



# L'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel : 50 ans d'histoire et une expertise unique

Karima KAHLAOUI, Marie LIMOGES-MONGEAU, Tiziana COSTI, Hannah WARREN et Mélissa McDONALD \*

Au Québec, l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel accueille une des clientèles les plus souffrantes, dangereuses et marginalisées. Sur le plan clinique, leur prise en charge, en termes d'évaluation, de traitement et de réinsertion sociale, représente un défi considérable et nécessite une importante collaboration multidisciplinaire. Cet article a pour but de proposer un tour d'horizon de notre Institut et de présenter les différents services offerts aux patients pour stabiliser leur état mental, gérer le risque de violence et leur permettre, à terme, d'accéder au rétablissement.

## Karima KAHLAOUI



Karima Kahlaoui détient une formation doctorale (France) et post-

doctorale (Montréal) en neuropsychologie clinique. Elle possède une longue expérience dans l'enseignement universitaire et dans la formation. Ses intérêts cliniques portent essentiellement sur l'évaluation neuropsychologique des patients souffrant de troubles mentaux sévères, la remédiation cognitive, le rétablissement et la « santé numérique ».

## Marie LIMOGES-MONGEAU



Marie Limoges-Mongeau est diplômée de l'École de criminologie de

l'université de Montréal. Elle est criminologue à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel depuis 2008 et œuvre auprès d'adultes aux prises avec des troubles mentaux graves et un trouble lié à l'usage de substances, ainsi qu'auprès d'adolescents auteurs de transgressions sexuelles.

## Tiziana COSTI



Tiziana Costi est psychologue depuis 1985. Elle

travaille à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel depuis 1992 ainsi qu'en cabinet privé. Elle s'intéresse particulièrement à l'évaluation du risque auprès de patients présentant des troubles concomitants de maladie mentale, de violence et de toxicomanie.

## Hannah WARREN



Hannah Warren possède une maîtrise en travail social

de l'université McGill (Montréal) et détient 10 ans d'expérience clinique de première ligne auprès de populations marginalisées et leurs familles, notamment en itinérance et délinquance. Elle se spécialise dans les approches anti-oppressives, les interventions axées sur le trauma et les approches centrées sur la personne.

## Mélissa McDONALD



Mélissa McDonald détient une maîtrise en criminologie de l'université

de Montréal et œuvre en tant que chef des Services professionnels à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel. Son expérience clinique et ses intérêts se situent dans le domaine de la toxicomanie et de l'entretien motivationnel.

(\*) Pour toute information, veuillez contacter madame Melissa McDonald, melissa.mcdonald.ippm@sss.gouv.qc.ca

## Introduction

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal a ouvert ses portes en 1970. À l'époque, l'aile psychiatrique de la prison de Bordeaux (Montréal) débordait de patients difficiles ou souffrant de maladies chroniques, vivant dans des conditions déplorables. La construction d'un nouvel hôpital psychiatrique à sécurité maximale a été jugée nécessaire pour répondre à la demande de prise en charge de ce type de patients. Nommé en l'honneur du Dr Philippe Pinel, l'Institut a su développer, au fil des années, une expertise de soins unique. Il est devenu une référence incontournable dans le domaine de la psychiatrie légale au Canada et ailleurs dans le monde. Il est aujourd'hui le seul hôpital psychiatrique au Québec à offrir une gamme complète de services ultraspécialisés (évaluation, traitement, réadaptation) à une clientèle reconnue pour les défis complexes qu'elle présente. En raison du type de clientèle qu'il accueille, l'Institut offre un environnement de travail sécuritaire pour veiller à la sécurité des patients, des intervenants et du public. En janvier 2019, l'hôpital change de nom et devient l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel<sup>1</sup>, renforçant ainsi son rôle dans le domaine de l'expertise-conseil et offrant une formation de pointe en psychiatrie légale à l'ensemble des professionnels du réseau de la santé tant au niveau provincial que national.

La mission de l'Institut comporte quatre volets qui ont à cœur le bien-être des patients, leur sécurité et celle du public, et ce dans un souci constant de rigueur, d'amélioration de la qualité de ses services et de ses ressources. On retrouve ainsi (1) le traitement et l'évaluation de patients présentant un risque élevé de comportements violents ; (2) l'enseignement collégial et universitaire ; (3) la recherche fondamentale et clinique et (4) la prévention de la violence. De par sa mission, l'Institut travaille étroitement avec les différents établissements du réseau de la santé et des services sociaux, le ministère de la Sécurité publique, le ministère de la Justice et les services correctionnels canadiens.

Les patients admis au sein de notre Institut souffrent de troubles mentaux sévères et persistants associés bien souvent à de la comorbidité, voire à de la polymorbidité (par ex. psychopathologie grave de la personnalité, toxicomanie, itinérance, délinquance sexuelle). Ils

présentent tous un risque élevé de comportement violent et de passage à l'acte pouvant compromettre leur sécurité et celle du public. Les diagnostics les plus fréquents chez ces patients sont la schizophrénie, le trouble schizo-affectif et le trouble lié à l'utilisation de substances toxiques. Les troubles de personnalité, les troubles de l'humeur, les troubles du comportement et la déficience intellectuelle sont également des diagnostics fréquemment rencontrés auprès de nos patients, auxquels sont associés d'importants déficits cognitifs. Notre clientèle est principalement constituée d'hommes adultes, mais on y retrouve également des femmes et des adolescents.

Les patients proviennent de différents milieux. La plupart d'entre eux sont sous la juridiction de la Commission d'examen des troubles mentaux. Ils sont majoritairement admis pour des cas d'évaluation médico-légale ou sont hospitalisés pour des soins de plus ou moins longue durée, après avoir été déclarés non criminellement responsables pour cause de troubles mentaux (selon l'article 16 du Code criminel canadien). D'autres patients proviennent d'hôpitaux du réseau de la santé, de la Cour supérieure, de la Cour du Québec, du service de la probation, des centres de détention et des services correctionnels canadiens. Certains d'entre eux sont sans contrainte légale. Les adolescents arrivent des centres jeunesse ou sont référés par le tribunal de la Jeunesse.

## Notre philosophie de soins : le rétablissement

Au cours des dernières années, les soins offerts aux personnes souffrant de troubles mentaux sévères ont changé et la vision de la maladie mentale a grandement évolué. La notion de rétablissement se trouve aujourd'hui au cœur même de la réforme des soins en santé mentale du Canada et plusieurs établissements, dont le nôtre, prônent pour un changement des politiques et des pratiques axé principalement sur le rétablissement. Pour les patients, le rétablissement renvoie vers la possibilité de redonner un sens à leur vie, de retrouver l'espoir et de redevenir des citoyens accomplis à travers un mode de vie satisfaisant, et ce malgré les limites imposées par la maladie. Pour les intervenants, cette notion leur permet d'envisager différemment les soins à offrir. Il faut alors prendre conscience que le rétablissement ne consiste pas uniquement en une guérison clinique, mais qu'il cible l'accompagnement des patients vers un sentiment de bien-être et de mieux-être.

(1) Le terme Institut sera utilisé afin d'alléger le texte.

Selon le National Forensic Mental Health Service (NFMHS), le concept de rétablissement s'articule autour de cinq dimensions : (1) le rétablissement clinique qui vise en une rémission des symptômes de la maladie, (2) le rétablissement fonctionnel qui cible le développement ou la restauration des capacités nécessaires à affronter les différentes situations de la vie quotidienne ; (3) le rétablissement social qui permet une intégration réussie dans la société que ce soit à travers un emploi, un logement ou le développement d'un réseau social ; (4) le rétablissement personnel qui consiste à redonner à la personne un sens à sa vie et à mener une existence satisfaisante, et enfin (5) le rétablissement en fonction de l'autogestion des comportements à risque [Alred, 2011 ; Mezey et coll., 2010]. Plusieurs études rapportent les effets bénéfiques et à long terme de l'approche du rétablissement sur l'observance au traitement et sur plusieurs autres indicateurs cliniques [Clarke et coll., 2016 ; Drennan et Alred, 2013 ; Leamy et coll., 2011].

L'aspect multidimensionnel du rétablissement permet d'opérer une véritable rupture avec les pratiques psychiatriques traditionnelles. Ainsi, les demandes et les besoins des patients ne sont plus négligés et occupent une place prépondérante dans la mise en place du traitement. Les interventions cliniques et pharmacologiques, bien qu'essentielles, sont combinées avec d'autres types d'intervention, lesquelles visent un rétablissement optimal, bien souvent par l'utilisation des outils de la réhabilitation psychosociale (par ex., psychoéducation, prise en charge des troubles neurocognitifs et de la cognition sociale, entraînement des habiletés sociales, soutien des familles, accompagnement vers la réinsertion professionnelle). La réhabilitation psychosociale met l'accent sur l'intégrité et les forces de la personne pour l'aider à développer des capacités qui lui permettront de pallier au mieux ses déficits. L'ensemble de ces interventions se trouve au cœur même de la trajectoire de soins du patient.

## L'organisation de nos services

L'Institut offre aussi bien des services d'hospitalisation (unités de soins) que des services ambulatoires (Services externes). Il compte 292 lits et est constitué de 14 unités de soins ayant chacune une vocation particulière et offrant un programme de soins spécifiques. Chaque unité représente un milieu de vie où séjournent une vingtaine de patients, autour desquels gravite une équipe clinique, 24 heures par jour, 7 jours sur 7.

On retrouve d'abord deux unités d'expertise, qui accueillent des patients masculins référés par les

tribunaux. Ces patients sont confiés à l'Institut pour un séjour de courte durée, suite à une demande d'expertise médico-légale (aptitude à subir un procès, responsabilité criminelle, évaluation présentencielle, traitement en vue de rendre apte). Au sein de ce programme, un important travail de collaboration est réalisé avec les avocats, les tribunaux et les agences de probation. Au terme de leur séjour et en fonction de la décision de la Cour, les patients peuvent être orientés à l'Institut vers une unité de soins, confiés à un autre établissement de santé ou dirigés vers une institution pénale.

L'Institut comporte deux unités d'admission/réadmission/expertise, au sein desquelles les séjours sont également de courte durée. Ces unités accueillent généralement des patients en provenance d'un centre hospitalier, sur une base contractuelle. Les patients admis présentent un trouble mental sévère en phase aiguë, souvent avec présence de comorbidité ou polymorbidité, nécessitant une hospitalisation dans un milieu sécuritaire. Le séjour vise à stabiliser leur état mental, à évaluer le risque de violence qu'ils présentent et à le diminuer, ainsi qu'à formuler des recommandations en vue d'une réadmission vers le centre hospitalier d'origine. Si leur état mental ne permet pas un tel retour, ces patients sont alors dirigés vers une unité de soins, où le traitement pourra se poursuivre dans un environnement sécuritaire approprié. Ces unités prennent également en charge les patients qui vivent en communauté, qui sont suivis par les équipes des Services externes, mais dont l'état mental s'est détérioré et qui nécessitent un encadrement accru au regard du risque de violence qu'ils représentent.

Les deux équipes (services hospitaliers et ambulatoires) collaborent afin de s'assurer que les conditions favorables à un retour en communauté soient mises en place. Finalement, ces unités accueillent aussi des femmes qui font l'objet d'une ordonnance de la Cour en vue d'une expertise médico-légale.

À la suite d'une hospitalisation sur une unité d'expertise ou d'admission/réadmission/expertise, certains patients requièrent une prise en charge de plus longue durée, dans un environnement sécuritaire. Ils sont alors dirigés vers une des huit unités de soins, en fonction de leurs profils et de leurs besoins (par ex. sévérité des symptômes, durée du séjour). Une expertise particulière a été développée à l'Institut pour les patients ayant commis des délits intrafamiliaux et pour lesquels le rétablissement des relations familiales est primordial pour leur permettre d'évoluer favorablement à travers leur trajectoire de soins.

L'Institut comporte une unité de soins spécifiquement dédiée à l'évaluation et au traitement d'adolescents

âgés de 14 à 18 ans présentant un trouble sévère du comportement et aux prises avec des problèmes psychiatriques. Finalement, l'Institut offre un programme destiné aux femmes purgeant une sentence fédérale qui requièrent un traitement spécialisé en lien avec la présence de troubles mentaux et de troubles graves de la personnalité. Les détenues y sont admises sur une base volontaire, en provenance de plusieurs provinces du Canada, pour la prise en charge d'un épisode de soins.

Tous les patients qui sont admis à l'Institut font l'objet d'une évaluation spécialisée au sein de laquelle sont précisés leurs besoins en ce qui a trait à leur santé mentale et physique, au risque de violence et à la réadaptation. Un plan de soins est ensuite élaboré sur la base d'une collaboration entre le patient et l'équipe clinique. Le séjour dans une unité de soins permet d'offrir un milieu de vie thérapeutique, dans un environnement sécuritaire approprié.

La réinsertion sociale s'amorce en cours d'hospitalisation dès que l'état mental du patient le permet, et ce dans le respect des conditions légales inhérentes à sa condition. Dans un premier temps, les patients bénéficient de sorties accompagnées par un membre du personnel mais, par la suite, ils auront la possibilité de pouvoir sortir seuls. Ils sont incités à participer à des activités thérapeutiques dans la communauté et de nombreux liens sont établis entre l'Institut et les organismes en santé mentale de la région. L'équipe clinique s'assure d'établir un pont avec ces organismes, ainsi qu'avec la famille et les proches, qui représentent des partenaires importants du rétablissement. L'Institut compte sur l'expertise du Service de soutien à l'intégration sociale, composé d'ergothérapeutes, de psychoéducateurs, d'éducateurs spécialisés et d'art-thérapeutes, qui offre un accompagnement intensif et personnalisé auprès des patients pour qui la réinsertion sociale constitue un plus grand défi. Au moment opportun, lorsqu'un patient est prêt à quitter l'Institut pour vivre en communauté, sa prise en charge est transférée aux Services externes. Une nouvelle équipe clinique (infirmier clinicien, psychiatre, psychologue et criminologue) prend alors le relais et accompagne le patient avec un souci constant de conciliation entre la réinsertion sociale et la gestion du risque de violence. Un suivi à domicile est assuré par les criminologues, qui sont en contact régulier avec les organismes partenaires au sein de la communauté. Les patients ont accès à un éventail de ressources d'hébergement adaptées à leurs besoins en termes d'autonomie et de supervision clinique (par ex. foyers de groupe, ressources de type familial, appartements supervisés). Éventuellement, lorsque le processus de réinsertion sociale est achevé, que l'évolution du patient est favorable et que le risque de violence peut être géré

dans un environnement moins sécuritaire, le dossier du patient est transféré à son hôpital de secteur. Il est à noter que certains patients hospitalisés ne suivent pas de programme de réinsertion sociale, mais, dès que leur état le permet, sont dirigés vers un autre centre hospitalier où ils peuvent bénéficier de conditions sécuritaires moindres.

En plus du suivi décrit ci-haut, les Services externes de l'Institut comportent un volet jeunesse. La clinique Réseau jeunesse offre des services d'évaluation et de traitement, en collaboration avec des partenaires du réseau de la santé, pour les adolescents aux prises avec des troubles mentaux sévères combinés à des problèmes de comportement. Un programme est aussi offert pour les adolescents auteurs de transgressions sexuelles. L'Institut propose une clinique d'évaluation du risque de violence pour les centres hospitaliers de la province au sein de laquelle les patients y sont vus en consultation sur une base volontaire. L'équipe clinique évalue et cible les facteurs de risque de violence et formule des recommandations qui pourront être appliquées par les professionnels des différents établissements de santé.

L'Institut offre aussi un service d'interventions criminologiques à la Cour du Québec, chambre criminelle et pénale, ainsi qu'à la Cour municipale de Montréal. À la demande des substituts du procureur de la couronne, des avocats de la défense ou des juges, les criminologues mandatés évaluent les détenus chez qui l'on soupçonne un problème de santé mentale. L'intervention criminologique inclut une évaluation sommaire de l'état clinique, de la situation sociale et des besoins thérapeutiques, ainsi qu'une estimation du risque de récidive et de violence. Cela permet d'émettre des recommandations qui peuvent soutenir le procureur et les avocats quant aux mesures à prendre pour l'accusé. Enfin, certains professionnels (médecins psychiatres et psychologues mandatés) offrent aux centres de détention un service de consultation, d'expertise et d'évaluation des délinquants dangereux ou à contrôler.

## La multidisciplinarité au cœur des soins

La prise en charge de patients aux prises avec des troubles mentaux sévères et persistants implique un important travail multidisciplinaire. Cette collaboration est essentielle pour bien définir, implanter et mener à terme le plan de soins du patient. Elle est nécessaire à toutes les étapes, de l'évaluation au traitement, à la réinsertion sociale et au maintien en communauté. L'objectif est de favoriser l'évolution du patient à travers sa trajectoire de soins tout en assurant la sécurité de tous (patient, équipe, public).

Les professionnels qui œuvrent auprès de cette clientèle particulièrement complexe ont su développer au fil des années une expertise unique, selon leur propre champ de compétences. Au Canada, les professionnels ont pour obligation d'adhérer à un ordre professionnel, car ils doivent réaliser certaines activités jugées particulièrement préjudiciables auprès d'une population considérée comme vulnérable. Au Québec, une loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (intitulée PL n° 21) fut adoptée par l'Assemblée nationale en juin 2009<sup>2</sup>. Cette loi modifie le Code des professions en vue d'une redéfinition des champs d'exercice professionnel. Elle vise notamment les professions de psychologue, criminologue, travailleur social, psychoéducateur, ergothérapeute, infirmière et médecin. Elle établit pour les membres de ces ordres des activités professionnelles réservées, et prévoit l'encadrement de la pratique de la psychothérapie<sup>3</sup>. L'appartenance à un ordre professionnel garantit que le professionnel détient les compétences requises pour l'exercice des activités qui lui sont réservées et qu'il doit respecter les règles spécifiques à sa profession telles que le contrôle de la qualité de l'exercice professionnel, la déontologie et la formation continue.

Voici un aperçu des différents professionnels que l'on retrouve à l'Institut et leur rôle unique au sein de nos équipes multidisciplinaires. Pour une définition complète du champ d'exercice de chacune des professions encadrées par un ordre professionnel, le lecteur est invité à se référer au Code des professions<sup>4</sup>.

Le service de psychologie propose des services aussi bien aux patients hospitalisés sur les unités de soins qu'à ceux qui consultent aux Services externes. À l'Institut, la pratique des psychologues vise principalement à : (1) évaluer le fonctionnement psychologique/neuropsychologique et les troubles mentaux ; (2) déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements adaptés au patient ; (3) concevoir et dispenser la psychothérapie ; (4) concevoir, animer et évaluer des programmes de traitement et (5) participer à l'évaluation multidisciplinaire du risque de violence.

Le service de criminologie offre également des services aux patients hospitalisés sur les unités de soins et ceux

LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS AUX PRISES AVEC DES TROUBLES MENTAUX SÉVÈRES ET PERSISTANTS IMPLIQUE UN IMPORTANT TRAVAIL MULTIDISCIPLINAIRE. CETTE COLLABORATION EST ESSENTIELLE POUR BIEN DÉFINIR, IMPLANTER ET MENER À TERME LE PLAN DE SOINS DU PATIENT. ELLE EST NÉCESSAIRE À TOUTES LES ÉTAPES, DE L'ÉVALUATION AU TRAITEMENT, À LA RÉINSERTION SOCIALE ET AU MAINTIEN EN COMMUNAUTÉ. L'OBJECTIF EST DE FAVORISER L'ÉVOLUTION DU PATIENT À TRAVERS SA TRAJECTOIRE DE SOINS TOUT EN ASSURANT LA SÉCURITÉ DE TOUS (PATIENT, ÉQUIPE, PUBLIC).

qui consultent aux Services externes. À l'Institut, le criminologue est le principal responsable de l'évaluation du risque de violence à moyen et long terme. La pratique du criminologue vise à : (1) réaliser une évaluation criminologique ; (2) intervenir de façon à favoriser la reconnaissance des facteurs de risque de violence et la prévention de la rechute ou de la récidive liée aux comportements violents ; (3) clarifier le statut légal et informer le patient et l'équipe clinique des modalités de fonctionnement du système de justice et (4) participer à la réinsertion sociale des patients.

La profession de travailleur social a récemment été intégrée à l'Institut. Les travailleurs sociaux offrent des services aux patients hospitalisés et ont principalement pour mandats : (1) d'évaluer le fonctionnement social de la personne (évaluations spécifiques pour l'ouverture/réévaluation d'un régime de protection ou évaluation en vue d'une demande d'hébergement) ; (2) d'élaborer et de mettre en place un plan d'intervention ; (3) d'accompagner le patient dans toutes les démarches en lien avec la réinsertion sociale et (4) de l'aider à se responsabiliser dans les différentes sphères de sa vie et le soutenir dans toute démarche lui permettant de retrouver ses droits et libertés. Une offre de service destinée aux familles et à l'environnement proche des patients est en cours d'élaboration.

(2) Les dispositions législatives et réglementaires réservant la pratique de la psychothérapie et l'usage du titre de psychothérapeute sont entrées en vigueur le 21 juin 2012. L'ensemble des dispositions législatives du PL n° 21 est entré en vigueur le 20 septembre 2012.

(3) Au Québec, l'exercice de la psychothérapie est réservé aux médecins et aux psychologues. En revanche, les conseillers d'orientation, les infirmier(ère)s, les criminologues, les ergothérapeutes, les sexologues, les psychoéducateurs, les thérapeutes conjugaux et familiaux et les travailleurs sociaux peuvent obtenir un permis de psychothérapeute s'ils répondent aux exigences prévues par la loi.

(4) Code des professions – gouvernement du Québec (chapitre C-26), 11 septembre 2018.

Le médecin psychiatre détient l'expertise pour poser des diagnostics médicaux, de même que prescrire et administrer des traitements. Il assume le « *leadership* » clinique de l'équipe multidisciplinaire et une cogestion médico-administrative avec le chef d'unité de soins. Conjointement avec l'équipe clinique, il évalue les patients, propose un plan de soins personnalisé pour chacun d'entre eux, en assure le suivi et évalue les effets des interventions thérapeutiques auprès de ceux-ci. Finalement, il formule une opinion médico-légale lorsque cela est requis (par ex. devant les tribunaux ou autres instances). Il est à noter que les médecins psychiatres de l'Institut sont affiliés à l'université de Montréal et au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et ils offrent le seul programme francophone surspécialisé en psychiatrie légale au Canada.

L'équipe multidisciplinaire inclut d'autres professionnels et intervenants qui jouent un rôle actif dans le rétablissement du patient le long de sa trajectoire de soins : infirmier(ère)s, psychothérapeutes (i.e., éducateurs) et psychoéducateurs. À cela, s'ajoutent de façon plus large, et selon les besoins du patient, le pharmacien clinicien, le médecin généraliste, l'art-thérapeute, l'ergothérapeute, le conseiller spirituel, le diététicien et les professeurs. Dans un cadre encore plus large, on retrouve les organismes extérieurs qui offrent des activités thérapeutiques, les responsables des ressources d'hébergement, les établissements partenaires dans le réseau de la santé, mais aussi le personnel juridique impliqué dans le dossier du patient et évidemment, quand cela est possible, les familles et les proches. Le volet sécuritaire relève de tous, mais plus spécifiquement il est pris en charge par les intervenants spécialisés en pacification et en sécurité (ou agents d'intervention). L'aspect sécuritaire est étroitement lié aux aspects cliniques et représente une composante essentielle du processus thérapeutique.

## Évaluation et traitement

Évaluer et traiter des patients souffrant de troubles mentaux sévères et aux prises avec une problématique de violence demande à la fois souplesse, créativité et flexibilité. Les défis sont présents à toutes les étapes du suivi du patient, que ce soit dans le contexte de l'évaluation, de l'estimation et la gestion du risque de violence, de la création d'un plan de soins personnalisé, et de l'accompagnement vers la réinsertion sociale et le rétablissement. Des cadres légaux et administratifs spécifiques balisent l'ensemble des décisions cliniques ainsi que le transfert vers un environnement moins sécuritaire.

## Évaluation

L'évaluation peut être complexe, selon l'état mental plus ou moins stabilisé du patient et au regard de ses déficits. Il faut s'adapter, être souple et créatif afin d'établir le contact avec des patients souvent très démunis et méfiants. Il s'agit d'adopter une approche chaleureuse tout en respectant la distance dont le patient a besoin pour ne pas vivre de sentiment d'intrusion. Étant donné le risque de comportements violents, il est nécessaire de transiger avec des conditions sécuritaires parfois irritantes, mais nécessaires pour le professionnel et le patient (par ex. présence d'un intervenant devant la porte du bureau ou présent à nos côtés dans le bureau). L'évaluation sollicite l'expertise de l'ensemble des membres de l'équipe clinique, car elle couvre différents aspects (évaluation psychiatrique, psychologique, criminologique, sociale, observations du personnel infirmier et des éducateurs). Elle permet de poser un diagnostic et d'obtenir une compréhension globale du fonctionnement du patient (forces et faiblesses), ainsi que de ses besoins en termes de traitement et/ou de suivi. L'évaluation neuropsychologique, réalisée par un neuropsychologue, est souvent requise afin de dresser un portrait du fonctionnement cognitif du patient et d'orienter le plan d'intervention selon ses réelles capacités. L'évaluation du risque de violence est, quant à elle, réalisée par le criminologue à l'aide de l'échelle de jugement clinique structurée : *The Historical Clinical Risk Management 20 items* (HCR-20<sup>v3</sup>) [Douglas et coll., 2013]. Cette évaluation se décline en plusieurs étapes : la présence de facteurs de risque, leur pertinence, la formulation du risque, les scénarios de violence future, les stratégies de gestion du risque et les conclusions finales. Elle permet ainsi d'identifier précisément les facteurs de risque de passage à l'acte et de récurrence violente. Elle met également en lumière les besoins en ce qui a trait à la gestion de ce risque. L'approche privilégiée est celle issue du modèle « Risques/Besoins/Réceptivité » (ou *Risk/Needs/Responsivity model*) [Andrews & Bota, 2006 ; Andrews, Bota & Hoge, 1990] qui vise le développement de stratégies spécifiques pour réduire le risque de violence. Comme son nom l'indique, ce modèle est fondé sur trois principes : (1) le principe du risque qui consiste à adapter le niveau de service au risque de récurrence de la personne ; (2) le principe des besoins qui met l'accent sur l'importance des facteurs criminogènes dans l'élaboration et la mise en place du traitement et (3) le principe de réceptivité qui décrit le traitement dont doit bénéficier le patient. D'autres évaluations plus spécifiques sont aussi nécessaires, telles que l'évaluation du niveau de sécurité requis au moyen du *Dangerousness UNDERstanding, Recovery and Urgency Manual* [Dundrum, Kennedy et coll., 2010] ou de la problématique de consommation de substances toxiques à l'aide d'instruments validés et

reconnus, tels que les échelles suivantes : *Dynamic appraisal of situational aggression* (DASA) [Ogloff et Daffern, 2006], *CAGE-Adapted to Include Drugs* (CAGE-AID) [Ewing, 1984], *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) [Babor et coll., 1989], et le *Drug Use Questionnaire* (DAST) [Skinner, 1982]. Un bilan clinique conclut cette étape d'évaluation et permet d'établir les objectifs du plan de soins et les étapes pour les atteindre. Les objectifs et le plan de soins font l'objet de réévaluations constantes et de discussions entre les membres de l'équipe et le patient.

## Traitement

Le traitement mis en place vise le rétablissement du patient et fait appel à ses compétences (autonomie et responsabilité). Il se construit en collaboration avec ce dernier, tout en respectant son rythme d'apprentissage. Avant la mise en place de tout traitement, il est primordial de stabiliser l'état mental du patient et de recourir à une évaluation exhaustive de son fonctionnement global. La gestion combinée des troubles mentaux et du risque de violence étant des éléments centraux à traiter, différents programmes peuvent être proposés aux patients : connaissance et reconnaissance de la maladie, compréhension de la dynamique de violence, réduction de la violence, sensibilisation à la toxicomanie, prévention de la rechute en toxicomanie, gestion de la colère, entraînement des habiletés sociales, remédiation cognitive, développement d'une saine sexualité, apprendre à mieux vivre avec ses perceptions, yoga et pleine conscience, parmi d'autres. L'aspect psychoéducatif est également un aspect très important du traitement. Par exemple, grâce au suivi psychologique, le patient parviendra à comprendre ses facteurs de risque tant vis-à-vis de son trouble mental que pour ses actions violentes et sa problématique de consommation. Les apprentissages ainsi réalisés s'actualiseront au quotidien avec le soutien de l'ensemble des membres de l'équipe. L'implication de la famille dans le plan de soins est également un aspect à ne pas négliger et va se traduire par la reprise de contacts, le rétablissement du lien familial, ou encore grâce à la psychoéducation. Des projets visant plus spécifiquement la déstigmatisation ont aussi vu le jour (par ex. : chorale patients-employés) et jouent un rôle primordial dans le processus de rétablissement. Les patients ont également accès à une large gamme de services spécialisés qui contribuent au développement de la personne, tels qu'un centre d'activités physiques, un centre d'art, un centre éducatif (école) et un centre d'activités socioprofessionnelles (atelier de menuiserie, centre horticole).

Le traitement est un processus ardu qui s'échelonne souvent sur plusieurs années ; il est essentiel que les buts

fixés avec le patient et que ses attentes, ainsi que celles de l'équipe, soient réalistes. Lorsqu'il s'agit de personnes présentant des comportements violents, l'équipe doit s'assurer que le risque peut être contrôlé en société ou dans un environnement moins sécuritaire, ce qui requiert du temps. Certains patients auront toujours besoin de recourir à une aide professionnelle, mais ils pourront tout de même évoluer dans un environnement extérieur.

Au cours de sa trajectoire de soins, le patient peut faire l'objet de sorties accompagnées, puis éventuellement seul. Lorsqu'il est prêt à intégrer un environnement de vie moins sécuritaire, une ressource d'hébergement appropriée à ses besoins sera identifiée (par ex. foyer d'accueil, appartement supervisé, etc.) ou bien il sera transféré vers un hôpital moins sécuritaire. Ce processus de réinsertion se prépare par étapes (visites, congés d'essai), sur la base de discussions entre les différents professionnels impliqués au dossier et en constante collaboration avec le patient et les établissements/organismes partenaires externes.

De multiples obstacles peuvent interférer avec le processus de réinsertion sociale et constituent autant de défis pour le patient et les équipes (stigmatisation, manque de ressources, etc.). Les deux vignettes cliniques présentées dans cet article illustrent les parcours divergents que peuvent connaître nos patients. En misant sur l'écoute, le respect et en offrant une structure et des outils concrets, l'équipe multidisciplinaire peut accompagner le patient dans son rétablissement et lui permettre de se reconstruire une vie satisfaisante et valorisante, malgré la présence de la maladie.

## Notre orientation future

La prise en charge d'une clientèle souffrant de troubles mentaux sévères et persistants associés à un risque élevé de comportements violents nécessite la révision continue de nos pratiques cliniques. Compte tenu de la complexité des trajectoires et des profils de nos patients, et dans une dynamique d'amélioration de la qualité des soins et des services, l'Institut mène actuellement un grand projet de transformation. L'objectif de ce projet, intitulé « Trajectoires et programmation » [Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, 2018] consiste à mieux répondre aux besoins cliniques et sécuritaires de notre clientèle, tout en bonifiant notre offre de services thérapeutiques. C'est dans ce contexte, et en lien avec le modèle de soins proposé par le NFMHS, que l'Institut s'est doté d'un outil de jugement professionnel structuré : le quatuor Dundrum [Kennedy et coll., 2010], complémentaire aux évaluations du risque de violence. Développé en Irlande, il s'agit d'un guide

comprenant quatre échelles spécifiques qui aide la prise de décision lorsque le portrait clinique suggère le transfert d'un patient soit d'un établissement à un autre, soit d'un niveau de sécurité à un autre. L'outil permet également de tracer un portrait de l'ensemble de la clientèle, sa progression à travers les programmes de soins, ses besoins thérapeutiques et finalement ses perspectives de rétablissement. Il propose un modèle de soins réparti à travers 7 piliers de traitement qui couvre les différentes sphères de la vie d'un patient hospitalisé en psychiatrie légale : (1) la santé physique ; (2) la santé mentale ; (3) la toxicomanie (alcool et drogues) ; (4) les problèmes de comportement ; (5) les soins personnels et les activités de la vie quotidienne ; (6) l'éducation, le travail, les loisirs et la créativité et (7) les réseaux familiaux et sociaux. Pour contribuer au bien-être des patients et assurer un rétablissement optimal, la littérature recommande qu'ils puissent prendre part à un minimum de 25 heures d'activités thérapeutiques par semaine (Quality Network for Forensic Mental Health Service), dont la priorité devrait être accordée aux piliers santé mentale, toxicomanie et problèmes de comportement. Une telle participation jouerait non seulement un rôle dans la réduction du risque de récidive [Rani et Mulholland, 2013], mais permettrait aussi d'atténuer les comportements agressifs [Meehan et Bergen, 2006].

## Conclusion

Notre Institut occupe aujourd'hui une place centrale dans le domaine de la psychiatrie légale au Québec. Les défis que représente une clientèle souffrante et marginalisée telle que la nôtre nécessitent que nous soyons continuellement à l'affût des meilleures pratiques dans le domaine de la santé mentale et de la gestion du risque de violence. Dans cette optique, l'emphase est mise sur l'utilisation d'outils cliniques validés et le patient devient un véritable partenaire tout au long de sa trajectoire de soins pour pouvoir accéder au rétablissement ■

## Vignettes cliniques

### Vignette clinique 1

Monsieur AB est âgé de 24 ans. Il a été admis à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel dans une unité d'expertise en provenance d'un centre de détention. La Cour a ordonné la réalisation d'une expertise psychiatrique portant sur la responsabilité criminelle, en lien avec des accusations de meurtre sur la personne de son père et de voies de fait envers sa mère. À son arrivée à l'Institut, monsieur était aux prises avec une importante symptomatologie psychotique. Après avoir reçu un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux, la Cour a ordonné une détention à l'Institut. Il a été admis dans une unité de soins. Des contentions physiques ont dû être appliquées, en raison de l'agressivité qu'il présentait (il s'en est pris à deux intervenants), en lien avec la survenue d'idées délirantes. Graduellement, avec l'instauration d'un traitement pharmacologique approprié, son état mental s'est amélioré, il faisait preuve d'une plus grande ouverture et était en mesure de collaborer avec l'équipe traitante. Les mesures de contention ont pris fin et monsieur a pu commencer à s'impliquer dans la vie de groupe de l'unité. Une évaluation du risque de violence a été réalisée et l'équipe traitante a pu élaborer un plan de soins ciblant ses principaux facteurs de risque. Il a débuté une psychothérapie individuelle quelques mois après son admission, alors qu'il la refusait jusqu'alors. Les membres de la famille avaient des contacts réguliers avec l'équipe traitante depuis la survenue des délits. La reprise de contact entre le patient et sa famille a été réalisée de façon très graduelle et était supervisée par des membres de l'équipe. Pendant deux ans, monsieur a pu participer à différents groupes offerts à l'Institut, tels que la gestion de la colère, la reconnaissance de la maladie, les facteurs de risque de violence, l'entraînement des habiletés sociales. Il a achevé ses études secondaires à l'Institut, n'ayant pas obtenu de diplôme avant les délits. Progressivement, monsieur a pu bénéficier de sorties à l'extérieur, accompagné par des sociothérapeutes et ce, pendant une période de trois mois. Par la suite, il a pu participer à une sortie avec sa famille, à l'occasion de la fête d'anniversaire de sa mère. Avec le temps, monsieur s'est inscrit dans un centre de jour à proximité de l'Institut, où il se rendait trois fois par semaine pour réaliser des activités de réadaptation. Au cours de sa troisième année d'hospitalisation à l'Institut, et au regard des résultats d'une évaluation en ergothérapie, une ressource de type « appartement supervisé 24/7 » a été suggérée et ciblée et monsieur a commencé à s'y rendre pour des périodes de courte

durée. Parallèlement, l'équipe des Services externes a entamé des démarches en lien avec le suivi de monsieur au sein de la communauté. Avec l'accord du tribunal, monsieur a pu obtenir son congé définitif de l'Institut mais avait pour obligation de respecter les conditions suivantes : se conformer à son plan de soins et habiter un lieu approuvé par l'équipe traitante. Il a commencé à travailler à temps partiel, dans le cadre d'un programme subventionné. Compte tenu de son évolution favorable, et deux ans après avoir reçu son congé de l'Institut, monsieur a été accompagné par des membres de l'équipe traitante dans la recherche d'un appartement autonome. Les contacts avec la famille ont été maintenus tout au long du processus de réinsertion sociale. Durant trois ans, monsieur a démontré un bon fonctionnement en société. À une reprise, il a dû être hospitalisé durant deux semaines sur une base volontaire, alors qu'il était aux prises avec des hallucinations auditives plus fréquentes, à contenu impératif. Des ajustements pharmacologiques ont permis d'obtenir une amélioration significative de son état mental et monsieur a rapidement obtenu son congé de l'Institut. Il a été orienté vers un groupe de soutien pour « entendeurs de voix », offert par un organisme communautaire en santé mentale. Sept ans après la survenue des délits, la commission d'examen des troubles mentaux a octroyé une libération inconditionnelle à monsieur, suite aux recommandations favorables de l'équipe traitante. Au cours de la prochaine année, des démarches seront entreprises pour que le suivi de monsieur au sein de l'Institut soit transféré vers son hôpital de secteur.

### Vignette clinique 2

Monsieur TR est âgé de 47 ans. Il a été admis pour la première fois à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel il y a 12 ans à la suite d'une demande d'expertise portant sur l'aptitude à comparaître et la responsabilité criminelle en lien avec des accusations de tentative de meurtre et des voies de fait avec lésions sur un inconnu dans un contexte de psychose. Monsieur a été reconnu non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux et la commission d'examen des troubles mentaux a ordonné une détention à l'Institut. Les diagnostics au dossier étaient : schizophrénie paranoïde avec traits de personnalité narcissique et antisociale. L'anamnèse a révélé une enfance normale. Vers la fin de l'adolescence, quelques comportements oppositionnels étaient présents. Il a réalisé une formation en mécanique, puis il a commencé des études en vue d'obtenir un certificat en comptabilité qu'il n'a pas pu compléter en raison de la survenue de multiples événements (consommation de drogues, premières manifestations de la maladie, etc.). Il a été hospitalisé à plusieurs reprises en psychiatrie pour de courts séjours, mais était peu observant au traitement. Monsieur a travaillé en tant que mécanicien durant une dizaine d'années pour la même compagnie. Très ambitieux, il travaillait de longues heures afin de gravir les échelons, mais n'obtenait jamais les postes convoités, ce qui générerait chez lui beaucoup de frustrations. Parallèlement, il a commencé à consommer de la cocaïne afin de soutenir son rythme effréné au travail. Vers l'âge de 30 ans, les difficultés rencontrées dans son milieu de travail étaient telles qu'il a démissionné, mais n'a pas réussi à retrouver d'emploi par la suite. Les années subséquentes sont marquées par une détérioration de son fonctionnement (symptomatologie psychotique, consommation régulière de drogues, itinérance). C'est dans ce contexte que monsieur a commis son délit. Dès le début du traitement pharmacologique, les symptômes psychotiques se sont résorbés mais les traits de personnalité sont devenus plus apparents. Monsieur se conformait au traitement, respectait son plan de soins, et participait à des groupes thérapeutiques (gestion de la colère, sensibilisation à la toxicomanie). Son évolution, en apparence positive, a permis un assouplissement des conditions légales afin qu'il puisse intégrer un centre de traitement en dépendance moins d'un an après son admission à l'Institut. Après quelques semaines de thérapie, monsieur a fugué et a consommé à nouveau de la drogue. Il a été réadmis à l'Institut pour réaliser un traitement de plus longue durée afin de travailler les facteurs de risque de violence et l'introspection. Au départ, monsieur y a réagi négativement, puis a fini par adopter une attitude

conformiste : il a repris ses activités thérapeutiques, et le processus de réinsertion sociale s'est poursuivi. Il a trouvé un emploi à temps partiel et, lors de son congé de l'Institut, il a été orienté vers un appartement supervisé. Pendant une période de 10 mois, monsieur a semblé relativement bien fonctionner : il se présentait régulièrement à ses rendez-vous avec la psychiatre des Services externes et voyait sa criminologue tous les mois pour le suivi psychosocial à domicile. Il refusait toutefois de s'impliquer dans un suivi psychologique ou dans une quelconque démarche spécialisée en lien avec ses problèmes de consommation. Monsieur a fait une rechute (cocaïne), à l'insu de l'équipe traitante. Découragé, il a repris ses anciennes habitudes de consommation de drogues, ce qui a généré l'émergence de symptômes paranoïdes. Un soir, après avoir consommé une grande quantité de cocaïne, il a saccagé son appartement avant de contacter les secours, ayant peur de mourir. À leur arrivée, monsieur s'était enfermé dans sa chambre et s'était infligé des coupures à la gorge. C'est dans ce contexte qu'il a été réadmis à l'Institut. Son hospitalisation a duré deux ans. Rapidement stabilisé sur le plan de la maladie psychiatrique, monsieur est redevenu opposant, méprisant avec ses pairs et les intervenants, se plaignait d'être contrôlé de façon abusive par l'équipe et ne faisait preuve d'aucune autocritique. Il a tout de même accepté la reprise du traitement pharmacologique et des activités thérapeutiques. Un suivi psychologique a été amorcé, malgré la présence d'enjeux importants en lien avec l'alliance thérapeutique et sa capacité d'introspection. Graduellement, monsieur a pu effectuer des sorties à l'extérieur pour fréquenter un centre de réadaptation en dépendances, le principal facteur de risque de violence étant sa consommation de substances toxiques. Monsieur y a complété une thérapie fermée au terme de laquelle il a été orienté vers un appartement

supervisé. Parallèlement à cela, il a bénéficié d'un suivi psychiatrique, psychologique, infirmier et criminologique offert par les services externes de l'Institut. Monsieur semblait réfractaire au cadre imposé, mais le risque de violence était malgré tout gérable. Lorsqu'il s'est trouvé un emploi dans un entrepôt, il a remis en question la nécessité du suivi thérapeutique et ne tenait pas compte des suggestions de l'équipe traitante, qui le trouvait de plus en plus irritable. Il a fini par admettre avoir commencé à jouer à des jeux (loterie vidéo) et a accumulé une dette d'argent de plusieurs milliers de dollars. Malgré cela, il ne reconnaissait pas la nécessité d'un suivi pour sa problématique de jeu pathologique. Il a tenté de régler ses problèmes financiers, sans succès. Cette situation a conduit à un bris de confiance avec les responsables du centre d'hébergement qu'il fréquentait, et ces derniers ont décidé de mettre un terme à son séjour. Malgré son opposition, monsieur a dû être réadmis à l'Institut. Il était tellement hostile envers les membres de son équipe traitante qu'il a dû être transféré vers une autre unité de soins. Progressivement, il a débuté un programme de réinsertion sociale et a accepté d'être accompagné par des intervenants d'un centre spécialisé en jeu pathologique. Actuellement, monsieur vit en appartement supervisé en communauté et il semble relativement stable sur le plan clinique, malgré des rechutes ponctuelles en lien avec le jeu pathologique et une situation financière précaire. L'autocritique quant au lien entre les problèmes de consommation de drogues, de jeu pathologique et du risque de décompensation de la maladie psychiatrique demeure limitée chez monsieur, tout comme la reconnaissance de la dynamique de violence. Il connaîtra vraisemblablement des épisodes de rechute similaires dans le futur. Un suivi par l'équipe des Services externes de l'Institut est envisagé à long terme, afin de s'assurer que le risque de violence soit bien contrôlé.

## Bibliographie

ALRED (D.), 2011, «Bringing recovery principles to the secure environment: Changes, challenges and emerging concepts», *Association for criminal Justice Research and Development*, Dublin, p. 16-22.

ANDREWS (D.A.), BONTA (J.), 2006, *The psychology of criminal conducts*, 4<sup>e</sup> éd., Newar (New Jersey), LexisNexis.

ANDREWS (D.A.), BONTA (J.), HOGE (R.D.), 1990, «Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology», *Criminal Justice and Behavior*, 17, p. 1-52.

BABOR (T.F.), DE LA FUENTE (J.R.), SAUNDERS (J.), et coll., 1989, *The alcohol use disorder identification test: guidelines for use in primary health care*, Geneva, World Health Organization.

CLARKE (C.), LUMBARD (D.), SAMBROOK (S.), KERR (K.), 2016, «What does recovery mean to a forensic mental health patient? A systematic review and narrative synthesis of the qualitative literature», *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(1), p.38-54.

- DOUGLAS (K.S.), HART (S.D.), WEBSTER (C.D.), BELFRAGE (H.), 2013, *HCR-20<sup>V3</sup>: Assessing risk for violence – User guide*, Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- DRENNAN (G.), ALRED (D.), 2013, «Recovery in forensic mental health settings: From alienation to integration», *Secure recovery*, p. 21-42.
- EWING (J.A.), 1984, «Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire», *JAMA*, 252, p. 1905-1907.
- Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, 2018, « Trajectoires et programmation », <https://pinel.qc.ca/CMS/MediaFree/file/Conseil%20d'administration/2018/Trajectoires%20et%20programmation.pdf>
- KENNEDY (H.G.), O'NEILL (C.), FLYNN (G.), GILL (P.), 2010, *The Dundrum Toolkit. Dangerousness, Understanding, Recovery and Urgency Manual (The Dundrum Quartet). Four Structured Professional Judgment Instruments for Admission Triage, Urgency, Treatment Completion and Recovery Assessments*, Dublin, Ireland, Trinity College Dublin.
- LEAMY (M.), BIRD (V.), LE BOUTILLIER (C.), WILLIAMS (J.), SLADE (M.), 2011, «Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis», *The British Journal of Psychiatry*, 199 (6), p. 445-452.
- MEEHAN (T.), BERGEN (H.), 2006, «Aggressive behaviour in the high-secure forensic setting: the perceptions of patients», *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(1), p. 19-25.
- MEZEY (G.C.), KAVUMA (M.), TURTON (P.), DEMETRIOU (A.), WRIGHT (C.), 2010, «Perceptions, experiences and meanings of recovery in forensic psychiatric patients», *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(5), p. 683-696.
- OGLOFF (J.P.), DAFFERN (M.), 2006, «The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients», *Behavioral Sciences & The Law*, 24(6), p. 799-813.
- RANI (S.), MULHOLLAND (F.), 2013, «An appraisal of service users' structured activity requirements in an Irish forensic setting», *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21 (5), p. 383-390.
- SKINNER (H.A.), 1982, *Drug Use Questionnaire (DAST-20)*, Toronto, Canada, Addiction Research Foundation.