

Santé Québec – Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

MODÈLE HIÉRARCHISÉ DE LA TRAJECTOIRE NATIONALE EN PSYCHIATRIE LÉGALE

Volet « Composantes sécuritaires »

Réponse rapide

Octobre 2026

Pinel.qc.ca



Forensia
Centre de formation
en santé mentale,
justice et sécurité



Institut national
de psychiatrie légale
Philippe-Pinel
Université de Montréal

Cette réponse rapide a été réalisée sous la responsabilité de l'Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé mentale, justice et sécurité (UETMI-SMJS) de Santé Québec – Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.

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, Santé Québec – Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

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, Santé Québec – Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Ann-Pierre Raiche, 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, Santé Québec – Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Professionnels de l'information :

Hongyue Pan, M.S.I.

Bibliothécaire, Centre de documentation Jacques-Talbot, Santé Québec – Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Demandeurs

Mathieu Dufour, M.D.

Psychiatre légiste et directeur médical des services professionnels (DMSP) adjoint, Santé Québec – Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, Professeur agrégé de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal, Coresponsable du lot modèle hiérarchisé, projet Hiérarchisation des services en psychiatrie légale

Olivier Jackson

Conseiller cadre à la Direction des services professionnels volet « Mission nationale », Santé Québec – Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, Coresponsable du lot modèle hiérarchisé, projet Hiérarchisation des services en psychiatrie légale

Responsable de la demande

Anne Crocker, Ph. D.

Directrice, Recherche et enseignement universitaire, Santé Québec – Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, Professeure titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie et École de criminologie, Université de Montréal

Production du rapport

Édition

Ann-Pierre Raiche

Correction

France Lafuste

Mise en page

Eva Brazeau

Pour citer ce document



Bodryzlova, Y., Lemieux, A.J., Raiche, A.-P. et Crocker, A.G. (2026). Modèle hiérarchisé de la trajectoire nationale en psychiatrie légale. Volet « Composantes sécuritaires ». Montréal, Québec (Canada) : Santé Québec – 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), <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 lié à la réalisation de ce projet.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

ISBN : 978-2-921483-59-9 (PDF)

Tous droits réservés

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

Table des matières

Introduction	3
Méthodes	6
Résultats	9
Sélection d'articles	9
Sécurité physique	11
Sécurité procédurale	18
Sécurité relationnelle	33
Évaluation de la qualité	37
Discussion	38
Conclusion	41
Annexe 1. La liste de littérature grise consultée	42
Annexe 2. Équation de recherche	43
Annexe 3. Composantes sécuritaires ventilées par les niveaux de sécurité	47
Tableau S1. Sécurité physique	47
Tableau S2. Sécurité procédurale	57
Tableau S3. Sécurité relationnelle	73
Références	85

ABRÉVIATIONS

CCTV	Télévision en circuit fermé, Closed-Circuit Television
ETMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
GPS	Géolocalisation, Global Positioning System
HSPL	Hierarchisation des services en psychiatrie légale
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAISM	Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026
RU	Royaume-Uni

INTRODUCTION

Contexte légal

Le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – **S'unir pour un mieux-être collectif** (PAISM) – du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec prévoit, à l'axe 5, l'amélioration de l'accès aux soins et aux services en santé mentale. L'action 5.6 de cet axe vise spécifiquement la mise en œuvre d'une hiérarchisation des services en psychiatrie légale (HSPL).

La hiérarchisation des services a pour but d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la sécurité des services d'évaluation et de traitement, tout en assurant la protection et la sécurité du public (Tourigny et al., 2014). Elle repose également sur la complémentarité entre les niveaux de service et sur une coordination efficace entre les prestataires de soins (Tourigny et al., 2014). La mise en œuvre des principes de hiérarchisation, au niveau hospitalier, suppose l'alignement entre la complexité clinique et le risque de violence des utilisateurs des services, et le niveau de spécialisation des installations. Dans le cadre de celle-ci, certaines installations de deuxième niveau de soins seront subdivisées. Certaines accueilleront une clientèle « présentant un risque de violence faible à modéré », tandis que d'autres seront destinées aux personnes « présentant un risque de violence modéré à élevé ». Une installation de troisième niveau, quant à elle, accueille les patients présentant un risque de violence « élevé » (voir le **Tableau 5** de Tourigny et al., 2014).

Parmi les facteurs de succès de la mise en œuvre du modèle de hiérarchisation figure l'intégration des pratiques de pointe (de Tourigny et al., 2014, p. 2.4.4). En ce qui concerne la gestion du risque et la prestation de soins en psychiatrie légale, trois pratiques apparaissent particulièrement pertinentes. Il s'agit : **1)** de la formalisation des niveaux de sécurité ; **2)** de l'intégration de soins hiérarchisés ; et **3)** de la subdivision de chaque niveau de sécurité selon les types de sécurité. Chacune de ces pratiques est présentée ci-dessous.

La formalisation des niveaux de sécurité

La pratique consistant à assigner un niveau de sécurité à une unité ou à un établissement s'est développée au cours des dernières décennies. Précurseur dans ce domaine, le Royaume-Uni (RU) a d'abord établi des hôpitaux de sécurité élevée à la fin du XIX^e siècle. Par la suite, dans les années 1970-80, des unités régionales de sécurité moyenne ont été mises en place et, au cours de la même période, des unités de faible sécurité au sein des grands hôpitaux psychiatriques ont été introduites (Sugarman & Dickens, 2015). Avec le temps, ces initiatives ont évolué pour former le système de niveaux de sécurité en psychiatrie tel qu'il est connu aujourd'hui. Les composantes de la sécurité (p. ex. le périmètre sécuritaire, l'entrée à l'hôpital, les systèmes d'observation et d'alarme) s'intensifient et deviennent plus complexes avec l'augmentation du niveau de sécurité.

Les exigences en matière de sécurité, propres à chaque niveau, font l'objet d'évaluations continues et évoluent constamment. Toutefois, il existe généralement des listes de critères permettant de distinguer les différents niveaux de sécurité. Ces critères servent à la planification, à l'organisation, à la gestion et au contrôle de la sécurité au sein des installations. Il est à noter que les niveaux sécuritaires en milieu correctionnel sont différents de par le mandat de la détention même si les termes utilisés (niveaux faible, moyen et élevé) sont les mêmes.

L'intégration de soins hiérarchisés

Crocker et al. (2017) soulignent que les patients présentant les risques les plus élevés sont également ceux dont les besoins sont les plus importants. Une réponse adéquate à ces besoins est essentielle, tant pour assurer la gestion du trouble de santé mentale, des troubles concomitants liés à l'usage de substances, la gestion du risque que pour favoriser la réintégration de la personne dans la communauté.

Les auteurs proposent également que la diversité, l'intensité et le degré d'intégration des services augmentent en fonction du niveau de sécurité requis. Par intensité et diversité des services, les auteurs entendent la disponibilité de services souvent coûteux, spécialisés et rares (p. ex. la psychothérapie individuelle ou les interventions à l'aide de la réalité virtuelle). L'intégration des services renvoie à deux dimensions distinctes. Premièrement, elle concerne l'accessibilité accrue aux services connexes, tels que l'intervention en criminologie et le traitement des troubles liés à l'usage de substances. Deuxièmement, elle implique une intégration plus étendue dans la communauté, notamment par une collaboration étroite avec les organismes offrant du logement supervisé, de l'aide à l'emploi, de la formation professionnelle et d'autres services communautaires.

Autrement dit, les besoins des utilisateurs de services en psychiatrie légale doivent être pris en charge de manière proportionnelle à chaque niveau de soins, et ce, tout au long des différentes transitions dans le parcours de services.

Les types de sécurité

Enfin, Kennedy (2002, 2022) regroupe les notions de sécurité et de besoins dans le concept de « sécurité thérapeutique ». Selon cet auteur, la sécurité constitue plus qu'une exigence imposée par l'équipe de traitement et de garde : elle représente une condition essentielle au rétablissement. En ce sens, la sécurité dépasse le cadre des seuls environnements physiques et inclut également les procédures ainsi que les relations humaines, ce que Kennedy désigne comme le « modèle trinitaire » de la sécurité.

Ainsi, pour chaque niveau de sécurité, trois types de sécurité thérapeutique sont proposés : la sécurité physique, la sécurité relationnelle et la sécurité procédurale (Kennedy, 2002, 2022). Chacun de ces types a des composantes qui contribuent au rétablissement et à l'intégration des patients. Les composantes varient selon le niveau de sécurité. Le **Tableau 1** présente les types de sécurité et leurs composantes, tels que définis par Kennedy (2002).

Tableau 1. Types de sécurité

Sécurité	Définition	Composantes (exemples)
Procédurale	Politiques et pratiques pour maîtriser le risque	• Contrôle des accès, de la communication (p. ex. visites, colis), des finances et des possessions • Contrôle de la qualité des soins et des services • Gestion des incidents violents (pratique de désescalade, d'isolement contentieux, de médicaments [PRN]) • Évaluation du risque • Planification de crise et de contingence • Transfert des responsabilités pour les soins entre les niveaux de sécurité
Relationnelle	Qualité des soins et des ressources humaines	• Ratio personnel/patients et type de personnel (temporaire, régulier) • Rapport thérapeutique • Fréquence des rencontres d'équipes • Formation et compétence du personnel • Collaboration interorganisationnelle • Programmation (traitement, loisirs, activités occupationnelles)
Physique	Conception et maintenance des installations	• Périmètre • Édifices (contrôle des accès) • Systèmes d'observation • Systèmes d'alarme • Prévention de la violence dirigée contre autrui ou soi-même

Le projet en cours

Ainsi, dans cette perspective, la mise en œuvre de la hiérarchisation des soins en psychiatrie légale au Québec exigera la formalisation des niveaux de sécurité. Cette formalisation demandera la description opérationnelle des composantes de sécurité selon le niveau et le type de sécurité. Pour s'assurer que les pratiques de pointe ou les meilleures pratiques internationales sont considérées dans l'opérationnalisation des composantes (Tourigny et al., 2014, p. 2.4.4), une revue systématique de la littérature scientifique doit accompagner les travaux sur l'opérationnalisation des composantes.

Objectif(s) du projet

L'objectif de ce projet est donc de réaliser une recension rapide des écrits (revues de la littérature révisée par les pairs et littérature grise) sur les pratiques d'organisation de la sécurité par : **1)** niveaux de sécurité ; et **2)** types de sécurité.

MÉTHODES

Type d'ETMI

Un rapport de type revue rapide (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2021), qui offrira une liste de constats issus de la littérature scientifique et permettra, sous toute réserve, d'orienter les prochaines étapes décisionnelles des demandeurs, est privilégié.

La revue rapide est une méthode de recension de la littérature scientifique pour laquelle des composantes de la méthodologie des revues systématiques sont simplifiées ou omises afin de fournir l'information dans un délai plus court. La revue rapide est généralement adoptée pour des objets à portée restreinte et dans le contexte d'un soutien décisionnel pressant.

Protocole et enregistrement

Il n'y a pas d'enregistrement de protocole pour ce projet. Toutefois, la note de cadrage, qui présentait la problématique et décrivait les étapes du projet, a permis d'établir un consensus entre les demandeurs et l'équipe de réalisation.

Les critères d'admissibilité sont présentés dans le **Tableau 2**. Ils reposaient sur le cadre PCC (population, condition, contexte; voir **Tableau 2**), utilisé comme cadre conceptuel pour structurer la recension des écrits.

Les publications post-2005, en anglais et en français dans les littératures scientifique et grise ont été incluses. Les publications portant sur les ordonnances de soins ou d'hébergement et les milieux carcéraux ont été exclues. La distinction claire entre les niveaux de sécurité était un critère obligatoire pour la sélection des publications. Si une composante était décrite par la même juridiction plusieurs fois, seule la dernière publication était incluse dans l'analyse.

- **La population:** Adultes.
- **La condition:** Personne en charge de services psychiatriques : évaluation, garde, intervention, réadaptation en vertu du Code criminel (sections XX.1).
- Le contexte incluait deux parties, soit l'**organisation des niveaux de soins hiérarchisés** (niveaux : « faible », « moyen » et « élevé ») et les **types de sécurité** (« procédurale », « relationnelle » et « physique »).

Tableau 2. Critères d'admissibilité

Critères	Inclusion	Exclusion
Population	Adultes	Adolescents
Condition	Personne en charge de services psychiatriques : évaluation, garde, intervention, réadaptation en vertu du Code criminel (sections XX.1).	Autorisations judiciaires de soins/hébergement
Contexte	• Composantes de sécurité physique, procédurale et relationnelle • Distinction claire entre les niveaux de sécurité : faible, moyen, élevé • Milieu hospitalier	• Publications ne faisant pas référence aux niveaux de sécurité • Publications sans distinction claire entre les niveaux de sécurité (p. ex. les protocoles pour les niveaux faible et moyen) • Prisons • Milieu ambulatoire
Type de publication	• Articles observationnels et essais • Revues systématiques, chapitres, lignes directrices, thèses • Recommandations et rapports des organismes (para) gouvernementaux	• Éditoriaux, procédés de conférences, lettres aux éditeurs

Sources d'information

Cinq bases de données bibliographiques ont été consultées pour la littérature scientifique: Medline (Ovid), Embase (Ovid), PsycINFO (Ovid), EBM Reviews (Ovid), et CINAHL (EBSCOhost). Ensuite, pour la littérature grise, des sites web (voir l'Annexe 1) et la base de données Overton ont été consultées.

des demandeurs suite à la première lecture des résultats (voir l'Annexe 2 pour la stratégie de la recherche supplémentaire utilisée dans Medline). Les références ont été gérées à l'aide du logiciel EndNote et de tableaux Excel.

Stratégies de recherche

Une stratégie de recherche a été élaborée par une bibliothécaire spécialisée en collaboration avec les premières autrices du rapport. Cette dernière combine vocabulaire libre et contrôlé pour les deux concepts suivants : « psychiatrie légale » et « composantes sécuritaires » incluant niveaux de sécurité et types de sécurité afin de récupérer le plus d'articles pertinents possibles. Les stratégies de recherche utilisées dans les cinq bases de données de littérature scientifique sont présentées dans l'Annexe 2. La recherche documentaire officielle a été effectuée le 27 février 2025. Une autre recherche documentaire supplémentaire a été faite le 31 juillet 2025 dans les cinq bases de données scientifiques afin de répondre aux commentaires

Sélection des sources de données probantes

Une chercheuse (YB) a sélectionné des références pour inclusion. La sélection a été effectuée en trois étapes. Tout d'abord, les titres des publications ont été lus; ceux qui n'étaient pas pertinents pour la question de recherche ont été exclus. Puis, les résumés ont été lus. Les publications avec les résumés pertinents et celles sans résumé ont été retenues pour l'étape finale. Lors de celle-ci, uniquement les publications répondant aux critères de sélection ont été incluses dans l'analyse.

Processus d'extraction des données et données extraites

Nous avons adopté l'approche déductive-inductive pour l'extraction de données. Dans la partie déductive, nous avons sélectionné les articles portant sur les composantes sécuritaires telles que proposées par Kennedy (2002, 2022). Nous avons fait l'extraction de certains types de données issues de la littérature scientifique :

- Les données de la publication (auteur, titre, journal);
- Les descriptions des composantes;
- Les données des établissements qui ont mis en place des composantes de la sécurité;
- Dans les études empiriques : les effets de la mise en œuvre des composantes, tant qualitatifs que quantitatifs (p. ex. diminution de la violence, satisfaction du personnel);
- Dans la littérature grise, nous avons extrait les politiques et procédures adoptées pour répondre aux impératifs de sécurité.

Dans la partie inductive, nous avons extrait toutes les interventions menées dans les cadres visant à assurer la sécurité physique, procédurale et relationnelle, quelle que soit leur nature. Nous avons ensuite synthétisé et analysé les données extraites.

L'évaluation critique des sources individuelles de données probantes n'a pas été réalisée de manière formelle étant donné l'absence de normes de publication décrivant les services de santé. Néanmoins, nous avons fait des remarques quantitatives quant à la profondeur, le focus et l'exhaustivité de la description des services dans la littérature retenue pour l'analyse.

Synthèse des résultats

Nous avons présenté les résultats en deux formats. Tout d'abord, une synthèse **narrative** a été rédigée pour chaque type de sécurité, physique, procédurale et relationnelle. Cette synthèse porte sur les principes généraux d'organisation des soins. De plus, des tableaux de synthèse détaillés ont été préparés, représentant les résultats en fonction du niveau (faible, moyen, élevé) et du type (physique, procédural, relationnel) de sécurité.

RÉSULTATS

Sélection d'articles

La première recherche a généré 1 165 références (915 de bases de données scientifiques, 250 d'Overton). De ce nombre, 123 ont été retenues pour la lecture complète des textes. De ces textes, 7 ont été inclus dans l'analyse finale pour la sécurité physique, 14 pour la sécurité procédurale, et 7 pour la sécurité relationnelle.

La deuxième recherche a été faite pour répondre aux commentaires des demandeurs à la suite de la première lecture des résultats. Ceux-ci concernaient l'inclusion de la description plus détaillée de programmes cliniques, de la gestion de la sécurité et de la gestion de personnel. La deuxième recherche a généré 1 521 références. De ce nombre, 81 ont été retenues pour une lecture complète. De ces textes, 84 ont été inclus dans l'analyse finale, dont 28 articles universitaires et 56 actes législatifs. La figure 1 illustre le processus de sélection des publications.

Notez que les frontières entre les types de sécurité ne sont pas toujours bien délimitées. Or, certaines notions peuvent figurer dans plusieurs sous-thématiques du rapport. Par exemple, la notion de « gestion de clés » est incluse dans la sécurité physique, notamment dans la description des serrures et des portes, ainsi que dans la sécurité procédurale à travers la description des droits de passage et des responsabilités associées.

Également, la composition d'équipes factuelles est présentée dans la sous-section « gestion du personnel » de la section « sécurité procédurale », tandis que les objectifs de recrutement sont présentés dans la section « sécurité relationnelle ». Des composantes sécuritaires dont les descriptions ont été trouvées dans la littérature sont illustrées dans le **Tableau 3**.

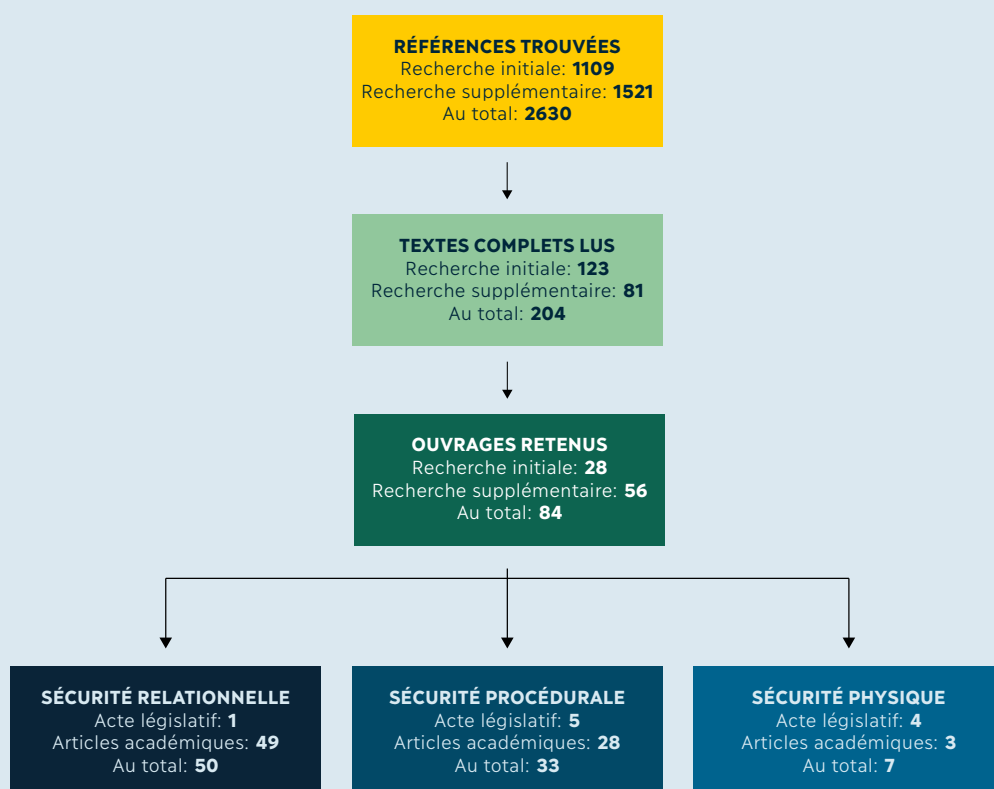


Figure 1. La sélection des publications pour le rapport

Tableau 3. Des composantes sécuritaires dont les descriptions ont été trouvées dans la littérature.

(+) : description trouvée; (+/-) : certaine information sur la composante trouvée; (-) : aucune information trouvée.

Sécurité	Mesures	Faible	Moyen	Élevé
Procédurale : politiques et pratiques pour maîtriser le risque	Contrôle des accès, de la communication (p. ex. visites, colis), des finances et des possessions	+	+	+
	Contrôle de la qualité des soins et des services	+/-	+/-	+/-
	Gestion des incidents violents (pratique de désescalade, d'isolement et contention, de médications [PRN])	+	+	+
	Évaluation du risque	Voir volet 2		
	Planification de crise et de contingence	+	+	+
	Transfert des responsabilités	Voir volet 3		
	Autres	+	+	+
Relationnelle : qualité des soins et des ressources humaines	Ratio personnel-patient et type de personnel (temporaire, régulier)	-	-	-
	Relations thérapeutiques, programmes cliniques	+	+	+
	Fréquence des rencontres d'équipes	-	-	-
	Formation et compétence du personnel	+/-	+/-	+/-
	Collaboration interorganisationnelle	-	-	-
	Programmation (p. ex. loisirs, activités occupationnelles)	+/-	+/-	+/-
	Autres	+	+	+
Physique : conception et maintenance des installations	Périmètre	+	+	+
	Édifices (contrôle des accès)	+	+	+
	Systèmes d'observation	+	+	+
	Systèmes d'alarme	+	+	+
	Prévention de la violence dirigée contre autrui ou soi-même	+/-	+/-	+/-
	Autres	+	+	+

Sécurité physique

PORTÉE GÉNÉRALE ET CADRES NORMATIFS

La sécurité physique est décrite comme un socle structurel essentiel du continuum de soins en psychiatrie légale. Elle repose principalement sur des normes nationales (p. ex. lignes directrices du National Health Service ou du Department of Health and Social Care du royaume uni...et sur des guides techniques détaillés de prestation de soins (p. ex. Guide du Department of Veterans Affairs des États Unis).

Leur portée inclut généralement les exigences relatives au périmètre sécuritaire, aux accès routiers, au bâtiment, aux entrées, aux cours, à l'infrastructure du bâtiment ainsi qu'aux unités. Toutefois, le niveau de détail ainsi que l'intégration d'autres politiques varient considérablement entre ces documents. Parmi tout ce que nous avons pu recenser, les lignes directrices du Department of Veterans Affairs, des États-Unis, (Veteran Affairs, 2021) fournissent les informations les plus détaillées et exhaustives sur les composantes de sécurité. Elles comprennent les recommandations relatives aux plans et leurs lignes directrices, qui considèrent la sécurité sous deux aspects : les soins volontaires et les soins contre le gré. Dans ces deux cas, la

sécurité porte sur trois niveaux (les « zones » de sécurité : faible, moyenne et maximale), sans distinction quant aux types de sécurité et à la spécification de requis sécuritaires pour chaque zone. Pour cette raison, ces directives n'ont pas été incluses dans l'analyse finale. Toutefois, ces lignes fournissent d'importantes informations concernant la planification de bâtiments et d'unités, les matériaux de construction et d'entretien, les meubles et les objets de décoration, etc.

Les lignes directrices du National Health Service du RU sur la sécurité en psychiatrie légale, quant à elles, font référence à un vaste éventail d'autres politiques, telles que les cadres de la sécurité pour les prisons, les aéroports et les politiques relatives à la gestion de clés, auxquelles l'équipe productrice de ce rapport n'a pas eu accès. Il est toutefois possible de s'appuyer, autant que possible, sur les politiques analogiques canadiennes et québécoises en vigueur.

COMPOSANTES SÉCURITAIRES

Périmètre extérieur et clôtures

Les exigences relatives au périmètre selon les niveaux de sécurité varient d'un pays à l'autre. Au niveau **faible**, les espaces extérieurs ne sont pas ou peu sécurisés, comme un jardin clôturé simple, sans véritable dispositif empêchant l'évasion (Crichton, 2009; Kennedy, 2002). Plus le niveau de sécurité augmente, plus la sécurisation du périmètre devient un enjeu central dans la conception des installations extérieures. Le niveau **moyen** (Department of Health and Social Care, 2011) introduit l'idée d'un périmètre dissuasif et partiellement sécurisé, avec des clôtures périphériques, des fenêtres sécurisées et une organisation spatiale limitant les contacts non souhaités. Au niveau **élevé**, des normes de construction de périmètres semblables à celles des prisons sont instaurées (Department of Health and Social Care, 2010).

Entrée principale de l'établissement

Au niveau **faible**, la sécurité repose sur des dispositifs simples, comme des portes à double verrouillage et l'installation de détecteurs de métaux (Crichton, 2009).

Le niveau **moyen** introduit une organisation de l'entrée beaucoup plus structurée, avec un sas électronique contrôlé depuis une salle de contrôle centrale. Une seule entrée sur le territoire ainsi qu'une seule entrée dans le bâtiment sont privilégiées afin de centraliser les mouvements du personnel, des patients et des visiteurs. Les accès secondaires, lorsqu'ils existent, sont également soumis à des dispositifs de contrôle équivalents. Les portes autorisées sont réduites au strict nécessaire et leur conception vise à empêcher toute tentative d'escalade des murs pouvant conduire à une évasion. Lorsqu'un stationnement intérieur est présent, l'entrée des véhicules est sécurisée par un sas spécifique à double portail interconnecté. Un bâtiment d'accueil joue un rôle central dans la gestion des entrées et des sorties, tandis

que le hall est réservé exclusivement aux visiteurs. Une zone de fouille est également aménagée au-delà du sas, avant tout accès aux patients, et des casiers permettent aux visiteurs de déposer les objets interdits (Crichton, 2009; Department of Health and Social Care, 2011).

Au niveau **élevé**, la sécurité atteint des normes standards comparables à celles des aéroports (Crichton, 2009). Des dispositifs de détection avancés sont déployés, incluant portiques, rayons X, détecteurs d'ions et, au besoin, chiens renifleurs. L'ensemble du dispositif vise un contrôle strict, centralisé et continu des accès, tout en structurant clairement les espaces selon les usages (Crichton, 2009).

Les cours intérieures

Il n'y pas de requis spécifiques quant aux cours intérieures au niveau de sécurité **faible**.

En ce qui concerne le niveau de sécurité **moyen**, la cour doit être conçue comme un espace extérieur sécurisé, avec des fenêtres extérieures protégées, afin de limiter les risques d'intrusion ou de fuite. La conception architecturale du bâtiment joue un rôle central, car elle doit empêcher l'accès non autorisé aux toits depuis le jardin sécurisé, sans recourir principalement à des dispositifs antiescalade visibles. Le mobilier extérieur, les portes, l'équipement de jardin, les luminaires et les supports de caméras doivent être solidement fixés et conçus de manière à ne pas faciliter l'escalade. Ces éléments doivent également être suffisamment robustes pour éviter qu'ils ne soient utilisés comme des armes. L'aménagement de la cour ne doit comporter aucun espace permettant de se cacher ou de dissimuler des objets (Department of Health and Social Care, 2011).

À un niveau **élevé**, l'éclairage extérieur devient un élément essentiel afin de permettre la détection efficace de tout mouvement à l'intérieur du périmètre sécurisé.

Les murs et façades extérieures sont alors spécifiquement conçus pour rendre toute tentative d'escalade particulièrement difficile. Les fenêtres donnant sur les cours doivent être sécurisées (Crichton, 2009; Department of Health and Social Care, 2010).

Toit

Aucune information concernant les exigences relatives au toit n'a été trouvée pour le niveau de sécurité **faible**.

Au niveau **moyen**, les conceptions de toits complexes doivent être évitées afin de limiter les possibilités de dissimulation ou d'accès non contrôlé. De plus, toute activité sur les toits devrait, dans la mesure du possible, être visible depuis le sol (Department of Health and Social Care, 2011). Lorsque les toits font partie intégrante du périmètre sécurisé, ils doivent être protégés contre l'escalade à l'aide de dispositifs adaptés, tels que des coiffes en col de cygne, des systèmes de sécurité en hauteur, des clôtures en treillis soudé installées sous les avant-toits jusqu'à une hauteur de 5,2 mètres, ainsi que des systèmes d'alarme assortis d'une réponse immédiate planifiée (Department of Health and Social Care, 2011).

Au niveau **élevé**, les toits ne doivent pas être accessibles (Department of Health and Social Care, 2010).

Bâtiment

Aucune exigence spécifique au bâtiment n'a été trouvée pour le niveau **faible**.

En ce qui concerne le niveau **moyen**, le bâtiment doit être clairement subdivisé en zones distinctes selon le niveau d'observation et d'accès des patients. On distingue les espaces où les patients sont observés en continu, ceux où l'observation est intermittente, ainsi que les espaces réservés au personnel. Cette organisation vise à faciliter la surveillance tout en soutenant les activités cliniques et thérapeutiques. La conception doit également permettre d'isoler une partie du bâtiment ou de l'unité sans compromettre le fonctionnement global, notamment en cas d'incident ou de besoin opérationnel. Les relations de proximité entre les bâtiments et les services doivent être cohérentes afin d'assurer des déplacements efficaces et sécurisés (Crichton, 2009) (Department of Health and Social Care, 2011).

Au niveau **élevé**, (Crichton, 2009; Department of Health and Social Care, 2010), la classification des espaces à l'intérieur du périmètre sécurisé est plus détaillée et stricte. Les zones sont hiérarchisées, à savoir celles accessibles aux patients sous observation continue, accessibles sous observation périodique, exclusivement réservées au personnel clinique, dédiées au personnel technique et d'entretien, ainsi que les espaces extérieurs sécurisés. Dans toutes les zones accessibles aux patients, les canalisations, les conduits de ventilation et les câblages doivent être hors de portée afin de prévenir toute manipulation, dissimulation ou tentative d'évasion. Les locaux techniques ne doivent en aucun cas être accessibles depuis les zones des patients. L'accès pour l'entretien et la maintenance doit être séparé des zones de circulation des patients et intégré dans des conduits sécurisés, dissimulés et verrouillés, idéalement dimensionnés pour permettre un accès piéton. Ces conduits doivent être accessibles uniquement depuis des zones non accessibles aux patients, comme les couloirs techniques ou les espaces de service. L'ensemble des réseaux techniques doit être regroupé de manière contrôlée afin de réduire les risques et de faciliter les interventions sans perturber les activités cliniques. Les cloisons intérieures doivent être de construction robuste, avec des finis non amovibles et des performances acoustiques adaptées pour limiter le bruit et l'écho. Dans les zones accueillant des patients, dont l'état nécessite un niveau élevé de soutien de la part du personnel ou qui sont en isolement, ces cloisons doivent résister à des agressions soutenues. Les protections murales, lorsqu'elles sont présentes, doivent être solidement fixées et conçues sans arêtes vives. Le nombre de murs porteurs intérieurs doit être limité afin de permettre des adaptations futures de l'aménagement. Enfin, les espaces de visite doivent être situés à l'intérieur du périmètre sécurisé, et la décoration, comme le mobilier, ne doivent être ni facilement cassables ni utilisables pour l'automutilation ou comme armes (Department of Health and Social Care, 2011).

Serrures et clés

Des instructions pour les serrures et les clés (électromécaniques; clés manuelles traditionnelles; magnétiques; cartes à glisser; lecteurs de proximité; lecteurs biométriques) portent uniquement sur le niveau **moyen**. L'entrée principale de l'unité doit être équipée d'un

sas sécurisé, constituant le point de contrôle prioritaire pour l'accès à l'unité. Ce dispositif permet de réguler les entrées et sorties tout en assurant une séparation claire entre les zones publiques et les zones sécurisées. Le système de verrouillage de l'unité doit être conçu de manière centralisée afin de limiter la complexité, les erreurs de gestion et les risques de perte ou de duplication des clés. Un seul système de verrouillage est privilégié pour l'ensemble de l'unité; toutefois, afin de renforcer le contrôle des circulations vers le périmètre, un système distinct est recommandé pour les portes donnant accès aux espaces extérieurs. Chaque unité est responsable de la gestion du nombre de clés, des cartes d'accès ou des dispositifs électroniques qui lui sont attribués, ce qui permet d'adapter le niveau d'accès aux fonctions du personnel et aux besoins opérationnels. Les salles destinées au traitement ou aux examens doivent être intégrées de manière cohérente à ce dispositif de verrouillage. Les portes de ces espaces, de même que celles des armoires qu'ils contiennent, doivent être munies de serrures compatibles avec le système en place. Chaque unité doit disposer de ses propres salles destinées au traitement ou aux examens, et celles-ci doivent être intégrées à un système de verrouillage distinct, afin de garantir la sécurité du matériel, des médicaments et des dossiers, tout en évitant les accès non autorisés. Enfin, les chambres des patients doivent être équipées de serrures antiligatures. Ces dispositifs permettent de préserver l'intimité des occupants, tout en répondant aux exigences de sécurité propres au contexte de soins, notamment en réduisant les risques d'automutilation et d'incidents graves (Department of Health and Social Care, 2011).

Unité

Selon les niveaux de sécurité, l'organisation et la conception des unités reposent sur des principes basés sur les besoins des patients, les soins fournis, la capacité d'accueil, la surveillance, la réduction des risques et le fonctionnement opérationnel. Concernant la **capacité d'accueil**, pour les unités à sécurité **faible** ou les unités d'urgence, la capacité recommandée se situe autour de 10 à 14 lits (Veteran Affairs, 2021), avec un minimum généralement fixé à 14 lits selon certaines références (National Association of Psychiatric Intensive Care and Low Security Units, 2017). D'autres modèles proposent plutôt des unités

de 8, 12, 16 ou 20 lits, la taille étant adaptée en fonction des besoins cliniques, de la population desservie ainsi que de l'organisation de l'hôpital (Veteran Affairs, 2021). À l'échelle de l'établissement, le nombre moyen de lits est d'environ 50. Toutefois, ce nombre varie considérablement selon le contexte, ce qui conduit à une répartition en plusieurs unités de taille standardisée (Veteran Affairs, 2021). Au-delà du nombre de lits, **la conception de l'unité** doit répondre à des exigences strictes en matière de sécurité et de **prévention des risques d'agression et de violence**. Les espaces où les patients ne sont pas constamment supervisés, tels que les chambres et les toilettes, doivent être considérés comme des zones à haut risque. Ils doivent être conçus, construits et aménagés de manière à réduire au maximum les possibilités d'automutilation, tant par le choix des matériaux que par l'aménagement des équipements installés. De manière générale, l'architecture du bâtiment doit permettre au personnel d'avoir une visibilité optimale et limiter les espaces difficilement observables, tels que les angles morts, les recoins ou les impasses (Veteran Affairs, 2021). Toutes les pièces de l'unité doivent être conçues de façon à limiter les situations dans lesquelles des patients, des membres du personnel ou des visiteurs pourraient se retrouver isolés, cachés, barricadés ou pris en otage. Cela implique une attention particulière à la configuration des locaux, aux aires de circulation, aux portes et aux points de fermeture. La conception des espaces doit permettre une intervention rapide du personnel et empêcher toute appropriation prolongée ou dangereuse d'un lieu (Department of Health and Social Care, 2010, 2011; Veteran Affairs, 2021). La prévention de la dissimulation et du stockage d'objets interdits constitue un autre principe central. Toutes les zones accessibles aux patients doivent être aménagées de manière à réduire les possibilités de cacher des armes, des produits de contrebande ou des petits objets dangereux. Les éléments de construction, le mobilier et les installations doivent permettre une vérification visuelle ou physique simple et efficace. La conception doit limiter les recoins, les volumes creux et les surfaces amovibles susceptibles d'être détournés de leur usage initial (Department of Health and Social Care, 2010, 2011; Veteran Affairs, 2021). Les **espaces fonctionnels**, notamment la cuisine et les comptoirs de service, doivent être conçus pour être facilement observables, supervisés et contrôlés

par le personnel. Les équipements potentiellement dangereux, comme les chaudières, les systèmes de chauffage, les équipements de cuisine ou les dispositifs d'élimination des déchets, doivent pouvoir être isolés, verrouillés ou mis hors service lorsque nécessaire. Les placards et les tiroirs non accessibles aux patients doivent être verrouillables, avec un contrôle strict des clés par le personnel, et les guichets de service doivent être solidement sécurisés lorsqu'ils ne sont pas utilisés (Department of Health and Social Care, 2010, 2011; Veteran Affairs, 2021). Enfin, l'unité doit disposer d'une **entrée distincte** dédiée à la livraison et à la collecte des biens propres et souillés, ainsi qu'à l'approvisionnement alimentaire. Cette séparation des flux contribue à la sécurité, à l'hygiène et au bon fonctionnement de l'unité, tout en réduisant les interactions non contrôlées avec les zones fréquentées par les patients (Department of Health and Social Care, 2010, 2011; Kennedy, 2002; National Association of Psychiatric Intensive Care and Low Security Units, 2017; Veteran Affairs, 2021).

Portes et fenêtres

Au niveau **faible**, les exigences reposent principalement sur le verrouillage des portes et des fenêtres (Kennedy, 2002).

En ce qui concerne le niveau de sécurité **moyen**, les dispositifs deviennent plus structurés et intégrés à l'organisation du bâtiment. Lorsque les fenêtres s'ouvrent, leur ouverture doit être strictement limitée à un maximum de 125 mm afin d'empêcher tout passage. Si une ouverture plus large est nécessaire, elle doit être protégée par une grille de ventilation sécurisée. Les fenêtres présentant un risque de passage de drogues ou d'armes doivent être équipées d'un treillis de sécurité. Elles doivent également être conçues pour permettre un nettoyage efficace depuis l'intérieur des zones accessibles aux patients. Enfin, les éléments associés

aux fenêtres, tels que les stores, les rideaux et les panneaux d'observation, doivent être intégrés de manière sécurisée. Les stores installés dans les chambres doivent faire partie intégrante de la structure de la fenêtre, et ceux associés aux panneaux d'observation doivent pouvoir être contrôlés par le personnel depuis l'extérieur de la chambre. Les systèmes de fixation des rideaux ne doivent présenter aucun risque de ligature ni pouvoir être démontés et utilisés comme arme. L'accès se fait par des portes équipées de claviers ou de systèmes de contrôle, et les portes intérieures sont renforcées. Les portes communicantes doivent être munies de systèmes d'alarme signalant toute ouverture prolongée non autorisée. Certaines pièces sensibles, comme les salles d'entrevue ou les chambres, peuvent être dotées de portes à double ouverture (à l'intérieur et à l'extérieur) afin de renforcer le contrôle et la sécurité du personnel. Afin de prévenir l'introduction d'objets interdits, les fenêtres extérieures sont renforcées et peuvent comporter des grilles anticoncontrebande. L'accès au service sécurisé, au-delà du hall principal, doit s'effectuer par un sas contrôlé de manière centralisée, comprenant deux ensembles de portes interverrouillées, garantissant qu'une porte soit refermée avant l'ouverture de la suivante (Department of Health and Social Care, 2011).

Au niveau de sécurité **élevé**, la conception des portes et des fenêtres vise à prévenir les situations critiques et à permettre une intervention rapide du personnel. Les pièces, les portes et les espaces communs doivent être conçus pour limiter les possibilités de barricade et garantir l'accessibilité en cas d'urgence. Les fenêtres des chambres des patients ne doivent pas faire partie du périmètre de sécurité extérieur et doivent être testées afin d'assurer leur résistance à des tentatives d'évasion (Crichton, 2009; Department of Health and Social Care, 2010).

Chambres

À un niveau de sécurité **faible** ou en unité d'urgence, les exigences portent principalement sur la superficie et la fonctionnalité de base. La surface des chambres standards doit être d'environ 15 m², incluant la salle de bain attenante. Pour les patients en fauteuil roulant ou présentant des besoins médicaux complexes, cette surface doit dépasser celle des chambres standards. L'aménagement doit permettre, lorsque nécessaire, une observation générale de la chambre et de la salle de bain depuis l'extérieur, sans que la surveillance soit permanente (Department of Health and Social Care, 2011; National Association of Psychiatric Intensive Care and Low Security Units, 2017).

À un niveau de sécurité **moyen**, les chambres intègrent davantage de dispositifs de contrôle et de sécurité. Les portes doivent être munies d'un panneau d'observation équipé d'un store à lamelles intégré, permettant de concilier surveillance et respect de l'intimité. Chaque chambre et sa salle de bain attenante doivent disposer d'un système d'appel du personnel, idéalement sans fil. Les installations mécaniques et électriques doivent être conçues pour résister au sabotage et au vandalisme, et les dispositifs permettant de contrôler l'éclairage, l'eau et l'électricité doivent être situés à l'extérieur de la chambre.

En ce qui concerne le niveau de sécurité **élevé**, la chambre doit offrir un contrôle accru des accès et des risques. Elle doit être équipée d'une serrure pouvant être actionnée par le patient, tout en permettant au personnel de la désactiver depuis l'extérieur. L'ensemble des équipements et des matériaux ainsi que l'aménagement doivent être conçus pour réduire les risques d'automutilation, de dégradation ou de perte de contrôle par l'occupant (Department of Health and Social Care, 2010).

Salles de bain et toilettes attenantes

Au niveau de sécurité **faible**, dans l'urgence psychiatrique, ces espaces peuvent être équipés d'un panneau d'observation permettant au personnel de vérifier l'intérieur de la pièce en cas de besoin, tout en préservant l'intimité du patient grâce à un dispositif d'obturation contrôlé uniquement par le personnel (Department of Health and Social Care, 2011; National Association of Psychiatric Intensive Care and Low Security Units, 2017).

À un niveau de sécurité **moyen**, l'accent est mis sur l'élimination des points de ligature potentiels. Les équipements sanitaires, tels que les robinets, les douches, les bains et les chasses d'eau, doivent être activés par des technologies sans contact, des interrupteurs à boutons-poussoirs ou des capteurs électroniques temporisés. Tous les conduits, tuyauteries et canalisations doivent être dissimulés, tout en conservant un accès sécurisé aux siphons et aux systèmes d'évacuation afin de permettre la récupération d'effets personnels (Department of Health and Social Care, 2011).

Au niveau de sécurité **élevé**, les salles de bain et les toilettes doivent être entièrement conçues sans point de ligature. Chaque élément, du mobilier aux équipements techniques, doit contribuer à minimiser les risques d'automutilation, tout en maintenant un environnement fonctionnel, hygiénique et compatible avec les exigences de soins (Department of Health and Social Care, 2010).

Autres composantes

Au niveau de sécurité **faible**, les arrangements demeurent essentiellement fonctionnels et proportionnels à un contexte de risque faible. Le mobilier est de type hospitalier standard, sans exigences particulières liées à la fixation ou au poids. Les systèmes d'alarme personnelle sont spécifiques à certains emplacements et permettent d'alerter une équipe d'intervention, généralement par téléavertisseur. La surveillance du site repose sur un système d'observation favorisant la présence et l'interaction du personnel avec les patients, complété par des alarmes personnelles et des dispositifs muraux dans les zones clés. La vidéosurveillance, lorsqu'elle est utilisée, vise principalement à soutenir l'observation clinique plutôt qu'à assurer un contrôle sécuritaire étendu. Des zones sécurisées supplémentaires peuvent être prévues ponctuellement, sous la forme d'un espace individuel comprenant une chambre et un espace de vie (Crichton, 2009).

Au niveau de sécurité **moyen**, les exigences se renforcent afin de limiter les risques d'agression, d'automutilation et de dissimulation. Le mobilier doit être lourd et robuste, limitant ainsi les risques qu'il soit utilisé comme une arme, pour s'automutiler ou cacher des objets interdits. Les systèmes d'alarme personnelle deviennent plus structurés : en cas d'incident, la sécurité du site est alertée, une annonce peut être diffusée par haut-parleur et l'équipe d'intervention est mobilisée. La vidéosurveillance doit couvrir l'extérieur, les points d'accès, les sas, l'entrée principale, le hall, les salles d'attente des visiteurs, les zones de fouille et la salle de contrôle, avec une durée de conservation des enregistrements d'environ deux semaines. Les technologies de sécurité peuvent inclure des systèmes de contrôle d'accès, un éclairage périmétrique et des dispositifs de détection d'intrusion. Des espaces sécurisés individuels supplémentaires sont prévus, offrant une alternative encadrée à l'hébergement standard (Crichton, 2009; Department of Health and Social Care, 2011).

Au niveau **élevé**, les autres composantes s'inscrivent dans une logique de contrôle global et continu de l'environnement. Le mobilier demeure lourd et extrêmement robuste, conçu pour résister à une utilisation abusive tout en éliminant tout potentiel de danger. Les systèmes d'alarme personnelle et murale sont généralisés et intégrés à une réponse centralisée rapide. Même s'il n'existe pas de consensus quant à l'organisation de la surveillance, certains auteurs suggèrent qu'une vidéosurveillance couvrant l'ensemble du site et du périmètre sécurisé, y compris les zones d'observation renforcée et les espaces accessibles aux patients, avec une gestion et une surveillance centralisées depuis la salle de contrôle et une durée de conservation prolongée des enregistrements, est à privilégier. Des technologies de sécurité avancées, telles que l'éclairage intérieur et extérieur du périmètre et les systèmes de détection de mouvements, sont systématiquement déployées. Chaque unité doit disposer d'un accès direct et sécurisé à un jardin extérieur observable, conçu pour accueillir l'ensemble des patients, sans que cet espace puisse être utilisé pour fumer du tabac. Enfin, une gamme complète de zones sécurisées individuelles, comprenant chambres et espaces de vie, est mise à disposition afin de répondre à différents niveaux de besoins cliniques et sécuritaires (Crichton, 2009; Department of Health and Social Care, 2010).

Le **Tableau S1** de l'**Annexe 3** présente les composantes de la sécurité physique, ventilées par niveau de sécurité.

Sécurité procédurale

La sécurité procédurale inclut les composantes relatives aux patients et celles concernant les systèmes. Le premier groupe comprend les composantes relatives aux programmes cliniques, aux plans de contingence, aux politiques encadrant les communications, aux fouilles et aux observations ; aux réglementations portant sur les visites, l'accès aux objets et les matériaux, les procédures de déplacements, et d'autres politiques connexes. Les composantes relatives aux systèmes comprennent la gestion de l'organisation, des lits, du personnel, du bâtiment et de la sécurité (England, 2018a, 2018b, 2020, 2021a, 2021b, 2021c, 2024; Jobbins et al., 2007; Liddiard & John-Evans, 2017).

GESTION DE QUALITÉ

Certaines informations sur la gestion de la qualité en psychiatrie légale sont disponibles pour le RU. La gestion repose sur des normes de qualité pour les niveaux de sécurité **faible**, **moyen** et **élevé**, disponibles publiquement (England, 2021a, 2021b, 2021c). Ces normes décrivent la prestation de soins depuis l'accueil des patients jusqu'à la sortie de l'hôpital. La concordance entre les normes de soins et les soins actuels fait l'objet d'un audit. Les audits sont réalisés par la Commission de qualité des soins (www.cqc.org.uk/), et des rapports sont rédigés à la suite de l'inspection. Les rapports sont accessibles sur le site de la Commission.

SOINS DES PATIENTS

Programmes cliniques

À un niveau de sécurité **faible**, les interventions décrites visent principalement l'engagement dans les soins (Fitzgerald et al., 2011; Wakefield & Holliday, 2005), les comportements délinquants (Nagi & Davies, 2010), les comportements inadaptés (Ashworth et al., 2021), la santé physique (Haddad et al., 2016; Martelize Kelbrick et al., 2015), la santé mentale (Webb & Wallang, 2023), les compétences sociales (Williams & Chard, 2016) ainsi que la violence (Patel et al., 2018).

Les interventions mènent à des améliorations significatives des symptômes psychotiques, des indicateurs subjectifs de bien-être et du fonctionnement social. Toutefois, le taux d'incidents violents diminue suivant les interventions.

Concernant les compétences sociales, plusieurs approches — observation structurée avec rétroaction, apprentissage social, programmes cognitifs ou thérapie cognitive comportementale — montrent des effets positifs sur la compréhension des interactions sociales, la résolution de problèmes et la réduction de certains comportements à risque. Toutefois, la participation incomplète aux programmes demeure un facteur limitant, soulignant l'importance de mettre l'accent sur les stratégies de soutien à la persévérance thérapeutique.

Dans les unités à sécurité **moyenne**, les interventions se concentrent sur l'engagement dans les soins (Tolland & Laithwaite, 2018), la santé physique (Carney et al., 2024), les compétences sociales (Cullen et al., 2012a; Long et al., 2013; Long et al., 2011b), l'utilisation de substances (Derry & Batson, 2008; Miles, 2015; Owen et al., 2008; Richards & Cook, 2009), les comportements inadaptés (Ashworth & Brotherton, 2018; Long et al., 2011a; Long et al., 2008; Withers, 2008) ainsi que sur la violence (Cullen et al., 2012b; Long et al., 2015). Les revues d'ensemble de cibles sont également publiées pour ce niveau de sécurité (Barkham & Lovelock, 2013).

En matière de symptômes psychiatriques, les approches pharmacologiques et psychothérapeutiques démontrent des améliorations significatives dans le fonctionnement, du bien-être et une réduction des comportements à risque. Les traitements médicamenteux apparaissent globalement bien tolérés, bien que certains effets nécessitent une surveillance clinique.

Les interventions ciblant l'abus de substances reposent majoritairement sur la thérapie cognitive comportementale et, plus rarement, sur les interventions familiales. Les données indiquent de meilleurs résultats en ce qui concerne les compétences sociales chez les participants terminant les programmes, avec des taux élevés de maintien dans la communauté et d'abstinence à long terme, y compris chez les personnes présentant une déficience intellectuelle. Néanmoins, des déséquilibres persistants entre évaluation et accès au traitement sont rapportés.

Les modèles de comportements inadaptés sont abordés par une variété d'approches (thérapie cognitive dialectique, thérapie cognitive comportementale, thérapie analytique cognitive). Les résultats révèlent des diminutions des comportements agressifs, de la détresse émotionnelle et des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles, mais mettent également en évidence des obstacles organisationnels et culturels, notamment la résistance du personnel ou la difficulté à maintenir l'intégrité des modèles thérapeutiques.

Les problématiques de santé physique, notamment chez les adultes présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA), font l'objet d'approches d'audit et de programmes multidisciplinaires (p. ex. gestion du poids, plans de soins physiques). Ces initiatives révèlent une acceptabilité satisfaisante et une amélioration modeste des connaissances et attitudes du personnel, bien que leur adoption clinique reste parfois limitée, indiquant un besoin de soutien organisationnel renforcé.

Au niveau de sécurité **élevé**, les interventions sont fortement orientées vers le rétablissement (Laithwaite et al., 2009; Thomson & Rees, 2023; Wolfendale & Musaabi, 2017), la santé mentale (Gibbon & Maden, 2011; Mortlock et al., 2017), les comportements inadaptés (Annesley & Sheldon, 2012; Marshall et al., 2024; Timmerman & Emmelkamp, 2005), les compétences sociales (Kellett & Dickinson, 2019; Menditto et al., 2022), l'utilisation de substances (Green et al., 2023), la violence (Berlin et al., 2025; Bernstein et al., 2023; Sivermo et al., 2025; Wilson et al., 2013) ainsi que la pyromanie (Annesley et al., 2017).

En matière de réduction de l'agressivité, les lignes directrices cliniques privilégient des stratégies de désescalade, d'interventions pharmacologiques, et le recours à la tranquillisation lorsque nécessaire. Les plans collaboratifs de gestion des risques impliquant patients et personnel constituent une approche prometteuse pour renforcer l'anticipation et la prévention des comportements violents.

Les programmes structurés de développement des compétences cognitives, la thérapie cognitive comportementale, la thérapie par les schémas et, plus récemment, les outils de réalité virtuelle, montrent des résultats variables. En effet, certaines interventions sont associées à une réduction des incidents violents, de l'agressivité verbale ou de la consommation de substances, ainsi qu'à une amélioration de l'accès aux permissions de sortie. Toutefois, les effets sur les indicateurs directs de risque demeurent parfois limités, malgré des taux de rétention élevés.

Enfin, les initiatives de formation du personnel et de réforme réglementaire contribuent à une diminution significative du recours à l'isolement, tant en matière de fréquence que de durée, soulignant l'importance des leviers organisationnels dans les environnements hautement sécurisés.

Globalement, les données indiquent que l'efficacité des interventions varie selon le contexte, la problématique ciblée et le degré d'implémentation. Les approches individualisées, intégrées et soutenues par l'organisation apparaissent comme les plus prometteuses pour améliorer les résultats cliniques, réduire les risques et favoriser des trajectoires de soins plus durables.

Plan de contingence

Un plan de contingence est un document opérationnel qui décrit l'ensemble des mesures, des procédures et des responsabilités à mettre en œuvre afin de répondre efficacement à des situations imprévues ou critiques susceptibles de perturber le fonctionnement normal d'un service ou d'un établissement. Il vise à assurer une gestion coordonnée des incidents, à limiter les impacts sur la sécurité des personnes et à maintenir les activités essentielles. Ce plan définit notamment la chaîne de commandement, en précisant qui prend les décisions, à quels niveaux et selon quelles modalités. Il encadre les communications internes et externes, afin de garantir une transmission rapide, claire et fiable de l'information en situation d'urgence. Le plan de contingence prévoit également les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et la sûreté des patients, du personnel et des visiteurs, incluant des procédures de confinement, d'évacuation ou de contrôle des accès lorsque requis. Un autre objectif central du plan est d'assurer la continuité des soins et des services essentiels, même en contexte dégradé, ainsi que la mise en place de solutions temporaires d'hébergement en cas de déplacements ou de réaffectations, incluant l'instauration d'une politique à la suite d'un geste d'agression envers un autre usager ou un membre du personnel. Enfin, le plan de contingence doit être régulièrement testé et mis à jour au moyen d'exercices théoriques et pratiques, afin de s'assurer que les procédures sont connues, réalistes et applicables, et que les équipes sont prêtes à réagir de manière coordonnée.

Au niveau de sécurité **faible**, le plan de contingence vise principalement à assurer une réponse organisée et proportionnée aux incidents, sans recourir à des dispositifs lourds. Il doit définir clairement la chaîne de commandement opérationnel afin que les rôles et responsabilités soient compris par l'ensemble du personnel. Les modalités de communication interne et externe doivent être précisées afin de permettre une diffusion rapide de l'information en situation d'urgence. Le plan doit également prévoir des mesures de protection pour les patients et le personnel, tout en garantissant la continuité des soins et des traitements essentiels. Des dispositions de base concernant l'hébergement temporaire peuvent être incluses si un déplacement ou une réorganisation

des patients devient nécessaire. La mise à l'épreuve du plan, réalisée à intervalles réguliers afin de maintenir un niveau minimal de préparation, se fait à l'aide d'exercices réels ou théoriques (p. ex. simulations d'alarme collectives) (Crichton, 2009).

Au niveau de sécurité **moyen**, le plan de contingence est plus structuré et formalisé, en raison d'un niveau de risque plus élevé. Il doit détailler de manière opérationnelle la chaîne de commandement, les mécanismes de coordination et les procédures de communication, tant à l'interne qu'avec les services de sécurité ou d'urgence externes. La sécurité et la sûreté des patients et du personnel constituent un axe central, avec des mesures spécifiques pour le confinement, l'évacuation ou l'isolement de certaines zones, si nécessaire. Le maintien de la continuité des traitements doit être planifié de façon plus précise, incluant des scénarios de fonctionnement dégradé. Des solutions d'hébergement alternatives doivent être identifiées à l'avance. Le plan doit être régulièrement testé au moyen d'exercices pratiques et théoriques, incluant une réponse collective aux simulations d'alarme au moins tous les six mois, afin d'assurer la réactivité et la coordination des équipes (Crichton, 2009; Georgiou et al., 2019).

Au niveau de sécurité **élevé**, un éventail de plans de contingence interorganisationnels pour faire face à d'éventuelles situations, telles que les prises d'otages, les émeutes, les évactions, les barricades et les manifestations/occupations sur les toits, doit être élaboré (Crichton, 2009; Georgiou et al., 2019).

Communications, fouilles, observations

Au niveau **faible** de sécurité, les mesures appliquées aux patients reposent sur un équilibre entre liberté, encadrement clinique et contrôle ciblé des risques. Les communications sont globalement autorisées, avec certaines limites : les colis sont ouverts, les courriels peuvent être accessibles soit à l'extérieur du site sans supervision, soit sur place sous supervision, et les appels téléphoniques peuvent être surveillés ou interrompus au besoin. La communication avec certaines personnes peut également être restreinte en fonction de l'évaluation clinique ou judiciaire. Les fouilles sont principalement réalisées à l'admission, incluant une fouille des effets personnels, en fonction d'une évaluation individuelle du risque. Des fouilles aléatoires peuvent être effectuées après un congé, et les sacs ou colis sont inspectés au retour. L'observation repose surtout sur la présence du personnel et l'interaction directe, les dispositifs technologiques jouant un rôle limité. L'utilisation des outils numériques peut être soutenue, incluant l'accès sécurisé à Internet, avec un accompagnement pour l'usage approprié des technologies, des réseaux sociaux, de la confidentialité et des risques associés (Crichton, 2009; Kennedy, 2002).

Au niveau de sécurité **moyen**, les restrictions et les contrôles deviennent plus systématiques. Les communications sont davantage encadrées : l'ensemble du courrier et des colis est passé aux rayons X et peut être surveillé, l'accès aux courriels est généralement interdit et les appels téléphoniques peuvent également être surveillés ou interrompus. De même, les communications entrantes et sortantes, écrites et téléphoniques, sont surveillées, à l'exception des communications légales qui demeurent confidentielles. Les fouilles sont renforcées et régulières : elles ont lieu à l'admission, après chaque congé, et comprennent des fouilles fréquentes de la personne, de la chambre, des effets personnels et des lieux. L'observation s'appuie à la fois sur la présence du personnel et sur des systèmes d'observation conformes aux politiques de l'établissement. Ces systèmes constituent un soutien à la supervision clinique, sans se substituer à l'observation directe ni exiger une augmentation des effectifs (Crichton, 2009; Georgiou et al., 2019; Kennedy, 2002).

En ce qui concerne le niveau de sécurité **élevé**, les mesures procédurales visent un contrôle strict et continu afin de prévenir les incidents graves, l'introduction de produits de contrebande et les risques suicidaires. Les communications sont fortement restreintes : tous les courriers et colis sont systématiquement passés aux rayons X et surveillés, aucun accès aux courriels n'est autorisé, et les appels téléphoniques sont surveillés ou interrompus selon les besoins de sécurité. Les communications légales restent protégées. Les fouilles sont intensives et répétées, incluant les fouilles à l'admission, et après les congés. Des fouilles régulières de la personne, de la chambre et de l'environnement sont réalisées, ainsi que des fouilles par palpation, lorsque jugées pertinentes. Les fouilles peuvent également concerner le personnel, les visiteurs et l'environnement immédiat. L'observation est considérée comme un élément central de la sécurité : les bâtiments et les espaces accessibles aux patients doivent être conçus pour rendre le suicide et l'automutilation aussi difficiles que possible. Les chambres, les salles de bains, les toilettes et toutes les zones où l'observation peut être intermittente sont classées comme zones à haut risque. Les dispositifs d'observation technologiques soutiennent la supervision clinique dans le cadre de procédures locales claires, et s'inscrivent dans une stratégie globale de prévention du suicide élaborée en lien avec les politiques nationales et les services de gestion des risques (Crichton, 2009; Kennedy, 2002).

Visites

Au niveau de sécurité **faible**, les visites sont généralement permises avec un encadrement limité, tout en tenant compte du niveau de risque présent. Les visiteurs peuvent être accompagnés si nécessaire, et les visites ont lieu dans des zones désignées avec des restrictions ajustées en fonction de la situation clinique ou sécuritaire du moment. L'approbation formelle des visiteurs n'est habituellement pas requise et l'identification peut être minimale. Les ex-patients peuvent toutefois être exclus des visites. Aucune fouille de routine des visiteurs n'est prévue bien que les colis et les sacs puissent être inspectés à l'entrée. Une politique générale encadre les fouilles lors des visites, incluant les situations impliquant des enfants ou des visiteurs non désirés. Les visites d'enfants sont possibles avec l'approbation de l'équipe traitante (Crichton, 2009; Kennedy, 2002).

Au niveau **moyen**, les visites sont plus structurées et étroitement contrôlées. Les visiteurs sont accompagnés et transportés, au besoin, en navette jusqu'au lieu de la visite. Les rencontres se déroulent dans une salle familiale spécialement aménagée, distincte de la zone clinique. L'approbation préalable par l'équipe multidisciplinaire est requise et une identification est exigée. Les visiteurs autorisés doivent figurer sur une liste pré-établie et s'engager à respecter un code de conduite. Les visites sont généralement surveillées. Aucune fouille systématique n'est effectuée, mais des casiers sécurisés doivent être mis à disposition afin que les visiteurs y déposent leurs sacs puisque ceux-ci ne sont pas permis dans les zones accessibles aux patients. Une politique formelle encadre les fouilles, les visiteurs à risque et les situations particulières. Les visites d'enfants nécessitent une évaluation en travail social ainsi qu'une approbation multidisciplinaire, et doivent être encadrées et surveillées (Crichton, 2009; Georgiou et al., 2019; Kennedy, 2002).

En sécurité **élevée**, les visites sont fortement réglementées afin de réduire au maximum les risques pour les patients, le personnel et l'établissement. Dans certains établissements, les visiteurs sont accompagnés en tout temps et transportés en navette jusqu'à une suite spéciale de visite familiale, située à l'écart de la zone clinique. Les visites sont autorisées uniquement lorsqu'une autorisation écrite a été obtenue au préalable. Une identification formelle est exigée, suivie de la remise d'une pièce d'identité qui est vérifiée à la sortie. L'approbation préalable par l'équipe multidisciplinaire est obligatoire et les visiteurs doivent respecter strictement le code de conduite. Les fouilles sont renforcées : des fouilles par palpation peuvent être requises, des fouilles aléatoires peuvent être effectuées à l'entrée et à la sortie, et les sacs sont inspectés en cas de déclenchement des détecteurs ou d'alertes à l'imagerie par rayons X. Les visites d'enfants nécessitent une évaluation en travail social et une approbation multidisciplinaire, avec des conditions strictes d'encadrement (Crichton, 2009; Kennedy, 2002).

ACCÈS AUX OBJETS ET AUX MATÉRIAUX

Au niveau de sécurité **faible**, l'accès aux objets est principalement déterminé par l'évaluation clinique individuelle et le jugement de l'équipe traitante, ainsi que selon les conditions légales, les politiques et les procédures. L'accès à du matériel représentant de la violence ou à du matériel pornographique relève de la discrétion de l'équipe traitante pour chaque patient. Les couverts de table métalliques sont restreints, comptés après utilisation, et les repas sont supervisés. L'accès à l'équipement d'ergothérapie, notamment les cuisines thérapeutiques, est possible avec l'approbation de l'équipe traitante. Le matériel pouvant servir à allumer un feu est strictement contrôlé et aucun dispositif d'allumage n'est autorisé auprès des patients. L'accès aux effets personnels est décidé par l'équipe multidisciplinaire. L'accès à l'argent et aux objets de valeur dépend de l'évaluation des capacités individuelles et peut être restreint, le troc entre patients étant interdit (Crichton, 2009; Kennedy, 2002).

En ce qui concerne le niveau de sécurité **moyen**, les contrôles deviennent plus systématiques et standardisés. L'accès au matériel représentant de la violence et au matériel pornographique fait l'objet d'un dépistage de routine et d'un contrôle strict. Les couverts de table métalliques sont restreints, comptabilisés après usage, et les repas sont supervisés. L'accès à l'équipement d'ergothérapie est progressif et conditionnel à une évaluation individuelle du risque et à l'approbation de l'équipe multidisciplinaire. Le matériel pouvant servir à allumer un feu demeure interdit aux patients. Il peut y avoir un accès contrôlé et limité uniquement par le personnel. L'accès aux effets personnels est restreint et le nombre d'objets permis est limité. L'accès à l'argent et aux objets de valeur dépend de l'évaluation individuelle des capacités et peut être davantage restreint, y compris lors des congés, afin de réduire les risques de fugue, et l'accès à l'argent comptant est limité (Crichton, 2009; Kennedy, 2002).

Au niveau de sécurité **élevé**, les restrictions sont maximales et étroitement surveillées. L'accès au matériel représentant de la violence et au matériel pornographique est strictement contrôlé à la suite d'un dépistage de routine. Les couverts métalliques sont sévèrement restreints, comptabilisés après chaque utilisation, et les repas sont systématiquement supervisés. L'accès à l'équipement d'ergothérapie est accordé de manière progressive, uniquement après une évaluation individuelle approfondie du risque et l'approbation de l'équipe multidisciplinaire. Tout matériel pouvant servir à allumer un feu est interdit aux patients. L'accès aux effets personnels est limité à un nombre restreint d'objets. L'argent et les objets de valeur sont strictement restreints sur l'unité et lors des congés, et toutes les transactions ou affaires financières font l'objet d'une surveillance continue pour des raisons de sécurité (Crichton, 2009; Kennedy, 2002).

Accès aux substances

Au niveau de sécurité **faible**, le dépistage urinaire de drogues peut être effectué selon les besoins cliniques, à l'admission ou de façon aléatoire. L'accès à l'alcool peut être autorisé lors d'un congé avec l'approbation de l'équipe traitante (Crichton, 2009; Kennedy, 2002).

Au niveau de sécurité **moyen**, le dépistage urinaire de drogues demeure effectué selon les besoins cliniques, à l'admission et de façon aléatoire. Aucun accès à l'alcool n'est permis (Crichton, 2009; Kennedy, 2002).

Au niveau de sécurité **élevé**, le dépistage urinaire de drogues est systématique selon les besoins cliniques, à l'admission et de façon aléatoire. Aucun accès à l'alcool n'est autorisé dans l'unité ou lors des congés (Crichton, 2009; Kennedy, 2002).

Activités, congés et sorties

Au niveau de sécurité **faible**, l'offre d'activités récréatives et thérapeutiques est relativement ouverte et se déroule principalement à l'extérieur de l'unité, selon les capacités fonctionnelles et cliniques des patients. Les permissions de sortie de routine, comme les mises à l'essai, sont encadrées par des politiques propres à chaque unité et reposent sur une évaluation individuelle du risque. Les congés exceptionnels, notamment pour des comparutions au tribunal ou des hospitalisations, suivent les mêmes politiques internes et incluent une évaluation du risque, sans mesures coercitives systématiques (Crichton, 2009; Kennedy, 2002).

Au niveau de sécurité **moyen**, les activités offertes sont plus structurées et majoritairement sécurisées à l'intérieur de l'unité ; toutefois, un éventail d'activités possibles est maintenu à l'extérieur du site. Les permissions de sortie de routine sont toujours basées sur une évaluation individuelle du risque et des politiques des unités clairement définies. Les congés exceptionnels sont encadrés de manière plus stricte : l'évaluation du risque est systématique et la police locale est informée. La prévention et la gestion des fugues reposent sur l'application rigoureuse des politiques de l'unité, sur la production d'une fiche descriptive lors des sorties et des retours, ainsi que sur la transmission des informations pertinentes à la police en cas de fugue. La gestion des évasions inclut des procédures formalisées, une liaison avec la police et l'activation de mesures d'alerte, telles que des sirènes. Les politiques de référence sont détaillées et spécifiquement conçues pour les unités de psychiatrie légale (Crichton, 2009; Kennedy, 2002).

Au niveau **élevé**, les activités récréatives et thérapeutiques sont offertes dans un cadre strictement sécurisé, généralement sur le site, afin de limiter les risques liés aux déplacements externes. Les permissions de sortie de routine sont rares et, lorsqu'elles sont accordées, nécessitent habituellement l'accompagnement d'au moins deux membres du personnel. Les congés exceptionnels impliquent des mesures de sécurité renforcées, telles que l'utilisation de menottes, une liaison étroite avec la police et la présence d'un nombre accru de membres du personnel accompagnateurs. La prévention et la gestion des fugues reposent sur une évaluation individuelle approfondie du risque pour chaque sortie ou accès aux terrains, sur des plans de contingence inter-organisationnels et sur des dispositifs d'alerte étendus. La prévention et la gestion des évasions s'appuient sur des plans de contingence complets, une coordination étroite avec les forces policières et des systèmes d'alarme. Le cadre de référence est constitué de politiques spécifiques aux hôpitaux de psychiatrie légale à sécurité maximale (Crichton, 2009; Kennedy, 2002).

Déplacements

Au niveau **faible**, les déplacements internes des patients sont relativement souples, mais peuvent être restreints ponctuellement selon la situation clinique ou sécuritaire. Les patients peuvent être confinés lorsque nécessaire, notamment en cas de désorganisation, de risque accru ou d'incident. En dehors de ces situations, les déplacements à l'intérieur de l'unité sont généralement permis sans accompagnement systématique. Les déplacements du personnel ne font l'objet d'aucune procédure particulière ni de limitation spécifique, l'organisation reposant principalement sur la confiance professionnelle et la présence clinique (Crichton, 2009).

Au niveau de sécurité **moyen**, les déplacements des patients sont davantage encadrés et les autorisations sont soutenues par un outil d'évaluation. À l'intérieur de l'unité, les patients doivent être accompagnés et n'ont pas accès aux zones administratives ou techniques. Les déplacements sont planifiés et supervisés afin de limiter les risques d'intrusion dans des zones non autorisées. Les déplacements du personnel demeurent non limités, mais font l'objet d'un enregistrement électronique, permettant une traçabilité des accès et des circulations à des fins de sécurité et de gestion (Crichton, 2009).

Au niveau **élevé**, les déplacements des patients sont strictement contrôlés et différenciés selon le niveau de risque individuel. Certains patients peuvent avoir accès aux terrains extérieurs, sous surveillance par des caméras, tandis que d'autres doivent être accompagnés en tout temps. Plusieurs zones du site sont interdites aux patients. Les déplacements du personnel sont à la fois enregistrés électroniquement et restreints pour certaines zones sensibles, avec un contrôle d'accès renforcé afin de limiter les risques et d'assurer une gestion sécuritaire de l'ensemble de l'établissement (Crichton, 2009).

Autres politiques

Au niveau de sécurité **moyenne**, des politiques organisationnelles spécifiques viennent compléter les mesures cliniques et sécuritaires afin de réduire les risques psychosociaux et d'assurer une gestion cohérente des situations complexes. L'établissement doit disposer de politiques formelles de lutte contre l'intimidation, de prévention du suicide et de gestion de l'automutilation. Ces politiques visent à prévenir les comportements à risque, à encadrer les interventions du personnel et à réduire les effets néfastes des pratiques restrictives, en favorisant des approches proportionnées, sécuritaires et respectueuses des patients. Par ailleurs, une collaboration externe structurée est essentielle. Des mécanismes clairs doivent être en place pour assurer une coopération efficace avec la police locale et les autres instances du système de justice pénale en cas d'activités criminelles, de harcèlement ou de violence. Cette collaboration inclut également la gestion des situations d'absence non autorisée, avec des protocoles définissant le partage d'information, les responsabilités de chacun et les modalités d'intervention, afin d'assurer la sécurité du public, des patients et du personnel (Georgiou et al., 2019).

GESTION DES SYSTÈMES

Gestion de lits

Pour tous les niveaux de sécurité, l'information est mise à disposition sur la population desservie, les comportements liés à l'admission, les types de services offerts, l'infrastructure et la trajectoire admissions-sorties, les trajectoires ainsi que la durée de séjour (Kennedy, 2002; Gill et al., 2010; O'Sullivan et al., 2020). Cependant, les publications soulignent que ces réalités sont grandement influencées par les contextes et ne peuvent donc pas être généralisées dans les autres pays. Néanmoins, certaines observations méritent une attention particulière dans une comparaison internationale.

Tout d'abord, une diminution importante des hospitalisations au niveau de sécurité **élevé** et une augmentation significative des hospitalisations aux niveaux de sécurité **faible** (plus de 700 %) et **moyen** (autour de 60 %) ont été rapportées entre 2005 et 2010 au RU (Hall, 2012). L'augmentation au niveau faible s'explique surtout par la croissance des transferts provenant des milieux carcéraux. La publication souligne l'importance de développer le réseau de soins à sécurité faible à travers le pays.

Ensuite, au niveau **moyen**, plusieurs services de liaison offerts par divers spécialistes œuvrant dans des domaines connexes sont documentés. À titre d'exemple, un service de psychiatrie du vieillissement qui vise des consultations gériatriques (Shah, 2006) est offert au RU. Un service de liaison avec la police, destiné à soutenir la résolution des conflits entre les patients tout en s'assurant que cela n'affecte pas les relations entre patients et personnel, est également offert au RU (Heywood & Vandenabeele, 2012; Shah, 2006).

Enfin, au niveau de sécurité **élevé**, la gestion d'agression semble être une priorité des établissements. Des politiques ont d'ailleurs été élaborées à cette fin, telles que le Cadre d'apprentissage collaboratif pour la réduction de la violence au RU (O'Sullivan et al., 2020). Cette approche repose sur la participation active des patients à la planification et à la communication, à la tenue de réunions quotidiennes brèves, à l'utilisation de graphiques journaliers sur les épisodes d'agression et à des discussions hebdomadaires approfondies. Les résultats de la mise en œuvre de cette politique montrent une réduction maintenue de 8 % des agressions physiques et de 16,6 % des agressions non physiques pour 1 000 journées d'hospitalisation occupées. Une stratégie innovante, également au RU, de réduction de l'isolement est également décrite. Elle inclut la séparation à long terme, la rétroaction multidisciplinaire, le partage d'informations et un programme d'ergothérapie, avec l'ajout d'un membre du personnel formé spécifiquement. L'intervention s'étend sur 6 à 12 semaines et entraîne une diminution du nombre de personnes soumises à une mesure d'isolement prolongé ainsi qu'une augmentation significative du temps passé dans des modes allégés d'isolement à 6 semaines, bien que cet effet ne soit plus statistiquement significatif à 12 semaines (Tully et al., 2016).

Gestion de bâtiment et d'unité

En général, les unités sont recommandées pour les niveaux **faible** et **moyen**, et les hôpitaux, pour le niveau **élevé** (Kennedy 2002). La mixité des sexes au niveau de l'unité est fortement déconseillée. Il est également recommandé de prévoir des unités pour les patients avec des troubles neurodéveloppementaux ne contenant pas plus de 10 lits et, selon les besoins, des unités pour les patients « culturellement ou auditivement sourds » ainsi que les patients avec des troubles de personnalité (England, 2021a, 2021b, 2021c).

Aucune politique spécifique relative à la gestion de bâtiment n'a été trouvée en ce qui concerne le niveau de sécurité **faible**. Pour le niveau **moyen**, des informations sur l'organisation du bâtiment et les circulations internes sont disponibles. La politique locale doit déterminer les modalités applicables aux trajets partagés entre piétons et véhicules à l'intérieur du site. Les activités des patients et du personnel doivent être coordonnées à partir d'un point central situé dans l'unité. Ce point central doit offrir une bonne visibilité sur les principales zones accessibles aux patients, incluant l'espace extérieur de l'unité et l'entrée de celle-ci (Department of Health and Social Care, 2011).

La planification des parcours de déplacement doit faciliter la mise en œuvre opérationnelle des services. L'utilisation de revêtements de sol différenciés est recommandée afin de délimiter les zones à l'intérieur du service et de l'unité, contribuant à structurer les déplacements sans compromettre l'espace (Department of Health and Social Care, 2011).

Concernant les serrures et les clés, il devrait y avoir un sas sécurisé, contrôlé et surveillé de manière centralisée pour les véhicules responsables de la livraison des biens et des services sur le site (Department of Health and Social Care, 2011). Un mécanisme de sécurité à toute épreuve devrait

être en place afin de garantir qu'en cas de panne de courant, le fonctionnement des sas magnétiques ou électroniques, des serrures et des dispositifs de contrôle ne sera pas compromis (Department of Health and Social Care, 2011). Dans un hôpital du RU, une zone de soins renforcés (Extra care area) est décrite comme un espace de vie étroitement surveillé, situé à l'écart de la zone clinique principale, destiné à la prise en charge d'un seul patient à la fois. Cette zone est utilisée pour des patients ayant des besoins physiques exceptionnels ou considérés comme présentant un risque imminent d'agression, d'automutilation grave ou de suicide à la suite de comportements à risque. La durée moyenne d'utilisation est de 1,5 an et la population concernée est constituée de femmes. La zone de soins renforcés est présentée comme une substitution à l'isolement. Les données indiquent que les utilisatrices de cette zone représentent 66 % des épisodes de prévention et de gestion de l'agressivité et de la violence, 70 % des mises en isolement, 58 % des épisodes d'automutilation et 53 % des actes d'agression physique. La fréquence moyenne quotidienne des incidents est passée de 0,68 dans les 28 jours précédant l'utilisation de la zone de soins renforcés à 0,46 dans les 28 jours suivants (Long et al., 2010).

Pour le niveau de sécurité **élevé**, la politique locale devrait déterminer les modalités concernant les trajets partagés entre piétons et véhicules (Department of Health and Social Care, 2010). La stratégie en matière de verrouillage doit être officiellement adoptée et les politiques doivent inclure les mesures de contrôle. L'objectif principal de cette stratégie est de s'assurer que les serrures sont utilisées de manière à maximiser la sécurité (Department of Health and Social Care, 2010).

Gestion de personnel

L'information sur les ratios personnel/patient est rare et l'information disponible porte sur les ratios factuels, sans préciser les objectifs quantitatifs sur les sujets. Néanmoins, les directives soulignent que les établissements sont responsables de l'adéquation de la main-d'œuvre. Le « Modèle de service national en santé mentale » (Department of Health, 1999) peut informer les stratégies de planification, de formation continue et de la rétention du personnel en psychiatrie légale.

À tous les niveaux de sécurité, le personnel doit inclure des psychiatres, des psychologues cliniques, des psychologues légistes, des infirmiers en santé mentale, des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux. Des thérapeutes par les arts et des orthophonistes peuvent également faire partie du personnel de soutien (England, 2021a, 2021b; 2021c).

Le personnel travaillant au sein des unités accueillant des patients présentant des troubles neurodéveloppementaux, seulement aux niveaux **faible** et **moyen**, doit avoir une charge de travail plus faible en fonction du nombre de lits (maximum de 10 lits par unité) (England, 2021a, 2021b). Le personnel doit être composé de psychiatres, de psychologues, d'ergothérapeutes, d'orthophonistes, de spécialistes de la dysphagie, de thérapeutes formés à l'intégration sensorielle, d'infirmières diplômées spécialisées dans les troubles d'apprentissage et d'infirmières diplômées en santé mentale (England, 2021a, 2021b). Le personnel doit être sélectionné en fonction de sa capacité de fournir une sécurité relationnelle durable.

La formation du personnel d'unités pour les personnes ayant des troubles de personnalité doit inclure les mesures de gestion des comportements défis (England, 2021a, 2021b). Les équipes d'intervenants doivent être en mesure de fournir du personnel féminin aux patientes à tout moment, lorsque celles-ci en font la demande (England, 2021a, 2021b).

Pour le niveau de sécurité **faible**, des informations sont disponibles sur les modèles de soins infirmiers, l'expérience du personnel, la supervision clinique ainsi que certains cadres de compétence.

Gestion opérationnelle

Différents modèles de soins infirmiers sont décrits pour les milieux à **faible** sécurité, soit le modèle de soins complets au patient, le modèle de soins primaires infirmiers et le modèle de soins fonctionnels ou orientés vers les tâches. Un modèle d'équipe dans lequel des infirmières et des aides-soignantes, sous la coordination d'un chef d'équipe, sont réparties en équipes et responsables d'un groupe défini de patients est également décrit. Ce modèle inclut un partage de la charge de travail ainsi qu'un rôle de supervision et d'évaluation assuré par le chef d'équipe (Nagi et al., 2012).

Concernant l'expérience du personnel, des données sur la supervision clinique sont disponibles. À titre d'exemple, dans un hôpital du RU, une majorité du personnel recevait une supervision clinique moins d'une fois par mois, tandis qu'une proportion plus restreinte en bénéficiait mensuellement. Près de la moitié du personnel n'assurait pas de supervision clinique pour d'autres collègues, et une minorité avait suivi une formation interne à la supervision. La majorité du personnel percevait la supervision clinique comme utile pour améliorer l'efficacité professionnelle et se déclarait ouverte et réceptive à ce dispositif. Les bénéfices identifiés concernaient principalement la gestion émotionnelle, la réduction de la pression professionnelle et le soutien dans des situations cliniques complexes (Long et al., 2014).

Pour le niveau de sécurité **moyen**, des informations concernant les indicateurs de performance, la composition du personnel, les interventions liées à la résistance au changement, les services spécialisés ainsi que certaines formations et dispositifs cliniques sont disponibles.

Les indicateurs de performance (une étude internationale) montrent une corrélation entre le score d'excellence des hôpitaux et plusieurs caractéristiques relatives au personnel, notamment le nombre de psychiatres légistes par unité ainsi que les efforts en matière de formation et de développement professionnel (McLaughlin et al., 2023).

Concernant la composition du personnel (études en Irlande et au RU), on dispose de données détaillées sur la présence de professionnels spécialisés dans le traitement des

troubles concomitants, incluant un trouble lié à l'usage de substances. Une majorité des unités disposaient de cliniciens spécialisés en addictologie, incluant des infirmiers, des psychologues et, dans certains cas, des équipes pluridisciplinaires dédiées à ces patients. Une proportion importante d'unités bénéficiait également de temps exclusivement réservé aux interventions en addictologie (Sbrook et al., 2015).

Au RU, une intervention ciblant la résistance au changement a été mise en place à la suite de l'échec d'une initiative de réduction de l'isolement. Les résultats post-intervention indiquent une diminution du nombre d'incidents d'isolement ainsi qu'une réduction marquée de leur durée. Les membres du personnel font état d'une amélioration de la cohésion d'équipe, de la communication avec les usagers et d'une attitude plus positive face au changement ; les usagers ont rapporté se sentir plus en sécurité et mieux traités (Rowell et al., 2024).

Des programmes de formation sont également décrits, notamment une formation structurée visant à assurer un retour à la suite d'épisodes de violence et le fonctionnement des équipes de gestion de la violence, avec une formation initiale et des suivis de formation annuels, au RU. Une évaluation qualitative des incidents d'agression et des absences du personnel, menée sur une période prolongée, révèle des résultats jugés positifs par les auteurs, bien que les données ne permettent pas une interprétation claire (Ashworth et al., 2016).

Dans la littérature recensée, on ne retrouve pas d'information précisant la manière dont ces dispositifs sont appliqués en ce qui concerne le niveau de sécurité **faible**, ni leur extension explicite au niveau de sécurité **élevé**. Il est toutefois soulevé que l'audit de décisions cliniques du personnel peut influencer positivement sur les résultats cliniques des patients (Taylor & Jones, 2006).

Pour le niveau de sécurité **élevé**, les informations recueillies dans la littérature portent principalement sur la perception à l'égard de la formation et certains dispositifs de formation.

Il est indiqué que les membres du personnel travaillant dans un hôpital à sécurité élevée en Australie tendent à percevoir la formation sur la gestion de l'agressivité en milieu de travail comme moins efficace, comparativement à ceux œuvrant dans des hôpitaux à sécurité **moyenne** ou **faible** (He et al., 2024). Le personnel travaillant dans un hôpital à sécurité élevée ont rapporté que la formation ne les avait pas préparés à faire face à l'agressivité et que le contenu de la formation devait être amélioré, tout comme les méthodes de formation. Ils ont également mentionné que des stratégies visant à soutenir la formation étaient nécessaires (He et al., 2024).

Un cadre de compétences pour les infirmières (dans un établissement en Irlande) est également mentionné dans une publication théorique, structuré autour de piliers relatifs à la qualité des soins, à l'évaluation et à l'amélioration des programmes, à la création d'environnements valorisants, au soutien du fonctionnement organisationnel ainsi qu'au développement des compétences professionnelles (Timmons, 2010).

La présence de personnel féminin ayant un haut niveau d'éducation est associée à une diminution du taux de violence chez les patients en Norvège (Urheim et al., 2020). La possibilité d'avoir des postes divers au sein d'un même établissement et le soutien tangible (p. ex. des primes de milieux, la flexibilité d'horaires) ont été identifiés comme les facteurs contribuant à la rétention et à l'engagement des infirmières au RU (Oates et al., 2021).

Dans un hôpital du RU, un dispositif spécifique est rapporté, soit la mise en place d'un infirmier référent en thérapie cognitivo-comportementale. Ce rôle visait à offrir des interventions de faible intensité, à soutenir le personnel et à accompagner les patients entre les séances de thérapie. Chaque infirmier bénéficiait d'une supervision hebdomadaire, et une évaluation qualitative a montré une réduction de l'anxiété au travail et une bonne rétention du personnel (Carter, 2015).

Gestion de la sécurité

Pour le niveau de sécurité **faible**, on ne trouve aucune information concernant des politiques spécifiques de prévention des fugues, des dispositifs technologiques (GPS, CCTV, capteurs) ou des procédures organisationnelles formalisées liées aux sorties, à la surveillance électronique ou encore à la documentation des permissions de sortie.

Pour le niveau de sécurité **moyen**, des informations sur des politiques organisationnelles de prévention des fugues, reposant principalement sur des procédures administratives et cliniques renforcées, sont disponibles.

Une politique de Révision complète de la documentation relative aux sorties provenant du RU a été mise en œuvre, accompagnée d'une formation du personnel sur les procédures d'octroi et de supervision des permissions de sortie. Le formulaire de demande de sortie comprend notamment un plan de sortie, les rendez-vous hospitaliers, les approbations requises, les contrôles effectués par le personnel, une vérification finale par l'infirmière responsable, un compte rendu des événements survenus pendant la sortie, les contrôles de retour à l'unité avec date et heure, ainsi qu'une révision de la sortie par l'équipe pluridisciplinaire. La durée d'évaluation de cette politique est de quatre ans, période durant laquelle aucun incident de fugue ou d'absence non autorisée n'a été enregistré après la mise en œuvre de celle-ci (Kasmi & Brennan, 2015).

Pour les niveaux de sécurité **moyen** et **élevé**, des informations sont disponibles sur l'utilisation de dispositifs technologiques de surveillance et de prévention des fugues, tant pour les patients que pour le personnel.

L'utilisation de dispositifs portables de suivi GPS pour les patients a été évaluée sur une période d'un à deux ans dans plusieurs hôpitaux à haute sécurité du RU. Les données indiquent une diminution du nombre de fugues, passant de 11 par an avant l'introduction du dispositif, à 3 la première année, puis 0 la deuxième année. L'introduction de ces dispositifs a également augmenté la probabilité d'octroi d'autorisations de sortie et soutenu la progression des patients vers le rétablissement. Ces dispositifs sont présentés comme distincts des bracelets électroniques judiciaires, puisqu'ils visent à renforcer la sécurité et la confiance, plutôt qu'à restreindre la liberté, comme le font

les bracelets électroniques judiciaires. Plus précisément, ils sont connectés aux dossiers des patients et, lorsqu'un patient franchit les frontières des zones autorisées, ils envoient une notification automatique. Leur objectif est en effet de renforcer la sécurité et la confiance. Une réduction de 31 % des échecs de suivi en milieu communautaire est également rapportée pour la surveillance électronique fondée sur la géolocalisation (Hearn, 2013; Tully et al., 2015).

Des caméras corporelles (Body-Worn Video) sont également utilisées par le personnel infirmier du Broadmoor hospital en RU. Ces dispositifs ne sont ni portés ni activés en continu, toutefois, lorsqu'ils sont en service, la caméra est clairement identifiée et permet l'enregistrement vidéo et audio. Le personnel rapporte une réduction des incidents lorsque ces dispositifs sont présents (Tully et al., 2015).

La vidéosurveillance par CCTV au RU est utilisée pour superviser les visites, protéger le personnel lors des fouilles, faciliter la surveillance des unités et des espaces patients lorsque la visibilité directe est limitée, soutenir les poursuites judiciaires, ainsi qu'analyser les incidents graves à des fins de formation. La CCTV est également utilisée lors de confinements supervisés et pour l'évaluation longitudinale du comportement des patients (Tully et al., 2015).

Des technologies de détection de mouvement, intégrées aux systèmes de vidéosurveillance, permettent une observation continue, sans contact et dans l'obscurité totale, sans nécessiter la coopération active du patient. Ces dispositifs peuvent être combinés à des algorithmes exploitant les données issues de capteurs de mouvement afin d'identifier précocement les signes annonciateurs d'agressivité ou d'épisodes violents (Tully et al., 2015).

Aucune information n'est fournie sur des procédures administratives spécifiques en matière de documentation des sorties comparables à celles décrites pour le niveau de sécurité **moyen**.

Le **Tableau S2** de l'**Annexe 3** présente les composantes de la sécurité procédurale, ventilées par niveau de sécurité.

Sécurité relationnelle

La sécurité relationnelle comporte deux dimensions complémentaires, soit **quantitative** et **qualitative**. La **dimension quantitative** renvoie à des paramètres mesurables (p. ex. ratios personnel/usagers, fréquence des revues de risque, nombre d'interventions, étendue des compétences spécialisées, ampleur des collaborations intersectorielles et structuration des interventions) (Kennedy, 2022). Les **principes qualitatifs** de la sécurité relationnelle (« l'équilibre entre intrusion et ouverture, confiance et limites personnelles entre les patients, leurs familles et les professionnels, et la connaissance approfondie des patients, qui comprend l'étendue et la profondeur des connaissances que les professionnels ont de leurs patients » (Kennedy, 2022) demeurent constants à tous les niveaux de sécurité et constituent le socle commun sur lequel s'appuient les paramètres quantitatifs différenciés (Department of Health and Social Care, 2010; Georgiou et al., 2019; NHS Foundation Trust, 2018).

La dimension qualitative repose sur des principes communs :

1. L'évaluation continue du risque et la connaissance approfondie du patient.
2. Les canaux de communication claire et la passation de l'information de manière efficace entre les membres du personnel appuyés par des audits.
3. L'intégration des principes de sécurité relationnelle à l'ensemble de la trajectoire de soins (cadres réglementaires, normes, transitions, congés, participation des patients et des familles, assurance qualité).
4. La formation à l'intégration des principes de la sécurité relationnelle, incluant le modèle See Think Act (Allen, 2023), dans la pratique courante;
5. La gestion des limites professionnelles.

Le développement des compétences du personnel repose sur huit dimensions issues de la roue d'exploration de la sécurité relationnelle. Ces huit dimensions sont divisées en quatre axes :

1. **Équipe:** thérapie et limites.
2. **Autres patients:** composition du groupe de patients et dynamique entre eux.
3. **Monde intérieur:** monde personnel et monde des médecins.
4. **Monde extérieur:** relations extérieures et visiteurs.

Les éléments qualitatifs décrits ci-dessous complètent ces principes communs par des paramètres quantitatifs différenciés selon le niveau de sécurité (Tapp et al., 2014).

Composantes quantitatives du niveau de sécurité faible

- **Ratio personnel/usagers:** plus bas que pour la sécurité moyenne. Voir les ratios factuels et les références sur les principes de planification de personnel dans la sous-section « Gestion de personnel » de la section « Sécurité procédurale ».
- **Révision en équipe du risque et des plans de traitement:** toutes les 1 à 4 semaines en soins aigus et toutes les 12 semaines en longue durée.
- **Compétences en intervention spécialisée:** il n'y a pas d'information spécifique à ce sujet.
- **Collaboration intersectorielle:** il n'y a pas d'information spécifique à ce sujet pour ce niveau.
- **Programmes récréatifs et vocationnels:** activités sportives et de divertissement; programmes communautaires; milieux de travail adaptés/ateliers protégés.
- **Déploiement de nouveaux services:** il n'y a pas d'information spécifique à ce sujet.
- **Services, attentes et perceptions:** il n'y a pas d'information spécifique à ce sujet pour ce niveau (Kennedy, 2002; Rani & Mulholland, 2014).
- **Loisirs et ergothérapie:** un essai clinique met de l'avant des améliorations du fonctionnement occupationnel avec des progrès plus importants en faible sécurité qu'en sécurité moyenne; programmes communautaires structurés rapportant assiduité élevée, obtention de certificats occupationnels et augmentation de la motivation à l'obtention d'emploi; augmentation de ressources visant l'amélioration de la qualité de loisir (Ardevino et al., 2010; Roberts & Maggs, 2015).

Composantes quantitatives du niveau de sécurité moyen

- **Ratio personnel/usagers:** comparable au niveau élevé, avec réduction pour unités de longue durée; ratios rapportés par profession (infirmiers, ergothérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux, consultants, médecins en formation) (Kennedy, 2002; Rani & Mulholland, 2014). Voir la sous-section « Gestion du personnel » de la section « Sécurité procédurale ».
- **Révision en équipe du risque et des plans de traitement:** toutes les 4 semaines jusqu'à 18 mois et toutes les 6 semaines après 18 mois.
- **Compétences en intervention spécialisée:** sensibilisation à la victime; gestion de la colère ; travail avec la famille ; réinsertion sociale ; sensibilisation à la santé mentale ; intervention en dépendance (Kennedy, 2002).
- **Collaboration intersectorielle:** tribunaux, prisons, services de probation; liaisons avec santé mentale communautaire, prestations sociales, services de première ligne, logement, services sociaux, ministère de la Justice; autorités sanitaires régionales (Kennedy, 2002).
- **Programmes récréatifs et vocationnels:** éducation et réadaptation professionnelle, en plus des programmes des niveaux de sécurité inférieurs (Kennedy, 2002).
- **Déploiement de nouveaux employés:** intégration de nouveaux membres, acquisition de compétences et nouvelles méthodes; identification des besoins en ressources humaines et formation; collaboration avec les ressources humaines pour éviter l'isolement des services; équipes interdisciplinaires (criminologues, infirmiers, psychologues, psychiatres, ergothérapeutes, agents de probation, travailleurs sociaux); formations spécialisées; plans de recrutement et de rétention; parcours de carrière et considérations d'équité (Kennedy, 2002; Tapp et al., 2014).
- **Taux de prestation d'activités:** données par type d'unité (réadaptation, admission aiguë, soins continus, unités spécialisées) montrant des proportions variables de lits atteignant les seuils d'activité (Kennedy, 2002).
- **Services, attentes et perceptions:** description d'effets organisationnels liés à l'accès à du matériel sexuellement explicite dans certaines unités (impact sur les discours, l'égalité de genre et la qualité des soins infirmiers) (Kennedy, 2002).
- **Loisirs et ergothérapie:** programmes communautaires structurés (p. ex. Kick Start) avec augmentation progressive de la participation; modules de ressources de loisirs sur plusieurs années montrant des améliorations significatives de l'utilisation des ressources (Chia-Wei & Taylor, 2016).

Composantes quantitatives du niveau de sécurité élevé

- **Ratio personnel/usagers :** mêmes bases que le niveau moyen (les objectifs de ratios professionnels détaillés ne sont pas rapportés), sans information supplémentaire spécifique. Voir la sous-section « Gestion du personnel » de la section « Sécurité procédurale ».
- **Révision en équipe du risque et des plans de traitement :** toutes les 4 semaines jusqu'à 18 mois et toutes les 6 semaines après 18 mois (Kennedy, 2002).
- **Compétences en intervention spécialisée :** approches cognitives; inclut tous les éléments des niveaux de sécurité inférieurs (Department of Health and Social Care, 2000).
- **Collaboration intersectorielle :** agences nationales, en plus de tous les partenaires des niveaux inférieurs (Kennedy, 2002; Tapp et al., 2014).
- **Programmes récréatifs :** tous les éléments des niveaux précédents (Kennedy, 2002).
- **Déploiement de nouveaux services :** prendre en considération les perspectives de tous les acteurs impliqués (Mercer, 2013). Le personnel doit posséder les connaissances nécessaires sur le traitement pour soutenir les patients, discuter des modalités d'hospitalisation et donner aux patients les rétroactions nécessaires afin qu'ils progressent dans leur rétablissement (Tapp et al., 2014).
- **Taux de prestation d'activités :** il n'y a pas d'information spécifique distincte pour ce niveau outre les données globales rapportées (Kennedy, 2002).
- **Loisirs et ergothérapie :** il n'y a pas d'information spécifique distincte outre les programmes et résultats déjà rapportés (Kennedy, 2002).

Certaines recommandations pour la sécurité relationnelle, bien que quantitatives de nature, s'appliquent également à tous les niveaux de la sécurité (Kennedy, 2022) :

- **Réadaptation :** soins personnels et activités de la vie quotidienne, éducation, occupation, créativité: 20 heures par semaine), thérapie: 5 heures par semaine (2 heures de thérapie de groupe, 3 heures de thérapie individuelle).
- On compte 17,5 à 25 thérapeutes équivalents temps plein pour 100 patients afin de dispenser la thérapie nécessaire.

Le **Tableau S3** de l'**Annexe 3** présente les composantes de la sécurité relationnelle, ventilées par niveau de sécurité.

ÉVALUATION DE LA QUALITÉ

L'évaluation formelle de la qualité méthodologique des publications incluses n'a pas été réalisée en raison de l'hétérogénéité marquée des types de publications recensées et de l'absence de grille normalisée permettant l'évaluation critique des devis de type description de services. En effet, ce type de littérature ne repose pas sur des normes méthodologiques uniformes comparables à celles des études interventionnelles ou observationnelles. Néanmoins, la majorité des sources incluses provenaient de revues évaluées par les pairs ou d'organismes nationaux reconnus (p. ex. Département de la santé et des services sociaux du Royaume-Uni), ce qui confère un degré de crédibilité et de fiabilité aux informations rapportées. À défaut d'une évaluation critique standardisée, des appréciations qualitatives ont porté sur la profondeur, le niveau de détail, le focus analytique et l'exhaustivité des descriptions des services présentés. Ces éléments ont permis d'apprécier la robustesse descriptive des données et d'en soutenir l'interprétation prudente dans le cadre d'un rapport de type réponse rapide.

DISCUSSION

Cette réponse rapide s'inscrit dans le contexte de la mise en œuvre de l'action 5.6 du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 qui vise la hiérarchisation des services en psychiatrie légale relevant du Code criminel afin d'améliorer l'efficacité, la fluidité et la sécurité des trajectoires de soins. Le mandat confié à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel consiste à soutenir le MSSS dans la définition opérationnelle d'un modèle hiérarchisé provincial, incluant les niveaux de sécurité et leurs requis. La psychiatrie légale, située à l'intersection des systèmes de santé mentale, de justice et de sécurité publique, implique des trajectoires complexes et évolutives, dans lesquelles les besoins de traitement et de sécurité varient selon le profil clinique et judiciaire des personnes et l'évolution du risque. En l'absence d'un modèle universel directement applicable au contexte québécois, ce projet visait à documenter les pratiques existantes à partir de la littérature scientifique et de la littérature grise, afin d'identifier les requis sécuritaires physiques, procéduraux et relationnels selon les niveaux de sécurité, en s'appuyant sur le modèle trinitaire de Kennedy. Les résultats produits visent ainsi à éclairer la prise de décision ministérielle et à soutenir l'élaboration d'un guide des meilleures pratiques pour la trajectoire HSPL.

Les résultats relatifs au niveau de sécurité **faible** montrent que ce niveau repose sur des mesures de sécurité proportionnées, flexibles et fortement dépendantes de l'évaluation individuelle du risque. La sécurité physique y est généralement limitée, avec l'absence de périmètre sécurisé strict, compensée par des aménagements architecturaux dissuasifs et des zones extérieures sécurisées. La sécurité procédurale privilégie une souplesse encadrée, notamment en matière de communications, d'accès aux effets personnels, de visites et de permissions de sortie, tout en maintenant des mécanismes de contrôle adaptés au risque. À ce niveau, la sécurité relationnelle constitue le principal levier de gestion du risque, soutenue par des ratios de personnel plus faibles, une programmation axée sur la réinsertion et des interventions occupationnelles et communautaires. Les données empiriques recensées suggèrent que ces interventions sont particulièrement efficaces en milieux à faible sécurité, notamment en ce qui concerne la motivation, le fonctionnement occupationnel et l'engagement thérapeutique. Ce niveau apparaît ainsi central pour favoriser la fluidité des trajectoires et prévenir le recours inutile à des services plus sécurisés, tout en posant l'enjeu constant du maintien de l'équilibre entre autonomie, rétablissement et gestion du risque.

Le niveau de sécurité **moyen** se caractérise par un équilibre structuré entre contrôle, supervision et intervention thérapeutique spécialisée. Les exigences de sécurité physique incluent la mise en place de périmètres sécurisés normalisés, de sas contrôlés et d'une segmentation claire des zones fonctionnelles. Sur le plan procédural, les pratiques deviennent plus formalisées et systématiques, notamment en ce qui concerne les fouilles, les restrictions des communications, l'encadrement des visites et la gestion des déplacements internes et externes. La sécurité relationnelle demeure un pilier fondamental, mais elle s'appuie aussi sur des

équipes interdisciplinaires dotées de compétences cliniques spécialisées ainsi que sur des mécanismes formels de communication et de révision du risque. Plusieurs initiatives d'amélioration de la qualité des soins et des services recensées dans la littérature démontrent des réductions mesurables de la violence et du recours à l'isolement, soulignant l'importance de la cohérence organisationnelle et de l'adhésion des équipes. Ce niveau joue un rôle central dans la hiérarchisation des services, permettant des transitions graduées et sécuritaires vers des milieux moins ou plus spécialisés selon l'évolution clinique et le niveau de risque.

Enfin, les services offerts au niveau de sécurité **élevé** sont marqués par une intensification maximale des mesures de sécurité physique, procédurale et relationnelle. La sécurité physique repose sur des périmètres complexes et robustes, souvent alignés sur des standards correctionnels, avec une redondance des systèmes de contrôle d'accès, de surveillance et d'alarme. Les politiques procédurales y sont hautement normées et couvrent l'ensemble des dimensions de la vie institutionnelle, incluant les communications, les visites, les sorties, les plans de contingence et la gestion des incidents majeurs. Malgré ce haut niveau de contrôle, la sécurité relationnelle demeure essentielle et repose sur des ratios élevés de cliniciens/patients, une supervision clinique étroite et des dispositifs formels de soutien au personnel. Les résultats mettent en évidence l'importance de la formation spécialisée et de la supervision clinique. Des innovations technologiques, telles que les dispositifs GPS, la vidéosurveillance et les capteurs de mouvement, sont documentées comme outils complémentaires de la gestion du risque. Si ce niveau répond à des profils de risque de violence élevée, il soulève également des défis importants en matière de qualité de vie, d'éthique et de soutien au processus de rétablissement.

Bien que certaines publications soulignent la nécessité d'installer des systèmes de vidéo-surveillance (Crichton, 2009) et rapportent des effets positifs associés à leur utilisation (Tully et al., 2015), une revue systématique récente remet ces résultats en question (Griffiths et al., 2024). Cette revue met en évidence des limites importantes sur le plan de la qualité méthodologique des études ainsi qu'une perception mitigée de ces dispositifs, tant chez les usagers que chez les membres du personnel hospitalier.

Dans le contexte québécois, les résultats de cette recension offrent une base structurante pour mettre en œuvre une partie du modèle hiérarchisé Crocker (2017), en ce qui concerne les soins hospitaliers et l'adapter aux réalités provinciales. Il est toutefois important de noter que l'implantation du modèle complet exigera également de l'intégration avec les communautés (p. ex. la trajectoire de soins claire et transparente, l'accessibilité de services adaptés dans les collectivités, incluant ceux visant les besoins criminologiques). L'implantation de l'ensemble de ces exigences au Québec nécessitera toutefois une traduction normative claire par niveau de sécurité, une adaptation aux cadres législatifs et réglementaires provinciaux, ainsi qu'une harmonisation avec les ressources hospitalières et communautaires existantes. Les résultats soutiennent une approche graduée permettant d'optimiser l'utilisation des services surspécialisés, de renforcer la fluidité des trajectoires et de limiter les risques organisationnels et légaux.

Cette recension comporte toutefois plusieurs limites. La littérature recensée est marquée par une forte hétérogénéité des publications, tant sur le plan des contextes nationaux que sur celui des cadres juridiques et organisationnels. Il y a absence de normes internationales uniformes pour décrire et rapporter l'organisation des services en psychiatrie légale, ce qui limite la comparabilité des données. Peu d'études d'évaluation rigoureuses, notamment comparatives ou longitudinales, sont disponibles, et les données quantitatives sur les résultats des usagers concernant les effets des dispositifs sécuritaires demeurent limitées et non standardisées. La prédominance de la littérature grise et descriptive restreint la généralisation des résultats et complique l'attribution d'effets spécifiques aux différentes composantes de la sécurité.

Malgré ses limites, ce projet présente plusieurs forces notables. Il s'appuie sur un cadre conceptuel reconnu et largement utilisé en psychiatrie légale, il combine de manière structurée la littérature scientifique et grise, il adopte une approche déductive-inductive permettant de saisir la diversité des pratiques, enfin, il répond directement aux besoins décisionnels du projet de hiérarchisation. L'approche intégrée couvrant l'ensemble de la trajectoire de soins et la production de résultats directement opérationnalisables constituent également des atouts majeurs pour soutenir la hiérarchisation des services en psychiatrie légale au Québec.

CONCLUSION

L'analyse transversale montre que les dispositifs de sécurité en milieu de soins psychiatriques sécurisés reposent sur une logique de gradation, où l'intensité des mesures augmente en fonction du risque clinique, comportemental et judiciaire. Les différences observées entre les niveaux concernent principalement l'ampleur, la fréquence et la formalisation des dispositifs, plutôt que leur nature fondamentale.

Sur le plan organisationnel et structurel, les niveaux de sécurité se distinguent par la spécialisation progressive des unités, la population desservie, la durée des séjours, le volume d'admissions et de congés, ainsi que la complexité de la gestion des lits et du bâtiment. Les niveaux **moyen** et **élevé** présentent une organisation plus régionale ou nationale, des unités plus spécialisées et des trajectoires de soins plus longues ou plus strictement contrôlées, tandis que le niveau **faible** conserve une plus grande flexibilité organisationnelle et un ancrage plus local.

Sur le plan procédural et sécuritaire, l'encadrement des déplacements, des visites, des communications, des objets et matériaux, des congés et des sorties devient progressivement plus formalisé. Les politiques de prévention des fugues et des évasions et en matière de gestion des incidents évoluent, passant d'approches principalement administratives et cliniques à des dispositifs technologiques et interorganisationnels plus avancés. Toutefois, à tous les niveaux, ces mesures sont intégrées à des cadres décisionnels fondés sur l'évaluation individuelle du risque.

La gestion du personnel et la sécurité relationnelle constituent un fil conducteur commun aux trois niveaux. Si les ratios, les compétences spécialisées et les dispositifs de formation varient selon le niveau de sécurité, les principes qualitatifs de la sécurité relationnelle, quant à eux, demeurent constants : connaissance approfondie des patients, continuité des équipes, communication structurée, supervision et pratique réflexive, et développement des compétences. Les données montrent que les performances organisationnelles ainsi que la réduction de la violence, de l'isolement et des incidents reposent largement sur ces dimensions humaines et relationnelles, indépendamment du niveau de sécurité.

Enfin, l'ensemble des niveaux s'inscrit dans une approche systémique où la sécurité ne repose pas uniquement sur des barrières physiques ou des règles procédurales, mais sur l'articulation cohérente entre infrastructure, organisation, pratiques cliniques, collaboration intersectorielle et participation des patients. Cette cohérence est essentielle pour garantir à la fois la protection du public, la sécurité du personnel et le respect des objectifs thérapeutiques et de rétablissement propres aux soins psychiatriques sécurisés.

ANNEXES

ANNEXE 1. LA LISTE DE LITTÉRATURE GRISE CONSULTÉE

Évaluation des technologies en santé

- International Network for Agencies for Health Technology Assessment (<http://inahta.org>)
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (<http://cadth.ca>)
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (<http://www.inesss.qc.ca>)
- National Institute for Health and Care Excellence (www.nice.org.uk)
- Haute autorité de santé (<http://www.has-sante.fr>)
- NHS Evidence in Health and Social Care (www.evidence.nhs.uk)
- National Health and Medical Research Council (NHMRC) (www.nhmrc.gov.au)
- Réseau Santécom (<https://catalogue.santecom.qc.ca/>)
- Communauté de pratique en ETMISS (<https://etmiquebec.wordpress.com/>)
- Cochrane Library (<https://www.cochranelibrary.com/>)
- Campbell Library (<https://www.campbellcollaboration.org/>)
- Joana Briggs Institute (<https://jbi.global/>)
- Prospero (<https://www.crd.york.ac.uk/prospéro/>)
- Open Science Framework (<https://osf.io/>)

Autres organismes

- Conseil de l'Europe (<https://www.coe.int/fr/web/portal>)
- Substance Abuse and Health Services Administration (SAMHSA) (<http://www.samhsa.gov>)
- Commission de la santé mentale du Canada (<https://mental-healthcommission.ca/>)
- National Alliance on Mental Illness (<https://www.nami.org/>)
- Centre for Addiction and Mental Health (<https://www.camh.ca/>)
- Mental Health America (<https://mhanational.org/>)

ANNEXE 2. ÉQUATION DE RECHERCHE

Ovid MEDLINE(R) ALL

Date : 2025-02-27

Nombre de résultats : 68

#	Équations de recherche	Résultats
1	((telepsychiatry or psychiatr* or «mental health» or «behavioral health» or (mental* adj3 (disorder* or disease* or ill* or problem*))) and (forensic or legal or justice-involve* or «legal-involve*OR criminal-legal involve*» or "high security" or "high secure*" or "maximum security" or "maximum secure*" or "medium security" or "medium secure*" or "low security" or "low secure*")) or "mentally ill offender" or "not criminally responsible" or NCRMD or "not guilty by reason of insanity" or NGRI or "guilty but mentally ill" or "insanity defense" or "insanity defence" or "defense of mental disorder" or "insanity acquittal" or "criminal insanity" or "legal insanity" or "McNaughton rule" or "M'Naghten Rule" or «competen* to stand trial» or «incompeten* to stand trial»).ab,kf,ti.	18361
2	forensic psychiatry/ or «commitment of mentally ill»/ or insanity defense/	16182
3	1 or 2	28653
4	(«risk stratif*» or «stratif* risk» or «stratif* security» or «security level*» or «level* security» or «stratified system*» or «therapeutic* security» or «Trinitarian model» or «relational security» or «See Think Act» or «Relational Security Explorer» or «environmental security» or «physical security» or «procedural security» or «security requirement*»).ab,kf,ti.	63282
5	3 and 4	71
6	limit 5 to yr=>2005 -Current»	68

APA PsycInfo

Date: 2025-02-27

Nombre de résultats: 96

#	Équations de recherche	Résultats
1	((telepsychiatry or psychiatr* or «mental health» or «behavio?ral health» or (mental* adj3 (disorder* or disease* or ill* or problem*))) and (forensic or legal or justice-involve* or «legal-involve*OR criminal-legal involve*» or "high security" or "high secure*" or "maximum security" or "maximum secure*" or "medium security" or "medium secure*" or "low security" or "low secure*")) or "mentally ill offender" or "not criminally responsible" or NCRMD or "not guilty by reason of insanity" or NGRI or "guilty but mentally ill" or "insanity defense" or "insanity defence" or "defense of mental disorder" or "insanity acquittal" or "criminal insanity" or "legal insanity" or "McNaughton rule" or "M'Naghten Rule" or «competen* to stand trial» or «incompeten* to stand trial»).tw.	28338
2	forensic psychiatry/ or insanity defense/ or competen- cy to stand trial/ or criminal responsibility/	8579
3	1 or 2	30088
4	(«risk stratif*» or «stratif* risk» or «stratif* security» or «security level*» or «level* security» or «stratified system*» or «therapeutic* security» or «Trinitarian model» or «relational security» or «See Think Act» or «Relational Security Explorer» or «environmental security» or «physical security» or «procedural security» or «security requirement*»).tw.	1800
5	3 and 4	103
6	limit 5 to yr=>2005 -Current»	96

Embase

Date: 2025-02-27

Nombre de résultats: 102

Nombre de résultats après avoir enlevé ceux concernant les articles rétractés: 100

#	Équations de recherche	Résultats
1	((telepsychiatry or psychiatr* or «mental health» or «behavio?ral health» or (mental* adj3 (disorder* or disease* or ill* or problem*))) and (forensic or legal or justice-involve* or «legal-involve*OR criminal-legal involve*» or "high security" or "high secure*" or "maximum security" or "maximum secure*" or "medium security" or "medium secure*" or "low security" or "low secure*")) or "mentally ill offender" or "not criminally responsible" or NCRMD or "not guilty by reason of insanity" or NGRI or "guilty but mentally ill" or "insanity defense" or "insanity defence" or "defense of mental disorder" or "insanity acquittal" or "criminal insanity" or "legal insanity" or "McNaughton rule" or "M'Naghten Rule" or «competen* to stand trial» or «incompeten* to stand trial»).ab,kf,ti,dq.	24815
2	forensic psychiatry/	13800
3	1 or 2	32042
4	(«risk stratif*» or «stratif* risk» or «stratif* security» or «security level*» or «level* security» or «stratified system*» or «therapeutic* security» or «Trinitarian model» or «relational security» or «See Think Act» or «Relational Security Explorer» or «environmental security» or «physical security» or «procedural security» or «security requirement*»).ab,kf,ti,dq.	107498
5	3 and 4	104
6	limit 5 to yr=>2005 -Current»	102

EBM Reviews

Date : 2025-02-27

Nombre de résultats : 1

#	Équations de recherche	Résultats
1	((telepsychiatry or psychiatr* or «mental health» or «behavio?ral health» or (mental* adj3 (disorder* or disease* or ill* or problem*))) and (forensic or legal or justice-involve* or «legal-involve*OR criminal-legal involve*» or "high security" or "high secure*" or "maximum security" or "maximum secure*" or "medium security" or "medium secure*" or "low security" or "low secure*")) or "mentally ill offender" or "not criminally responsible" or NCRMD or "not guilty by reason of insanity" or NGRI or "guilty but mentally ill" or "insanity defense" or "insanity defence" or "defense of mental disorder" or "insanity acquittal" or "criminal insanity" or "legal insanity" or "McNaughton rule" or "M'Naghten Rule" or «competen* to stand trial» or «incompeten* to stand trial»).ab,ti.	1021
2	(«risk stratif*» or «stratif* risk» or «stratif* security» or «security level*» or «level* security» or «stratified system*» or «therapeutic* security» or «Trinitarian model» or «relational security» or «See Think Act» or «Relational Security Explorer» or «environmental security» or «physical security» or «procedural security» or «security requirement*»).ab,ti.	3492
3	1 and 2	1
4	limit 3 to yr=>2005 -Current» [Limit not valid in DARE; records were retained]	1

CINAHL COMPLETE

Date : 2025-02-27

Nombre de résultats : 34

#	Équations de recherche	Résultats
S1	TI (((telepsychiatry OR psychiatr* OR «mental health» OR «behavio#ral health» OR (mental* N2 (disorder* OR disease* OR ill* OR problem*))) AND (forensic OR legal OR justice-involve* OR legal-involve*OR «criminal-legal involve*» OR "high security" OR "high secure*" OR "maximum security" OR "maximum secure*" OR "medium security" OR "medium secure*" OR "low security" OR "low secure*")) OR "mentally ill offender" OR "not criminally responsible" OR NCRMD OR "not guilty by reason of insanity" OR NGRI OR "guilty but mentally ill" OR "insanity defense" OR "insanity defence" OR "defense of mental disorder" OR "insanity acquittal" OR "criminal insanity" OR "legal insanity" OR "McNaughton rule" OR "M'Naghten Rule" OR «competen* to stand trial» OR «incompeten* to stand trial») OR AB (((telepsychiatry OR psychiatr* OR «mental health» OR «behavio#ral health» OR (mental* N2 (disorder* OR disease* OR ill* OR problem*))) AND (forensic OR legal OR justice-involve* OR legal-involve*OR «criminal-legal involve*» OR "high security" OR "high secure*" OR "maximum security" OR "maximum secure*" OR "medium security" OR "medium secure*" OR "low security" OR "low secure*")) OR "mentally ill offender" OR "not criminally responsible" OR NCRMD OR "not guilty by reason of insanity" OR NGRI OR "guilty but mentally ill" OR "insanity defense" OR "insanity defence" OR "defense of mental disorder" OR "insanity acquittal" OR "criminal insanity" OR "legal insanity" OR "McNaughton rule" OR "M'Naghten Rule" OR «competen* to stand trial» OR «incompeten* to stand trial»)	6454
S2	(MH «Forensic Psychiatry+») OR (MH «Mentally Ill Offenders»)	3958
S3	S1 OR S2	9021
S4	TI («risk stratif*» OR «stratif* risk» OR «stratif* security» OR «security level*» OR «level* security» OR «stratified system*» OR «therapeutic* security» OR «Trinitarian model» OR «relational security» OR «See Think Act» OR «Relational Security Explorer» OR «environmental security» OR «physical security» OR «procedural security» OR «security requirement*») OR AB («risk stratif*» OR «stratif* risk» OR «stratif* security» OR «security level*» OR «level* security» OR «stratified system*» OR «therapeutic* security» OR «Trinitarian model» OR «relational security» OR «See Think Act» OR «Relational Security Explorer» OR «environmental security» OR «physical security» OR «procedural security» OR «security requirement*»)	16254
S5	S3 AND S4	35
S6	S3 AND S4 Limiters - Publication Date: 20050101-20251231	34

Date : 2025-07-31

La stratégie de la recherche supplémentaire utilisée dans Medline :
Ovid MEDLINE(R) ALL

1	((telepsychiatry or psychiatr* or «mental health» or «behavio?ral health» or (mental* adj3 (disorder* or disease* or ill* or problem*))) and (forensic or legal or judicial or «justice involve*» or «justice system*» or «criminal justice» or court* or law or secure* or security)) or "mentally ill offender" or "not criminally responsible" or NCRMD or "not guilty by reason of insanity" or NGRI or "guilty but mentally ill" or "insanity defense" or "insanity defence" or "defense of mental disorder" or "insanity acquittal" or "criminal insanity" or "legal insanity" or "McNaughton rule" or "M'Naghtau RULE" or «competen* to stand trial» or «incompeten* to stand trial» or «fit* to stand trial» or «unfit* to stand trial»).ab,kf,ti.	31268
2	forensic psychiatry/ or «Commitment of Persons with Psychiatric Disorders»/ or insanity defense/	16272
3	1 or 2	40360
4	((security adj1 (stratif* or level*)) or «level* of security» or "high security" or "high secure*" or "maximum security" or "maximum secure*" or "medium security" or "medium secure*" or "low security" or "low secure*" or "minimum security" or "minimum secure*").ab,kf,ti.	3168
5	3 and 4	865
6	limit 5 to yr=»2005 -Current»	617

ANNEXE 3. COMPOSANTES SÉCURITAIRES VENTILÉES PAR NIVEAU DE SÉCURITÉ

Tableau S1. Sécurité physique

Catégorie	Faible	Moyenne	Haute
Périmètre extérieur et clôtures	Espace jardin clôturé (Kennedy, 2002). Pas de périmètre sécurisé (Crichton, 2009).	Périmètre sécuritaire pour minimiser le risque d'évasion (p. ex. clôture à mailles serrées de 3 mètres). Lorsque des clôtures sont utilisées pour former une partie ou tout le périmètre sécurisé, elles doivent avoir une hauteur minimale de 5,2 mètres et être constituées d'un treillis soudé conforme à la norme (fil de 3 mm de diamètre, mailles de 13 mm de centre à centre verticalement et de 75 mm de centre à centre horizontalement) (Department of Health and Social Care, 2011). Il convient d'envisager la nécessité de doubler la partie inférieure de la clôture, soit à l'aide d'un revêtement métallique, soit avec un treillis double (Department of Health and Social Care, 2011). Les poteaux de clôture doivent être installés du côté non accessible aux patients (Department of Health and Social Care, 2011). Lorsque la clôture rejoint des bâtiments ou d'autres clôtures, il convient de veiller à ce qu'il n'y ait aucune ouverture au niveau des jonctions et aucune possibilité d'escalade (Department of Health and Social Care, 2011). L'entrée principale et le bâtiment de réception font partie du périmètre externe et doivent être protégés contre l'escalade. Ils doivent ainsi conserver la hauteur du périmètre sécurisé (Department of Health and Social Care, 2011).	Le périmètre et le bâtiment d'entrée doivent être conçus conformément aux normes applicables aux établissements correctionnels de catégorie B, c.-à-d., prisons locales et prisons de formation (Les prisons locales accueillent des détenus directement transférés depuis le tribunal de la région (condamnés ou en détention provisoire), tandis que les prisons de formation hébergent des détenus à long terme et à haut niveau de sécurité selon les normes de <i>National Offender Management Service</i>) (Department of Health and Social Care, 2010).
		Les murs formant le périmètre sécurisé doivent être difficiles à franchir ou à percer (Department of Health and Social Care, 2011). Les jonctions entre les bâtiments d'un étage et ceux de deux étages devraient être évitées. Lorsqu'elles sont inévitables, les détails de la jonction ne doivent pas permettre de sauter ou d'escalader entre les bâtiments (Department of Health and Social Care, 2011).	Une clôture de sécurité de 5,2 mètres avec détection de mouvement doit être installée au périmètre (Crichton, 2009). Celle-ci doit inclure un système de barrières de sécurité, une zone stérile, des zones sans patients ainsi que des systèmes de vidéosurveillance, d'alarme et d'éclairage associés (Department of Health and Social Care, 2010).
		Les descentes pluviales doivent être suffisamment éloignées des angles intérieurs pour prévenir l'escalade et se situer à au moins 900 mm de toute ouverture ou saillie (Department of Health and Social Care, 2011).	L'accès piéton principal à tous les bâtiments accessibles aux patients doit être situé à l'entrée principale du bâtiment (Department of Health and Social Care, 2010).

		Tous les équipements, tels que les luminaires ou les caméras, doivent être espacés d'au moins 900 mm et conçus avec des surfaces lisses et inclinées afin de prévenir l'escalade (Department of Health and Social Care, 2011).	Des trajets sécurisés doivent être aménagés entre les différentes zones afin de permettre aux patients de se déplacer sans accompagnement (Department of Health and Social Care, 2010).
		Tous les conducteurs de paratonnerre doivent être installés à l'intérieur de la structure du mur extérieur (Department of Health and Social Care, 2011).	Les pistes entre le bâtiment principal et le bâtiment d'entrée/centre de visites pour enfants/patients ne doivent pas traverser une zone accessible aux patients. Aucune zone où un enfant pourrait être vu par un patient n'est acceptable (Department of Health and Social Care, 2010).
		Pas de périmètre sécurisé, mais une zone extérieure sécurisée, des fenêtres extérieures sécurisées, et une clôture périphérique dissuasive avec détecteurs de mouvement (Crichton, 2009). Le hall de l'entrée principale devrait être réservé exclusivement aux visiteurs (Department of Health and Social Care, 2011). Options pour sécuriser le périmètre extérieur : • Zone sécurisée formée par les bâtiments. • Bâtiments périphériques reliés par une clôture de périmètre. • Périmètre reliant le bâtiment de réception et entourant le reste de l'unité. • Périmètre entourant l'ensemble de l'unité (Department of Health and Social Care, 2011).	Un espace de manœuvre suffisant ainsi qu'un accès pour les véhicules doivent être prévus à l'entrée principale et à toutes les entrées de service des bâtiments (Department of Health and Social Care, 2010).
		Clôture : le fil de fer barbelé, le fil de rasoir et les dispositifs rotatifs à pointes ne sont pas acceptables dans un contexte de soins de santé (Department of Health and Social Care, 2011).	Le seul accès véhiculaire autorisé dans les zones accessibles aux patients, à l'exception des véhicules d'urgence, devrait être celui réservé au transport des patients (Department of Health and Social Care, 2010).
		Un espace dégagé de 5 mètres doit être maintenu de part et d'autre du périmètre sécurisé, à l'intérieur comme à l'extérieur. Les arbres et arbustes ne doivent pas obstruer ni surplomber la clôture ou le mur périmétrique, ni offrir de prises pour l'escalade ou encore de zones de dissimulation (Department of Health and Social Care, 2011).	
Entrée principale de l'établissement	Portes à double verrouillage (Crichton, 2009).	Sas électronique (Crichton, 2009). Il devrait y avoir une seule entrée et sortie principale du bâtiment, dotée d'un sas contrôlé depuis la salle de contrôle centrale, qui coordonne l'entrée et la sortie de tout le personnel, des patients et des visiteurs (Department of Health and Social Care, 2011). Dans les cas où le service dispose d'une entrée distincte réservée au personnel, celle-ci devrait également être munie d'un sas contrôlé et surveillé de manière centralisée (Department of Health and Social Care, 2011).	Sécurité de niveau aéroportuaire (Crichton, 2009).

			Un corridor de service a été recommandé dans le contexte de l'unité de soins aigus psychiatriques (Jin et al., 2023).
	Détecteur de métaux portatif utilisé (Crichton, 2009).	Seules les portes ou points d'entrée essentiels devraient être autorisés dans le périmètre extérieur; ils devraient être contrôlés, surveillés et opérés de manière centralisée (Department of Health and Social Care, 2011). Les portes ne doivent comporter aucun appui pour les pieds ni élément facilitant l'escalade. Les serrures doivent être intégrées aux portes et faire partie d'un système de verrouillage distinct (Department of Health and Social Care, 2011). L'accès par ces portes doit être contrôlé et surveillé (Department of Health and Social Care, 2011). L'entrée des véhicules doit se faire par un sas doté de deux ensembles de portes verrouillées interconnectées, elles aussi contrôlées, surveillées et opérées de manière centralisée (Department of Health and Social Care, 2011).	L'entrée devrait se faire par un bâtiment d'accueil. Celui-ci devrait être conçu et équipé de manière à ce que tous les déplacements entrants et sortants de l'hôpital soient strictement contrôlés (Department of Health and Social Care, 2010).
		Le hall situé à l'intérieur de l'entrée principale devrait être réservé uniquement aux visiteurs (Department of Health and Social Care, 2011). La salle de contrôle, située derrière le hall, devrait avoir une entrée dédiée du côté sécurisé du service, de l'autre côté du sas. Il ne devrait pas être possible d'accéder à la salle de contrôle depuis le hall d'entrée principal ni depuis le sas lui-même (Department of Health and Social Care, 2011).	Il devrait y avoir un détecteur de métal à l'entrée (ou tout autre dispositif de détection équivalent) : appareil à rayons X, portique et détecteurs de métal portatifs, détecteur d'ions, chiens renifleurs provenant d'organismes partenaires au besoin (Crichton, 2009).
		Il devrait y avoir une zone de fouille au-delà du sas, avant l'accès aux patients (Department of Health and Social Care, 2011). Cette zone devrait être équipée d'un portique de détection ou d'un détecteur portatif (Department of Health and Social Care, 2011).	
		Des casiers devraient être installés dans le hall afin que les visiteurs puissent y entreposer les objets non autorisés dans l'unité pendant leur visite (Department of Health and Social Care, 2011).	
Cours intérieures		La conception du bâtiment, plutôt que des dispositifs antiescalade, devrait empêcher tout accès non autorisé aux toits depuis le jardin sécurisé (Department of Health and Social Care, 2011). Les portes, le mobilier de jardin et les équipements, les luminaires, les poteaux ainsi que les fixations des caméras de surveillance doivent être sécurisés et ne pas constituer une aide à l'escalade (Department of Health and Social Care, 2011). Le mobilier et les installations permanentes du jardin doivent être robustes et fixés solidement afin de ne pas pouvoir être utilisés comme aide à l'escalade ou comme arme (Department of Health and Social Care, 2011).	Les cours intérieures ne devraient pas comporter d'endroits permettant de se cacher ou de dissimuler des objets (Department of Health and Social Care, 2010).

		L'éclairage des zones extérieures, situées à l'intérieur du périmètre sécurisé, devrait être suffisant pour permettre de détecter tout mouvement (Department of Health and Social Care, 2011).	Les murs et les façades extérieures devraient être conçus de manière à rendre toute tentative d'escalade aussi difficile que possible (Department of Health and Social Care, 2010).
			Il devrait y avoir des espaces extérieurs sécurisés et des fenêtres extérieures sécurisées (Crichton, 2009).
Toits		Lorsque les toits font partie du périmètre extérieur, une attention particulière doit être portée à la conception de l'accès aux espaces de toiture internes, étant donné le risque potentiel pour la sécurité (Department of Health and Social Care, 2011).	Les toits ne devraient pas être accessibles (Department of Health and Social Care, 2010).
		Les conceptions de toits complexes devraient être évitées. Dans la mesure du possible, toute activité sur le toit devrait être visible depuis le sol (Department of Health and Social Care, 2011).	
		Lorsque les toits font partie du périmètre, ils devraient être protégés contre l'escalade (Department of Health and Social Care, 2011) au moyen de coiffes en col de cygne, de dispositifs souples de sécurité en hauteur, de clôtures en treillis soudé fixées sous les avant-toits jusqu'à une hauteur de 5,2 mètres, et de systèmes d'alarme accompagnés d'une réponse planifiée immédiate (Department of Health and Social Care, 2011).	
Bâtiment		La construction du bâtiment devrait être robuste et capable de dissuader et de ralentir une tentative d'évasion (Crichton, 2009).	La construction du bâtiment devrait être robuste et capable de résister à une tentative d'évasion avec des outils (Crichton, 2009).
		Le bâtiment devrait être subdivisé selon les zones suivantes : • Les espaces où les patients sont constamment observés ou engagés dans des activités de traitement, de thérapie ou de loisirs. • Les espaces où les patients sont observés de façon intermittente (chambres, salles de bain communes, installations pour les visiteurs). • Les espaces réservés au personnel, directement liés à la prestation des soins et des services. • La réception et la salle de contrôle (Department of Health and Social Care, 2011).	La conception devrait également permettre d'isoler une partie du bâtiment ou des bâtiments sans nuire excessivement au fonctionnement de l'ensemble (Department of Health and Social Care, 2010).
			Les proximités et les relations de voisinage entre les bâtiments et les services devraient être assurées (Department of Health and Social Care, 2010).

			Les espaces situés à l'intérieur du périmètre sécurisé sont classés comme suit : • Zones où les patients sont continuellement observés (salles de séjour, espaces de thérapie et d'enseignement). • Zones où les patients sont observés périodiquement (chambres et toilettes). • Zones réservées exclusivement au personnel clinique. • Zones réservées exclusivement au personnel d'entretien et des services techniques. • Espaces extérieurs, incluant les zones accessibles au sol/de privilège et l'aménagement paysager (Department of Health and Social Care, 2010).
	Dans les zones accessibles aux patients, toutes les canalisations, ainsi que les conduits de ventilation et les câblages devraient être hors de leur portée (Department of Health and Social Care, 2011). L'accès pour l'entretien et la maintenance devrait se faire à l'écart des zones fréquentées par les patients et être intégré à des conduits dissimulés et sécurisés, accessibles uniquement par des portes ou panneaux verrouillés (Department of Health and Social Care, 2011). Les conduits sécurisés devraient généralement être de taille permettant un accès piéton (walk-in) (Department of Health and Social Care, 2011). L'ensemble des canalisations et services techniques devrait être situé dans un conduit sécurisé adjacent à la pièce, accessible uniquement depuis la zone de circulation ou une zone non accessible aux patients (Department of Health and Social Care, 2011).		Il ne devrait y avoir aucun accès aux locaux techniques à partir des zones réservées aux patients (Department of Health and Social Care, 2010). Toutes les canalisations, ainsi que les conduits de ventilation et les câblages situés dans les zones accessibles aux patients devraient être hors de leur portée (Department of Health and Social Care, 2010). L'accès pour l'entretien et la maintenance devrait, dans la mesure du possible, se faire à partir de zones non accessibles aux patients, par des portes ou panneaux verrouillés et sécurisés (Department of Health and Social Care, 2010).
	Toutes les cloisons intérieures devraient être de construction standard mais robuste, avec des finis muraux non amovibles, et conçues en tenant compte de la nécessité de réduire le bruit et l'écho (Department of Health and Social Care, 2011). Les cloisons intérieures dans les zones pour patients, en particulier celles des espaces d'isolement ou de haute dépendance, devraient pouvoir résister à des attaques soutenues (Department of Health and Social Care, 2011). Les barres de protection murale, lorsqu'elles sont utilisées, devraient être solidement fixées, capables de résister aux agressions, et dotées d'arêtes et de coins arrondis (Department of Health and Social Care, 2011).		Le nombre de murs porteurs intérieurs (par opposition aux cloisons pleines) devrait être réduit au minimum afin de permettre une modification aisée de l'aménagement intérieur (Department of Health and Social Care, 2010).
			La zone des visites devrait être située à l'intérieur du périmètre sécurisé (Department of Health and Social Care, 2010).

			La décoration et l'ameublement ne devraient pas être facilement cassables, ni offrir la possibilité d'être utilisés pour s'automutiler ou comme arme contre autrui (Department of Health and Social Care, 2010).
Serrures et clés		L'entrée principale devrait disposer d'un sas aux points d'accès du bâtiment (Department of Health and Social Care, 2011).	
		L'unité devrait disposer d'un seul système de verrouillage centralisé. Il est recommandé d'avoir un système distinct pour les portes donnant accès aux espaces extérieurs. Chaque unité devrait gérer elle-même le nombre de clés, de cartes d'accès ou de porte-clés électroniques qui lui est attribué (Department of Health and Social Care, 2011).	
		Cliniques et salles de traitement : les portes des cliniques et des salles de traitement, y compris celles des armoires, devraient être munies d'une serrure adaptée au système de verrouillage. Chaque unité devrait avoir ses propres cliniques et salles de traitement intégrées à un système de verrouillage distinct (Department of Health and Social Care, 2011).	
		Chambre : Les portes des chambres devraient être munies de serrures antiligature pour le respect de l'intimité (Department of Health and Social Care, 2011).	
Unité	Nombre de lits par hôpital : 14 (minimum) -10 (maximum) lits (National Association of Psychiatric Intensive Care and Low Security Units, 2017). 8,12,16 ou 20 lits par unité, en fonction des besoins (Veteran Affairs, 2021).	Nombre de lits par hôpital : 51,7 lits (23-91) (Kennedy, 2002), soit 8,12,16 ou 20 lits par unité, en fonction des besoins (Veteran Affairs, 2021).	Nombre de lits par hôpital : 8,12,16 ou 20 lits par unité, en fonction des besoins (Veteran Affairs, 2021).
		Les espaces où les patients ne peuvent pas être constamment supervisés ou observés par le personnel (p. ex. les chambres et les toilettes) devraient être considérés comme des zones à haut risque et, par conséquent, être conçus, construits et aménagés de manière à minimiser les possibilités d'automutilation (Department of Health and Social Care, 2011).	Les bâtiments devraient être conçus de manière à offrir de bonnes lignes de visibilité et à éviter les espaces difficiles à observer et à superviser (p. ex. angles morts, recoins, renforcements cachés, impasses, etc.) (Department of Health and Social Care, 2010).
		Toutes les pièces devraient être conçues et aménagées de manière à minimiser le risque que des patients, des membres du personnel ou des visiteurs puissent s'y retrouver isolés, cachés ou barricadés (Department of Health and Social Care, 2011).	Toutes les pièces devraient être conçues de manière à minimiser la possibilité que des membres du personnel, des patients ou des visiteurs puissent s'y retrouver isolés, pris en otage ou barricadés (Department of Health and Social Care, 2010).
		Toutes les zones ou pièces utilisées par les patients devraient être conçues de manière à minimiser les possibilités de dissimulation ou de stockage d'objets interdits ou d'armes (Department of Health and Social Care, 2011). La conception, l'aménagement et les installations devraient facilement permettre une vérification et une fouille visuelle ou physique (Department of Health and Social Care, 2011).	Tous les éléments et composants devraient être conçus et installés de manière à minimiser les possibilités de dissimulation de toute contrebande, arme ou petit objet (Department of Health and Social Care, 2010).

		La cuisine et le comptoir de service devraient être conçus de façon à pouvoir être facilement observés, supervisés et gérés par le personnel (Department of Health and Social Care, 2011).	
		Les chaudières ou autres dispositifs de chauffage, les équipements de préparation des aliments et d'élimination des déchets devraient pouvoir être isolés, mis sous clé ou rendus inopérants par le personnel de l'unité lorsque nécessaire. Tous les placards et les tiroirs des cuisines non accessibles aux patients devraient pouvoir être verrouillés, les clés étant sous le contrôle du personnel (Department of Health and Social Care, 2011). Les guichets de service devraient être fermement sécurisés lorsqu'ils ne sont pas utilisés (Department of Health and Social Care, 2011).	
		Une entrée distincte pour l'unité devrait être prévue pour la livraison et la collecte des biens propres et souillés, ainsi que des aliments (Department of Health and Social Care, 2011).	
Portes et fenêtres	Les portes et les fenêtres sont verrouillées (Kennedy, 2002).	Il devrait y avoir une entrée par clavier, des portes intérieures renforcées, des portes communicantes munies d'un système d'alarme si elles restent ouvertes, des portes à double ouverture (salle d'entrevue et chambre) et, sur les fenêtres extérieures, des fenêtres renforcées avec grille anticoncontrebande (Crichton, 2009). Au-delà du hall principal, l'accès au service sécurisé devrait se faire par un sas contrôlé de manière centralisée, doté de deux ensembles de portes interverrouillées (Department of Health and Social Care, 2011). Cela signifie qu'un premier ensemble de portes doit s'ouvrir et se refermer avant que le second ne puisse s'ouvrir (Department of Health and Social Care, 2011).	Il devrait y avoir des serrures approuvées par le service correctionnel, des systèmes de sas, certaines fenêtres incassables (Crichton, 2009), l'utilisation partielle de systèmes de contrôle électronique des portes, et l'absence de fenêtres faisant partie d'un périmètre extérieur (Crichton, 2009). Il devrait également y avoir des portes s'ouvrant vers l'extérieur (salle d'entrevue et chambre) et des limiteurs d'ouverture de fenêtres/fenêtres renforcées (Crichton, 2009).
		Les pièces, les portes et les espaces communs devraient être conçus de manière à non seulement minimiser les possibilités pour les patients de se barricader, mais également à permettre au personnel d'y accéder facilement en cas d'urgence (Department of Health and Social Care, 2011).	Les portes devraient être conçues de façon à minimiser les risques de ligature ainsi que les possibilités de se barricader ou d'empêcher l'ouverture de la porte (Department of Health and Social Care, 2010).
		Les fenêtres des chambres des patients ne devraient pas faire partie du périmètre de sécurité extérieur (Department of Health and Social Care, 2011).	
		Les fenêtres devraient être testées afin de garantir leur résistance face à des tentatives d'évasion soutenues ou immédiates (Department of Health and Social Care, 2011).	

		Si les fenêtres sont munies d'ouvrants, ceux-ci devraient être solidement limités afin de ne permettre qu'une ouverture maximale de 125 mm, empêchant ainsi un patient de pouvoir s'y faufiler. Lorsque les fenêtres s'ouvrent sur une dimension supérieure à 125 mm, la zone d'ouverture devrait être protégée par une grille de ventilation sécurisée (Department of Health and Social Care, 2011).	
		Les fenêtres présentant un risque de passage de drogues ou d'armes devraient être munies d'un treillis de sécurité (Department of Health and Social Care, 2011).	
		Les fenêtres doivent pouvoir être nettoyées efficacement depuis l'intérieur de la zone accessible aux patients (Department of Health and Social Care, 2011).	
		Lorsque des stores sont installés dans une chambre de patient, ils devraient être intégrés à la structure de la fenêtre (Department of Health and Social Care, 2011). Les stores intégrés aux panneaux d'observation devraient comporter une commande externe permettant au personnel d'en prendre le contrôle (Department of Health and Social Care, 2011). Les tringles ou les systèmes de fixation des rideaux dans les zones accessibles aux patients ne devraient pas présenter de risque de ligature ni pouvoir être retirés et utilisés comme arme (Department of Health and Social Care, 2011).	
Conception du mobilier	Le mobilier est un mobilier hospitalier standard (Crichton, 2009).	Le mobilier doit être lourd et robuste (Crichton, 2009).	Le mobilier doit être lourd et robuste (Crichton, 2009). Il ne devrait pas être conçu de manière à pouvoir être utilisé comme arme, pour s'automutiler ou dissimuler des objets (Department of Health and Social Care, 2010).
Systèmes d'alarme personnelle	Les systèmes d'alarme personnelle sont spécifiques à certains emplacements et permettent d'alerter une équipe d'intervention, généralement par téléavertisseur (Crichton, 2009).	En cas d'incident, la sécurité du site est alertée, une annonce peut être diffusée par haut-parleur et l'équipe d'intervention est mobilisée (Crichton, 2009).	Les systèmes d'alarme personnelle et murale sont généralisés et intégrés à une réponse centralisée rapide (Crichton, 2009).
Contention physique			Menottes pour sortie, utilisées de manière exceptionnelle (Crichton, 2009).

Surveillance du campus (vidéo-surveillance/CCTV)	Le système d'observation doit être conçu pour permettre au personnel d'observer et d'interagir avec les patients en tout temps (Kennedy, 2002).	Le système d'observation doit être conçu de manière à assurer une couverture complète de l'extérieur, des points d'accès et des sas. Les enregistrements doivent être conservés pendant deux semaines (Crichton, 2009). Le système de vidéosurveillance devrait couvrir l'entrée principale, le hall, les salles d'attente supplémentaires pour les visiteurs, la zone de fouille et la salle de contrôle (Department of Health and Social Care, 2011).	Le système d'observation doit être conçu de manière à assurer une couverture complète du campus et du périmètre. Les enregistrements doivent être conservés pendant trois semaines (Crichton, 2009). Le système devrait être présent dans les zones d'observation renforcée et les espaces accessibles aux patients. Le système doit être géré, surveillé et enregistré de manière centralisée depuis la salle de contrôle de l'hôpital (Department of Health and Social Care, 2010).
	Système d'alarme : alarmes personnelles pour le personnel; dispositifs muraux installés dans toutes les zones (Kennedy, 2002).	Les systèmes de sécurité technologiques peuvent inclure : Des systèmes de contrôle d'accès; • Un éclairage périmétrique; • Un éclairage extérieur dans le périmètre sécurisé; • Des systèmes de détection d'intrusion périmétrique (Department of Health and Social Care, 2011).	
		Chaque unité de soins du service devrait avoir un accès de plain-pied depuis le salon ou l'aire commune vers un jardin extérieur sécurisé, conçu pour permettre une observation adéquate. Ce jardin devrait être d'une taille suffisante pour permettre à tous les patients de l'utiliser en même temps et ne devrait pas être utilisé comme aire de fumée. Les planificateurs devraient tenir compte de la politique de l'établissement en matière de tabac lors de l'aménagement des installations destinées aux patients fumeurs (Department of Health and Social Care, 2011).	L'utilisation du système de vidéosurveillance dans les zones accessibles aux patients devrait être conforme à la politique de l'établissement (Department of Health and Social Care, 2011).
Zones sécurisées supplémentaires		Prévoir un espace sécurisé individuel supplémentaire comprenant une chambre et un espace de vie (Crichton, 2009).	Prévoir une gamme d'espaces sécurisés individuels comprenant une chambre et un espace de vie (Crichton, 2009).
Chambres des patients	Une chambre devrait avoir une superficie standard, soit 15 m ² . Pour les personnes en chaise roulante, la superficie de la chambre devrait se situer entre 17 et 19 m ² , et pour les personnes avec une obésité morbide et des besoins médicaux complexes, la chambre devrait avoir une superficie allant jusqu'à 29 m ² (National Association of Psychiatric Intensive Care and Low Security Units, 2017).	Une chambre devrait avoir une superficie minimale de 15 m ² , incluant la salle de bains attenante. Les chambres avec assistance devraient avoir une superficie de 17 à 19 m ² (Department of Health and Social Care, 2011).	Une chambre devrait avoir une superficie minimale de 12 m ² et être dotée, en plus, d'une salle de bain attenante. L'aménagement devrait permettre d'observer l'ensemble de la chambre et de la salle de bain depuis l'extérieur, lorsque nécessaire (Department of Health and Social Care, 2010).
		Les portes des chambres devraient comporter un panneau d'observation muni d'un store à lamelles intégré (Department of Health and Social Care, 2011).	
		Chaque chambre et salle de bain attenante devraient être équipées d'un système d'appel pour le personnel, idéalement sans fil (Department of Health and Social Care, 2011).	

		Chaque pièce devrait être équipée d'installations mécaniques et électriques résistantes au sabotage ou au vandalisme (Department of Health and Social Care, 2011). Les commandes de coupure de l'éclairage, de l'eau et de l'électricité devraient être situées à l'extérieur de la chambre (Department of Health and Social Care, 2011).	
		La chambre devrait être munie d'une serrure actionnable par le patient, mais que le personnel peut désactiver de l'extérieur (Department of Health and Social Care, 2011).	
Salles de bain et toilettes attenantes	Les salles de bain et les toilettes peuvent être munies d'un panneau d'observation permettant au personnel de voir à l'intérieur de la pièce si nécessaire. Un dispositif permettant d'obstruer ce panneau, contrôlable uniquement par le personnel, est requis. Plusieurs solutions existent, notamment des panneaux d'observation qui passent du blanc au transparent ou des lentilles de type « œil de poisson » (National Association of Psychiatric Intensive Care and Low Security Units, 2017).	Pour éliminer les points potentiels de ligature, les robinets, douches, bains et chasses d'eau devraient être activés au moyen d'une technologie sans contact (activation par passage de la main), d'un bouton-poussoir ou d'un capteur électronique avec minuterie (Department of Health and Social Care, 2011). Tous les conduits, tuyauteries et canalisations devraient être dissimulés. Les siphons et systèmes d'évacuation doivent rester facilement accessibles afin de faciliter la récupération des effets personnels des patients (Department of Health and Social Care, 2011).	Les salles de bain et les toilettes devraient être sans point de ligature (Department of Health and Social Care, 2010).

Tableau S2. Sécurité procédurale

Catégorie	Faible	Moyenne	Élevée
PATIENT			
Plan de contingence			
Planification de contingence	Il devrait y avoir une planification interorganisationnelle pour l'évacuation, l'évasion et la fugue (Crichton, 2009).	Il devrait y avoir une planification interorganisationnelle pour l'évacuation, l'évasion et la fugue (Crichton, 2009).	Il devrait y avoir un éventail de plans de contingence interorganisationnels pour les prises d'otages, les émeutes, les évasions, les barricades et les manifestations/occupations sur les toits (Crichton, 2009).
Plan de contingence	Il devrait y avoir un plan de contingence qui aborde : • La chaîne de commandement opérationnel. • Les communications. • La sécurité et la sûreté des patients et du personnel. • Le maintien de la continuité des traitements. • L'hébergement. • La mise à l'épreuve par des exercices réels et théoriques, incluant une réponse collective aux simulations d'alarme, devrait être réalisée au moins tous les six mois (Georgiou et al., 2019).	Il devrait y avoir un plan de contingence qui aborde : • La chaîne de commandement opérationnel. • Les communications. • La sécurité et la sûreté des patients et du personnel. • Le maintien de la continuité des traitements. • L'hébergement. • La mise à l'épreuve par des exercices réels et théoriques, incluant une réponse collective aux simulations d'alarme, devrait être réalisée au moins tous les six mois (Georgiou et al., 2019).	
Révision de plans		Les politiques, procédures et plans de contingence sont révisés et mis à jour au besoin, au minimum tous les trois ans et hors de tout changement important dans les services ou à la suite d'un incident (Georgiou et al., 2019).	
Communications, fouilles, observations			
Communications : Appels téléphoniques, courriers, colis et courriels	Colis : les colis sont ouverts (Kennedy, 2002). Courriels : accès non supervisé à l'extérieur du site; accès supervisé sur place (Crichton, 2009).	Appels téléphoniques : peuvent être surveillés ou interrompus (Crichton, 2009). Communication avec certaines personnes : peut être restreinte ou empêchée (Kennedy, 2002). Courriers et colis : tous les courriers et colis sont passés aux rayons X et peuvent être surveillés (Crichton, 2009). Courriels : aucun accès (Crichton, 2009).	Appels téléphoniques : peuvent être surveillés ou interrompus (Crichton, 2009). Les appels et lettres (entrants et sortants) sont surveillés (Kennedy, 2002). Les communications légales ne sont pas surveillées (Kennedy, 2002). Courriers et colis : tous les courriers et colis sont passés aux rayons X et peuvent être surveillés (Crichton, 2009). Courriels : aucun accès (Crichton, 2009).
		Soutenir l'utilisation d'équipements électroniques par les patients et l'accès sécurisé à Internet, en offrant des conseils spécifiques sur l'usage approprié des réseaux sociaux, la confidentialité et les risques associés (Georgiou et al., 2019).	

Fouilles	Fouilles des patients à l'admission, y compris de leurs effets personnels; selon l'évaluation individuelle du risque; fouilles aléatoires après un congé (Crichton, 2009). Les colis et sacs à main sont fouillés au retour d'un congé (Kennedy, 2002).	Fouilles à l'admission; après un congé; fouilles régulières de la personne et de la chambre (Crichton, 2009). Fouilles régulières de la chambre et des effets personnels. Fouilles régulières des lieux (Kennedy, 2002).	Fouilles à l'admission ; après un congé ; fouilles régulières de la personne et de la chambre (Crichton, 2009). Fouilles par palpation lorsque pertinent (Kennedy, 2002).
Observations		Effectuer les fouilles des patients et de leurs effets personnels, du personnel, des visiteurs et de l'environnement sous observation (Georgiou et al., 2019).	L'utilisation du système d'observation dans les zones accessibles aux patients doit être conforme à la politique de l'établissement et appuyée par des procédures locales. Il s'agit d'une ressource complémentaire à l'observation et à la supervision. Elle ne remplace pas la nécessité d'avoir des niveaux appropriés d'observation et d'interaction entre le personnel et les patients, et ne devrait pas nécessiter plus de personnel pour en tirer tous les bénéfices (Department of Health and Social Care, 2010). Les bâtiments accessibles aux patients doivent être conçus de manière à rendre les tentatives de suicide ou d'automutilation aussi difficiles que possible. Les toilettes, salles de bain, chambres des patients et toute zone où les patients peuvent ne pas être observés de façon périodique, même brièvement, sont considérées comme des zones à haut risque (Department of Health and Social Care, 2010). La stratégie de prévention du suicide devrait s'inspirer de la Stratégie nationale de prévention du suicide et être élaborée en consultation avec le service de gestion des risques (Department of Health and Social Care, 2010).
Visites			
Visiteurs	Les visiteurs peuvent être accompagnés (Crichton, 2009).	Les visiteurs doivent être accompagnés et transportés en navette jusqu'au lieu de la visite (Crichton, 2009).	Les visiteurs doivent être accompagnés et transportés en navette jusqu'au lieu de la visite (Crichton, 2009).
Procédure d'organisation des visites	Zones de visite désignées; autres restrictions selon le niveau de risque au moment présent (Crichton, 2009). Les ex-patients sont souvent exclus (Kennedy, 2002).	Salle spéciale pour visite familiale à l'écart de la zone clinique (Crichton, 2009).	Suite spéciale pour visite familiale à l'écart de la zone clinique (Crichton, 2009). Visites uniquement sur arrangement écrit obtenu au préalable (Kennedy, 2002).
Pièce d'identité et approbation des visiteurs	Approbation généralement non requise (Crichton, 2009).	Identification requise ; Approbation obtenue au préalable par l'équipe multidisciplinaire; les visiteurs doivent s'engager à respecter le code de conduite (Crichton, 2009). Visites autorisées uniquement pour les personnes figurant sur une liste pré-établie (Kennedy, 2002). Visites surveillées (Kennedy, 2002).	Identification requise, puis une pièce d'identité spéciale est remise et vérifiée à la sortie ; approbation obtenue au préalable par l'équipe multidisciplinaire ; les visiteurs doivent s'engager à respecter le code de conduite (Crichton, 2009). Les visiteurs doivent présenter une pièce d'identité. Fouille par palpation requise (Kennedy, 2002).

Fouille des visiteurs, des visiteurs officiels et du personnel	Politique sur les fouilles au moment des visites, y compris les procédures concernant les enfants et les visiteurs non désirés (c'est-à-dire ceux qui représentent une menace pour les patients ou pour les membres du personnel) (Georgiou et al., 2019). Aucune fouille de routine (Crichton, 2009). Les colis et les sacs sont fouillés à l'entrée (Kennedy, 2002).	Politique sur les fouilles au moment des visites, y compris les procédures concernant les enfants et les visiteurs non désirés (c'est-à-dire ceux qui représentent une menace pour les patients ou pour les membres du personnel) (Georgiou et al., 2019). Aucune fouille de routine, mais des casiers sécurisés devraient être prévus pour les sacs (non permis dans les zones accessibles aux patients) (Crichton, 2009).	Fouille en cas de déclenchement des détecteurs de métal ; fouilles aléatoires à l'entrée et à la sortie; sacs fouillés si un objet suspect est détecté à l'imagerie par rayons X (Crichton, 2009). Chaque hôpital devrait disposer d'une politique précisant les exigences concernant la manière et le moment où les fouilles de sécurité doivent être effectuées. Les éléments clés à prendre en compte lors de la conception, de la construction et de la mise en service sont : éviter les possibilités de dissimulation d'objets ; et, selon la catégorie de la zone pour patients, prévoir l'inclusion ou l'exclusion de panneaux d'accès pour l'entretien, ainsi que des fixations apparentes ou sans joint (Department of Health and Social Care, 2010).
Politique de visites des enfants	Avec l'approbation de l'équipe traitante (Crichton, 2009).	Évaluation en travail social requise; approbation par l'équipe multidisciplinaire (Crichton, 2009). Les visites devraient être encadrées et surveillées (Kennedy, 2002).	Évaluation en travail social requise; approbation par l'équipe multidisciplinaire (Crichton, 2009).
Accès aux objets et matériaux			
Accès aux drogues/ dépistage	Dépistage urinaire de drogues selon les besoins cliniques ; Dépistage à l'admission ; dépistage aléatoire (Crichton, 2009).	Dépistage urinaire de drogues selon les besoins cliniques ; dépistage à l'admission ; dépistage aléatoire (Crichton, 2009).	Dépistage urinaire de drogues selon les besoins cliniques ; dépistage à l'admission ; dépistage aléatoire (Crichton, 2009).
Accès à l'alcool/ dépistage	L'accès à l'alcool pendant un congé peut être approuvé par l'équipe traitante (Crichton, 2009).	Aucun accès à l'alcool n'est permis (Crichton, 2009).	Aucun accès à l'alcool n'est permis (Crichton, 2009).
Accès à du matériel représentant de la violence	À la discrétion de l'équipe traitante pour chaque patient (Crichton, 2009).	Dépistage de routine et accès contrôlé (Crichton, 2009).	Dépistage de routine et accès contrôlé (Crichton, 2009).
Accès à du matériel pornographique	À la discrétion de l'équipe traitante pour chaque patient (Crichton, 2009).	Dépistage de routine et accès contrôlé (Crichton, 2009).	Dépistage de routine et accès contrôlé (Crichton, 2009).
Vaisselle	Couverts métalliques restreints, comptés après utilisation ; repas supervisés (Crichton, 2009).	Couverts métalliques restreints, comptabilisés après usage ; repas supervisés (Crichton, 2009).	Couverts métalliques restreints, comptabilisés après usage ; repas supervisés (Crichton, 2009).
Équipement d'ergothérapie (p. ex. : cuisine)	Avec l'approbation de l'équipe traitante (Crichton, 2009).	Accès progressif suivant une évaluation individuelle du risque et l'approbation de l'équipe multidisciplinaire (Crichton, 2009).	Accès progressif suivant une évaluation individuelle du risque et l'approbation de l'équipe multidisciplinaire (Crichton, 2009).
Matériel pouvant servir à allumer un feu (p. ex. : briquets)	Accès contrôlé et limité, aucun matériel d'allumage de feu autorisé auprès des patients (Crichton, 2009).	Accès contrôlé et limité, aucun matériel d'allumage de feu autorisé auprès des patients (Crichton, 2009).	Accès contrôlé et limité, aucun matériel d'allumage de feu autorisé auprès des patients (Crichton, 2009).
Accès aux effets personnels	À la discrétion de l'équipe multidisciplinaire (Crichton, 2009).	Nombre d'objets limité et accès restreint (Crichton, 2009).	Nombre d'objets limité et accès restreint (Crichton, 2009).
Accès à l'argent/ aux objets de valeur	Dépend de l'évaluation individuelle des capacités ; peut être restreint (Crichton, 2009). Le troc entre patients n'est pas permis (Kennedy, 2002).	Dépend de l'évaluation individuelle des capacités ; peut également être restreint lors des congés pour réduire le risque de fugue (Crichton, 2009). Accès à l'argent comptant limité (Kennedy, 2002).	Dépend de l'évaluation individuelle des capacités ; l'argent et les objets de valeur sont également restreints sur place et lors des congés pour des raisons de sécurité (Crichton, 2009). Toutes les affaires financières sont surveillées (Kennedy, 2002).
Déplacements			

Déplacements internes des patients entre les zones	Les patients peuvent être confinés (Crichton, 2009).	Accompagnés à l'intérieur de l'unité; aucun accès aux zones administratives (Crichton, 2009).	Accès aux terrains pour certains patients ; surveillance par caméras (CCTV) ; certains sont accompagnés ; certaines zones du campus sont interdites (Crichton, 2009).
Déplacements du personnel	Aucune procédure ou limitation particulière (Crichton, 2009).	Non limités, mais enregistrés électroniquement (Crichton, 2009).	Enregistrés électroniquement et accès restreint à certaines zones (Crichton, 2009).
Activités et sorties			
Offre d'activités récréatives/ thérapeutiques	Éventail d'activités, principalement offertes à l'extérieur de l'unité (Crichton, 2009).	Large éventail d'activités sécurisées offertes dans l'unité ; un éventail d'activités est également offert à l'extérieur du site (Crichton, 2009).	Éventail d'activités sécurisées offertes sur le campus (Crichton, 2009).
Permission de sortie de routine (p. ex. : « mise à l'essai »)	Politiques propres à l'unité, incluant une évaluation individuelle du risque (Crichton, 2009).	Politiques propres à l'unité, incluant une évaluation individuelle du risque (Crichton, 2009).	Habituellement, un minimum de deux membres du personnel accompagne le patient (Crichton, 2009).
Congés exceptionnels (p. ex. : comparution au tribunal, hospitalisation)	Politiques propres à l'unité appliquées, incluant une évaluation individuelle du risque (Crichton, 2009).	Politiques propres à l'unité appliquées, incluant une évaluation individuelle du risque ; la police locale est informée (Crichton, 2009).	Utilisation de menottes ; liaison avec la police ; plus de personnel accompagnateur (Crichton, 2009).
Prévention et gestion des fugues		La police locale est informée. Les politiques propres à l'unité sont appliquées ; une fiche descriptive (pièce d'identité) est remplie chaque fois qu'un patient sort et revient ; les renseignements clés et l'évaluation du risque sont transmis à la police en cas de fugue (Crichton, 2009).	Évaluation individuelle du risque pour chaque congé ; il est habituel que deux membres du personnel ou plus accompagnent le patient ; évaluation individuelle du risque pour l'accès aux terrains ; éventail de plans de contingence interagences ; réseau de sirènes (Crichton, 2009).
Prévention et gestion des évasions		Politiques propres à l'unité appliquées ; renseignements clés et évaluation du risque transmis à la police (Crichton, 2009).	Plan de contingence ; liaison avec la police ; sirènes (Crichton, 2009).
Cadres de référence pour les politiques	Politique générale de l'hôpital ; certaines politiques propres aux unités de psychiatrie légale (Crichton, 2009).	Politiques détaillées pour les unités de psychiatrie légale (Crichton, 2009).	Politiques propres aux hôpitaux de psychiatrie légale à sécurité maximale (Crichton, 2009).
Autres politiques			
Politiques de lutte contre l'intimidation, suicides		Politiques de lutte contre l'intimidation, de prévention du suicide et de gestion de l'automutilation, ainsi que de réduction des effets néfastes des pratiques restrictives (Georgiou et al., 2019).	
Collaborations externes		Collaboration efficace avec la police locale en cas d'activités criminelles, de harcèlement, de violence, ainsi qu'avec d'autres instances du système de justice pénale (Georgiou et al., 2019). Gestion des situations où des patients sont en absence non autorisée (Georgiou et al., 2019).	

Familles et proches		Les politiques et procédures du service sont élaborées, mises en œuvre et révisées en consultation avec les patients, leurs proches aidants et les membres du personnel. Un processus est en place pour permettre aux patients et à leurs représentants de consulter les politiques essentielles à leurs soins (Georgiou et al., 2019).	
---------------------	--	---	--

SYSTÈMES Organisation

Gestion de qualité	Cadre d'apprentissage collaboratif pour la réduction de la violence en unité Cette approche repose sur la participation active des patients à la planification et à la communication, à la tenue de réunions quotidiennes brèves, à l'utilisation de graphiques journaliers sur les épisodes d'agression ainsi qu'à des discussions hebdomadaires approfondies. Durée de mise en œuvre : 2 ans. Résultats : Les indicateurs principaux concernaient le nombre d'incidents pour 1 000 journées d'hospitalisation occupées : Agressions physiques : une réduction de 8 % du nombre d'incidents de violence physique pour 1 000 journées occupées a été observée et maintenue dans le temps. Agressions non physiques : une réduction de 16,6 % du nombre d'incidents de violence non physique pour 1 000 journées occupées a également été atteinte et soutenue (O'Sullivan et al., 2020).		Stratégie innovante de réduction de l'isolement Cette approche comprend la séparation à long terme, la rétroaction multidisciplinaire et le partage d'informations ainsi qu'un programme d'ergothérapie. Un membre supplémentaire du personnel, spécialement formé à la mise en œuvre de programmes occupationnels et vocationnels en milieu de haute sécurité, a été intégré à l'équipe. Durée de l'intervention : 6 à 12 semaines. Résultats – Réduction de l'isolement L'un des indicateurs clés était le temps d'association, c'est-à-dire le temps passé en dehors de la chambre. Au début de l'intervention, le service comptait 11 patients : - 4 disposaient d'un accès complet à l'unité, avec 14 heures d'association par jour (toutes les chambres étant fermées pendant 10 heures la nuit, conformément à la procédure standard) ; - 7 étaient soumis à une forme de séparation à long terme (LTS). Le temps moyen d'association a augmenté à 6 semaines, avant de légèrement diminuer à 12 semaines. L'augmentation observée à 6 semaines était statistiquement significative par rapport à la valeur de référence ($p = 0,042$; test t apparié), tandis que celle observée à 12 semaines, bien que supérieure au point de départ, n'était pas significative ($p = 0,197$) (Tully et al., 2016).
Population desservie	1,5-3,5 millions ; par district (Kennedy, 2002).	1,5-3,5 millions ; offre régionale (Kennedy, 2002).	Offre régionale ou nationale (Kennedy, 2002).
Comportements liés à l'admission	Agressions répétées causant des ecchymoses ; Automutilation ou tentative de suicide ne pouvant être prévenues malgré une surveillance infirmière à un ratio de deux pour un en milieu ouvert (Kennedy, 2002).	Utilisation d'armes pour blesser ; Incendie criminel ; Provoquer une commotion cérébrale ou des fractures des os longs ; Agressions sexuelles ; Harcèlement criminel avec menaces de mort (Kennedy, 2002).	Homicide ; Agression à l'arme blanche pénétrant une cavité corporelle ; Fracture du crâne ; Strangulation ; Agressions sexuelles répétées avec pénétration ; Enlèvement, torture, empoisonnement (Kennedy, 2002).
Type de services offerts	Services de rétablissement et de réadaptation : réadaptation, ressources résidentielles, centre de jour, services de proximité en communauté (Gill et al., 2010).	Niveau intermédiaire : gestions du trouble grave du comportement, soins de longue durée, séjour prolongé (Gill et al., 2010).	États aigus : admission et évaluation (Gill et al., 2010).

Infrastructure	Tendances 2005-2010 : Sur une période de cinq ans, le nombre total de lits est passé de 30 à 230, marquant une expansion majeure des capacités. Entre 2007 et 2009, le nombre de lits en unité à faible sécurité pour troubles mentaux est passé de 48 à 117, illustrant une croissance significative (Hall, 2012).	Évolution du nombre de lits (2005-2009) : Le nombre total de lits est passé de 120 à 150 au cours de la période. Cette hausse comprend notamment une augmentation du nombre de lits destinés aux hommes présentant une déficience intellectuelle, passant de 10 à 32 ; une hausse des lits pour hommes atteints de troubles de la personnalité en milieu de sécurité moyenne, passant de 16 à 30 (Hall, 2012).	Tendances 2005-2010 : Sur une période de cinq ans, le nombre de lits est passé de 70 à 50, indiquant une réduction progressive (Hall, 2012).
Trajectoire	Admissions et sorties (moyenne 2005-2009) : Sur la période 2005-2009, la moyenne annuelle s'élevait à 428 admissions et 203 sorties. On observe une augmentation des transferts en provenance du milieu carcéral vers les unités de basse sécurité, indiquant un renforcement des passerelles entre les services pénitentiaires et les structures de soins sécurisées (Hall, 2012).	Admissions et sorties 2005-2009 : Sur la période 2005-2009, le service a enregistré 330 admissions et 275 sorties. Les transferts depuis le milieu carcéral vers les unités de sécurité moyenne se sont maintenus de façon stable, avec 38 à 42 orientations par an, et peu de variation depuis 2005 (Hall, 2012).	Admissions et sorties (moyenne 2005-2009) : Sur la période 2005-2009, le nombre moyen d'admissions s'élevait à 53, tandis que celui des sorties était de 66. Dans la région, les admissions en services de haute sécurité en provenance du milieu carcéral ont augmenté de 58 % en 2009. Cette évolution est probablement liée à l'accroissement du nombre de professionnels spécialisés en santé mentale travaillant en prison, ainsi qu'à la mise en œuvre des normes définies dans l'outil de référence Offender Mental Health Pathway (Hall, 2012).
		Liaisons : Service spécialisé de psychiatrie du vieillissement Un service de liaison en psychiatrie destiné aux patients âgés, à visée exclusivement consultative, a été mis en place pour les patients hospitalisés en unités de sécurité moyenne et haute, avec une séance dédiée par semaine. Durée de mise en œuvre : 2 ans. Au total, 13 demandes de consultation ont été reçues concernant 11 patients. Les motifs principaux étaient : conseil diagnostique : n = 5 (46 %) ; conseil d'orientation/placement : n = 4 (36 %) ; conseil thérapeutique : n = 2 (18 %) (Shah, 2006).	

		Service de liaison avec la police. Un service de liaison policière a été instauré, comprenant le déploiement de deux enquêteurs (tous deux anciens officiers de police expérimentés) placés sous la responsabilité directe d'un inspecteur principal. Les deux enquêteurs ont reçu une formation spécifique leur permettant d'accéder librement à l'hôpital sans supervision. Leur prise en charge des victimes a renforcé la confiance du public envers le système et pourrait contribuer à dissuader les comportements délictueux. Les inspecteurs enquêtent notamment sur les infractions commises à l'encontre d'autres usagers. Durée d'observation : 1 et 2 ans. Nombre d'incidents signalés à la police : Avant l'intervention : 32 par an. Année 1 : 47. Année 2 : 53. Nombre d'incidents ayant abouti à des poursuites : Avant l'intervention : 14 par an. Année 1 : 21. Année 2 : 45 (Heywood & Vandenabeele, 2012).	
Gestion de lits			
Admissions/ congés par année	60 admissions, 45 congés 5 admissions, 5 congés par année (Kennedy, 2022).	10 admissions par année (Kennedy, 2022).	10 admissions, 5 congés par année (Kennedy, 2022).
Durée de séjour (exemples)	3 mois - 12 mois (Kennedy, 2022).	26 mois (Kennedy, 2022).	26 mois (Kennedy, 2022).
	Durée de séjour 2005-2009 : Relation entre les journées d'hospitalisation en unité de basse sécurité et le suivi assertif. Les journées d'hospitalisation en milieu de basse sécurité présentent une corrélation négative avec les dépenses consacrées au suivi intensif dans la communauté (Assertive Outreach) ($R^2 = 0,479$; $p = 0,05$) (Hall, 2012).	Durée de séjour 2005-2009 : Évolution de la durée moyenne de séjour. Un pic de 862 jours a été observé en 2007, suivi d'un minimum de 474 jours en 2009 (Hall, 2012).	Durée de séjour 2005-2009 : La durée moyenne de séjour est passée de 1 728 à 1 221 jours, indiquant une réduction notable. Les journées d'hospitalisation en milieu de haute sécurité présentent une corrélation négative avec les dépenses consacrées aux programmes de suivi assertif dans la communauté (Assertive Outreach) ($R^2 = 0,44$; $p < 0,05$). Aucune relation significative n'a été observée entre la durée de séjour en unités de haute, moyenne ou basse sécurité et l'utilisation d'autres types de services, en dehors du suivi intensif (Hall, 2012).
Durée de séjour (exemples)	26 mois (Kennedy, 2022).	36 mois (Kennedy, 2022).	36 mois et plus (Kennedy, 2022).

	Durée de séjour 2005-2009 : Relation entre les journées d'hospitalisation en unité de basse sécurité et le suivi assertif Les journées d'hospitalisation en milieu de faible sécurité présentent une corrélation négative avec les dépenses consacrées au suivi intensif dans la communauté (Assertive Outreach) ($R^2 = 0,479$, $p = 0,05$) (Hall, 2012).	Durée de séjour 2005-2009 : Évolution de la durée moyenne de séjour. Un pic de 862 jours a été observé en 2007, suivi d'un minimum de 474 jours en 2009 (Hall, 2012).	Durée de séjour 2005-2009 : La durée moyenne de séjour est passée de 1 728 à 1 221 jours, indiquant une réduction notable. Les journées d'hospitalisation en milieu de haute sécurité présentent une corrélation négative avec les dépenses consacrées aux programmes de suivi assertif dans la communauté (Assertive Outreach) ($R^2 = 0,44$; $p < 0,05$). Aucune relation significative n'a été observée entre la durée de séjour en unités de haute, moyenne ou basse sécurité et l'utilisation d'autres types de services, en dehors du suivi intensif (Hall, 2012).
Hospitalisation de moins de 6 mois	Disponibilité d'unités fermées pour les soins psychiatriques généraux ou intensifs; Disponibilité d'unités forensiques de soins intensifs (Kennedy, 2002).	Disponibilité d'unités régionales de soins psychiatriques sécurisés de niveau intermédiaire (Kennedy, 2002).	Disponibilité d'unités d'admission en milieu de soins psychiatriques sécurisés de niveau intermédiaire, et d'un hôpital spécialisé (Kennedy, 2002).
Moyen terme, de 6 mois à 3 ans	Disponibilité d'unités forensiques de soins intensifs et d'unités à sécurité minimale pour soins de longue durée (Kennedy, 2002).	Disponibilité d'unités de soins sécurisés de niveau intermédiaire à moyen terme (Kennedy, 2002).	Disponibilité d'un hôpital spécialisé (Kennedy, 2002).
Long terme	Disponibilité d'unités de soins à sécurité minimale pour le long terme (Kennedy, 2002).	Disponibilité d'unités de soins sécurisés de niveau intermédiaire pour le long terme (Kennedy, 2002).	Disponibilité d'un hôpital spécialisé (Kennedy, 2002).
Gestion de bâtiment / unité			
Voies de circulation internes			La politique locale devrait déterminer les modalités concernant les trajets partagés par les piétons et les véhicules (Department of Health and Social Care, 2010).
Serrures et clés		Il devrait y avoir un sas sécurisé, contrôlé et surveillé de manière centralisée, pour les véhicules nécessitant un accès afin de livrer des biens et services sur le site (Department of Health and Social Care, 2011). Un mécanisme de sécurité à toute épreuve devrait être mis en place afin de garantir qu'en cas de panne de courant, le fonctionnement des sas magnétiques ou électroniques, des serrures ou des dispositifs de contrôle ne sera pas compromis (Department of Health and Social Care, 2011).	La stratégie en matière de verrouillage s'appuie sur les recommandations contenues dans le rapport Tilt (Department of Health and Social Care, 2010) et est conforme aux directives actuelles du National Offender Management Service. L'objectif principal est de s'assurer que les serrures sont utilisées de manière à maximiser la sécurité (Department of Health and Social Care, 2010).
Activités		Les activités des patients et du personnel devraient être coordonnées à partir d'un point central de l'unité. Ce point devrait offrir une bonne visibilité sur les principales zones accessibles aux patients, y compris l'espace extérieur de l'unité et l'entrée de celle-ci (Department of Health and Social Care, 2011).	

Circulation		Lors de la planification des parcours de déplacement, il convient de s'assurer que le design facilite la mise en œuvre opérationnelle des services. Des revêtements de sol différenciés peuvent être utilisés pour délimiter les zones à l'intérieur du service et de l'unité ; ils contribuent également à structurer les déplacements sans compromettre l'espace (Department of Health and Social Care, 2011).	
Autres usages des espaces		Zone de soins renforcés (ZSR) Espace de vie étroitement surveillé, situé à l'écart de la zone clinique principale, où un seul patient peut être pris en charge à l'écart des autres usagers. Cette zone est destinée aux patientes ayant des besoins physiques exceptionnels ou considérées comme présentant un risque imminent d'agression, d'automutilation grave ou de suicide à la suite de comportements à risque (durée moyenne : 1,5 an ; population : femmes). Substitution à l'isolement Les utilisatrices de la ZSR représentaient : - 66 % (n = 289) de l'ensemble des épisodes de prévention et de gestion de l'agressivité et de la violence (n = 440) ; - 70 % (n = 197) de toutes les mises en isolement (n = 281) ; - 58 % (n = 214) de tous les épisodes d'automutilation (n = 372) ; - 53 % (n = 238) de l'ensemble des actes d'agression physique (n = 445). Fréquence des incidents, moyenne quotidienne 28 jours avant : 0,68; Moyenne quotidienne 28 jours après : 0,46 (Long et al., 2010).	
Gestion de personnel			
Personnel et performance	L'audit de décisions cliniques des membres du personnel peut influencer sur les résultats cliniques des patients (Taylor & Jones, 2006).	Corrélations entre le score d'excellence des hôpitaux et leurs caractéristiques. Le score d'excellence des hôpitaux était corrélé avec plusieurs caractéristiques du personnel, notamment, le nombre de psychiatres légistes, ainsi que la formation et le développement professionnels (McLaughlin et al., 2023).	

Résistance aux changements		Après l'échec de l'intervention visant à réduire les mises à l'isolement, une nouvelle intervention ciblant la résistance au changement a été mise en place. Résultats post-intervention : Taux d'isolement : diminution de 33 % du nombre d'incidents d'isolement ; Durée des isolements : diminution de 67 %. Enquête post-intervention, retour du personnel : le personnel de l'unité a signalé une meilleure cohésion d'équipe, une communication améliorée entre les usagers et le personnel, une écoute plus active des points de vue des usagers et une attitude plus positive face au changement. Retour des usagers : les usagers ont déclaré se sentir plus en sécurité, être traités avec respect, et ont perçu l'équipe soignante comme plus attentive et compréhensive (Rowse et al., 2024).	
Formation de personnel	Assurer un retour structuré après les épisodes de violence, et le bon fonctionnement des équipes de gestion de la violence au sein de l'unité dans le cadre du programme « Rentrer chez soi en toute sécurité » (Getting Home Safely). Le dispositif comprenait une formation initiale accompagnée d'un suivi de formation annuel destinés à l'ensemble du personnel. Une évaluation qualitative menée sur dix ans a porté sur : 1) les incidents d'agression chez les patients ; et 2) les absences du personnel (jours d'arrêt de travail). Les résultats ont été jugés positifs par l'auteur, bien que les données présentées ne permettent pas une interprétation claire (Isaak, et al., 2018).	Formation : "I Can Feel God" (programme de thérapie comportementale dialectique) adapté aux personnes présentant une déficience intellectuelle et des difficultés de régulation émotionnelle : formation de sensibilisation du personnel — sensibilisation et développement des compétences du personnel. Cette formation visait à accroître la connaissance, la confiance et la motivation des participants dans leur pratique professionnelle. Les autoévaluations du personnel avant et après la formation montrent des améliorations significatives : - Connaissances : avant la formation, moyenne = 2,81 / 5 (ÉT = 0,83) ; après la formation, 4,42 / 5 (ÉT = 0,53), $p = 0,001$. - Confiance : avant = 2,88 / 5 (ÉT = 1,0) ; après = 4,49 / 5 (ÉT = 0,57), $p = 0,001$. - Motivation : avant = 3,13 / 5 (ÉT = 1,06) ; après = 4,51 / 5 (ÉT = 0,69), $p = 0,001$. Les résultats indiquent une hausse nette des connaissances, de la confiance et de la motivation du personnel à la suite de la formation (Ashworth et al., 2016).	Assurer un retour structuré après les épisodes de violence et le bon fonctionnement des équipes de gestion de la violence au sein de l'unité dans le cadre du programme « Rentrer chez soi en toute sécurité » (Getting Home Safely). Le dispositif comprenait une formation initiale accompagnée d'un suivi de formation annuel, destinés à l'ensemble du personnel. Une évaluation qualitative menée sur dix ans a porté sur : 1) les incidents d'agression chez les patients ; et 2) les absences du personnel (jours d'arrêt de travail). Les résultats ont été jugés positifs par l'auteur, bien que les données présentées ne permettent pas une interprétation claire (Isaak et al., 2018).

Rétention de personnel			La possibilité d'avoir divers postes au sein d'un même établissement et le soutien tangible ont été identifiés comme des facteurs contribuant à la rétention et à l'engagement des infirmières (Oates et al., 2021). La présence de personnel féminin ayant un haut niveau d'éducation est associée à une diminution du taux de violence chez les patients (Urheim et al., 2020).
Expérience de personnel	Utilité, exposition et satisfaction vis-à-vis de la supervision clinique. Fréquence de la supervision reçue : 61,7 % du personnel recevait une supervision clinique moins d'une fois par mois, tandis que 22,6 % en bénéficiait mensuellement. Supervision donnée : 48 % du personnel n'assurait pas de supervision clinique pour d'autres collègues. Formation : 25 % du personnel avait suivi une formation interne à la supervision clinique. Perception de l'efficacité : 74,4 % estimait que la supervision clinique l'aidait à travailler plus efficacement, tandis que 79 % ne se considérait pas comme ayant des besoins d'apprentissage particuliers. Attitude envers la supervision : Le personnel se percevait comme ouvert et réceptif à la supervision (score moyen = 1,28 sur une échelle de 1 à 3). Principaux bénéfices identifiés : Les membres du personnel s'accordaient surtout sur les aspects émotionnels et relationnels de la supervision, la voyant comme un moyen de décharger les émotions, de réduire la pression professionnelle et d'offrir un espace de discussion sur les situations cliniques complexes (Long et al., 2014).		Réponse à la formation sur la gestion de l'agressivité en milieu de travail : Les membres du personnel travaillant dans un hôpital à haute sécurité ont tendance à percevoir la formation actuelle comme moins efficace que ceux travaillant dans les hôpitaux à sécurité moyenne ou faible (He et al., 2024).

Composition de personnel			
Spécialistes du traitement des comorbidités liées à l'usage de substances		Personnel spécialisé dans la comorbidité avec des troubles liés à l'usage de substances. Le personnel était présent dans 70 % des unités (ou lits). Un clinicien spécialisé en addictologie (troubles de l'usage de substances) était présent dans 71 % des unités, composées de : Infirmiers : 32 % ou psychologues : 46 %. - 63 % des unités disposaient d'un membre du personnel bénéficiant d'un temps protégé pour les interventions en addictologie. - 29 % signalaient un ratio lits/personnel de 1 spécialiste en addictologie pour 89 lits. Équipes spécialisées en addictologie. - 41 % des établissements disposaient d'équipes dédiées, avec en moyenne 6,1 membres pour 28 lits. Composition des équipes : Infirmiers : 88 % ; Psychologues : 82 % ; Ergothérapeutes : 53 % ; Psychiatres consultants : 35 % ; Autres personnels médicaux : 29 % ; Travailleurs sociaux : 18 % (Sbrook et al., 2015).	
Ergothérapeutes	Engagés par 66 % des unités (Chaudhry & Pereira, 2009).	6,25 lits par membre du personnel (Kennedy, 2002).	
Psychologues	Engagés par 53 % des unités (Chaudhry & Pereira, 2009).	9,1 lits par membre du personnel (Kennedy, 2002).	
Travailleurs sociaux	Engagés par 52 % des unités (Chaudhry & Pereira, 2009).	11,1 lits par membre du personnel (Kennedy, 2002).	
Consultants spécialisés	Engagés par 30 % des unités (Chaudhry & Pereira, 2009).	9,1 lits par membre du personnel (Kennedy, 2002).	
Médecins spécialistes		16,7 lits par membre du personnel (Kennedy, 2002).	
Médecins résidents seniors		16,7 lits par membre du personnel (Kennedy, 2002).	
Ratio personnel qualifié (infirmières)/ patients	1:8 dans les unités (Chaudhry & Pereira, 2009).	1:1,85 (Kennedy, 2002).	
Plus d'un consultant	Engagés par 23 % des unités (Chaudhry & Pereira, 2009).		
Médecin chef, membre du Collège royal des psychiatres	Engagé par 21 % des unités (Chaudhry & Pereira, 2009).		
Médecin chef, non-membre du Collège royal des psychiatres	Engagé par 31 % des unités (Chaudhry & Pereira, 2009).		
Art-thérapeute	Engagé par 23 % des unités (Chaudhry & Pereira, 2009).		

Présents simultanément dans une unité de 15 lits :	Total en début de journée : 4,47 (Chaudhry & Pereira, 2009).		
	Total en fin de journée : 4,47 (Chaudhry & Pereira, 2009).		
	Total de nuit : 3,28 (Chaudhry & Pereira, 2009).		
	Qualifié en début de journée : 1,75 (Chaudhry & Pereira, 2009).		
	Qualifié en fin de journée : 1,64 (Chaudhry & Pereira, 2009).		
	Qualifié en soirée : 1,23 (Chaudhry & Pereira, 2009).		
	Non qualifié en début de journée : 2,97 (Chaudhry & Pereira, 2009).		
	Non qualifié en fin de journée : 3,03 (Chaudhry & Pereira, 2009).		
	Non qualifié de nuit : 2,03 (Chaudhry & Pereira, 2009).		
	Total en début de journée : 4,47 (Chaudhry & Pereira, 2009).		
Tâches	L'utilité de différents modèles de soins infirmiers destinés à des milieux à faible sécurité est discutée : « Soins complets au patient » (total patient care) : une infirmière assume la responsabilité de superviser et de fournir l'ensemble du programme de soins pour un groupe de patients, de manière individuelle. « Soins primaires infirmiers » (primary nursing) : un patient est attribué à une infirmière spécifique, responsable et redevable de ses soins depuis l'admission jusqu'à la sortie de l'unité. « Soins fonctionnels ou orientés vers les tâches » (functional or task-orientated nursing) : le travail est divisé en tâches distinctes, chacune étant assignée à une infirmière par l'infirmière responsable. Dans ce modèle, les infirmières (et les aides-soignantes) sont réparties en équipes qui assurent les soins à un groupe défini de patients. Les chefs d'équipe coordonnent les soins fournis par les membres de leur équipe et, avec l'infirmière responsable, partagent la responsabilité des soins aux patients et de la communication avec les autres professionnels de santé et services hospitaliers. Le modèle d'équipe comprend un partage de la charge de travail ainsi qu'un rôle de supervision et d'évaluation exercé par le chef d'équipe (Nagi et al., 2012).		Cadre de compétences pour les infirmiers et infirmières reposant sur les piliers suivants : Promouvoir et mettre en œuvre les principes qui sous-tendent une pratique efficace et de qualité; Évaluer, élaborer, mettre en œuvre, évaluer et améliorer les programmes de soins pour les individus. Créer et maintenir des environnements et des relations avec les individus qui les valorisent en tant que personnes ; Fournir et améliorer les ressources et les services qui facilitent le fonctionnement organisationnel. Acquérir des connaissances et des compétences, et développer la pratique de soi-même et des autres (Timmons, 2010).

			Mise en place d'un infirmier référent en thérapie cognitivo-comportementale (TCC), chargé de proposer des interventions de faible intensité, en individuel et en groupe. Ces interventions, basées sur la TCC et réalisées sous la supervision de l'équipe TCC de l'hôpital, visaient à offrir aux patients des interventions légères et ciblées, individuelles ou en groupe, à soutenir le personnel afin de renforcer leur engagement auprès des patients et à accompagner ces derniers entre les séances de TCC menées par les thérapeutes, en favorisant leur motivation et l'aide à la réalisation des devoirs thérapeutiques. Chaque infirmier bénéficiait d'une supervision hebdomadaire d'une heure. Une infirmière diplômée en santé mentale était désignée par unité, avec une charge moyenne de trois patients. L'évaluation qualitative du dispositif a montré une réduction de l'anxiété au travail et une meilleure rétention du personnel (Carter, 2015).
Gestion de sécurité			
Prévention des fuites		Révision de la Documentation relative aux sorties et formation du personnel. Une révision complète des formulaires de demande de sortie a été effectuée, accompagnée d'une formation du personnel sur la procédure d'octroi et de supervision des permissions de sortie. Le formulaire de demande de sortie comprend un plan de sortie; les rendez-vous hospitaliers ; les approbations requises, les contrôles effectués par le personnel, une vérification finale par l'infirmière responsable, un compte rendu des événements survenus pendant la sortie incluant les incidents éventuels, les contrôles de retour à l'unité précisant la date et l'heure ainsi qu'une révision de la sortie par l'équipe pluridisciplinaire. Durée d'évaluation : 4 ans. Résultats : aucun incident de fugue ou d'absence non autorisée n'a été enregistré pendant les quatre années suivant la mise en œuvre de la politique (Kasmi & Brennan, 2015).	

Dispositifs portables GPS pour les patients		Dispositif GPS portable. L'utilisation d'un dispositif portable de suivi GPS a été évaluée sur une période de 1 à 2 ans. Fugues enregistrées : Avant l'introduction du dispositif : 11 par an; Année 1 : 3; Année 2 : 0. L'introduction de ce dispositif a augmenté la probabilité qu'un patient obtienne une autorisation de sortie, tout en favorisant sa progression vers le rétablissement. Contrairement aux systèmes de bracelets électroniques utilisés dans le milieu judiciaire, destinés à restreindre la liberté, ce dispositif vise à renforcer la sécurité et la confiance. Son utilisation a également permis de réduire considérablement le risque d'incidents graves en cas de fugue (Hearn, 2013).	Surveillance électronique par dispositifs de suivi GPS. La mise en place d'une surveillance électronique fondée sur des dispositifs de géolocalisation (GPS) a permis de réduire de 31 % les échecs de suivi en milieu communautaire, comparativement à d'autres formes de supervision. Ces dispositifs peuvent également être intégrés à des algorithmes développés à partir de données issues de capteurs de mouvement, afin d'identifier précocement les signes annonciateurs d'agressivité ou d'épisodes violents (Tully et al., 2015).
Dispositifs portables GPS pour les agents de sécurité			Caméra Corporelle (Body-Worn Video - BWV). Le dispositif de caméra corporelle n'est pas utilisé en permanence dans l'unité, ni constamment activé lorsqu'il est porté. Lorsqu'il est en service, un membre du personnel infirmier porte une petite caméra de vidéosurveillance clairement identifiée, généralement éteinte, mais équipée d'une diode rouge visible indiquant son activation lors de l'enregistrement. Le dispositif enregistre également le son. Jusqu'à présent, le recours à la caméra corporelle est jugé utile par le personnel, qui rapporte une réduction des incidents lorsqu'elle est présente. Ces technologies peuvent également être intégrées à des algorithmes développés à partir de données issues de capteurs de mouvement, afin d'identifier précocement les signes annonciateurs d'agressivité ou d'épisodes violents, contribuant ainsi à une prévention proactive et fondée sur les données (Tully et al., 2015).

CCTV : vidéo			Surveillance par télévision en circuit fermé (CCTV). La vidéosurveillance (CCTV) est utilisée pour superviser les visites, protéger le personnel lors des fouilles et faciliter la surveillance des unités et des espaces patients lorsque la visibilité directe est limitée. Elle contribue également à appuyer les poursuites judiciaires en cas de comportements délictueux de la part de patients ou de membres du personnel, ainsi qu'à analyser les incidents graves à des fins de formation. Ce dispositif permet ainsi de renforcer la sécurité tant du personnel que des patients, tout en jouant un rôle dissuasif face à d'éventuelles pratiques inappropriées. La CCTV peut aussi être utilisée dans le cadre de confinements supervisés, afin de suivre plus étroitement le comportement des patients. Cette surveillance est particulièrement utile au début du confinement, période où un patient gravement atteint peut se montrer violent ou hostile. De cette manière, le risque d'automutilation ou de blessure peut être réduit au minimum. Enfin, une évaluation longitudinale à l'aide de la vidéosurveillance peut offrir au personnel une meilleure compréhension du niveau d'agitation du patient avant toute évaluation en face à face. Ces dispositifs peuvent également être intégrés à des algorithmes exploitant les données de capteurs de mouvement, afin d'identifier précocement les signes avant-coureurs d'agressivité ou d'épisodes violents, et ainsi de renforcer la prévention et la sécurité en milieu sécurisé (Tully et al., 2015).
CCTV : détection de mouvements			Technologie de détection de mouvement. Un système de vidéosurveillance (CCTV) adapté permet une observation continue, sans contact et dans l'obscurité totale, sans qu'il soit nécessaire pour le patient de porter un dispositif de suivi ni de coopérer activement au processus. Ces technologies peuvent également être intégrées à des algorithmes exploitant les données issues de capteurs de mouvement, afin d'identifier précocement les signes avant-coureurs d'agressivité ou d'épisodes violents, contribuant ainsi à une surveillance préventive, discrète et respectueuse du patient (Tully et al., 2015).

Tableau S3. Sécurité relationnelle

Catégorie	Faible	Moyenne	Élevée
Ratio personnel/ usagers	Ratio plus bas que pour la sécurité moyenne (Kennedy, 2002).	Comparable au niveau de sécurité élevé, mais avec réduction pour les unités de longue durée (Kennedy, 2002).	Personnel infirmiers : moyenne de 1,85 (entre 1,65 et 2,3) Ergothérapeutes : 6,25 (0-3,6) ; Psychologues : 9,1 (16,7-4,8) ; Travailleurs sociaux : 11,1 (25-5,9) ; Consultants : 9,1 (14,3-7,7) ; Médecins résidents en formation spécialisée : 16,7(0-10) ; Internes seniors (ou médecins adjoints débutants) : 16,7 (10-25) (Kennedy, 2002).
Révision en équipe du risque et des plans de traitement	Révision toutes les 1 à 4 semaines pour les unités de soins aigus et toutes les 12 semaines pour les unités de longue durée (Kennedy, 2002).	Révision toutes les 4 semaines jusqu'à 18 mois et toutes les 6 semaines après 18 mois (Kennedy, 2002).	Révision toutes les 4 semaines jusqu'à 18 mois et toutes les 6 semaines après 18 mois (Kennedy, 2002).
Compétences en intervention spécialisée		Sensibilisation à la victime ; gestion de la colère ; et tous les éléments des niveaux de sécurité inférieurs (travail avec la famille ; réinsertion sociale ; sensibilisation à la maladie ; intervention en dépendance) (Kennedy, 2002).	Approches spécialisées cognitives et psychodynamiques, et tous les éléments précédemment mentionnés (Kennedy, 2002).
Collaboration intersectorielle		Les tribunaux, les prisons, les services de probation et tous les éléments des niveaux de sécurité inférieurs (liaison avec l'équipe locale de santé mentale communautaire, les agences de prestations sociales, les services de première ligne, le logement, les services sociaux, le ministère de la Justice, les autorités sanitaires régionales) (Kennedy, 2002).	Les agences nationales et tous les éléments précédemment mentionnés (Kennedy, 2002).
Programmes récréatifs	Activités sportives et de divertissement (programmes communautaires, milieux de travail adaptés/ateliers protégés) (Kennedy, 2002).	Éducation, réadaptation professionnelle et tous les éléments précédemment mentionnés (Kennedy, 2002).	Tous les éléments précédemment mentionnés (Kennedy, 2002).
			Le personnel en contact avec les patients dans les services à sécurité maximale devrait recevoir une formation appropriée afin de maintenir une approche professionnelle et de favoriser en tout temps une alliance de travail encadrée et appropriée avec les patients (Tapp et al., 2014).
			Le personnel devrait avoir accès à des espaces de pratique réflexive et de supervision afin de bénéficier d'un soutien émotionnel dans son travail auprès de patients ayant des besoins complexes et présentant des comportements particulièrement difficiles (p. ex. : violence dirigée contre eux) (Tapp et al., 2014).
			La répartition du personnel devrait être gérée de manière à assurer la continuité des soins et à être suffisante pour maximiser les bénéfices liés au développement de l'alliance thérapeutique (Tapp et al., 2014).

Déploiement de nouveaux services			L'intégration de nouveaux membres du personnel, l'acquisition de nouvelles compétences et l'adoption de nouvelles méthodes de travail représentent des éléments clés dans le développement des services. Identifier les besoins en matière de ressources humaines et de formation pour mieux y répondre et déployer rapidement les services. Collaboration étroite avec les responsables des ressources humaines des services existants pour veiller à ce que les nouveaux services ne se développent pas au détriment de ceux déjà en place et ne soient pas isolés des services de santé mentale courants et des services de justice pénale. Équipe interdisciplinaire comprenant : agents correctionnels, personnel infirmier, psychologues, psychiatres, ergothérapeutes, agents de probation et travailleurs sociaux. Formation spécialisée complète et préparation spécifique, en plus des compétences de base, pour intervenir auprès de la population : développement de compétences d'équipe, programmes de formation axés sur les compétences ainsi que formations en supervision destinées aux gestionnaires. Plans de recrutement et de rétention élaborés pour répondre aux défis particuliers, incluant le sentiment d'isolement auquel font face les intervenants travaillant auprès de populations présentant un niveau de dangerosité élevé ou des défis cliniques particuliers (troubles de la personnalité sévères). Des parcours de carrière devront permettre aux membres du personnel d'intégrer ou de quitter les services à différents moments de leur trajectoire professionnelle. Ces plans intégreront aussi les enjeux d'équité raciale, tant en raison de l'engagement gouvernemental envers l'égalité des chances que de la nécessité de constituer des équipes culturellement diversifiées pour garantir des services équitables, non discriminatoires et sensibles à la diversité (Department of Health and Social care, 2000).
Taux de prestation : Activités à 5 paliers d'intervention ; NA ; au moins 25 heures d'activités par semaine ;	Unité de réadaptation, hommes : 15 lits ; oui : 14 ; non : 1. Unité de réadaptation à rythme lent, hommes : 9 lits ; oui : 5 ; non : 4. Foyer pour hommes : 10 lits ; oui : 10 ; non : 0 (Rani & Mulholland, 2014).	Unité de réadaptation, hommes : 16 lits ; oui : 15 ; non : 1 (Rani & Mulholland, 2014).	Unité d'admission aiguë, hommes : 12 lits ; oui : 1 ; non : 11. Unité d'admission aiguë, femmes : 10 lits ; oui : 8 ; non : 1. Unité de soins continus, hommes : 16 lits ; oui : 2 ; non : 4. Unité de comportement adaptatif sélectif, hommes : 6 lits ; oui : 2 ; non : 4 (Rani & Mulholland, 2014).

Services, attentes et perceptions		Hommes condamnés pour des infractions sexuelles présentant également un trouble de la personnalité et ayant accès à du matériel sexuellement explicite. Cet accès a contribué à un discours ouvertement masculin, a défini l'unité comme un espace masculin, et a favorisé une inégalité de genre tout en diminuant la qualité des soins infirmiers. Le cadre conceptuel pour comprendre cet impact repose sur 1) l'isolement et l'insularité systémiques (l'exclusion des infirmières des activités centrales du service, un « rétablissement » symbolique) ; et 2) le travail genré au sein d'une culture masculine (les idées sexistes ont fourni un territoire discursif commun permettant aux hommes — membres du personnel et patients — de communiquer « entre hommes » et d'exclure les femmes des activités essentielles du service). Ce contexte a engendré un discours antithérapeutique dans un environnement destiné au traitement (Mercer, 2013).
---	--	--

Loisirs	Nb = 44, hommes âgés de 18 à 48 ans. Seulement 7 ont déjà été employés; 25 % possèdent une qualification professionnelle. Activité communautaire structurée: Down to Earth Le programme Down to Earth impliquait deux ou trois membres du personnel de l'organisation, accompagnés de trois ergothérapeutes maximum. Le cadre structuré et les compétences spécialisées répondaient aux besoins spécifiques de chaque projet et à l'accompagnement individuel, en tenant compte des besoins ou des risques particuliers. Chaque projet était « fermé », c'est-à-dire que les participants ne pouvaient pas s'y engager en cours de route. Types de projets réalisés : • Travail du bois et compétences en plein air • Construction de murs en pierres sèches • Construction d'un centre de formation Les différentes activités comprenaient : Travail avec les animaux, cuisine, bushcraft (techniques de survie en nature), menuiserie verte (fabrication d'outils, de tabourets, de bâtons), entretien des espaces extérieurs, jardinage, construction et activités d'aventure. Chaque participant prenait part à cette activité une journée par semaine. • Évaluation et suivi : Outils et critères utilisés : Assiduité ; • Obtention de certificats ; • Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST). • Résultats : Assiduité (taux de participation) en places disponibles et présences totales, % : • Travail du bois et compétences en plein air : 100/93 • Murs en pierres sèches : 28/93 • Projet communautaire 1 : 70/87 • Projet communautaire 2 : 63/78 • Centre de formation : N/A • Certificats obtenus (Open College Network - OCN) • Travail du bois et compétences en plein air : 16 • Murs en pierres sèches : 5 • Projet communautaire 1 : 10 • Projet communautaire 2 : 7 Les notes de cas et rapports du personnel indiquent que les participants ont souvent développé un sentiment de fierté et d'accomplissement à travers leur participation — particulièrement ceux qui découvraient de nouvelles activités. Les rapports hebdomadaires et entrées cliniques montrent une augmentation progressive de la motivation au fil des projets. Des changements positifs ont été notés dans le MOHOST, suggérant une amélioration du fonctionnement occupationnel et de la motivation intrinsèque des participants (Roberts & Maggs, 2015).	Échantillon : 78 ergothérapeutes travaillant auprès de 489 patients. Profil des patients : 92,6 % d'hommes, âge moyen : 38,7 ans (ÉT = 11,01) ; 62,3 % présentent un diagnostic de schizophrénie. Durée moyenne d'intervention en ergothérapie : 2 ans. Outil d'évaluation : Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST). Principaux résultats Des améliorations significatives ont été observées dans les domaines suivants : Motivation pour l'occupation ; Organisation/ schéma d'occupation ; Compétences en communication et interaction ; Compétences en processus ; Environnement. Aucune amélioration significative n'a été notée pour les compétences motrices. Comparaisons contextuelles. Les progrès ont été plus importants en milieu à faible sécurité qu'en milieu à sécurité moyenne. Tous les effets sont indépendants de l'âge, mais certains varient selon le sexe (Chia-Wei & Taylor, 2016).	
---------	---	---	--

	Activité communautaire structurée : Kick Start (programme combinant activités sportives et physiques, visant à favoriser l'accès des patients aux services de loisirs existants et à développer des compétences en encadrement, bénévolat et leadership). Les séances bihebdomadaires étaient animées par le personnel responsable du projet, avec le soutien d'ergothérapeutes et du personnel infirmier, qui apportaient un accompagnement individualisé selon les besoins des participants. Évaluation. Critère : assiduité (participation aux séances). Résultats observés : La fréquence de participation a augmenté progressivement au fil du temps, passant de moins de 10 présences par mois à environ 25. (Aucune autre donnée quantitative ou outil d'évaluation spécifique n'a été rapporté) (Roberts & Maggs, 2015).		
	Modules de ressources de loisirs. Durée : 6 ans; Aperçu des ressources évaluées. Utilisation de l'annuaire téléphonique : non significative (ns) ; Utilisation des journaux : différence moyenne (MD) = -26,9 (IC 95 % : -37,6 ; -16,3) ; Utilisation de la bibliothèque : MD = -22,4 (IC 95 % : -28,9 ; -15,9). Résumé général : Une amélioration globale significative des compétences en utilisation des ressources de loisirs est observée (MD total = -30,7, IC 95 % : -36,3 ; -25,2), avec des effets particulièrement marqués pour l'utilisation des journaux et de la bibliothèque, mais aucun effet notable pour l'usage de l'annuaire téléphonique (Ardovino et al., 2010).		
Cible/niveau de sécurité	Faible	Moyen	Élevé
Tous		Approche : Parcours de soins. Mise en œuvre : Soins globaux pour les TSA. Revue : Le manque de données probantes sur les interventions thérapeutiques et la gestion des risques (thérapie cognitive, programmes comportementaux, psychoéducation, pharmacologie, ergothérapie, traitement sensoriel) pour les personnes autistes représente un défi pour les cliniciens. L'hétérogénéité plaide fortement en faveur d'une approche individualisée de la formulation des cas pour le traitement et la gestion des risques (Barkham & Lovelock, 2013).	Approche : Rétablissement ; Royaume-Uni. Mise en œuvre : Tous les résultats rapportés ; Population hospitalière globale. Les symptômes de psychose se sont améliorés, avec des réductions statistiquement significatives observées dans les délires, la dépression et l'apathie rapportés. La tristesse rapportée, au départ, lors du premier entretien et lors de l'entretien de suivi après 20 ans, était négativement corrélée avec les scores du questionnaire sur le processus de rétablissement, lors du suivi après 20 ans. Les données qualitatives ont montré des progrès et un développement personnel. Il y avait peu de preuves d'un rétablissement social ou fonctionnel durable. Le taux global de condamnation après le début de l'étude était de 22,7 %, avec 7,9 % de récidive violente. La cohorte présentait une faible morbidité et mortalité, 36,9 % des membres de la cohorte étant décédés, principalement de causes naturelles (91 %) (Thomson & Rees, 2023).

Engagement dans les soins	Approche : Jeux sérieux, mis en œuvre chez des hommes. Les participants ont évalué leur expérience du jeu de manière positive, déclarant qu'ils avaient trouvé cela amusant et agréable, et qu'ils avaient également pu réfléchir aux aspects et aux objectifs plus sérieux du jeu. Les utilisateurs du service ont exprimé leur satisfaction quant au processus et à l'impact qu'ils ont eu sur la conception et la rénovation du service (Fitzgerald et al., 2011).	Approche : Groupes de discussion. Mise en œuvre : Évaluation positive par les patients et le personnel. Si les groupes de discussion sont étendus à d'autres services de l'unité de sécurité moyenne, les séances d'information devraient se poursuivre dans le cadre des groupes, car elles ont été appréciées par les patients et ont fourni des informations utiles sur la transition, les droits de l'homme et les médicaments (Tolland & Laithwaite, 2018).	
	Approche : Programme de groupe de réinstallation. Mise en œuvre : Un ergothérapeute a travaillé avec des collègues infirmiers et des psychologues pour concevoir un programme de groupe de réinstallation qui vise à promouvoir l'inclusion sociale. Il était prévu que chaque session comprenne la transmission d'informations, les jeux de rôle, le partage d'expériences et d'angoisses, la visite de conférenciers ou de communautés, des tâches pratiques et la résolution en groupe de problèmes révélés par l'enquête (Wakefield & Holliday, 2005).		
Pyromanie			Approche : Thérapie analytique cognitive et approche TCC, individuelle et en groupe. Mise en œuvre : Pour les femmes. Taux de participation et d'achèvement élevés. Amélioration des capacités personnelles et des problèmes émotionnels, peu de changement dans la résolution des problèmes, augmentation de l'intérêt pour le feu chez certaines personnes et diminution chez d'autres (Annesley et al., 2017).
Comportement délictueux	Approche : Interventions non pharmaceutiques pour les hommes. Revue : Les interventions pour les délinquants sexuels, les délinquants violents, les toxicomanes et les pyromanes sont décrites. Efficacité discutée (Nagi & Davies, 2010).		
Santé physique	Approche : Audit. Mise en œuvre : Adultes atteints de TSA. Les normes nationales relatives aux troubles du spectre autistique chez les adultes doivent être correctement appliquées (Martelize Kelbrick et al., 2015).	Approche : Gestion multidisciplinaire du poids. Mise en œuvre : Des taux de rétention acceptables ; les participants se sont bien engagés dans l'intervention. L'aveugle a été maintenu et aucune préoccupation en matière de sécurité n'a été soulevée. Le taux d'achèvement de l'évaluation était élevé, ce qui suggère une certaine forme d'acceptabilité. État d'un niveau de satisfaction élevé (Carney et al., 2024).	

	Approche : Audit. Des plans de santé physique ont été élaborés. Une brève session d'éducation physique a été dispensée au personnel de santé. Une amélioration modeste, mais statistiquement significative des scores de connaissances du personnel et de son attitude à l'égard de l'implication dans les soins de santé physique a été observée. Les commentaires qualitatifs ont indiqué une adoption limitée des plans de soins et un besoin perçu de soutien supplémentaire pour une meilleure adoption de cette initiative (Haddad et al., 2016).		
Rétablissement			Approche : Formation à la compassion. Mise en œuvre : Rétablissement après une psychose (améliorer la dépression, développer la compassion envers soi-même et encourager la recherche d'aide). Des améliorations significatives ont été constatées sur l'échelle de la comparaison sociale, de la dépression, de l'autodépréciation, de l'estime de soi, sur l'échelle de psychopathologie générale et sur l'échelle des syndromes positifs et négatifs (Laithwaite et al., 2009).
			Approche : Soutien par les pairs. Mise en œuvre : L'introduction de ce programme particulier dans les équipes de services de santé mentale s'est heurtée à des difficultés. Parmi celles-ci figuraient la définition de limites appropriées et la dilution du rôle en raison de déséquilibres de pouvoir, tant entre le bénévole de soutien par les pairs et le bénéficiaire du service qu'entre l'équipe clinique qui supervise l'ensemble du programme de soutien par les pairs (Wolfendale & Musaabi, 2017).
Compétences sociales	Approche : Observation structurée et retour d'information (outil d'évaluation des interactions sociales) ; l'outil d'évaluation des interactions sociales a permis d'identifier les compétences sociales spécifiques qui favorisaient les interactions sociales et celles qui limitaient leur qualité. Cela a permis aux hommes de mieux comprendre pourquoi ils avaient des problèmes d'interaction sociale, ce qui a renforcé leur motivation à s'engager dans la planification de leur propre traitement et a entraîné un renforcement positif pendant l'intervention (Williams & Chard, 2016).	Approche : Programme de développement des compétences cognitives conçu pour les hommes atteints d'une déficience intellectuelle. Seule la moitié des personnes assignées a suivi le programme dans son intégralité. Dans les analyses post hoc, les participants ayant terminé le programme ont montré des améliorations dans la résolution de problèmes sociaux à la fin du traitement et des changements dans leurs attitudes criminelles 12 mois après le traitement (Cullen et al., 2012a).	Approche : Thérapie analytique cognitive. Mise en œuvre : Les participants ont été très satisfaits de l'approche. Le taux de participation aux séances était élevé. Une réduction fiable de comportements intrusifs/possessifs et de peur de la séparation/abandon a été observée. Selon l'évaluation des résultats par le personnel, les participants étaient statistiquement significativement plus amicaux que ceux ayant suivi le traitement seul. Il n'y a eu aucune différence entre les groupes en termes de résultats de résidence lors du suivi à 2 ans (Kellett & Dickinson, 2019).

		Approche : TCC. Mise en œuvre : Pour les femmes. Les participantes ayant terminé le programme ont présenté des changements significatifs avant et après pour toutes les mesures (c.-à-d. problèmes interpersonnels, efficacité personnelle, compagnie, relations et comportements à risque), contrairement à celles qui n'ont pas terminé le programme. Les participantes ayant terminé le programme étaient plus jeunes et avaient plus souvent suivi une psychothérapie dans le passé (Long et al., 2013).	Approche : Apprentissage social. Cibles : Compétences en matière de résolution de problèmes, compétences sociales et gestion de la maladie. La proportion de patients ayant reçu le traitement, parmi ceux ayant obtenu leur sortie, différait significativement de celle des patients ne l'ayant pas reçu. Le taux de réadmission en sécurité maximale était également significativement plus faible. La violence dans un établissement moins restrictif était la raison la plus courante de réadmission, qui survenait généralement plus d'un an après la sortie (Menditto et al., 2022).
		Approche : TCC mise en œuvre pour les femmes présentant un double diagnostic (trouble mental grave + trouble de la personnalité). Changement significatif chez les participants ayant terminé le programme sur l'échelle totale de résolution de problèmes sociaux et diminution des sous-échelles « orientation négative vers les problèmes », « impulsivité/négligence » et « style d'évitement » ; amélioration de la dépression, de l'auto-efficacité, de l'adhésion au traitement prescrit et des problèmes relationnels. Aucun patient n'a vu son état s'aggraver (Long et al., 2011b).	
Abus de substances		Approche : TCC mise en œuvre. Les patients ayant suivi le programme de traitement jusqu'à terme ont passé en moyenne plus de temps dans la communauté après leur sortie que ceux qui n'avaient pas suivi le programme de traitement jusqu'à terme (Derry & Batson, 2008).	Approche : Lignes directrices, mises en œuvre. La plupart des participants ont déclaré apprécier la mise en œuvre de lignes directrices axées sur les troubles liés à l'usage de substances, mais ils ont également souligné la nécessité de disposer de conseils plus pratiques pour l'administration des évaluations. Les participants ont décrit un déséquilibre avant la mise en œuvre : le trouble étant rarement évalué, mais le traitement étant tout de même instauré. Un an après la mise en œuvre, un déséquilibre persistait, mais à l'inverse, les troubles étaient évalués plus fréquemment, et le traitement était difficile à instaurer (Green et al., 2023).

	Approche : TCC mise en œuvre pour les personnes ayant une déficience intellectuelle. Au bout de trois ans, la plupart des participants vivaient dans la communauté, et près des trois quarts étaient abstinents. Il n'y a pas eu de différence significative entre les taux d'abstinence dans la communauté et à l'hôpital. Les participants, hommes et femmes, semblaient avoir bénéficié du traitement et leur satisfaction était élevée (Miles, 2015).	
	Approche : intervention familiale pour les personnes présentant un double diagnostic : trouble mental grave + abus de substances. Revue. Le traitement du double diagnostic repose largement sur les thérapies cognitivo-comportementales. La rechute, qu'elle soit psychotique ou liée à la consommation de substances, augmente le risque et les taux de réadmission en milieu de sécurité moyenne. Les preuves directes semblaient limitées, mais l'examen indique la possibilité de résultats positifs pour les familles à la suite de l'intervention (Richards & Cook, 2009).	
	Approche : enquête, état actuel des pratiques. La majorité des répondants proposent diverses interventions pour lutter contre l'abus de substances et disposent de ressources internes, conformément aux directives nationales actuelles. Cependant, les données suggèrent que de nombreux membres du personnel ne reçoivent pas une formation adéquate et que certains établissements ne semblent pas disposer d'une stratégie cohérente conforme aux meilleures pratiques (Owen et al., 2008).	

Symptômes	Approche : TCD pour les femmes. Cible : symptômes et fonctionnement. Mise en œuvre. Améliorations statistiquement significatives des scores de santé mentale, de bien-être, de problèmes de fonctionnement et de risques, et des scores de perturbation grave, de bien-être émotionnel, de statut socio-économique, de risques et de besoins ont été observées. Une réduction significative des comportements à risque et des pratiques restrictives a également été observée (Webb & Wallang, 2023).		Approche : Pharmaceutique. Mise en œuvre : Aucun effet indésirable grave n'a été signalé. Au total, près de la moitié des patients ont répondu au traitement, soit en le poursuivant à long terme, soit en étant libérés dans des conditions de sécurité moins strictes, tout en continuant à le recevoir (Gibbon & Maden, 2011).
			Approche : Pharmaceutique, mise en œuvre pour les hommes présentant une comorbidité schizophrénie et trouble dissociatif de l'identité. Tous les participants ont montré une amélioration de l'état global avec des bénéfices quant aux symptômes et à la personnalité. Une partie a montré une réduction du risque de violence, l'engagement envers l'ergothérapie et le travail psychologique. Aucun effet significatif sur les paramètres métaboliques n'a été noté. Une hyperprolactinémie asymptomatique ont été systématiquement enregistrée (Mortlock et al., 2017).
Modèles inefficaces	Approche : TCD, programme « I can feel good », mis en œuvre pour les hommes atteints d'une déficience intellectuelle. Le module sur les compétences relationnelles a démontré une signification statistique, contrairement au module portant sur la gestion des crises et des émotions de pleine conscience (Ashworth et al., 2021).	Approche : TCD, programme « I can feel good », mis en œuvre pour les personnes atteintes d'une déficience intellectuelle. Une amélioration statistiquement significative a été observée dans trois modules (gestion des émotions, gestion des crises et compétences relationnelles) et dans deux modules pour l'échantillon féminin (gestion des émotions et compétences relationnelles) (Ashworth & Brotherton, 2018).	Approche : Thérapie analytique cognitive, individuelle. Cible : Schémas de pensée, sentiments et comportements inutiles. Plusieurs éléments ont été soulignés, notamment le manque de compréhension et les opinions négatives sur la thérapie en général parmi les membres du personnel ; l'importance d'établir des objectifs thérapeutiques réalistes ; le dilemme entourant le partage et le classement des outils de thérapie ; les difficultés avec l'organisation, les équipes et les individus ; la culture organisationnelle encourageant le personnel à être excessivement sévère et contrôlant, ainsi que le comportement inapproprié des observateurs de la thérapie (Annesley & Sheldon, 2012).
		Approche : Changements systémiques; conçue pour les femmes présentant un double diagnostic (trouble mental grave + trouble de la personnalité). Un programme de thérapie de groupe, des initiatives de formation du personnel, des méthodes visant à garantir l'intégrité du traitement et une méthodologie d'évaluation des services ont montré des résultats positifs (Long et al., 2008).	Approche : TCD. Cible : dérèglement comportemental ou émotionnel. Une diminution significative des taux d'agressions des patients et une réduction de l'utilisation des médicaments « Pro re nata » pour l'anxiété ou l'agitation ont été observées. Les symptômes autodéclarés de dépression, de dérèglement émotionnel et comportemental, et de rigidité psychologique ont considérablement diminué, avec une diminution significative de l'utilisation de stratégies d'adaptation dysfonctionnelles et une augmentation significative des connaissances relatives à la régulation des émotions et à l'efficacité interpersonnelle (Marshall et al., 2024).

	Approche : TCC ; « Dealing with Feelings », mise au point pour les femmes présentant un double diagnostic (trouble mental grave + trouble de la personnalité). Des changements significatifs ont été constatés dans les mesures de la réponse d'adaptation (réévaluation positive, résolution de problèmes et récompenses alternatives), dans les mesures de l'anxiété et de la suicidalité, et dans la capacité autodéclarée à s'engager dans des activités visant à réduire l'humeur négative et à reconnaître les changements d'humeur. Les comportements auto-destructeurs et agressifs ont également diminué (Long et al., 2011a).	Approche : TCC mise au point pour les troubles de la personnalité. Cibles : capacités d'adaptation et compétences sociales inadaptées, conscience sociale, comportements égoïstes et oppositionnels, et troubles psychologiques. Une amélioration significative des symptômes psychopathologiques, des traits de personnalité et des capacités d'adaptation a été notée. Une diminution significative des comportements oppositionnels a été signalée par le personnel. Seule une minorité de participants a montré des changements fiables au fil du temps au niveau individuel (Timmerman & Emmelkamp, 2005).
	Approche : Thérapie familiale comportementale. Cibles : Soutien, capacités d'adaptation, compréhension de la maladie mentale et des attentes. Amélioration de la communication, du soutien, des capacités d'adaptation, de la compréhension de la maladie mentale et des attentes (Pow, 2015).	
	Approche : Thérapie analytique cognitive. Cibles : comportements problématiques chez les personnes ayant une déficience intellectuelle et un trouble de la personnalité. Il s'agit d'une intervention qui se concentre sur des domaines spécifiques de difficulté et, dans le cadre d'une alliance thérapeutique collaborative, les schémas relationnels problématiques antérieurs ne sont pas reproduits et les rôles réciproques sont la construction qui aide explicitement à cette tâche (Withers, 2008).	

Violence	Approche : Lignes directrices. L'accent est mis sur trois interventions clés : la désescalade, les interventions pharmacologiques, la tranquillisation prérapide et la tranquillisation rapide (intramusculaire et intraveineuse) (Patel et al., 2018).	Approche : Programme de développement des compétences cognitives, pour les hommes atteints d'une déficience intellectuelle. Les incidents de violence, d'agressivité verbale et de violation des permissions de sortie pendant le traitement étaient significativement plus faibles chez les personnes ayant terminé le programme, et la fin du programme a eu des effets significatifs sur l'agressivité verbale et la consommation de substances 12 mois après le traitement (Cullen et al., 2012b).	Approche : Plans de gestion des risques. Mis en œuvre. Les patients et le personnel pouvaient élaborer des plans collaboratifs de gestion des risques de violence (Berlin et al., 2025).
		Approche : Réglementation et formation. Cible : Taux d'isolement. Objet de l'intervention : Personnel. Le nombre total d'isolements a été significativement réduit ; le temps total passé en isolement a également diminué (Long et Fal., 2015).	Approche : Thérapie schématique conçue pour les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité. Améliorations modérées à importantes dans l'obtention de permissions de sorties surveillées et non surveillées, et amélioration des échelles de troubles de la personnalité. De plus, des améliorations ont été observées sur l'échelle de tempérament, des forces, des vulnérabilités, des schémas et des modes de schémas sains. Aucun effet sur le risque et les incidents. Le taux de rétention était élevé (Bernstein et al., 2023).
			Approche : Réalité virtuelle. Développement : La formation comprenait trois parties : la prise de conscience et la reconnaissance des émotions représentées dans l'environnement de réalité virtuelle, les techniques pour se calmer et, enfin, la mise en scène de scénarios et de jeux de rôle à l'intérieur et à l'extérieur du milieu virtuel (Sivermo et al., 2025).
			Approche : TCC. Mis en œuvre : Les patients ayant terminé avec succès le programme ont rapporté une réduction durable de leurs sentiments de colère et des changements positifs dans leur recours à l'agressivité en réaction à une provocation. Une certaine réduction des incidents d'agressivité physique a été observée en comparant les participants ayant terminé le programme avec ceux qui ne l'avaient pas terminé. Une augmentation des incidents d'agressivité verbale a été observée chez ceux ayant terminé le programme. Une tendance à l'amélioration a également été observée lorsque les hommes traités ont été comparés aux hommes sur la liste d'attente (Wilson et al., 2013).

RÉFÉRENCES

- Allen, E. (2023). *See think Act: your guide to relational security*. Third edition: Royal College of Psychiatrists.
- Annesley, P., L. Davison, C. Colley, L. Gilley, & Thomson, L. (2017). Developing and evaluating interventions for women firesetters in high secure mental healthcare. *Journal of Forensic Practice*, 1(19), 59-76. <https://doi.org/10.1108/JFP-12-2015-0054>
- Annesley, P., & Sheldon, K. (2012). Cognitive analytic therapy (CAT) within the perimeter fence: an exploration of issues clinicians encounter in using CAT within a high secure hospital. *British Journal of Forensic Practice*, 2(14), 124-137. <https://doi.org/10.1108/14636641211223684>
- Ardivino, P. S., Fahey, J., Sprecher, S., & Froh, K. (2010). An evaluation of a leisure education intervention for adult male residents in a state minimum-security forensic unit: leisure resources modules. *American Journal of Recreation Therapy*, 4(9), 31-37. <https://doi.org/10.5055/ajrt.2010.0029>
- Ashworth, S., & Brotherton, N. (2018). "We can feel good": evaluation of an adapted DBT informed skills programme in medium security. *Advances in Mental Health & Intellectual Disabilities*, 12(5-6), 184-194. <https://doi.org/10.1108/AMHID-06-2018-0031>
- Ashworth, S., C. Robinson, D. Harrison, & Brotherton, N. (2021). We can still feel good: evaluation of the I can feel good programme second edition in a low secure unit. *Advances in Mental Health & Intellectual Disabilities*, 15(23), 33-45. <https://doi.org/10.1108/AMHID-08-2020-0019>
- Ashworth, S., P. Mooney, & Tully, R. (2016). Adapted DBT programme for individuals with intellectual disabilities and problems managing emotions: staff awareness training. *Advances in Mental Health & Intellectual Disabilities*, 10(3), 185-198. <https://doi.org/10.1108/AMHID-12-2015-0053>
- Barkham, E., S. Gunasekaran, & Lovelock, C. (2013). Medium secure care: forensic aspects of autism and Asperger's syndrome. *Journal of Intellectual Disabilities & Offending Behaviour*, 4(1-2), 9-16. <https://doi.org/10.1108/JIDOB-02-2013-0005>
- Berlin, J., Hildebrand Karlen, M., Nilsson, T., & Wallinius, M. (2025). An Inductive Content Analysis of Collaborative Violence Risk Management Plans in a High-Security Forensic Psychiatric Hospital. *Issues Ment Health Nurs*, 46(6), 566-578. <https://doi.org/10.1080/01612840.2025.2483248>
- Bernstein, D. P., Keulen-de Vos, M., Clercx, M., de Vogel, V., Kersten, G. C. M., Lancel, M., Jonkers, P. P., Bogaerts, S., Slaats, M., Broers, N. J., Deenen, T. A. M. & Arntz, A. (2023). Schema therapy for violent PD offenders: a randomized clinical trial. *Psychol Med*, 53(1), 88-102. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001161>
- Carney, R., Law, H., El-Metaal, H., Hann, M., Shields, G., Savage, S., Small, I., Jones, R., Shiers, D., Macafee, G. & Parker, S. (2024). A multidisciplinary weight management intervention for adults with severe mental illness in forensic psychiatric inpatient services (Motiv8): a single blind cluster-randomised wait-list controlled feasibility trial. *Front Psychiatry*, 15, Article 1457864. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1457864>
- Carter, R. (2015). Delivering cognitive behaviour therapy in a secure setting. *Mental Health Practice*, 19(3), 23-26. 10.7748/mhp.19.3.23.s17
- Chaudhry, K., & Pereira, S. M. (2009). A comparison of NHS and private low secure units: unit and patient characteristics. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 5(1), 15-23. <https://doi.org/10.1017/S1742646408001325>
- Chia-Wei, F., M. Morley, M. Garnham, D. Heaseman, & Taylor, R. (2016). Examining changes in occupational participation in forensic patients using the Model of Human Occupation Screening Tool. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(12), 727-733. <https://doi.org/10.1177/030802261665164>
- Crichton, J. H. M. (2009). Defining high, medium, and low security in forensic mental healthcare: the development of the Matrix of Security in Scotland. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(3), 333-353. <https://doi.org/10.1080/14789940802542808>
- Cullen, A. E., Clarke, A. Y., Kuipers, E., Hodgins, S., Dean, K., & Fahy, T. (2012a). A multi-site randomized controlled trial of a cognitive skills programme for male mentally disordered offenders: social-cognitive outcomes. *Psychological Medicine*, 42(3), 557-569. doi:10.1017/S0033291711001553
- Cullen, A. E., Clarke, A. Y., Kuipers, E., Hodgins, S., Dean, K., & Fahy, T. (2012b). A multisite randomized trial of a cognitive skills program for male mentally disordered offenders: violence and antisocial behavior outcomes. *J Consult Clin Psychol*, 80(6), 1114-1120. <https://doi.org/10.1037/a0030291>
- Department of Health. (1999). *A national service framework for mental health*. London: Department of Health. <https://www.gov.uk/government/publications/quality-standards-for-mental-health-services>

- Department of Health and Social Care. (2000). Reforming the Mental Health Act - Part II - High risk patients. <https://www.gov.uk/government/publications/reforming-the-mental-health-act-part-ii-high-risk-patients>
- Department of Health and Social Care. (2010). High secure building design guide: Overarching principles for Ashworth, Broadmoor, Rampton Hospitals. <https://www.gov.uk/government/publications/high-secure-building-design-guide-overarching-principles-for-ashworth-broadmoor-rampton-hospitals>
- Department of Health and Social Care. (2011). Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services. National Health Services. <https://www.gov.uk/government/publications/environmental-design-guide-adult-medium-secure-services>
- Derry, A., & Batson, A. (2008). Getting out and staying out: does substance use treatment have an effect on outcome of mentally disordered offenders after discharge from medium secure service? *British Journal of Forensic Practice*, 10(2), 13-17. <https://doi.org/10.1108/14636646200800009>
- England, N. H. S. (2018a). Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) - Low secure. <https://www.england.nhs.uk/publication/child-and-adolescent-mental-health-services-camhs-low-secure/>
- England, N. H. S. (2018b). Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) - Medium secure. <https://www.england.nhs.uk/publication/child-and-adolescent-mental-health-services-camhs-medium-secure/>
- England, N. H. S. (2020). Transitions from adolescent secure to adult secure inpatient services: Practice guidance for all secure services. <https://www.england.nhs.uk/publication/transitions-from-adolescent-secure-to-adult-secure-inpatient-services-practice-guidance-for-all-secure-services/>
- England, N. H. S. (2021a). Service specification: High secure mental health services (Adult). <https://www.england.nhs.uk/publication/service-specification-high-secure-mental-health-services-adult/>
- England, N. H. S. (2021b). Service specification: low secure mental health services (Adult). <https://www.england.nhs.uk/publication/service-specification-low-secure-mental-health-services-adult/>
- England, N. H. S. (2021c). Service specification: medium secure mental health services (Adult). <https://www.england.nhs.uk/publication/service-specification-medium-secure-mental-health-services-adult/>
- England, N. H. S. (2024). Service specification: specialist children's and young people's mental health medium secure in-patient service (MSUs). <https://www.england.nhs.uk/publication/specialist-childrens-and-young-peoples-mental-health-medium-secure-in-patient-service-msus/>
- Fitzgerald, M. M., Kirk, G. D., & Bristow, C. A. (2011). Description and evaluation of a serious game intervention to engage low secure service users with serious mental illness in the design and refurbishment of their environment. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 18(4), 316-322. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01668.x>
- Georgiou, M., Oultram, M., & Haque, Q. (2019). Standards for Forensic Mental Health Services: Low and Medium Secure Care - Third Edition. Royal College of Psychiatrists.
- Gibbon, S., E. Silva, R. Kaler, I. Qurashi, M. Das, J. Patrick, M. Gahir, D. Gray, L. Ramachandran, & Maden, A. (2011). Risperidone Long-acting Injection (RLAI) - real world outcomes from the United Kingdom high-secure hospitals. *British Journal of Forensic Practice*, 13(4), 264-269. <https://doi.org/10.1108/1463664111190024G>
- ill, P., McKenna, P., O'Neill, H., Thompson, J., & Timmons, D. (2010). Pillars and pathways: foundations of recovery in Irish forensic mental health care. *The British Journal of Forensic Practice*, 12(3), 29-36. <https://doi.org/10.5042/bjfp.2010.0423>
- Green, J., Bagge, A. S. L., Olausson, S., Andine, P., Wallinius, M., & Karlen, M. H. (2023). Implementing clinical guidelines for co-occurring substance use and major mental disorders in Swedish forensic psychiatry: An exploratory, qualitative interview study with mental health care staff. *J Subst Abuse Treat*, 144, Article 108899. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2022.108899>
- Griffiths, J.L., Saunders, K.R.K., Foye, U., Greenburgh, A., Regan, C., Cooper, R.E., Powell, R., Thomas, E., Brennan, G., Rojas-García, A., Lloyd-Evans, B., Johnson, S. & Simpson, A. (2024). The use and impact of surveillance-based technology initiatives in inpatient and acute mental health settings: a systematic review. *BMC Medicine*, 22, Article 564. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03673-9>
- Haddad, M., Llewellyn-Jones, S., Yarnold, S., & Simpson, A. (2016). Improving the physical health of people with severe mental illness in a low secure forensic unit: An uncontrolled evaluation study of staff training and physical health care plans. *Int J Ment Health Nurs*, 25(6), 554-565. <https://doi.org/10.1111/inm.12246>
- Hall, J. (2012). A review of the factors that influence high, medium and low secure care pathways. *International Journal of Care Pathways*, 16(3), 83-89. <https://doi.org/10.1258/jicp.2012.012005>
- He, W., Denman, L., Luder, M., & Stedman, T. (2024). Response to workplace aggression in forensic and secure mental health services: Investigating staff confidence, associated factors, and training needs. *Australasian Psychiatry*, 32(6), 549-557. <https://doi.org/10.1177/1039856224128287>
- Hearn, D. (2013). Tracking patients on leave from a secure setting. *Mental Health Practice*, 16(6), 17-21. 10.7748/mhp2013.03.16.6.17.e813
- Heywood, D., & Vandenabeele, P. (2012). Setting up a police liaison service in a medium secure hospital. *Mental Health Practice*, 16(2), 24-26. 10.7748/mhp2012.10.16.2.24.c9342

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2021). Typologie des produits de connaissances de l'INESSS. Québec (Québec): INESSS.

Isaak, V., Vashdi, D., & Steiner-Lavi, O. (2018). The long-term effects of a prevention program on the number of critical incidents and sick leave days. *Int J Ment Health Syst*, 12(71). <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0250-y>

Jin, H-Y., Gold, C., Cho, J., Marzban, F. & Lim, L. The Role of Healthcare Facility Design on the Mental Health of Healthcare Professionals: A Literature Review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 16(1), 270-286. <https://dx.doi.org/10.1177/19375867221118685>

Jobbins, C., Abbott, B., Brammer, L., Doyle, M. A., McCann, G., & McLean, R. (2007). Best Practice Guidance: Specification for adult medium-secure services. United Kingdom: Department of Health.

Kasmi, Y., & Brennan, D. (2015). Developing a patient leave request form for a secure setting. *Mental Health Practice*, 5(18), 30-35. 10.7748/mhp.18.5.30.e907

Kellett, S., J. Hall, & Dickinson, S. C. (2019). Group cognitive analytic music therapy: a quasi-experimental feasibility study conducted in a high secure hospital. *Nordic Journal of Music Therapy*, 28(3), 224-255. <https://doi.org/10.1080/08098131.2018.1529697>

Kennedy, H. G. (2002). Therapeutic uses of security: mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(6), 433-443. doi:10.1192/apt.8.6.433

Kennedy, H. G. (2022). Models of care in forensic psychiatry. *BJPsych Advances*, 28(1), 46-59. <https://doi.org/10.1192/bja.2021.34>

Laithwaite, H., O'Hanlon, M., Collins, P., Doyle, P., Abraham, L., Porter, S., & Gumley, A. (2009). Recovery After Psychosis (RAP): a compassion focused programme for individuals residing in high security settings. *Behav Cogn Psychother*, 37(5), 511-526. doi:10.1017/S1352465809990233

Liddiard, K., & John-Evans, H. (2017). Assessing organisational core values in a medium secure forensic unit. *Mental Health Practice*, 20(6), 33-38. 10.7748/mhp.2017.e1158

Long, C. G., B. Fulton, & Dolley, O. (2013). Group treatment for interpersonal effectiveness: a study of women in a medium secure psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 9(1), 27-32. doi:10.1017/S1742646412000246

Long, C. G., Fulton, B., Dolley, O., & Hollin, C. R. (2011a). Dealing with Feelings: the effectiveness of cognitive behavioural group treatment for women in secure settings. *Behav Cogn Psychother*, 39(2), 243-247. doi:10.1017/S1352465810000573

Long, C. G., Fulton, B., Dolley, O., & Hollin, C. R. (2011b). Social problem-solving interventions in medium secure settings for women. *Med Sci Law*, 51(4), 215-219. <https://doi.org/10.1258/msl.2011.010105>

Long, C. G., Fulton, B., & Hollin, C. R. (2008). The development of a 'best practice' service for women in a medium-secure psychiatric setting: treatment components and evaluation. *Clin Psychol Psychother*, 15(5), 304-319. <https://doi.org/10.1002/cpp.591>

Long, C. G., Harding, S., Payne, K., & Collins, L. (2014). Nursing and health-care assistant experience of supervision in a medium secure psychiatric service for women: implications for service development. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 21(2), 154-162. <https://doi.org/10.1111/jpm.12066>

Long, C. G., P. Silaule, & Collier, N. (2010). Use of an Extra Care Area in a medium secure setting for women: findings and implications for practice. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 6(1), 39-45. doi:10.1017/S1742646409990161

Long, C. G., R. West, M. Afford, L. Collins, & Dolley, O. (2015). Reducing the use of seclusion in a secure service for women. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 11(2), 84-94. doi:10.1017/S174264641400017X

Marshall, L., Kletzka, N., Kanitz, J., Opperman, K. J., & Rockwell, J. (2024). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) in a Forensic Psychiatric Hospital. *J Am Acad Psychiatry Law*, 52(2), 196-206. <https://doi.org/10.29158/JAAPL.240009-24>

Martelize Kelbrick, M., Radley, J., Shaherbano, S., Cook, L., & Simmons, A. (2015). Autism spectrum disorders: physical health care in a low secure forensic setting. *Mental Health Practice*, 18(9), 31-37. 10.7748/mhp.18.9.31.e963

McLaughlin, P., Brady, P., Carabellese, F., Carabellese, F., Parente, L., Uhrskov Sorensen, L., Jeandarme, I., Habets, P., Simpson, A. I. F., Davoren, M. & Kennedy, H. G. (2023). Excellence in forensic psychiatry services: international survey of qualities and correlates. *BJPsych open*, 9(6), Article e193. doi:10.1192/bjo.2023.578

Menditto, A. A., Pardee, A. L., & Peterson, J. A. (2022). Examination of a social-learning program implemented in a maximum-security state hospital setting. *Psychol Serv*, 19(2), 234-242. <https://doi.org/10.1037/ser0000563>

Mercer, D. (2013). Girly mags and girly jobs: pornography and gendered inequality in forensic practice. *Int J Ment Health Nurs*, 22(1), 15-23. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00837.x>

Miles, H. (2015). "A new horizon?": evaluation of an integrated Substance Use Treatment Programme (SUTP) for mentally disordered offenders. *Advances in Dual Diagnosis*, 8(2), 90-101. <https://doi.org/10.1108/ADD-03-2015-0002>

- Mortlock, A. M., Larkin, F., Ross, C. C., Gupta, N., Sengupta, S., & Das, M. (2017). Effectiveness of paliperidone depot injection in seriously violent men with comorbid schizophrenia and dissociative personality disorder in a UK high-security hospital. *Ther Adv Psychopharmacol*, 7(5), 169-179. <https://doi.org/10.1177/2045125317693513>
- Nagi, C., & Davies, J. (2010). Addressing offending risk in low secure mental health services for men: a descriptive review of available evidence. *British Journal of Forensic Practice*, 12(1), 38-47. <https://doi.org/10.5042/bjfp.2010.0037>
- Nagi, C., Davies, J., Williams, M., Roberts, C., & Lewis, R. (2012). A multidisciplinary approach to team nursing within a low secure service: the team leader role. *Perspect Psychiatr Care*, 48(1), 56-61. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2011.00310.x>
- National Association of Psychiatric Intensive Care and Low Security Units. (2017). Design Guidance for Psychiatric Intensive Care Units. <https://napicu.org.uk/new-design-guidance-for-psychiatric-intensive-care-units-2017/>
- NHS Foundation Trust. (2018). Adult Low Secure Service Specifications. <https://www.england.nhs.uk/publication/service-specification-low-secure-mental-health-services-adult/>
- O'Sullivan, O. P., Chang, N. H., Njovana, D., Baker, P., & Shah, A. (2020). Quality improvement in forensic mental health: the East London forensic violence reduction collaborative. *BMJ Open Qual*, 9, e000803. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000803>
- Oates, J., Topping, A., Ezhova, I., Wadey, E., & Rafferty, A. M. (2021). Factors affecting high secure forensic mental health nursing workforce sustainability: Perspectives from frontline nurses and stakeholders. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 28(6), 1041-1051. <https://doi.org/10.1111/jpm.12740>
- Owen, R., Hughes, P. E., Baker, C., & Chesterman, L. P. (2008). Addressing substance misuse in a medium secure unit. *Drugs & Alcohol Today*, 8(3), 17-21. <https://doi.org/10.1108/17459265200800021>
- Patel, M. X., Sethi, F. N., Barnes, T. R., Dix, R., Dratcu, L., Fox, B., Garriga, M., Haste, J. C., Kahl, K. G., Lingford-Hughes, A., McAllister-Williams, H., O'Brien, A., Parker, C., Paterson, B., Paton, C., Posporelis, S., Taylor, D. M., Vieta, E., Völlm, ..., Woods, L. (2018). Joint BAP NAPICU evidence-based consensus guidelines for the clinical management of acute disturbance: De-escalation and rapid tranquillisation. *J Psychopharmacol*, 32(6), 601-640. <https://doi.org/10.1177/0269881118776738>
- Pow, C. (2015). Introducing a behavioural family therapy approach in a secure setting. *Mental Health Practice*, 19(2), 33-38. [10.7748/mhp.19.2.33.s20](https://doi.org/10.7748/mhp.19.2.33.s20)
- Rani, S., & Mulholland, F. (2014). An appraisal of service users' structured activity requirements in an Irish forensic setting. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 21(5), 383-390. <https://doi.org/10.1111/jpm.12096>
- Richards, M., M. Doyle, & Cook, P. (2009). A literature review of family interventions for dual diagnosis: implications for forensic mental health services. *British Journal of Forensic Practice*, 11(4), 39-49. [10.1108/14636646200900027](https://doi.org/10.1108/14636646200900027)
- Roberts, C., J. Davies, & Maggs, R. G. (2015). Structured community activity for forensic mental health – a feasibility study. *Journal of Forensic Practice*, 17(3), 180-191. <https://doi.org/10.1108/JFP-12-2014-0049>
- Rowell, K. A., Akinbola, A., Hancock, M., Nyambayo, T., Jackson, Z., & Hunt, D. F. (2024). Reducing use of seclusion on a male medium secure forensic ward. *BMJ Open Qual*, 13(1), Article e002576. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002576>
- Sbrook, J., Clark, T., & Cocksedge, K. A. (2015). Addressing substance misuse in medium secure settings in the UK and Ireland – a survey of current practice. *Journal of Forensic Practice*, 17(3), 192-203. <https://doi.org/10.1108/JFP-01-2015-0006>
- Shah, A. (2006). An audit of a specialist old age psychiatry liaison service to a medium and a high secure forensic psychiatry unit. *Med Sci Law*, 46(2), 99-104. <https://doi.org/10.1258/rsmmsl.46.2.99>
- Sivermo, F., Moraga, F. R. G., & Wallinius, M. (2025). A pilot study on treatment content in virtual reality-assisted aggression therapy at a maximum-security forensic psychiatric clinic. *Sci Rep*, 15(1), Article 16983. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-01194-w>
- Tapp, J., Warren, F., Perkins, D., Moore, E., & Fife-Schaw, C. (2014). Essential element of high secure inpatient services – pre publication. <https://www.sciencedirect.com/org/science/article/abs/pii/S2050879416000047>
- Taylor, L., & Jones, S. (2006). Clinical governance in practice: closing the loop with integrated audit systems. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 13(2), 228-233. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.00945.x>
- Thomson, L., & Rees, C. (2023). Long-term outcomes of the recovery approach in a high-security mental health setting: a 20 year follow-up study. *Front Psychiatry*, 14, Article 1111377. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1111377>
- Timmerman, I. G., & Emmelkamp, P. M. (2005). The effects of cognitive-behavioral treatment for forensic inpatients. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 49(5), 590-606. <https://doi.org/10.1177/0306624X05277661>
- Timmons, D. (2010). Forensic psychiatric nursing: a description of the role of the psychiatric nurse in a high secure psychiatric facility in Ireland. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 17(7), 636-646. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01581.x>
- Tolland, H., & Laithwaite, H. (2018). Exploration of "Talking Groups" within a medium secure setting. *Journal of Forensic Practice*, 20(4), 239-248. <https://doi.org/10.1108/JFP-05-2018-0016>
- Tourigny, M., St-Germain, A., Lanoue, A. et Trépanier, J. (2014). Psychiatrie légale : Proposition d'organisation des services hiérarchisés de psychiatrie légale à Montréal. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/Montreal/9782895108177.pdf>

- Tully, J., Larkin, F., & Fahy, T. (2015). New technologies in the management of risk and violence in forensic settings. *CNS Spectrums*, 20(3), 287-294. <https://doi.org/10.1017/s1092852915000279>
- Tully, J., McSweeney, L., Harfield, K. L., Castle, C., & Das, M. (2016). Innovation and pragmatism required to reduce seclusion practices. *CNS Spectrums*, 21(6), 424-429. <https://doi.org/10.1017/s1092852916000481>
- Urheim, R., Palmstierna, T., Rypdal, K., Gjestad, R., Senneseth, M., & Mykletun, A. (2020). Violence rate dropped during a shift to individualized patient-oriented care in a high security forensic psychiatric ward. *BMC psychiatry*, 20(1), Article 200. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02524-0>
- Veteran Affairs. (2021). Design Guide for Inpatient Mental Health & Residential Rehabilitation Treatment Program Facilities. <https://www.wbdg.org/va/design-guides-pg-18-12/inpatient-mental-health-facilities>
- Wakefield, R., N. McGrath, & Holliday, T. (2005). Social inclusion for all? Meeting the needs of low secure service users. *A Life in the Day*, 9(3), 18-24. <https://doi.org/10.1108/13666282200500025>
- Webb, E. L., A. Girardi, E. Fox, & Wallang, P. (2023). An evaluation of value-based outcomes for women admitted to a dialectical behaviour therapy integrated practice unit: a follow-up study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 51(1), 110-115. <https://doi.org/10.1017/S1352465822000595>
- Williams, B., & Chard, G. (2016). Using the Evaluation of Social Interaction (ESI) with men in a low secure forensic unit. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(4), 206-211. <https://doi.org/10.1177/0308022615615890>
- Wilson, C., Gandolfi, S., Dudley, A., Thomas, B., Tapp, J., & Moore, E. (2013). Evaluation of anger management groups in a high-security hospital. *Crim Behav Ment Health*, 23(5), 356-371. <https://doi.org/10.1002/cbm.1873>
- Withers, J. (2008). Cognitive analytic therapy (CAT): a therapy in a medium secure hospital for a mentally disordered offender with a personality disorder. *British Journal of Forensic Practice*, 10(3), 24-32. <https://doi.org/10.1108/14636646200800017>
- Wolfendale, T., & Musaabi, A. (2017). The implementation of a peer support scheme in an assertive rehabilitation ward in high secure forensic services. *Mental Health & Social Inclusion*, 21(4), 222-229. <https://doi.org/10.1108/MHSI-05-2017-0023>