorisant une évaluation rigoureuse de leurs impacts et retombées.

Objectifs Cet article vise à : 1) présenter le processus qui a été mis en place pour faciliter l'élaboration, l'implantation et l'évaluation de la SNPS ; 2) décrire le modèle d'action ainsi que la SNPS.

Méthodologie Le cadre de référence *Knowledge to action* (KTA) est au cœur de la conception, de l'implantation et de l'évaluation de la SNPS. Ce cadre propose un processus cyclique en 7 phases itératives qui comportent chacune des aspects méthodologiques et des collectes de données.

Résultats La section résultats illustre les actions concrètes réalisées pour chacune des phases du processus KTA et les faits saillants qui se dégagent de l'analyse des données collectées. Cette section présente également la SNPS.

Conclusion Les conditions optimales pour favoriser l'implantation de la SNPS, son utilisation et sa pérennisation ont été mises en place. L'implantation en cours et l'évaluation d'implantation et des retombées de cette dernière permettront d'apprécier la capacité de la SNPS à atteindre ses principales finalités : informer à propos du suicide, repérer les personnes suicidaires, augmenter la visibilité de certaines ressources et offrir de l'aide aux personnes suicidaires qui répondent moins bien aux ressources traditionnelles.

MOTS CLÉS prévention du suicide, stratégie numérique, technologie numérique, services numériques, cybersanté mentale, science de l'implantation

The Development Process of the New Quebec Digital Suicide Prevention Strategy: Suicide.ca

ABSTRACT In Quebec, nearly 3 persons still take their own lives every day, even though this number has been declining since 2000. Several institutional and community actors are involved in suicide prevention and several initiatives have contributed to the reduction of suicide rates. Despite this hard work, additional efforts are needed to intensify service offers and resource access to better reach people at risk of suicide not reached by actual services. For many years, several countries have been implementing digital technologies to reach them. In Quebec, there were delays in adoption of digital technologies for suicide prevention. In this context, the Health and Social services Ministry mandated Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) to develop a Digital Strategy for Suicide Prevention (DSPS). From the beginning, AQPS wanted to anchor DSPS's development in a decision-making process based on scientific, contextual and experiential evidence. A process, derived from implementation science, was therefore put in place to actualize this intent. Implementation science is defined as the science of implementing programs in real-world settings. It is recognized as contributing to the successful implementation of new programs while promoting a rigorous evaluation of their impacts and outcomes.

Objectives This article aims to: 1) present the process that was put in place to facilitate DSPS design, implementation, and evaluation; and 2) describe the DSPS action model and the DSPS.

Method The Knowledge to Action (KTA) framework is central to the design, implementation, and evaluation of DSPS. This framework proposes a cyclical process in 7 iterative phases, each with its own methodological aspects and data collections

Results The results section illustrates the concrete actions taken at each phase of the KTA process and the highlights that emerge from the analysis of the data collected. This section also presents the DSPS.

Conclusion Optimal conditions to promote the implementation of DSPS, its use and its sustainability have been put in place. The current implementation and evaluation of this implementation and its impacts will allow to assess the capacity of DSPS to achieve its main objectives: to provide information about suicide, to identify suicidal individuals, to increase the visibility of resources, and to offer help to suicidal individuals who respond less to traditional resources.

KEYWORDS suicide prevention, digital strategy, digital technology, digital services, e-mental health, implementation science

INTRODUCTION

Le Québec s'est récemment doté d'une Stratégie numérique en prévention du suicide (SNPS). Cet article vise à : 1) présenter le processus, issu de la science de l'implantation, qui a été mis en place pour faciliter son élaboration et son implantation ; 2) décrire le modèle d'action ainsi que la Stratégie numérique en prévention du suicide.

1. PROBLÉMATIQUE

1.1 La problématique du suicide au Québec

Au Québec, près de 3 personnes s'enlèvent la vie chaque jour, et ce, même si l'on observe une baisse depuis 1999 (Levesque et coll., 2021). En positionnant le taux global québécois de suicide (12,6 décès par suicide pour 100 000 habitants) sur le plan international, on constate que ce taux s'avère supérieur à plusieurs pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques dont, par exemple, le Canada (11), la Suède (11,4) et l'Autriche (12,4) (Levesque et coll., 2021). De plus, il est possible d'observer une hausse marquée des hospitalisations pour tentative de suicide chez les 15 à 19 ans depuis une dizaine d'années (Lévesque et coll., 2020).

Face à cet enjeu important de santé publique, plusieurs acteurs institutionnels et communautaires sont engagés dans la prévention du suicide et plusieurs initiatives ont permis de contribuer à la réduction des taux de suicide, dont l'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide, la ligne d'intervention en prévention du suicide, les stratégies de communication de l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS), l'implantation des bonnes pratiques en prévention du suicide, etc.

Malgré le travail intense, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour soutenir davantage les personnes vulnérables au suicide non rejointes par les services actuels (p. ex. certaines communautés des premières nations) (Levesque et coll., 2021). Plusieurs pays ont mis en place des technologies numériques pour mieux atteindre ces personnes. Ces technologies sont de plus en plus utilisées dans l'évaluation et l'intervention en santé mentale et se rassemblent sous le terme de « cybersanté mentale » qui réfère à l'utilisation d'Internet et d'autres technologies numériques pour appuyer et améliorer les soins (Wozney et coll., 2017). Depuis les 20 dernières années, une multitude de technologies numériques en prévention du suicide ont vu le jour à travers

le monde (Mishara et Kerkhof, 2013) dont l'intervention par texto et clavardage, les logiciels d'autogestion, le repérage d'internautes suicidaires en ligne, etc. Le Québec, malgré certaines initiatives ponctuelles mises en place à partir de 2010 (p. ex. intervention par courriel dans certains centres de prévention du suicide), accusait un certain retard dans l'utilisation de telles technologies (Mishara et Kerkhof, 2013).

Déjà en 2014, le rapport *Utiliser les nouvelles technologies pour prévenir le suicide: Perspectives d'avenir pour le Québec* (Bazinet, 2014), commandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), mettait en lumière que le Québec devait aller de l'avant avec l'implantation des technologies numériques en prévention du suicide.

1.2 L'historique de la stratégie numérique en prévention du suicide

En mai 2017, l'AQPS a reçu du MSSS un financement pour élaborer une SNPS qui devait favoriser le développement d'interventions en ligne, et de technologies permettant d'informer à propos du suicide, de repérer les personnes suicidaires, d'offrir de l'aide aux personnes suicidaires qui répondent moins bien aux ressources traditionnelles et d'augmenter la visibilité de certaines ressources.

Dès le début des travaux, l'AQPS a souhaité ancrer le développement de la SNPS dans un processus de prise de décisions fondée sur des preuves scientifiques, contextuelles et expérientielles. Un processus, issu de la science de l'implantation, a ainsi été mis en place afin d'actualiser cette intention.

1.3 La volonté de rigueur au cœur de la conception et de l'évaluation de la SNPS

La science de l'implantation est définie comme la science favorisant la mise en œuvre de programmes en contexte réel (Fixsen et coll., 2005). Développée pour faciliter l'implantation des pratiques fondées sur les données probantes, elle s'intéresse à l'adoption des résultats de la recherche dans la pratique courante (Bauer et coll., 2015). La science de l'implantation est maintenant reconnue comme contribuant au succès de l'implantation de nouvelles innovations tout en favorisant une évaluation rigoureuse de leurs impacts et retombées (Smith et Polaha, 2017).

2. MÉTHODOLOGIE

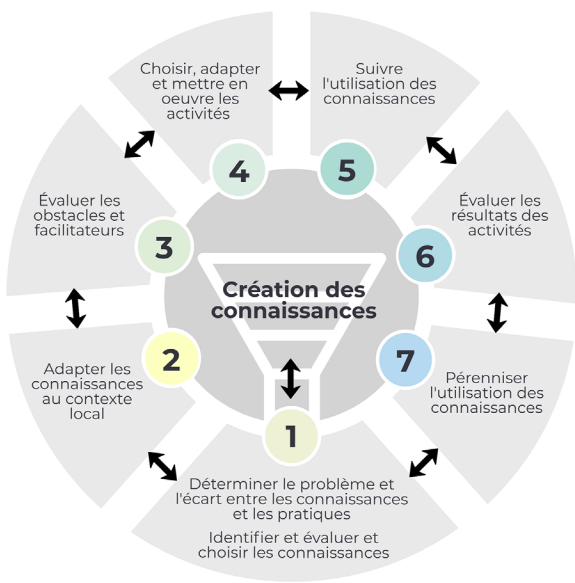
Cette section expose le cadre de référence *Knowledge to action* (KTA) de Straus, Tetroe et Graham (2011) qui est au cœur de la conception et de l'évaluation de la SNPS. Elle décrit également les multiples méthodes de collectes de données utilisées à chacune des phases du processus de développement et d'évaluation de la SNPS.

2.1 Le cadre de référence *Knowledge to action* (KTA) pour actualiser la volonté de rigueur

Ce cadre a été élaboré à la suite de l'analyse d'une soixantaine de cadres de référence et théories (Graham et coll., 2006). Il est à la base de divers programmes et projets internationaux (Curran et coll., 2011). Il est reconnu pour être clair, facile d'utilisation, garant de l'implication des parties prenantes, respectueux du contexte local, etc. (Peters et coll., 2020).

Ce cadre (voir la figure 1 qui représente une traduction libre du cadre de référence de Graham et coll., 2006) propose un processus cyclique en 7 phases itératives. Au centre du processus se trouve «l'entonnoir des connaissances» qui représente le processus par lequel les connaissances sont créées et adaptées aux besoins des futurs

FIGURE 1
Traduction libre du cadre de référence KTA de Graham et coll. (2006)



utilisateurs. Les connaissances peuvent être issues de recherches, de synthèses des connaissances ou d'outils (p. ex. guides de pratique).

Autour de « l'entonnoir », le processus se décline en phases nécessaires pour que les connaissances produisent le changement souhaité chez les personnes ciblées. La phase « Déterminer le problème et l'écart entre les connaissances et les pratiques » vise à identifier les besoins de connaissances ou un problème qui mérite une attention particulière. Elle vise également à identifier les connaissances disponibles sur le sujet et à analyser l'écart entre ces connaissances et les pratiques actuelles sur le terrain. La phase « Adapter les connaissances au contexte local » permet d'adapter, en impliquant les personnes visées par le changement, les connaissances pour qu'elles deviennent pertinentes et utilisables. La phase « Évaluer les facteurs qui font obstacle ou qui contribuent à l'utilisation des connaissances » permet d'identifier les facteurs qui peuvent freiner ou faciliter l'utilisation des connaissances. La phase « Choisir, adapter et mettre en œuvre les interventions » permet de choisir et adapter les interventions en fonction des facteurs précédemment identifiés et selon celles qui sont réputées plus efficaces pour faciliter l'utilisation des connaissances. La phase « Surveiller (monitorer) l'utilisation des connaissances » s'actualise en analysant l'utilisation des connaissances et les changements (p. ex. au niveau des comportements). La phase « Évaluer les résultats » met de l'avant une méthodologie explicite et rigoureuse, qualitative et quantitative pour une évaluation au niveau structurel (p. ex. culture organisationnelle), du processus (p. ex. activité du personnel de soins) ou des résultats (p. ex. bien-être des patients). La phase « Pérenniser l'utilisation des connaissances » permet de vérifier, par des mécanismes de surveillance ou de soutien, que les changements produits se maintiennent dans le temps.

2.2 Les multiples méthodes de collectes de données

En cohérence avec ce cadre de référence KTA, de multiples méthodes de collectes de données ont été utilisées à plusieurs des phases du processus de développement et d'évaluation de la SNPS (p. ex. synthèses de connaissances, sondages en ligne, entrevues individuelles et de groupe). Les détails méthodologiques de ces méthodes seront présentés dans la prochaine section en lien avec la phase du processus KTA où elles ont été utilisées.

3. RÉSULTATS : Les phases du processus pour concevoir et évaluer la SNPS

Cette section illustre les actions concrètes et les collectes de données réalisées pour chacune des phases du processus KTA (Straus et coll., 2011) et présente la SNPS.

3.1 Déterminer le problème et l'écart entre les connaissances et les pratiques

Afin de déterminer le problème et l'écart entre les connaissances et les pratiques, 2 démarches structurantes ont été réalisées : une synthèse des connaissances scientifiques et un portrait des pratiques actuelles et des besoins au regard de l'utilisation des technologies numériques en prévention du suicide.

3.1.1 Synthèse des connaissances scientifiques

Dès le début des travaux en 2017, afin d'obtenir une synthèse actuelle des connaissances liées à l'utilisation des technologies numérique en prévention du suicide, le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE) a été mandaté par l'AQPS pour produire cette synthèse (Labelle et coll., 2018). Elle visait à identifier le profil de l'internaute suicidaire et sa recherche d'aide en ligne et les pratiques et technologies numériques reconnues et prometteuses en prévention du suicide. Une actualisation de cette synthèse, via une étude de portée, a aussi été réalisée récemment (Rassy et coll., 2021).

Du côté du profil de l'internaute suicidaire, Labelle et coll. (2018) mentionnent que les internautes suicidaires apparaissent plus vulnérables que les personnes suicidaires qui n'utilisent pas Internet. Ils expliquent que ces internautes tendent à être plus isolés socialement, à avoir des symptômes plus sévères de troubles de l'humeur et à faire plus de recherches sur des moyens de se suicider.

En ce qui a trait aux pratiques et programmes reconnus et prometteurs, l'étude de portée a permis d'identifier de nombreuses études portant sur les pratiques et programmes de prévention utilisant les technologies numériques (Rassy et coll., 2021). Pour ce faire, les études ont été classées dans 3 groupes, les études adoptant des stratégies universelles, sélectives ou ciblées de prévention du suicide. Il ressort d'abord très peu d'études portant sur des stratégies de prévention du suicide universelle. Neuf catégories de programmes sélectifs utilisant

des technologies numériques ont aussi été identifiées. Ces derniers visent notamment le repérage, l'autogestion en ligne ou la formation et sont, pour la plupart, compris dans des programmes plus larges impliquant des contacts directs entre des personnes en détresse et des professionnels de la santé. Onze catégories d'applications des technologies numériques en prévention ciblée du suicide ont aussi été identifiées (p. ex. évaluation du risque et triage, psychothérapies et soutien à l'intervention en face à face). Ces dernières visent les personnes ayant été identifiées comme présentant un risque suicidaire. Les auteurs soulèvent qu'elles semblent prometteuses pour soutenir l'intervention auprès de personnes suicidaires, mais ne semblent pas pouvoir se substituer à des interactions directes (Rassy et coll., 2021). Ils soulèvent également que les études recensées ont principalement fait état de la faisabilité et l'acceptabilité d'implanter des interventions numériques, mais que les données provenant d'évaluations d'impact sont encore peu nombreuses.

3.1.2 Portrait des pratiques et des besoins

Afin de dresser le portrait des pratiques actuelles et des besoins quant à l'utilisation des technologies numériques en prévention du suicide au Québec, les travaux de la SNPS ont aussi mis en place une vaste démarche de consultation. Plus de 4 000 répondants aux profils variés (p. ex. gestionnaires, intervenants, médecins, bénévoles, chercheurs) issus de milieux variés (p. ex. réseau de la santé et des services sociaux, réseau de l'éducation, organismes communautaires) ont été consultés à travers la collecte de données réalisée afin d'obtenir ce portrait (Bazinet et coll., 2018). Plusieurs méthodes de collectes de données ont été utilisées pour réaliser ce portrait : sondage en ligne destiné aux gestionnaires et intervenants qui œuvrent auprès de clientèle suicidaire (883 répondants); 47 entrevues individuelles auprès de gestionnaires et intervenants qui œuvrent auprès de clientèle suicidaire; 7 entrevues de groupe régionales réunissant des partenaires intersectoriels en prévention du suicide (total de 138 partenaires); une entrevue de groupe avec 16 directeurs généraux des centres de prévention du suicide; un sondage auprès de la population (3 239 répondants); une entrevue de groupe auprès de 20 jeunes du 2^e cycle du secondaire.

Plusieurs éléments marquants se dégagent de cette vaste consultation. Les auteurs soulignent notamment que la majorité des acteurs clés de la prévention du suicide n'utilisaient pas les technologies numériques pour intervenir en prévention du suicide. Cette situation s'explique par

plusieurs raisons. Ainsi, les acteurs consultés se disaient favorables à informer la population via les technologies, à repérer les personnes suicidaires sur Internet et à implanter de technologies numériques au Québec. Toutefois, ils ont aussi exprimé certaines préoccupations concernant l'accès limité au réseau Internet et cellulaire de certaines communautés autochtones et régions (alors que l'accès à des technologies pourrait réduire l'impact de l'éloignement sur l'accessibilité des ressources). Les acteurs consultés ont également souligné l'importance de : développer les nouveaux services numériques en misant sur les services déjà en place ; recourir à un site Internet centralisé qui permettrait de répondre à plusieurs objectifs (p. ex. informer, sensibiliser, intervenir par clavardage) ; former et encadrer les intervenants dans ce changement de pratiques.

La majorité des répondants de la population affirmait avoir accès aux technologies numériques et être à l'aise de les utiliser. Ils affirmaient avoir déjà fait des recherches sur Internet à propos de la santé mentale, de la prévention du suicide ou du suicide, tout en étant partagés quant à la fiabilité des informations sur le suicide. Le fait de s'inquiéter pour un proche représentait leur principale motivation pour effectuer ces recherches, bien que plusieurs faisaient ces recherches pour eux-mêmes. Alors qu'une forte majorité des répondants considéraient qu'il est très important d'obtenir rapidement de l'aide via Internet (24 h/24 h), environ la moitié ont mentionné qu'ils souhaiteraient pouvoir clavarder avec un intervenant s'ils avaient besoin d'aide en prévention du suicide.

Afin de favoriser l'équité, la diversité et l'inclusion dans le développement de la SNPS, il importe également de préciser qu'à travers le sondage en ligne destiné à la population, plusieurs informations concernant certains sous-groupes plus vulnérables au suicide (p. ex. personnes bisexuelles, personnes d'origine autochtone, personnes qui considèrent ne jamais pouvoir se confier, personnes ayant songé au suicide au cours des 12 derniers mois) ont été recueillies afin d'explorer leur utilisation des technologies numériques, leurs perceptions à l'égard de la prévention du suicide sur Internet et leurs préférences par rapport aux services.

Les conclusions de cette recension ont ainsi permis : 1) d'identifier les pratiques en place sur le territoire québécois ; 2) de déterminer les besoins exprimés par les intervenants et la population ; 3) de cerner les facteurs facilitant ou freinant l'implantation de l'éventuelle SNPS.

3.2 Adapter les connaissances aux contextes locaux

Afin de permettre une adaptation des connaissances identifiées à la première phase liée aux contextes, plusieurs actions ont été mises en œuvre. Tout d'abord, dès le début des travaux de la SNPS, un comité aviseur a été mis en place pour favoriser la coconstruction de la SNPS. Ce comité était composé de 14 personnes aux expertises variées, dont 4 personnes de l'AQPS impliquées dans le développement de la SNPS, 2 représentants de Centres de prévention du suicide, 1 représentant du MSSS, 1 spécialiste en marketing numérique, 1 spécialiste en gestion numérique, 1 représentante d'un centre intégré de santé et de services sociaux, 3 chercheurs et 1 personne endeuillée par le suicide de son fils. Entre 2017 et 2018, les membres de ce comité se sont rencontrés à 7 reprises. Ces rencontres visaient à discuter des faits saillants qui se dégagent de la synthèse des connaissances scientifiques et du portrait des pratiques et des besoins. Ce mode de fonctionnement a permis de favoriser la prise de décisions fondée sur des preuves menant à la SNPS.

La démarche de consultation de Bazinet et coll. (2018) a également permis d'identifier des éléments contextuels qu'il importait de garder à l'esprit pour le développement de la SNPS. Par exemple, les entrevues de groupe régionales réunissant des partenaires intersectoriels ont permis de mieux saisir le profil de leurs usagers moins enclins à utiliser les services traditionnels (p. ex. jeunes, hommes, personnes issues des Premières Nations, aînés isolés, joueurs compulsifs, agriculteurs) et qui pourraient être d'éventuels utilisateurs de la SNPS. De plus, le sondage en ligne destiné à la population a également permis de cibler les besoins de certains sous-groupes plus vulnérables au suicide. Ces différentes informations ont permis de développer la SNPS en l'adaptant à ces différents besoins (p. ex. en proposant des informations accessibles et sur différents sujets rejoignant leurs besoins, en proposant des outils d'autogestion de la santé mentale, en proposant de l'intervention par clavardage).

D'autres acteurs avec des expériences variées ont aussi été consultés et mobilisés au fur et à mesure du développement de la SNPS afin d'alimenter le développement de l'intervention par clavardage et texto (p. ex. experts pour soutenir le développement des sections du site qui exposent des informations, experts pour soutenir la traduction et la validation de l'outil de repérage).

Ces travaux ont permis d'élaborer une proposition innovante pour le développement d'une plateforme numérique dédiée à la prévention

du suicide, et ce, à partir des connaissances récentes, des pratiques actuelles, des besoins ainsi que de l'expertise d'acteurs variés.

3.3 Évaluer les facteurs qui font obstacle ou qui facilitent l'utilisation des connaissances

Afin de prendre en considération les facteurs qui peuvent faciliter ou freiner l'implantation et l'utilisation de la SNPS, différentes actions ont été mises en œuvre. La démarche de consultation de Bazinet et coll. (2018) a également identifié des facteurs qui pourront faciliter l'implantation et l'utilisation de la SNPS (p. ex. consensus à propos de la pertinence et de la nécessité de développer des services numériques pour répondre aux besoins des personnes plus vulnérables et des usagers moins enclins à utiliser les services d'aide traditionnels, l'adoption d'une approche collaborative et participative qui permet aux acteurs consultés de s'impliquer dans le développement de la SNPS) et les facteurs qui pourront les freiner (p. ex. certaines perceptions négatives de certains acteurs clés de la prévention du suicide à l'égard de la qualité des services numériques, l'accessibilité réduite aux technologies chez certaines populations).

Les rencontres du comité avisier ont également permis d'identifier certains facteurs qui pourront faciliter l'implantation et l'utilisation de la SNPS (p. ex. les liens de collaboration entre l'AQPS et les partenaires, l'appui du MSSS) et les facteurs qui pourront les freiner (p. ex. l'évolution rapide des technologies, l'échéancier très serré). L'identification de ces facteurs a permis de miser sur les facteurs facilitants et d'identifier des stratégies pour rapidement composer avec les facteurs susceptibles de freiner l'implantation de la SNPS. À titre d'exemple, l'équipe de développement des contenus de la SNPS s'assurait que les informations soient arrimées aux besoins des personnes plus vulnérables et des usagers moins enclins à utiliser les services d'aide traditionnels. De plus, elle a développé la SNPS en s'assurant de faciliter son accès (p. ex. par ordinateur ou téléphone intelligent).

3.4 Choisir, adapter et mettre en œuvre les interventions

Plusieurs interventions ont été élaborées et mises en œuvre pour favoriser le déploiement et l'implantation de la SNPS.

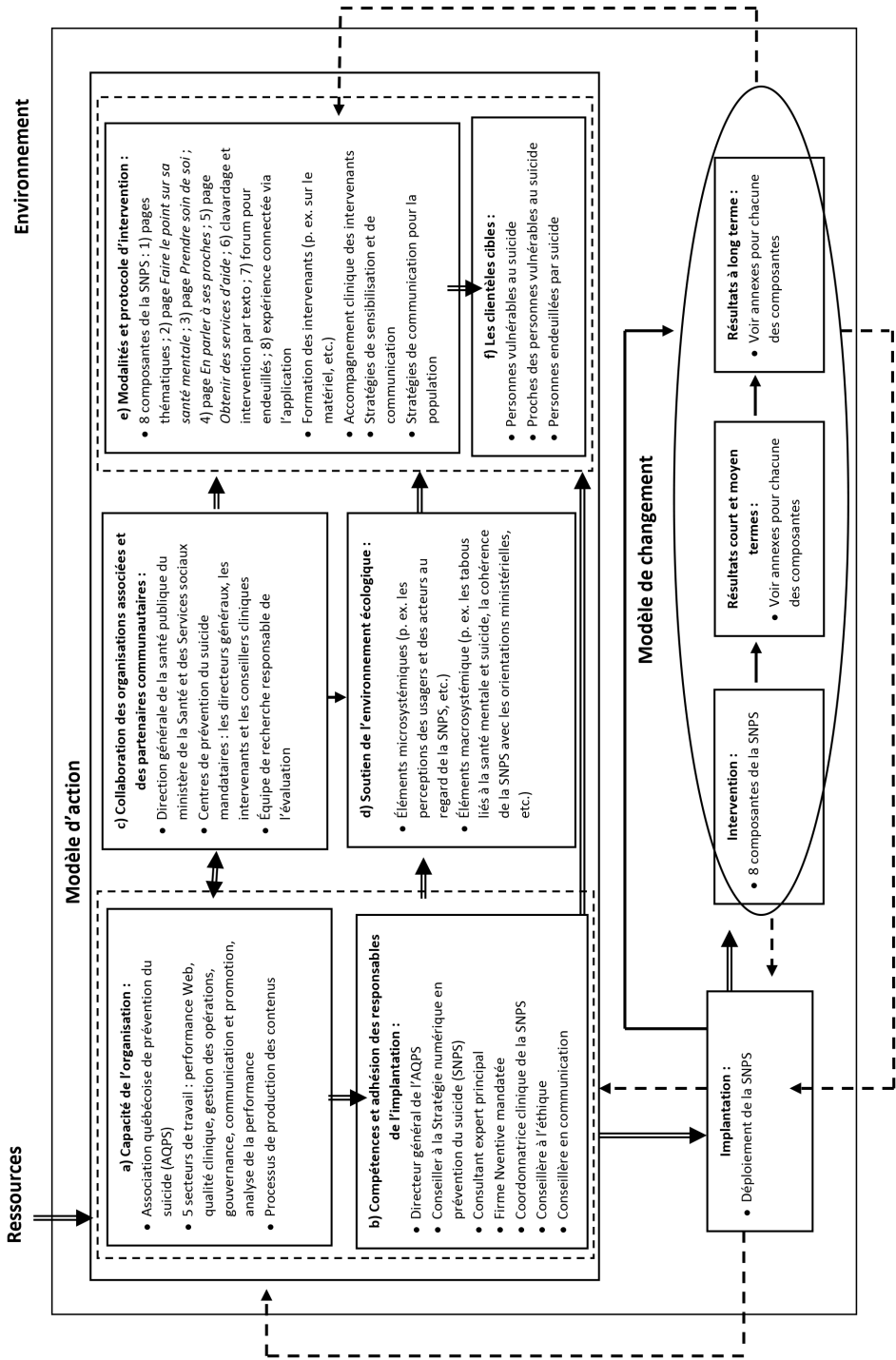
3.4.1 La théorie globale du programme de la SNPS : les composantes de la SNPS

Graduellement, la théorie de programme de la SNPS a été élaborée. Selon la conceptualisation proposée par Chen (2005, 2015, 2016), la théorie du programme de la SNPS est formée de 2 modèles : le modèle d'action et le modèle de changement (voir figure 2) qui sont imbriqués. Le modèle d'action illustre la planification systématique du personnel, des ressources, des lieux, des organisations et des conditions nécessaires pour rejoindre une clientèle cible et lui offrir une intervention. Le modèle de changement illustre les changements attendus à la suite de l'implantation d'un programme. Le modèle d'action de la SNPS contient 6 composantes qui sont illustrées à la figure 2 :

- a) **La capacité de l'organisation** représente l'AQPS qui pilote les travaux (p. ex. gestion de budgets) et les 5 secteurs autour desquels sont organisées les équipes de travail qui collaborent à la conception de la SNPS : la performance Web (conception de l'infrastructure technologique et optimisation des contenus de la plateforme de la SNPS afin qu'elle se positionne favorablement dans le référencement Web), la qualité clinique (développement de bonnes pratiques cliniques numériques), la gestion des opérations (coordination et gestion des travaux), la gouvernance (orientation du développement de la SNPS), la communication et promotion (élaboration des stratégies de communication). Les personnes impliquées dans ces secteurs collaborent via un processus de production des contenus. Enfin, des réunions régulières permettent à toute l'équipe d'effectuer une analyse transversale de la performance de la SNPS, à l'aide de plusieurs indicateurs.
- b) **Le comité clinique** est composé de l'équipe clinique de l'AQPS et de plusieurs représentants des centres de prévention du suicide partenaires du service d'intervention par clavardage et texto de Suicide.ca. Ce comité établit et développe les pratiques cliniques du service d'intervention, en assure le suivi en continu et les ajuste au besoin.
- c) **Les compétences et l'adhésion des intervenants responsables de l'implantation** représentent toutes les personnes qui contribuent à la conception de la SNPS et qui relèvent directement de l'AQPS (le directeur général de l'AQPS, le conseiller à la stratégie numérique qui coordonne l'ensemble des travaux, la coordonnatrice clinique de

FIGURE 2

Le modèle d'action et le modèle de changement de la SNPS



la SNPS, la conseillère en éthique et responsabilité, la conseillère en communication) et celles qui ont été engagées à contrat par l'APQS (le consultant expert principal, la firme Nventive mandatée).

- d) **La collaboration des organisations associées et des partenaires communautaires** représente les partenaires qui contribuent au financement, à la conception, à l'implantation ou à l'évaluation de la SNPS dont : la Direction générale de la santé publique du MSSS qui finance la SNPS ; les centres de prévention du suicide mandataires (via leurs directeurs généraux, les intervenants du volet intervention et les conseillers cliniques) qui contribuent à déployer les services de la SNPS ; l'équipe de recherche responsable de l'évaluation.
- e) **Le soutien de l'environnement écologique** représente tous les éléments de l'environnement, tant micro (p. ex. les perceptions des usagers et des acteurs au regard de la SNPS) que macro systémiques (p. ex. la cohérence de la SNPS avec les orientations ministérielles, le soutien financier du MSSS), susceptibles d'avoir un impact sur le déploiement de la SNPS.
- f) **Le protocole d'intervention et les modalités de livraison de services** représentent l'offre de service de la SNPS dont les composantes de la plateforme Suicide.ca (qui seront détaillées dans la prochaine section). À cela, des modalités de livraison de service ont été ajoutées, notamment la formation et l'accompagnement clinique des intervenants à la plateforme Suicide.ca et les stratégies de sensibilisation et de communication pour les acteurs du RSSS et la population.
- g) **Les caractéristiques de la population cible** représentent le au groupe de personnes que la SNPS a pour but de desservir (les personnes vulnérables au suicide et les proches des personnes vulnérables au suicide).

Le modèle de changement comprend 3 composantes, dont l'intervention et les résultats souhaités. Chaque composante de la plateforme de la SNPS est très complexe et comporte des changements attendus et résultats distincts. Ainsi, des modèles du changement ont été élaborés pour les différentes composantes de la plateforme Suicide.ca.

3.4.2 La plateforme Suicide.ca de la SNPS

La plateforme <https://suicide.ca/> est un ensemble de services et d'outils numériques destinés à offrir de l'information, de l'aide et du soutien

aux personnes qui pensent au suicide, qui sont inquiètes pour un proche ou qui sont endeuillées par suicide. Elle offre également des ressources aux professionnels de la prévention du suicide ou de la santé mentale. La plateforme regroupe un site Web et une application mobile (Mes outils). Plus précisément, la plateforme est composée :

a) De pages qui proposent de l'information et guident l'utilisateur.

Ces pages visent à :

- Repérer les personnes qui font des recherches sur Internet en lien avec des facteurs de risque associés au suicide, les sensibiliser à l'existence de la plate-forme Suicide.ca, les outiller à surmonter leurs difficultés et les aider à identifier des services d'aide pertinents à leurs besoins (pages thématiques);
- Outiller les personnes vulnérables au suicide à reconnaître leurs signes de détresse et de désespoir, et à mieux comprendre pourquoi elles pensent au suicide, les amener à faire un bilan de leur santé mentale et les encourager à se mobiliser pour améliorer leur situation (page Faire le point sur sa santé mentale);
- Amener les personnes vulnérables au suicide à identifier leurs stratégies d'adaptation, leurs stratégies d'autogestion de leur santé mentale, les signes avant-coureurs de leur détresse et de leurs pensées suicidaires, et les encourager à faire un plan de sécurité (page Prendre soins de soi);
- Amener les personnes vulnérables au suicide à mobiliser leur réseau de soutien, à identifier les personnes aidantes dans leur entourage et à mieux exprimer leurs besoins (page En parler à ses proches);
- Informer les personnes vulnérables au suicide sur les ressources en santé mentale et leurs services, les outiller à identifier les ressources qui correspondent le mieux à leurs besoins, les encourager à entrer en contact avec les services d'aide et les aider à organiser leur demande d'aide (page Obtenir des services d'aide).

b) De questionnaires d'autoévaluation pour faire le point sur sa santé mentale (voir annexe 1). Des questionnaires permettent d'évaluer l'état de bien-être, de repérer la présence de signes de détresse psychologique et de faire le point sur les idées suicidaires. Si le résultat de cette première évaluation révèle que l'utilisateur présente des idées suicidaires ou de la détresse psychologique, il est invité à prendre contact avec le service d'intervention en ligne. Si les résultats révèlent qu'il pourrait présenter un trouble de santé mentale, d'autres questionnaires permettent ensuite d'approfondir sa situation et de repérer la présence de symptômes liés à des troubles

de santé mentale plus précis. Un bilan est alors disponible et peut être partagé à un intervenant psychosocial ou un professionnel de la santé.

- c) **Un espace connecté (ou le compte utilisateur privé) et une application mobile.** Le compte utilisateur privé et l'application mobile donnent accès à différents outils visant à soutenir l'activation comportementale, l'autogestion de la santé mentale, l'élaboration d'un plan de sécurité, la gestion de l'anxiété, etc. L'application mobile possède également un bouton d'accès à l'intervention en ligne. L'utilisateur choisit comment et quand utiliser les différents outils à partir de son espace privé ou de l'application mobile.
- d) **D'un bottin de ressources** adaptées localement pour les utilisateurs de différentes régions.
- e) **D'un service d'aide par clavardage ou texto** assuré par des intervenants spécialisés qui pourront discuter de la situation de l'utilisateur, lui permettre d'exprimer ce qu'il vit sans jugement et l'aider à ne pas rester seul avec sa souffrance.

Enfin, les technologies implantées dans le cadre de la SNPS constituent un nouvel environnement de services et un nouveau contexte de travail pour les intervenants en prévention du suicide. Ces technologies ne sont pas neutres du point de vue éthique. L'AQPS souhaite assurer un standard de qualité élevé dans le cadre de ce service et implanter une culture de responsabilité, d'imputabilité et de transparence. C'est pourquoi, plusieurs mesures ont été mises en place par l'AQPS afin de protéger les utilisateurs, d'agir en cohérence avec les valeurs partagées par les acteurs en prévention du suicide et d'assurer la sécurité des données collectées par la plateforme Suicide.ca : l'embauche d'une personne conseillère en éthique, l'adoption et l'application de plusieurs politiques, protocoles, procédures et charte ainsi que la réalisation d'audits de sécurité par une firme externe (AQPS, 2020).

3.5 Surveiller (monitorer) l'utilisation des connaissances

Afin de monitorer le déploiement et l'utilisation de la SNPS, depuis 2020 le secteur d'analyse de la performance a pour mandat de se donner une vue du comportement des utilisateurs et d'évaluer les actions à mettre en œuvre au besoin. Ce secteur est composé de représentants de chacun des secteurs de la structure de gouvernance décrite précédemment. Ce comité se réunit toutes les 4 semaines afin de :

partager des indicateurs concernant le comportement des utilisateurs; guider les équipes de travail pour ajustement en continu; concentrer les ressources sur les éléments pertinents et fédérer les équipes sur les bonnes priorités.

3.6 Évaluer

Afin d'effectuer une première évaluation d'implantation et des retombées de la SNPS, des chercheurs de l'Université de Sherbrooke et l'Université du Québec à Montréal mènent une recherche qui permettra de répondre aux questions suivantes :

- De quelle manière la SNPS est-elle mise en œuvre? L'évaluation d'implantation ciblera les composantes du modèle d'action de la théorie de programme. Elle permettra de vérifier dans quelle mesure le contenu de chacune des composantes a été implanté comme prévu et d'y proposer des ajustements à partir d'une meilleure compréhension des limites de la mise en œuvre.
- Est-ce que la SNPS produit les résultats escomptés chez les utilisateurs du service numérique ainsi que les intervenants du volet intervention de la SNPS à court terme? L'évaluation des premiers effets à court terme permettra de vérifier dans quelle mesure la SNPS entraîne les résultats initialement anticipés.

Cette recherche s'inscrit dans le cadre de l'évaluation développementale de Patton (2010) qui propose une approche centrée sur la réponse rapide aux réalités émergentes. Elle reposera sur des données mixtes (qualitatives et quantitatives) qui seront obtenues auprès d'une diversité d'acteurs et à l'aide de divers outils: l'utilisation secondaire de données collectées par l'APQS; une analyse documentaire des documents de la SNPS; des observations non participantes d'activités et du matériel de formation à l'intention des intervenants de la SNPS; des entrevues semi-dirigées auprès d'acteurs impliqués au sein de la structure de gouverne, des directions et intervenants des CPS mandataires du volet intervention de la SNPS et d'utilisateurs de la plateforme Suicide.ca.

En plus de contribuer à l'avancement des connaissances sur l'utilisation de technologies numériques en prévention du suicide, cette évaluation permettra de consolider et rehausser la SNPS.

3.7 Pérenniser

Afin de s'assurer de la pérennisation de l'utilisation de la SNPS, plusieurs mesures, dont certaines explicitées précédemment, ont été mises en place dès le début du développement de la SNPS : le processus de développement qui permet de l'arrimer aux besoins et contextes locaux; les soutiens financiers du MSSS; les composantes de la SNPS décrites à la section 3.4.1; les mécanismes de surveillance mis en place décrits à la section 3.5 et l'équipe de recherche décrite à la section 3.6 qui permettent de suivre le déploiement de la SNPS afin de la réajuster de façon continue. Ces mesures sont réputées efficaces pour faciliter la pérennisation et la mise à l'échelle d'innovations (Palinkas, Chou, Spear, Mendon, Vilamar et coll., 2020).

4. DISCUSSION

L'implantation d'une innovation en milieu de pratique est complexe. Le RSSS québécois est très fertile en innovations. Toutefois, elles sont rarement appuyées sur des besoins et les connaissances actuelles, de même que conçues dans une perspective de pérennisation et évaluées. La science de l'implantation vise justement à développer et à tester des méthodes pour favoriser une implantation réussie, pérenne et une mise à l'échelle à la grandeur d'un réseau (Damschroder, 2020).

Le cadre de référence KTA de Straus, Tetroe et Graham (2011) qui est au cœur de la conception et de l'évaluation de la SNPS, a permis de collecter des données tout au long du processus proposé par ce cadre. Les résultats, qui découlent de l'analyse de ces données, ont permis de concevoir une SNPS à la fine pointe des connaissances recensées par Labelle et coll. (2018) et Rassy et coll. (2021) liées à l'utilisation des technologies numérique en prévention du suicide dans le monde entier. Ces résultats ont également permis de concevoir une SNPS arrimée aux pratiques actuelles québécoises et aux besoins documentés par la démarche de consultation de Bazinet et coll. (2018). Les résultats de cette consultation et les instances de gouvernance mises en place par l'AQPS ont également permis d'identifier les facteurs qui peuvent faciliter ou freiner l'implantation et l'utilisation de la SNPS et d'identifier des stratégies pour les contourner.

Il reste cependant du chemin à parcourir. Plusieurs décisions entourant le développement de la plateforme ont été le fruit de discussions animées entre des spécialistes de la santé mentale et des

nouvelles technologies. La plupart de ces discussions étaient relatives aux caractéristiques de la plate-forme (p. ex. structure du parcours de navigation de l'utilisateur sur le site). Sur ces différents sujets, il n'était pas rare que les solutions privilégiées par les spécialistes de la prévention du suicide et des nouvelles technologies soient en contradiction, et ce, particulièrement en ce qui a trait à l'expérience utilisateur. Ce constat n'est pas sans rappeler les résultats des recherches indiquant que la qualité clinique des applications mobiles en santé mentale n'est pas nécessairement corrélée à l'appréciation des utilisateurs (Neary & Schueller, 2018). À ce sujet, il s'agit ici d'une des principales limites du processus de développement de la SNPS qui aurait pu mobiliser davantage d'utilisateurs de services en prévention du suicide dans le processus de développement.

Plusieurs pays ont implanté des stratégies numériques en santé mentale. Or, la SNPS est le premier exemple, à notre connaissance, d'une stratégie numérique de prévention du suicide qui revêt un caractère national. Enfin, la SNPS comporte l'ensemble des composantes d'une stratégie nationale de prévention du suicide recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2014) et fût développée à l'aide d'une méthodologie issue de la science de l'implantation. La SNPS se distingue donc par sa cohérence et par la rigueur de la démarche qui a mené à son développement.

5. CONCLUSION

Le Québec s'est récemment doté d'une SNPS qui est le produit d'une recherche d'équilibre entre l'efficacité clinique et la qualité de l'expérience utilisateur. Les résultats de l'évaluation permettront d'apporter des améliorations et de partager l'expérience afin que d'autres organisations puissent bénéficier des apprentissages et mieux composer avec les défis de demain en matière de cybersanté mentale.

ANNEXE 1 :

Les références des questionnaires d'autoévaluation utilisés

Bien-Être

Keyes, C. L. M. (2009). *Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF)*. Emory University. <https://www.aacu.org/sites/default/files/MHC-SFEnglish.pdf>

Détresse psychologique

Bougie, E., Arim, R. G., Kohen, D. E. et Findlay, L. C. (2016). *Validation de l'échelle de détresse psychologique à 10 questions de Kessler (K10) à partir de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2016001/article/14307-fra.pdf?st=xpiXqILr>

Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., Howes, M. J., Normand, S.-L. T., Manderscheid, R. W., Walters, E. E. et Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 184-189. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.184>

Idéations suicidaires

Gauvin, G., Bardon, C. et Côté, L.-P. (2021). Psychometric validation of the French version of the Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS-FR), *Death Studies*, <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1951395>

Kroenke, K., Spitzer, R. L. et Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Troubles bipolaires

Hirschfeld, R. M., Williams, J. B., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L., Keck, P. E., Jr., Lewis, L., McElroy, S. L., Post, R. M., Rapport, D. J., Russell, J. M., Sachs, G. S., et Zajecka, J. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *The American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1873-1875. <http://doi:10.1176/appi.ajp.157.11.1873>

Weber Rouget, B., Gervasoni, N., Dubuis, V., Gex-Fabry, M., Bondolfi, G. et Aubry, J. M. (2005). Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *Journal of Affective Disorders*, 88(1), 103-108. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.06.005>

Anxiété sociale

Connor, K., Davidson, J., Churchill, L., Sherwood, A., Weisler, R. et Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379-386. <http://doi:10.1192/bjp.176.4.379>

Anxiété généralisée

Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R. et Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes: Validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 27(5), 475-484.

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. et Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)

Troubles alimentaires

Carrard, I., Rebetez, M. M. L., Mobbs, O. et Van der Linden, M. (2015). Factor structure of a French version of the eating disorder examination-questionnaire among women with and without binge eating disorder symptoms. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20, 137-144.

Cooper, Z. et Fairburn, C.G. (1987). The Eating Disorder Examination: A semistructured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders". *International Journal of Eating Disorders*. 6(1), 1-8. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198701\)6:1<1::AID-EAT2260060102>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198701)6:1<1::AID-EAT2260060102>3.0.CO;2-9)

Consommation problématique d'alcool, de drogues, de jeux de hasard et d'Internet

Tremblay, J. et Blanchette-Martin, N. (2016). *Manuel d'utilisation DÉBA Alcool/ Drogues/jeu-8; Version Adaptée pour la formation de la première ligne en dépendance, Version 2.0*. Service de recherche en dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CIUSSS Chaudière-Appalache en collaboration avec le centre de réadaptation en dépendance de Montréal- Institut universitaire CIUSSS du Centre sud de l'Île de Montréal. https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/manuel_utilisation_deba_a-dj8_v2_2017-02-27_dif.pdf

Dufour, M., Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Goyette, M., Turcotte, S., Khazaal, Y., Brunelle, N., Gagnon, S. R., Tétrault-Beaudoin, C.S., Genois, R. et Légaré, A.-A. (2019). Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide – Internet (DÉBA-Internet). Québec.

Stress post-traumatique

Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P. et Schnurr, P.P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. National Center for PTSD. www.ptsd.va.gov.

Soutien social

Caron, J. (1996). L'Échelle de provisions sociales: une validation québécoise. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 158-180. <https://doi.org/10.7202/032403ar>

Cutrona, C. E. et Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships*, 1(1), 37-67.

Raisons de vivre

Labelle, R., Lachance, L. et Morval, M. (1996). Validation d'une version canadienne-française du Reasons for Living Inventory. *Science et Comportement*, 24(3), 237-248.

Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L. et Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276-286. <http://doi:10.1037//0022-006x.51.2.276>

RÉFÉRENCES

- Association québécoise de prévention du suicide (AQPS, 2020). *Conditions d'utilisation et politique de confidentialité de suicide.ca*. <https://suicide.ca/fr/conditions-utilisation-et-politique-de-confidentialite>
- Bazinet, J., Diaz, L. et Lortie, P. B. (2018). *Stratégie numérique sur la prévention du suicide au Québec – Portrait des pratiques actuelles et des besoins*. Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. https://www.aqps.info/media/documents/VFINALÉpourediffusion_Portraitdespratiquesetbesoins-2018-SNPSQ.pdf
- Bazinet, J. (2014). *Utiliser les nouvelles technologies pour prévenir le suicide: perspectives d'avenir pour le Québec*. Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS). <https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Rapports/UtiliserNouvellesTechnologiesPreventionSuicide.pdf>
- Bauer, M. S., Damschroder, L., Hagedorn, H., Smith, J. et Kilbourne, A. M. (2015). An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC psychology*, 3(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0089-9>
- Chen, H. T. (2005). *Practical program evaluation: Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Sage Publications.
- Chen, H. T. (2015). *Practical program evaluation. Theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective* (2e éd.). Sage Publications.
- Chen, H. T. (2016). Interfacing theories of program with theories of evaluation for advancing evaluation practice: Reductionism, systems thinking, and pragmatic synthesis. *Evaluation and Program Planning*, 59, 109-118. <https://doi.org/10.1016/j.evalproplan.2016.05.012>
- Curran, J. A., Grimshaw, J., Hayden, J. A. et Campbell, B. (2011). Knowledge translation research: The science of moving research into policy and practice. *Journal of Continuing Education in Health Professions*, 31(3), 174-180. <https://doi.org/10.1002/chp.20124>
- Damschroder, L. (2020). Clarity out of chaos: Use of theory in implementation research. *Psychiatry Research*, 283, 112461.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. et Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. National Implementation Research Network. <https://nirn.fpg.unc.edu/sites/nirn.fpg.unc.edu/files/resources/NIRN-MonographFull-01-2005.pdf>
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. et Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
- Labelle, R., Bardon, C., Coté, L. P., Dargis, L. et Corthesy-Blondin, L. (2018). *Technologies de l'information et des communications et prévention du suicide – Mise à jour des connaissances*. Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE). https://www.aqps.info/media/documents/RapportFinal_CRISE_TechnoInfo_PrevSuicide_6avril2018.pdf

- Levesque, P., Perron, P. A. et Mishara, B. (2021). *Le suicide au Québec: 1981 à 2018 – Mise à jour 2021*. Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2720_suicide_quebec_2021.pdf
- Mishara, B. et Kerkhof, A. J. F. M. (Eds.). (2013). *Suicide prevention and new technologies: evidence-based practice*. Springer.
- Neary, M. et Schueller, S. M. (2018). State of the field of mental health apps. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(4), 531-537.
- Palinkas, L. A., Chou, C.-P., Spear, S. E., Mendon, S. J., Vilamar, J. et Brown, C. H. (2020). Measurement of sustainment of prevention programs and initiatives: the sustainment measurement system scale. *Implementation Science*, 15, 71. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01030-x>
- Patton, M. Q. (2010). *Developmental evaluation: Applying complexity concepts to enhance innovation and use*. Guilford press.
- Peters, S., Bussi res, A., Depreitere, B., Vanholle, S., Cristens, J., Vermandere, M. et Thomas, A. (2020). Facilitating guideline implementation in primary health care practices. *Journal of Primary Care and Community Health*, 11, 1-9. <https://doi.org/10.1177/2150132720916263>
- Rassy, J., Bardon, C., Dargis, L., C  t  , L. P., Corth  sy-Blondin, L., M  rch, C. M. et Labelle, R. (in press). Information and communications technology use in suicide prevention: a scoping review. *Journal of Medical Internet Research*.
- Smith, J. D. et Polaha, J. (2017). Using implementation science to guide the integration of evidence-based family interventions into primary care. *Families, Systems, and Health*, 35(2), 125-135. <https://doi.org/10.1037/fsh0000252>
- Straus, S. E., Tetroe, J. M. et Graham, I. D. (2011). Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision-making. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(1), 6-10. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.08.016>
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization.
- Wozney, L., McGrath, P., Newton, A., Hartling, L., Curran, J., Huguet, A. et Rao, S. (2017). *Cadre RE-AIM en cybersant   mentale: un examen rapide des recherches en cours*. Commission de la sant   mentale du Canada. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-08/eMH%20Literature%20Review_FINAL%20FR.pdf

Santé mentale et justice

Le dossier du présent numéro a été coordonné par Anne G. Crocker et Valérie Moulin avec la collaboration de Marc Corbière (rédacteur en chef, Thématiques) et Nadine Larivière (rédactrice en chef, Mosaïque).

ÉDITORIAL

Équipe Santé mentale au Québec
Le message c'est le médium

PRÉSENTATION THÉMATIQUE

Anne G. Crocker et Valérie Moulin

Laurence Roy, Nancy Keays, Ashley Lemieux,
Marianne Nicole et Anne G. Crocker
Traumatismes complexes et services psychologiques :
vers des pratiques sensibles au trauma

Marichelle Leclair, Éric Latimer, Ashley Lemieux,
Laurence Roy, Tonia Nicholls et Anne G. Crocker
Au-delà du logement : l'effet hétérogène de Logement
d'abord sur l'implication criminelle de personnes
vivant avec un trouble mental

Jean-Pierre Guay, Joao Da Silva Guerreiro et Anne G. Crocker
Les méthodes et enjeux relatifs à l'évaluation
du risque de la violence hétérodirigée

Sheilagh Hodgins et Valérie Moulin
Le nouveau défi des services destinés aux personnes
présentant un premier épisode de psychose : intégrer
des interventions les agressions physiques

Emmanuelle Bernheim, Guillaume Ouellet,
Pierre Pariseau-Legault et Nicolas Sallée
Surveiller, contrôler et traiter : le consentement
aux soins à la Commission québécoise d'examen

Nicolas Queloz
Les mesures thérapeutiques en droit pénal suisse
Un peu de soin, un contrôle de longue durée
et une forte obsession sécuritaire

Marie-Hélène Goulet et Clara Lessard-Deschênes
Le Modèle de prévention de l'utilisation des mesures
de contrôle en santé mentale : une revue intégrative

Anne G. Crocker, Marichelle Leclair, Félix Albert Bélanger
et Jamie Livingston
Survot de l'organisation des services de santé
mentale forensique à travers le monde :
vers un modèle hiérarchie-équilibré

MOSAÏQUE

Nadine Larivière
Présentation Mosaïque

Francine Ferland, Nadine Blanchette-Martin,
Chantal Plourde, Catherine Rossi, Annie-Claude Savard,
Maggie-Audrey Bernier, Gabrielle Houarne, Mélanie Blais
et Rosalie Genoix

Les enjeux liés à la victimisation dans le traitement
de la dépendance aux substances : qu'en disent les
cliniciens en dépendance ?

Emmanuelle Bédard, Nicole Ouellet, Cécile Cormier,
Marylène Dugas, Caroline Sirois et Hélène Sylvain
Portrait de la santé mentale des femmes qui ont
recours aux organismes communautaires d'une
région québécoise

Danyka Therriault, Andrée-Anne Houle, Julie Lane,
Jonathan Smith, Patrick Gosselin, Pasquale Roberge
et Audrey Dupuis

Portrait des symptômes d'anxiété généralisée
chez les élèves du secondaire : l'importance de
la prévention, du dépistage et de l'intervention

Jessica Turgeon, Stéphanie Turgeon et Jacques Marleau
Évaluation des propriétés psychométriques
de l'échelle abrégée de Kessler (K6) parmi
les adolescents québécois

Jessica Philippe, Martin D. Provencher, Geneviève Belleville
et Guillaume Foldes Busque
Influence de la comorbidité dans le traitement
cognitif-comportemental des troubles anxieux
et de l'humeur

Julie Lane, Louis-Philippe Côté, Jérôme Gaudreault,
Luc Massicotte, Luiza Maria Manceau, Réal Labelle,
Cécile Bardon, Jeanne Bazinet, Jessica Rassy
et Mélanie Rembert

Processus d'élaboration de la nouvelle Stratégie
québécoise numérique en prévention du suicide :
Suicide.ca

ISBN 978-2-9819563-7-8



9 782981 956378