



Institut national de psychiatrie légale Philippe Pinel

# OFFRE DE SERVICE EN SANTÉ MENTALE DANS LES MILIEUX CORRECTIONNELS: ÉTAT DES LIEUX

Réponse rapide

Mai 2026

[Pinel.qc.ca](http://Pinel.qc.ca)



**Forensia**  
Centre de formation  
en santé mentale,  
justice et sécurité



Institut national  
de psychiatrie légale  
**Philippe-Pinel**  
Université  
de Montréal

Cette note informative a été réalisée sous la responsabilité de l'Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé mentale, justice et sécurité (UETMI-SMJS) de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel (INPLPP)

## Équipe de travail

### Professionnels de recherche :

#### **Yuliya Bodryzlova, M.D., Ph. D.**

Agente de planification, de programmation et de recherche, Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé mentale, justice et sécurité, INPLPP

#### **Arianne Imbeault, M. Sc., Ps. Éd.**

Agente de recherche et candidate au doctorat en psychologie (Ph. D.), Université de Montréal

#### **Ashley Lemieux, Ph. D.**

Agente de planification, de programmation et de recherche, Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé mentale, justice et sécurité, INPLPP

### Professionnels de l'information :

#### **Hongyue Pan, M.S.I.**

Bibliothécaire, Centre de documentation Jacques-Talbot, INPLPP

## Conseillers scientifiques

#### **Audrey-Anne Dumas-Michaud, Ph. D.**

Professeure adjointe, Université Laval, École de travail social et de criminologie; chercheuse régulière, Centre de recherche de l'INPLPP et le CRÉMIS

#### **Laurence Roy, Ph. D.**

Professeure agrégée, École de réadaptation, Université de Montréal; chercheuse régulière, Centre de recherche de l'INPLPP et le CREMIS

#### **Marichelle Leclair, Ph. D.**

Professeure adjointe, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec à Ottawa; chercheuse régulière, Centre de recherche de l'INPLPP

## Comité de suivi

#### **Valérie Jodoin, M.D.**

CCMF (MU), Médecin en milieu correctionnel, médecin institutionnel au Centre régional de réception du Service correctionnel du Canada, et médecin-conseil pour le volet médecine correctionnelle au sein de la Communauté de pratique des médecins en dépendance (CPMD)

#### **Geneviève Woods, M. Sc., B.A.A., B. Sc.**

Chargée de projet – PQPTM et programmation à la DMSP, INPLPP

#### **Renée Roy, M.D.**

Psychiatre légiste, INPLPP, Professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie de la Faculté de médecine, Université de Montréal

#### **Mathieu Morel-Bouchard**

criminologue, Directeur adjoint à la Direction des services professionnels – volet mission nationale, affaires médico-légales, programme en santé mentale, en dépendance et en itinérance, INPLPP

#### **Elvira Gallant, M. Sc. Inf.**

Consultante experte, projet trajectoire de services de santé mentale/psychiatrie/psychiatrie légale en milieu carcéral, Direction des services professionnels – volet mission nationale, affaires médico-légales, programme en santé mentale, en dépendance et en itinérance, INPLPP

#### **Myriam Le Blanc, M.D., M. Sc.**

FRCPC, Psychiatre, Cheffe des services externes et carcéraux – INPLPP, Professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal

#### **Mathieu Dufour, M.D.**

Psychiatre légiste et chef du département de psychiatrie, INPLPP, Professeur agrégé de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal

## Demandsurs

#### **Myriam Le Blanc, M.D., M. Sc.**

FRCPC, Psychiatre, Cheffe des services externes et carcéraux – INPLPP, Professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal

#### **Mathieu Dufour, M.D.**

Psychiatre légiste et chef du département de psychiatrie, INPLPP, Professeur agrégé de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal

## Responsable de la demande

#### **Anne Crocker, Ph. D.**

Directrice, Recherche et enseignement universitaire, INPLPP, Chaire de recherche du Canada en santé mentale, justice et sécurité, Professeure titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie et École de Criminologie, Université de Montréal

## Production du rapport

### Édition

Ann-Pierre Raiche

### Correction

Corinne de Vailly

### Mise en page

Eva Brazeau

## Pour citer ce document

Bodryzlova, Y., Imbeault, A., Lemieux, A.J. et Crocker, A.G. (2026). Offre de service en santé mentale dans les milieux correctionnels: état des lieux. Montréal, Québec (Canada) : Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.



Pour des renseignements sur l'UETMI-SMJS et pour consulter nos publications : Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé mentale, justice et sécurité (UETMI-SMJS), Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, 10 905, boul. Henri-Bourassa Est, Montréal (Québec) H1C 1H1, uetmi.smjs.pinel@ssss.gouv.qc.ca , <https://pinel.qc.ca/unite-devaluation-des-technologies-et-modes-dintervention/>

## Déclaration d'intérêts :

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

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

ISBN : 978-2-921483-57-5 (PDF)

Tous droits réservés

© UETMI-SMJS - Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, 2026

# Table des matières

---

<b>Table des matières</b>	<b>1</b>
<b>Contexte</b>	<b>2</b>
Données épidémiologiques	6
Organisation de services, voies d'accès aux soins et hiérarchisation	8
Évaluation et dépistage	11
Intervention	10
Mandat	12
<b>Objectifs du projet</b>	<b>13</b>
<b>Méthodes</b>	<b>14</b>
<b>Résultats</b>	<b>16</b>
Résultats 1: Organisation, subordination et hiérarchisation des soins	17
Résultats 2: Dépistage et diagnostics	22
Résultats 3: Pratiques cliniques	26
<b>Limites</b>	<b>34</b>
<b>Conclusion</b>	<b>35</b>
<b>Annexe</b>	<b>36</b>
<b>Références</b>	<b>44</b>

---

# Contexte

**Au Canada, les personnes condamnées à l'emprisonnement pour une peine d'une durée de deux ans et plus sont détenues au sein des institutions fédérales et celles condamnées à une peine de moins de deux ans, de même que celles en détention préventive (pendant les procédures judiciaires et avant une condamnation) sont détenues dans les institutions provinciales (Vacheret & Lafortune, 2011).**

Pour l'année 2022-2023, le Québec a enregistré 28 592 admissions en détention, avec une population carcérale moyenne quotidienne composée de 1 721,9 détenus condamnés et 2 661,4 prévenus (Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2024). Les résultats d'une méta-analyse de la littérature internationale permettent d'estimer que la proportion de cette population ayant des troubles mentaux se situe entre 12 % et 15 % (Fazel & Seewald, 2012; Pedneault et al., 2023). Néanmoins, la problématique de l'accessibilité aux soins pour cette population est rarement une priorité pour les décideurs (Vacheret & Lafortune, 2011). Pourtant, le principe de parité (Freeman & Pathare, 2005) exige que les personnes ayant un trouble mental en prison aient le même accès aux services que celles de la population générale.

La Stratégie sur la santé mentale en milieu correctionnel au Canada (Un partenariat fédéral-provincial-territorial, 2019) plaide en faveur de l'accès aux services de qualité en détention, incluant l'accessibilité à l'information sur les services disponibles, un personnel soignant qualifié et un plan individualisé de traitement pour chaque personne incarcérée selon ses besoins (incluant pour les personnes ayant un trouble lié à l'usage d'une substance). L'importance de l'accès aux soins d'urgence et au traitement

pharmacologique, ainsi que la création d'environnements propices à la santé mentale ont aussi été soulevées. Bien que le Québec n'ait pas fait partie du développement de la Stratégie, cette dernière peut informer les décisions provinciales. Les pratiques courantes en matière de prise en charge pour les besoins en santé mentale dans les prisons fédérales, toutes sous la responsabilité du Service correctionnel du Canada (SCC), incluent le traitement pharmacologique, les antidépresseurs étant les plus prescrits (23 % des détenus), suivi des antipsychotiques (10 %), des anxiolytiques (6 %), des psychostimulants (4 %) et des stabilisateurs de l'humeur (1 %) (Pedneault et al., 2023). Les prescriptions doivent suivre les recommandations du guide de pratique clinique sur la prescription des médicaments de l'Académie canadienne de psychiatrie et droit (Glancy et al., 2019). La recherche démontre que le traitement antipsychotique réduit le taux de violence dans les prisons, le taux de récidive à la sortie et la réduction des crimes violents en cas de récidive (Pedneault et al., 2023). Une recension de 37 études portant sur les traitements non pharmacologiques en détention, dans le contexte canadien, a mise en évidence une amélioration de symptômes de la dépression, de l'anxiété et de la psychopathologie globale chez les personnes détenues ayant participé à ces

interventions (Yoon, Slade, & Fazel, 2017). Les traitements non pharmacologiques recensés incluent notamment les thérapies comportementales, cognitivo-comportementales et comportementales dialectiques, ainsi que différents programmes ou approches adaptés aux populations correctionnelles, notamment les communautés thérapeutiques, l'approche Raisonnement et Réadaptation (R et R) et le programme *Changing lives and Changing Outcomes* (Pedneault et al., 2023). Parmi ces traitements non pharmacologiques, les approches cognitivo-comportementales ont été reconnues comme les plus prometteuses (Pedneault et al., 2023). Dans les prisons fédérales, les détenus ayant reçu un traitement non pharmacologique sont 9 % moins susceptibles d'être impliqués dans des incidents violents, et on observe une réduction de 30 % des sanctions institutionnelles et de 32 % du recours à l'isolement (Pedneault et al., 2023). Aussi, les détenus ont montré une probabilité plus élevée de terminer des programmes correctionnels (augmentation de 23 %) et des programmes éducatifs (augmentation de 34 %) avant la sortie de prison. Néanmoins, 69 % des détenus recevant un traitement non pharmacologique ne répondent pas aux critères diagnostiques pour un trouble mental et seulement 46 % de ceux qui y répondent reçoivent un traitement non pharmacologique de façon régulière (Pedneault et al., 2023).

La situation est toute autre dans les établissements de détention provinciaux du Québec, notamment en raison des importantes préoccupations soulevées par l'accessibilité aux soins de santé mentale en milieu carcéral, tant chez les cliniciens que chez les gestionnaires et les décideurs (Ministère de la santé et des services sociaux, 2023). L'organisation et le financement des services de santé et de services sociaux offerts dans les établissements de détention provinciaux relevaient, jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2016, du ministère de la Sécurité publique (MSP). Un transfert graduel des responsabilités du MSP vers le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a permis de confier la prestation des services de santé offerts dans les 16 établissements de

détention du Québec aux centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et aux centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) des territoires concernés. Ces transferts ont été finalisés le 1<sup>er</sup> avril 2022. Bien que la responsabilité des soins et services ait été officiellement confiée aux CISSS et CIUSSS des différentes régions, l'offre de services varie considérablement d'une région socio-sanitaire à l'autre. Par conséquent, un nombre significatif de personnes incarcérées ne reçoivent pas les services dont elles ont besoin, ce qui peut entraîner des effets néfastes pendant leur incarcération et au-delà.

Comparativement aux établissements correctionnels fédéraux où les personnes sont condamnées à des peines de détention d'au moins deux ans, les établissements provinciaux accueillent une proportion significative de personnes prévenues, soit environ 40 % (population moyenne quotidienne pour l'an – 2022-2023 de 1721,9 détenus condamnés pour 2 661,4 prévenus (Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2024)). Cela ajoute un niveau de complexité supplémentaire, notamment en raison de la grande variabilité — souvent imprévisible — des durées d'incarcération des personnes en détention préventive, qui peuvent aller de quelques jours à plusieurs années. Le taux de roulement dans ces établissements est également très élevé : environ 75 % des personnes condamnées y purgent une peine de moins de 3 mois, et environ 75 % des prévenus y séjournent moins de 14 jours (Giroux, 2008). De plus, il est fréquent que des personnes incarcérées soient transférées d'un établissement provincial à un autre, selon les décisions des instances correctionnelles. Certaines y séjournent de façon répétée, pour de courtes périodes, limitant la capacité à bien évaluer leurs besoins socio-sanitaires et à leur offrir des services adaptés. De plus, l'état mental des personnes en détention préventive se manifeste souvent par de l'instabilité aiguë, contrairement aux personnes détenues en établissement fédéral, où les enjeux sont plus souvent chroniques et moins aigus (Thienhaus & Piasecki, 2007).

Face à cette problématique, le MSSS, en collaboration avec des partenaires stratégiques (cliniciens, décideurs et utilisateurs de services), souhaite définir un modèle de soins uniforme qui vise le déploiement d'une trajectoire hiérarchisée de soins et services en santé mentale, en psychiatrie et en psychiatrie légale au sein des établissements de détention provinciaux. Il est donc essentiel de définir les outils et procédures associés aux soins non spécialisés (première ligne), tels que l'évaluation à l'admission, la continuité des soins amorcés avant la l'incarcération, le dépistage périodique, l'évaluation au besoin, l'intervention en situation de crise, ainsi que les interventions thérapeutiques et psychosociales. Dans le même contexte, il convient de mettre en place des procédures pour la prestation de soins spécialisés (deuxième ligne) et surspécialisés (troisième ligne), comme le déploiement de lits en psychiatrie dans le système correctionnel et/ou l'aménagement de chambres ou d'unités dédiées aux patients issus des milieux correctionnels dans les hôpitaux psychiatriques. Pour alimenter les politiques futures du Québec en regard de cette problématique, une revue de la littérature internationale est nécessaire.



# Données épidémiologiques

## Une méta-analyse de la prévalence des troubles mentaux graves chez les personnes incarcérées dans 43 pays

a estimé que la prévalence de la dépression était de 12,8 % (intervalle de confiance (IC) à 95 % : 11,1–14,6) et celle de toute forme de psychose de 4,1 % (IC à 95 % : 3,6–4,7). En ce qui concerne les sous-catégories diagnostiques, la prévalence du trouble bipolaire était estimée à 1,7 % (IC à 95 % : 1,0–2,6) et celle des troubles du spectre de la schizophrénie à 3,6 % (IC à 95 % : 1,3–7,1) (Emilian, Al-Juffali, & Fazel, 2025). Au Canada, dans les établissements correctionnels fédéraux, entre 2 % et 5 % des personnes incarcérées présenteraient un trouble psychotique, entre 6 % et 14 % une dépression majeure, 4 % un trouble bipolaire, 44 % un trouble de la personnalité antisociale et 16 % un trouble de personnalité limite. Dans les établissements correctionnels fédéraux situés au Québec, il est estimé que 6 % des personnes incarcérées présentent un trouble psychotique, entre 20 % et 26 % une dépression majeure, entre 7 % et 13 % un trouble bipolaire, 41 % un trouble de la personnalité antisociale et 18 % un trouble de personnalité limite. À titre de comparaison, dans la population générale du Canada, la prévalence de schizophrénie est de 0,51 % (IC à 95% : 0,5 – 0,52), celle du trouble dépressif majeur de 4,39 % (IC à 95 % : 3.23 - 5.94) et celle du trouble bipolaire: 1,1 % (IC à 95 % : 0,89 – 1,31) (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2022).

Les troubles mentaux présents chez les personnes incarcérées peuvent être antérieurs à l'épisode de détention ou s'être développés au cours de l'incarcération. Néanmoins, les données sur l'incidence des troubles mentaux chez les personnes incarcérées sont rares. Andersen et al. (2000) rapportent une incidence annuelle variante de 15 % à 28 % dans une population mixte composée de personnes en détention préventive et de personnes purgeant une peine de moins d'un an. Les troubles les plus fréquemment observés sont les troubles de l'adaptation, les troubles dépressifs et les troubles anxieux. Une incidence plus élevée est associée à certaines variables, notamment le type de confinement (isolement ou non), un nombre moins élevé d'accusations antérieures et à un âge plus avancé.

Les troubles mentaux en milieu carcéral sont associés à de nombreuses conséquences graves, notamment un risque accru de suicide et d'automutilation, une vulnérabilité à la victimisation et à la violence, un risque plus élevé d'itinérance à la sortie de détention, ainsi qu'une morbidité et une mortalité supérieures à celles de la population générale. Le risque de suicide chez les hommes incarcérés est de trois à six fois plus élevé que chez les hommes de la population générale, tandis que chez les femmes incarcérées, ce

risque est encore plus prononcé (Favril, 2021; et al., 2016). Les données sur l'automutilation chez les personnes incarcérées ayant un trouble mental sont rares; néanmoins, chez les personnes incarcérées en général, ce taux est d'environ 5 % chez les hommes et de 20 % chez les femmes (Fazel et al., 2016). La victimisation est aussi une conséquence majeure de l'emprisonnement des personnes ayant un trouble mental. Bien que son ampleur soit difficile à estimer en raison d'un sous-signallement systémique dans les établissements correctionnels, les données disponibles sont préoccupantes (Fazel et al., 2016). Les hommes incarcérés présentant un trouble mental sont 60 % plus susceptibles d'être victimes de violence physique que leurs homologues sans trouble mental (Fazel et al., 2016); ce risque grimpe à environ 70 % chez les femmes (Blitz et al., 2008; Fazel et al., 2016; Walters & Crawford, 2014). Par ailleurs, 23 % de femmes et 8 % des hommes incarcérés ayant un trouble mental rapportent avoir été victimes d'agression sexuelle, un taux trois fois plus élevé que celui observé chez les personnes incarcérées sans trouble mental (Wolff et al., 2007). Enfin, les personnes incarcérées ayant un trouble mental sont plus susceptibles de vivre un épisode d'itinérance à la sortie de détention que celles n'ayant pas de trouble mental, ce qui augmente également leur risque de récidive (Nilsson, Nordentoft, Fazel, & Laursen, 2023). Une étude prospective menée au Danemark a mis en lumière les relations complexes entre la santé mentale, l'itinérance et la récidive criminelle (Nilsson et al., 2023). L'étude montre que l'incarcération augmente le risque d'itinérance après la libération (rapport de taux d'incidence (RTI) : 16,4 (IC à 95 % : 14,8-18,2). La présence d'un diagnostic de trouble mental élève ce qui risque à un RTI de 22,6 (IC à 95 % : 19,7-25,9), tandis que la présence concomitante d'un trouble lié à l'usage de drogues le fait grimper à 25,0 (IC à 95 % : 21,6-28,9). Par ailleurs, le risque de récidive est plus élevé chez les personnes en situation d'itinérance après leur libération que chez celles qui ne le sont pas (RTI : 1,5; IC à 95 % : 1,3-1,7), après ajustement pour le sexe, l'âge et l'année civile (Nilsson et al., 2023).

Les hommes incarcérés avec un trouble mental ont un risque 10 % plus élevé de commettre un acte violent ou d'enfreindre les règles de la prison qu'une personne en détention sans trouble mental. Les antécédents

de violence augmente ce risque de façon significative (Walters & Crawford, 2014). Chez les femmes, le risque d'enfreindre les règles de la prison est 2,2 fois plus élevé; le trouble de consommation concomitant augmente ce risque jusqu'à 2,4 fois de plus (Houser & Welsh, 2014). Il faut noter que certains troubles mentaux sont davantage associés à un risque accru de violence en milieu carcéral (Butler, McNamee, & Kelly, 2022), en particulier les troubles liés à l'usage d'une substance (Arbach-Lucioni, Martinez-García, & Andrés-Pueyo, 2012), certains troubles de la personnalité et certaines distorsions des perceptions (McGuire, 2018).

Les données sur l'association entre la présence d'un trouble mental et la mortalité en milieu carcéral varient selon les pays. Au Royaume-Uni, environ 80 % des décès en prison sont liés à la consommation de substances, et près de 60 % d'entre eux surviennent chez des personnes présentant un trouble mental (Duke, Gleeson, MacGregor, & Thom, 2023). Aux États-Unis, les principales causes de décès en détention sont les maladies cardiaques et le cancer, représentant environ 55 % des cas. Au Canada, le taux de mortalité en prison est plus élevé que dans la population générale, le suicide étant la cause prédominante de mortalité (Kouyoumdjian, Schuler, Matheson, & Hwang, 2016). Bien qu'il n'existe pas de données précises sur l'association entre troubles mentaux et mortalité en milieu carcéral canadien, celle-ci peut être présumée en raison des taux élevés de suicide et des données issues d'autres juridictions. Au Québec, les suicides comptent pour environ 40 % des décès en milieu carcéral (Chesnay et al., 2024).

Une recherche sommaire de la littérature nous permet de cerner quelques éléments centraux à aborder quant à l'offre de services en santé mentale dans les milieux correctionnels, notamment l'organisation des services, les pratiques en matière d'évaluation et de dépistage, ainsi que les interventions existantes.

# Organisation de services, voies d'accès aux soins et hiérarchisation

## **Le Service correctionnel du Canada (SCC) administre des établissements pénitentiaires pour hommes et femmes sur le territoire québécois (Service correctionnel Canada, 2018).**

Parmi ceux-ci, certains hébergent des cliniques ou des unités de soins en santé mentale. De plus, l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel comprend une unité dédiée aux femmes purgeant une sentence fédérale dont les besoins cliniques en santé mentale dépassent la capacité des établissements pénitentiaires, ainsi que trois à cinq lits répartis dans d'autres unités pour des hommes dans une situation similaire.

Les établissements gérés par le SCC fonctionnent en accord avec la Stratégie sur la santé mentale en milieu correctionnel au Canada (Un partenariat fédéral-provincial-territorial, 2019). La Stratégie prévoit la disponibilité de trois niveaux de soins en santé mentale au sein des établissements: les soins primaires, intermédiaires et tertiaires (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2017) – tous ces niveaux sont actuellement offerts au sein des établissements pénitentiaires fédéraux du Québec.

Le Québec compte 18 établissements de détention provinciaux (Lalande, 2014). Tel que nous l'avons précisé précédemment, l'offre de soins en santé mentale aux personnes incarcérées dans les centres de détention provinciaux est une responsabilité du gouvernement provincial (Pedneault et al., 2023). À notre connaissance, il n'y a pas de données disponibles quant à l'accessibilité des soins en santé mentale dans les établissements de détention du Québec. Plusieurs documents ciblant la santé mentale en milieu correctionnel ont toutefois été publiés par divers ministère québécois. La Stratégie nationale de concertation en justice et santé mentale (Ministère de la Justice, 2018), vise à assurer la continuité de soins et à faciliter la réintégration sociale des détenus après la libération. Par ailleurs, le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022) prévoit l'amélioration des services en santé mentale pour les personnes incarcérées, de l'entrée à la sortie de l'établissement de détention, ainsi qu'un accompagnement soutenu des personnes vulnérables lors de leur réinsertion. Le Plan d'action interministériel en itinérance (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021) identifie également le milieu carcéral comme une cible prioritaire d'intervention.

Une étude réalisée dans des pays européens démontre que les voies d'accès aux soins en cas de crise psychotique en milieu carcéral varient considérablement. Les personnes incarcérées peuvent être dirigées vers des hôpitaux en prison, des services médicaux généraux en prison, des hôpitaux médico-légaux ou des établissements psychiatriques généraux. Les niveaux de soins accessibles sont également différents d'un pays à l'autre. Dans certains pays, les soins primaires ou les soins spécialisés ne sont pas accessibles. Finalement, plusieurs pays ne prévoient pas de suivi post-hospitalisation pour les personnes incarcérées, ce qui risque d'augmenter le risque de récidive en situation de crise (Dressing & Salize, 2009).

En 2020-2021, le Conseil de coopération pénologique, la Confédération européenne de la probation (*Confederation of European Probation*) et l'Organisation européenne des services pénitentiaires et correctionnels (EuroPris, *European Organisation of Prison and Correctional Services*) ont commencé à examiner les pratiques de prise en charge des personnes incarcérées ayant troubles mentaux (Brooker & Monteiro, 2021). Le rapport publié à la suite de cet examen constate que dans les pays européens: 93 % d'entre eux ont des politiques gouvernementales point médian quand on peut. <https://www.noslangues-ourlanguages.gc.ca/fr/cles-de-la-redaction/ecriture-de-prise-en-charge-des-personnes-ayant-des-troubles-mentaux-en-prison,-et-63-%-ont-de-telles-politiques-pour-les-personnes-en-probation><sup>1</sup>.

Ce rapport souligne également qu'une formation de sensibilisation aux troubles mentaux est accessible pour les employés des prisons (dans 74 % des pays recensés) et des services de probation (37 % des établissements ayant participé à l'enquête), et que dans la plupart des pays, cette formation est obligatoire. Cependant, il existe très peu de pays où les services en santé mentale dans les prisons et les services de probation sont financés de manière directe. Dans la majorité des

pays, le financement passe par le système de psychiatrie légale.

Les services en santé mentale sont offerts par les ministères de la Justice (de 19 % à 73 % des pays), les ministères de la Santé (de 14 % à 86 % des pays), les organismes non gouvernementaux (de 10 % à 28 %), et d'autres sources (environ 20 %). Les services en santé mentale offrent la possibilité de faire le diagnostic et le traitement des troubles mentaux sur place (83 % en prison, 14 % en probation), d'inviter des spécialistes de la communauté pour poser le diagnostic et d'assurer le traitement (64 % en prison, 11 % en probation), de diriger les personnes vers les services externes (61 % en prison, 83 % en probation), ou de combiner ces trois options (55 % en prison, 19 % en probation). Le dépistage des troubles mentaux se fait au moment de l'arrestation (42 %), des audiences au tribunal (92 %), de l'entrée en prison (86 %) et de la sortie de prison (44 %). Certains pays utilisent des outils validés à cette fin. Le dépistage est réalisé par le personnel des prisons ou des services de probation, d'autres spécialistes de la justice pénale, des infirmiers et infirmières ou des médecins généralistes. Les personnes incarcérées peuvent également demander un dépistage par le personnel de la prison ou de leur propre initiative. Dans certains pays, un dépistage annuel (57 %) ou bisannuel (67 %) des personnes incarcérées est prévu, réalisé par des psychiatres (84 %), des psychologues (78 %) ou des travailleurs sociaux (44 %). De plus, 62 % des prisons ayant répondu à cette question (42/67) disposent d'unités de traitement pour les troubles mentaux. De même, 62 % des services de probation ont la possibilité de diriger des personnes vers des services en santé mentale (Brooker & Monteiro, 2021).

Ce portrait nous informe non seulement sur les services en Europe, mais pourrait également servir de cadre de référence pour l'extraction de données supplémentaires et ainsi guider nos travaux.

<sup>1</sup>Probation = hors de détention ou pendant une période sous conditions dans la communauté.

# Évaluation et dépistage

## **Au Canada, la Stratégie sur la santé mentale en milieu correctionnel (Un partenariat fédéral-provincial-territorial, 2019) propose des actions visant la promotion de la santé mentale,**

le dépistage à l'entrée à la prison et le dépistage périodique avec une évaluation complète et à en référer à un établissement de santé en communauté ou en détention, lorsque cela est approprié. La Stratégie porte une attention spéciale à la prévention du suicide, à la préparation à la sortie de la prison et au soutien dans la communauté pour les détenus ayant un trouble mental. Les outils utilisés dans les prisons fédérales sont le *Brief Jail Mental Health Screen* (Steadman, Scott, Osher, Agnese, & Robbins, 2005) et le *Jail Screening Assessment Tool* (Nicholls, Roesch, Olley, Ogloff, & Hemphill, 2005). Ces outils permettent de détecter 60 % des personnes ayant un trouble mental et 65 % des personnes n'en ayant pas. Le *Computerized Mental Health Intake Screening System* est également utilisé (Service correctionnel Canada, 2021) afin de clarifier l'historique en santé mentale et d'évaluer le risque d'automutilation et les pensées suicidaires, la détresse psychologique et la dépression. Cet outil est utilisé lors de l'admission et permet de classer correctement 75 % des incarcérés avec un trouble mental

et 71 % des personnes incarcérées sans troubles mentaux. Les personnes incarcérées ayant franchi le seuil de signification clinique de cet outil peuvent recevoir une évaluation clinique subséquente (Service correctionnel Canada, 2021).

# Intervention

## **L'intervention en prison vise notamment à améliorer l'état des personnes incarcérées vivant avec un trouble mental grave, à réduire la consommation de substances et à prévenir le suicide et l'automutilation.**

Une méta-analyse indique que l'évaluation de l'efficacité des interventions thérapeutiques en contexte pénitentiaire demeure rare, principalement en raison d'obstacles d'ordre législatif (Favril, 2021; Fazel et al., 2016). Néanmoins, une revue récente donne certaines informations à ce sujet. Par exemple, la yogathérapie a démontré des effets positifs sur les capacités cognitives chez les personnes incarcérées. De plus, plusieurs interventions non pharmacologiques évaluées par essais cliniques en prison ont mis en lumière des effets bénéfiques sur le fonctionnement cognitif, la détresse psychologique, le bien-être ainsi que sur la sévérité des symptômes psychopathologiques. Toutefois, l'éventail complet des traitements pour les troubles liés à l'usage de substances demeure rarement accessible en détention, les interventions se limitant souvent à la gestion de l'intoxication et du sevrage (Fazel et al., 2016). Par ailleurs, certaines revues mettent en évidence des interventions efficaces et adaptées aux réalités des courts séjours, telles que l'intervention SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment, (Belenko,

Hiller, & Hamilton, 2013)). Enfin, les traitements psychothérapeutiques recommandés pour le traitement de différents troubles mentaux, notamment le trouble dépressif, les troubles de la personnalité et les troubles anxieux, sont généralement peu, voire pas accessibles en établissement de détention provincial.

# Mandat

Considérant l'ensemble de ce qui précède, la Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance du ministère de la Santé et des Services sociaux a confié à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel le mandat de contribuer à l'élaboration d'un continuum hiérarchisé des services de santé mentale qui seront offerts en établissement de détention provincial (Ministère de la santé et des services sociaux, 2023). Plus particulièrement, à partir des meilleures pratiques, cela vise à identifier les meilleurs outils de repérage, d'évaluation et d'intervention applicables en contexte carcéral afin de favoriser l'accès aux soins et services de santé mentale requis pour la prise en charge en temps opportun de ces problématiques. Notamment, une partie de ce mandat consiste à procéder à une analyse de la littérature existante sur l'offre de service en santé mentale dans les milieux correctionnels pour les volets suivants : organisation, subordination, hiérarchisation, outils de dépistage et de diagnostic, programmes de traitement et de réhabilitation.

# Objectifs du projet

**Réaliser une recension des écrits des pratiques d'organisation des soins en santé mentale dans les milieux correctionnels en fonction de:**

**Volet 1**

La subordination et l'organisation (p. ex. ministère de la Santé, ministère de la Justice); remboursement des soins (par service, par lignes budgétaires, per capita); incluant la hiérarchisation de soins: organisation en niveau de première, deuxième et troisième lignes, services disponibles à chaque niveau, critères pour le transfert de l'utilisateur entre les niveaux.

**Volet 2**

Des outils de dépistage disponibles, procédures de dépistage en vigueur; évaluation de possible simulation de symptômes.

**Volet 3**

Des pratiques cliniques: pour les populations incarcérées générales et pour des sous-groupes d'intérêt (p. ex. femmes, minorités ethnoculturelles, personnes autochtones).

# Méthodes

## La revue a été réalisée en collaboration avec la bibliothécaire de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.

Les publications révisées par les pairs et les rapports gouvernementaux, en français et en anglais, publiés après 2003 et décrivant les pratiques dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), ont été recherchés. Ces critères ont été appliqués afin de sélectionner des informations récentes, pertinentes et adaptées au contexte d'implantation des résultats. Les bases de données bibliographiques Medline, Embase et PsychINFO ont été consultées. La dernière consultation a eu lieu le 23 janvier 2024. L'équation de recherche a été construite autour de trois concepts : les troubles mentaux, le système de justice pénale, l'organisation et l'offre de services.

Le plan des concepts et l'équation de recherche sont présentés en annexe. La sélection des documents s'est déroulée en trois étapes. Tout d'abord, les références ont été classifiées à l'aide du progiciel revtools (Westgate, 2019) du logiciel d'analyse statistique R. Cet outil d'intelligence artificielle a analysé le contenu des titres et des résumés qu'il a classifiés en regroupements thématiques (clusters), en les décrivant à l'aide de mots-clés. Les paramètres de classification ont été définis comme suit : 10 000 itérations et 7 clusters à décrire. Les 5 % de mots les plus et les moins fréquents ont été exclus de l'analyse. Afin de minimiser le risque d'exclure des publications pertinentes, la classification a été répétée trois fois. Ainsi, trois groupes de mots-clés ont été attribués à chaque référence. Les réviseurs

(YB et AI) les ont ensuite présélectionné en analysant ces trois groupes de mots-clés. Toute référence contenant au moins un mot-clé pertinent a été retenue. La présélection a été réalisée indépendamment par deux réviseurs ; un seul vote suffisait pour les inclure dans l'étape suivante de la sélection. De manière générale, l'utilisation d'outils d'intelligence artificielle pour la présélection de références n'est pas encore formalisée, et la sensibilité ainsi que la spécificité de cette approche restent sujettes à discussion. Une méta-analyse récente menée dans un autre domaine de la santé rapporte une sensibilité de 87 % et une spécificité d'environ 77 % pour les outils d'intelligence artificielle en général (Salinas et al., 2024). C'est précisément cette spécificité relativement faible qui nous a conduits à effectuer trois tours de classification automatisée, afin de concilier la faisabilité de l'étude avec l'amélioration de sa spécificité.

Lors de la deuxième étape, la lecture des titres et des résumés a été effectuée afin d'évaluer leur correspondance avec les critères d'inclusion et d'exclusion. La liste de ces critères est présentée dans le Tableau 1. Notez qu'ils variaient légèrement selon chaque sous-thème d'analyse. Cette différence découle des résultats de notre recherche préliminaire. Celle-ci a montré que les articles révisés par les pairs sur l'organisation des soins étaient rares, tandis que les organismes gouvernementaux et paragouvernementaux fournissaient des informations de qualité et à jour sur le sujet. En revanche, les sujets liés au dépistage et aux pratiques cliniques ont fait l'objet de revues de qualité publiées récemment. Ainsi,

un ajustement des critères de sélection en fonction du type de publication a permis de mieux cibler la recherche. Finalement, les textes sélectionnés ont été lus, et seuls les plus pertinents ont été inclus dans l'analyse finale. Un formulaire d'extraction a été élaboré par l'équipe de travail à la suite de la revue exploratoire de la littérature. Une synthèse narrative des informations a ensuite été préparée. Étant donné la nature du devis de recherche, une évaluation de la qualité méthodologique des articles inclus n'était pas prévue. La sélection des titres et des résumés, ainsi que celle des textes complets, a été gérée dans le logiciel Excel. La gestion des références a été réalisée à l'aide du logiciel EndNote.

**Table 1. Critères d'inclusion et d'exclusion pour sélection de publications.**

Critères	Inclusion	Exclusion
(P) Population	Personnes adultes reconnues coupables d'un délit et condamnées à une incarcération (sentence provinciale ou fédérale) Personnes adultes incarcérées en lien avec une infraction criminelle (incluant dans les établissements désignés comme <i>prisons</i> et <i>jails</i> dans la terminologie américaine) <sup>2</sup>	Adolescents (âge de moins de 18 ans) Personnes en probation ou libérées conditionnellement
(C) Condition	Troubles mentaux	Trouble cognitif, trouble du développement
(C) Contexte	Milieus correctionnels	Personnes dans les institutions de santé ou services sociaux (p. ex. unités de psychiatrie légale)
Types de publication	Littérature révisée par les pairs, rapports gouvernementaux et paragouvernementaux, dissertations, livres Les rapports gouvernementaux et paragouvernementaux, dissertations, livres ont été sélectionnés pour le volet 1 Subordination et organisation La littérature révisée par les pairs a été priorisée pour le volet 2 Outils de dépistage et volet 3 Pratiques cliniques	Éditoriaux, abrégés de conférences

<sup>2</sup>Aux États-Unis, d'où provient la majorité des études recensées, le terme *prison* désigne généralement les établissements accueillant des personnes condamnées à des peines de longue durée, tandis que *jail* réfère à des établissements de détention pour des personnes en attente de procès (prévenus) ou purgeant de courtes peines (habituellement moins de deux ans), selon la juridiction et le type d'établissement.

# Résultats

De 19 654 références, 18 011 demeuraient après la suppression de doublons, et 4 480 ont été retenues pour le repérage des titres et des résumés après les trois tours de classification automatisée. De ce nombre, 323 textes complets ont été lus. La sélection finale inclut 94 publications, dont 22 pour le **volet 1** Organisation, subordination et hiérarchisation des soins, 42 pour le **volet 2** Dépistage et diagnostic, et 30 pour le **volet 3** Pratiques cliniques.

La synthèse narrative des résultats est présentée plus bas, volet par volet.

# Résultats 1: Organisation, subordination et hiérarchisation des soins

## Les résultats du rapport sont organisés comme suit :

principes généraux des soins, modèles de soins; unités fonctionnelles, à la fois internes (celles organisées au sein du système correctionnel) et externes (disponibles dans la communauté); fonctions des unités internes et leurs exigences envers le personnel; et financement.

### 1. Obligations :

certaines principes généraux identifiés guident les interventions et les soins pour les personnes aux prises avec un trouble mental dans les services correctionnels.

Ces principes sont :

Le principe d'équivalence: les personnes ayant des problèmes de santé mentale en prison ont droit à une qualité égale de soins médicaux que celles vivant dans la communauté (règle 24, (United Nations General Assembly, 2015)).

Les autres principes de soins: la sensibilité au genre, l'indépendance du personnel médical vis-à-vis des autorités du système de justice pénale, le consentement et la confidentialité (Groenewegen et al., 2022).

Principes de responsabilité: les organismes responsables qui sont extérieurs au système de justice pénale devraient auditer 1) l'accessibilité et la qualité du dépistage, de l'évaluation, du traitement, de la prévention du suicide et de la planification de la sortie; 2) la qualité de l'adéquation problème-traitement; 3) l'adéquation du personnel; 4) la complétude et la confidentialité des dossiers médicaux (Johnson, et al., 2023). Dans le système de justice pénale, une collecte de données épidémiologiques des problèmes de santé mentale (Verdot et al., 2015), de l'accès aux soins et à la réadaptation (Brooker & Monteiro, 2021) devrait être organisée.

## 2. L'organisation générale des soins varie entre les pays d'une façon importante :

La subordination des services en santé mentale en milieu carcéral varie significativement d'un pays à un autre, pour des raisons plus historiques que cliniques (Brooker & Monteiro, 2021; Groenewegen et al., 2022; Salize, 2005; Völlm et al., 2018). Toutefois, généralement, le ministère de la Santé assure la prestation de soins et la supervision de leur qualité, tandis que le ministère de la Justice/Sécurité publique<sup>2</sup> finance la prestation des services (Groenewegen et al., 2022; Salize, 2005).

Le volume total des soins est calculé à partir des données épidémiologiques locales (Andersen, 2004). Cependant, parfois, les résultats de méta-analyses sont utilisés pour anticiper les besoins en soins. Par exemple, il a été établi que dans les pays développés, au moins 15 % des détenus pourraient avoir besoin de services pour un trouble mental grave comme une psychose ou une dépression majeure (Fazel & Seewald, 2012). À titre d'exemple, pour un nombre annuel de 5 000 personnes incarcérées, et une durée moyenne d'emprisonnement de 9 mois, la capacité de dépistage requis lors de l'admission devrait être calculée comme  $5\,000 / (9/12) = 6\,666$  cas par année, et les services de santé mentale secondaires en prison et après libération devraient pouvoir traiter (6 666 (nombre de nouveaux cas = nombre de cas sortants) \* 0,15 (15 % de prévalence des troubles mentaux dans les prisons)) = 1 000 cas par an.

Les budgets des services de santé mentale en prison et en probation sont planifiés selon les principes per capita et varient entre (le total) 450 000 (Islande) et 20 millions d'euros (Finlande) par an (Brooker & Monteiro, 2021).

Une moyenne de 31,7 professionnels de la santé pour 1 000 personnes incarcérées a été enregistrée en Europe entre 2014 et 2016. Les ratios moyens pour les différentes catégories de personnel pour 1 000 personnes incarcérées étaient : 10,3 pour les médecins généralistes, 1,3 pour les psychiatres et 5,0 pour les psychologues (Groenewegen et al., 2022). La base de données Health in Prisons European Database montre que le nombre de psychiatres en équivalent temps plein pour

1 000 personnes incarcérées, varie considérablement entre les pays, et consiste de 0 au Danemark, 2,12 en Belgique et 2,33 en France. Aucune donnée dans cette base de données n'est disponible pour la Suède, la Norvège, l'Allemagne et le Royaume-Uni.

## 3. Les deux modèles les plus récents de soins ont été identifiés.

Leurs caractéristiques communes sont i) l'intégration de la santé mentale, des dépendances et de certains autres services (p. ex. déficience intellectuelle) et ii) le point d'accès unique aux services;

Le modèle britannique Health and Wellbeing Service Model. Les objectifs principaux de ce modèle sont de fournir un soutien en santé mentale pour les troubles mentaux légers, modérés et graves et d'augmenter le travail conjoint entre les soins secondaires (services spécialisés) en santé mentale, les dépendances et, lorsque nécessaire, les services primaires de santé mentale (Kothari et al., 2022).

Le New Zealand Prison Model of Care (PMOC) a formalisé un modèle multidisciplinaire de traitement communautaire modifié avec un soutien d'urgence sur appel. Les principes de ce modèle incluent le suivi intensif, la continuité des soins, la prestation de services multidisciplinaires et un plus faible nombre de dossiers par intervenant. Les interventions thérapeutiques incluent la gestion des médicaments, la psychoéducation, les thérapies psychosociales, les entretiens motivationnels, la facilitation de l'implication familiale, le traitement des troubles d'usage de drogues ou d'alcool, le soutien en santé physique, l'orientation vers des services spécialisés, la prise en charge des besoins en matière de logement/finances, la satisfaction des besoins éducatifs et le soutien culturel pour les populations autochtones (McKenna et al., 2018).

## 4. Le cadre de prestation des services STAIR (Screening, Triage, Assessment, Intervention, Reintegration: dépistage, triage, évaluation, intervention, réintégration) est utilisé pour organiser les services de santé mentale en prison (Simpson et al., 2021; Skeem, Steadman, & Manchak, 2015).

<sup>3</sup>Bien qu'au Québec les centres de détention relèvent du ministère de la Sécurité publique, il importe de souligner que cette structure administrative varie selon les juridictions. Par exemple, en France et au Royaume-Uni, la gestion des établissements de détention relève du ministère de la Justice. Aux États-Unis, la responsabilité est partagée: les prisons fédérales dépendent du Département of Justice (par le *Federal Bureau of Prisons*), tandis que les établissements d'État (incluant prisons et *jails*) sont généralement sous la responsabilité des départements correctionnels propres à chaque État.

Dépistage, triage et évaluation. Les outils de dépistage doivent évaluer les symptômes de santé mentale (et non uniquement la consommation de substances ou le risque criminogène) et être validés. Les évaluations doivent inclure la santé globale, la consommation d'alcool, la consommation de drogues, la santé mentale, les comportements d'automutilation et le risque de suicide. Le dépistage doit être réalisé dans un environnement sûr, privé et de manière engageante, empathique et sans jugement (Johnson et al., 2023). Les résultats du dépistage et de l'évaluation doivent être utilisés pour guider le choix de traitement et son intensité. L'examen des outils de dépistage est présenté dans la partie 2 du présent document.

### **Intervention**

Avec l'aide d'un intervenant, les usagers choisissent les services les plus appropriés pour leur traitement et leur rétablissement et collaborent activement avec lui/elle lors des procédures de traitement et de réadaptation. Tant les traitements psychosociaux (c'est-à-dire thérapie ou counseling) que les traitements pharmacologiques devraient être disponibles en prison. De manière générale, le traitement doit guider les usagers des services vers le plus haut niveau d'autonomie dont ils sont capables (Johnson et al., 2023). Les services de crise en santé mentale devraient être disponibles 24 heures sur 24. Les adultes présentant un premier épisode psychotique devraient recevoir un traitement dans les 2 semaines suivant leur orientation, afin de réduire la durée de la psychose non traitée. Une description détaillée des interventions est présentée dans la partie 3 de ce rapport.

### **Réintégration**

Les prisons ou les agences communautaires doivent organiser une prise en charge en santé mentale dans la communauté avant la libération d'une personne incarcérée de prison. La documentation médicale de l'usager des services doit être partagée entre lui-même, les prestataires de services communautaires et le personnel de santé mentale en prison. La transition vers la communauté devrait inclure une aide pour un logement permanent et un système de soutien professionnel ou par les pairs permettant à une

personne avec des troubles mentaux de vivre de manière autonome dans la communauté. Les soutiens peuvent inclure un contact régulier avec le personnel, la disponibilité des services de crise ou des services en santé mentale, en consommation de substances, ainsi qu'une aide pour choisir, obtenir et maintenir un emploi. L'accent devrait être mis sur un emploi digne, offrant des salaires compétitifs (Johnson et al., 2023).

### **5. La littérature décrit des services internes (localisés en prison) et des services externes (fournis par des installations situées dans la communauté).**

La grande majorité des prisons européennes accueillent au moins certains services internes (environ 80 % des prisons); les services de probation (environ 80 % des services) s'appuient habituellement sur les équipes externes. Cependant, des modèles mixtes (internes ET externes) sont fréquents ; ils ont notamment été rapportés comme étant mis en place dans environ 50 % des établissements de détention (Brooker & Monteiro, 2021).

Environ 70 % des prisons européennes accueillent une forme quelconque d'unité de santé mentale interne (Brooker & Monteiro, 2021).

#### **Les unités internes incluent:**

Les services de crise en santé mentale, qui devraient être disponibles 24 heures sur 24 (Johnson et al., 2023).

Les soins primaires à l'interne, qui sont souvent fournis par des équipes générales de santé mentale. Ils sont dirigés par une infirmière/infirmière spécialisée/médecin généraliste (Kothari et al., 2022). Ces soignants peuvent effectuer des dépistages et coordonner les activités d'évaluation et de traitement post-dépistage. En outre, ils organisent les communications entre les détenus, les autorités pénitentiaires, les services de santé mentale dans la communauté et d'autres organismes gouvernementaux (Johnson et al., 2023) et fournissent des interventions en prévention primaire et en promotion de la santé.

Les unités des soins secondaires ambulatoires, qui incluent les équipes intermédiaires des services de santé mentale (Kothari et al., 2022) ou des équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM) (McKenna et al., 2018). Celles-ci fournissent des services plus spécialisés et incluent une gamme plus large de spécialistes (p. ex. services en dépendances, psychologie clinique, ergothérapie, orthophonie (Kothari et al., 2022; McKenna et al., 2018)). Les équipes offrent des interventions plus spécialisées: pharmacothérapie (McKenna et al., 2018), psychothérapie, interventions pour troubles liés à l'usage de substances (Kothari et al., 2022; McKenna et al., 2018), éventuellement avec des soins d'urgence (McKenna et al., 2018). Les services sont fournis dans le milieu de vie des usagers (c'est-à-dire que les patients restent dans leurs cellules ou dortoirs); aucun lit n'est réservé à ces équipes.

Les unités secondaires d'hospitalisation (Cohen, Mujica, Gardner, Hwang, & Karmacharya, 2020; Andrew Forrester, 2019). Ces unités peuvent occuper une aile du bâtiment de la prison et inclure des cellules à occupation simple ou double, des espaces ouverts pour des séances de groupe/activités de groupe et des zones techniques/pour le personnel. Les unités de santé mentale aux États-Unis disposent en moyenne de 70 lits et sont dotées de personnel médical et infirmier ainsi que de psychologues, travailleurs sociaux, spécialistes en réadaptation fonctionnelle et comportementale, etc. Un certain nombre d'agents pénitentiaires formés peuvent également participer aux équipes des unités de santé mentale.

Les services psychiatriques tertiaires internes (unités en détention dans les hôpitaux) avec des unités d'urgence et la possibilité d'interventions involontaires (Völlm et al., 2018). Cependant, cette pratique suscite des critiques dans certains cas. La nature des défis de sécurité en troisième ligne des soins psychiatriques est très différente de celle des milieux carcéraux. Les événements (p. ex. une crise d'agression), bien qu'ils puissent présenter des manifestations similaires chez des personnes incarcérées avec et sans trouble mental grave, peuvent nécessiter des approches de résolution distinctes. Par conséquent, la formation du personnel de sécurité doit être adaptée en conséquence (Carroll, Ellis, Aboud, Scott, & Pillai, 2021).

Les unités en détention de soins spécialisés, qui peuvent également inclure des unités pour les patients atteints de démence (Du Toit et al., 2019) et des communautés thérapeutiques (Hiller, 2023; Vandeveld, Broekaert, Yates, & Kooyman, 2004). Ces dernières accueillent généralement des détenus ayant des troubles de la personnalité (communautés thérapeutiques démocratiques) ou de troubles liés à l'usage de substances (communautés thérapeutiques hiérarchiques). Les détails des communautés thérapeutiques sont également fournis dans la section Résultats 3 du présent rapport.

Les services *inreach* comprennent des professionnels de santé et de services sociaux situés en dehors du système de justice pénale et incluent:

La télésanté. Dans les soins primaires ou intermédiaires, elle permet des consultations en santé mentale pour les personnes incarcérées, soit de manière continue, soit à la demande. Dans la période post-COVID, la télésanté (Kois, Cox, & Peck, 2021; Senanayake, Wickramasinghe, Eriksson, Smith, & Edirippulige, 2018; Tian, Venugopalan, Kumar, & Beard, 2021) pour l'évaluation et le traitement a gagné en popularité pour fournir des services de qualité accessibles à moindre coût.

Les hôpitaux communautaires qui peuvent fournir des lits et des services pour le système de justice pénale au niveau des soins secondaires. Dans ce cas, le système de justice pénale assure le niveau de sécurité nécessaire (Völlm et al., 2018).

Les soins pour les personnes qui peuvent nécessiter des interventions involontaires (p. ex. contention, isolement), organisés dans des hôpitaux psychiatriques tertiaires sécurisés spécialisés (Carroll et al., 2021).



# Résultats 2: Dépistage et diagnostics

**1.** Le dépistage est une méthode efficace pour détecter les troubles mentaux dans le système de justice pénale (Martin, Colman, Simpson, & McKenzie, 2013). Combiner l'utilisation d'outils de dépistage validés avec des données des registres de santé et des entretiens diagnostiques permet une détection qualitative des détenus ayant des troubles mentaux dans les prisons et les centres de détention (Morabito & Wilson, 2017).

**2.** Dans l'Union européenne, environ 85 % des détenus ont été dépistés lors de l'admission en prison, et environ 30 % ont été dépistés lors de la préparation à la libération. Pendant leur séjour, les détenus peuvent être dépistés à la demande du personnel médical/pénitentiaire (60 % des prisons), par demande directe (60 % des prisons) ou lors des bilans de santé de routine (60 % des prisons). Environ 45 % des services de probation dépistent leurs clients à l'entrée dans les services (Brooker & Monteiro, 2021).

**3.** Le dépistage doit être effectué par du personnel formé à l'aide d'outils standardisés pour la santé globale, la consommation d'alcool, la consommation de substances, la santé mentale, l'automutilation et le risque suicidaire, et doit être réalisé dans un environnement sûr, privé, engageant, empathique et sans jugement (Johnson et al., 2023; Völlm et al., 2018). Les détenus âgés doivent être dépistés pour des troubles cognitifs (Du Toit et al., 2019). Deux modèles de procédures de dépistage en prison ont été recensés :

Les infirmières de soins primaires utilisent le dépistage standard à l'admission pour évaluer tous les détenus. Les évaluations prennent environ 10 minutes chacune. Si nécessaire, des consultations avec un professionnel sont recommandées. Cette méthode aboutit à environ 30 % de cas acceptés pour prise en charge après un dépistage positif (Brown et al., 2015).

Les patients dépistés positivement par une infirmière de soins primaires sont immédiatement dirigés vers l'infirmière psychiatrique spécialisée. Celle-ci effectue un second niveau de dépistage spécialisé à l'aide d'une entrevue clinique semi-structurée, accompagnée d'une évaluation des antécédents psychiatriques et de la consommation de substances, un examen de l'état mental actuel, un diagnostic probable, les médicaments actuels, les risques pour soi et pour les autres, ainsi qu'une révision des dossiers électroniques de la prison et des antécédents de santé mentale existants. Les détenus dépistés peuvent être orientés directement vers d'autres services ou être dirigés vers des professionnels de santé mentale. L'entretien semi-structuré prend environ 30 minutes à réaliser. Après l'implantation de cette étape, environ 90 % des cas dirigés vers l'équipe médicale de santé mentale ont été acceptés pour prise en charge (Brown et al., 2015).

**4.** Quelles que soient les procédures, les résultats du dépistage doivent être documentés conformément à une procédure écrite qui décrit également les actions à entreprendre après le dépistage si nécessaire (Völlm et al., 2018). Les résultats du dépistage et de l'évaluation sont utilisés pour guider la prescription et l'intensité du traitement (Johnson et al., 2023).

**5.** Les groupes ayant des besoins distincts en matière de dépistage incluent : 1) les personnes ne pouvant s'exprimer dans la langue d'usage de la prison et 2) les personnes sous l'influence de drogues ou d'alcool (Kothari et al., 2022). Les prisons doivent trouver les moyens pour dépister ces populations. De plus, le dépistage des femmes reste un défi. L'effort d'adapter le Brief Jail Mental Health Screen pour les femmes n'a pas réussi : l'outil modifié a montré de piètres résultats comparativement à l'outil original (Steadman et al., 2007).

**6.** Globalement, les outils de dépistage détectent environ 70 % des cas (sensibilité) et 70 % des non-cas (spécificité) des troubles mentaux (Martin et al., 2013).

Les outils les plus utilisés pour détecter globalement les troubles mentaux généraux ou graves incluent le Brief Jail Mental Health Screen (Steadman, Robbins, Islam, & Osher, 2007), le English Mental Health Screen (Evans, Brinded, Simpson, Frampton, & Mulder, 2010), le CORE-10 (O'Connor & Morris, 2019), et le Jail Screening Assessment Tool (Nicholls, Roesch, Olley, Ogloff, & Hemphill, 2005). Le Correctional Mental Health Screen (Ford, Trestman, Wiesbrock, & Zhang, 2009) existe en deux versions : pour femmes et pour hommes. À notre connaissance, aucune publication récente révisée par les pairs ne rapporte les résultats de validation d'une version française d'un outil de dépistage ou la validation d'une traduction d'un tel outil en français.

Les outils de dépistage pouvant être utilisés pour détecter des troubles mentaux concomitants chez les personnes ayant des troubles liés à la consommation de substances sont le Co-Occurring Disorders Screening Instruments (CJDATS) (Duncan et al., 2008; Sacks et al., 2007) ou le Screen for Mental Disorders (Alexander, Haugland, Lin, Bertollo, & McCorry, 2008).

Des outils pour détecter des troubles mentaux spécifiques en prison existent également pour la dépression (Bastiaens & Galus, 2018; E. Butcher et al., 2021; Gallagher, Carbonell, & Gottfried, 2013; Kubiak, Beeble, & Bybee, 2012; Martin, Dorken, Simpson, McKenzie, & Colman, 2014; Proctor, Hoffmann, & Kopak, 2021), l'anxiété (Bastiaens & Galus, 2018; E. Butcher et al., 2021; Kubiak et al., 2012), la manie (Bastiaens & Galus, 2018), le trouble de stress post-traumatique (Guston, Combs, Kopak, Raggio, & Hoffmann, 2019), les troubles de la personnalité (Kelley, Edens, & Douglas, 2018), ou les psychoses (Bastiaens & Galus, 2018; Guston et al., 2019). Cependant, les utiliser pour détecter individuellement chaque condition représenterait une stratégie coûteuse.

Plusieurs outils existent pour soutenir les équipes intégrées en santé mentale pour évaluer : le risque suicidaire (Daigle, Labelle, & Cote, 2006; Drapeau, Blouin, & Guay, 2018; Gould, McGeorge, & Slade, 2018; Horon, McManus, Schmollinger, Barr, & Jimenez, 2013; Perry, Marandos, Coulton, & Johnson, 2010), le risque de violence (Britt, Patton, Remaker, Prell, & Vitacco, 2019; Dickens, O'Shea, & Christensen, 2020; Fazel, Singh, Doll, & Grann, 2012; Nicholls, Ogloff, & Douglas, 2004), le risque d'abus d'alcool (Gamblin, Tobutt, & Patton, 2020) ou le risque d'abus d'opioïdes (Wickersham, Azar, Cannon, Altice, & Springer, 2015).

Des questionnaires pour détecter la simulation de troubles mentaux en prison sont également disponibles (Beaulieu, 2009; J. N. Butcher, Arbisi, Atlis, & McNulty, 2008; Guy & Miller, 2016; McDermott & Sokolov, 2009; Steffan & Morgan, 2008; Steffan, Morgan, Lee, & Sellbom, 2010).

Mesurer la priorité d'intervention pour les problèmes de santé mentale en prison est également possible (Jones et al., 2019).

Lors de la libération, il existe des outils pour dépister la non-conformité au suivi et la traitabilité (Barber-Rioja, Dewey, Kopelovich, & Kucharski, 2012; Desmarais, Van Dorn, Telford, Petrila, & Coffey, 2012) ainsi que le risque de récidive (Ruiz, Cox, Magyar, & Edens, 2014).

Un outil pour la population autochtone a été également validé (Ober et al., 2013).

**7.** Les publications récentes soulèvent la question du manque de lien entre le dépistage ou l'évaluation et le traitement subséquent : les personnes avec des cas détectés peuvent ne pas recevoir des soins (Martin, Potter, et al., 2018; Scheyett, Vaughn, & Taylor, 2009), en particulier certaines catégories de détenus (p. ex. hommes, populations autochtones (Martin, Crocker, et al., 2018)). Ainsi, les pratiques de dépistage devraient être mises en œuvre conjointement avec des pratiques d'évaluation et de gestion clinique des troubles mentaux (Scheyett et al., 2009).



# Résultats 3:

## Pratiques cliniques

Les méta-analyses montrent un effet positif des interventions (en général: traitement pharmacologique, psychothérapie, psychoéducation, etc.) en santé mentale en prison sur les contacts avec le système de la justice pénale suivant la libération, sur le fonctionnement global, sur les symptômes (Martin, Dorken, Wamboldt, & Wootten, 2012), sur la santé mentale en général (Kouyoumdjian et al., 2015; Yoon et al., 2017) et sur la consommation de substances (Kouyoumdjian et al., 2015). Cependant, la taille d'effet de l'amélioration varie entre faible et moyenne. Également, toutes les méta-analyses soulignent une grande hétérogénéité des effets, ce qui signifie que la fidélité de la mise en œuvre et/ou les facteurs contextuels peuvent affecter l'efficacité des interventions thérapeutiques en prison.

Un modèle qui peut orienter le traitement des problèmes de santé mentale en prison est le modèle Risque-Besoin-Réceptivité (Risk-Needs-Responsivity, (Andrews et al., 2011; Skeem et al., 2015; Taxman, 2015). Ce modèle guide l'évaluation du risque de récidive, cible les besoins criminogènes et non criminogènes pour l'intervention, et fournit des outils pour l'engagement actif des détenus dans le traitement (réceptivité).

L'application du modèle Risque-Besoin-Réceptivité pour les groupes subissant une exclusion et une discrimination systématiques nécessite des approches spécialisées. Elles sont décrites par l'approche sensible aux traumatismes (Trauma-informed care (Miller & Najavits, 2012)). Historiquement, cette approche guidait l'évaluation des risques

et l'engagement dans le traitement des femmes, des minorités ethniques et des populations autochtones (Miller & Najavits, 2012). Les données plus récentes montrent clairement que les pratiques sensibles aux traumatismes devraient être systématiquement utilisées auprès des populations en psychiatrie légale et en milieu carcéral présentant des troubles mentaux (Roy et al., 2022).

Les programmes cliniques en prison et en centre de détention peuvent inclure la restauration de l'aptitude à subir son procès, les interventions en soins primaires et secondaires, la coordination du passage à travers les services et la coplanification des sorties.

La restauration des compétences judiciaires en prison (par ex. aptitude à subir son procès) est effectuée lorsque le délai d'attente estimé dans les hôpitaux de psychiatrie légale dépasse 6 mois (aux États-Unis). Le programme exige un aménagement spécial (environnement accueillant, semblable à un hôpital, cellules à un lit) et du personnel spécialisé (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, thérapeutes récréatifs, techniciens en santé comportementale et un directeur de programme). Les critères de sélection incluent un bon fonctionnement prémorbide, des symptômes négatifs, un début insidieux, des antécédents psychiatriques et une réponse antérieure au traitement. Les critères d'exclusion incluent un âge avancé, des accusations de délit mineur, des troubles non psychotiques, des affiliations à des gangs, des barrières linguistiques, des problèmes médicaux majeurs et des troubles neurocognitifs. La stratégie de traitement la plus

fréquente est la médication associée à une récompense pour l'adhésion au traitement. La durée du séjour varie entre 60 et 90 jours (Kirkorsky, Gable, & Warburton, 2020). Des lignes directrices pour la médication involontaire ont également été développées (Mehta & Franco, 2008).

**Les soins primaires sont fournis majoritairement par du personnel non spécialisé:** infirmières, infirmières ou médecins généralistes. Des interventions en prévention primaire et promotion de la santé sont généralement proposées. En outre, le personnel de soins primaires cible le passage des usagers entre les services internes, externes et les organismes communautaires. Les interventions mentionnées dans la littérature sur la prévention primaire et la promotion de la santé sont la prévention du suicide, les interventions de bien-être et de mode de vie, la formation des agents correctionnels et le soutien par les pairs pour le rétablissement.

**Le traitement des troubles mentaux communs:** le programme NHS Talking Therapies (Office for National Statistics (ONS), 2023) (auparavant: Improving Access to Psychological Therapies ou IAPT (A. Forrester, MacLennan, Slade, Brown, & Exworthy, 2014) a été mis en place au Royaume Uni. Son objectif est de rendre disponible l'intervention psychologiques. Plusieurs types de thérapie sont accessibles dans le cadre de ce programme, avec des autosoins guidés qui prend la place prédominante (autour de 50 % de cas). L'intervention se montre accessible aux usagers et démontre un taux élevé d'adhérence.

**Prévention du suicide:** environ 90 % des prisons européennes ont mis en œuvre des programmes de prévention du suicide (Brooker & Monteiro, 2021). Au-delà des interventions cliniques (voir ci-dessous), une cellule de crise de prévention du suicide peut être déployée (Völlm et al., 2018) pour sensibiliser le personnel pénitentiaire au suicide et effectuer les changements environnementaux nécessaires.

**Bien-être et mode de vie sain:** le sport, seul ou intégré dans une intervention plus large, a montré un impact positif sur le bien-être et les symptômes de troubles mentaux (Woods, Breslin, & Hassan, 2017). La disponibilité de services religieux peut représenter un besoin

en santé mentale pour certains détenus (Eytan, 2011).

**Formation des agents correctionnels:** elle vise à sensibiliser à la santé mentale, réduire la stigmatisation et inclure les agents dans les programmes de prévention du suicide (Darani et al., 2023; Oostermeijer, Morgan, Ross, Grimmond, & Reavley, 2023). Les programmes de formation montrent des résultats faibles, mais statistiquement significatifs dans la réduction des attitudes stigmatisantes chez les agents correctionnels (Oostermeijer et al., 2023). Environ 75 % des prisons européennes proposent une formation sur la santé mentale aux agents correctionnels (Brooker & Monteiro, 2021).

**Coordination du passage dans les services**  
La coordination du passage dans les services demande une collaboration avec des services externes facilitant le traitement en prison et après la libération.

#### **Lien avec la communauté**

Environ 90 % des prisons européennes ont mis en place des programmes de réadaptation en lien avec la communauté (Brooker & Monteiro, 2021). Les visites d'organisations communautaires (in-reach), par exemple, dans le cadre de la réadaptation liée à l'usage de substances (Stack et al., 2022), peuvent améliorer la santé mentale des détenus et augmenter les probabilités d'une réintégration réussie dans la communauté.

#### **Engagement familial**

L'engagement actif des familles joue un rôle crucial dans la qualité, l'efficacité et le développement futur des programmes conçus pour soutenir les individus incarcérés ayant des défis en santé mentale. Les formes d'engagement familial incluent les salles de visite adaptées, l'aide au transport, les activités structurées lors des visites familiales, et l'engagement des membres de la famille dans des comités consultatifs. De plus, les familles peuvent être incluses dans le processus de traitement et apporter une aide aux détenus pour le logement, les rendez-vous en santé mentale, le transport et d'autres besoins après la libération (Horn, 2023; Roberts et al., 2017). Environ 45 % des prisons européennes ont mis en œuvre des programmes de réadaptation favorisant l'engagement des familles (Brooker & Monteiro, 2021).

### **Spécialistes en rétablissement par les pairs**

Les spécialistes en rétablissement par les pairs participent à la planification des sorties. Ils relient les détenus aux services sociaux, communautaires et de rétablissement. Ils effectuent des visites (in-reach) dans les prisons et centres de détention, et encouragent et soutiennent les détenus dans le besoin, avant et après leur libération. Recevoir un soutien par les pairs améliore l'utilisation des services communautaires, réduit la consommation de substances et diminue la récidive (Johnson et al., 2023; Stack et al., 2022).

Les règles générales pour les soins secondaires aux États-Unis sont les suivantes: 1) le traitement des troubles mentaux doit être spécifique au diagnostic; 2) la pharmacothérapie et les interventions psychosociales doivent être disponibles en prison; 3) une approche intégrée pour le traitement des troubles mentaux et d'usage de substances doit être mise en œuvre et 4) le traitement du premier épisode psychotique doit débuter dans les deux semaines suivant l'apparition des symptômes (Roberts et al., 2017). Parallèlement, de nombreuses interventions ont été développées et testées pour les populations correctionnelles. Certaines sont générales et s'adressent à tous les détenus tandis que d'autres répondent à des besoins spécifiques, souvent dans des groupes particuliers de détenus.

### **Interventions générales**

Les interventions développées pour toutes les personnes incarcérées abordent la prévention du suicide, les troubles liés à l'usage de substances et les troubles de la personnalité. En outre, elles ciblent l'agression, l'impulsivité et la colère, entraînent les détenus à un comportement prosocial et améliorent leurs compétences (inter)personnelles et d'adaptation. Ces interventions comprennent les traitements pharmacologiques, la thérapie cognitivo-comportementale/dialectique comportementale (individuelle ou en groupe), la thérapie interpersonnelle, la psychoéducation et la formation aux compétences. Certaines interventions ont été conçues pour faciliter la thérapie auprès des populations impliquées dans des crimes (Parisi, Wilson, Villodas, Phillips, & Dohler, 2022). Ces interventions montrent des effets sur la réduction des symptômes psychiatriques, l'adaptation sociale, la résolution de problèmes et la récidive (Grace, 2017; Richardson & Zini, 2021;

Völlm et al., 2018). Les défis et les réactions aux défis peuvent varier de manière significative entre les femmes et les hommes. Ces différences affectent la santé mentale, la criminalisation et doivent donc être prises en compte lors de la conception des interventions de rétablissement et de réinsertion (Miller & Najavits, 2012). Environ la moitié des prisons européennes ont mis en place des interventions sensibles au genre (Brooker & Monteiro, 2021).

### **Interventions développées et testées chez les hommes**

Elles incluent la thérapie dialectique comportementale (Criss & John, 2023; Tomlinson, 2018), la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie assistée par les animaux et la pleine conscience. Ces interventions ciblent le risque suicidaire, l'anxiété, la dépression et le trouble de stress post-traumatique, ainsi que des problèmes comme les croyances irrationnelles, les attitudes dysfonctionnelles, l'agressivité, l'empathie, et les compétences en gestion émotionnelle et en savoir-être. Certains programmes comprennent un module visant à améliorer la mise en œuvre des interventions et l'adhérence au traitement. Les interventions montrent un effet positif sur les symptômes psychiatriques, le temps passé sous surveillance pour risque suicidaire, les blessures dues à la violence, l'adhérence aux traitements médicaux, ainsi que sur les taux d'automutilation et de récidive. En outre, elles ont été associées à une réduction de l'agressivité, une meilleure capacité d'adaptation, une diminution des incidents comportementaux, une augmentation de l'adaptation constructive, une augmentation des interactions sociales et un sentiment de normalité. Parmi les programmes, on trouve des modules manualisés tels que I Can Feel Good; Healing Species, PACE; Feeling Good et Seeking Safety (Criss & John, 2023; Tomlinson, 2018). Au Canada (Ontario), dans certaines prisons à sécurité maximale pour hommes, le programme Forensic Early Intervention Service a été mis en place par une équipe de six psychiatres. Il s'agit d'une intervention de groupe (3-8 personnes). L'intervention vise la gestion du stress, la fixation d'objectifs, la planification de la sortie, la compréhension de la psychose, la prévention des rechutes, la maîtrise de la colère, les médicaments et d'autres domaines connexes (Ghelani, 2020).

Interventions développées et testées chez les femmes. Elles incluent la thérapie dialectique comportementale, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie par le yoga, la thérapie assistée par les animaux, la pleine conscience ou les groupes axés sur les traumatismes. Elles peuvent aborder les symptômes psychiatriques, le risque suicidaire, la régulation émotionnelle, l'auto-efficacité, le fonctionnement quotidien, l'adaptation institutionnelle, les mécanismes d'adaptation, les états d'humeur, le contrôle de soi, le désespoir, l'impulsivité, le locus de contrôle, les compétences et les traumatismes. La thérapie a été associée à une diminution des symptômes psychiatriques (y compris pour le trouble de stress post-traumatique) et des problèmes intériorisés; à une augmentation du fonctionnement quotidien, du fonctionnement institutionnel, des mécanismes d'adaptation, de l'humeur et du contrôle de soi; à une réduction des risques d'automutilation et de comportements violents; à une diminution de l'impulsivité et une meilleure adaptation; ainsi qu'à un meilleur contrôle émotionnel et à une amélioration du locus de contrôle. Les programmes manualisés incluent HoST (Holloway Skills Therapy Program); Planting party; Beyond Violence et Dealing with Feelings Group (Criss & John, 2023; Tomlinson, 2018). Les approches concernant la consommation de substances chez les femmes incluent le soutien de spécialistes dans les domaines de la probation, de la libération conditionnelle, de la supervision communautaire et des soins postcure. Elles comprennent la thérapie cognitivo-comportementale, le suivi d'intensité variable, le mentorat par les pairs (Alcooliques Anonymes, Narcotiques Anonymes) et l'aide à l'autoassistance. Le traitement est significativement associé à une réduction de la consommation de substances, à de meilleurs résultats sociaux et à une meilleure gestion des traumatismes. Les programmes manualisés incluent: Helping Women Recover; Beyond Trauma, Seeking Safety; Female Offender Re-entry Project; Women's HIV Prison Prevention Program; Turning Point; Women's Options for Recovery; Treatment and Health; Forever Free; la version carcérale de Residential Substance Abuse Treatment et le Female Offender Treatment et Employment Program (Adams, Leukefeld, & Peden, 2008; Grace, 2017).

### **Certaines interventions ont été développées pour des groupes d'âge particuliers:**

**Pour les personnes âgées,** les programmes se concentrent sur l'activité physique, sociale et cognitive, la résolution de problèmes sociaux, les connexions sociales positives, la collaboration et la structuration constructive du temps. Ces programmes incluent: des exercices, des massages, des activités professionnelles et des activités de loisir diverses. Ces programmes montrent des effets sur la résilience, la gestion des émotions, les compétences en communication et sociales, un sentiment d'accomplissement et une raison d'être. Les programmes manualisés pour ce groupe incluent: l'évaluation et le plan de santé et de soins sociaux pour les détenus âgés (de l'anglais Older Prisoner Health and Social Care Assessment and Plan ou OHSCAP), Good Vibrations et le protocole de la prison de Rimutaka en Nouvelle-Zélande (Canada, Barrenger, Robinson, Washington, & Mills, 2020; Du Toit et al., 2019; Stewart, Coppard, & Thompson, al., 2023). Les programmes de style de vie actif et sain BE-ACTIV et True Grit (vie structurée) ont été développés pour les hommes âgés, et Art Therapy Workshop, qui aborde l'inclusion et la participation, a été conçu pour les femmes âgées en prison (Canada et al., 2020).

**Jeunes adultes** (de moins de 35 ans): pour les jeunes, les programmes suivants sont décrits: la thérapie dialectique comportementale, la formation aux systèmes pour la prévisibilité émotionnelle (*Systems Training for Emotional Predictability*), l'alternative clinique à la ségrégation punitive (*Clinical Alternative to Punitive Segregation*), la régulation des affects liés au traumatisme (*Trauma Affect Regulation*), la réduction des incidents traumatiques (*Traumatic Incident Reduction*), le cours sur les mécanismes d'adaptation (*Coping Course*), la méditation, les exercices aérobiques et le programme de pleine conscience du *Mind Body Awareness Project*. Ces programmes abordent: la récidive, l'automutilation, les symptômes psychiatriques, la consommation de substances, le fonctionnement, la qualité de vie, les compétences en gestion des émotions et des comportements, les mécanismes d'adaptation et de résolution de problèmes, la sensibilisation aux déclencheurs et aux symptômes, la gestion des réactions liées aux traumatismes, l'orientation vers l'avenir,

la gestion de la culpabilité et de la honte, la perturbation des pensées négatives, la croissance émotionnelle, la cohésion de groupe, l'introspection, l'humeur et l'impulsivité. Ces programmes montrent des effets sur tous les types de récidive, le traumatisme perçu, les symptômes psychiatriques, l'affect, le temps passé sous surveillance pour risque suicidaire, l'automutilation, l'espoir, l'estime de soi, une meilleure autorégulation et une impulsivité réduite. Les programmes manualisés pour ce groupe incluent: Seeking Safety; Helping Women Recover et Beyond the Bridge (Givens, Moeller, & Johnson, 2021; Tomlinson, 2018).

**Certaines interventions ont été développées pour des groupes historiquement exclus, tels que les minorités ethniques, les peuples autochtones et les personnes LGBTQ+.**

**LGBTQ+**

Les preuves mettent en évidence un besoin urgent de formation et d'éducation spécialisées pour le personnel pénitentiaire afin de répondre aux besoins uniques des individus LGBTQ+ et de leurs sous-groupes spécifiques (p. ex. les approches envers les personnes transgenres devraient être différentes de celles envers les femmes homosexuelles). L'absence de telles mesures aggrave leur marginalisation et exacerbe les disparités de santé déjà existantes. Avec une reconnaissance croissante des inégalités de santé auxquelles sont confrontées les populations LGBTQ+, il est essentiel de relever ces défis au sein du système pénitentiaire (Donohue, McCann, & Brown, 2021).

**Minorités culturelles**

Des stratégies fondées sur les preuves sont nécessaires pour améliorer la compétence culturelle dans le système de justice pénale et réduire l'incarcération disproportionnée des personnes racisées. Une collaboration intersectorielle – entre les secteurs de la santé, des services sociaux, de l'éducation et les parties prenantes communautaires – est essentielle pour un changement systémique. Une compréhension approfondie des facteurs sociaux et environnementaux qui conduisent les populations marginalisées vers le système judiciaire est également cruciale (Primm, Osher, & Gomez, 2005).

**Populations autochtones**

Les programmes développés pour les populations autochtones incluent Ending Offending et Tupiq (programme inuit pour la délinquance sexuelle). Des cérémonies (Navajo Sweat Lodge Ceremonies) peuvent également prendre une place centrale ou complètement périphérique à un modèle de soins. Ces programmes abordent l'abus d'alcool, la réduction des méfaits, et la récidive en matière de délinquance sexuelle. La participation à ces programmes et aux cérémonies est associée à une certaine diminution de la consommation d'alcool et à des taux significativement plus faibles de récidive générale et violente (Perdacher, Kavanagh, & Sheffield, 2019).

Le programme Babiin-Miyagang (parentalité) a été développé pour les hommes, et les cérémonies de la Native Sisterhood ont été conçues pour les femmes. Ces programmes abordent les compétences parentales et de leadership, la découverte de soi et l'exploration de l'héritage autochtone des participants, la possibilité de transformer la honte liée à cet héritage en fierté grâce aux cérémonies, le besoin de soutien culturel après la libération, ainsi que les préoccupations liées à la discrimination et à l'exclusion persistantes après la libération. Aucun résultat quantitatif n'a été rapporté, mais les thèmes qualitatifs ont mis en lumière la valeur des espaces culturellement sécurisants pour la réflexion, la guérison émotionnelle et le bien-être holistique, avec le soutien de praticiens et d'aînés autochtones (Perdacher et al., 2019).

Au Canada, l'initiative Healing Lodges offre aux personnes incarcérées d'origine autochtone des services adaptés à leurs besoins, intégrant des approches culturelles et spirituelles. Gérées par les communautés autochtones, ces lodges sont des lieux, entre autres, de réflexion, d'échange et de connexion aux valeurs, aux traditions et aux pratiques de guérison ancestrales. En favorisant un environnement respectueux des savoirs autochtones, elles visent à soutenir la réhabilitation et la réinsertion sociale des détenus dans leur communauté (Faruqui, Tjong, Boutros, Stutz, & Mashford-Pringle, 2024; Nielsen, 2016).

## **Interventions pour conditions spécifiques:**

### **Les troubles concomitants liés à la consommation**

Les troubles concomitants liés à la consommation de substances peuvent être pris en charge par un traitement pharmacologique, notamment par agonistes opioïdes (TAO) (Grella, Ostile, Scott, Dennis, & Carnavale, 2020; Komalasari, Wilson, & Haw, 2021). L'administration orale régulière de médicaments agonistes opioïdes à action prolongée est considérée comme une intervention efficace, fondée sur des données probantes, pour les personnes dépendantes aux opioïdes et pour la prévention de la transmission du VIH chez les usagers de drogues par injection en milieu carcéral (Patapis & Nordstrom, 2006). Notamment, certaines études montrent des réductions de l'usage illicite d'opioïdes entre 62 % et 91 %, et la réduction du partage de seringues et d'aiguilles entre 47 % et 73 %, ainsi que la diminution du taux de l'usage des drogues par injection entre 55 % et 75 %. Les programmes de TAO après la libération ont également démontré qu'ils réduisent la probabilité de rechute vers l'usage d'opiacés du marché noir, et donc le risque de réincarcération. Toutefois, l'application des agonistes d'opioïdes peut faire face à la résistance de la part de décideurs, et le manque de fidélité de l'utilisation de la part d'intervenants. La mise en œuvre des agonistes d'opioïdes doit donc intégrer les activités de formation, de contrôle et de transfert de connaissances (Grella et al., 2020; Komalasari et al., 2021).

Les interventions dites légères incluent la formation à la pleine conscience (mindfulness) (Moyes, Heath, & Dean, 2016), qui montre certains effets dans le traitement des troubles concomitants, de la dépendance aux substances et des symptômes de troubles mentaux.

Des approches plus radicales comprennent le traitement dans des communautés thérapeutiques hiérarchiques ou modifiées (Hierarchical or Modified Therapeutic Communities) (Peters, Young, Rojas, & Gorey, 2017). Les communautés thérapeutiques modifiées proposent des programmes de psychoéducation, de gestion médicamenteuse, et l'utilisation de traitements intégrés pour troubles concomitants (Integrated Dual Disorder Treatment) pour aborder

simultanément la consommation de substances, les troubles mentaux, et les pensées ou comportements criminels. Ces approches montrent une réduction plus importante de la consommation de substances, une amélioration du fonctionnement psychologique et une baisse de la récidive, comparées aux communautés thérapeutiques hiérarchiques (Peters et al., 2017).

Malgré les programmes développés pour la **délinquance sexuelle** (par exemple, le Sex Offender Treatment and Evaluation Project basé sur la thérapie cognitivo-comportementale, le Core Sex Offender Treatment Programme, et les traitements pharmacologiques), leur efficacité est soit limitée, soit nécessite d'être évaluée (Völlm et al., 2018)

**Coplanification de la sortie.** La sortie de prison doit être soigneusement planifiée par les équipes de santé mentale des établissements pénitentiaires (Völlm et al., 2018). Elles devraient évaluer les besoins individuels, examiner la situation de la personne incarcérée et les services disponibles dans la communauté, aider la personne à choisir les services auxquels elle souhaite avoir recours et contacter les services choisis pour organiser la sortie (Johnson et al., 2023).

La planification de la sortie inclut une évaluation des besoins sociaux et le lien des détenus avec des soutiens en matière d'emploi, de logement, de gestion des dettes, ainsi qu'une aide dans les relations avec les membres de la famille, les enfants ou la communauté élargie (Brooker & Monteiro, 2021). La réussite de l'intégration dépend largement de l'intégrité et de la cohérence des interventions en santé mentale, en soutien social et en justice pénale (Draine, Wolff, Jacoby, Hartwell, & Duclos, 2005).

Les interventions destinées aux personnes incarcérées atteintes de troubles mentaux sont dispensées avant la sortie, après la sortie ou pendant toute la période de transition. Elles peuvent inclure la gestion de cas (soutien et accompagnement), les références aux services (aide pour obtenir l'accès aux soins) ou l'intervention psychosociale (Hopkin, Evans-Lacko, Forrester, Shaw, & Thornicroft, 2018). Dans ce dernier cas, les équipes de probation incluent des spécialistes tels que des psychologues, des psychoéducateurs, etc. Les programmes d'intervention ciblent la

santé mentale et, parfois, la consommation de substances (Hopkin et al., 2018). Les utilisateurs de ces interventions présentent un taux élevé d'utilisation des services de santé mentale et un taux diminué d'infractions après la libération (Hopkin et al., 2018).

Deux modèles principaux d'intervention pour la période de transition entre l'incarcération et la vie autonome dans la communauté sont décrits : les équipes de suivi dans le milieu (SIM) forensiques et l'intervention en période critique (Galletta, Fagan, Shapiro, & Walker, 2021; Smith-Merry, Damian, Kirsty, & and Clenaghan, 2019). Les caractéristiques communes à ces approches sont les suivantes : l'engagement d'une équipe pluridisciplinaire, la disponibilité des intervenants 24 heures sur 24, et l'attention portée aux aspects médicaux et sociaux du rétablissement. Toutefois, les programmes diffèrent en termes de durée et d'objectifs principaux. Le programme SIM forensique est de durée indéterminée, tandis que la durée de l'intervention en période critique est typiquement de 9 mois. Les objectifs de l'intervention en période critique sont plutôt sociaux : éviter l'itinérance; tandis que le programme de suivi intensif vise des objectifs médicaux et sociaux (Galletta et al., 2021; Smith-Merry et al., 2019). Les deux programmes ont montré leur efficacité pour les résultats médicaux, criminologiques et sociaux, incluant assurer la stabilité résidentielle. Néanmoins, leurs coûts et les barrières administratives empêchent leur mise en place à plus grande échelle (Smith-Merry et al., 2019).

La préparation à la sortie doit être adaptée aux besoins des personnes les plus vulnérables, notamment celles à risque d'itinérance. À l'échelle mondiale, plusieurs stratégies ont été proposées ou mises en œuvre pour atténuer les effets mutuels de la santé mentale et de l'histoire de judiciarisation, ainsi que les risques d'instabilité résidentielle.

Au Québec, les personnes incarcérées ayant des troubles mentaux devraient être dirigées au Guichet d'accès en santé mentale (GASM) (Royet al., 2023). Les GASM doivent communiquer avec la Société de criminologie du Québec afin de développer des interventions adaptées. Les agents pivots itinérance – justice, rattachés au milieu communautaire, doivent offrir un accompagnement à ces personnes (Roy et al., 2023). La préparation à la sortie doit inclure de l'aide pour la recherche de logement (Roy et al., 2023).

Au Royaume-Uni, l'intervention The Engager consiste en un service de préparation à la sortie carcérale et de soutien pendant 3 à 5 mois après la sortie pour les personnes incarcérées ayant des troubles mentaux. Dans ce cadre, le praticien aide le participant à planifier sa vie après la sortie, lui fournit des séances de psychoéducation et l'oriente vers les ressources extérieures et les réseaux sociaux auxquels il appartient (Byng et al., 2023).



# Limites

**Malgré la portée importante des résultats, ce rapport présente certaines limites associées au devis de recherche, à la méthode de présélection des titres et des résumés, ainsi qu'aux critères d'inclusion et d'exclusion. Ces limites devraient être considérées au moment de l'interprétation des résultats.**

**Devis:** revue rapide, un seul examinateur, ce qui peut entraîner des biais ou des inexactitudes dans la sélection et l'extraction des données. Pour pallier cette limite, les membres du comité scientifique et de suivi ont procédé à une lecture rigoureuse du rapport. L'équipe de rédaction a apporté les corrections nécessaires à la suite des commentaires.

**Présélection des titres et des résumés:** l'utilisation d'un outil d'apprentissage automatique pour la sélection des publications pourrait avoir entraîné l'omission de certaines références pertinentes. Pour limiter cet effet, des recherches supplémentaires ponctuelles ont été effectuées.

**Critères d'inclusion et d'exclusion:** les critères retenus, notamment ceux liés à la langue de publication, peuvent avoir renforcé un « biais de Commonwealth » en psychiatrie légale. En effet, les rapports gouvernementaux ne sont pas systématiquement publiés en anglais. En raison de contraintes temporelles, aucune stratégie additionnelle n'a été mise en place pour contrer cette limite.

# Conclusion

## **Organisation, subordination et hiérarchisation des soins**

La littérature décrit les principaux modèles d'organisation des soins en psychiatrie correctionnelle. Une consultation avec les parties prenantes pourrait guider les décideurs dans la sélection du modèle le mieux adapté aux réalités du Québec.

## **Dépistage et diagnostics**

Les outils de dépistage démontrent une capacité acceptable à détecter correctement les cas et les non-cas de troubles mentaux, du moins dans une population carcérale générale. Néanmoins, la validation de ces outils en français, dans le contexte québécois, pourrait améliorer la qualité du dépistage. Les procédures à suivre après la détection d'un trouble mental devront être clairement définies.

## **Pratiques cliniques**

Les données probantes sur l'efficacité de divers programmes cliniques sont accessibles. Le choix des programmes à mettre en place doit être fait en concertation avec les parties prenantes. Néanmoins, la préparation à la sortie est essentielle pour assurer une réinsertion sociale réussie des personnes libérées.

# Annexe

## Annexe 1. Plan de concepts

Concept	Organisation de services	Santé mentale	Milieus correctionnels
Vocabulaire libre	Organis* or Organiz* or Coordinat* or Service* or Screening or Interven* or Evaluat* or Rehab* or Reintegrat* or Assess* or Care*).	mental health or (mental* adj3 (disorder* or ill* or problem* or disease*)) or psychiatr*	correctional or prison* or imprisonment or custod* or incarcerat* or inmate* or jail* or detention* or detaine* or penitentiari
Vocabulaire contrôlé (Entrée dans Embase)	exp patient care or health care facilities and services/ or exp health service/ or exp health care management/ or health care organization/ or exp health care system/ or exp professional practice/ or exp health care quality/	mental disease/ or exp addiction/ or adjustment disorder/ or exp anxiety disorder/ or exp behavior disorder/ or exp dissociative disorder/ or exp emotional disorder/ or exp experimental mental disease/ or hikikomori/ or exp mood disorder/ or exp neurosis/ or exp personality disorder/ or exp psychosexual disorder/ or exp psychosis/ or exp psychosomatic disorder/ or exp psychotrauma/ or exp schizophrenia spectrum disorder/ or exp thought disorder/ or psychiatry/ or cultural psychiatry/ or emergency psychiatry/ or forensic psychiatry/ or gerontopsychiatry/ or liaison psychiatry/ or neuropsychiatry/ or psychosomatics/ or social psychiatry/ or telepsychiatry/ or mental health/	correctional facility/ or detention center/ or prisoner/

## Annexe 2. Équation de recherche

### Database (OVID):

Embase <1974 to 2024 January 23>

#	Query	Results from 24 Jan 2024
1	(Organis* or Organiz* or Coordinat* or Service* or Screening or Interven* or Evaluat* or Rehab* or Reintegrat* or Assess* or Care*).ab,ti.	14,513,730
2	exp patient care/	1,048,672
3	health care facilities and services/ or exp health service/ or exp health care management/ or health care organization/ or exp health care system/ or exp professional practice/ or exp health care quality/	10,177,065
4	1 or 2 or 3	18,981,824
5	(mental health or (mental* adj3 (disorder* or ill* or problem* or disease*)) or psychiatr*).ab,ti.	687,635
6	mental health/	217,816
7	mental disease/ or exp addiction/ or adjustment disorder/ or exp anxiety disorder/ or exp behavior disorder/ or exp dissociative disorder/ or exp emotional disorder/ or exp experimental mental disease/ or hikikomori/ or exp mood disorder/ or exp neurosis/ or exp personality disorder/ or exp psychosexual disorder/ or exp psychosis/ or exp psychosomatic disorder/ or exp psychotrauma/ or exp schizophrenia spectrum disorder/ or exp thought disorder/	2,500,236
8	psychiatry/ or cultural psychiatry/ or emergency psychiatry/ or forensic psychiatry/ or gerontopsycwhiatry/ or liaison psychiatry/ or neuropsychiatry/ or psychosomatics/ or social psychiatry/ or telepsychiatry/	125,546
9	5 or 6 or 7 or 8	2,800,238
10	(correctional or prison* or imprisonment or custod* or incarcerat* or inmate* or jail* or detention* or detainee* or penitentiary*).ab,ti.	56,852
11	correctional facility/ or detention center/	3,196
12	prisoner/	19,077
13	10 or 11 or 12	61,436
14	(child* or preschool* or pre-school* or adolescen* or preadolescenc* or pre-adolescenc* or juvenil* or teen* or preteen* or pre-teen* or underage* or under-age* or minors or girl* or boy*).ab,ti.	2,653,016
15	juvenile/ or exp adolescent/ or exp child/	4,050,872
16	14 or 15	4,707,526
17	4 and 9 and 13	17,902
18	17 not 16	13,060
19	limit 18 to yr=2004 - 2024	10,115

**Database (OVID):**

Ovid MEDLINE(R) ALL &lt;1946 to January 23, 2024&gt;

#	Query	Results from 24 Jan 2024
1	(Organis* or Organiz* or Coordinat* or Service* or Screening or Interven* or Evaluat* or Rehab* or Reintegrat* or Assess* or Care*).ab,ti.	10,816,540
2	exp Patient Care/	1,133,722
3	exp health services/ or exp health planning/ or health services administration/ or exp intersectoral collaboration/ or exp organization and administration/ or exp patient care management/ or exp quality of health care/ or exp delivery of health care/ or exp health services research/ or exp quality assurance, health care/	10,284,015
4	1 or 2 or 3	16,059,404
5	(mental health or (mental* adj3 (disorder* or ill* or problem* or disease*)) or psychiatr*).ab,ti.	527,116
6	Mental Health/	65,053
7	mental disorders/ or exp anxiety disorders/ or exp disruptive, impulse control, and conduct disorders/ or exp dissociative disorders/ or exp elimination disorders/ or exp feeding and eating disorders/ or exp mood disorders/ or motor disorders/ or neurotic disorders/ or exp paraphilic disorders/ or exp personality disorders/ or exp schizophrenia spectrum and other psychotic disorders/ or exp sexual dysfunctions, psychological/ or exp sleep wake disorders/ or exp somatoform disorders/ or exp substance-related disorders/ or exp trauma and stressor related disorders/	1,075,964
8	psychiatry/ or biological psychiatry/ or community psychiatry/ or exp forensic psychiatry/ or geriatric psychiatry/ or neuropsychiatry/ or orthopsychiatry/ or psychoanalysis/ or psychosomatic medicine/	103,006
9	Mentally Ill Persons/	6,446
10	5 or 6 or 7 or 8 or 9	1,428,427
11	(correctional or prison* or imprisonment or custod* or incarcerat* or inmate* or jail* or detention* or detain* or penitentiary*).ab,ti.	46,101
12	exp Correctional Facilities/	11,726
13	Prisoners/	18,512
14	11 or 12 or 13	53,559
15	(child* or preschool* or pre-school* or adolescen* or preadolescen* or pre-adolescen* or juvenil* or teen* or preteen* or pre-teen* or underage* or under-age* or minors or girl* or boy*).ab,ti.	2,089,992
16	adolescent/ or exp child/ or minors/	3,406,342
17	15 or 16	4,075,194
18	4 and 10 and 14	16,126
19	18 not 17	10,889
20	limit 19 to yr=2004 - 2024	7,534

**Database (OVID):**

APA PsycInfo &lt;1806 to January Week 3 2024&gt;

#	Query	Results from 24 Jan 2024
1	(Organis* or Organiz* or Coordinat* or Service* or Screening or Interven* or Evaluat* or Rehab* or Reintegrat* or Assess* or Care*).ab,ti.	2,394,183
2	exp health care services/	302,862
3	exp Health Care Administration/	3,669
4	1 or 2 or 3	2,444,001
5	(mental health or (mental* adj3 (disorder* or ill* or problem* or disease*)) or psychiatr*).ab,ti.	525,225
6	mental health/	93,898
7	mental disorders/ or exp affective disorders/ or exp anxiety disorders/ or exp behavior disorders/ or exp bipolar disorder/ or exp borderline states/ or exp chronic mental illness/ or exp dissociative disorders/ or exp eating disorders/ or exp mental disorders due to general medical conditions/ or exp neurosis/ or exp obsessive compulsive disorder/ or exp paraphilias/ or exp personality disorders/ or exp psychosis/ or exp serious mental illness/ or exp sleep wake disorders/ or exp somatoform disorders/ or exp stress and trauma related disorders/ or exp substance related and addictive disorders/ or exp thought disorders/	791,600
8	psychiatry/ or addiction psychiatry/ or biological psychiatry/ or community psychiatry/ or consultation liaison psychiatry/ or forensic psychiatry/ or geriatric psychiatry/ or neuropsychiatry/ or orthopsychiatry/ or social psychiatry/ or telepsychiatry/ or transcultural psychiatry/	47,699
9	mentally ill offenders/	4,603
10	5 or 6 or 7 or 8 or 9	1,091,857
11	(correctional or prison* or imprisonment or custod* or incarcerat* or inmate* or jail* or detention* or detainee* or penitentiary*).ab,ti.	56,960
12	correctional institutions/ or prisons/	11,702
13	incarcerated/	11,950
14	11 or 12 or 13	58,199
15	(child* or preschool* or pre-school* or adolescen* or preadolescenc* or pre-adolescenc* or juvenil* or teen* or preteen* or pre-teen* or underage* or under-age* or minors or girl* or boy*).ab,ti.	1,017,410
16	4 and 10 and 14	14,502
17	16 not 15	10,704
18	limit 17 to yr=2004 - 2024	7,735

**Database (OVID):**

EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews &lt;2005 to January 17, 2024&gt;

EBM Reviews - ACP Journal Club &lt;1991 to December 2023&gt;

EBM Reviews - Database of Abstracts of Reviews of Effects &lt;1st Quarter 2016&gt;

EBM Reviews - Cochrane Clinical Answers &lt;December 2023&gt;

EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials &lt;December 2023&gt;

EBM Reviews - Cochrane Methodology Register &lt;3rd Quarter 2012&gt;

EBM Reviews - Health Technology Assessment &lt;4th Quarter 2016&gt;

EBM Reviews - NHS Economic Evaluation Database &lt;1st Quarter 2016&gt;

#	Query	Results from 24 Jan 2024
1	(Organis* or Organiz* or Coordinat* or Service* or Screening or Interven* or Evaluat* or Rehab* or Reintegrat* or Assess* or Care*).ab,ti.	1,332,402
2	(mental health or (mental* adj3 (disorder* or ill* or problem* or disease*)) or psychiatr*).ab,ti.	56,856
3	(correctional or prison* or imprisonment or custod* or incarcerat* or inmate* or jail* or detention* or detain* or penitentiari*).ab,ti.	2,589
4	(child* or preschool* or pre-school* or adolescen* or preadolescenc* or pre-adolescenc* or juvenil* or teen* or preteen* or pre-teen* or underage* or under-age* or minors or girl* or boy*).ab,ti.	195,753
5	1 and 2 and 3	500
6	5 not 4	381
7	limit 6 to yr=2004 - 2024 [Limit not valid in DARE; records were retained]	352

**Database (EBSCOhost):**  
CINAHL Complete

#	Query	Results from 24 Jan 2024
1	TI ( Organis* or Organiz* or Coordinat* or Service* or Screening or Interven* or Evaluat* or Rehab* or Reintegrat* or Assess* or Care* ) OR AB ( Organis* or Organiz* or Coordinat* or Service* or Screening or Interven* or Evaluat* or Rehab* or Reintegrat* or Assess* or Care* )	3,120,747
2	(MH Patient Care+)	934,780
3	(MH Facilities, Labor Supply and Services) OR (MH Health Services+) OR (MH Health Services Administration) OR (MH Health Care Delivery+) OR (MH Quality of Health Care+) OR (MH Professional Practice+) OR (MH Organizational Structure+)	2,297,514
4	1 OR 2 OR 3	4,403,623
5	TI ( mental health or (mental* adj3 (disorder* or ill* or problem* or disease*)) or psychiatr* ) OR AB ( (mental health or (mental* adj3 (disorder* or ill* or problem* or disease*)) or psychiatr* )	222,642
6	(MH Mental Health)	60,352
7	(MH Mental Disorders) OR (MH Adjustment Disorders+) OR (MH Neurotic Disorders+) OR (MH Organic Mental Disorders+) OR (MH Paraphilias+) OR (MH Personality Disorders+) OR (MH Pregnancy Complications, Psychiatric+) OR (MH Psychophysiologic Disorders+) OR (MH Sexual Dysfunction, Psychological) OR (MH Psychotic Disorders+) OR (MH Substance Use Disorders+)	560,724
8	(MH Psychiatry) OR (MH Forensic Psychiatry+) OR (MH Geriatric Psychiatry) OR (MH Biological Psychiatry) OR (MH Psychoanalysis)	17,011
9	(MH Mentally Ill Offenders)	2,021
10	5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9	707,460
11	TI ( correctional or prison* or imprisonment or custod* or incarcerat* or inmate* or jail* or detention* or detainee* or penitentiary* ) OR AB ( correctional or prison* or imprisonment or custod* or incarcerat* or inmate* or jail* or detention* or detainee* or penitentiary* )	23,094
12	(MH Correctional Facilities)	7,226
13	(MH Prisoners)	10,372
14	11 OR 12 OR 13	26,953
15	TI ( child* or preschool* or pre-school* or adolescen* or preadolescen* or pre-adolescenc* or juvenil* or teen* or preteen* or pre-teen* or underage* or under-age* or minors or girl* or boy* ) OR AB ( child* or preschool* or pre-school* or adolescen* or preadolescen* or pre-adolescenc* or juvenil* or teen* or preteen* or pre-teen* or underage* or under-age* or minors or girl* or boy* )	796,764
16	(MH Adolescence+) OR (MH Child+)	1,130,205
17	15 OR 16	1,391,694
18	4 AND 10 AND 14	7,653
19	18 NOT 17	5,362
20	Limiters - Publication Date: 20040101-20241231	4,864

### Annexe 3. Liste des pays représentés dans la recension

Allemagne	Israël
Australie	Italie
Autriche	Japon
Belgique	Lettonie
Canada	Lituanie
Chili	Luxembourg
Colombie	Mexique
Corée	Norvège
Costa Rica	Nouvelle-Zélande
Danemark	Pays-Bas
Espagne	Pologne
Estonie	Portugal
États-Unis	République slovaque
Finlande	Royaume-Uni
France	Slovénie
Grèce	Suède
Hongrie	Suisse
Irlande	Tchéquie
Islande	Turquie

Source : <https://www.oecd.org/fr/about/members-partners.html>



# Références

- Adams, S., Leukefeld, C., & Peden, A. (2008). Substance abuse treatment for women offenders: a research review. *Journal of Addictions Nursing, 19*(2), 61-75.
- Alexander, M. J., Haugland, G., Lin, S. P., Bertollo, D. N., & McCorry, F. A. (2008). Mental Health Screening in Addiction, Corrections and Social Service Settings: Validating the MMS. *International Journal of Mental Health and Addiction, 6*(1), 105-119. doi:10.1007/s11469-007-9100-x
- Andersen, H. S. (2004). Mental health in prison populations. A review--with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatr Scand Suppl, 110*(424), 5-59. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00436\_2.x
- Andersen, H. S., Sestoft, D., Lillebaek, T., Gabrielsen, G., Hemmingsen, R., & Kramp, P. (2000). A longitudinal study of prisoners on remand: psychiatric prevalence, incidence and psychopathology in solitary vs. non-solitary confinement. *Acta Psychiatr Scand, 102*(1), 19-25. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.102001019.x
- Andrews, D. A., Bonta, J., & 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. doi:10.1177/0093854811406356
- Arbach-Lucioni, K., Martínez-García, M., & Andrés-Pueyo, A. (2012). Risk Factors for Violent Behavior in Prison Inmates: A Cross-Cultural Contribution. *Criminal Justice and Behavior, 39*(9), 1219-1239. doi:10.1177/0093854812445875
- Barber-Rioja, V., Dewey, L., Kopelovich, S., & Kucharski, L. T. (2012). The Utility of the HCR-20 and PCL:SV in the Prediction of Diversion Noncompliance and Reincarceration in Diversion Programs. *Criminal Justice and Behavior, 39*(4), 475-492. doi:10.1177/0093854811432609
- Bastiaens, L., & Galus, J. (2018). The DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure as a Screening Tool. *Psychiatr Q, 89*(1), 111-115. doi:10.1007/s11126-017-9518-7
- Beaulieu, A. C. (2009). Development of a malingering screening tool for female inmates. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 69*(7-B), 4476.
- Belenko, S., Hiller, M., & Hamilton, L. (2013). Treating substance use disorders in the criminal justice system. *Curr Psychiatry Rep, 15*(11), 414. doi:10.1007/s11920-013-0414-z
- Blitz, C. L., Wolff, N., & Shi, J. (2008). Physical victimization in prison: the role of mental illness. *Int J Law Psychiatry, 31*(5), 385-393. doi:10.1016/j.ijlp.2008.08.005
- Britt, J. Y., Patton, C. L., Remaker, D. N., Prell, L., & Vitacco, M. J. (2019). Predicting violence risk and recidivism in female parolees: A state-wide sample. *Int J Law Psychiatry, 66*(Britt, Vitacco) Department of Psychiatry and Health Behavior, Augusta University, United States(Patton) Court Services, Colorado Mental Health Institute -Pueblo, United States(Remaker) Napa State Hospital, United States(Prell) Prell info, United States), 101471. doi:10.1016/j.ijlp.2019.101471
- Brooker, C., & Monteiro, J. (2021). *Prisons and probation: a council of Europe white paper on the management of offenders with mental health disabilities and disorders*. . Strasbourg: Council for penological co-operation.

- Brown, K., Cullen, A., Kooyman, I., & Forrester, A. (2015). Mental health expertise at prison reception. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 26(1), 107-115. doi:10.1080/14789949.2014.955810
- Butcher, E., Packham, C., Williams, M., Miksza, J., Kaul, A., Khunti, K., & Morriss, R. (2021). Screening male prisoners for depression and anxiety with the PHQ-9 and GAD-7 at NHS Healthcheck: patterns of symptoms and caseness threshold. *BMC Psychiatry*, 21(1), 446. doi:10.1186/s12888-021-03453-2
- Butcher, J. N., Arbisi, P. A., Atlis, M. M., & McNulty, J. L. (2008). The construct validity of the Lees-Haley Fake Bad Scale Does this scale measure somatic malingering and feigned emotional distress? , . *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23(7-8), 855-864. doi:10.1016/j.acn.2008.10.001
- Butler, M., McNamee, C. B., & Kelly, D. (2022). Risk Factors for Interpersonal Violence in Prison: Evidence From Longitudinal Administrative Prison Data in Northern Ireland. *J Interpers Violence*, 37(15-16), Np14610-np14632. doi:10.1177/08862605211006363
- Byng, R., Kirkpatrick, T., Lennox, C., Warren, F. C., Anderson, R., Brand, S. L., . . . Shaw, J. (2023). Evaluation of a complex intervention for prisoners with common mental health problems, near to and after release: the Engager randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 222(1), 18-26. doi:10.1192/bjp.2022.93
- Canada, K. E., Barrenger, S. L., Robinson, E. L., Washington, K. T., & Mills, T. (2020). A systematic review of interventions for older adults living in jails and prisons. *Aging & mental health*, 24(7), 1019-1027.
- Carroll, A., Ellis, A., Aboud, A., Scott, R., & Pillai, K. (2021). No involuntary treatment of mental illness in Australian and New Zealand prisons. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 32(1), 28-Jan.
- Cohen, T. R., Mujica, C. A., Gardner, M. E., Hwang, M., & Karmacharya, R. (2020). Mental Health Units in Correctional Facilities in the United States. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(4), 255-270.
- Criss, J., & John, A. (2023). Therapeutic Interventions for Mental Wellness in Correctional Facilities: A Systematic Review. *International journal of offender therapy and comparative criminology*((Criss, John) Texas Christian University, Fort Worth, United States), 306624X231159884.
- Daigle, M. S., Labelle, R., & Cote, G. (2006). Further evidence of the validity of the Suicide Risk Assessment Scale for prisoners. *Int J Law Psychiatry*, 29(5), 343-354. doi:10.1016/j.ijlp.2006.01.004
- Darani, S. A., McMaster, R., Wolff, E., Bonato, S., Simpson, A. S., Glancy, G., . . . Quinn, J. (2023). Addressing the Mental Health Needs of Inmates Through Education for Correctional Officers-A Narrative Review. *J Contin Educ Health Prof*, 43(4), 247-253. doi:10.1097/CEH.0000000000000484
- Desmarais, S. L., Van Dorn, R. A., Telford, R. P., Petrila, J., & Coffey, T. (2012). Characteristics of START assessments completed in mental health jail diversion programs. *Behav Sci Law*, 30(4), 448-469. doi:10.1002/bsl.2022
- Dickens, G. L., O'Shea, L. E., & Christensen, M. (2020). Structured assessments for imminent aggression in mental health and correctional settings: Systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*, 104, 103526. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103526
- Donohue, G., McCann, E., & Brown, M. (2021). Views and experiences of lgbtq+ people in prison regarding their psychosocial needs: A systematic review of the qualitative research evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9335.

Draine, J., Wolff, N., Jacoby, J. E., Hartwell, S., & Duclos, C. (2005). Understanding community re-entry of former prisoners with mental illness: a conceptual model to guide new research. *Behavioral Sciences & the Law*, 23(5), 689-707. doi:<https://doi.org/10.1002/bsl.642>

Drapeau, M., Blouin, L., & Guay, J.-P. (2018). Validité prédictive du Suicide Probability Scale auprès d'une population carcérale masculine séjournant en centre psychiatrique. *Revue de psychoéducation*, 47(2), 255-263. doi:10.7202/1054060ar

Dressing, H., & Salize, H. J. (2009). Pathways to psychiatric care in European prison systems. *Behav Sci Law*, 27(5), 801-810. doi:10.1002/bsl.893

Du Toit, S. H. J., Withall, A., O'Loughlin, K., Ninaus, N., Lovarini, M., Snoyman, P., . . . Surr, C. A. (2019). Best care options for older prisoners with dementia: A scoping review. *International Psychogeriatrics*, 31(8), 1081-1097.

Duke, K., Gleeson, H., MacGregor, S., & Thom, B. (2023). The risk matrix: Drug-related deaths in prisons in England and Wales, 2015-2020. *Journal of Community Psychology*, n/a(n/a). doi:<https://doi.org/10.1002/jcop.22989>

Duncan, A., Sacks, S., Melnick, G., Cleland, C. M., Pearson, F. S., & Coen, C. (2008). Performance of the CJDATS Co-Occurring Disorders Screening Instruments (CODSIs) among minority offenders. *Behav Sci Law*, 26(4), 351-368. doi:10.1002/bsl.822

Emilian, C., Al-Juffali, N., & Fazel, S. (2025). Prevalence of severe mental illness among people in prison across 43 countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 10(2), e97-e110. doi:10.1016/S2468-2667(24)00280-9

Evans, C., Brinded, P., Simpson, A. I., Frampton, C., & Mulder, R. T. (2010). Validation of brief screening tools for mental disorders among New Zealand prisoners. *Psychiatr Serv*, 61(9), 923-928. doi:10.1176/ps.2010.61.9.923

Eytan, A. (2011). Religion and mental health during incarceration: A systematic literature review. *Psychiatric Quarterly*, 82(4), 287-295.

Faruqui, A., Tjong, G. B., Boutros, H. M., Stutz, S., & Mashford-Pringle, A. (2024). Programs supporting incarcerated and previously incarcerated indigenous peoples: a scoping review protocol. *Int J Circumpolar Health*, 83(1), 2343144. doi:10.1080/22423982.2024.2343144

Favril, L. (2021). Epidemiology, Risk Factors, and Prevention of Suicidal Thoughts and Behaviour in Prisons: A Literature Review. *Psychologica Belgica*. doi:10.5334/pb.1072

Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry*, 3(9), 871-881. doi:10.1016/s2215-0366(16)30142-0

Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry*, 200(5), 364-373. doi:10.1192/bjp.bp.111.096370

Fazel, S., Singh, J. P., Doll, H., & Grann, M. (2012). Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 345(8900488, bmj, 101090866), e4692. doi:10.1136/bmj.e4692

Ford, J. D., Trestman, R. L., Wiesbrock, V. H., & Zhang, W. (2009). Validation of a brief screening instrument for identifying psychiatric disorders among newly incarcerated adults. *Psychiatr Serv*, 60(6), 842-846. doi:10.1176/ps.2009.60.6.842

Forrester, A. (2019). Mental illness in prisons and the provision of mental health services. *British Medical Bulletin*, 127, 101-109.

Forrester, A., MacLennan, F., Slade, K., Brown, P., & Exworthy, T. (2014). Improving access to psychological therapies in prisons. *Crim Behav Ment Health*, 24(3), 163-168. doi:10.1002/cbm.1898

- Freeman, M., & Pathare, S. (2005). *Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*. Geneva, Switzerland: World Health Organization,.
- Gallagher, A. E., Carbonell, J. L., & Gottfried, E. D. (2013). The evaluation of mental health screening practices within a population of incarcerated women. *J Correct Health Care*, 19(4), 248-257. doi:10.1177/1078345813499309
- Galletta, E., Fagan, T. J., Shapiro, D., & Walker, L. E. (2021). Societal Reentry of Prison Inmates With Mental Illness: Obstacles, Programs, and Best Practices. *J Correct Health Care*, 27(1), 58-65. doi:10.1089/jchc.19.04.0032
- Gamblin, D., Tobutt, C., & Patton, R. (2020). Alcohol identification and brief advice in England's criminal justice system: a review of the evidence. *Journal of Substance Use*, 25(6), 591-597. doi:10.1080/14659891.2020.1745311
- Ghelani, A. (2020). Offering group mental health programs in a maximum security correctional facility: Observations, outcomes and recommendations. *International Journal of Risk and Recovery*, 3(1), 35-38. doi:<https://doi.org/10.15173/ijrr.v3i1.4030>
- Giroux, L. (2008). *La population correctionnelle du Québec*. Québec: Ministère de la sécurité publique, Direction de la recherche des services correctionnels.
- Givens, A., Moeller, K., & Johnson, T. L. (2021). Prison-Based Interventions for Early Adults with Mental Health Needs: A Systematic Review. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 65(5), 613-630.
- Glancy, G., Todd Tomita, T., Waldman, J., Kiran Patel, K., Booth, B., Colin Cameron, C., . . . Brian Chaze, B. (2019). *Practice resource for prescribing in corrections*. Canada: Canadian Academy of Psychiatry and the Law.
- Global Burden of Disease Collaborative Network. (2022). *Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021) Results*. Retrieved from: Available from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.
- Gould, C., McGeorge, T., & Slade, K. (2018). Suicide Screening Tools for use in Incarcerated Offenders: A Systematic Review. *Arch Suicide Res*, 22(3), 345-364. doi:10.1080/13811118.2017.1334611
- Grace, S. (2017). Effective interventions for drug using women offenders: A narrative literature review. *Journal of Substance Use*, 22(6), 664-671.
- Grella, C. E., Ostile, E., Scott, C. K., Dennis, M., & Carnavale, J. (2020). A Scoping Review of Barriers and Facilitators to Implementation of Medications for Treatment of Opioid Use Disorder within the Criminal Justice System. *International Journal of Drug Policy*, 81, 102768.
- Groenewegen, P., Dirkzwager, A., van Dam, A., Massalimova, D., Sirdifield, C., Smith, L., & Health, E. w. g. o. P. (2022). The health of detainees and the role of primary care: Position paper of the European Forum for Primary Care. *Prim Health Care Res Dev*, 23((Groenewegen) Nivel - Netherlands Institute for Health Services Research, PO box 1568, BN Utrecht 3500, Netherlands(Dirkzwager) NSCR - Netherlands Institute for the Study of Crime and Law Enforcement, Amsterdam, Netherlands(van Dam) AmsterdamNetherlands(M), e29. doi:10.1017/S1463423622000184
- Guston, K., Combs, E., Kopak, A., Raggio, A., & Hoffmann, N. (2019). A PTSD Screen for Forensic Populations. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 63(1), 86-100. doi:10.1177/0306624X18779173
- Guy, L. S., & Miller, H. A. (2016). Screening for Malingered Psychopathology in a Correctional Setting. *Criminal Justice and Behavior*, 31(6), 695-716. doi:10.1177/0093854804268754
- Hiller, M. L. (2023). Correctional therapeutic communities. *The history and future of correctional psychology.*, 87-121.

Hopkin, G., Evans-Lacko, S., Forrester, A., Shaw, J., & Thornicroft, G. (2018). Interventions at the Transition from Prison to the Community for Prisoners with Mental Illness: A Systematic Review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(4), 623-634. doi:10.1007/s10488-018-0848-z

Horn, J. (2023). Effect of family engagement on the behavioral health of mentally ill offenders. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 84(12-B), No-Specified.

Horon, R., McManus, T., Schmollinger, J., Barr, T., & Jimenez, M. (2013). A study of the use and interpretation of standardized suicide risk assessment: measures within a psychiatrically hospitalized correctional population. *Suicide & life-threatening behavior*, 43(1), 17-38.

Houser, K. A., & Welsh, W. (2014). Examining the Association Between Co-Occurring Disorders and Seriousness of Misconduct by Female Prison Inmates. *Criminal Justice and Behavior*, 41(5), 650-666. doi:10.1177/0093854814521195

Johnson, J. E., Ramezani, N., Viglione, J., Hailemariam, M., & Taxman, F. S. (2023). Recommended Mental Health Practices for Individuals Interacting With U.S. Police, Court, Jail, Probation, and Parole Systems. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*(Johnson, Ramezani, Viglione, Hailemariam, Taxman) Charles Stewart Mott Department of Public Health, Michigan State University, Flint (Johnson, Hailemariam); Department of Biostatistics, Virginia Commonwealth University, Richmond (Ramezani); Department of), appips20230029.

Jones, R. M., Patel, K., Moscovici, M., McMaster, R., Glancy, G., & Simpson, A. I. F. (2019). Adaptation of the Clinical Global Impression for Use in Correctional Settings: The CGI-C. *Front Psychiatry*, 10((Jones, Patel, McMaster, Glancy, Simpson) Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Toronto, ON, Canada(Moscovici) Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, ON, Canada), 687. doi:10.3389/fpsy.2019.00687

Kelley, S. E., Edens, J. F., & Douglas, K. S. (2018). Concurrent validity of the personality assessment screener in a large sample of offenders. *Law Hum Behav*, 42(2), 156-166. doi:10.1037/lhb0000276

Kirkorsky, S. E., Gable, M., & Warburton, K. (2020). An overview of jail-based competency restoration. *CNS Spectrums*, 25(5), 624-629.

Kois, L. E., Cox, J., & Peck, A. T. (2021). Forensic e-mental health: Review, research priorities, and policy directions. *Psychology, Public Policy, and Law*, 27(1), 16-Jan.

Komalasari, R., Wilson, S., & Haw, S. (2021). A systematic review of qualitative evidence on barriers to and facilitators of the implementation of opioid agonist treatment (OAT) programmes in PRISONS. *International Journal of Drug Policy*, 87, 102978.

Kothari, R., White, D., Craster, L., Vicianova, E., Dennard, S., Bailey, F., . . . Sarkissian, N. (2022). The impact of integrating mental health services within a prison setting. *Mental Health Review Journal*, 27(2), 146-157.

Kouyoumdjian, F., Schuler, A., Matheson, F. I., & Hwang, S. W. (2016). Health status of prisoners in Canada: Narrative review. *Can Fam Physician*, 62(3), 215-222.

Kouyoumdjian, F. G., Mclsaac, K. E., Liauw, J., Green, S., Karachiwalla, F., Siu, W., . . . Hwang, S. W. (2015). A systematic review of randomized controlled trials of interventions to improve the health of persons during imprisonment and in the year after release. *Am J Public Health*, 105(4), e13-33. doi:10.2105/ajph.2014.302498

Kubiak, S. P., Beeble, M., & Bybee, D. (2012). Comparing the validity of the K6 when assessing depression, anxiety, and PTSD among male and female jail detainees. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 56(8), 1220-1238. doi:10.1177/0306624X11420106

Lalande, P. (2014). *Les services correctionnels du Québec - Document d'information*. Québec.

- Martin, M. S., Colman, I., Simpson, A. I. F., & McKenzie, K. (2013). Mental health screening tools in correctional institutions: a systematic review. *BMC Psychiatry*, *13*(1), 275. doi:10.1186/1471-244X-13-275
- Martin, M. S., Crocker, A. G., Potter, B. K., Wells, G. A., Grace, R. M., & Colman, I. (2018). Mental Health Screening and Differences in Access to Care among Prisoners. *Can J Psychiatry*, *63*(10), 692-700. doi:10.1177/0706743718762099
- Martin, M. S., Dorken, S. K., Simpson, A. I. F., McKenzie, K., & Colman, I. (2014). The predictive validity of the Depression Hopelessness Suicide screening form for self-harm among prisoners. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *25*(6), 733-747. doi:10.1080/14789949.2014.955811
- Martin, M. S., Dorken, S. K., Wamboldt, A. D., & Wooten, S. E. (2012). Stopping the revolving door: a meta-analysis on the effectiveness of interventions for criminally involved individuals with major mental disorders. *Law Hum Behav*, *36*(1), 1-12. doi:10.1037/h0093963
- Martin, M. S., Potter, B. K., Crocker, A. G., Wells, G. A., Grace, R. M., & Colman, I. (2018). Mental health treatment patterns following screening at intake to prison. *J Consult Clin Psychol*, *86*(1), 15-23. doi:10.1037/ccp0000259
- McDermott, B. E., & Sokolov, G. (2009). Malingering in a correctional setting: the use of the Structured Interview of Reported Symptoms in a jail sample. *Behav Sci Law*, *27*(5), 753-765. doi:10.1002/bsl.892
- McGuire, J. (2018). *Understanding prison violence: a rapid evidence assessment*. UK: Her Majesty's Prison and Probation Service.
- McKenna, B., Skipworth, J., Tapsell, R., Pillai, K., Madell, D., Simpson, A., . . . Rouse, P. (2018). Impact of an assertive community treatment model of care on the treatment of prisoners with a serious mental illness. *Australasian Psychiatry*, *26*(3), 285-289.
- Mehta, A., & Franco, K. (2008). Forced medications to restore adjudicative competency. *American Journal of Forensic Psychiatry*, *29*(1), 17-May.
- Miller, N. A., & Najavits, L. M. (2012). Creating trauma-informed correctional care: a balance of goals and environment. *Eur J Psychotraumatol*, *3*. doi:10.3402/ejpt.v3i0.17246
- Ministère de la Justice. (2018). *Stratégie nationale de concertation en justice et en santé mentale: agir ensemble pour une justice adaptée aux enjeux de santé mentale* [1 ressource en ligne (vii, 34 pages)]. In Québec (Ed.). Retrieved from <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3551355>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *S'allier devant l'itinérance. Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026*. Québec, Canada: La Direction des communications.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *S'unir pour un mieux-être collectif: plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026*. La Direction des communications.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2023). *PROJET DE MANDAT: Soutien au développement d'une trajectoire de services hiérarchisés en établissement de détention provincial: de la santé mentale à la surspécialité en psychiatrie légale*. Québec, Canada.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2017). *Définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux*.
- Ministère de la Sécurité publique du Québec. (2024). *Statistiques correctionnelles du Québec 2022-2023*.
- Morabito, M. S., & Wilson, A. B. (2017). Selecting a Method of Case Identification to Estimate the Involvement of People With Mental Illnesses in the Criminal Justice System: A Research Note. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, *61*(8), 919-937.

- Moyes, H. C. A., Heath, J. J., & Dean, L. V. (2016). What can be done to improve outcomes for prisoners with a dual diagnosis? *Advances in Dual Diagnosis*, 9(1), 14-25.
- Nicholls, T. L., Ogloff, J. R., & Douglas, K. S. (2004). Assessing risk for violence among male and female civil psychiatric patients: the HCR-20, PCL:SV, and VSC. *Behav Sci Law*, 22(1), 127-158. doi:10.1002/bsl.579
- Nicholls, T. L., Roesch, R., Olley, M., Ogloff, J., & Hemphill, J. (2005). *Jail Screening Assessment Tool (JSAT): Guidelines for mental health screening in jails*. BC: Burnaby, Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Nielsen, M. O. (2016). Aboriginal healing lodges in Canada: still going strong? Still worth implementing in the USA? . *The Journal of Legal Pluralism and Unofficial Law*, 48(2), 322-345. doi:<https://doi.org/10.1080/07329113.2016.1157377>
- Nilsson, S. F., Nordentoft, M., Fazel, S., & Laursen, T. M. (2023). Risk of homelessness after prison release and recidivism in Denmark: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet Public Health*, 8(10), e756-e765. doi:10.1016/s2468-2667(23)00152-4
- O'Connor, G., & Morris, R. (2019). The CORE-10 in screening for current mental health problems and severe mental illness in prisoners. *Crim Behav Ment Health*, 29(1), 43-46. doi:10.1002/cbm.2101
- Ober, C., Dingle, K., Clavarino, A., Najman, J. M., Alati, R., & Heffernan, E. B. (2013). Validating a screening tool for mental health and substance use risk in an Indigenous prison population. *Drug and Alcohol Review*, 32(6), 611-617. doi:<https://doi.org/10.1111/dar.12063>
- Office for National Statistics (ONS). (2023). Experiences of men who access Improving Access to Psychological Therapies from prison: 1 April 2018 to 31 March 2020. Retrieved from <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/mentalhealth/articles/experiencesofmenwhoaccessnhstalkingtherapiesfromprison/1april2018to31march2020#toc>
- Oostermeijer, S., Morgan, A. J., Ross, A. M., Grimmond, T., & Reavley, N. J. (2023). Stigmatising attitudes of probation, parole and custodial officers towards people with mental health issues: A systematic literature review and meta-analysis. *Legal and Criminological Psychology*, 28(1), 165-199.
- Parisi, A., Wilson, A. B., Villodas, M., Phillips, J., & Dohler, E. (2022). A Systematic Review of Interventions Targeting Criminogenic Risk Factors Among Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 73(8), 897-909.
- Patapis, N. S., & Nordstrom, B. R. (2006). Research on naltrexone in the criminal justice system. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(2), 113-115.
- Pedneault, ., Perley-Robertson, B., Mularczyk, K., & Prevost, H. (2023). *Approches pour traiter les maladies mentales graves dans le système canadien de justice pénale*.
- Perdacher, E., Kavanagh, D., & Sheffield, J. (2019). Well-being and mental health interventions for Indigenous people in prison: Systematic review. *BJPsych Open*, 5(6), e95.
- Perry, A. E., Marandos, R., Coulton, S., & Johnson, M. (2010). Screening tools assessing risk of suicide and self-harm in adult offenders: a systematic review. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 54(5), 803-828.
- Peters, R. H., Young, M. S., Rojas, E. C., & Gorey, C. M. (2017). Evidence-based treatment and supervision practices for co-occurring mental and substance use disorders in the criminal justice system. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(4), 475-488.
- Primm, A. B., Osher, F. C., & Gomez, M. B. (2005). Race and ethnicity, mental health services and cultural competence in the criminal justice system: Are we ready to change? *Community Mental Health Journal*, 41(5), 557-569.
- Proctor, S. L., Hoffmann, N. G., & Kopak, A. M. (2021). An Ultra-Brief 2-Item Depression Screening Tool for Correctional Populations. *J Correct Health Care*, 27(1), 36-39. doi:10.1089/jchc.19.06.0049

- Richardson, J., & Zini, V. (2021). Are prison-based therapeutic communities effective? Challenges and considerations. *International Journal of Prisoner Health*, 17(1), 42-53.
- Roberts, A., Onwumere, J., Forrester, A., Huddy, V., Byrne, M., Campbell, C., . . . Valmaggia, L. (2017). Family intervention in a prison environment: A systematic literature review. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 27(4), 326-340.
- Roy, L., Campbell, A., Isabel Gervais, I., & Crocker, A. G. (2023). *La prévention de l'itinérance liée aux processus judiciaires et correctionnels: proposition de recommandations*. Québec, Canada: Collectif québécois pour la prévention de l'itinérance.
- Roy, L., Keays, N., Lemieux, A., Nicole, M., & Crocker, A. G. (2022). [Complex Trauma and Forensic Mental Health Services: Towards Trauma-informed Care]. *Sante Ment Que*, 47(1), 19-36.
- Ruiz, M. A., Cox, J., Magyar, M. S., & Edens, J. F. (2014). Predictive validity of the personality assessment inventory (PAI) for identifying criminal reoffending following completion of an in-jail addiction treatment program. *Psychol Assess*, 26(2), 673-678. doi:10.1037/a0035282
- Sacks, S., Melnick, G., Coen, C., Banks, S., Friedmann, P. D., Grella, C., & Knight, K. (2007). CJDATS Co-Occurring Disorders Screening Instrument for Mental Disorders (CODSI-MD): A Pilot Study. *Prison J*, 87(1), 86-110. doi:10.1177/0032885506299044
- Salinas, M. P., Sepúlveda, J., Hidalgo, L., Peirano, D., Morel, M., Uribe, P., . . . Navarrete-Dechent, C. (2024). A systematic review and meta-analysis of artificial intelligence versus clinicians for skin cancer diagnosis. *npj Digital Medicine*, 7(1), 125. doi:10.1038/s41746-024-01103-x
- Salize, H. J. (2005). *Placement and treatment of mentally ill offenders--basic concepts and service provision in European Union Member States*. Retrieved from [https://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2002/promotion/fp\\_promotion\\_2002\\_frep\\_15\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_15_en.pdf)
- Scheyett, A., Vaughn, J., & Taylor, M. F. (2009). Screening and access to services for individuals with serious mental illnesses in jails. *Community Ment Health J*, 45(6), 439-446. doi:10.1007/s10597-009-9204-9
- Senanayake, B., Wickramasinghe, S. I., Eriksson, L., Smith, A. C., & Edirippulige, S. (2018). Telemedicine in the correctional setting: A scoping review. *Journal of telemedicine and telecare*, 24(10), 669-675.
- Service correctionnel Canada. (2018). Profils des établissements: Région du Québec. Retrieved from <https://www.csc-scc.gc.ca/institutions/001002-2000-fr.shtml>
- Service correctionnel Canada. (2021). *Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale*: Canada.
- Simpson, A. I. F., Gerritsen, C., Maheandiran, M., Adamo, V., Vogel, T., Fulham, L., . . . Jones, R. M. (2021). A Systematic Review of Reviews of Correctional Mental Health Services Using the STAIR Framework. *Front Psychiatry*, 12, 747202. doi:10.3389/fpsy.2021.747202
- Skeem, J. L., Steadman, H. J., & Manchak, S. M. (2015). Applicability of the risk-need-responsivity model to persons with mental illness involved in the criminal justice system. *Psychiatric Services*, 66(9), 916-922.
- Smith-Merry, J., Damian, M., Kirsty, M., & and Clenaghan, P. (2019). A narrative review of mental health support for people during transition from incarceration to community: the grass can be greener on the other side of the fence. *Journal of Mental Health*, 28(2), 189-197. doi:10.1080/09638237.2018.1466029
- Stack, E., Hildebran, C., Leichtling, G., Waddell, E. N., Leahy, J. M., Martin, E., & Korthuis, P. T. (2022). Peer Recovery Support Services Across the Continuum: In Community, Hospital, Corrections, and Treatment and Recovery Agency Settings-A Narrative Review. *Journal of Addiction Medicine*, 16(1), 93-100.

Steadman, H. J., Robbins, P. C., Islam, T., & Osher, F. C. (2007). Revalidating the brief jail mental health screen to increase accuracy for women. *Psychiatr Serv*, 58(12), 1598-1601. doi:10.1176/ps.2007.58.12.1598

Steadman, H. J., Scott, J. E., Osher, F., Agnese, T. K., & Robbins, P. C. (2005). Validation of the brief jail mental health screen. *Psychiatr Serv*, 56(7), 816-822. doi:10.1176/appi.ps.56.7.816

Steffan, J. S., & Morgan, R. D. (2008). Diagnostic accuracy of the MMPI-2 Malingering Discriminant Function Index in the detection of malingering among inmates. *J Pers Assess*, 90(4), 392-398. doi:10.1080/00223890802108204

Steffan, J. S., Morgan, R. D., Lee, J., & Sellbom, M. (2010). A comparative analysis of MMPI-2 malingering detection models among inmates. *Assessment*, 17(2), 185-196. doi:10.1177/1073191109359382

Stewart, W., Coppard, C., & Thompson, A. (2023). Promoting resilience among older people in prisons: a systematic literature review. *Nursing older people*.

Taxman, F. S. (2015). Dual diagnosis: Interventions designed to address substance abuse, mental health, and criminal offending. *Oxford textbook of correctional psychiatry*. (Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). Cincinnati, OH: Anderson Publishing Co. Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., et al. (2011). *The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Diso*), 254-259.

Thienhaus, O. J., & Piasecki, M. (2007). *Correctional psychiatry: Practice guidelines and strategies*. Kingston, NJ, US: Civic Research Institute.

Tian, E. J., Venugopalan, S., Kumar, S., & Beard, M. (2021). The impacts of and outcomes from telehealth delivered in prisons: A systematic review. *PLoS ONE*, 16(05-May-21), e0251840.

Tomlinson, M. F. (2018). A theoretical and empirical review of dialectical behavior therapy within forensic psychiatric and correctional settings worldwide. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 17(1), 72-95.

Un partenariat fédéral-provincial-territorial. (2019). *Stratégie sur la santé mentale en milieu correctionnel au Canada*. .

United Nations General Assembly. (2015). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules)*. A/RES/70/175. .

Vacheret, M., & Lafortune, D. (2011). Prisons et santé mentale, les oubliés du système. *Déviance et Société*, 35(4), 485-501. doi:10.3917/ds.354.0485

Vandavelde, S., Broekaert, E., Yates, R., & Kooyman, M. (2004). The development of the therapeutic community in correctional establishments: a comparative retrospective account of the 'democratic' Maxwell Jones TC and the hierarchical concept-based TC in prison. *Int J Soc Psychiatry*, 50(1), 66-79. doi:10.1177/0020764004040954

Verdot, C., Godin-Blandeau, E., Gremy, I., & Develay, A. E. (2015). Monitoring systems and national surveys on prison health in France and abroad. *Eur J Public Health*, 25(1), 167-172. doi:10.1093/eurpub/cku141

Völlm, B. A., Clarke, M., Herrando, V. T., Seppanen, A. O., Gosek, P., Heitzman, J., & Bulten, E. (2018). European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders. *European Psychiatry*, 51, 58-73.

Walters, G. D., & Crawford, G. (2014). Major mental illness and violence history as predictors of institutional misconduct and recidivism: main and interaction effects. *Law Hum Behav*, 38(3), 238-247. doi:10.1037/lhb0000058

Westgate, M. J. (2019). revtools: An R package to support article screening for evidence synthesis. *Research Synthesis Methods*. . doi:doi:10.1002/jrsm.1374.

Wickersham, J. A., Azar, M. M., Cannon, C. M., Altice, F. L., & Springer, S. A. (2015). Validation of a Brief Measure of Opioid Dependence: The Rapid Opioid Dependence Screen (RODS). *J Correct Health Care, 21*(1), 12-26. doi:10.1177/1078345814557513

Wolff, N., Blitz, C. L., & Shi, J. (2007). Rates of sexual victimization in prison for inmates with and without mental disorders. *Psychiatr Serv, 58*(8), 1087-1094. doi:10.1176/ps.2007.58.8.1087

Woods, D., Breslin, G., & Hassan, D. (2017). A systematic review of the impact of sport-based interventions on the psychological well-being of people in prison. *Mental Health and Physical Activity, 12*, 50-61.

Yoon, I. A., Slade, K., & Fazel, S. (2017). Outcomes of psychological therapies for prisoners with mental health problems: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol, 85*(8), 783-802. doi:10.1037/ccp0000214

