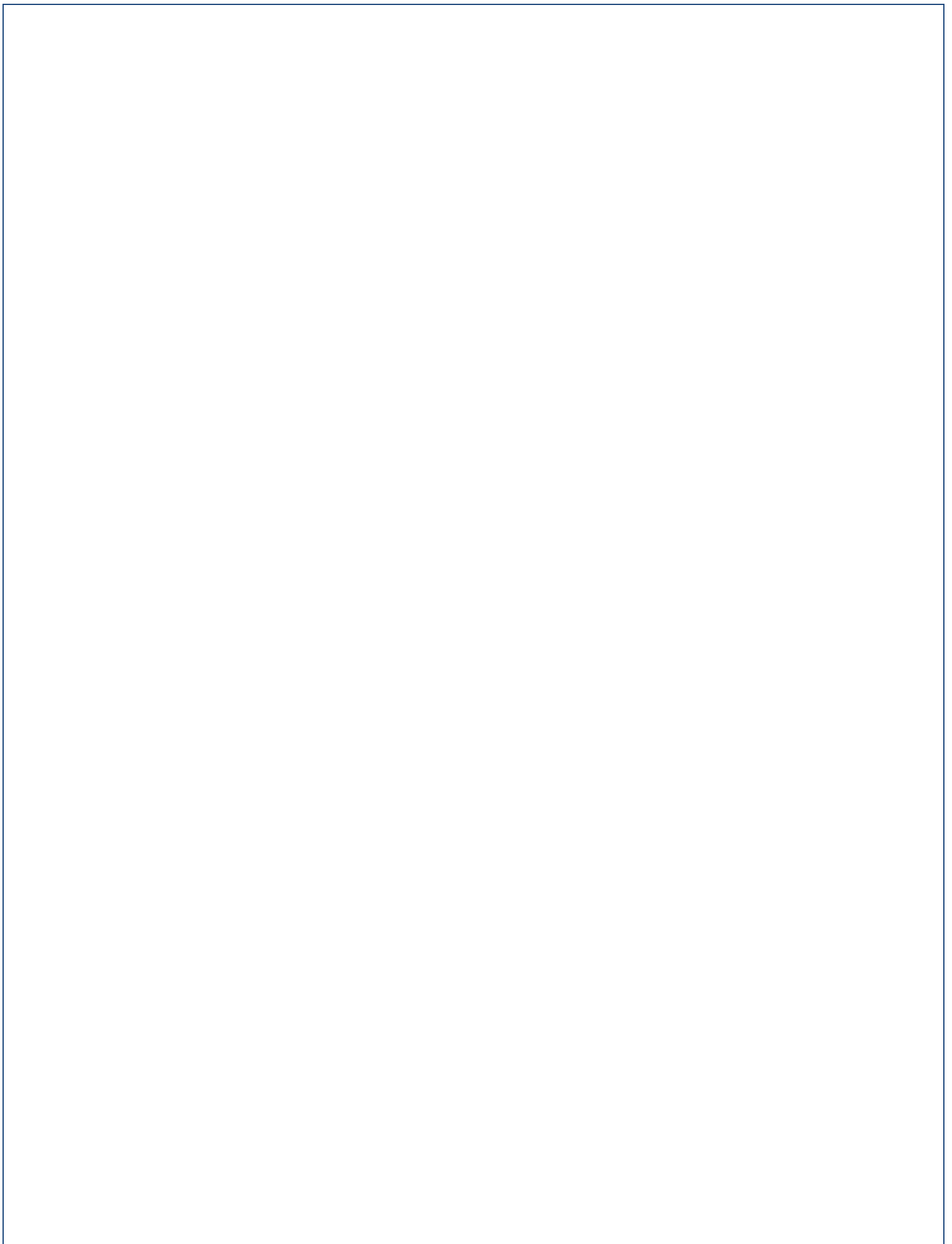




PSYCHIATRIE LÉGALE

Proposition d'organisation des services hiérarchisés
de psychiatrie légale à Montréal

Mai 2014





PSYCHIATRIE LÉGALE

Proposition d'organisation des services hiérarchisés
de psychiatrie légale à Montréal

Mai 2014

Proposition d'organisation de services hiérarchisés en psychiatrie légale à Montréal est une production de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

3725, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2X 3L9
514 286-6500
santemontreal.qc.ca

Mme Michèle Tourigny, consultante

Collaboration :

M. Alexandre St-Germain, adjoint à la Coordination santé mentale et dépendances. Direction des programmes-services

Mme Ariane Lanoue, agente de planification, de programmation et de recherche, Coordination santé mentale et dépendances. Direction des programmes-services

Mme Johanne Trépanier, agente de planification, de programmation et de recherche. Direction des affaires institutionnelles et des ressources humaines

Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Ce document est disponible en ligne à la section documentation du site Web de l'Agence : agence.santemontreal.qc.ca

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014

ISBN978-2-89510-817-7 (En ligne)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
REMERCIEMENTS	7
LÉGENDE.....	8
PSYCHIATRIE LÉGALE : LA DÉFINITION	9
SOMMAIRE	10
PRÉAMBULE.....	14
CHAPITRE 1 : ÉLÉMENTS DU CONTEXTE	16
1.1 LE MANDAT	22
1.2 LA DÉMARCHE.....	23
1.3 LA CLIENTÈLE CIBLE.....	25
1.4 LE BUT RECHERCHÉ.....	25
1.5 LES PRINCIPES DIRECTEURS	25
1.6 LES OBJECTIFS POURSUIVIS.....	26
1.7 LES ENJEUX RÉGIONAUX.....	26
1.8 LES CONSTATS ET LES TENDANCES	28
1.9 DES PRATIQUES GAGNANTES.....	30
1.10 LES LEVIERS	30
CHAPITRE 2 : MODÈLE DE SERVICES HIÉRARCHISÉS ET INTÉGRÉS EN PSYCHIATRIE LÉGALE.....	32
2.1 LE PROFIL DE LA CLIENTÈLE-CIBLE ET UNE LECTURE DE SES BESOINS	32
2.2 LES ASSISES DU MODÈLE HIÉRARCHISÉ ET INTÉGRÉ EN PSYCHIATRIE LÉGALE.....	37
2.3 LE MODÈLE HIÉRARCHISÉ D'ORGANISATION DE SERVICES EN PSYCHIATRIE LÉGALE DE MONTRÉAL (proposition)	41
2.4 LES FACTEURS DE SUCCÈS	48
CHAPITRE 3 : MÉCANISME DE GOUVERNE ET PARTENARIAT.....	55
3.1 DES CONDITIONS PRÉALABLES	55
3.2 LES MÉCANISMES DE GOUVERNE LIÉS À L'IMPLANTATION DU MODÈLE	55
3.3 LES MÉCANISMES DE COORDINATION ET DE COLLABORATION.....	58
3.4 L'ORGANISATION MÉDICALE.....	60
CHAPITRE 4 : CONDITIONS DE SUCCÈS	62
4.1 UN ENGAGEMENT FORMEL DE TOUS LES PARTENAIRES, DES PSYCHIATRES ET DE L'AGENCE	62
4.2 LA NOMINATION D'UN CHARGÉ DE PROJET	62
4.3 DES MÉCANISMES DE SUIVIS ET D'ÉVALUATION MODERNISÉS	62
4.4 LE FINANCEMENT	63
CHAPITRE 5 : ÉBAUCHE DU PLAN DE MISE EN OEUVRE	65
RECOMMANDATION 1 : LE MODÈLE.....	65
RECOMMANDATION 2 : LA FORMATION	66
RECOMMANDATION 3 : LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ ET SERVICES	66
RECOMMANDATION 4 : LES MÉCANISMES DE GOUVERNE.....	66
RECOMMANDATION 5 : LES MÉCANISMES DE COLLABORATION.....	67
RECOMMANDATION 6 : LES MÉCANISMES DE SUIVI.....	68
RECOMMANDATION 7 : LE FINANCEMENT	68
CONCLUSION.....	69
ANNEXE 1 : REPRÉSENTANTS DE LA TABLE INTERSECTORIELLE EN PSYCHIATRIE LÉGALE DE MONTRÉAL	70
ANNEXE 2 : ARTICLE 340 FONCTION DE GOUVERNE DE L'AGENCE.....	72

ANNEXE 3 : LISTE DES MEMBRES DES COMITÉS OPÉRATIONNEL ET STRATÉGIQUE.....	74
ANNEXE 4 : GROUPES ET PERSONNES RENCONTRÉS DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION	77
ANNEXE 5 : RECENSEMENT DES EXPERTISES SPÉCIFIQUES : TABLEAU GLOBAL	79
ANNEXE 6 : MESURES DE SOUTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ (SI-SIV)	81
ANNEXE 7 : DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE.....	83

REMERCIEMENTS

Pour réaliser ce mandat, il importe de souligner d'entrée de jeu la contribution exceptionnelle des professionnels, médecins, chercheurs, gestionnaires et décideurs concernés par la psychiatrie légale sur le territoire montréalais. Nous tenons à les remercier chaleureusement pour leur expertise, leur engagement et leur disponibilité.

De façon toute particulière, nous ne saurions passer sous silence la collaboration significative de madame Anne Crocker*, PH. D. du Département de psychiatrie de l'Université McGill qui, avec son équipe du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, s'est investie tout au long de ces travaux, pour assurer la rigueur scientifique recherchée. Il en est de même pour les membres des deux comités de travail qui, en raison de leur grande expertise, ont donné un sens à cette démarche et une solidité qui rassurent pour l'avenir :

Dre Renée Fugère*, Dr Gilles Chamberland, Mme Antonela Orsini, M. Jean-Sébastien Turcotte, Mme Marie-Hélène Régnier (Institut Philippe-Pinel de Montréal);

M. Jacques Couillard, Mme Emy Cloutier* (Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – IU);

Mme Marie-Suzanne Lavallée, M. Jason Champagne (CSSS Jeanne-Mance)*;

Mme Lyne McVey, M. Michel Dalton, M. Mario Fortier, Me Susy Landreville (Institut universitaire en santé mentale Douglas);

Mme Denise Fortin, Mme Linda Fortier, Mme Élise Badey, Dr André Luyet* (Institut universitaire en santé mentale de Montréal);

M. Denis Bouchard (ministère de la Sécurité publique);

Me Éline Châteauvert* (Aide juridique);

Dre Mimi Israël* (Assemblée des chefs de département de psychiatrie de Montréal, Institut universitaire en santé mentale Douglas)

Notre ambition de réunir les principaux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et de l'intersectoriel s'est donc concrétisée au profit d'une clientèle et d'un réseau de services pour qui la gestion du risque et la coordination d'une offre de services adaptée représentent un défi quotidien et collectif. L'essentiel est en place pour que cette mobilisation et cette ouverture se traduisent en actions concrètes, cohérentes et tangibles pour les personnes et les milieux.

* Membres de la Table intersectorielle de psychiatrie légale de Montréal.

LÉGENDE

Afin d'alléger le texte, les acronymes et termes suivants seront régulièrement utilisés dans le document

Agence	Agence de santé et des services sociaux de Montréal
CRDM-IU	Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DRMG	Département régional de médecine générale
CRDI-TED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
Intersectoriel	Tous les établissements ou organismes du réseau de la justice et de la sécurité publique.
IUSM	Les deux instituts universitaires en santé mentale de Montréal, soit l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal
IUSMD	Institut universitaire en santé mentale Douglas
IUSMM	Institut universitaire en santé mentale de Montréal
IPPM	Institut Philippe-Pinel de Montréal
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MJQ	Ministère de la Justice du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PASM	Plan d'action santé mentale
PTTCQ	Programme de traitement de la toxicomanie à la Cour du Québec
PAJ-SM	Programme d'accompagnement justice-Santé mentale
Services de 1 ^{re} ligne	1) Services généraux offerts à toute la population 2) Services de 1 ^{re} ligne spécialement destinés à la santé mentale
Services de 2 ^e ligne	Services qui font appel à une expertise spécialisée
Services de 3 ^e ligne	Services dont la complexité requiert une expertise surspécialisée qui ne peut être offerte par les services de 2 ^e ligne
SI	Suivi intensif dans la communauté
SIV	Soutien d'intensité variable
NCRTM	Non criminellement responsable pour troubles mentaux
CETM	Commission d'examen pour troubles mentaux
TAQ	Tribunal administratif du Québec
UPS-Justice	Urgence psychosociale-justice

PSYCHIATRIE LÉGALE : LA DÉFINITION

Selon *l’American Academy of Psychiatry and the Law* (2005), la psychiatrie légale est un domaine de la psychiatrie dans lequel l’expertise scientifique et clinique est appliquée à des questions juridiques dans des contextes de droit. La pratique de la psychiatrie légale implique donc un contact avec l’appareil judiciaire, qu’il s’agisse des tribunaux de droit civil ou de ceux de droit criminel. Dans ce contexte, la finalité de l’expertise médicale est d’abord de répondre à un mandat défini par la loi afin de renseigner les intervenants judiciaires sur des questions précises relevant d’une compétence spécialisée en vue de faciliter leur prise de décision. Il s’agit là d’une modification essentielle de la relation médecin-malade, résultant de la présence d’un tiers, à savoir l’autorité qui mandate¹.

¹ Rapport du Comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale relevant du Code criminel. (2011) Québec.

SOMMAIRE

Tant sur le plan international que national, on observe une augmentation significative des personnes ayant des troubles mentaux se retrouvant dans le système de psychiatrie légale.² En plus d'être fortement stigmatisées, celles-ci présentent souvent un profil clinique complexe en raison notamment de la concomitance avec d'autres problématiques, dont la dépendance et les troubles de personnalité³, parfois la déficience intellectuelle, l'itinérance et les facteurs liés au vieillissement. L'accès aux services difficile, voire souvent impossible en temps opportun, entraîne sinon un engorgement des urgences hospitalières, une judiciarisation par défaut ou un maintien de la personne dans une ressource non adaptée à son requis de soins.

Bien que quelques initiatives concrètes comme le service d'urgence psychosociale-justice (UPS-J) ont vu le jour ces dernières années, force est de constater que la situation ne s'est pas améliorée. Si la diversité et le volume d'acteurs interpellés en psychiatrie légale de même que les différents réseaux de services impliqués obligent la mise en place de mécanismes de cohésion et de collaboration particuliers, l'absence d'un leadership régional est mise en évidence tout comme la nécessité d'une coordination des services plus efficace et efficiente.

Avec une volonté affirmée d'améliorer l'accessibilité, la continuité, la sécurité et la qualité des services dispensés aux personnes judiciarisées ayant des troubles mentaux tout en assurant la protection du public, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence) a mandaté une équipe de projet afin de concevoir un modèle hiérarchisé d'organisation de services en psychiatrie légale qui s'inscrivent en parfaite cohérence avec les orientations ministérielles et régionales. D'autres réseaux comme celui de la justice et de la sécurité publique étant touchés directement par cette réalité, l'importance de travailler en intersectorialité s'est imposée dès le départ.

Une approche concertée favorisant la mobilisation des différents acteurs-clés a donc été privilégiée car, rapidement, il est devenu évident que le défi structurel était plus imposant que celui du contenu. Ayant été appelée nombre de fois depuis la dernière décennie à participer à des travaux similaires en psychiatrie légale, la confiance des parties prenantes sera conquise si des gestes concrets sont posés et des choix organisationnels confirmés.

² Jansman-Hart, E. M., Seto, M., Crocker, A. G., Nicholls, T. N., & Côté, G. (2011). International Trends in Demand for Forensic Mental Health Services. *International Journal of Forensic Mental Health Services*, 10(4), 326-336. doi: 10.1080/14999013.2011.625591
Latimer, J., & Lawrence, A. (2006). The review board systems in Canada: Overview of results from the Mentally Disordered Accused Data Collection Study (pp. 52). Ottawa: Department of Justice Canada.

³ Crocker, A. G., Nicholls, T. N., Seto, M. C., Charette, Y., Côté, G., & Caulet, M. (sous presse). The National Trajectory Project of Individuals found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder in Canada: Part 2—The people behind the label. *Canadian Journal of Psychiatry*.

Le présent document, fruit d'une large consultation et d'échanges avec les experts (plus d'une centaine de personnes rencontrées), a été inspiré par les travaux recensés en psychiatrie légale depuis les dernières années autant sur le plan local, régional que national⁴. Comme la hiérarchisation de l'offre de services en psychiatrie légale doit s'appuyer sur une gamme de services en santé mentale optimale dans la communauté, le synchronisme à assurer entre les différents plans d'action menés en simultanée à Montréal⁵ est déterminant.

À cet égard, nous réitérons l'importance accordée aux services dispensés en amont de la judiciarisation, qui ont un impact direct sur une organisation de services hiérarchisés fluide et efficiente. Il est donc évident que la réflexion sur l'organisation des services de psychiatrie légale ne peut se faire en vase clos. L'engagement de tous les acteurs est incontournable de même qu'un leadership régional fort et des mécanismes de suivis rigoureux.

En guise de première partie au présent document, il est apparu important de situer le contexte montréalais au regard de la psychiatrie légale et des défis qu'impose la mise en place d'une organisation de services hiérarchisés. L'état de situation réalisé de même que les contraintes économiques auxquelles les différents réseaux sont assujettis obligent la créativité et la mobilisation de tous les acteurs.

Montréal est la seule région au Québec qui compte en son sein un établissement regroupant des services surspécialisés organisés spécifiquement pour la clientèle de psychiatrie légale, soit l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM). Le fait de pouvoir compter notamment sur deux instituts universitaires en santé mentale (IUSM), d'un institut universitaire en dépendance (CRDM-IU) ainsi que sur plusieurs centres hospitaliers avec un département de psychiatrie est également un levier pour la région. Ceci est sans compter l'existence de ressources résidentielles spécialisées pour cette clientèle et des programmes alternatifs à la judiciarisation reconnus (PAJ-SM, UPS-Justice, PTTCQ, etc.).

En deuxième partie, le lecteur sera en mesure d'apprécier la concordance du modèle proposé avec les constats, les enjeux, les leviers et les meilleures pratiques identifiées, en plus de reconnaître la richesse des expertises diversifiées sur le territoire montréalais. Aucun modèle n'est la panacée aux lacunes d'un système, aussi performant soit-il. Son efficience vient d'une volonté commune de mieux s'organiser, de s'engager dans la même direction et de rejoindre avec plus de satisfaction et de diligence certaines clientèles, trop souvent laissées pour compte. Nos ressources étant limitées, il presse de revoir nos façons de faire, mais également de consolider nos acquis. En conséquence, le modèle hiérarchisé que nous proposons comporte quatre (4) paliers:

- L'offre de services de 1^{re} ligne en santé mentale;
- L'offre de services spécialisés en santé mentale;
- L'offre de services spécialisés en psychiatrie légale;
- L'offre de services surspécialisés en psychiatrie légale.

⁴ Comité interministériel en psychiatrie légale, MSSS (2011), Table intersectorielle en psychiatrie légale de Montréal (2007), Vers une mission nationale, IPPM (2010)

⁵ Rapport Paquet (2013), Plan de transformation des ressources résidentielles, Agence (en cours).

Pour le faire vivre, les établissements partenaires devront créer les conditions nécessaires afin d'assurer une intégration fonctionnelle des services. Rappelons que le principal objectif du modèle d'organisation de services proposé est d'améliorer la complémentarité entre les niveaux de services spécialisés en santé et services sociaux⁶, mais aussi d'assurer une coordination étroite entre les différentes organisations, afin d'organiser une desserte de psychiatrie légale optimale pour la clientèle cible.

En psychiatrie légale, l'évaluation du risque chez la clientèle, en plus de l'état mental et du délit commis, revêt un caractère central dans le choix des mesures de soutien et d'encadrement prioritaires. Ces risques présentent une grande variabilité⁷ dont il faut tenir compte dans le processus d'évaluation de la personne afin de bien cibler le traitement requis pour celle-ci. L'utilisation d'outils standardisés d'aide à la décision clinique et à l'orientation des personnes fait partie des recommandations émises dans le plan de mise en œuvre.

Le modèle est présenté plus en détail dans le présent document. L'ajout d'un niveau de soins intermédiaires (unité d'hospitalisation et équipe mobile interdisciplinaire en ambulatoire) dans chacun des instituts universitaires en santé mentale de Montréal est sans aucun doute la plus grande transformation de services proposée. Pour l'ensemble des partenaires, la mise en place d'un mécanisme régional de liaison et de coordination est sans contredit la mesure la plus attendue. L'augmentation du nombre d'équipes de suivi intensif dans la communauté (SI) de même que le rehaussement du nombre de places en ressources résidentielles spécialisées en psychiatrie légale apparaissent finalement deux éléments clés pour assurer une plus grande fluidité de la trajectoire de services.

La poursuite des travaux amorcés de même que la mise en place des recommandations qui seront retenues par les différentes instances imposent des mécanismes de gouverne clairs et consentis par tous les acteurs. Nous en avons tenu compte et cela est l'objet de la 3^e partie de ce document. Puis, prenant appui sur les enjeux identifiés par les personnes et groupes consultés, et afin de rendre optimal le modèle hiérarchisé proposé, il importe d'élaborer des stratégies visant à faciliter le développement ou le renforcement de la concertation et de la collaboration entre les différents partenaires et réseaux impliqués.

Bien que nous valorisons l'interdisciplinarité et que nous accordions une très grande importance à la contribution spécifique des professionnels œuvrant en psychiatrie légale, l'organisation médicale pose un défi certain dans le contexte d'une hiérarchisation de cette offre de services spécifiques sur le territoire montréalais.

Les présents travaux ont permis d'orienter, à l'aide d'experts, la mise en place des structures de soins et services, de gouverne et de partenariat et les actions qui en découlent pour atteindre les buts visés. Il faut à ce stade-ci encadrer le processus et mettre en place les mécanismes de suivi nécessaires pour obtenir les résultats escomptés qui serviront la reddition de comptes attendue ainsi que les autres conditions de succès identifiées au chapitre 4.

⁶ Les services dispensés par les partenaires intersectoriels sont essentiels et une démarche de coordination intersectorielle est assurément bénéfique pour la clientèle visée. Comme l'Agence n'a ni le mandat, ni l'autorité de prescrire aux autres partenaires des alignements relatifs à leurs services ou à la façon dont ils les dispensent, le présent document porte uniquement sur les services de santé et services sociaux.

⁷ Crocker et al (2012), Tendances dans les demandes de services psycholégaux : portée pour la réintégration dans la communauté.

Bien que le mandat confié au groupe de travail portait essentiellement sur la conception d'un modèle et l'identification de mécanismes de gouverne et de partenariat pour en assurer le suivi, les nombreux échanges avec des acteurs-clés en provenance de milieux diversifiés et de réseaux distincts, bonifiés d'une revue des écrits et de la recherche, ont permis de jeter les bases d'un plan de mise en œuvre. Nous l'avons maintes fois répété, cette démarche prendra tout son sens dans la mesure où elle se traduit en actions concrètes. Sans prétention et avec l'idée que les équipes qui prendront le relais pourront les remanier en fonction notamment de données plus fines ou d'information complémentaire, les recommandations énoncées au dernier chapitre devraient guider la suite des travaux dans une logique de continuité.

En synchronisme avec les plans d'action existants en santé mentale sur le territoire montréalais, une priorité devra être accordée à l'organisation médicale, à la réduction du nombre d'hôpitaux désignés en psychiatrie légale (proposition à faire au MSSS), au financement ainsi qu'aux mécanismes de gouverne et de partenariat à mettre en place sans délai. L'accès facilité et systématisé à des données fiables est un enjeu dont il faudra aussi se préoccuper dès le départ. Notons de plus, la formation, la recherche et l'enseignement qui ont été réfléchis en consortium régional favorisant, de ce fait, la mise en commun des expertises, le développement et le partage des connaissances et les opportunités de partenariat.

Dans une perspective de responsabilisation des établissements et d'imputabilité au regard des résultats, nous croyons utile de rappeler que l'implantation du modèle et sa pérennité devraient être réalisables à même les argents disponibles. Différents scénarios ont été envisagés à cet égard.

En conclusion, le modèle de hiérarchisation retenu et ses différentes composantes comportent plusieurs bénéfices en plus de s'inscrire en parfaite cohérence avec les orientations retenues autant sur le plan local, régional que national. Notre plus grand défi : être au rendez-vous!

PRÉAMBULE

Tant sur le plan international que national, on observe une augmentation significative des personnes ayant des troubles mentaux se retrouvant dans le système de psychiatrie légale.⁸ En plus d'être fortement stigmatisées, celles-ci présentent souvent un profil clinique complexe en raison notamment de la concomitance avec d'autres problématiques, dont la dépendance et les troubles de personnalité⁹, parfois la déficience intellectuelle, l'itinérance et les facteurs liés au vieillissement. L'accès aux services difficile, voire souvent impossible en temps opportun, entraîne sinon un engorgement des urgences hospitalières, une judiciarisation par défaut ou un maintien de la personne dans une ressource non adaptée à son requis de soins.

En mai 2013, on dénombrait 190 personnes qui avaient terminé leur hospitalisation (fin de soins actifs) et qui étaient maintenues dans l'un des trois établissements spécialisés en santé mentale de Montréal parce que le service requis n'était pas disponible pour prendre le relais (94 en attente de ressources spécialisées en psychiatrie légale). Nous observons d'ailleurs, année après année, que le nombre de places en ressources d'hébergement spécialisées pour cette clientèle est insuffisant.

Par voie de conséquence, le recours à l'expertise spécialisée de ces milieux de même que le soutien offert aux équipes le nécessitant sont fortement diminués. Cette inadéquation entre le requis de soins et l'offre de services pose plusieurs défis. Jumelées à une gestion du risque déficiente, ces situations ont vite fait de créer un inconfort de toutes les parties entraînant, à l'intérieur même du réseau de la santé et des services sociaux, une urgence d'intervenir et d'activer les travaux sur une hiérarchisation des services en psychiatrie légale sur le territoire montréalais.

De surcroît, la diversité et le volume d'acteurs interpellés par ce champ d'activités de même que les différents réseaux de services concernés obligent la mise en place de mécanismes de cohésion et de collaboration particuliers. La réflexion sur l'organisation des services de psychiatrie légale ne peut se faire en vase clos. L'opérationnalisation et la mise en œuvre d'un plan d'action en psychiatrie légale doivent nécessairement tenir compte des volumes de clientèle en plus d'identifier les pistes de solutions pour agir en amont de la judiciarisation.

Malgré les efforts consentis depuis bon nombre d'années, la situation ne s'est pas améliorée. L'absence d'un leadership régional est mis en évidence tout comme la nécessité d'une coordination des services qui favorise une meilleure accessibilité, continuité, sécurité et qualité des services dispensés aux personnes judiciarisées ayant des troubles mentaux en plus d'assurer la protection du public et des familles.

⁸ Jansman-Hart, E. M., Seto, M., Crocker, A. G., Nicholls, T. N., & Côté, G. (2011). International Trends in Demand for Forensic Mental Health Services. *International Journal of Forensic Mental Health Services*, 10(4), 326-336. doi: 10.1080/14999013.2011.625591
Latimer, J., & Lawrence, A. (2006). The review board systems in Canada: Overview of results from the Mentally Disordered Accused Data Collection Study (pp. 52). Ottawa: Department of Justice Canada.

⁹ Crocker, A. G., Nicholls, T. N., Seto, M. C., Charette, Y., Côté, G., & Caulet, M. (sous presse). The National Trajectory Project of Individuals found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder in Canada: Part 2—The people behind the label. *Canadian Journal of Psychiatry*.

Le présent document, fruit d'une large consultation et d'échanges avec les experts (plus d'une centaine de personnes rencontrées), est fortement inspiré des travaux recensés en psychiatrie légale depuis les dernières années. Il n'a pas la prétention d'être une première publication sur le sujet, mais il a le mérite de traduire le plus fidèlement possible la volonté des différents acteurs-clés impliqués. Il est le reflet d'une franche mobilisation de professionnels, de médecins, de chercheurs, de gestionnaires et d'administrateurs dédiés à cette clientèle qui reconnaissent qu'un travail de construction s'échelonnera sur quelques années, mais qu'ensemble, il y a lieu d'espérer le meilleur pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, celles-ci ayant toujours été au cœur de leurs discussions.

Mises en garde

Le court délai accordé à la réalisation de ce mandat a d'abord été consacré à la mise à jour des connaissances et à la validation des documents traitant de ce sujet réalisés sur le plan national, régional et local. Bien que cet exercice rigoureux et dynamique a permis de jeter les bases d'une organisation de services hiérarchisés en psychiatrie légale et d'identifier les mécanismes de gouvernance et de collaboration requis pour sa mise en œuvre, il va de soi que des travaux subséquents d'opérationnalisation sont requis.

L'accès déficient à des données fiables, colligées de manière systématique au sein des établissements et des services offerts dans la communauté, constitue une limite importante quant à la précision et à l'analyse fine du requis de soins et services à mettre en place dans un modèle hiérarchisé. Afin de ne pas retarder les travaux, nous avons fait le choix d'aller de l'avant en utilisant les données compilées de façon autonome par les établissements et celles disponibles à l'Agence. Les responsables du plan de mise en œuvre devront tenir compte de cette réalité dès le début de l'implantation du modèle retenu.

CHAPITRE 1 : ÉLÉMENTS DU CONTEXTE

Le plan d'action en santé mentale 2005-2010 : bilan montréalais

En 2013, à l'aube d'un prochain plan d'action ministériel en santé mentale (PASM) et dans l'objectif de prioriser des pistes de solutions qui s'inscrivent en cohérence avec les orientations initiales de ce dernier sur le territoire montréalais, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence), soutenue par un consultant externe, a choisi de dresser les principaux enjeux de l'implantation du PASM dans la région, d'établir des constats et de proposer des solutions sous la forme de recommandations¹⁰.

Tout au long de la démarche, principalement axée sur l'amélioration de l'accès et de la continuité des services de santé mentale à Montréal, la réponse aux besoins des personnes présentant un problème de santé mentale dans un contexte de psychiatrie légale a été évoquée.

Dans le rapport final, il est mentionné, pour ce champ d'activités, l'importance d'une programmation régionale, articulée avec la mission surspécialisée de l'IPPM, pour préciser les mandats de chacun, améliorer la coordination, la concertation entre les partenaires et offrir aux personnes desservies les services requis, adaptés à leurs besoins dans une vision de réadaptation.

Ce rapport spécifiait en ces termes :

« La complexité des enjeux et leur importance sur le plan de l'accès aux soins et de la sécurité nous amènent à recommander de :

mettre en place, sous la responsabilité de l'Agence, en appui aux initiatives en cours, une démarche d'organisation de services en psychiatrie légale, pour la région de Montréal, en étroite collaboration avec les milieux policiers, judiciaires et correctionnels, devant conduire au dépôt d'une proposition d'organisation de services, d'ici le 31 mars 2014. »

Avec l'adoption de ce rapport, l'Agence et les établissements partenaires se sont engagés à mettre tous les efforts requis pour actualiser cette recommandation en écho à l'*Entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013*¹¹ émise par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Dans chacune des régions administratives du Québec, il est attendu qu'une offre de services hiérarchisés en psychiatrie légale soit déposée et convenue entre les différents dispensateurs du réseau et intersectoriels. Ces deux impératifs ont donc été à l'origine de la présente démarche.

¹⁰ Paquet Roger, 2013, *Agir maintenant. Constats et recommandations concernant l'amélioration de l'accès et de la continuité des services de santé mentale à Montréal*. Montréal. 4 juin 2013.

¹¹ 2012-2013 Agence - MSSS, *Entente de gestion et d'imputabilité*.

Des initiatives régionales

D'entrée de jeu, il faut reconnaître les différentes initiatives portées par la région de Montréal sur l'objet en titre. Depuis 2007, malgré certaines turbulences, *la Table intersectorielle en psychiatrie légale de Montréal*¹² est demeurée active. Des représentants de la justice, de la sécurité publique, du réseau de la santé et des services sociaux et du réseau communautaire se réunissent régulièrement et s'impliquent pour l'amélioration des services dans ce secteur d'activités. Leur intérêt commun est d'identifier des lacunes sur le terrain et, à terme, d'adapter l'offre de services de psychiatrie légale en favorisant notamment la mise en place de corridors et d'interfaces fonctionnels entre les différents dispensateurs de services.

En parallèle, une autre démarche est menée par l'IPPM depuis 2010¹³. Celle-ci, toujours à l'agenda ministériel, vise la reconnaissance de la mission nationale de l'établissement, recommandation émise également par le *Comité de travail interministériel sur les services de psychiatrie légale relevant du Code criminel*¹⁴. Des éléments de ces travaux plus spécifiques sont évidemment considérés dans le cadre du présent exercice, mais notre attention sera principalement mise sur la clientèle résidant à Montréal qui représente 55 % des dossiers actifs à l'IPPM, ses besoins et son requis de services spécialisés. D'évidence, en raison du caractère suprarégional de l'IPPM, l'impact de ce positionnement régional sur les autres régions du Québec devra être pris en compte dans la suite des travaux nationaux.

La psychiatrie légale : vision ministérielle

Le MSSS porte comme objectif l'adaptation et la création de lois, de programmes ou de règlements favorables aux personnes ayant un trouble mental et à leur intégration sociale. Dans ce cadre, il ne fait nul doute que les présents travaux suscitent un vif intérêt. Il faut reconnaître que la région de Montréal, avec son volume d'activités en psychiatrie légale, ses institutions et ses expertises diversifiées, trace indéniablement les contours d'une offre de services spécialisés et surspécialisés sur le plan national, et ce, malgré un exercice dont les visées sont à portée régionale.

À titre illustratif, à Montréal on retrouve 33 % des nouveaux cas « non criminellement responsables pour troubles mentaux (NCRMT) » de l'ensemble de la province qui se répartissent comme suit dans les différentes régions du Québec¹⁵ :

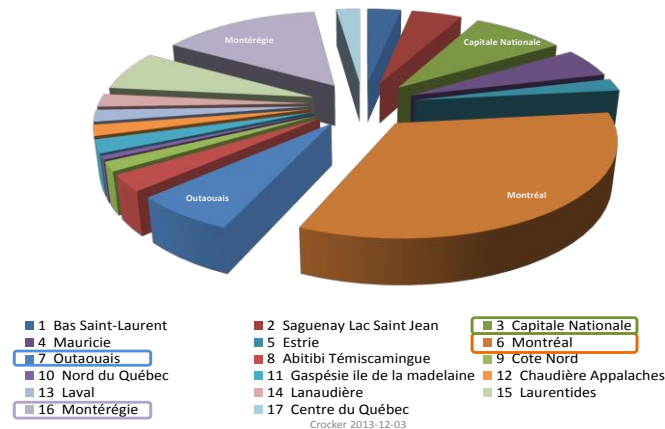
¹² La Table intersectorielle en psychiatrie légale de Montréal compte des représentants de 14 établissements ou organismes différents en provenance des réseaux de la santé et des services sociaux, de la justice et de la sécurité publique. La liste des représentants se retrouve à l'annexe 1.

¹³ IPPM (2010), Vers une mission nationale (document interne).

¹⁴ MSSS (2011), Rapport du Comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale relevant du code criminel, Québec.

¹⁵ Crocker, A. G., Caulet, M., Nicholls, T. N., Seto, M., & Côté, G. (2013). Sommaire des résultats du «Projet Trajectoires National» sur la responsabilité criminelle. Présentation faite à l'Agence de Santé et des Services sociaux de Montréal, le 3 décembre 2013.

Figure 1 : Distribution des personnes non criminellement responsables pour troubles mentaux (NCRTM) au Québec



La vision ministérielle, partagée par toutes les instances, situe les services de psychiatrie légale comme partie intégrante des services de santé mentale. La disponibilité et le développement de services de 3^e ligne dans ce domaine, presque exclusivement dispensés par l'IPPM à ce jour, n'excluent en rien la pertinence d'une offre de services en psychiatrie légale de 2^e ligne, de même que des activités de 1^{re} ligne et de réadaptation. Au contraire, une gamme de services mieux coordonnés et hiérarchisés devrait concourir à l'autonomie régionale souhaitée et, de ce fait, assurer une réponse mieux adaptée aux besoins de ces personnes en plus d'accroître la fluidité du système.

En 2011, d'importants travaux réalisés par le *Comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale relevant du Code criminel* ont été pilotés par la Direction de la santé mentale du MSSS. Ils ont inspiré la présente démarche. D'ailleurs, les recommandations imputables aux agences ou aux établissements partenaires issues de cet exercice prennent vie dans les actions que nous avons privilégiées en conclusion de ce rapport.

Dans le document de consultation du forum national portant sur le prochain Plan d'action en santé mentale 2014-2020, l'arrimage optimal avec la première ligne, la qualité et l'accessibilité des soins et services sont toujours en tête de liste. Des thèmes comme le plein exercice de la citoyenneté, la détection et l'intervention précoce chez les jeunes, la gamme de services en santé mentale, les pratiques organisationnelles et cliniques sont quant à eux au chapitre des priorités. Dans cette lignée, nous y constatons avec satisfaction, l'intention réaffirmée du MSSS de donner suite aux recommandations du Comité interministériel. L'adoption de ce plan est prévue en 2014.

D'importants chantiers en santé mentale dans la région montréalaise

Nous ne pouvons passer sous silence les grands chantiers sur l'organisation des services en santé mentale actuellement en cours dans la région montréalaise qui s'inscrivent en parfaite cohérence avec les différents rapports ministériels¹⁶. Pour citer les plus structurants, notons les différentes actions convenues en suivi du rapport *Agir maintenant*¹⁷ sur l'amélioration de l'accès et de la continuité des services de santé mentale à Montréal qui visent notamment :

- La standardisation et l'harmonisation de l'accès aux services de 1^{re} ligne;
- L'accroissement du nombre de personnes prises en charge par un médecin de famille;
- La consolidation de la fonction de psychiatre répondant;
- La consolidation des équipes de suivi intensif dans la communauté (SI) et des équipes de soutien d'intensité variable (SIV);
- L'expérimentation d'équipes intégrées 1^{re} et 2^e ligne et l'organisation de la fonction liaison par pôle de services;
- Le développement d'approches de traitement bref dans les milieux hospitaliers;
- L'optimisation de services de réadaptation intensive dans les instituts universitaires en santé mentale;
- Une organisation de services plus adaptée et intégrée aux troubles concomitants, incluant des mécanismes de collaboration interservices plus efficaces : dépendance, déficience intellectuelle / troubles envahissants du développement et vieillissement;
- Une diversification des types d'hébergement et le développement de 100 nouvelles places afin de désengorger les milieux hospitaliers;
- La mise en place d'un plus grand nombre de logements adaptés et de logements autonomes avec soutien.

Tous les établissements concernés par ces travaux d'envergure et l'Agence ont entériné ces recommandations, et ce, faut-il le souligner, dans un contexte d'optimisation et de resserrement budgétaire. Ces impératifs s'ajoutent au plan de transformation des ressources résidentielles actuellement en cours sur le territoire montréalais qui n'a pas encore atteint ses cibles.

Comme le développement d'un modèle hiérarchisé d'organisation des services spécialisés en psychiatrie légale a pour prémisse plusieurs de ces composantes, il importe d'arrimer et de coordonner l'ensemble des démarches afin de ne pas doubler les efforts et de séquencer les actions de façon efficiente et efficace. À cet égard, l'Agence devra, dans son rôle de coordination des services sur son territoire, assurer un leadership fort et soutenant¹⁸.

¹⁶ Évaluation de l'implantation, *La Force des liens*, Plan d'action en santé mentale 2005-2010. Discussion et pistes de recommandations / Commissaire à la santé et au bien-être (2012), Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux, *Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Québec. p.146-147.

¹⁷ Paquet, Roger, *Agir maintenant*, Constats et recommandations concernant l'amélioration de l'accès et de la continuité des services de santé mentale à Montréal, Montréal, 2013.

¹⁸ LSSS, Article 340, Fonction de gouverne de l'Agence, Annexe 2.

La responsabilité populationnelle

Certains services, notamment en milieu hospitalier, reçoivent et traitent des personnes en provenance de tous les territoires locaux. Ils font face à un défi de taille pour organiser et coordonner le retour des patients et leur prise en charge dans le territoire local. Cette réalité est particulièrement vraie en psychiatrie légale.

Pour parer à cette situation, le rapport Agir maintenant (2013)¹⁹ nous rappelle l'importance de la responsabilité populationnelle induite aux CSSS et de la fonction de liaison en santé mentale à Montréal qui joue un rôle crucial dans le fonctionnement du continuum de soins. Une première partie de cette liaison s'exerce au niveau local sous la responsabilité du CSSS et permet d'assurer un cheminement fluide entre les dispensateurs de soins du territoire local. Cependant, la fonction de liaison s'étend aussi au-delà du territoire local. Nous souscrivons donc aux recommandations émises lors de ces travaux soit :

- D'identifier les responsables et conclure des ententes avec les partenaires si requis;
- De responsabiliser le CSSS local dans la prise en charge de toute situation d'exception où aucun mécanisme de liaison n'est formellement établi à l'intérieur du pôle de services.

La psychiatrie légale ne devrait pas être occultée de ces travaux par pôle de services, bien que le modèle ait un caractère spécialisé et régional. Des arrimages sont d'ailleurs prévus afin de consolider les partenariats déjà en place et multiplier les initiatives de collaboration souhaitée avec la 1^{re} ligne davantage soutenue par l'équipe de liaison en psychiatrie légale.

À cet égard, chaque CSSS porte la responsabilité de rendre accessible sa gamme de services en santé mentale et en dépendances à la clientèle de psychiatrie légale dont le requis de services le nécessite.

Les hôpitaux désignés en psychiatrie légale pour adultes à Montréal

En 2005, un arrêté en conseil (98-11) du ministère de la Santé et des Services sociaux²⁰ désignait 50 hôpitaux au Québec pour une ordonnance d'évaluation, de garde ou de traitement des accusés atteints de troubles mentaux dont 14 (12 pour adultes) sont situés dans la région de Montréal.

Le tableau 1 décrit les hôpitaux désignés à Montréal.

¹⁹ Paquet, Roger (2013), Agir maintenant, Constats et recommandations concernant l'amélioration de l'accès et de la continuité des services de santé mentale à Montréal, Montréal.

²⁰ Arrêté ministériel numéro 2005-013 du ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 25 août 2005.

TABLEAU 1 : HÔPITAUX DÉSIGNÉS PAR L'ARRÊTÉ MINISTÉRIEL 2005-013 (ADULTES)

Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD)	Centre universitaire de santé McGill (CUSM)	Centre hospitalier Fleury CSSS d'Achilles et Montréal-Nord
Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM)	Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	Hôpital général du Lakeshore CSSS de l'Ouest-de-l'Île
Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM)	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (Pavillon Albert Prévost)	Hôpital Jean-Talon CSSS du Cœur-de-l'Île
Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Centre hospitalier de St. Mary

Cette réalité complexifie la prestation de services pour les partenaires du réseau de la justice et de la sécurité publique qui déplorent, entre autres, les nombreux déplacements et la précarité de certains milieux où ils sont appelés à exercer leurs responsabilités. Cet état de fait a un impact direct sur les durées de séjour en milieu hospitalier. Du côté de la santé et des services sociaux, cette réalité est également dénoncée puisqu'en raison notamment des masses critiques, certaines équipes de soins sont souvent confrontées à des limites sur les plans cliniques, juridiques et organisationnels (sécurité du patient, des équipes et de la population fragilisée).

Un parc de ressources résidentielles important

Les études démontrent que le fait de vivre en hébergement supervisé diminue significativement le risque de récidive chez la clientèle psycholégale²¹. À cet égard, la région de Montréal possède, pour la clientèle ayant des troubles mentaux, un réseau résidentiel diversifié et important. Un plan de transformation est en cours de réalisation et des adaptations doivent être réalisées pour mieux répondre aux besoins actuels de la clientèle.

État de situation au 5 avril 2013 :

- 3051 places en ressource résidentielle située sur l'île de Montréal (315 installations) ;
- 149 places situées sur l'île de Laval (15 installations) ;
- 46 places dans la région de Lanaudière (3 installations) ;
- Grand total de 3246 places.

Type de ressources sur l'île de Montréal :

- Encadrement intensif à durée limitée (Code 30) = 604 places (20 %) ;
- Encadrement léger à modéré (Code 31) = 1 568 places (51 %) ;
- Logements avec services de soutien (Code 32) = 879 places (29 %).

²¹ Salem, L., Crocker, A. G., Charette, Y., Seto, M. C., Nicholls, T. L., & Côté, G. (accepté). *Supportive housing and forensic patient outcomes*. Law and Human Behavior: Supportive housing and forensic patient outcomes.

La clientèle judiciairisée qui requiert ce niveau d'encadrement peut bénéficier de 141 places en ressources résidentielles spécialisées en psychiatrie légale. Nous observons au fil du temps qu'une soixantaine des personnes sont en attente d'une telle place.

**TABLEAU 2 : NOMBRE DE PLACES ET TYPES D'ORGANISATIONS RÉSIDENTIELLES EN RESSOURCES
RÉSIDENTIELLES SPÉCIALISÉES EN PSYCHIATRIE LÉGALE**

	OBNL (RI et RA) « 108 »				Privé (RTF)	Total
	Résidences Fleury	Le Jalon (Le Mûrier Inc)	L'Entre-Toit	Maison Intervalle	Résidence d'accueil	
Résidence de groupe	28	-	30	14 (3)	-	72
Chambre et pension	10	-	-	-	-	10
Appartement supervisé	20	-	-	6	-	26
Appartement regroupé	-	12	-	-	-	12
Milieu familial	-	-	-	-	21	21
Total	58	12	30	20	21	141

Tableau préparé par Mme Amélie Felix 2013

Source : IUSMM, 2014

1.1 LE MANDAT

L'Agence, dans son entente de gestion 2012 -2013 avec le MSSS, s'est engagée à procéder à l'implantation d'un réseau hiérarchisé de prestation de services de psychiatrie légale et à déposer au MSSS un modèle d'offre de services hiérarchisés d'ici le 31 mars 2014.

Pour ce faire, la PDG de l'Agence a confié le présent mandat à madame Michèle Tourigny, consultante :

- Avec l'équipe désignée de l'Agence, et en étroite collaboration avec les établissements concernés, concevoir un modèle hiérarchisé d'organisation de services en psychiatrie légale pour la région montréalaise;
- Initier les travaux régionaux en impliquant les acteurs concernés.

Le modèle devra :

- Être en cohérence avec les orientations ministérielles et régionales;
- Considérer et mettre à jour les travaux de la Table intersectorielle en psychiatrie légale de Montréal (2008) et ceux du Comité de travail interministériel portant sur la prestation des services de psychiatrie légale (2011);
- Mettre à contribution les différents partenaires du réseau et reposer sur un travail de collaboration étroite avec les différentes instances intersectorielles;
- Se financer à même les enveloppes budgétaires disponibles en valorisant l'optimisation et la transformation des services existants.

1.2 LA DÉMARCHE

Nous l'avons mentionné précédemment, les différentes initiatives portées par la région serviront d'assises et de garanties à la conception et à l'implantation réussie d'un modèle de services hiérarchisés en psychiatrie légale. Si plusieurs décrivent avec justesse l'état de situation à Montréal au regard de ce champ d'activités spécifiques, nous observons à ce jour que plusieurs initiatives sont demeurées en suspens.

Une approche concertée favorisant la mobilisation des différents acteurs-clés a donc été privilégiée par la consultante et l'équipe de projet. L'équipe a vite réalisé que le défi structurel était plus imposant que celui du contenu. Ayant été appelée nombre de fois depuis la dernière décennie à participer à des travaux similaires en psychiatrie légale, la confiance des parties prenantes sera conquise si des gestes concrets sont posés et des choix organisationnels confirmés. Cette lecture de l'environnement a guidé les différentes étapes de la démarche amorcées en octobre 2013 :

Étape 1

La mise en place d'une structure de travail (comités stratégique et opérationnel) réunissant à la fois, des professionnels, des gestionnaires, des décideurs, des avocats et des chercheurs en provenance du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des représentants de l'intersectoriel²² :

Le **comité opérationnel** a pour mandat de :

- Dresser un état de situation en psychiatrie légale à Montréal :
 - Identification des constats et enjeux;
 - Identification des pratiques exemplaires dans le domaine et des modèles de hiérarchisation de services existants au Québec et ailleurs.
- Concevoir un modèle d'organisation de services hiérarchisés en psychiatrie légale qui tient compte des deux composantes de l'état de situation.
- Ces travaux devront notamment tenir compte de deux enjeux transversaux :
 - L'intégration et le soutien dans la communauté (pré, per, post);
 - La dimension intersectorielle de la psychiatrie légale.

Le **comité stratégique** a pour mandat de :

- Recevoir les travaux du comité opérationnel;
- Faciliter l'avancée des travaux;
- Entériner les propositions déposées par le comité opérationnel aux différentes étapes clés;
- Orienter l'avancée des travaux;
- Formuler des recommandations aux instances régionales.

²² La liste des membres des comités stratégique et opérationnel est disponible à l'Annexe 3.

Étape 2

La réalisation d'un état de situation à partir des documents, des données statistiques, de recherches et de travaux réalisés sur le sujet à Montréal et ailleurs. Soulignons avec appréciation que certaines régions administratives du Québec ont mis à notre disposition des documents fort pertinents sur l'organisation hiérarchisée des services en psychiatrie légale de leur territoire.

Étape 3

Un processus de consultation continue prenant différentes formes : rencontres individuelles, groupes restreints, présentations à différentes tables existantes. Nommons à titre informatif : l'Assemblée des chefs de département de psychiatrie de Montréal, la Table intersectorielle en psychiatrie légale, la Table DI-TED/justice, les cogestionnaires médico-clinico-administratifs des hôpitaux désignés, un juge, le MSSS, la Table interrégionale en psychiatrie légale, les responsables des ressources résidentielles spécialisées. Au total, plus de 100 personnes²³ nous ont donné leur avis en direct, ont validé les orientations retenues, en plus de bonifier le contenu alliant les meilleures pratiques et la réalité terrain.

Étape 4

La consultation des utilisateurs de services ou leur représentant.

Étape 5

La réalisation et l'utilisation d'une trentaine de vignettes cliniques par les participants de la Table intersectorielle en psychiatrie légale servant de base à l'élaboration du modèle et des trajectoires de services qui en découleront.

Étape 6

La conception du modèle hiérarchisé et l'identification de mécanismes de gouverne et de collaboration (livrables).

Étape 7

L'adoption par les différentes instances de gouverne de l'Agence et des établissements.

²³ Liste des personnes et des groupes consultés à l'Annexe 4.

1.3 LA CLIENTÈLE CIBLE

Dans le cadre du modèle montréalais, la clientèle suivante est retenue :

Personne judiciairisée en vertu du Code criminel (sections XX.1 et XX1V)²⁴ ayant besoin de services psychiatriques : évaluation, garde, intervention, réadaptation.

Il est toutefois reconnu par tous qu'une partie de la clientèle non judiciairisée présente des comportements dont le niveau de risque de violence et de dangerosité nécessite une évaluation, une intervention ou un encadrement spécialisé comparable à la clientèle décrite précédemment.

La population carcérale devrait aussi pouvoir bénéficier de l'organisation de services proposée.

1.4 LE BUT RECHERCHÉ

Améliorer l'accessibilité, la continuité et la sécurité des services d'évaluation, de traitement et de suivi des clientèles adultes qui présentent des problèmes de santé mentale dans un contexte de psychiatrie légale tout en assurant la protection et la sécurité du public.

1.5 LES PRINCIPES DIRECTEURS

- Une intervention en temps opportun et adaptée aux besoins de la personne;
- La sécurité et la protection du public;
- L'implication active de la personne atteinte et de son entourage tout au long du processus de soins;
- Le soutien et le maintien de la personne dans la communauté;
- La régionalisation de l'offre de services hiérarchisés en psychiatrie légale;
- La fluidité au sein de la trajectoire de soins et services, et ce, à tous les niveaux;
- La collaboration interétablissement et intersectorielle;
- Du personnel qualifié et disponible;
- Des pratiques exemplaires;
- L'intégration de la recherche et de l'enseignement;
- L'optimisation des ressources disponibles.

²⁴ Code criminel L.R.C. (1985), ch. C-46, partie XX.1 et partie XX1V

1.6 LES OBJECTIFS POURSUIVIS

- Viser la meilleure adéquation possible entre le requis de soins et l'offre de services disponibles sur le territoire montréalais (la bonne place et au bon moment);
- Adopter un modèle régional d'organisation des services hiérarchisés où l'équité au regard des délais d'accès et de l'offre de services spécialisés est assurée à la personne;
- Valoriser les interventions en amont et en aval de la judiciarisation de façon à soutenir la réadaptation et l'intégration de la personne dans la communauté;
- S'assurer que les interventions en fonction du Code criminel soient utilisées seulement quand la mesure au civil est insuffisante, du point de vue de la sécurité publique;
- Promouvoir la continuité et la complémentarité de services au sein du réseau de la santé et des services sociaux entre la santé mentale et la santé physique, la dépendance, le vieillissement, la DI-TED ou l'itinérance;
- Dans le respect des missions de chacun des établissements ou des organismes partenaires, consolider des liens de collaboration intersectoriels avec les intervenants des secteurs judiciaires et correctionnels;
- Assurer la fluidité de la transmission de l'information dans le respect des obligations de confidentialité des renseignements personnels prévus à la Loi d'accès à l'information, la protection des renseignements personnels et la Loi sur les services de santé et services sociaux²⁵;
- Développer une approche réflexive et évaluative dans l'élaboration de nouvelles offres et programmations de services qui prennent appui sur les pratiques exemplaires dans le domaine;
- Être à l'affût des problématiques émergentes au regard des clientèles judiciarisées;
- Concevoir des programmes de formation appropriés;
- Valoriser la recherche, l'évaluation et l'enseignement dans ce secteur d'activités spécifiques.

1.7 LES ENJEUX RÉGIONAUX

Tout au long des échanges et des consultations tenues dans le cadre de cette démarche, plusieurs enjeux ont été formulés. Nous les avons regroupés en quatorze énoncés qui serviront de balises pour construire le modèle, identifier les mécanismes de gouverne et de collaboration en plus de prioriser les actions dans le plan de mise en œuvre retenu. Ils s'énoncent ainsi :

- L'inadéquation entre le requis de soins des personnes et l'offre de services disponible;
- L'absence de fluidité entre les paliers de services et l'engorgement du système à tous les niveaux;
- L'état des finances publiques et le contexte d'optimisation des ressources dans tous les secteurs;

²⁵ ASSS Montérégie, 2002, Proposition d'un plan d'action pour l'intégration des services destinés aux personnes judiciarisées et aux prises avec un problème de santé mentale. Montérégie.

- Les changements législatifs à venir (augmentation potentielle de la durée de séjour en milieux surspécialisés);
- Des mécanismes de coordination interétablissements et intersectoriels insuffisants et inefficients;
- L'absence de données de gestion clinique fiables, d'indicateurs de progression et de résultats;
- Une méconnaissance des différents partenaires impliqués dans l'offre de services en psychiatrie légale sur le territoire montréalais;
- L'accessibilité à un médecin de famille et aux effectifs médicaux spécialisés dans un contexte de réduction du plan d'effectifs annoncé à Montréal;
- Les mouvements de personnel dans tous les secteurs d'activités, la perte d'expertise et le départ de personnes-ressources significatives;
- La nécessité de rehaussement des compétences et de soutien au regard des pratiques d'évaluation et de gestion du risque dans tout le réseau de la santé mentale;
- L'absence d'une offre de formation spécifique en psychiatrie légale dans les universités québécoises et dans les programmes professionnels;
- La clarification du rôle, des mandats et des responsabilités dévolus aux deux instituts universitaires en santé mentale de la région de Montréal au regard de la psychiatrie légale;
- Le positionnement de l'IPPM sur l'échiquier national;
- Le manque de leadership des différentes instances concernant le dossier de la psychiatrie légale et l'absence de mécanismes de gouverne clairs et reconnus;
- L'urgence de poursuivre le déploiement et la consolidation des services de santé mentale dans la communauté (1^{re} et 2^e ligne) afin de diminuer le volume de clientèle judiciarisée²⁶.

²⁶ Munetz, M. R., & Griffin, P. A. (2006). Use of the Sequential Intercept Model as an Approach to Decriminalization of People With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 57(4), 544-549. doi: 10.1176/appi.ps.57.4.544.

1.8 LES CONSTATS ET LES TENDANCES

Dans cette partie sur les constats et les tendances, nous avons regroupé les éléments plus significatifs selon cinq grandes catégories : la clientèle, l'offre de services en santé et services sociaux, l'organisation des services incluant la trajectoire, le réseau et le partenariat.

Au regard de la clientèle :

- L'augmentation constante des volumes de clientèles (par 1 000 jugements au criminel)²⁷.

TABLEAU 3 : VOLUMES DE CLIENTÈLES (PAR 1 000 JUGEMENTS AU CRIMINEL)

	QUÉBEC	ONTARIO	COLOMBIE-BRITANNIQUE
2005	6,1	1	1,3
2012	9,27	1,07	0,8

750/année au Québec et 250/année à Montréal

- 72,4 % de la clientèle nouvellement judiciairisée avait eu une hospitalisation psychiatrique antérieure, par conséquent, elle était connue du réseau²⁸;
- La complexité du profil clinique : dangerosité, plusieurs diagnostics et comorbidité santé mentale/dépendance²⁹;
- La stigmatisation d'une clientèle déjà marginalisée et les conditions socio-économiques faibles.

Au regard de l'organisation des services :

- Le volume des activités en psychiatrie légale en hausse constante :
 - De 2000 à 2005, 2 994 personnes ont été déclarées non criminellement responsables pour troubles mentaux (NCRTM) dans les trois provinces les plus peuplées du Canada : Québec (1 964), Ontario (720) et Colombie-Britannique (310)³⁰.
- Le recours au processus judiciaire pour avoir accès aux services de santé et de services sociaux;
- L'inadéquation entre le requis de soins et les services obtenus;
- L'offre de services inégale d'un secteur de la ville à l'autre et d'un établissement à l'autre;
- Le manque d'un niveau de soins intermédiaires en milieu hospitalier psychiatrique;
- Le déploiement des équipes SI-SIV incomplet dans la région montréalaise;
- La non-disponibilité des services et des expertises médicales en temps opportun;

²⁷ Crocker, A. G., Caulet, M., Nicholls, T. N., Seto, M., & Côté, G. Sommaire des résultats du «Projet Trajectoires National» sur la responsabilité criminelle. Présentation faite à l'Agence de Santé et des Services Sociaux de Montréal, le 3 décembre 2013.

Crocker, A. G., Nicholls, T. N., Seto, M. C., Charette, Y., Côté, G., & Caulet, M. (sous presse). The National Trajectory Project of Individuals found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder in Canada. Part 1— Context and Methods. *Canadian Journal of Psychiatry*.

²⁸ Ibidem

²⁹ Ibidem

³⁰ Ibidem

- Le nombre trop élevé d'hôpitaux désignés par l'Arrêté ministériel;
- Les mécanismes de liaison et de coordination insuffisants et inefficaces.

En résumé, au Québec, le système de psychiatrie légale est complètement décentralisé et non coordonné avec une très grande variabilité d'expertise³¹.

Au regard de la trajectoire de services :

- La fragmentation des services;
- Le nombre de portes d'entrée et la multiplicité des acteurs du réseau et intersectoriels;
- Les bris de continuité (expertises spécifiques non disponibles);
- La difficulté d'avoir accès à un médecin de famille;
- Les délais causés par les comparutions à la Commission d'examen des troubles mentaux du Québec (CETM);
- Le débordement dans les centres hospitaliers désignés (urgences et unités);
- Le manque de places disponibles en ressources résidentielles et en logements supervisés (impacts significatifs sur la récidive et la réhospitalisation³²).

Au regard du réseau et du partenariat :

- La complexité des réseaux qui gravitent autour de la psychiatrie légale (travail en silos);
- La configuration du territoire montréalais et la desserte historique;
- La méconnaissance des ressources, des structures et de l'organisation des services des partenaires;
- L'absence de programmes de formation coordonnés;
- L'absence de coordination entre les réseaux de la santé et des services sociaux, de la justice et de la sécurité publique;
- Les pratiques cliniques qui doivent être rehaussées à tous les niveaux³³;
- Une gouvernance non clarifiée.

³¹ Crocker, A. G., Nicholls, T., Côté, G., Latimer, E., & Seto, M. (2010). Les personnes tenues non criminellement responsables pour cause de trouble mental - Leur offrons-nous partout au Canada la même protection et un accès comparable aux services de santé mentale? *Canadian Journal of Community Mental Health* (Revue canadienne de santé mentale communautaire), 29(2), 55-63.

Wilson, C. M., Nicholls, T. N., Crocker, A. G., Seto, M. C., Côté, G., & Caulet, M. (2014). Risk Factors Associated with Review Board Disposition Decisions for NCRMD Accused To be presented at the American Psychology – Law Society. New Orleans, Louisiana, March 6 - March 9.

Duhamel, M., & Gervais, M. (2011). Rapport du Comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale relevant du Code criminel (pp. 227): Gouvernement du Québec.

³² Salem, L., Crocker, A. G., Charette, Y., Seto, M. C., Nicholls, T. L., & Côté, G. (accepté). Supportive housing and forensic patient outcomes. *Law and Human Behavior: Supportive housing and forensic patient outcomes*.

³³ Côté, G., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., & Seto, M. C. (2012). Risk assessment instruments in clinical practice. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(4), 238-244.

Crocker, A. G., & Côté, G. (2009). Evolving systems of care: Individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in custody in civil and forensic psychiatric services. *European Psychiatry*, 24(6), 356-364. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.07.008.

1.9 DES PRATIQUES GAGNANTES

En corollaire, nos travaux ont permis l'identification de pratiques gagnantes au regard du mandat qui nous a été confié. Sans être exhaustifs, ces éléments-clés ont retenu notre attention :

- L'intervention en amont de la judiciarisation et dans la communauté;
- Une disponibilité de places d'hébergement dans la communauté et l'accès à des logements;
- Une meilleure connaissance des dimensions de la psychiatrie légale chez tous les acteurs;
- La standardisation de l'utilisation d'outils cliniques fiables d'évaluation et de gestion des risques;
- La constance dans les interventions;
- Une formation continue et croisée entre les organisations et les réseaux;
- Des soins intégrés en santé mentale et en dépendances;
- Une approche adaptée aux troubles de personnalité sévères et aux populations vulnérables;
- Des alternatives à la judiciarisation et la prévention des rechutes en lien avec le rétablissement.

1.10 LES LEVIERS

L'état de situation réalisé a confirmé de nombreux acquis et leviers dans la région de Montréal nous permettant d'envisager avec confiance la mise en place d'un modèle d'offre de services hiérarchisés en psychiatrie légale :

- Une vision commune qui allie le rétablissement des personnes et la protection du public;
- La mobilisation et l'engagement des acteurs-clés dans la recherche de solutions concrètes pour améliorer l'offre de services (accessibilité, continuité, qualité et efficience);
- Des experts montréalais crédibles, impliqués et intéressés par l'évolution de cette offre de services;
- L'importance accordée à la recherche, à l'enseignement et aux meilleures pratiques;
- Les expériences positives de collaboration et de mécanismes de liaison existants au sein du réseau et en intersectoriel;
- La richesse des expertises et des compétences disponibles dans tous les milieux³⁴;
- La volonté de concevoir une offre de services surspécialisés qui allie plusieurs pratiques professionnelles de pointe et plusieurs champs d'expertise;

³⁴ Vous trouverez à l'Annexe 5 le recensement des expertises spécifiques de Montréal.

- Un dispositif complet de soins et de services disponibles sur le territoire montréalais;
- Un souci pour l'optimisation des ressources partagé par tous les partenaires;
- La récente démarche sur l'amélioration de l'accès et de la continuité des services de santé mentale à Montréal (Rapport *Agir maintenant*);
- L'intérêt suscité par ces travaux au sein des instances décisionnelles locales, régionales et nationales de même que la volonté et l'engagement des dirigeants de passer à l'action.

Cette première partie, en plus de circonscrire le mandat qui nous a été confié, situe le contexte montréalais au regard notamment de la psychiatrie légale et des défis qu'impose la mise en place d'une organisation de services hiérarchisés. L'état de situation réalisée de même que les contraintes économiques auxquelles les différents réseaux sont assujettis obligent la créativité et la mobilisation de tous les acteurs. En ce sens, l'identification de leviers déjà en place de même que les expertises diversifiées nous permettent d'avoir confiance. C'est du moins dans cet esprit et en s'appuyant sur les données recueillies que la conception du modèle proposé dans le chapitre suivant s'est réalisée.

CHAPITRE 2 : MODÈLE DE SERVICES HIÉRARCHISÉS ET INTÉGRÉS EN PSYCHIATRIE LÉGALE

La proposition d'organisation de services hiérarchisés en psychiatrie légale présentée dans ce chapitre constitue le cœur du présent document. Le lecteur sera ici en mesure d'apprécier la concordance du modèle avec les constats, les enjeux, les leviers précédemment détaillés en plus de reconnaître la richesse des expertises diversifiées sur le territoire montréalais. Nous sommes conscients que chacun, d'un regard avisé et distinctif, le qualifiera avec confiance ou retenue. Aucun modèle n'est la panacée aux lacunes d'un système, aussi performant soit-il. Son efficience vient d'une volonté commune de mieux s'organiser, de s'engager dans la même direction et de rejoindre avec plus de satisfaction et de diligence certaines clientèles, trop souvent laissées pour compte. Nos ressources étant limitées, il presse de revoir nos façons de faire. C'est l'invitation qui nous a été lancée et c'est par cette proposition que la réponse est venue.

Afin de mieux saisir les défis que nous pose l'élaboration de cette offre de services hiérarchisés et intégrés, il importe de mieux comprendre à qui elle s'adresse plus précisément, ses assises et, finalement, ses facteurs de succès.

2.1 LE PROFIL DE LA CLIENTÈLE-CIBLE ET UNE LECTURE DE SES BESOINS

En guise de rappel, voici la définition retenue de la clientèle cible dans le cadre des présents travaux montréalais :

Personne judiciarisée en vertu du Code criminel (sections XX.1 et XX1V)³⁵ ayant besoin de services psychiatriques : évaluation, garde, intervention, réadaptation.

Il est toutefois reconnu par tous qu'une partie de la clientèle non judiciarisée présente des comportements dont le niveau de risques de violence et de dangerosité nécessite une évaluation, une intervention ou un encadrement spécialisé comparable à la clientèle décrite précédemment.

La population carcérale devrait pouvoir bénéficier de l'organisation des services décrite ci-dessous.

2.1.1 Le contexte légal

Les personnes judiciarisées en vertu du Code criminel se retrouvent dans l'un des contextes légaux suivants :

- En attente d'une expertise sur l'aptitude à subir son procès :
 - prévenu détenu;
 - prévenu non détenu.
- En attente d'une expertise sur la responsabilité criminelle :
 - prévenu détenu;
 - prévenu non détenu.

³⁵Code criminel, L.R.C. (19850, ch C-46, partie XXI et partie XXIV.

- En attente d'une évaluation présentencielle :
 - prévenu détenu;
 - prévenu non détenu.
- Jugé inapte à subir son procès (référé à la CETM);
- Jugé non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux et référé à la CETM;
- Jugé responsable : jugé au mérite selon les dispositions du Code criminel;
- Jugé délinquant dangereux et à contrôler.

D'un point de vue légal, la clientèle non judiciairisée se définirait ainsi :

- Sans charge ni mandat, n'ayant jamais été judiciairisé ou le mandat légal ayant expiré, mais présentant un profil clinique correspondant à la clientèle visée.

2.1.2 Les troubles de santé mentale

Nous l'avons déjà mentionné, la complexité des profils cliniques observés en psychiatrie légale s'ajoute au tableau des besoins biopsychosociaux observés. Si l'on retrouve souvent chez la clientèle cible des doubles et triples diagnostics cliniques, ceux-ci sont souvent assortis d'autres composantes :

- Au sein du système de santé mentale, les taux de troubles concomitants sont particulièrement élevés chez certaines populations, plus particulièrement chez les jeunes hommes avec des troubles de personnalité, et dans certains environnements, dont les pénitenciers fédéraux (autour de 90 %) ³⁶.
- Les troubles de personnalité (passages à l'acte plus fréquents, chronicité, impacts chez les autres utilisateurs de services et chez les intervenants, difficultés dans les relations interpersonnelles, etc.) sont diagnostiqués chez 11 % des personnes NCRTM ³⁷.
- La dépendance aux substances : les taux de troubles concomitants observés chez les personnes utilisant des services de réadaptation en dépendance se situent entre 60 % et 70 % alors qu'il est estimé qu'entre 20 % et 50 % des personnes utilisant des services de santé mentale présentent simultanément une problématique de dépendance à l'alcool ou aux drogues ³⁸. Ce pourcentage augmenterait chez la population de psychiatrie légale (74 % sur un échantillon de 46 personnes en ressources résidentielles spécialisées en psychiatrie légale) ³⁹.
 - ⇒ Le type de substances consommées entraîne des effets et des impacts différents sur l'état mental et sur l'ensemble des sphères psychosociales de la personne. Les troubles s'entretiennent et s'accroissent l'un avec l'autre.
 - ⇒ La motivation à cesser de consommer est souvent absente ou embryonnaire, et ce, dans un contexte non volontaire.

³⁶ Nadeau, Louise et Michel Landry, Les troubles concomitants de toxicomanie et santé mentale, résultats de recherche au Québec et réflexions cliniques, *Les Presses de l'université Laval*, 2012.

³⁷ Crocker, A. G., Nicholls, T. N., Seto, M. C., Charette, Y., Côté, G., & Caulet, M. (sous presse). The National Trajectory Project of Individuals found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder in Canada: Part 2—The people behind the label. *Canadian Journal of Psychiatry*.

³⁸ Nadeau, Louise et Michel Landry, Les troubles concomitants de toxicomanie et santé mentale, résultats de recherche au Québec et réflexions cliniques, *Les Presses de l'université Laval*, 2012.

³⁹ Référence Emy Cloutier, CRDM-IU.

⇒ Les psychoses toxiques sont en cause chez 6 % à 10 % des clients sous ordonnance de la CETM⁴⁰.

- La concomitance avec une déficience intellectuelle légère et trouble envahissant du développement (DI-TED) avec ou sans diagnostic présente un défi d'intervention particulier.
- Les problématiques concomitantes liées aux facteurs de vieillissement (atteintes cognitives, démences, atteintes neurologiques, etc.) représentent près de 10 % de la clientèle au CETM⁴¹.
- Une personne NCRTM sur 10 est en situation d'itinérance⁴².

2.1.3 Les principaux besoins de la clientèle

Les besoins de traitement et de réadaptation varient selon les personnes, fluctuent dans le temps autant dans leur nature que dans leur intensité. Toutefois, nous observons que :

- Les besoins de la clientèle de psychiatrie légale sont les mêmes que ceux de l'ensemble de la clientèle présentant un trouble mental;
- Pour certains, on observe aussi des comportements impulsifs qui nécessitent une gestion des risques plus grande ainsi qu'un encadrement plus soutenu;
- La stigmatisation liée au statut légal augmente les besoins de soutien durant la période de transition entre deux milieux;
- Les membres de l'entourage (famille et personnes significatives) ont des besoins d'information et de soutien spécifiques en raison notamment du volet judiciaire (victimes dans 30 % des situations de violence⁴³, méconnaissance du système, isolement, etc.).

2.1.4 La perception des utilisateurs de services

Les utilisateurs de services rencontrés dans le cadre de la consultation⁴⁴ disent ressentir les préjugés portés à leur égard, et ce, même de la part des intervenants. Le sentiment de ne pas être écoutés ou compris persiste et ils perçoivent un changement d'attitude de la part des intervenants lorsque leur statut est connu. Ils disent avoir de la difficulté à comprendre ce qui leur arrive dans le processus judiciaire. Des commentaires similaires sont d'ailleurs documentés dans des études portant, entre autres, sur la stigmatisation de ces personnes⁴⁵.

⁴⁰ Braithwaite, E., Laferrière, D., Charette, Y., & Crocker, A. G. (2011). Patterns of diagnostic stability in evaluations for review board hearings. *Oral Presentation at the 11th Annual Conference of the International Association of Forensic Mental Health Services*. Barcelona, June 29-July 1.

⁴¹ Référence Emy Cloutier CRDM-IU.

⁴² Crocker, A. G., Nicholls, T. N., Seto, M. C., Charette, Y., Côté, G., & Caulet, M. (sous presse). The National Trajectory Project of Individuals found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder in Canada: Part 2—The people behind the label. *Canadian Journal of Psychiatry*.

⁴³ Ibidem

⁴⁴ Focus group tenu le 4 avril 2014 avec des utilisateurs de services (Action-Autonomie).

⁴⁵ Livingston, J. D., Rossiter, K. R., & Verdun-Jones, S. N. (2011). 'Forensic' labelling: An empirical assessment of its effects on self-stigma for people with severe mental illness. *Psychiatry Research*, 188(1), 115-122.

Se sentant vulnérables par rapport aux gens en autorité, ces personnes soulignent qu'il existe une différence d'approche dans un milieu où les gens sont « habitués » avec la clientèle judiciarisée comparativement aux milieux où ils le sont moins. Au regard d'une offre de services hiérarchisés à mettre en place, ils appuient sur l'importance et la qualité des liens avec le personnel traitant pour leur rétablissement ainsi qu'avec le médecin (alliance thérapeutique). Ils nous expriment également les besoins suivants :

- Avoir un réseau (communautaire ou amis) et pouvoir communiquer avec lui;
- Participer activement à la recherche de leur milieu de vie ou avoir le choix d'un milieu qui leur convient après une période d'hospitalisation;
- Avoir accès à des activités lors de leur séjour en milieu hospitalier;
- Connaître les ressources communautaires disponibles et être mis en lien avec eux;
- Avoir accès à l'information les concernant et mieux connaître les étapes du processus judiciaire auquel ils sont assujettis;
- Être soutenus lorsqu'ils sont libérés après une audience de la Commission d'examen des troubles mentaux du Québec (CETM);
- Être partie prenante aux décisions qui les concernent.

2.1.5 Les types de risque

En psychiatrie légale, l'évaluation du risque chez la clientèle revêt un caractère particulier dans le choix des mesures d'aide et d'encadrement prioritaires. Ces risques présentent une grande variabilité⁴⁶ dont il faut tenir compte dans le processus d'évaluation de la personne afin de bien cibler le traitement requis pour celle-ci. Ils s'inscrivent ainsi, l'évaluation du risque de :

- ⇒ Violence;
- ⇒ Abus de substances et dépendances;
- ⇒ Congé non autorisé;
- ⇒ Victimisation;
- ⇒ Suicide;
- ⇒ Actes autodestructeurs;
- ⇒ Négligence de soi.

En psychiatrie légale, pour déterminer les niveaux de sécurité et d'intensité, le risque de violence est d'abord mesuré tout en tenant compte des autres risques. La délinquance criminelle en général est également un facteur à considérer.

⁴⁶ Crocker et al (2012), Tendances dans les demandes de services psychologiques : portée pour la réintégration dans la communauté.

2.1.6 Les types de délits et leur répartition selon la gravité

Tel que démontré dans le tableau 4, la majorité des personnes déclarées non criminellement responsables le sont pour des délits autres que des délits violents et sévères. Le milieu à sécurité élevée n'est donc requis que pour une portion des populations judiciairisées⁴⁷.

TABLEAU 4 : TYPE DE DÉLITS EN FONCTION DE LA GRAVITÉ ET DU VOLUME

TYPE DE DÉLITS	GRAVITÉ	VOLUME MONTRÉAL	VOLUME RESTE DU QUÉBEC
1. Homicides ou tentatives	Élevée	3,7 %	4,9 %
2. Délits sexuels	Selon les caractéristiques du délit	2,1 %	1,5 %
3. Voies de fait graves, voies de fait contre un agent de la paix, voies de fait ou séquestration	Moyenne à élevée selon les caractéristiques du délit	25,4 %	16 %
4. Vols qualifiés, voies de fait, séquestration, menaces de mort, Incendie	Moyenne à élevée selon les caractéristiques du délit	31,2 %	39 %
5. Menaces, vols, introductions par infraction, troubler la paix, possession de drogues, etc.	Faible	37,6 %	38,5 %

Note : La clientèle des catégories 3 et 4 a les plus grands besoins au niveau de la gestion des risques alors que la clientèle qui se retrouve dans la catégorie 1 présente un risque de récidive plus faible que celle dont les délits se retrouvent dans les catégories 4 et 5⁴⁸.

⁴⁷ Crocker, A. G., Nicholls, T. N., Seto, M. C., Charette, Y., Côté, G., & Caulet, M. (sous presse). The National Trajectory Project of Individuals found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder in Canada: Part 2—The people behind the label. *Canadian Journal of Psychiatry*.

⁴⁸ Charette, Y., Crocker, A. G., Seto, M., Nicholls, T. N., Côté, G. & Caulet, M. (sous presse). The National Trajectory Project of Individuals found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder in Canada. Part 4- Recidivism. *Canadian Journal of Psychiatry*.

2.2 LES ASSISES DU MODÈLE HIÉRARCHISÉ ET INTÉGRÉ EN PSYCHIATRIE LÉGALE

La clientèle visée présente d'abord un trouble de santé mentale. Elle a donc les mêmes besoins en termes de services en santé physique et mentale que ceux de l'ensemble de la clientèle présentant des troubles similaires. À cet égard, Montréal a une offre de services en santé mentale comparable à celle dispensée dans les autres régions du Québec bien qu'elle n'ait pas encore atteint sa hauteur optimale.

2.2.1 La gamme de services en santé mentale

- Services d'évaluation et de traitement de 1^{re} ligne en santé mentale
- Centre de crise
- Services d'urgence psychiatrique
- Hôpital de jour en santé mentale
- Hospitalisation
- Services d'évaluation et de traitement de 2^e et de 3^e ligne
- Centre de jour en santé mentale
- Ressources d'hébergement régulières et spécialisées
- Suivi intensif dans la communauté (SI)
- Soutien d'intensité variable (SIV)

Pour être performant, le modèle de services hiérarchisés en psychiatrie légale doit reposer sur une offre de services en santé mentale déjà existante et complète. Lorsque ce n'est pas le cas, nous assistons au refoulement des clientèles dans des ressources non appropriées pour le requis de soins déterminé.

Cet état de fait, non exclusif à la psychiatrie légale, a un impact direct sur l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Une analyse récente (2013)⁴⁹ portant sur les adultes en fin de soins actifs occupant un lit de courte durée dans les hôpitaux généraux ou spécialisés en psychiatrie de la région de Montréal démontrait que près de 190 personnes avaient réellement terminé leurs épisodes de soins actifs. Celles-ci sont orientées en ressources résidentielles de tout type ou en logements avec soutien dont l'accès est bloqué pour des périodes allant jusqu'à quelques années.

Le plus beau modèle de hiérarchisation qui soit sera voué à l'échec s'il n'est pas assorti d'actions concrètes assurant la fluidité nécessaire entre les niveaux de soins, l'adéquation entre le requis de soins des personnes et le suivi rigoureux des volumes (flux). Il est donc évident que la réflexion sur l'organisation des services de psychiatrie légale ne peut se faire en vase clos. Son plan de mise en œuvre doit nécessairement tenir compte des volumes de la clientèle et doit mener à l'identification d'actions ayant un impact sur la réduction de ce volume en amont de la problématique de judiciarisation. Si cet exercice n'est pas effectué, un effet pervers potentiel d'une bonne organisation hiérarchisée de psychiatrie légale pourrait accroître le volume clientèle dans ce secteur d'activités en incitant à la judiciarisation afin d'obtenir de meilleurs services de santé mentale. Tel qu'observé ailleurs, les systèmes de santé mentale deviennent de facto des systèmes de psychiatrie légale⁵⁰.

⁴⁹ IUSMM et IUSMD, mai 2013.

⁵⁰ Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Côté, G., Latimer, E. A., & Seto, M. C. (2010). Individuals Found Not Criminally Responsible on account of Mental Disorder: Are we providing equal protection and equivalent access to mental health services to accused mentally ill individuals across Canada? *Canadian Journal of Community Mental Health*, 29(2), 1-8.

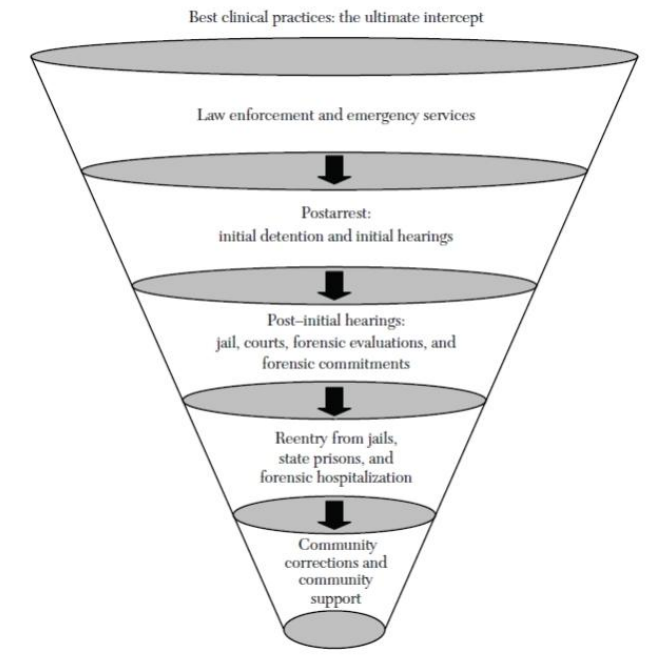
2.2.2 Le modèle séquentiel d'interceptions et filtres de Munetz et al.

Le modèle séquentiel d'interception de Munetz et al.⁵¹ offre un cadre conceptuel qui permet de guider et de cibler les actions en fonction des volumes de clientèle avant, pendant et après que s'opère la judiciarisation criminelle. Celui-ci, bien que non détaillé dans le présent document, inspirera le modèle à retenir en plus de nous guider dans la mise en œuvre de nos recommandations et de leur séquence dans le temps.

Ses principaux objectifs :

- Prévenir l'implication dans le système de justice criminelle;
- Réduire les admissions en prison;
- Engager rapidement les individus dans un processus d'intervention;
- Réduire le temps passé à se déplacer à travers le système judiciaire;
- Lier les individus aux services dans la collectivité après une libération conditionnelle;
- Réduire le retour dans le système de justice criminelle.

FIGURE 2 : LE MODÈLE SÉQUENTIEL D'INTERCEPTIONS ET FILTRES DE MUNETZ ET AL.



⁵¹ Munetz, M. R., & Griffin, P. A. (2006). Use of the Sequential Intercept Model as an Approach to Decriminalization of People With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 57(4), 544-549. doi: 10.1176/appi.ps.57.4.544.

2.2.3 Les services spécifiques en psychiatrie légale déjà en place à Montréal

Comme précisée antérieurement, la spécificité de notre clientèle cible réside dans le niveau de risques de violence et de dangerosité associés à leur condition. Des interventions spécialisées notamment en lien avec l'évaluation et la gestion des risques, l'observance des mesures curatives et l'adhésion au traitement peuvent donc être nécessaires. En conséquence, l'offre de services spécialisés dans ce champ d'activités comporte aussi des particularités. Le réseau montréalais recèle à cet égard de nombreuses forces et expertises.

En effet, Montréal est la seule région au Québec qui compte en son sein un établissement regroupant des services surspécialisés organisés spécifiquement pour la clientèle de psychiatrie légale, soit l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM). Le fait de pouvoir compter notamment sur deux instituts universitaires en santé mentale (IUSM) d'un institut universitaire en dépendance (CRDM-IU) ainsi que sur plusieurs centres hospitaliers avec un département de psychiatrie est également un levier pour la région. Ceci est sans compter l'existence de ressources résidentielles spécialisées pour cette clientèle et des programmes alternatifs à la judiciarisation reconnus (PAJ-SM, UPS-Justice, PTTCQ, etc.).

D'autres ressources dans la communauté se sont également spécialisées pour mieux desservir la clientèle judiciarisée. C'est le cas notamment de Diogène dont la mission est « d'offrir et de rendre des services adaptés aux besoins exprimés par des adultes ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants associés à la judiciarisation et à l'itinérance dans le but d'atténuer leur détresse psychosociale et de favoriser la quête de leur autonomie ».

Tel que spécifié précédemment, les problèmes de dépendances concomitants aux troubles mentaux sont significatifs. Aussi, la contribution significative du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire (CRDM-IU), établissement public du réseau de la santé et des services sociaux, s'avère indispensable. Leur offre de services en évaluation et traitement spécialisés, conjuguant les trois expertises (dépendance, santé mentale et judiciarisation), nous apparaît unique. Notons également les ententes de collaboration avec le Centre de réadaptation en dépendance Foster pour la clientèle anglophone.

2.2.4 Rappel des principaux constats sur l'organisation des services

Au regard de l'organisation des services, et en conformité avec les éléments précédemment énoncés, il importe de retenir les éléments suivants :

- À Montréal, comme ailleurs au Québec, l'offre de services en psychiatrie justice est inégale d'un établissement ou d'un territoire de CSSS à un autre;
- Certains milieux désignés ne peuvent offrir aux personnes la réponse adaptée à leurs besoins et, de ce fait, assurer au public, ainsi qu'aux autres patients ou équipes de soins, la protection attendue;
- La majorité des personnes déclarées NCRTM le sont pour des délits autres que des délits violents sévères. Par conséquent, l'orientation ou le maintien des personnes à l'IPPM n'est pas toujours justifié;
- L'accessibilité aux bons services, au bon moment, demeure un enjeu important pour la clientèle ayant besoin de services en psychiatrie légale;
- L'étude des masses critiques et des volumes de clientèle justifie une révision des trajectoires en fonction de critères plus précis et mieux définis;

- L'arrimage et la collaboration avec le réseau de la justice et de la sécurité publique sont des incontournables;
- Le manque de places en ressources d'hébergement maintient, dans les milieux spécialisés, des personnes en fin de soins actifs et « bloque » des lits de courte durée pour la clientèle dont les besoins le requièrent;
- La consolidation des services de 1^{re} ligne dans la communauté est une prémisse incontournable à l'offre de services hiérarchisés proposée.

2.2.5 La hiérarchisation des services

« Le principe de hiérarchisation implique d'améliorer la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, suivant des mécanismes de référence entre les intervenants. Ces mécanismes touchent non seulement les références entre la première et la deuxième ligne, mais également les références entre la deuxième ligne et les services surspécialisés de troisième ligne. Une meilleure accessibilité sera assurée par les ententes et corridors de services établis entre les dispensateurs. Cela implique la mise en place de mécanismes bidirectionnels assurant la référence, mais aussi la planification du retour de la personne dans son milieu de vie »⁵².

Le principal objectif du modèle d'organisation de services proposé est d'améliorer la complémentarité entre les niveaux de services en santé et services sociaux,⁵³ mais aussi d'assurer une coordination étroite entre les différentes organisations afin d'organiser une desserte de psychiatrie légale optimale pour la clientèle cible. De façon plus spécifique, la hiérarchisation est nécessaire pour une utilisation optimale des expertises bien que l'intégration des services doit aussi être visée. La complexité des besoins de la clientèle nécessite que les organisations se sentent mutuellement responsables et interdépendantes quant à la planification et la dispensation des services. Un modèle de services hiérarchisés et intégrés en psychiatrie légale commande ainsi que les établissements créent les conditions nécessaires pour assurer une intégration fonctionnelle des services.

Le modèle que nous privilégions s'appuie sur les principes suivants :

- Un modèle valorisant le rétablissement et la pleine citoyenneté des personnes et une réponse adaptée à leurs besoins;
- La protection du public;
- Un modèle hiérarchisé de services intégrés (de la prévention à la postjudiciarisation) fondé sur l'interdisciplinarité et l'intersectorialité;
- Un système fluide, dynamique et adaptatif;
- Un système offrant une réponse équitable sur l'ensemble du territoire montréalais.

⁵² Projet clinique - Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Document principal (octobre 2004). MSSS. Page 11.

⁵³ Les services dispensés par les partenaires intersectoriels sont essentiels et une démarche de coordination intersectorielle serait assurément bénéfique pour la clientèle visée. Toutefois, l'Agence n'a ni le mandat, ni l'autorité de prescrire aux autres partenaires des alignements relatifs à leurs services ou à la façon dont ils les dispensent.

Pour y parvenir, il importe d'avoir :

- Des ressources humaines disponibles et qualifiées;
- Des mécanismes de liaison et de coordination efficaces;
- Un soutien clinique à tous les niveaux incluant l'accompagnement dans la transition pour les personnes;
- Un langage commun;
- Une standardisation des processus d'évaluation du risque et de triage;
- Des outils cliniques communs et des approches cliniques coordonnées;
- Des pratiques cliniques et de gestion innovantes (recherche et enseignement).

2.3 LE MODÈLE HIÉRARCHISÉ D'ORGANISATION DE SERVICES EN PSYCHIATRIE LÉGALE DE MONTRÉAL (proposition)

2.3.1 La gamme de services spécialisés et surspécialisés en psychiatrie légale

En cohérence avec la logique d'organisation de services de notre réseau, la gamme de services spécialisés et surspécialisés en psychiatrie légale inclut des services d'hospitalisation, des services ambulatoires et des ressources résidentielles spécialisées pour la clientèle judiciarisée. Voici ce que comprend chacune de ces composantes :

Les services d'hospitalisation

Les services d'hospitalisation spécialisés et surspécialisés en psychiatrie légale incluent des activités d'évaluation, de traitement et de réadaptation pour une clientèle ciblée qui présente généralement un niveau de risque trop élevé et une difficulté d'engagement thérapeutique trop importante pour obtenir ses services en mode ambulatoire. Les besoins de ces personnes dépassent l'offre de services disponible dans les unités psychiatriques de 2^e ligne. En plus des unités surspécialisées de l'IPPM, un niveau de soins intermédiaires doit faire partie de l'offre de services hiérarchisés en psychiatrie légale à Montréal. Le développement d'une nouvelle unité de soins spécialisés en psychiatrie légale dans chacun des deux Instituts universitaires en santé mentale (Douglas et Montréal) est proposé dans le modèle retenu. De plus, en raison des programmes spécifiques déjà développés pour des clientèles particulières, la mise à contribution de ces trois centres hospitaliers spécialisés est notamment attendue pour : les troubles de la personnalité, les troubles sexuels, la DI-TED, les femmes judiciarisées, les programmes transculturels.

Les nouvelles unités de soins devront offrir un environnement sécuritaire aux usagers. Pour ce faire, une revue des meilleures pratiques en matière de milieux sécuritaires d'ici et d'ailleurs devrait d'abord être effectuée, et ce, afin d'organiser les milieux en fonction des besoins spécifiques de la clientèle. À titre d'exemple, voici certains aspects sécuritaires qui devront être considérés lors de la mise en œuvre des unités :

- Une organisation du milieu qui permet la garde des prévenus/détenus et qui assure une gestion du risque d'évasion, d'agression et de destruction;
- La présence de sécurité dynamique qui regroupe du personnel qualifié pour ce type de clientèle;
- La présence de sécurité statique, telle que du matériel de détection adapté au niveau de sécurité de l'unité, une cour sécurisée pour permettre aux patients de bénéficier de sorties supervisées, des boutons panique aux postes de travail et aux salles d'entrevues.

Note : En raison des expertises spécifiques requises, les délinquants sexuels et les délinquants dangereux (ou à contrôler) seraient maintenus à l'IPPM pour la durée de leur hospitalisation et en ambulatoire.

Les services ambulatoires

Les services ambulatoires offerts dans la communauté sont des éléments-clés de l'offre de services hiérarchisés et intégrés. Déployés en nombre suffisant et regroupant des expertises de pointe, ils permettent d'accroître la fluidité dans le continuum de soins en maintenant les personnes dans leur communauté, en plus de prévenir l'engorgement dans les lits de courte durée ou aux urgences.

En conséquence, le modèle proposé prévoit des services en ambulatoire dispensés par des équipes mobiles interdisciplinaires rattachées aux unités de soins spécialisées en psychiatrie légale dans les deux instituts universitaires en santé mentale et à l'IPPM (cf. équipe *Réseau* déjà existante à l'IPPM). Il s'agit d'un regroupement de professionnels qui possèdent une expertise en lien avec la gestion des risques, les troubles concomitants en dépendances et en santé mentale en plus d'avoir une connaissance approfondie des réseaux de la santé et de la justice. Ils agissent comme pivot entre les services d'hospitalisation et les équipes de 1^{re} ou de 2^e ligne, lors des transitions :

- De l'hospitalisation vers l'hébergement spécialisé en psychiatrie légale;
- De l'hébergement spécialisé en psychiatrie légale vers l'hébergement régulier;
- Entre les ressources résidentielles ou vers la communauté.

À titre illustratif, les services ambulatoires offerts par cette équipe mobile interdisciplinaire pourraient être les suivants :

- Le dépistage des comportements à risque de violence;
- L'évaluation des besoins selon des outils standardisés;
- La détermination du type d'encadrement requis et la référence à des services d'un niveau de sécurité plus élevée;
- La dispensation d'activités thérapeutiques en hospitalisation (réadaptation) ou de soins partagés en post-hospitalisation spécialisée en psychiatrie légale et surspécialisée;
- L'intensification des services pendant une période donnée par une prise en charge ponctuelle;
- Le soutien clinique et le développement des connaissances;
- L'identification de stratégies d'intervention incluant la réadaptation;
- Le service "in-reach" (préparation à la sortie de détention - à développer de concert avec le secteur judiciaire);
- Le suivi bref des personnes référées de la cour ou à la sortie de détention vers les lits d'urgence des ressources résidentielles spécialisées en psychiatrie légale – délai de prise en charge limité dans le temps.

En lien avec le type de besoins recensés chez la clientèle, l'équipe mobile interdisciplinaire pourrait réunir des intervenants des instituts universitaires en santé mentale, mais aussi de l'IPPM et du CRDM-IU, considérant notamment les enjeux cliniques autour des troubles concomitants, liés aux dépendances.

Notons que dans l'esprit des services intégrés, les intervenants en provenance d'établissements différents conservent leur rattachement administratif, mais assurent une intégration fonctionnelle. Une telle intégration suppose une mise en commun des expertises, rassemblée par la même raison d'être. On y prévoit une coordination des processus et des pratiques cliniques et une formalisation de la collaboration⁵⁴.

En plus de ces équipes mobiles interdisciplinaires, nous croyons utile de constituer une banque d'experts formée de différents professionnels, médecins ou spécialistes œuvrant dans l'un ou l'autre des établissements ou organismes du réseau de la santé et des services sociaux et de l'intersectoriel. La contribution de ces professionnels, qualifiés dans leur champ d'expertise et légitimés par leur organisation respective, permettra de bonifier l'offre de soutien aux personnes et aux milieux qui desservent la clientèle judiciarisée. Nous nous inspirons à cet égard du modèle d'équipe d'intervention adulte (EIA) déployé dans la région de la Capitale nationale⁵⁵. Selon la situation, l'apport d'un psychiatre répondant accrédité en psychiatrie légale (surspécialité) serait un très grand atout.

Le modèle de psychiatrie légale pourrait aussi inclure, dans sa gamme de services ambulatoires, des équipes de suivi intensif dans la communauté (SI)⁵⁶ spécialisées en psychiatrie légale. À ce stade-ci, nous ne pouvons statuer sur la valeur ajoutée de mettre en place de tels services spécialisés avant de doter la région du nombre requis d'équipes SI. Les équipes déjà constituées devront toutefois pouvoir compter sur des expertises complémentaires spécialisées en psychiatrie légale par la contribution ponctuelle du personnel de l'IPPM et des autres domaines de spécialisation comme la dépendance. Les équipes à mettre en place devraient quant à elles pouvoir intégrer à l'équipe de base, des ressources professionnelles possédant cette expertise de pointe incluant notamment la gestion du risque, la dépendance et la connaissance du milieu judiciaire.

Les ressources résidentielles spécialisées en psychiatrie légale

Les besoins d'hébergement de la clientèle en psychiatrie légale sont grands d'autant plus que l'exclusion et la stigmatisation rendent l'accès à tout autre type de milieu plus difficile. Le continuum de soins en psychiatrie légale doit donc inclure un parc de ressources résidentielles spécialisées avec la clientèle judiciarisée. À Montréal, ce type de ressources ont été créées et mises en place avec succès.

Comparativement aux ressources résidentielles régulières, elles se démarquent par un ratio d'intervenant/usagers plus grand, par l'embauche d'intervenants diplômés en criminologie, par un niveau d'encadrement intensif et par une gestion du risque plus étroite. Le besoin d'hébergement étant une des clés de succès de la fluidité recherchée au sein de la trajectoire, la consolidation de ce réseau est un incontournable.

⁵⁴ Fleury Marie-Josée, « Application des réseaux intégrés de services en santé mentale au Québec : contexte d'implantation, état de la mise en œuvre et opinions des omnipraticiens », Santé Publique, 2011/HS Vol. 23, p. 155-159.

⁵⁵ ASSS Capitale Nationale (2012) Équipe d'intervention adulte.

⁵⁶ Les mesures de soutien dans la communauté (SI et SIV) sont décrites à l'annexe 6.

La nécessité de soutenir ces ressources en rendant disponibles des expertises de pointe en provenance des établissements spécialisés est également indispensable tout comme les alliances à établir pour la formation, la recherche et l'enseignement. Malgré les 141 places disponibles dans les ressources spécialisées en psychiatrie légale, une soixantaine de personnes sont en attente d'une place.

Afin de bien desservir la clientèle visée, nous avons identifié certaines conditions qui devront être prises en compte en lien avec les ressources résidentielles régulières et spécialisées :

- Le rehaussement des compétences en gestion du risque et en dépendance notamment;
- L'accès facilité et en temps opportun au soutien clinique professionnel et spécialisé;
- Un meilleur pairage entre la clientèle référée et la capacité de la ressource à répondre adéquatement à ses besoins;
- L'augmentation du nombre de places en ressources résidentielles spécialisées.

2.3.2 Le modèle hiérarchisé et intégré

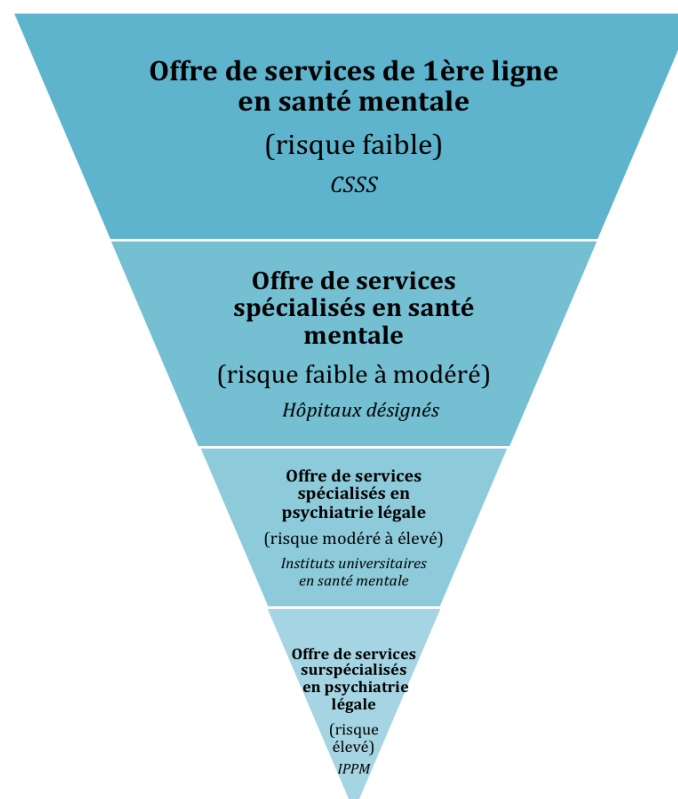
Pour être optimaux et fluides, les services spécialisés et surspécialisés précédemment décrits doivent absolument s'intégrer à l'offre de services en santé mentale disponible sur le territoire montréalais, et ce, autant en amont, pendant qu'après la judiciarisation.

En conséquence, le modèle hiérarchisé proposé comporte quatre paliers et intègre les différentes composantes décrites et considérées dans les sections précédentes :

- L'offre de services de première ligne en santé mentale;
- L'offre de services spécialisés en santé mentale;
- L'offre de services spécialisés en psychiatrie légale;
- L'offre de services surspécialisés en psychiatrie légale.

L'illustration qui suit permettra au lecteur de visualiser le modèle. Par la suite, un tableau synthèse décrit les éléments constitutifs de l'offre de services hiérarchisés et intégrés retenus.

FIGURE 3 : SCHÉMA DU MODÈLE DE SERVICES HIÉRARCHISÉS ET INTÉGRÉS EN PSYCHIATRIE LÉGALE DE MONTRÉAL



TABEAU 5 : SYNTHÈSE DU MODÈLE DE SERVICES HIÉRARCHISÉS ET INTÉGRÉS EN PSYCHIATRIE LÉGALE DE MONTRÉAL

Mise en contexte : Le présent tableau repose sur la prémisse qu’une bonne partie de la clientèle en psychiatrie légale peut être desservie par les services de santé mentale réguliers déjà existants en première ligne (*offre de services de première ligne en santé mentale*) et en deuxième ligne (*offre de services spécialisés en santé mentale*). Évidemment, des services spécialisés et surspécialisés en psychiatrie légale sont aussi nécessaires pour les patients dont les besoins associés à l’état clinique et au niveau de risque ne peuvent être répondus par l’offre de services régulière. Ainsi, le modèle de hiérarchisation des services en psychiatrie légale propose l’ajout d’un niveau de service, soit *l’offre de services spécialisés en psychiatrie légale*. De plus, il circonscrit davantage *l’offre de services surspécialisés en psychiatrie légale* déjà existante à l’IPPM.

	OFFRE DE SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE	OFFRE DE SERVICES SPÉCIALISÉS EN SANTÉ MENTALE	OFFRE DE SERVICES SPÉCIALISÉS EN PSYCHIATRIE LÉGALE	OFFRE DE SERVICES SURSPÉCIALISÉS EN PSYCHIATRIE LÉGALE
Niveaux de risques	Clientèle présentant un risque de violence faible	Clientèle présentant un risque de violence faible à modéré	Clientèle présentant un risque de violence modéré à élevé	Clientèle présentant un risque de violence élevé
Niveaux de soins	1^{re} ligne Les services de 1^{re} ligne sont destinés à l’ensemble de la population et à des clientèles ayant des besoins particuliers. Ces services sont universellement accessibles pour répondre à des problèmes de santé ou à des problèmes sociaux usuels et variés. Ces services font référence aux services de 1^{re} ligne destinés à la santé mentale. Les services de 1^{re} ligne s’appuient sur des infrastructures et des technologies légères.	2^e ligne Les services de 2^e ligne font appel à une expertise spécialisée permettant de traiter des problèmes de santé et des problèmes sociaux complexes, mais répandus. Ils exigent des expertises spécialisées, regroupées pour constituer des masses critiques. Ces services s’appuient habituellement sur une infrastructure particulière et une technologie avancée, quoique courante. Ces services de 2^e ligne font référence à des services spécialisés en santé mentale.	2^e ligne Les services de 2^e ligne font appel à une expertise spécialisée permettant de traiter des problèmes de santé et des problèmes sociaux complexes, mais répandus. Ils exigent des expertises spécialisées, regroupées pour constituer des masses critiques. Ces services s’appuient habituellement sur une infrastructure particulière et une technologie avancée, quoique courante. Ces services de 2^e ligne font référence à une expertise spécialisée en psychiatrie légale et sont offerts sur une base régionale. <i>N. B. Des démarches seront nécessaires afin de déterminer le bon niveau de soin associé à l’offre de services spécialisés en psychiatrie légale.</i>	3^e ligne Les services de 3^e ligne sont offerts sur une base nationale, concentrés dans un nombre limité d’endroits. Ils s’adressent à des personnes ayant des problèmes de santé et des problèmes sociaux très complexes, dont la prévalence est faible. Ils requièrent une expertise surspécialisée dans un champ d’intervention de pointe. Ces services s’appuient sur des équipements, des technologies et des expertises sophistiqués et rares, qui ne sont pas disponibles partout.
Établissements de santé	Les CSSS	Les centres hospitaliers désignés (incluant les CHU et les IUSM); Le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire.	Les instituts universitaires en santé mentale (IUSM)	L’Institut Philippe-Pinel de Montréal

	OFFRE DE SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE	OFFRE DE SERVICES SPÉCIALISÉS EN SANTÉ MENTALE	OFFRE DE SERVICES SPÉCIALISÉS EN PSYCHIATRIE LÉGALE	OFFRE DE SERVICES SURSPÉCIALISÉS EN PSYCHIATRIE LÉGALE
Services de santé et de services sociaux	Les usagers avec un statut légal sont desservis par les services de santé mentale existants. <i>Services de santé mentale :</i> • Services de santé mentale de 1^{re} ligne en CSSS; • Services communautaires en santé mentale; • Services résidentiels; • Services en centre de crise; • Services aux itinérants; • Services en dépendances; • Services en déficience intellectuelle. <i>Services alternatifs à la judiciarisation criminelle : (à consolider)</i> • Équipe de soutien à l'urgence psychosociale (ESUP); • Équipe mobile d'intervention et de référence en itinérance (ÉMRII); • Équipe itinérance (CSSS Jeann-Mance et CRDM-IU). <i>Services d'évaluation/orientation disponibles à la cour pour soutenir la magistrature, limiter la judiciarisation et favoriser les soins :</i> • UPS-JUSTICE; • Programme d'accompagnement justice - santé mentale (PAJ-SM).	Les usagers avec un statut légal sont desservis par les services de santé mentale existants. <i>Services de santé mentale :</i> • Services d'urgence psychiatrique; • Hôpital de jour en santé mentale; • Hospitalisation; • Services d'évaluation et de traitement; • Centre de jour en santé mentale; • Suivi intensif dans la communauté; • Services résidentiels.	Les usagers avec un statut légal sont desservis par les services spécialisés en psychiatrie légale. <i>Services spécialisés en psychiatrie légale :</i> • Volet expertise : Évaluation sur : ○ aptitude à subir son procès; ○ responsabilité criminelle (<i>à statuer dans le cadre des travaux sur l'organisation médicale</i>); • Volet évaluation-traitement-réadaptation; • Volet hospitalisation; • Volet ambulatoire spécialisé en psychiatrie légale; • Services résidentiels spécialisés en psychiatrie légale.	Les usagers avec un statut légal sont desservis par services surspécialisés en psychiatrie légale. <i>Services surspécialisés en psychiatrie légale :</i> • Volet expertise : Évaluation sur : ○ aptitude à subir son procès; ○ responsabilité criminelle; ○ présententielle; ○ délinquant dangereux et à contrôler. • Volet évaluation-traitement-réadaptation, incluant les prévenus ou les détenus provinciaux et fédéraux; • Volet hospitalisation; • Volet ambulatoire surspécialisé.

	OFFRE DE SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ MENTALE	OFFRE DE SERVICES SPÉCIALISÉS EN SANTÉ MENTALE	OFFRE DE SERVICES SPÉCIALISÉS EN PSYCHIATRIE LÉGALE	OFFRE DE SERVICES SURSPÉCIALISÉS EN PSYCHIATRIE LÉGALE
Hospitalisation	Pas d'hospitalisation	Unité de courte durée psychiatrique régulière/besoins d'encadrement léger : - Unité psychiatrique fermée; - Unité de soins aigus dans un environnement à basse sécurité (unité de soins intensifs).	Unité psychiatrique fermée dans un environnement à sécurité modérée : Unité sécuritaire de psychiatrie légale volet évaluation-traitement-réadaptation (<i>à développer dans les deux IUSM</i>).	Unité psychiatrique fermée dans un environnement à sécurité élevée : Unité sécuritaire de psychiatrie légale volet évaluation-traitement-réadaptation de l'IPPM.
Services ambulatoires	Services ambulatoires de 1 ^{re} ligne : - Suivi ambulatoire régulier; - Soutien d'intensité variable (SIV).	Services ambulatoires de 2 ^e ligne : - Suivi intensif dans la communauté (SI) ; - Programme de traitement de la toxicomanie à la Cour du Québec (PTTCQ).	Volet ambulatoire spécialisé en psychiatrie légale : - Équipes mobiles interdisciplinaires: - Service in-reach : préparation à la sortie de détention (<i>à développer de concert avec le secteur de la sécurité publique et le service correctionnel canadien</i>); - Soutien aux équipes d'hébergement; - Évaluation-traitement-suivi des personnes référées par la cour ou à la suite de la sortie de détention vers les lits d'urgence des ressources résidentielles spécialisées en psychiatrie légale. - Soutien aux équipes traitantes lors d'une transition du patient vers un autre niveau de soin.	Volet ambulatoire surspécialisé : - Programme réseau : service surspécialisé en soutien aux partenaires, dont l'évaluation, formation-support aux équipes de suivi pour les cas complexes; - Programme de délinquance sexuelle adulte; - Clinique d'évaluation du risque de violence. - Soutien aux équipes traitantes lors d'une transition du patient vers un autre niveau de soin.

2.4 LES FACTEURS DE SUCCÈS

La hiérarchisation de l'offre de services en psychiatrie légale, à Montréal comme ailleurs, doit s'appuyer sur une gamme de services en santé mentale optimale dans la communauté. Nous insistons sur le synchronisme à assurer entre les différents plans d'action menés en simultané à Montréal qui couvrent l'ensemble du continuum de services en santé mentale (1^{re}, 2^e et 3^e ligne) et sur l'importance d'une coordination étroite avec les autres partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, dont les services en dépendance offerts par le CRDM-IU et le CRD Foster, ainsi que les partenaires de l'intersectorialité. La réelle fluidité et complémentarité entre les différents paliers de services en dépend.

2.4.1 Des mécanismes de liaison efficaces

Le travail en réseau met en lumière des zones grises où la personne et son entourage ne reçoivent pas les services requis par leur condition en raison notamment d'une attente d'un transfert, d'une ressource, d'une évaluation non complétée ou en raison de la complexité de son profil clinique.

Prenant appui sur les enjeux identifiés par les personnes et groupes consultés, il importe d'élaborer des stratégies visant à faciliter le développement ou le renforcement de mécanismes de concertation et de collaboration afin de rendre optimal le modèle hiérarchisé proposé.

« La coordination réfère à l'ensemble des opérations requises pour assurer l'apport harmonieux de chacun des intervenants sans qu'il y ait dédoublement, incohérence ou lacune. (...) Elle permet la réponse aux besoins des personnes à travers des services rendus par de nombreux intervenants privés et publics de plusieurs organisations »⁵⁷.

À ce titre, la mise en place d'un mécanisme de liaison efficace visant l'échange d'information, l'établissement de mécanismes de référence et une approche de gestion de cas est souhaitée par l'ensemble des acteurs consultés. Les objectifs poursuivis sont :

- D'assurer une utilisation optimale des alternatives à la judiciarisation;
- D'assurer la fluidité au sein du modèle hiérarchisé;
- D'offrir des modalités de soutien et de conseil aux établissements et organismes partenaires (aspects cliniques et juridiques);
- D'assurer un suivi des trajectoires de la clientèle;
- D'outiller les intervenants lors de gestion de cas complexes et litigieux;
- De développer et maintenir les liens de collaboration établis entre le réseau de la santé et des services sociaux, la justice et sécurité publique.

⁵⁷ MSSS (2004) Projet clinique - Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Document principal. Octobre, page 26.

Le mécanisme de liaison s'opérationnalisera grâce à la mise sur pied d'une équipe de liaison en psychiatrie légale qui prévoit concrètement :

- A. L'embauche de deux ressources qualifiées et de formation complémentaire (par exemple, expertise psychosociale et expertise médicale), sous la gouverne d'un établissement fiduciaire. Celles-ci devront notamment assurer :
- La gestion et la coordination du mécanisme de liaison régional;
 - La coordination d'un mécanisme comparable à « l'Équipe d'intervention adulte⁵⁸ » (EIA) pour la gestion des cas complexes incluant la coordination des plans de services individualisés (PSI) dont les principales activités portent sur :
 - La validation de la conformité des demandes d'accès;
 - L'orientation vers les ressources appropriées;
 - La gestion de cas complexes;
 - Le respect des règles convenues entre les partenaires;
 - L'expérimentation et validation des trajectoires convenues.
 - Le relais d'information clinique et administrative entre les différents partenaires concernés;
 - L'établissement d'un climat de confiance inhérent au succès d'un tel mécanisme;
 - Le suivi et la reddition de comptes du mécanisme;
 - L'animation des rencontres de l'équipe de liaison en psychiatrie légale regroupant l'ensemble des agents de liaison désignés.
- B. La désignation d'un agent de liaison dans chaque établissement et ressource partenaires impliqué dans la prestation des services en psychiatrie légale à Montréal.

Leur mandat est de :

- Représenter leur établissement au sein de l'équipe de liaison en psychiatrie légale;
- Transmettre l'information clinique et administrative à l'équipe de liaison en psychiatrie légale ou aux partenaires concernés;
- Participer aux rencontres de l'équipe de liaison régionale en psychiatrie légale;
- Participer aux rencontres de plans de services individualisés, lorsque requis.

En plus d'optimiser les processus et l'utilisation efficiente des ressources, nous croyons que des mécanismes de liaison efficaces pourront avoir un impact direct sur la fluidité de la trajectoire, l'amélioration de l'accessibilité, la continuité et la sécurité des services par les actions suivantes :

- Assurer que la personne est toujours orientée vers le bon niveau de soins et d'encadrement en fonction de ce qui est convenu dans le modèle hiérarchisé;
- Neutraliser les litiges interétablissements (diminue les délais de transfert);
- Éviter la négociation subjective résidant dans le bon vouloir de la personne qui accueille la référence;
- Optimiser l'utilisation régionale des ressources disponibles en milieu hospitalier et des lits d'urgence en ressources spécialisées grâce à la mise en place d'un tableau de bord ou un système de conférence téléphonique journalier (à développer);
- Faciliter la transition d'un niveau de soins à un autre (lien direct avec l'équipe mobile interdisciplinaire);
- Éviter les ruptures de services entre un service ambulatoire de 2^e ligne et de 1^{re} ligne;
- Éviter les délais de prise en charge au niveau des services ambulatoires;
- Favoriser le maintien de la personne dans son milieu de vie et la continuité du suivi avec son équipe traitante d'origine.

⁵⁸ ASSS Capitale-Nationale. (2012) Modèle « Équipes d'intervention adultes », Québec.

2.4.2 L'accès à des expertises cliniques diversifiées

Bien que chacune des constituantes de l'offre de services hiérarchisés en psychiatrie légale est nécessaire, les mesures visant à intervenir en amont de la judiciarisation demeurent les plus porteuses.

En soutenant l'équipe régionale de liaison dans la gestion de cas complexes et litigieux de même que les équipes traitantes (1^{re} et 2^e ligne) dans leurs interventions auprès de la clientèle psychiatrie justice, l'équipe mobile interdisciplinaire (se déplaçant dans les milieux) ainsi que l'équipe d'experts identifiés par chacun des milieux partenaires, constituent de précieux atouts. Agissant sur le flux de personnes à l'entrée et à la sortie des hôpitaux spécialisés et surspécialisés, l'accessibilité aux services nécessitant plus d'encadrement est accrue.

Pour compléter l'équipe, nous réitérons l'intérêt de poursuivre les réflexions autour du rôle de psychiatre répondant spécialisé en psychiatrie légale dans la région.

2.4.3 Des outils cliniques standardisés

Une offre de services surspécialisés en psychiatrie légale s'adresse à des personnes qui présentent des profils complexes et des troubles concomitants. Cependant, le simple fait d'avoir un statut légal pour une personne ayant des troubles mentaux indique assurément un besoin de services spécialisés en psychiatrie, mais pas nécessairement un requis de services surspécialisés en psychiatrie légale. C'est donc l'analyse dynamique de différents facteurs qui amènera les évaluateurs à diriger les personnes vers les services qui sont en adéquation avec leurs besoins. D'autres facteurs sont également tenus en compte : le statut légal de la personne, l'état mental, l'évaluation du risque, la protection du public.

Bien que les outils standardisés privilégiés par nos experts nous fournissent de bonnes indications quant à la référence aux différents niveaux de soins, des travaux subséquents, avec les équipes médicales notamment, permettront de peaufiner les critères cliniques permettant de faciliter et de standardiser l'orientation des personnes. Soulignons que la détermination de ces critères s'inscrit dans une logique d'adéquation entre le requis de soins de la personne et l'offre de services et non dans une logique d'exclusion.

De même, le législateur a prévu certaines modalités de droit civil visant à soutenir l'intervention clinique du réseau de la santé et de services sociaux : la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui (P38.001) et le Code civil du Québec (section 2, articles 26 à 31 : Garde en établissement et évaluation psychiatrique et article 16 : Ordonnances de traitement contre le gré et d'hébergement)⁵⁹. Nous croyons essentiel de poursuivre les réflexions et les travaux amorcés à cet égard afin que ces outils juridiques puissent être utilisés adéquatement au profit de la clientèle dans un contexte où une intervention plus encadrée est envisagée.

Les outils cliniques et juridiques soutiennent aussi les professionnels en santé mentale-justice qui doivent souvent prendre la décision de transférer une personne ayant une problématique médicolégale d'un établissement à niveau de sécurité élevée à un établissement à niveau de sécurité modérée ou minimale, et inversement. L'identification des facteurs de risques et l'évaluation du risque comme telles sont essentielles dans un contexte médicolégal en plus de permettre, avec plus de justesse, l'élaboration du plan d'intervention⁶⁰. De ce fait, cela se doit d'être une partie intégrante de l'organisation des services de santé mentale-justice⁶¹.

⁵⁹ Code civil du Québec.

⁶⁰ Abidin Z, Davoren M, Naughton L, Gibbons O, Nulty A, Kennedy HG. Susceptibility (risk and protective) factors for in-patient violence and self-harm: prospective study of structured professional judgement instruments START and SAPROF, DUNDRUM-3 and DUNDRUM-4 in forensic mental health services. *BMC Psychiatry* 2013;13(1):197.

⁶¹ Perafan, V. & Crocker, A. G. (mars 2014). Le Quatuor DUNDRUM: Définition, validité, utilité et recherche future. Rapport présenté pour le groupe de travail sur la hiérarchisation de la psychiatrie légale à Montréal –Agence de Santé et des Services sociaux de Montréal.

Pour ce faire, plusieurs outils sont reconnus et utilisés en psychiatrie légale, tels que :

- START (évaluation du risque à court terme et traitabilité)
- HCR 20 (évaluation du risque de violence)
- SAPROF (guide d'évaluation des facteurs de protection pour le risque de violence)
- DASA ("*Dynamic appraisal of situational aggression*" version française pour évaluation du risque imminent)

Un outil récent visant non pas l'évaluation du risque, mais plutôt les niveaux d'encadrement ou de sécurité des individus a été porté à l'attention des comités de travail, soit le DUNDRUM (Dangerousness, Understanding, Recovery and Urgency Manual)⁶². Cet outil est composé de quatre instruments de jugement professionnel structuré dont les résultats aident à la prise de décision du niveau d'encadrement et de la trajectoire de l'individu :

- Le DUNDRUM-1 porte sur le triage et sur la décision prise quant à l'assignation d'un patient à un niveau spécifique de sécurité thérapeutique (Flynn, O'Neil, McInerney et Kennedy, 2011). Il permet une analyse comparative entre les différentes unités d'un hôpital et les services (Kennedy et al., 2011).
- Le DUNDRUM-2 porte sur l'urgence (triage basé sur les besoins du patient). Il permet de déterminer leur place sur la liste d'attente, le cas échéant.
- Le DUNDRUM-3 permet d'évaluer les résultats et le niveau d'achèvement au programme de réduction des risques de violence (Flynn, O'Neil, McInerney et al., 2011).
- Le DUNDRUM-4 permet d'évaluer le niveau de rétablissement atteint par le patient (Flynn, O'Neil, McInerney et al., 2011).

En résumé, le DUNDRUM recèle plusieurs bénéfices :

- Aide au jugement clinique;
- Apporte une constance et une uniformisation dans :
 - l'accessibilité aux soins;
 - la qualité des services (adéquation entre les besoins et les services);
 - les résultats attendus.
- Offre un langage commun;
- Démontre une corrélation entre les guides d'évaluation du risque existants (ex. : HCR 20-START).

Le DUNDRUM connaît toutefois une limite importante puisqu'il n'a pas fait l'objet d'études dans des milieux multiples au-delà de DUNDRUM (ville en Irlande). Pour cette raison, il est recommandé d'expérimenter l'outil durant les 3 ans d'implantation du modèle hiérarchisé en psychiatrie légale, soutenu par une recherche évaluative.

⁶² DUNDRUM, Harry G. Kennedy, Connor O'Neil, Grainne Flynn, Pauline Gil, National Forensic Mental Health Service, Central Mental Hospital, Dandrum, Dublin, Irlande et Academic Department of Psychiatry, University of Dublin, Trinity College (mars, 2010).

2.4.4 Des pratiques de pointe

Selon l'article 90 de la LSSSS, les instituts universitaires dispensent des services de pointe⁶³ soit dans un champ d'intervention interdisciplinaire de la santé et des services sociaux, soit dans un domaine social. Ce développement témoigne de l'engagement des établissements à concevoir des meilleures pratiques en misant sur le développement de la recherche et de l'innovation.

En psychiatrie légale, de telles pratiques, dont la portée et l'efficacité sont attestées par des résultats de recherche et confirmées par des pairs possédant une expertise dans le même domaine, pourraient être développées ou confirmées. Déjà, nous estimons que les troubles concomitants dépendance/santé mentale judiciarisation et l'entourage des personnes ayant simultanément un trouble mental et une judiciarisation pourraient faire l'objet d'un tel processus de reconnaissance.

2.4.5 Des ressources humaines disponibles et qualifiées

La formation

Basée sur les meilleures connaissances disponibles, la formation :

- Est le fondement d'une offre de services efficace auprès de la clientèle-cible;
- Est la pierre angulaire du soutien aux partenaires du réseau de la santé et intersectoriels;
- Outil les équipes pour un meilleur accompagnement des personnes dans leur rétablissement;
- Améliore l'accessibilité aux services appropriés en temps opportun et au bon endroit;
- Favorise l'interdisciplinarité.

De même, une structure collaborative interétablissements revêt plusieurs avantages :

- Optimiser l'utilisation des ressources de formation (humaines, financières et matérielles);
- Favoriser une variété de médiums de formation et de transfert des connaissances en fonction des auditoires cibles et des objectifs pédagogiques (formations croisées, formations didactiques, télé-formation, e-learning...);
- Valoriser l'autonomie des différentes lignes de services dans l'évaluation et la gestion du risque auprès de personnes ayant des troubles mentaux;
- Généraliser le savoir et permettre le transfert des expertises cliniques structurées à d'autres milieux (communautaire, hôpitaux et centre de détention);
- Créer des partenariats avec les milieux d'enseignement (introduction à la psychiatrie légale);
- Développer un vocabulaire commun entre les partenaires;
- Favoriser et valoriser l'utilisation d'outils communs qui soutiennent et maintiennent l'utilisation d'un langage commun;
- Favoriser l'intégration et l'application des connaissances dans la pratique (par exemple : activités de transfert de compétences par la mise en place de communautés de pratiques).

⁶³ Le développement de pratiques de pointe est l'un des critères de désignation des centres affiliés et des instituts universitaires.

Le partage des savoirs

Que ce soit par le biais de leur direction de l'enseignement, de transfert des connaissances, de recherche ou des ressources humaines, chaque établissement possède des outils de formation desquels l'ensemble des partenaires qui œuvrent auprès de la clientèle de psychiatrie légale pourrait bénéficier. Ainsi, une mise en commun des savoirs et des outils est une avenue à considérer.

Sous le leadership des instituts universitaires en santé mentale et de l'IPPM, nous proposons la création d'un consortium de formation avec l'ensemble des établissements spécialisés en psychiatrie à Montréal en association notamment avec les milieux d'enseignement, les instituts universitaires en dépendance ou autre, le MSSS et le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) ainsi que les établissements ou organismes partenaires. Ce consortium pourrait notamment :

- Répertorier l'ensemble des formations et activités de transfert des connaissances pertinentes à la pratique de la psychiatrie légale.
- Définir l'offre de formation en identifiant :
 - les publics cibles;
 - le profil de compétences des publics cibles;
 - les formateurs;
 - les ressources et infrastructures nécessaires;
 - les processus d'évaluation des formations et le maintien des acquis;
 - les contenus de formation en tenant compte des besoins des publics cibles (y compris le volet prévention) et des caractéristiques propres à la clientèle (comorbidité, complexité...);
 - les médiums de formation efficaces (formations croisées, e-learning, télé-formation...) en collaboration avec les partenaires universitaires;
 - un mécanisme de suivi des formations et de mise à jour des compétences;
 - un mécanisme de rétroaction : impacts sur l'amélioration des compétences et sur les services aux personnes;
 - des modalités de soutien clinique accessibles au bon moment (peut inclure l'utilisation de la visioconférence, la présence physique d'un professionnel auprès d'une équipe d'un établissement partenaire, etc.).

D'ores et déjà, certains thèmes de formations semblent incontournables :

- Les outils d'évaluation du risque (HCR-20, START, DASA...);
- Le DUNDRUM;
- Les principes de l'approche R-N-R (Risk-Needs-Responsivity);
- L'approche Oméga et intervention tactique;
- La psycho-pathologie;
- La psycho-pharmacologie;
- La dépendance aux drogues et à l'alcool;
- Le processus judiciaire et les statuts légaux;
- L'interdisciplinarité;
- L'organisation des services intégrés incluant les rôles des différentes lignes de services;
- Le rétablissement et la pleine citoyenneté, etc.

2.4.6 La recherche, l'enseignement et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISS)

Lorsqu'indiqué, le mécanisme proposé pour la formation devrait également favoriser une mise en commun, lorsque possible, des ressources en évaluation technologies et des modes d'évaluation en santé et en services sociaux en provenance des établissements partenaires.

Pour le volet recherche, il existe des regroupements favorisant le travail en équipes interdisciplinaires et interétablissements. Ils sont soutenus et reconnus par des organismes subventionnaires de recherche (FRQS, FRQ-SC). Ces initiatives sont encouragées.

Au regard de l'enseignement, chacun des milieux est doté d'une structure et de mécanismes qui prévoient les maillages avec les milieux universitaires et les cégeps. Cette offre de services mieux définie devrait permettre d'influencer de nouvelles collaborations avec le réseau de l'éducation et, à terme, favoriser le développement de nouveaux programmes où le champ de la psychiatrie légale est tenu en compte.

En conclusion, le modèle de hiérarchisation retenu et ses différentes composantes comportent plusieurs bénéfices en plus de s'inscrire en parfaite cohérence avec les orientations retenues autant sur le plan local, régional que national :

- Le service requis par la personne au bon moment et pour la bonne durée;
- La sécurité du public;
- Les services en amont de la judiciarisation et le plus près possible de la communauté;
- La nécessaire contribution de tous les partenaires du réseau et de l'intersectoriel;
- L'harmonisation de l'offre de services régionale;
- L'amélioration de l'accessibilité et de la fluidité des services;
- L'utilisation optimale des ressources existantes;
- La standardisation des trajectoires de soins et services ainsi que des outils cliniques.

Chacune des composantes explorées dans ce chapitre feront l'objet d'échanges complémentaires et d'expérimentation qui seront suivis avec attention à l'intérieur des mécanismes de gouverne et de collaboration proposés dans la prochaine partie du document.

3.1 DES CONDITIONS PRÉALABLES

La poursuite des travaux amorcés de même que la mise en place des recommandations qui seront retenues par les différentes instances imposent des mécanismes de gouverne clairs et consentis par tous les acteurs. Toutefois, afin d'en assurer la pérennité et d'accélérer l'implantation du nouveau modèle d'organisation de services proposé, certaines conditions doivent être présentes :

- Un leadership régional fort⁶⁴ et reconnu formellement par tous les acteurs impliqués;
- L'adhésion des parties aux finalités poursuivies;
- L'adoption de règles claires quant aux conditions de réalisation incluant notamment celles liées au partage des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles;
- La légitimité et la présence assidue des membres désignés au sein des différentes structures de gouverne (capacité d'engager l'établissement et compétences spécifiques requises);
- L'accessibilité à des données fiables et comparables;
- Une gestion efficace des rencontres et des suivis (évaluation et reddition de comptes);
- La formalisation d'ententes de services et de partenariat;
- Un échéancier qui permet de synchroniser les différentes démarches d'organisation de services qui sont interdépendantes.

Afin de soutenir sa mise en œuvre :

- Instaurer un mécanisme de résolution de problèmes au fur et à mesure de l'implantation;
- Développer des systèmes d'information et de communication efficaces;
- Mettre en place une gestion des processus inhérente aux transformations souhaitées (intra et interétablissements).

3.2 LES MÉCANISMES DE GOUVERNE LIÉS À L'IMPLANTATION DU MODÈLE

La mise en place de comités : stratégique, opérationnel et tactique

1. Le comité stratégique

Ce comité est composé :

- Des directeurs généraux de l'IPPM et des instituts universitaires en santé mentale;
- Des représentants des chefs de département de psychiatrie désignés par l'Assemblée des chefs de département de Montréal;
- D'un directeur général en provenance des CSSS;
- D'un représentant des hôpitaux désignés;
- Du directeur général du CRDM-IU;
- Du président de la CETMQ (à valider);
- De deux représentants des partenaires intersectoriels, dont un en provenance de la sécurité publique;

⁶⁴ La « gouverne régionale » décrite dans le rapport « Agir maintenant » (Paquet, 2013) traduit parfaitement notre conception. Celle-ci est représentée à l'annexe 3.

- Du directeur des programmes-services de l'Agence;
- D'un représentant des utilisateurs de services et entourage;
- Du chargé de projet.

Outre les activités de représentation plus officielles, le mandat de ce comité porte principalement sur les objets suivants :

- L'embauche et l'encadrement du chargé de projet;
- L'adoption du plan de mise en œuvre et des séquences de réalisation;
- La désignation des personnes siégeant sur les différentes structures de gouverne;
- L'organisation médicale en conformité avec le plan régional d'effectifs médicaux et l'arrêté ministériel sur la désignation des hôpitaux en psychiatrie légale;
- L'harmonisation de l'offre de services sur le territoire montréalais (grandes orientations);
- Le financement et le partage des ressources;
- L'identification des objets de reddition de comptes et de suivi;
- Les ententes de services et de partenariat;
- Les liens avec les RUIS (Montréal et McGill).

Dans un souci d'efficience, ce comité de gouverne devra s'appuyer sur des données pertinentes et fiables, convenues avec les partenaires, correspondant aux enjeux quant à l'utilisation des services, l'atteinte des résultats en matière d'accessibilité, de continuité, d'efficience et de qualité. Pour concrétiser cette mesure, la contribution des milieux universitaires pourrait être d'un grand appui.

En principe, quatre rencontres annuelles durant la période d'implantation sont requises.

2. Le comité tactique

Ce comité est constitué :

- De cadres supérieurs cliniques en provenance des établissements ou organismes partenaires⁶⁵ ou de leurs représentants;
- D'avocats en établissement et en provenance du réseau de la justice;
- D'un gestionnaire de l'Agence;
- De trois représentants de la Table intersectorielle en psychiatrie légale de Montréal dont un policier;
- D'un chercheur spécialisé dans ce champ d'activités et en évaluation de programme;
- D'un directeur de ressources d'hébergement spécialisées;
- D'un représentant des utilisateurs de services et de son entourage;
- D'un psychiatre avec une expertise en psychiatrie légale;
- Du chargé de projet.

Le mandat de ce comité porte principalement sur les objets suivants :

- L'actualisation du plan de mise en œuvre adopté et de ses échéances;
- L'embauche et l'encadrement des agents de liaison;
- L'élaboration de plans d'actions spécifiques pour les aspects qui le requièrent
- La mise sur pied de sous-groupes de travail et, le cas échéant, la désignation de responsables;
- L'élaboration et la validation des trajectoires de services;
- L'ajustement des stratégies mises en place et la gestion de litiges;

⁶⁵ Les établissements ou organismes partenaires sont les instituts universitaires en santé mentale et en dépendance de Montréal, les CSSS, les partenaires de l'intersectoriel, les organismes communautaires, les ressources spécialisées et les centres hospitaliers désignés par l'arrêté ministériel en psychiatrie légale.

- La mise à niveau des connaissances et des meilleures pratiques;
- L'harmonisation des pratiques cliniques sur le territoire montréalais;
- L'identification des objets de recherche ou d'évaluation;
- Le suivi des résultats et la reddition de comptes au comité stratégique en termes d'accessibilité, de continuité, d'efficience et de qualité;
- La promotion et la diffusion du modèle retenu et de son plan de mise en œuvre;
- La liaison avec la Table intersectorielle en psychiatrie légale de Montréal⁶⁶;
- Le suivi du plan d'action issu du rapport *Agir maintenant* (2013), dont plusieurs composantes sont les assises du modèle hiérarchisé.

Des invités peuvent se joindre au groupe de façon ponctuelle. Leur présence est modulée en fonction de l'ordre du jour et de l'expertise spécifique requise. À titre d'exemple, notons les experts en revue de processus et de performance, en ressources humaines (recrutement, ententes, formation, etc.), en ressources financières, en communication, en enseignement, en recherche, un responsable de ressource dans la communauté ou autres.

La fréquence des rencontres devrait être aux quatre à six semaines durant la période prévue d'implantation soit trois ans.

3. Le comité opérationnel

Le comité opérationnel est constitué :

- De cadres de premier niveau, médecins, avocats, professionnels ou chercheurs en provenance des établissements partenaires qui sont au fait et en harmonie avec les défis proposés dans le plan de mise en œuvre retenu;
- D'un professionnel de l'Agence;
- D'un coordonnateur clinique en provenance du réseau résidentiel spécialisé;
- D'un représentant des utilisateurs de services ou de leur entourage;
- Des responsables du mécanisme régional de liaison;
- Du chargé de projet.

Ces membres sont légitimés de prendre des décisions qui engagent leur établissement ou leur organisme dans le champ de compétences qui leur est reconnu. Comme pour les autres comités, les invités peuvent se joindre au groupe de façon ponctuelle. Leur présence est modulée en fonction de l'ordre du jour et de l'expertise spécifique requise.

Le mandat de ce comité porte principalement sur les objets suivants :

- L'intégration et la fluidité des services anticipées par le modèle retenu (suivi des trajectoires à partir de cas réels);
- La mise en place de mécanismes de liaison et de coordination prévus au plan de mise en œuvre (travail en réseau);
- L'élaboration d'outils et d'approches appuyées sur les meilleures pratiques dans le domaine;
- Le soutien clinique continu et adapté;
- Le déploiement de stratégies de communication efficaces entre les personnes et les établissements désignés;
- Le règlement de situations concrètes (au cas à cas);
- Le mouvement et le suivi des clientèles (tout type et niveau de services);
- Le monitoring des données (évaluation du modèle et reddition de comptes).

⁶⁶ La Table intersectorielle en psychiatrie légale de Montréal, regroupe les principaux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et de l'intersectoriel concernés par ce champ d'activité spécifique (sécurité publique et justice).

C'est en principe ce comité qui siège le plus fréquemment en raison de sa proximité avec la clientèle et le terrain. Aussi, il est réaliste de croire qu'une rencontre aux trois semaines est requise dans la première phase de cette implantation. Par la suite, les membres conviendront de la fréquence souhaitable et des autres mécanismes à mettre en place pour soutenir les modalités de collaboration requises pour accomplir le mandat qui leur est dévolu.

3.3 LES MÉCANISMES DE COORDINATION ET DE COLLABORATION

« La hiérarchisation est nécessaire pour une utilisation optimale des expertises, mais l'intégration des services doit aussi être visée. La complexité des besoins de la clientèle nécessite que les organisations se sentent mutuellement responsables et interdépendantes quant à la planification et la dispensation des services. Un modèle de services hiérarchisés et intégrés (en psychiatrie légale) commandera que les établissements créent les conditions nécessaires pour assurer une intégration fonctionnelle des services. Une telle intégration fait appel à une gouverne commune, une coordination des processus et des pratiques cliniques et une formalisation de la collaboration »⁶⁷.

Il est vrai qu'en plus d'être balisée par différentes lois et règlements, la psychiatrie légale impose un défi d'intégration des approches, des soins et des services autant entre les partenaires du réseau qu'en intersectorialité. De ce fait, tous les dispensateurs de services doivent être mis à contribution afin que le modèle proposé améliore l'accessibilité, la continuité, la qualité et l'efficacité des services offerts aux personnes et à leur entourage. Sur cette base, l'offre de services hiérarchisés prendra sa force dans la reconnaissance et la mise en commun des expertises de chacun des partenaires et sera optimale si chacun connaît son rôle et son champ de responsabilités.

1. La Table intersectorielle en psychiatrie légale de Montréal

En premier lieu, nous saluons les efforts des partenaires des trois réseaux de services qui, depuis plusieurs années, ont maintenu un lieu de concertation régionale ayant pour objet la psychiatrie légale. Les travaux de la *Table intersectorielle en psychiatrie légale de Montréal* de même que tous ses membres ont d'ailleurs facilité cette démarche. Dans le respect de la mission portée par celle-ci et considérant l'importance de ne pas dupliquer les initiatives qui fonctionnent, nous proposons la formalisation de la *Table intersectorielle en psychiatrie légale de Montréal* au sein de la structure de concertation régionale retenue pour l'implantation et le suivi du modèle hiérarchisé. Celle-ci, de par les membres qui la composent⁶⁸, pourrait se voir attribuer un rôle de « vigie externe » quant au modèle implanté et à son efficacité. À l'aide de vignettes cliniques, les différents partenaires devraient s'intéresser en priorité aux questions suivantes :

- La fonctionnalité des mécanismes de liaison et de coordination;
- Les trajectoires de soins et de services (fluidité);
- Les délais de toute nature dont ceux occasionnés par la Commission d'examen pour les troubles mentaux (CETM);
- Les objets de formation et de rehaussement des compétences.

Les modalités quant à la représentation de l'Agence de Montréal demeurent à convenir tout comme les champs de responsabilités respectifs.

⁶⁷ Fleury Marie-Josée, « Application des réseaux intégrés de services en santé mentale au Québec : contexte d'implantation, état de la mise en œuvre et opinions des omnipraticiens », Santé publique, 2011/HS Vol. 23, p. 155-159.

⁶⁸ La liste des membres de la Table intersectorielle en psychiatrie légale de Montréal se retrouve à l'annexe 3.

2. L'Assemblée des chefs de département de psychiatrie de Montréal

Une autre instance, présente sur le territoire montréalais, s'avère un lieu de cohésion et de collaboration distinctif et fort précieux pour les travaux en cours : l'Assemblée des chefs de département de psychiatrie de Montréal. Ce regroupement de spécialistes a essentiellement pour mandat de promouvoir les intérêts de la pratique de la psychiatrie dans l'ensemble des départements de psychiatrie sur l'île de Montréal. Celui-ci se divise en trois sections :

- L'Assemblée a un rôle d'information, de mise en commun, d'harmonisation et de partage d'expériences spécifiques concernant la pratique de la psychiatrie dans l'ensemble des départements de psychiatrie à Montréal;
- L'Assemblée a un rôle d'influence privilégiée auprès de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) et de l'Agence. À ce titre, l'Assemblée peut présenter toute recommandation, proposition et avis qu'elle juge nécessaire. L'Assemblée, en plus d'être l'interlocuteur privilégié de ces organismes vis-à-vis les membres des départements de psychiatrie de l'île de Montréal, souhaite être consultée par ces instances, lorsqu'il s'agit de la pratique et de l'organisation de la psychiatrie à Montréal, et ce, dans le respect de l'autonomie de chacun de ces organismes;
- L'Assemblée a un rôle de coordination des activités générales du comité de coordination des urgences psychiatriques de Montréal ainsi que de tout autre regroupement concernant la pratique et l'organisation de la psychiatrie dans les départements de psychiatrie à Montréal.

Les membres actifs sont constitués par l'ensemble des chefs de département de psychiatrie des hôpitaux de l'île de Montréal ou de leur délégué. Il s'agit des départements de psychiatrie des hôpitaux reliés à l'Université de Montréal, ceux reliés à l'Université McGill et des départements de psychiatrie des hôpitaux non-universitaires.

3. Des structures déjà en place sur le territoire montréalais

Plusieurs structures de concertation, de collaboration et de recherche existent déjà. Elles regroupent des professionnels, des médecins, des chercheurs, des gestionnaires ou des dirigeants en provenance d'un même réseau de services ou de l'intersectoriel autour de problématiques ou de responsabilités communes. Il serait ambitieux d'en faire une liste exhaustive à cette étape toutefois, nous croyons que les porteurs éventuels du dossier devront en tenir compte et, le cas échéant, les considérer comme lieu de consultation, d'approbation ou de diffusion de l'information. Nous insistons sur l'importance de ne pas dupliquer les instances déjà en place, mais de les enrichir en désignant des représentants qui assurent une forme de réciprocité au sein des mécanismes de gouverne et de partenariat proposés.

Considérant l'ampleur du territoire montréalais et l'historique des modes de partenariat entre les établissements (est/ouest, RUIS, pôles de services), nous sommes d'avis que l'organisation régionale des services entérinée puisse s'inscrire en cohérence et en respect des corridors de services existants pourvu que les valeurs d'équité pour la clientèle soient respectées au regard notamment de l'accessibilité et des programmes dispensés.

4. Une liaison et une coordination des services efficaces

Indéniablement, le travail en réseau met en lumière des zones grises où la personne et son entourage ne reçoivent pas les services requis par leur condition en raison notamment d'une attente d'un transfert, d'une ressource, d'une évaluation non complétée ou en raison de la complexité de son profil clinique. Nous l'avons décrit précédemment, l'absence d'une liaison efficace entre les multiples partenaires met en évidence l'urgence d'agir afin de faciliter cette incontournable mise en réseau. Le chapitre 2 portant sur le modèle d'organisation de services hiérarchisés en psychiatrie légale met d'ailleurs l'accent sur cette dimension fort importante.

3.4 L'ORGANISATION MÉDICALE

Bien que nous valorisons l'interdisciplinarité et que nous accordons une très grande importance à la contribution diversifiée des professionnels œuvrant en psychiatrie légale, l'organisation médicale pose un défi particulier dans le contexte d'une hiérarchisation de cette offre de services spécifiques sur le territoire montréalais.

Dans le rapport *Agir maintenant* (2013), des recommandations sont adressées aux CSSS ainsi qu'à l'Agence quant à l'accroissement de l'accès à un médecin de famille ainsi qu'aux mesures de soutien à leur accorder afin, qu'en temps opportun, la réponse aux besoins des personnes soit plus efficiente. Nous entérinons parfaitement les propositions émises et adoptées en juin 2013⁶⁹. Dans une logique qui favorise le maintien des personnes dans la communauté, il va de soi que ces considérations cliniques et organisationnelles sont les assises d'une offre de services hiérarchisés et spécialisés en psychiatrie légale qui soit optimale. À cet égard, nous encourageons fortement la poursuite des travaux initiés avec les CSSS parallèlement à ceux initiés avec la présente démarche.

En conséquence, nous croyons que la mise sur pied d'un comité de travail spécifique est requise. Celui-ci serait constitué :

- De représentants médicaux désignés par l'Assemblée des chefs de département en psychiatrie de Montréal;
- Des directeurs des services professionnels (DSP) des trois établissements spécialisés;
- De la Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires (DACMU) de l'Agence de Montréal;
- Du directeur des programmes-services de l'Agence;
- De cogestionnaires administratifs désignés par et en provenance des hôpitaux désignés (selon l'objet traité);
- D'un directeur général d'établissement spécialisé en santé mentale de la région montréalaise;
- Du chargé de projet.

Ce comité, sous l'égide de l'Agence, aurait comme principaux objets :

- Le plan régional d'effectifs en psychiatrie à Montréal et, plus spécifiquement, en psychiatrie légale, en tenant compte notamment de :
 - la reconnaissance de champ d'activités comme une surspécialité⁷⁰ et ses impacts sur la prestation de services;
 - la disponibilité des effectifs médicaux spécialisés dans certains établissements, ressources et programmes externes afin d'accueillir et de faire le suivi des clientèles de psychiatrie-justice;
 - le partage de tâches spécifiques comme les expertises (nature et volumes à documenter);
 - l'accessibilité à l'expertise spécialisée en temps réel;
 - la possibilité d'obtenir une reconnaissance pour un psychiatre répondant en psychiatrie légale : évaluation des possibilités en raison de la surspécialité en psychiatrie légale.

⁶⁹ Paquet Roger, 2013, *Agir maintenant*. Constats et recommandations concernant l'amélioration de l'accès et de la continuité des services de santé mentale à Montréal. Montréal.

⁷⁰ Selon le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (2011), la psychiatrie légale est une surspécialité de la psychiatrie pour laquelle l'expertise scientifique et médicale est utilisée dans le cadre juridique en vue de résoudre des questions d'ordre civil, pénal, correctionnel et législatif. Les psychiatres légaux sont également spécialisés dans le domaine de l'évaluation et du traitement des populations particulières, telles que les jeunes délinquants, les délinquants sexuels et les délinquants violents.

- Les services spécialisés dispensés en milieu carcéral (provincial et fédéral);
- L'identification des critères médicaux spécifiques pour l'orientation des personnes selon le requis et le niveau de soins et de services (reconnaissance et adoption des outils cliniques proposés);
- La réduction des hôpitaux montréalais désignés pour les adultes en psychiatrie légale en prenant appui sur les principes d'accessibilité, de continuité, de qualité et de sécurité des services, de même que l'analyse des impacts sur la clientèle-cible (recommandation à faire au MSSS);
- La collaboration avec le sous-comité sur la formation, l'enseignement, le développement et le partage d'expertises en psychiatrie légale basés sur les meilleures connaissances actuelles.

La mise en place de ce comité est prioritaire de même que les décisions qui y seront prises. En plus d'être une pièce maîtresse dans le succès du déploiement de l'offre de services hiérarchisés proposée, la participation à ce comité sera l'indicateur d'une volonté affirmée du personnel médical, nécessaire à l'incontournable mobilisation de tous les acteurs concernés en psychiatrie légale dans la région. Par ricochet, les rôles et les responsabilités inhérentes aux équipes de professionnels dédiés à cette offre de services seront mieux précisés.

CHAPITRE 4 : CONDITIONS DE SUCCÈS

La mise en place d'un réseau hiérarchisé de services en psychiatrie légale implique une transformation importante de l'organisation actuelle des services dans ce secteur d'activités sur le territoire montréalais. Afin d'augmenter les chances de réussite quant à l'implantation du modèle proposé et d'accroître l'efficacité des mécanismes identifiés pour en assurer sa mise en œuvre, nous avons identifié quelques conditions de succès.

4.1 UN ENGAGEMENT FORMEL DE TOUS LES PARTENAIRES, DES PSYCHIATRES ET DE L'AGENCE

Nous le savons, si les hautes directions d'établissements, d'organismes et d'Agence de même que les équipes médicales concernées s'engagent dans un projet aussi structurant en raison notamment des impacts prévisibles sur l'accessibilité, la continuité et la qualité des services, les chances de réussite sont multipliées. Pour ce faire, nous avons identifié quelques actions afin de soutenir cette volonté :

- Une appropriation du contenu par les différentes instances décisionnelles locales et régionales, ainsi qu'une adhésion formelle aux recommandations proposées;
- Une diffusion planifiée aux différentes parties prenantes;
- Un leadership de haut niveau exercé par l'Agence tout au long de la démarche d'implantation;
- La mise en place des structures de gouverne proposées dans un délai de 30 jours après l'adoption du présent rapport;
- La finalisation et l'adoption du plan de mise en œuvre détaillé sur trois ans, et ce, d'ici la fin juin 2014.

4.2 LA NOMINATION D'UN CHARGÉ DE PROJET

Afin de mener à terme avec rigueur et efficience une telle démarche avec un aussi grand nombre de représentants, d'instances et de réseaux de partenaires, la nomination d'un chargé de projet nous apparaît incontournable. En plus d'avoir défini les contours de sa fonction, nous nous sommes intéressés aux qualités personnelles et professionnelles de la personne choisie.

Le chargé de projet doit être nommé en fonction de sa crédibilité et de sa capacité à mobiliser l'ensemble des acteurs-clés impliqués dans cette démarche d'implantation du modèle adopté. Légitimé par tous les établissements désignés, il est le lien entre les différentes instances de gouverne en plus d'assurer un suivi rigoureux du plan de mise en œuvre. Entre autres tâches, il veille de façon transparente, à diffuser l'information pertinente aux différents groupes directement ou indirectement concernés par cette nouvelle organisation de services en plus d'animer les différentes rencontres. Finalement, il participe à la diffusion et à la promotion du modèle et des étapes liées à son implantation.

4.3 DES MÉCANISMES DE SUIVIS ET D'ÉVALUATION MODERNISÉS

Tel que mentionné précédemment, l'absence de données fiables et formalisées demeure une limite pour la prise de décision, le suivi et l'adaptation des stratégies retenues tant sur le plan régional que local. Aussi, il importe d'arrimer cette dimension au plan de mise en œuvre et d'y intégrer les ressources nécessaires afin que soient déterminées d'entrée de jeu les variables à documenter sous la forme de tableaux de bord, d'indicateurs de performance, de développement d'outils de monitoring, etc.

Une gestion moderne des processus est également à envisager considérant notamment l'exercice d'optimisation auquel sont assujetties les organisations actuellement. Des équipes de performance disposent de moyens à cet égard et il importe de les associer dès cette étape.

À titre illustratif, des expériences novatrices dans d'autres régions du Québec⁷¹ ont permis la mise en place d'un système informatisé permettant de coordonner régionalement la disponibilité des lits d'hospitalisation dans plusieurs hôpitaux simultanément et en temps réel. Cette façon de faire, pour une équipe de liaison notamment, est efficiente, peu coûteuse et a eu un impact direct sur les durées de séjour sur civière aux urgences psychiatriques. L'implantation intégrale d'une telle mesure est sans doute difficile dans une ville de la taille de Montréal, mais il y a sans doute lieu de s'en inspirer pour accroître l'efficacité et soutenir la mise en place de nouvelles pratiques.

Les présents travaux ont permis d'orienter, à l'aide d'experts, la mise en place de structures de soins et de services, de gouvernance et de partenariat et des actions pour atteindre les buts identifiés. À ce stade-ci, il faut encadrer le processus et mettre en place les mécanismes de suivi nécessaires pour obtenir les résultats escomptés qui serviront la reddition de comptes attendue.

La contribution souhaitée, dès le départ, des équipes de recherche interdisciplinaires et interétablissements déjà existantes, serait un atout afin de porter un regard périodique sur le déploiement du nouveau modèle et de ses impacts sur la clientèle.

Finalement, nous soulignons l'importance de bien séquencer les actions afin que celles-ci aient l'impact souhaité. À ce titre, nous soulignons notre inquiétude de voir cette organisation de services hiérarchisés se mettre en place avant que d'autres mesures pouvant assurer la fluidité du réseau soient optimales. De ce fait, nous pourrions voir la congestion augmenter dans les hôpitaux spécialisés et surspécialisés et, de ce fait, encore une fois, devoir mettre le modèle qui prévoit le soutien aux établissements et aux organismes partenaires en péril.

4.4 LE FINANCEMENT

Dans une perspective de responsabilisation des établissements et d'imputabilité au regard des résultats, nous croyons utile de nous rappeler que l'implantation du modèle et sa pérennité devraient être réalisables à même les marges de manœuvre disponibles. Il va sans dire que dans le contexte budgétaire actuel, beaucoup d'efforts et de créativité sont requis pour l'envisager.

Tout au long des travaux, nous avons articulé et documenté la situation sous quatre angles :

1. La mise en commun de ressources existantes : (sans ajout)
 - Formation, recherche, UETMIS, participation aux activités de gouvernance et de partenariat, équipe d'experts, etc.
2. La transformation ou la consolidation des services : (sans ajout)
 - Programmation, agent de liaison interne, équipes de suivi intensif dans la communauté déjà en place, etc.
3. Le développement : (ajout récurrent)
 - Mécanismes de liaison / unités de réadaptation spécialisée dans les instituts et équipes mobiles interdisciplinaires / hébergement/ consolidation de l'offre de services en ambulatoire (SI-SIV).
4. La gestion du plan de mise en œuvre et de la transition : (ajout non récurrent)
 - Chargé de projet pour trois ans;
 - Mise en place d'une base de données et élaboration d'un tableau de bord clinico-administratif.

⁷¹ Institut universitaire en santé mentale de Québec, la coordination régionale des lits

Le financement pourrait provenir de différentes sources, convenant qu'une offre de services mieux circonscrite et plus fluide pourrait à terme diminuer les coûts inhérents à des mesures exceptionnelles mises en place par défaut dans les différents établissements. Pour ce faire, nous sommes d'avis que les mesures de type « régionales », comme le chargé de projet (non récurrent) et les deux agents de liaison, fassent l'objet d'un consortium financier (exemple : prorata du nombre de lits dans les hôpitaux désignés).

Pour les autres mesures qui nécessitent un investissement, soit la mise en place d'une unité et le déploiement d'une équipe mobile interdisciplinaire, la transformation des services par les établissements est le modèle privilégié. La mise à niveau des lieux physiques doit quant à elle faire l'objet d'analyses complémentaires et de demandes budgétaires particulières. Quant aux mesures relatives à l'augmentation du nombre d'équipes de suivi intensif dans le milieu (SI) ou de soutien d'intensité variable (SIV) et l'augmentation des places en ressources résidentielles, les coûts sont tributaires à d'autres plans de transformation coordonnés et financés régionalement.

Pour le volet financier, il importe de se référer aux rôles et responsabilités dévolus aux agences afin d'assurer aux différentes parties un processus de gestion des litiges et de répartition budgétaire équitable⁷².

⁷² LSSS, article 340 (annexe 2).

CHAPITRE 5 : ÉBAUCHE DU PLAN DE MISE EN OEUVRE

Bien que le mandat confié au groupe de travail portait essentiellement sur la conception d'un modèle et l'identification de mécanismes de gouverne et de partenariat pour en assurer le suivi, les nombreux échanges avec des acteurs-clés en provenance de milieux diversifiés et de réseaux distincts, bonifiés d'une revue des écrits et de la recherche ont permis de jeter les bases d'un plan de mise en œuvre et d'opérationnalisation. À nouveau, cette démarche prendra tout son sens dans la mesure où elle se traduit en actions concrètes. Sans prétention et avec l'idée que les équipes qui prendront le relais pourront les remanier en fonction notamment de données plus fines ou d'information complémentaire, les recommandations suivantes s'inscrivent en parfaite cohérence avec les avancées contenues dans le présent rapport.

RECOMMANDATION 1 : LE MODÈLE

- 1.1 Adopter le modèle de services hiérarchisés en psychiatrie légale pour la région de Montréal tel que proposé et prévoir une séquence d'opérationnalisation qui tienne compte des autres mesures prévues au plan d'action sur l'accessibilité des services « Agir maintenant »⁷³;
- 1.2 Accroître l'accessibilité des personnes judiciairisées aux ressources et services offerts dans la communauté :
 - Accentuer le recours aux mesures et services alternatifs à la judiciarisation et aux services disponibles à la cour;
 - Développer et consolider l'offre de services en suivi intensif dans la communauté, et ce, en conformité avec les recommandations adoptées du rapport « Agir maintenant » (2013)⁷⁴;
 - Rendre disponible l'expertise spécialisée et surspécialisée en psychiatrie légale au sein des équipes SI et SIV déployées dans la communauté ainsi qu'aux ressources d'hébergement spécialisées (équipes mobiles interdisciplinaires);
 - Augmenter le nombre de places en ressources résidentielles spécialisées en psychiatrie légale;
 - Afin d'accélérer les mouvements de clientèle vers les ressources appropriées à leur requis de soins, prioriser les personnes en attente à l'IPPM (unités de transition) vers les ressources résidentielles spécialisées;
 - Poursuivre l'analyse portant sur le transfert des personnes suivies en ambulatoire à l'IPPM vers des milieux plus appropriés à leur condition (préciser la question du suivi médical).
- 1.3 Créer un niveau de soins intermédiaires en hospitalisation incluant la mise sur pied d'une équipe mobile interdisciplinaire telle que décrite dans le modèle retenu, et ce, dans chacun des deux instituts universitaires en santé mentale de la région de Montréal (une unité par site) :
 - en raison des programmes spécifiques déployés dans les trois milieux spécialisés et surspécialisés, clarifier la contribution attendue pour les personnes présentant un trouble de santé mentale concomitant à un trouble de la personnalité, à une dépendance, à une DI-TED et autres problématiques nécessitant un encadrement spécifique ou une masse critique suffisante.
 - Enclencher des démarches avec le MSSS afin de clarifier le niveau de soins dispensés dans les deux nouvelles unités spécialisées en psychiatrie légale (proposition : 3^e ligne).

Notes : En raison des expertises spécifiques requises, les délinquants sexuels et les délinquants dangereux (ou à contrôler) seraient maintenus à l'IPPM pour la durée de leur hospitalisation et en ambulatoire.

⁷³Paquet Roger, (2013), *Agir maintenant. Constats et recommandations concernant l'amélioration de l'accès et de la continuité des services de santé mentale à Montréal*. Montréal.

⁷⁴Ibidem.

1.4 Développer des mécanismes de liaison et de coordination efficaces :

- Créer une équipe de liaison régionale permanente regroupant deux ressources professionnelles qualifiées en psychiatrie légale et de formation complémentaire (cadres cliniques);
- Désigner un agent de liaison par établissement et ressources partenaires (déjà en poste);
- Créer une banque d'experts en provenance de tous les établissements partenaires;
- Finaliser les travaux sur les trajectoires et les corridors de services entre les différents réseaux amorcés par la Table intersectorielle en psychiatrie légale de Montréal et, à l'aide de vignettes cliniques, les expérimenter.

1.5 Standardiser les processus d'évaluation du risque et de triage :

- Expérimenter l'outil DUNDRUM aidant à structurer le processus décisionnel quant à l'orientation des personnes dans la trajectoire de soins (recherche évaluative durant les trois ans d'implantation du modèle);
- Former adéquatement les différents intervenants et médecins en provenance de tous les établissements partenaires selon leur niveau d'utilisation de l'outil;
- Poursuivre l'utilisation des outils cliniques standardisés déjà en place pour l'évaluation du risque notamment.

RECOMMANDATION 2 : LA FORMATION

Sous le leadership des Instituts universitaires en santé mentale et de l'IPPM, créer un consortium de formation avec l'ensemble des établissements spécialisés en psychiatrie à Montréal en association notamment avec les milieux d'enseignement, les instituts universitaires dont le CRDM-IU, le MSSS et le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) ainsi que les établissements ou autres organismes partenaires.

RECOMMANDATION 3 : LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ ET SERVICES

- 3.1 Sous le leadership des instituts universitaires en santé mentale et de l'IPPM, créer un mécanisme qui favorise, lorsqu'indiqué, une mise en commun des ressources en provenance des unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux, des milieux d'enseignement et des établissements ou autres organismes partenaires;
- 3.2 Valoriser les initiatives en provenance des équipes de recherche interdisciplinaires et interétablissements déjà en place et financées par des organismes subventionnaires pour suivre notamment l'évolution des clientèles, l'implantation du modèle et ses impacts;
- 3.3 Identifier et favoriser l'utilisation des meilleures pratiques dans tous les milieux, incluant les ressources spécialisées dans la communauté et en suivre l'implantation lorsque requis;
- 3.4 Développer des pratiques de pointe en psychiatrie légale en priorisant les troubles concomitants santé mentale/dépendance/judiciarisation et l'entourage des personnes ayant simultanément un trouble mental et une judiciarisation.

RECOMMANDATION 4 : LES MÉCANISMES DE GOUVERNE

- 4.1 Sous le leadership de l'Agence, adopter la structure de gouverne (comités stratégique, tactique et opérationnel) et les modes de reddition de comptes proposés afin d'assurer la pérennité du modèle d'organisation de services et son implantation;
- 4.2 Impliquer à tous les niveaux les personnes utilisatrices de services et leur entourage;
- 4.3 Nommer un chargé de projet (pour la durée prévue de l'implantation, soit trois ans) qui aura pour principal mandat de coordonner les activités prévues au plan de mise en œuvre;

4.4 convenir d'une offre de services médicaux qui puisse soutenir le modèle retenu :

- Sous la gouverne de l'Agence, mettre sur pied un comité de travail composé de représentants médicaux désignés par l'Assemblée des chefs de département en psychiatrie de Montréal, des directeurs des services professionnels (DSP) des trois établissements spécialisés, de gestionnaires en provenance des CH désignés et de la Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires (DACMU) de l'Agence dont les premiers mandats porteraient sur :
 - La reconnaissance « clinique » de l'outil DUNDRUM aux fins d'orientation de la clientèle;
 - La réduction des hôpitaux désignés pour la psychiatrie légale par l'Arrêté ministériel (proposition à faire au MSSS);
 - La disponibilité de l'expertise médicale spécialisée en psychiatrie légale dans les deux instituts universitaires en santé mentale en temps réel;
 - Le partage des différentes activités et responsabilités liées au caractère spécifique de la psychiatrie légale (ex. : expertises);
 - L'identification de critères pour baliser l'accès aux différents niveaux de soins prévus au modèle hiérarchisé en psychiatrie légale à une clientèle non-judiciarisée (épisode de soins, contrats, etc.);
 - La possibilité de désigner un psychiatre répondant en psychiatrie légale en lien avec la surspécialisation désormais reconnue.

RECOMMANDATION 5 : LES MÉCANISMES DE COLLABORATION

5.1 Formaliser la structure de collaboration et de partenariat régionale retenue :

- S'assurer d'une représentation de l'Agence au sein de la Table intersectorielle de Montréal (rôle, responsabilités et mandats clarifiés);
- Prioriser les objets d'échange qui puissent faciliter la mise en place du modèle retenu, dont prioritairement :
 - La fonctionnalité des mécanismes de liaison et de coordination;
 - Les trajectoires de soins et de services (fluidité);
 - Les délais de toute nature, dont ceux occasionnés par la Commission d'examen pour les troubles mentaux (CETM);
 - Les trajectoires et corridors de soins.

5.2 Encadrer les partenariats interétablissements et intersectoriels par la formalisation d'ententes de services⁷⁵ :

- S'assurer d'une représentation diversifiée des partenaires au sein des différents paliers prévus à la structure de gouverne;
- Prévoir des mécanismes de rétroaction avec les différentes partenaires.

5.3 S'assurer de l'arrimage et de la concordance des travaux portant sur le déploiement régional d'un modèle d'organisation de services en psychiatrie légale à Montréal et ceux menés par le MSSS (suites du Comité interministériel et PASM).

⁷⁵ MSSS (2006) Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services, Québec

RECOMMANDATION 6 : LES MÉCANISMES DE SUIVI

6.1 Reconnaître le leadership de l'Agence quant à l'organisation des services sur son territoire et convenir de mécanismes de suivi et d'évaluation des résultats avec les directions d'établissements qui lui permettent de bien jouer son rôle.

Ceux-ci devront inclure notamment :

- Des systèmes d'information et de communication efficaces;
- Le financement lié à l'implantation de ses systèmes et à leur opérationnalisation;
- Des mécanismes de coordination des différentes démarches d'organisation de services en psychiatrie sur le territoire montréalais;
- L'identification de cibles, d'indicateurs de performance et de résultats attendus;
- Une reddition de comptes convenue avec les établissements partenaires.

6.2 Clarifier les dimensions liées à la confidentialité (dossiers cliniques et archives).

RECOMMANDATION 7 : LE FINANCEMENT

Sous la gouverne de l'Agence et de concert avec les établissements spécialisés en santé mentale et autres hôpitaux désignés en psychiatrie légale à Montréal, convenir du mode d'allocation de ressources pouvant soutenir le plan de mise en œuvre proposé.

CONCLUSION

Concevoir un modèle d'organisation de services hiérarchisés en si peu de temps témoigne de la maturité des acteurs concernés et des projets qu'ils portent en espoir depuis longtemps. Régionaliser une offre de services à Montréal, c'est faire confiance et être fermement convaincu que le travail en vase clos n'est plus possible. Nous l'avons réalisé, la complexité de nos réseaux oblige également des compétences partenariales qui dépassent la simple bonne volonté. Quand de surcroît, les instances décisionnelles conviennent d'y investir temps et ressources, il y a un grand pas de fait.

Nos travaux ont permis de jeter les bases d'un modèle d'organisation de services hiérarchisés plutôt classique. Ce qui en fait la force, c'est l'engagement de toutes les parties prenantes concrétisé dans les mécanismes de liaison, de collaboration et de gouverne qui l'accompagnent. Ils sont garants de sa pérennité et de sa souplesse.

Un modèle n'est rien sur papier. Ce sont les actions qui en découlent qui lui donnent un sens. Nous tournons cette page en espérant qu'elle soit la première d'une histoire à succès pour les personnes avec troubles mentaux judiciairisées, leur entourage et les centaines d'intervenants, de médecins, de juges, d'avocats et de gestionnaires qui ont à cœur de faire la différence. Nous savons que de multiples défis nous attendent au tournant et déjà, nous entrevoyons l'urgence de faire un exercice similaire du côté des jeunes adolescents.

En plus d'inspirer de nouvelles initiatives et le développement de pratiques de pointe en psychiatrie légale, nous souhaitons que les efforts consentis par toutes et tous durant les derniers mois traduisent la volonté commune d'être au rendez-vous et de le demeurer.

ANNEXE 1 : REPRÉSENTANTS DE LA TABLE INTERSECTORIELLE EN PSYCHIATRIE LÉGALE DE MONTRÉAL

TABLE INTERSECTORIELLE EN PSYCHIATRIE LÉGALE DE MONTRÉAL

Nom des représentants	Titre	Organisation
Bergeron, Roxane	Directrice intérimaire du soutien à l'intégration sociale	Institut universitaire en santé mentale de Montréal
Boileau, Yves	Directeur général	Maison L'Intervalle
Brouillet, Marie	Juge	Cour municipale de Montréal
Champagne, Jason	Directeur Services généraux et programmes spécifiques	CSSS Jeanne-Mance
Châteauvert, Elaine	Directrice	Bureau d'aide juridique Droit criminel et pénal
Cloutier, Emy	Coordonnatrice programme-adulte	Centre de réadaptation en dépendance de Montréal
Côté, Danielle	Juge en chef adjoint	Palais de justice
Côté, Francine	Adjointe à la direction Services généraux et programmes spécifiques	CSSS Jeanne-Mance
Côté, Martine	Coordonnatrice des services externes	Institut Philippe-Pinel de Montréal Centre de psychiatrie légale Mtl
Crocker, Anne	Directrice adjointe Politiques et échanges des connaissances	Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas
Fugère, Renée	Directrice générale	Institut Philippe-Pinel de Montréal
Gagné, Bertrand	Directeur	Réseau correctionnel de Mtl DSPC Nord-Est
Gagné, Bertrand	Directeur	Diogène
Israel, Mimi	Chef du département de psychiatrie	Institut universitaire en santé mentale Douglas
Jean-Gilles, Rodely	Conseillère au partenariat/Réseau DSC Clientèle féminine et activités spécialisées	Réseau correctionnel de Montréal
Labelle, Pierre	Juge coordonnateur adjoint	Palais de Justice
Mailloux, Isabelle	Directrice des Services professionnels	Établissement de détention Rivière-des-Prairies
Massicotte, Nancy	Directrice clinique	Service correctionnel du Canada Établissement Archambault Centre régional de santé mentale
Péloquin, Marc-André	Procureur de la couronne Poursuites criminelles et pénales	Palais de justice de Montréal
Poirier, Pascal	Sergent F/S Coordonnateur Projet RIC/ESUP Relations avec la communauté	SPVM
Poulin, Louis	Travailleur social	Service correctionnel du Canada
Provost, Julie (Laliberté, Julie)	Procureure de la couronne	Cour municipale de Montréal
Ruel, Annie	Travailleuse sociale	Service correctionnel du Canada Centre régional de santé mentale
Saucier Ménard	Président	Commission d'examen des troubles mentaux

ANNEXE 2 : ARTICLE 340 FONCTION DE GOUVERNE DE L'AGENCE

ARTICLE 340 : FONCTION DE GOUVERNE RÉGIONALE DE L'AGENCE⁷⁶

L'Agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

À cette fin, l'Agence a pour objet :

1. D'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers;
 - 1.1. de s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;
2. De faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de sa région;
3. D'élaborer le plan stratégique pluriannuel visé à l'article 346.1 et d'en assurer le suivi;
4. D'allouer les budgets destinés aux établissements, d'accorder les subventions aux organismes communautaires et d'attribuer les allocations financières aux ressources privées visées à l'article 454;
5. D'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins soumis à une entente visée à l'article 360 ou à l'article 361.1, ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement et organismes communautaires visés à l'article 454 et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
 - 5.1. D'assurer la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes et d'exercer, sur demande du ministre, la coordination interrégionale;
6. De mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
7. D'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;
 - 7.1. D'exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2);
 - 7.2. D'évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et d'assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;
 - 7.3. De soutenir les établissements dans l'organisation des services et d'intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'entente et conformément à l'article 105.1, de préciser la contribution attendue de chacun des établissements;
 - 7.4. De permettre, afin de faciliter la conclusion d'ententes visées au paragraphe 7.3, l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types;
 - 7.5. De s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels;
 - 7.6. De développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et de les adapter aux particularités de ceux-ci;
 - 7.7. De prévoir des modalités et de développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus; elle doit rendre compte de l'application du présent paragraphe dans une section particulière de son rapport annuel de gestion;
 - 7.8. De développer des mécanismes de protection des usagers et de promotion et de défense de leurs droits;
8. D'exécuter tout mandat que le Ministre lui confie.

⁷⁶ Loi sur les services de santé et les services sociaux, article 340, à jour au 1^{er} mai 2013. Québec.

ANNEXE 3 : LISTE DES MEMBRES DES COMITÉS OPÉRATIONNEL ET STRATÉGIQUE

Membres du Comité opérationnel

Les participants suivants ont été associés aux travaux.

Représentants	Nom	Organisation/ Fonction
Établissements		
Institut universitaire en santé mentale Douglas	M. Mario Fortier	Coordonnateur du flux des patients
	Me Susy Landreville	Avocate au dossier de psychiatrie légale
Institut universitaire en santé mentale de Montréal	Mme Élise Badey	Cadre-conseil Direction des services cliniques
	Mme Linda Fortier	Codirectrice Services cliniques
Institut Philippe Pinel de Montréal	M. Jean Sébastien Turcotte	Directeur des soins infirmiers
	Mme Marie Hélène Régnier	Adjointe à la directrice générale
	Mme Antonella Orsini	Adjointe au directeur des services professionnels
Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – IU	Mme Emy Cloutier*	Coordonnatrice clinico-administrative programme adulte
CSSS Jeanne-Mance	M. Jason Champagne*	Directeur des services généraux et programmes spécifiques
Sécurité publique/ Milieu carcéral	M. Denis Bouchard	Gestionnaire à l'établissement de détention de Montréal (Bordeaux)
Agence de Montréal		
Consultante pour la direction générale	Mme Michèle Tourigny	
DP-S	M. Alexandre St-Germain	Adjoint à la coordination santé mentale et dépendances Direction des programmes-services
	Mme Ariane Lanoue	Agente de planification, de programmation et de recherche
DAIRH	Mme Johanne Trépanier	Agente de planification, de programmation et de recherche
Personnes ressources		
IUSMQ		Dr Sébastien Proulx
Université McGill et IUSMD		Mme Anne Crocker, PH. D

Membres du comité stratégique

Les participants suivants ont été associés aux travaux.

Représentants	Nom	Organisation/ Fonction
Établissements		
Institut universitaire en santé mentale Douglas	Mme Lynne McVey	Directrice générale
	M. Michel Dalton	DGA et responsable de la gestion des ressources résidentielles
Institut universitaire en santé mentale de Montréal	Mme Denise Fortin	Directrice générale
	Dr André Luyet*	Directeur des affaires médicales et cliniques
Institut Philippe-Pinel de Montréal	Dre Renée Fugère*	Directrice générale
	Dr Gilles Chamberland	Directeur des services professionnels
CSSS Jeanne-Mance	Mme Marie-Suzanne Lavallée	Directrice générale adjointe
Assemblée des chefs de département de psychiatrie	Dre Mimi Israël*	Présidente de l'Assemblée des chefs de département de psychiatrie Chef de département de l'IUSMD
Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - IU.	M. Jacques Couillard	Directeur général
Ministère de la Sécurité publique	Me Éline Châteauevert*	Directrice Aide juridique de Montréal
Consultante pour la direction générale Agence	Mme Michèle Tourigny	
DP-S- Agence	M. Alexandre St-Germain	Adjoint à la Coordination santé mentale et dépendances Direction des programmes - services
	Mme Ariane Lanoue	Agente de planification, de programmation et de recherche
DG-Agence	Mme Johanne Trépanier	Agente de planification, de programmation et de recherche
DP-S	M. Patrick Murphy Lavallée	Directeur des programmes-services

* Membres de la Table intersectorielle en psychiatrie légale de Montréal.

ANNEXE 4 : GROUPES ET PERSONNES RENCONTRÉS DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION

GROUPES ET PERSONNES RENCONTRÉS DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION

Noms ou groupes rencontrés	Organisation
La Table intersectorielle en psychiatrie légale de Montréal	
Dr André Delorme	Direction santé mentale, MSSS
M. John Topp	Directeur général du Centre de réadaptation en dépendance Foster
Assemblée des chefs de département en psychiatrie de Montréal	
	CRDI-TED de Montréal
Table DI-TED / Justice de Montréal	
Juge Pierre E. Labelle	Cour du Québec
Sergent Pascal Poirier	SPVM, Projet RIC/ESUP
Mme Manon Duhamel	Direction de la santé mentale, MSSS
M. Benoît Geneault	Directeur. CSSS du Suroît, Montérégie
Table interrégionale en psychiatrie légale	
Dr Sébastien Proulx, psychiatre Mme Lucie Moisan, co-gestionnaire M. Mario Doré, coordonnateur Mme Isabelle Bourdage, agente de liaison	Équipe de psychiatrie légale, Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ)
M. David Gaulin	Co-gestionnaire clinico-administratif (psychiatrie, santé mentale, médecine des toxicomanies), CHUM
Centre d'hébergement l'Entre-toit Le Jalon (Murier) Maison l'Intervalle Résidences Fleuries	Responsables des ressources résidentielles spécialisées en psychiatrie légale (directeurs généraux et coordonnateurs cliniques)
Mme Amélie Felx Mme Roxanne Bergeron	Conseillère clinique Directrice adjointe à la direction du soutien à l'intégration sociale, IUSMM
IPPM IUSMM IUSMD	Responsables des comités des usagers
UPS-Justice	
Centres hospitaliers désignés en psychiatrie légale	Co-gestionnaires clinico-administratifs
Table des directeurs de santé mentale en CSSS	
Diogène	Organisme communautaire dédié à la clientèle en psychiatrie légale
Action-autonomie	Focus group avec personnes utilisatrices et entourage

ANNEXE 5 : RECENSEMENT DES EXPERTISES SPÉCIFIQUES : TABLEAU GLOBAL

RECENSEMENT DES EXPERTISES SPÉCIFIQUES : TABLEAU GLOBAL

TYPE D'EXPERTISES	LIEUX
Expertise avec les délinquants sexuels (tous niveaux de soins et services)	IPPM
Expertise avec les délinquants dangereux ou à contrôler (tous niveaux de soins et services)	IPPM
Expertises présentielles et expertises pour le tribunal	IPPM
Expertise avec les personnes ayant un diagnostic « Troubles de personnalité limite »	Selon le niveau de soins ou risques et de services requis : IUSMM IUSMD IPPM (en fonction du niveau de risque que représente le patient) CSSS
Expertise en dépendance (abus de substances)	Centre de réadaptation en dépendance de Montréal Institut universitaire (CRDM-IU) Centre de réadaptation en dépendance Foster
Triples expertises (santé mentale/ dépendance/ trouble de personnalité)	Selon le niveau de risques : IUSMM IUSMD IPPM
Expertise en double diagnostic santé mentale/déficience intellectuelle et troubles graves du comportement	IUSMM
Expertise en déficience intellectuelle et trouble déficit d'attention	CRDI-TED
Expertise en « Gestion du risque »	IPPM : Clinique d'évaluation du risque de violence IUSMM : Évaluation de la dangerosité IUSMD : Évaluation et gestion du risque
Expertise « Hébergement spécialisé dans la communauté »	IUSMM : DSIS-CAR et CAR plus IUSMD CSSS CRDM-IU
Expertise en services externes offerts dans la communauté (SI – SIV)	USMM IUSMD CSSS Psychiatre répondant
Itinérance	IUSMM IUSMD CRDM-IU CSSS
Promotion et prévention	CSSS

ANNEXE 6 : MESURES DE SOUTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ (SI-SIV)

LES SERVICES SI ET SIV

Les mesures de soutien dans la communauté pour les personnes les plus vulnérables (SI-SIV)

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 « La force des liens » définit le SI-SIV comme étant « des mesures structurantes pour l'organisation des services visant le maintien dans la communauté des adultes aux prises avec des troubles graves de santé mentale »⁷⁷. En plus de promouvoir le rétablissement de l'individu, ces mesures ont pour autres bénéfices d'augmenter la satisfaction des usagers, d'éviter l'épuisement des proches, de diminuer la fréquence et la durée des hospitalisations.

Au Québec, l'évolution des pratiques s'est traduite par la mise en place des services de SI-SIV pour soutenir, dans la communauté, des personnes présentant des troubles graves de santé mentale. Il s'agit de services essentiels pour assurer le retour et l'intégration de ces personnes dans la communauté.

- Le suivi intensif dans la communauté (SI)

Le SI de type « Assertive community treatment » s'adresse aux personnes ayant un trouble mental grave dont la condition est instable et fragile. L'intervention soutenue en équipe interdisciplinaire est nécessaire pour le traitement de ces troubles et doit intégrer la participation d'un médecin⁷⁸. Le SI est un service spécialisé dispensé au niveau d'établissement pouvant assurer la présence et la contribution d'un médecin-psychiatre au sein de l'équipe. Cette mesure a été priorisée par le plan d'action en santé mentale du MSSS, en réponse à 75 % des besoins en matière de suivi intensif.

⁷⁷ Plan d'action en santé mentale 2005-2010 « la force des liens ». MSSS, page 51.

⁷⁸ Ibid, page 51.

ANNEXE 7 : DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

De nombreux documents nous ont été fournis par les partenaires et ont servi de base à la production du modèle de hiérarchisation des services de psychiatrie légale à Montréal. Nous désirons citer quelques documents :

- 1985 – Code criminel, L.R.C. ch C-46, partie XX.I et partie XXIV.
- 2002 – ASSS Montérégie, Proposition d'un plan d'action pour l'intégration des services destinés aux personnes judiciarisées et aux prises avec un problème de santé mentale. Montérégie.
- 2004 – MSSS, Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal. Québec.
- 2005 – MSSS, Plan d'action en santé mentale, La force des liens, 2005-2010, Québec.
- 2005 – MSSS, Arrêté ministériel numéro 2005-013, du ministre de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- 2006 – MSSS, Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services, Québec.
- 2006 – Munetz, M. R., & Griffin, P. A, Use of the Sequential Intercept Model as an Approach to Decriminalization of People With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 57(4).
- 2006 – Latimer, J., & Lawrence, A. ,The review board systems in Canada: Overview of results from the Mentally Disordered Accused Data Collection Study. Ottawa: Department of Justice Canada.
- 2006 – Organisation des services pour la clientèle ayant commis une infraction criminelle et présentant un problème de santé mentale, région du Bas Saint-Laurent.
- 2006 – PowerPoint – Implantation de l'organisation de services multisectoriels pour la clientèle ayant commis une infraction criminelle et présentant une problématique de santé mentale région du Bas Saint-Laurent.
- 2007 – Table intersectorielle de psychiatrie légale de Montréal, Offre de services en psychiatrie légale pour la région de Montréal, Compilation par secteur.
- 2007 – Table intersectorielle de psychiatrie légale de Montréal, Liens entre les partenaires.
- 2007 – Power Point, Propos MSSS colloque « l'hôpital ou la rue ».
- 2009 – Crocker, A. G., & Côté, G. Evolving systems of care: Individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in custody in civil and forensic psychiatric services. *European Psychiatry*, 24(6), 356-364. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.07.008.
- 2010 – Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Côté, G., Latimer, E. A., & Seto, M. C. Les personnes tenues non criminellement responsables pour cause de trouble mental. Leur offrons-nous partout au Canada la même protection et un accès comparable aux services de santé mentale? *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 29(2), 55-63.
- 2010 –Crocker, A. Commentaires. Les personnes tenues non criminellement responsables pour cause de trouble mental. Leur offrons-nous partout au Canada la même protection et un accès comparable aux services de santé mentale? *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 27(2).

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE (SUITE)

- 2010 – Table intersectorielle de psychiatrie légale de Montréal, Proposition de transformation des services en santé mentale.
- 2010 – Table intersectorielle de psychiatrie légale de Montréal, Cadre de référence.
- 2011 – Jansman-Hart, E. M., Seto, M., Crocker, A. G., Nicholls, T. N., & Côté, G, International Trends in Demand for Forensic Mental Health Services. *International Journal of Forensic Mental Health Services*, 10(4).
- 2011 – Duhamel, M., & Gervais, M., Rapport du Comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale relevant du Code criminel, Gouvernement du Québec.
- 2012 – Côté, G., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., & Seto, M. C. Risk assessment instruments in clinical practice. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(4).
- 2012 – 2013 Agence - MSSS, Entente de gestion et de complémentarité, Montréal.
- 2012 – Agence Capitale nationale, présentation PowerPoint, Projet équipe intervention adulte.
- 2012 – Nadeau, L. et Landry, M. Les troubles concomitants de toxicomanie et santé mentale, résultats de recherche au Québec et réflexions cliniques. Les Presses de l'Université Laval.
- 2013 – Abidin, Z., Davoren et Al, Susceptibility (risk and prospective) factors for in-patient violence and self-harm: prospective study of structured professional judgement instruments START and SAPROF, DUNDRUM-3 and DUNDRUM-4 in forensic mental health services. *BMC Psychiatry*, 13(1). 197.
- 2013 – Paquet, R., Agir maintenant. Constats et recommandations concernant l'amélioration de l'accès et de la continuité des services de santé mentale à Montréal. Montréal.
- 2013 – Rapport Paquet, Plan de transformation des ressources résidentielles, Agence (en cours).
- 2013 – Crocker, A. G., Caulet, M., Nicholls, T. N., Seto, M., & Côté, G, Sommaire des résultats du « Projet trajectoires national » sur la responsabilité criminelle. Présentation faite à l'Agence de Santé et des Services Sociaux de Montréal.
- 2013 – IUSMM, Programme services surspécialisés en psychiatrie légale, Document préliminaire d'orientations cliniques et de mise en œuvre, Montréal.
- 2013 – Collecte d'informations auprès des hôpitaux désignés de Montréal. Définition des principaux items de la grille.
- 2013 – Collecte d'informations auprès des hôpitaux désignés de Montréal, Profil des patients hospitalisés de psychiatrie légale.
- 2013 – Table intersectorielle en psychiatrie légale. Cadre de référence. Lettre Cour du Québec.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE (SUITE)

- 2013 – Plan d’action gouvernemental 2010-2013, La réinsertion sociale des personnes contrevenantes : une sécurité durable.
- 2013 – PowerPoint – Dre Renée Fugère, Vers une hiérarchisation de la psychiatrie légale. IPPM.
- 2013 – PowerPoint – Anne Crocker, Ph.D., Tendances dans les demandes de services psychosociaux, Portée pour la réintégration dans la communauté. Université McGill.
- 2013 – PowerPoint – Anne Crocker, Ph.D. Sommaire des résultats du « Projet trajectoire national » sur la responsabilité criminelle. McGill University.
- 2013 – Dre Mimi Israël. Organisation des services en psychiatrie légale. Optimisation, hiérarchisation, harmonisation, concertation. IUSMD.
- 2013 – PowerPoint – Denise Fortin, Programme de services surspécialisés en psychiatrie légale s’inscrivant dans un modèle de services hiérarchisé en psychiatrie légale, Sommaire du projet. IUSMD.
- 2013 – PowerPoint – Dr Chamberland et Antonelle Orsini, Mise à jour des connaissances en psychiatrie légale.
- 2013 – Barreau du Québec, Rapport du groupe de travail sur la santé mentale et la justice du Barreau du Québec (document de 2010).
- 2013 – Table intersectorielle de psychiatrie légale de Montréal, Portrait des services et solutions proposées (résumé de 2007.)
- 2013 – IPPM, Trajectoire clinique d’un patient.
- Tribunal administratif du Québec, Guide commission d’examen des troubles mentaux
 - ✧ 2013 - Nombre de patients statut psychiatrie légale IPPM
 - ✧ 2013 - Nombre de patients statut psychiatrie légale dans lits d’hospitalisation
 - ✧ 2013 - Nombre de patients statut psychiatrie légale IUSMD
 - ✧ 2013 - Nombre de patients statut psychiatrie légale IUSMM.
- 2014 – Wilson, C. M., Nicholls, T. N., Crocker, A. G., Seto, M. C., Côté, G., & Caulet, M. (2014). Risk Factors Associated with Review Board Disposition Decisions for NCRMD Accused American Psychology – Law Society. New Orleans, Louisiana, March.
- Crocker, A. G., Nicholls, T. N., Seto, M. C., & Côté, G. (Sous presse). Introduction to the special section on The National Trajectory Project of Individuals found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder in Canada. Canadian Journal of Psychiatry.
- Crocker, A. G., Nicholls, T. N., Seto, M. C., Charette, Y., Côté, G., & Caulet, M. (Sous presse). The National Trajectory Project of Individuals found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder in Canada. Part 1 – Context and Methods. Canadian Journal of Psychiatry.
- Crocker, A. G., Nicholls, T. N., Seto, M. C., Charette, Y., Côté, G., & Caulet, M. (Sous presse). The National Trajectory Project of Individuals found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder in Canada: Part 2– The people behind the label. Canadian Journal of Psychiatry.
- Salem, L., Crocker, A. G., Charette, Y., Seto, M. C., Nicholls, T. L., & Côté, G. (Accepté). Supportive housing and forensic patient outcomes.

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec    