UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMMENT INTERVENIR AUPRÈS DES PERSONNES JUDICIARISÉES PRÉSENTANT DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE POUR LES SOUTENIR DANS LEUR PROCESSUS DE (RÉ)INTÉGRATION SOCIOCOMMUNAUTAIRE ?

ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA

MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION

PAR
MÉLISSA RICHARD

JUIN 2026

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Natacha Brunelle

Prénom et nom — Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

(Selon le type de travail de recherche, l'étudiant peut avoir de deux à trois évaluateurs)

Natacha Brunelle

Prénom et nom — directeur ou codirecteur de recherche

Annie Paquet

Prénom et nom — Évaluateur

Prénom et nom — Évaluateur

Résumé

La santé mentale des personnes judiciarisées constitue un enjeu croissant, le système judiciaire devenant souvent la porte d'entrée vers les services institutionnels. Ces individus font face à des difficultés d'accès aux services appropriés. Peu d'études portent sur les interventions favorisant leur (ré)intégration sociocommunautaire, l'attention étant surtout portée sur le risque de récidive ou l'état de santé mentale. Or, la (ré)intégration implique plusieurs dimensions. Cet essai examine comment intervenir auprès de ces personnes pour les soutenir dans leur processus de (ré)intégration sociocommunautaire. La recension de 12 articles fait ressortir deux thématiques : 1) Les interventions offertes ; 2) Les facteurs entravants et facilitants la (ré)intégration sociocommunautaire. Les résultats mettent en avant des programmes axés sur la réduction de la récidive, le développement des forces, des habiletés cognitives et sociales, ainsi que de saines habitudes de vie. La (ré)intégration sociocommunautaire dépend d'une combinaison de facteurs relationnels, institutionnels, cliniques et individuels.

Table des matières

Résumé iii
Listes des tableaux et des figures vi
Listes des sigles et acronymes vii
Remerciements viii
Introduction 1
Définitions 1
Santé mentale 2
Délinquance 2
Judiciarisation 3
Désistement du crime 3
(Ré)intégration sociocommunautaire 4
Prévalence 5
Défis de l'intervention 6
Méthode 8
Recherche documentaire 8
Critères d'inclusion 9
Critères d'exclusion 10
Démarche de sélection des études 10
Description des études retenues 12
Résultats 13
Les traitements et les programmes d'intervention offerts aux personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale 13
Modèle intégré Risque-Besoins-Réceptivité (RBR-I) 13
Reasoning and Rehabilitation Mental Health program (R&R2MHP) 14
Programmes d'emploi 15

Good Lives Model (GLM) 17
Modèle de pratique interdisciplinaire en milieu psycho-légal 18
Les facteurs entravants et facilitants la (ré)intégration sociocommunautaire 19
Réseau social 20
Facteurs structurels 21
Facteurs cliniques 22
L'incarcération 22
Discussion 24
Les modèles orientés sur le risque de récidive 24
Réseau social 26
Facteurs structurels 27
Incarcération 28
Liens avec la psychoéducation 28
Limites et recommandations 30
Conclusion 33
Références 34
Appendice A 39

Listes des tableaux et des figures

Tableau 1: Concepts/mots-clés et équations 9
Tableau 2: Synthèse des résultats.....39

Figure 1: Diagramme de flux (PRISMA).....11

Listes des sigles et acronymes

AF	*About Face*
GLM	*Good Lives Model*
IPS	*Individual Placement and Support*
RBR-I	Modèle intégré Risque-Besoins-Réceptivité
RBR	Risque-Besoins-Réceptivité
R&R2MHP	*Reasoning and Rehabilitation Mental Health program*
TUS	Trouble lié à l'usage de substances

Remerciements

Après des années de persévérance, une étape importante approche : celle de terminer ma maîtrise en psychoéducation et pouvoir exercer cette profession qui me passionne profondément. La rédaction de cet essai représente une étape déterminante dans mon parcours universitaire : elle marque à la fois la fin d'un chapitre et le début d'un nouveau chapitre en psychoéducation. Je souhaite d'abord exprimer ma reconnaissance à ma directrice de recherche, madame Natacha Brunelle, pour son importante contribution, sa disponibilité, son accompagnement bienveillant et la confiance qu'elle m'a accordée. Cette collaboration a été pour moi une expérience enrichissante, tant sur le plan personnel, académique que professionnel. À mes parents, merci de m'avoir accompagnée et encouragée tout au long de ces années d'études. Merci d'avoir été présents dans les moments difficiles, de m'avoir soutenue sans relâche, d'avoir nourri mon désir d'apprendre et d'avoir cru en moi. Votre amour inconditionnel a été un pilier. À mon conjoint, merci de m'avoir soutenu à travers ces années, d'avoir accueilli mes réflexions et mes doutes, d'avoir tenu le fort quand j'étais absorbée par mes études, ainsi que d'avoir veillé à ce que je garde un équilibre de vie. Ta présence a fait toute la différence. Merci également à mes frères, belles-sœurs, sœur, beau-frère, neveu, nièces, à ma famille élargie et à mes amis, pour votre soutien, vos encouragements et votre présence, qui ont ajouté du rire, de la légèreté, ainsi que de la couleur à ces années d'études.

Introduction

La santé mentale des personnes judiciarisées est une préoccupation croissante au sein de la société canadienne (Abracen *et al.,* 2016). Une augmentation du nombre de personnes judiciarisées présentant un trouble de santé mentale est observée dans le système judiciaire et correctionnel, menant à une surreprésentation par rapport à la population générale. Certains auteurs vont même jusqu'à affirmer que le système judiciaire tend à devenir leur porte d'entrée dans le milieu institutionnel de soins. Selon Crocker et Moulin (2022), dans les dernières années, la prise en charge des personnes présentant des troubles de santé mentale dans les milieux hospitaliers a été reconsidérée et modifiée par une approche de soutien et d'accompagnement mettant de l'avant la personne et son rétablissement. Malgré ce changement, le système judiciaire demeure énormément sollicité pour ces personnes qui peuvent adopter des comportements délinquants, notamment en raison d'un manque de services dans la communauté adaptés à leurs besoins (Crocker et Moulin, 2022). Dans un contexte où les personnes judiciarisées présentant un trouble de santé mentale sont incarcérées, leur (ré)intégration sociocommunautaire représente une période particulièrement critique. Le risque de récidive demeure élevé à leur sortie de détention, parce qu'elles se retrouvent régulièrement dans des conditions similaires à celles précédant leur entrée dans le système judiciaire. Ces individus, généralement plus vulnérables, nécessitent un soutien plus important que ceux qui ne présentent pas de trouble de santé mentale (Chouinard-Audet, 2019). L'accompagnement dans leur processus de (ré)intégration sociocommunautaire, qui inclut notamment le désistement du crime, est essentiel.

Définitions

Cet essai s'intéresse aux interventions auprès des personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale ainsi qu'à leur processus de (ré)intégration sociocommunautaire. Afin de bien comprendre la problématique, il importe d'abord de définir les concepts qui y sont associés : la santé mentale, la délinquance, la judiciarisation, le désistement du crime et la (ré)intégration sociocommunautaire.

Santé mentale

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la santé mentale se définit comme un état de bien-être qui permet à la personne d'affronter les situations stressantes auxquelles elle peut être confrontée. Également, la santé mentale permet à la personne de développer son plein potentiel, d'apprendre, de travailler de façon satisfaisante et de participer pleinement à la vie au sein de la communauté. La santé mentale constitue un élément essentiel du bien-être (Organisation mondiale de la Santé, 2026).

Selon l'American Psychiatric Association (2015), un trouble de santé mentale se caractérise par :

> Une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont les plus souvent associés à une détresse ou une altération importante des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement. (p. 22)

Une multitude de facteurs peuvent avoir un impact sur la santé mentale tels que le soutien social, l'éducation, le chômage, le revenu ou l'environnement (Longmate *et al.*, 2021). Ces facteurs peuvent également influencer la délinquance lucrative, laquelle peut, par exemple, atténuer un stress financier chez la personne (Robitaille, 2004).

Délinquance

La délinquance est définie selon Cusson (1981) comme une action qui constitue une infraction prévue au Code criminel canadien et qui porte atteinte à autrui de façon évidente (cité dans Ouimet, 2015). Admo *et al.* (2015) propose une définition complémentaire, décrivant la délinquance comme une, « trajectoire délictuelle d'une personne, c'est-à-dire à un passage à l'acte répété qui dépasse le passage à l'acte unique, le crime ou l'agir délictuel » (p.7).

Judiciarisation

La judiciarisation se caractérise par une tendance sociale où les personnes sont liées au droit et à la justice (Castillo, 2018). Il s'agit d'avoir recours à la justice suite à une infraction prévue dans une loi, ici plus particulièrement le Code criminel du Canada. Ce phénomène social peut s'observer lorsqu'une personne enfreint une loi prévue au Code criminel du Canada et se retrouve à la suite d'une condamnation à la Cour, avec un casier judiciaire. Le terme « personne judiciarisée » est alors utilisé pour désigner cet individu. Ces personnes ont toutes été minimalement arrêtées et accusées d'une infraction prévue au Code criminel canadien (Tircher et Hébert, 2021). Également, une personne judiciarisée peut obtenir un verdict de non-responsabilité criminelle en raison d'un trouble de santé mentale. Ce verdict ne représente pas un acquittement ou une déclaration de culpabilité. En fait, ce verdict permet un accompagnement psychiatrique pouvant impliquer, sur un continuum, une libération inconditionnelle à une hospitalisation pour une période indéfinie (Sénéchal, 2021). De plus, lorsqu'on aborde la judiciarisation, il est important de reconnaître que certaines personnes judiciarisées, ayant purgé une peine d'emprisonnement ou une peine dans la communauté, peuvent récidiver. La récidive correspond à la commission d'un nouvel acte criminel, qu'il s'agisse d'une infraction violente, sexuelle, lucrative ou autre (Abracen et al., 2016 ; Kingston et al., 2018).

Désistement du crime

Le désistement du crime est défini selon Maruna (2020) par l'absence d'acte criminel commis (absence de récidive) sur une période donnée. Pour Graham et McNeill (2018), il s'agit d'un processus évolutif dans lequel la personne prend ses distances avec la conduite délinquante et se dirige vers une (ré)intégration sociale. Sampson et Laub (1993) soulignent que ce processus apparaît lorsque la personne développe de nouveaux liens significatifs avec la société. Trois types de désistement sont reconnus, soit le désistement primaire, le désistement secondaire et le désistement tertiaire. Le désistement primaire (Maruna et Farrall, 2004) correspond à l'arrêt complet de toute commission d'infraction criminelle. Le désistement secondaire renvoie au changement de regard que la personne judiciarisée porte sur elle-même et à la manière dont elle en vient à se définir comme personne non délinquante. Enfin, le désistement tertiaire (McNeill,

2016) se définit par la reconnaissance de la société des changements réalisés par la personne, tant sur le plan comportemental qu'identitaire et au développement d'un sentiment d'appartenance à cette société.

(Ré)intégration sociocommunautaire

La (ré)intégration sociocommunautaire constitue, selon McNeill (2018), le résultat du cheminement de la réhabilitation par lequel la personne judiciarisée retrouve et réinvestit les principes de réciprocité qui la lient à sa communauté. Il utilise le terme « réhabilitation » pour aborder la (ré)intégration sociocommunautaire. Selon lui, la réhabilitation comporte quatre dimensions : la réhabilitation personnelle qui touche l'identité, la compétence et la motivation de la personne ; la réhabilitation morale et politique, centrée sur la réparation ou la rétribution ; la réhabilitation judiciaire, qui axe sur la récupération d'un statut de citoyen à part entière ; et la réhabilitation sociale, qui se définit par la position qu'octroie la communauté à l'individu (ex. accès à l'emploi). Selon Bérard (2015), la (ré)intégration sociocommunautaire repose aussi sur un processus de réhabilitation qui inclue trois dimensions : organisationnelle, occupationnelle, et relationnelle. La dimension organisationnelle concerne tout ce qui est en lien avec l'accès à un loyer, l'alimentation, les transports et l'aspect financier. La dimension occupationnelle englobe notamment l'employabilité, la formation académique ou professionnelle, les loisirs et le bénévolat. La dimension relationnelle concerne le soutien social. L'Association des services de réhabilitation sociale du Québec (ASRSQ) définit la (ré)intégration sociocommunautaire comme un :

> Processus d'adaptation individualisé, multidimensionnel et à long terme qui n'est achevé que lorsque celle-ci participe à l'ensemble de la vie de la société et de la communauté où elle évolue et qu'elle a développé un sentiment d'appartenance à leur égard. (Bérard, 2015, p.6)

La (ré)intégration sociocommunautaire se veut plus large que la réinsertion sociale. La réinsertion sociale renvoie à l'insertion de la personne dans un milieu social, sans pour autant tenir compte du processus de changement associé (Brunelle *et al*., 2024). La (ré)intégration sociocommunautaire inclut notamment le désistement du crime et partage des caractéristiques du désistement secondaire et tertiaire. Le préfixe « *ré »* permet d'englober les personnes

judiciarisées qui n'ont jamais été intégrées dans la société et la communauté, ainsi que celles qui doivent les réintégrer après une période d'incarcération, par exemple (Brunelle *et al*., 2024). Enfin, la personne judiciarisée n'est pas le seul acteur important de sa (ré)intégration sociocommunautaire ; des ressources doivent être déployées afin de soutenir et de faciliter sa (ré)intégration sociale et communautaire (Cullen et Gilbert, 2012 ; McNeill, 2018).

Prévalence

Au Canada, les taux de prévalence des troubles de santé mentale dans les établissements carcéraux sont similaires à ceux des États-Unis, du Royaume-Uni, de l'Australie ainsi que de la Nouvelle-Zélande (Commission de la santé mentale du Canada, 2020). La prévalence des troubles de santé mentale dans le système judiciaire canadien est plus élevée que dans la population générale (Commission de la santé mentale du Canada, 2021). Les troubles de santé mentale sont plus fréquents chez les personnes impliquées dans le système judiciaire canadien, notamment dans les établissements de détention fédérale, où l'on estime que 79,2 % des femmes (Service correctionnel Canada, 2018) et 73 % des hommes (Beaudette et Stewart, 2016) présentent un ou plusieurs critères diagnostiques de troubles de santé mentale, tous diagnostics confondus. À titre comparatif, les troubles de santé mentale affectent près de 20 % de la population générale canadienne, incluant les troubles anxieux, dépressifs et les troubles liés à l'usage de substances (TUS) (Smetanin *et al.,* 2011). Pour ce qui est des troubles de santé mentale graves observés en milieu carcéral fédéral, incluant le trouble dépressif majeur, le trouble bipolaire et les troubles psychotiques, 17 % des femmes (Brown *et al.,* 2018) et 12,4 % des hommes (Beaudette *et al.,* 2015) incarcérés répondent aux critères d'un de ces troubles. Dans la population générale, les troubles bipolaires touchent environ 0,6 % des Canadiens et les troubles psychotiques 0,4 % (Leclerc *et al.*, 2020 ; Lesage et Émond, 2012). De plus, selon les données du Service correctionnel Canada (2018), les femmes détenues au Canada présentent des taux élevés de troubles mentaux : 76,0 % pour le TUS, 54,2 % pour les troubles anxieux, 49,4 % pour le trouble de personnalité antisociale, 33,3 % pour le trouble de personnalité limite, 22,1 % pour les troubles de l'humeur, 11,0 % pour les troubles de l'alimentation et 4,6% pour les troubles psychotiques.

Par ailleurs, selon le ministère de la Sécurité publique (2025), les personnes incarcérées dans les établissements provinciaux au Québec en 2022-2023 vivant avec des troubles de santé mentale représentaient 11,4 % de la population carcérale. Enfin, lors de l'année 2024-2025, la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM) avait sous sa responsabilité 2204 personnes judiciarisées accusées présentant un trouble de santé mentale ayant obtenu un verdict de non-responsabilité criminelle (VNRC) ou un verdict d'inaptitude à subir son procès (VISP) (Tribunal Administratif du Québec, 2025).

Défis de l'intervention

Au Canada, plusieurs institutions, dont le bureau d'enquêteur correctionnel, le Protecteur du Citoyen du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), reconnaissent de plus en plus que le système judiciaire, le système correctionnel ainsi que le système de santé et de services sociaux comportent des limites au niveau de l'accompagnement des personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale (Crocker et Moulin, 2022). Lorsqu'une personne entre dans le système judiciaire, elle passe par une diversité d'étapes. En effet, les étapes de l'arrestation, de l'accusation, de la condamnation, de l'incarcération et, pour certains, de la libération sous condition sont possibles et généralement dans cet ordre. Une fois sorties de l'incarcération, les personnes judiciarisées doivent (ré)intégrer la société. Toutefois, elles peuvent rencontrer une multitude de défis susceptibles de les conduire à une ré-arrestation et une réincarcération, contribuant ainsi au phénomène de « porte tournante » du système judiciaire (Commission de la santé mentale du Canada, 2021). La santé mentale constitue un enjeu majeur dans la réinsertion sociale des personnes judiciarisées et dans la réduction du risque de récidive. En plus des difficultés liées à leur trouble de santé mentale et à leur parcours judiciaire, ces personnes sont souvent confrontées à d'autres problématiques comme le TUS, l'itinérance, la précarité financière et l'isolement social. L'ensemble de ces facteurs rend plus difficile l'accès aux ressources adaptées aux besoins de la personne judiciarisée, leur continuité ainsi que les efforts de collaboration entre ces ressources (Baudard de Fontaine, 2025). Un accompagnement et des interventions spécialisés, adaptés aux besoins de ces personnes judiciarisées, sont souvent nécessaires. Si le soutien n'est pas adapté à leurs besoins, la réinsertion est plus ardue et donc, la

(ré)intégration sociocommunautaire plus largement. D'ailleurs, l'organisation des services après détention offerte dans la communauté est souvent jugée inadéquate pour plusieurs populations, dont celle des personnes vivant avec un trouble de santé mentale (Commission de la santé mentale du Canada, 2021). Comme le soulignent Kingston *et al.* (2018), les interventions destinées aux personnes judiciarisées présentant un trouble de santé mentale ont mis l'accent sur la réduction des symptômes de santé mentale, dans l'idée d'améliorer la santé mentale et ainsi diminuer la récidive. La portée des traitements sur les troubles de santé mentale ou les symptômes des personnes judiciarisées demeure encore peu étudiée (Barnao *et al.,* 2016). De plus, peu d'études portent spécifiquement sur les interventions à privilégier auprès des personnes judiciarisées présentant un trouble de santé mentale afin de les soutenir dans leur processus, plus large, de (ré)intégration sociocommunautaire.

Objectif

Considérant la complexité des situations vécues par les personnes judiciarisées présentant un trouble de santé mentale et les limites des systèmes actuels d'accompagnement, cet essai vise à répondre à la question : comment intervenir auprès des personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale pour les soutenir dans leur processus de (ré)intégration sociocommunautaire ?

Méthode

Afin de répondre à la question de recherche qui s'intéresse à la façon d'intervenir auprès des personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale pour les soutenir dans leur processus de (ré)intégration sociocommunautaire, la section suivante décrit la démarche de recherche documentaire, les critères de sélection (inclusion, exclusion) des études retenues, ainsi que la procédure d'analyse des résultats.

Recherche documentaire

La recherche documentaire a été réalisée aux mois d'octobre et de novembre 2024 afin d'identifier des articles scientifiques répondant à l'objectif de la recherche. Trois bases de données ont été utilisées : APA PsychInfo, Sociological Abstracts et Érudit. Dans ces trois bases de données, une recherche par mots-clés a été effectuée sur la base de quatre concepts clés : 1) santé mentale ; 2) intervention ; 3) délinquant ; et 4) (ré)intégration sociocommunautaire. Les bases de données consultées ont été validées par la bibliothécaire de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les mots-clés associés, utilisés pour la recension des écrits, sont illustrés dans le tableau 1 ci-dessous. D'ailleurs, bien que ce ne soit pas le même concept, le terme « réinsertion sociale » a été ajouté comme mot-clé associé à la (ré)intégration sociocommunautaire, car ce dernier terme est plus récent et n'est pas utilisé comme tel en anglais. Les mots-clés associés en anglais ont été utilisés dans les bases de données PsychInfo et Sociological Abstracts, puis ceux en français ont été utilisés dans la base de données Érudit. Les concepts ont été séparés par un « AND » ou « ET » pour chaque équation utilisée.

Tableau 1:

Concepts/mots-clés et équations

Santé mentale	AND/ ET	Intervention	AND/ ET	Délinquant	AND/ ET	(Ré)intégration sociocommunautaire
("mental health" OR "psychiatric disorder" OR "mental disorder") ("santé mentale" OU "trouble* psychiatrique*" OU "trouble* menta*")		(intervention* OR service* OR practice* OR program* OR treatment*) (intervention* OU service* OU pratique* OU accompagnement*)		(Prisoner* OR Offender* OR judicialized OR incarcerated OR convict* OR probationer*) (délinqu* OU détenu* OU judiciaris* OU incarcér* OU condamn*OU probation*)		(rehabilitation OR "social integration" OR "community re-entry" OR "social reintegration" OR "community-based programs") (réhabilitation OU "intégration sociale" OU "réinsertion sociale" OU "(ré)intégration sociocommunautaire" OU "réintégration sociale" OU "programme* communautaire*")

Critères d'inclusion

Pour orienter la sélection des études, des critères d'inclusion ont été établis. La recension comprenait des articles publiés entre 2014 et 2025. Seuls les articles en anglais et en français ont été inclus dans la recension. Les études sélectionnées se concentraient sur une population âgée de 18 ans et plus. Celles-ci devaient porter sur tous les éléments suivants : intervention, santé mentale, (ré)intégration sociocommunautaire et/ou réinsertion sociale, ainsi qu'une population délinquante.

Critères d'exclusion

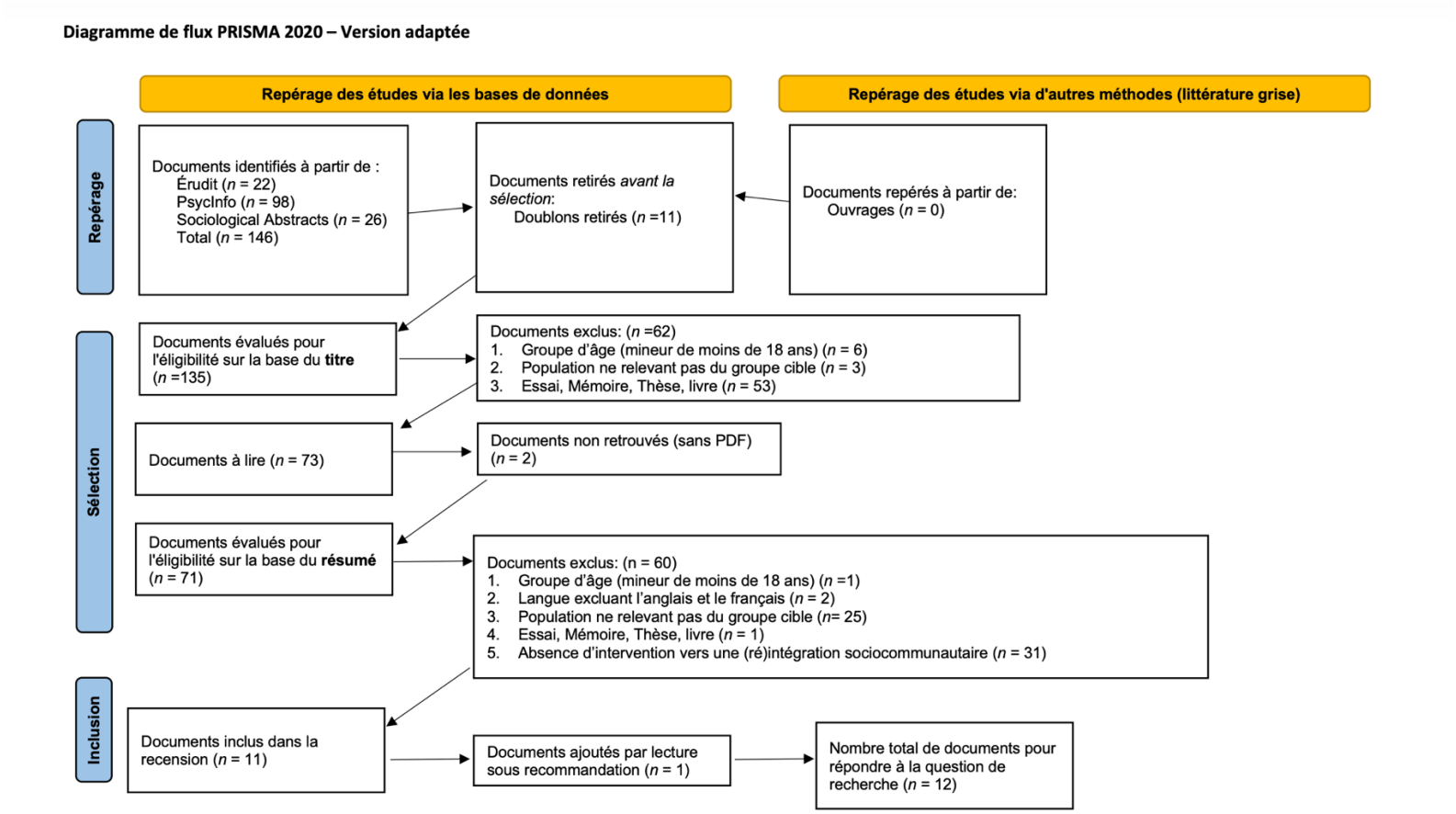
Pour guider la sélection des documents, des critères d'exclusion ont été définis. Les critères d'exclusion ont permis de rejeter les documents non pertinents ou présentant des données hors sujet pour la recension. Les documents ne portant pas sur la population cible ont été rejetés, c'est-à-dire ceux qui ne portaient pas sur des personnes judiciarisées de 18 ans ou plus présentant des troubles de santé mentale. Les documents ne portant pas sur une intervention visant la (ré)intégration sociocommunautaire ou le désistement du crime ont été exclus. Les documents correspondant à des mémoires, des thèses, ou des livres ont été exclus de la sélection. Seulement des articles scientifiques ont été retenus.

Démarche de sélection des études

Comme présenté dans la figure 1 ci-dessous, 146 articles ont été repérés à partir des bases de données et des mots-clés associés. Le logiciel Endnote a été exploité dans le cadre de la recension afin d'organiser les références dans le processus d'extraction des résultats. Les doublons ont été identifiés par cette plateforme et ont été retirés (n = 11). À cet effet, 135 articles ont été évalués sur la base du titre, parmi lesquels 62 articles ont été exclus par la suite. Ensuite, 71 articles ont été évalués sur la base du résumé, une fois que les documents sans PDF ont été retirés (n=2). Parmi ces 71 articles, 60 articles ont été exclus. Comme indiqué dans la figure 1, les raisons principales d'exclusion concernent le type de documents (pas un article scientifique), ou le fait qu'ils ne portent pas sur le groupe cible de l'essai. Enfin, 11 articles ont été lus de façon plus approfondie et résumés, incluant un article ajouté par lecture sous recommandation. Au final, 12 documents ont été inclus dans la recension pour répondre à la question de recherche.

Figure 1:

Diagramme de flux (PRISMA)



Tiré de: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. Traduction française par Marjorie Bilodeau, Université du Québec à Trois-Rivières
Pour plus d'information, visiter: https://www.prisma-statement.org/

Description des études retenues

Au total, 12 articles recensés ont été sélectionnés pour l'essai, dont deux recensions des écrits. Onze articles ont été rédigés en anglais et un en français. Dix articles empiriques portent sur des études publiées entre les années 2015 et 2023 dans divers pays : États-Unis (*n* =3), Canada (*n* =2), Australie (*n* =2), Australasie[1] (*n* = 1), Suisse (*n* =1) et Angleterre (*n* =1). Huit utilisent un devis de recherche quantitatif intégrant un devis expérimental (*n* =2), rétrospectif (*n* =2), quasi-expérimental (*n* =1), prospectif (*n* =1), transversal (*n*=1) et longitudinal (*n*=1). Deux ont un devis qualitatif. Les échantillons des études quantitatives comptent entre 38 et 661 personnes (Moyenne = 204) et celles des études qualitatives comptent entre cinq et 48 personnes (Moyenne = 27). Ces échantillons révèlent une grande diversité de profils, tant sur le plan judiciaire que clinique. Sur le plan des diagnostics de santé mentale, la majorité des études retenues portent sur les troubles psychotiques, incluant la psychose, la schizophrénie et le trouble schizoaffectif (Abracen *et al.,* 2016 ; Barnao *et al*., 2016 ; Hofmann *et al.,* 2022 ; Jotangia *et al*., 2015 ; Kingston *et al.*, 2018 ; LePages *et al.,* 2016 ; Longmate *et al*., 2021 ; Nielssen *et al.,* 2019). Plusieurs études abordent également le TUS (Abracen *et al.,* 2016 ; Jotangia *et al*., 2015 ; LePages *et al.*, 2016 ; LePages *et al.*, 2023 ; Treloar *et al.*, 2021), ainsi que les troubles de l'humeur, tels que la dépression, le troubles cyclothymique et le trouble bipolaire (Barnao *et al*., 2016 ; Jotangia *et al*., 2015 ; Kingston *et al.*, 2018 ; LePages *et al.,* 2016 ; Longmate *et al*., 2021). Pour plus d'informations sur les études recensées, vous pouvez consulter le tableau 2 situé à l'appendice A.

[1] Australasie signifie la région comprenant le pays de la Nouvelle-Zélande et celui de l'Australie.

Résultats

Cette section présente les résultats obtenus dans la recension des écrits. Les résultats sont présentés autour de deux thématiques principales : 1) les traitements et les programmes d'intervention offerts aux personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale ; 2) les facteurs entravants et facilitants la (ré)intégration sociocommunautaire. Le tableau 2 situé à l'appendice A, présente les caractéristiques méthodologiques des 12 études ainsi que leurs résultats. Seuls les résultats qui portent sur les façons d'intervenir auprès des personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale visant à soutenir leur processus de (ré)intégration sociocommunautaire, incluant leur désistement du crime, ont été retenus.

Les traitements et les programmes d'intervention offerts aux personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale

Cette partie présente la première thématique retenue dans les résultats de cette recension. Elle porte sur les traitements et les programmes d'intervention offerts aux personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale, notamment le modèle intégré Risque-Besoins-Réceptivité (RBR-I), le *Reasoning and Rehabilitation Mental Health program* (R&R2MHP), les programmes d'emploi, le *Good Lives Model* (GLM) ainsi que le modèle de pratique interdisciplinaire en milieu psycho-légal.

Modèle intégré Risque-Besoins-Réceptivité (RBR-I)

Le modèle RBR-I constitue une approche alternative au modèle Risque-Besoins-Réceptivité (RBR) original (Abracen *et al.,* 2016). Le modèle original a été développé initialement dans le milieu correctionnel, puis adapté aux milieux psycho-légaux, notamment pour l'intervention auprès des délinquants sexuels. Il vise la réduction de la récidive. Les interventions consistent à repérer et à traiter les facteurs criminogènes, en s'appuyant sur trois principes. Le principe du risque offre un niveau d'intervention proportionnel au risque de commettre un délit ; celui des besoins renvoie aux facteurs criminogènes à cibler dans

le traitement ; et la réceptivité implique d'adapter les programmes aux caractéristiques de la personne (Abracen *et al.,* 2016 ; Holmes *et al.,* 2018). Le RBR-I propose une perspective plus intégrée (I du RBR-I) en montrant comment les troubles mentaux et les traumatismes ont un impact sur les facteurs criminogènes. Il met l'accent sur un traitement adapté pour chaque individu, en tenant compte de ces principes dans la gestion des délinquants à risque modéré ou élevé. Ce modèle repose sur un traitement psychologique individuel sur une période d'environ deux à trois ans. Selon une étude canadienne (Abracen *et al.,* 2016), ce modèle montre des résultats positifs auprès des personnes judiciarisées, ayant commis des infractions violentes, sexuelles, lucratives ou autres et présentant des troubles de santé mentale graves tels que le TUS, la psychose ou l'automutilation. Par ailleurs, plus les personnes judiciarisées bénéficient d'un nombre élevé de séances psychologiques, plus l'effet protecteur contre la récidive se renforce. Cet effet demeure significatif même lorsque le risque de base, mesuré par l'échelle *General Statistical Information on Recidivism* (GSIR) reconnue comme un prédicteur de la récidive est modéré ou élevé. Comparativement à celles qui ne bénéficient pas du modèle RBR-I, celles qui participent à un nombre moyen de séances psychologiques (jusqu'à 19 séances) associées à ce modèle présentent un risque de récidive de 7,7 fois plus faible. Tandis qu'un nombre élevé de séances (20 séances et plus) est associé à une diminution de 11,6 fois du risque récidive (Abracen *et al.,* 2016). Ces résultats soulignent la pertinence d'un suivi psychologique individuel d'intensité moyenne ou élevée pour réduire le risque de récidive pour cette population.

Reasoning and Rehabilitation Mental Health program (R&R2MHP)

Selon une étude canadienne (Jotangia *et al.,* 2015) et une étude réalisée en Angleterre (Kingston *et al.,* 2018), le R&R2MHP est une version révisée du programme *Reasoning and Rehabilitation (*R&R). Il s'agit d'un programme cognitivo-comportemental d'environ 16 séances de 90 minutes, destiné aux personnes présentant un trouble de santé mentale. Son objectif est de diminuer les attitudes criminelles, les comportements antisociaux et de renforcer les compétences cognitives, tant chez les jeunes ayant des conduites antisociales que chez les adultes vivant avec un trouble de santé mentale. Ce programme est identifié comme pertinent pour le développement des compétences cognitives auprès des personnes judiciarisées présentant un trouble de santé

mentale. Les données suggèrent que ce programme contribue à l'amélioration des attitudes criminelles, à une meilleure capacité de résolution de problème, un meilleur locus de contrôle interne ainsi qu'une amélioration du fonctionnement social, psychologique et du comportement (Jotangia *et al.,* 2015 ; Kingston *et al.,* 2018). Toutefois, l'étude de Kingston *et al.* (2018) souligne que, malgré certains progrès observés chez les participants, la diminution des symptômes psychiatriques n'est pas significativement différente entre le groupe ayant suivi le programme et celui qui ne l'a pas suivi, à l'exception de la grandiosité (perception amplifiée de ses propres capacités, accompagnée de la conviction de détenir des aptitudes ou des pouvoirs inhabituels) (Ventura et *al.*, 1993), qui s'avère plus faible dans le groupe R&R2MHP. Après 1,5 an, les résultats montrent que 15 % des personnes judiciarisées avaient récidivé en commettant une infraction violente, et que 56,3% des personnes ayant participé au programme avaient récidivé pour toute autre infraction. Les analyses révèlent que ni les attitudes criminelles, ni les symptômes psychiatriques, ni les scores de risque de récidive ne permettent de prédire significativement la récidive violente. Seulement les antécédents criminels demeurent associés à la probabilité de récidive. L'effet du programme sur la récidive apparaît donc limité ; il ne réduit pas significativement la récidive globale, mais semble apporter une légère amélioration concernant la récidive violente (Kingston *et al.,* 2018). Le programme se révèle donc pertinent pour le développement des compétences cognitives et la réduction de la récidive violente chez les femmes multirécidivistes présentant des dépendances et des troubles de santé mentale (schizophrénie, trouble socioaffectif, bipolarité, traits antisociaux) ainsi que chez les hommes incarcérés ayant des troubles de l'humeur, des troubles psychotiques, des troubles anxieux, des traumatismes ou un déficit fonctionnel (Jotangia *et al.,* 2015 ; Kingston *et al.,* 2018).

Programmes d'emploi

Deux articles se sont penchés sur l'effet des programmes sur la recherche d'emploi et l'obtention d'un emploi chez les personnes judiciarisées ayant des troubles de santé mentale (LePages *et al.,* 2016 ; LePages *et al.,* 2023). LePages *et al.* (2023) ont comparé l'impact du programme informatisé *About Face Online System* (AFOS) sur une période de six mois à sa version papier. Le programme informatisé accompagne les vétérans américains anciennement

incarcérés ayant des troubles de santé mentale tels qu'un TUS avec une situation d'instabilité résidentielle. Il soutient ces personnes dans la reconnaissance de leurs compétences professionnelles et dans la présentation à des employeurs de leurs antécédents d'incarcération et de chômage. Ce soutien est à travers une plateforme numérique intégrant des vidéos. Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence significative dans la complétion du nombre de modules entre les deux groupes (informatisé vs papier). Concernant l'accès à l'emploi, 31,6 % des participants de la version en ligne ont trouvé un emploi au cours des 6 mois, contre 5,3 % pour ceux de la version papier. Donc, la version en ligne semble plus susceptible de conduire à l'emploi (LePages *et al.,* 2023). La seconde étude (LePages *et al.,* 2016) explore si le modèle *Individual Placement and Support* (IPS), intégré au programme *About Face* (AF) permet aux vétérans américains judiciarisés ayant un trouble de santé mentale de trouver un emploi plus rapidement que le programme AF seul. Le programme AF, offert en groupe, vise à préparer les participants à l'emploi. Des services individualisés sont offerts (soutien à la recherche d'emploi, contact direct avec les employeurs et suivi personnalisé dans la communauté) lorsque l'IPS est combiné avec l'AF. Le modèle IPS est une approche qui vise l'amélioration des taux d'emploi des personnes confrontées à des obstacles importants. Sur une période de 90 jours, le taux d'emploi de AF et IPS était de 33 % comparativement 16 % pour AF. Sur 180 jours, le taux d'emploi s'élevait à 46 % dans le groupe intégrant AF et IPS comparativement à 21 % dans le groupe AF. Ainsi, le groupe intégrant AF et IPS était plus susceptible d'obtenir rapidement un emploi sur une période de 180 jours que le groupe AF. Le principal facteur prédictif sur une période de 180 jours est le nombre de mois écoulés depuis le dernier emploi à temps plein. Ainsi, plus le dernier emploi est récent, plus les chances de retrouver un travail sont élevées pour les vétérans anciennement incarcérés présentant des troubles de santé mentale tels que dépression, syndrome du stress post-traumatique, trouble cyclothymique, psychose et TUS, notamment lorsqu'ils ont été condamnés pour des infractions liées à la drogue ou pour des cambriolages. De plus, les participants du groupe AF et IPS ayant trouvé un emploi ont bénéficié de rencontres plus fréquentes avec un spécialiste en emploi avant leur embauche que ceux n'ayant pas d'emploi soit 71 % contre 38 % pour ceux du groupe AF (LePages *et al.,* 2016).

Good Lives Model (GLM)

Deux articles portent sur l'approche du GLM appliquée auprès de personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale (Barnao *et al.,* 2016 ; Potik et Rozenberg, 2020). Les populations ciblées en Australasie (Barnao *et al.,* 2016) et en Israël (Potik et Rozenberg, 2020) incluent des individus vivant avec la schizophrénie et d'autres troubles psychotiques, des troubles de la personnalité (limite, paranoïde, antisociale, narcissique) ainsi que le trouble bipolaire, hébergés dans une unité médico-légale, de même qu'un groupe de délinquants sexuels présentant un trouble exhibitionniste. Contrairement aux interventions traditionnelles centrées entre autres sur la réduction du risque de récidive tel que le modèle RBR, le GLM est une approche humaniste qui vise à soutenir les personnes dans la construction d'un projet de vie prosocial en développant leurs capacités, leurs ressources et leurs forces personnelles. Selon cette approche, les comportements délinquants sont des actions inadéquates pour atteindre des besoins essentiels. Dans le GLM, on reconnaît que les troubles de santé mentale peuvent limiter les capacités à maintenir un équilibre de vie, ce qui renforce sa pertinence clinique auprès de ces personnes judiciarisées présentant un trouble de santé mentale, entre autres pour les personnes présentant un trouble exhibitionniste (Barnao *et al.,* 2016 ; Potik et Rozenberg, 2020). L'étude de Potik et Rozenberg (2020) rapporte des effets bénéfiques du modèle tels qu'une augmentation de l'estime de soi, une diminution des pulsions sexuelles déviantes ainsi qu'un renforcement de l'empathie. Les auteurs mettent en évidence que l'intervention doit s'appuyer sur une relation thérapeutique empathique, telle que décrite par la psychologie du soi. Cette posture permet à la personne de s'ouvrir sur sa vie, notamment sur sa trajectoire délictuelle. Le GLM constitue un modèle pertinent et efficace pour la réadaptation, puisqu'il vise à combler les besoins psychologiques non satisfaits et à soutenir la construction d'une vie prosociale. La vision commune de la psychologie du soi et du GLM permet ainsi de répondre aux besoins de la personne et donc, d'aider à la (ré)intégration dans la société (Potik et Rozenberg, 2020).

Par ailleurs, l'étude de Barnao *et al*. (2016) explore l'effet du GLM sur la réadaptation à partir de la perception des usagers en psychiatrie légale. L'étude s'intéresse à plusieurs dimensions: l'approche centrée sur la personne, les relations avec le personnel, la cohérence des

soins qui intègre la continuité du personnel et une approche cohérente à la réadaptation, la conscience du parcours de réadaptation, l'autoévaluation, l'autonomie, les stratégies d'adaptation ainsi que le changement global de la personne. La comparaison des perceptions des usagers (*n* = 5) avant et après le programme met en évidence trois résultats possibles : un changement certain pour deux participants, un changement subtil pour deux participants et l'absence de changement pour un participant. Les résultats montrent que le changement subtil domine pour l'approche centrée sur la personne (3/5), tandis que les relations avec le personnel (3/5) et la cohérence des soins (5/5) se caractérisent surtout par une absence de changement. Le changement définitif est davantage présent dans la conscience du parcours de réadaptation (3/5) ainsi que dans l'auto-évaluation (3/5). Pour l'autonomie et les stratégies d'adaptation, les résultats révèlent soit un changement définitif (2/5), soit aucun changement (2/5), soit un changement subtil (1/5). Enfin, concernant le changement global, les données indiquent principalement un changement définitif (2/5) et un changement subtil (2/5), tandis qu'une absence de changement a été observée pour 1 participant sur 5 (Barnao *et al.,* 2016). Les participants ayant montré un changement définitif ont été fortement exposés au GLM. En effet, ils ont suivi 15 semaines d'intervention, à raison d'une séance par semaine, et entretenaient une bonne relation avec les intervenants ainsi qu'une ouverture au changement. Ceux présentant un changement subtil ou aucun changement ont été moins exposés au traitement du GLM et présentaient des difficultés personnelles importantes ainsi qu'un plus faible engagement au processus de changement. Dans l'ensemble, le GLM peut améliorer l'expérience de réadaptation et soutenir la réduction du risque en misant sur la construction d'un projet de vie prosocial auprès de personnes présentant des troubles de santé mentale tels que, troubles psychotiques (schizophrénie), trouble de personnalité (limite, paranoïde, antisociale, narcissique) et bipolarité ainsi qu'auprès d'hommes délinquants sexuels ayant un trouble exhibitionniste (Barnao *et al.,* 2016 ; Potik et Rozenberg, 2020).

Modèle de pratique interdisciplinaire en milieu psycho-légal

Le modèle de pratique interdisciplinaire en milieu psycho-légal décrit dans une étude canadienne (Holmes *et al.,* 2018) repose sur cinq dimensions (connaissances spécialisées, facteurs criminogènes, gestion des risques, sécurité, dimensions éthiques et légales). La

dimension des connaissances spécialisées englobe tant l'interprétation des diagnostics que les aspects liés au statut du patient ainsi que les interventions adaptées à sa condition. La deuxième dimension porte sur les facteurs criminogènes et comment ils ont contribué au passage à l'acte. La dimension de la gestion des risques implique une évaluation constante des facteurs de risque et des interventions. La dimension de la sécurité contient les aspects environnementaux (architecture, systèmes d'alarme, caméras), relationnels (connaissances des patients, ratio intervenants-patients, qualité du lien) et procéduraux (surveillance, gestion des déplacements, effets personnels, visiteurs, communications). Les dimensions éthiques et légales portent sur les devoirs professionnels, les droits des usagers et le respect des normes déontologiques. Ces dimensions démontrent la complexité du contexte institutionnel et du rétablissement de la santé mentale. Cette approche structure le quotidien tout en impliquant, dans le processus de rétablissement, le patient, les professionnels (agent d'intervention, infirmière, éducateur), ainsi que les soins et les activités de réadaptation, tout en tenant compte de la sécurité. D'ailleurs, ce modèle valorise le plein potentiel de l'individu ainsi que ses forces, son pouvoir d'agir, l'espoir, le respect et l'autonomie. Il permet un accompagnement complet pour les besoins complexes et psychosociaux de la personne judiciarisée présentant un trouble de santé mentale. Le développement d'habiletés sociales et émotionnelles ainsi que l'amélioration des habitudes de vie sont intégrés dans ce modèle. En outre, renforcer le fonctionnement au quotidien et soutenir la réinsertion dans la communauté sont des objectifs du modèle. Ces interventions soutiennent le rétablissement et la préparation à la réinsertion sociale. Ce modèle vise aussi la continuité des services et l'arrimage avec les ressources externes en mettant de l'avant la cohérence des interventions et un soutien qui se poursuit au-delà de l'hospitalisation (Holmes *et al.,* 2018).

Les facteurs entravants et facilitants la (ré)intégration sociocommunautaire

Cette partie présente la deuxième thématique dégagée dans les résultats de cette recension. Elle porte sur les facteurs entravants et facilitants la (ré)intégration sociocommunautaire, notamment le réseau social, les facteurs structurels, les facteurs cliniques et l'incarcération.

Réseau social

Le réseau social constitue un facteur déterminant dans le processus de (ré)intégration sociocommunautaire des personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale comme le montre une étude suisse (Hofmann *et al.,* 2022) et une étude américaine (Longmate *et al*., 2021). Plusieurs conditions influencent la présence d'un réseau social à la sortie de détention. En effet, un isolement social lors de l'infraction criminelle, une incarcération d'une durée supérieure à un an et un pronostic juridique incertain ou défavorable constituent des conditions qui favorisent l'absence d'un réseau social à la sortie de détention (Hofmann *et al.,* 2022). Or, l'étude de Longmate *et al.* (2021) évalue qu'un faible soutien social est lié à une augmentation des symptômes de santé mentale. Elle montre que plus une personne présente des symptômes de santé mentale, plus elle est à risque de développer des traits de trouble de stress post-traumatique et d'entretenir des relations plus négatives avec les agents de probation. Par ailleurs, 57 % des participants bénéficient d'un soutien social faible. Cette même étude recommande qu'une évaluation de l'isolement social et des besoins de soutien prosocial soit réalisée chez toute personne présentant un trouble de santé mentale impliquée dans le système judiciaire. Cette évaluation permettrait de mieux cibler l'accompagnement nécessaire afin de favoriser leur (ré)intégration dans la communauté (Longmate *et al.,* 2021).

Les personnes judiciarisées qui développent une meilleure compréhension de leur infraction, notamment de sa gravité, ainsi que de leur maladie sont plus susceptibles de disposer d'un réseau social à leur sortie de détention. Comme celles qui ont un pronostic juridique suffisant ou favorable et qui montrent une diminution de leurs comportements antisociaux ont aussi un meilleur soutien social lorsqu'elles sortent de détention. Puis, avoir vécu avec un ou deux parents avant l'incarcération est également un facteur favorable pour avoir un réseau social à la sortie de détention. Enfin, lorsque la psychothérapie aborde des projets futurs comme l'emploi, le logement et la situation financière, cela augmente aussi la probabilité de retrouver un réseau social après la détention (Hofmann *et al.,* 2022). Comme le réseau social à la sortie provient majoritairement de la famille plutôt que d'amis, de partenaires ou de ressources communautaires, il apparaît cohérent que l'existence de relations familiales antérieures facilite la

(ré)intégration sociocommunautaire. Cela souligne l'importance d'impliquer les proches dans le processus thérapeutique. Leur participation contribue à réduire la double stigmatisation liée au trouble de santé mentale et à la judiciarisation, en renforçant les dynamiques familiales. En somme, une collaboration positive avec la famille ou d'autres proches durant le traitement est associée à une diminution du risque de récidive (Hofmann *et al.,* 2022). Par ailleurs, une personne détenue qui entretient une relation positive avec son agent de probation bénéficie d'un meilleur soutien social. De plus, les soutiens positifs institutionnels les plus reconnus par les personnes en probation proviennent des services de santé mentale (26 %), des églises ou des organismes communautaires (24 %) et des services liés aux traitements du TUS (12 %) (Longmate *et al.,* 2021). Dans l'étude de Longmate *et al*. (2021), 43 % des participants bénéficient d'un soutien social élevé. C'est pourquoi les auteurs mettent l'accent sur l'importance d'intégrer le soutien prosocial dans les pratiques d'intervention et d'inclure l'entourage dans le processus thérapeutique (Hofmann *et al.,* 2022 ; Longmate *et al.,* 2021).

Facteurs structurels

L'étude australienne de Treloar *et al.* (2021), réalisée auprès de personnes ayant un passé en détention et des antécédents d'utilisation de drogues par injection, met en évidence l'influence déterminante des facteurs structurels pouvant entraver le processus de (ré)intégration sociocommunautaire. Parmi ces facteurs, on retrouve notamment les politiques punitives concernant le traitement agoniste-opioïde, les difficultés d'accès résidentiel sécuritaire, la prise en charge inadéquate de la santé mentale et des effets indésirables des traitements, le faible soutien social, tant de la part de l'entourage que des intervenants, ainsi qu'un manque de ressources matérielles. Par ailleurs, un accès limité aux services peut mener à un non-respect des conditions de libération, à une réincarcération et à un renforcement des inégalités sociales nuisant au processus de (ré)intégration sociocommunautaire de la personne judiciarisée qui présente un trouble de santé mentale (Treloar *et al.,* 2021).

Cette même étude de Treloar *et al*. (2021) met de l'avant l'importance des compétences des intervenants et celles des institutions dans leur accompagnement auprès de personnes

judiciarisées. Il s'agit notamment de reconnaître les obstacles systémiques, structurels pouvant créer des inégalités, d'adopter une posture empreinte de respect et de professionnalisme envers la personne, ainsi que de proposer des solutions applicables à sa réalité. Par exemple, un diagnostic de santé mentale n'est pas un facteur structurel, mais il peut le devenir si les institutions ne s'adaptent pas aux besoins de la personne, ce qui peut entraîner des conséquences comme la suspension de l'aide sociale ou des difficultés d'accès aux services. De plus, un soutien par les services est recommandé dès la première libération afin de construire un lien de confiance envers ceux-ci. Ce soutien va au-delà d'un simple hébergement temporaire pour aider la personne à se relocaliser. Il vise une coordination intersectorielle des différents services entourant la personne, tels que les services juridiques ainsi que de santé et de services sociaux.

Facteurs cliniques

En outre, des facteurs facilitants de natures cliniques ressortent des programmes d'accompagnement destinés aux personnes judiciarisées présentant un trouble de santé mentale. Les interventions axées sur le développement des compétences cognitives (amélioration de la résolution de problème, du locus de contrôle interne et du fonctionnement social, psychologique et comportemental) montrent un effet positif sur la réduction de la récidive violente (Jotangia *et al.,* 2015 ; Kingston *et al.,* 2018). L'étude de Abracen *et al.* (2016) indique que lorsque l'intensité des séances psychologiques (nombre) est moyenne ou élevée, le risque de récidive diminue davantage. Par ailleurs, les études de LePages *et al.* (2016) et de LePages *et al.* (2023) révèlent que le soutien à l'emploi et aux habiletés professionnelles permet un meilleur accès à l'emploi. Dans l'ensemble, ces leviers d'accompagnement constituent des facteurs facilitants importants pour réduire la récidive et favoriser le processus de (ré)intégration sociocommunautaire (Abracen *et al.,* 2016 ; Jotangia *et al.,* 2015 ; Kingston *et al.,* 2018 ; LePages *et al.,* 2016 ; LePages *et al.,* 2023).

L'incarcération

Selon l'étude australienne de Nielssen *et al.* (2019), chez les personnes judiciarisées ayant un trouble de santé mentale et ayant commis une infraction grave non létale, l'incarcération ne

facilite pas plus ou moins la réinsertion sociale selon le diagnostic de santé mentale. Mais près de 50 % des individus ne sont pas réincarcérés sur une période de 8 à 10 ans. Il y a donc autant de chance que la personne soit réincarcérée qu'elle ne le soit pas au cours de 8 à 10 ans suivant sa sortie de détention. De plus, le fait de ne pas être réincarcérer au cours de cette période ne garantit en rien sa réinsertion sociale. Les personnes ayant un trouble psychotique (psychose ou schizophrénie) présentent un taux de réincarcération de 53,7 %, celles ayant un trouble cognitif (lésion cérébrale ou déficience intellectuelle), un taux de 50,7 %, et celles n'ayant aucun de ces troubles, un taux de 45,2 %. L'incarcération n'est pas démontrée dans cette étude comme facilitant la réinsertion sociale, mais ne démontre pas non plus qu'elle l'entrave. Toutefois, les résultats montrent qu'une personne qui vit avec un trouble psychotique est plus susceptible de retourner en détention plus rapidement. Par ailleurs, le type de peine initiale, qu'il s'agisse d'un emprisonnement ou d'une peine non privative de liberté (sursis, probation, services communautaires, amende, etc.) pour des infractions telles que tentative de meurtre, agression, étranglement ou blessure, augmente à la fois le risque et la durée de réincarcération, peu importe le diagnostic de santé mentale (Nielssen *et al.,* 2019). Également, les personnes condamnées à des peines non privatives de liberté (dans la communauté) récidivent généralement moins (Nielssen *et al.,* 2019).

Par ailleurs, selon Nielssen *et al.* (2019), un faible taux de récidive est observé chez les personnes en contexte médico-légal. Ce qui permet de croire qu'il pourrait être bénéfique d'importer des stratégies d'intervention de ce milieu à d'autres contextes d'intervention en délinquance (ex. prison) pour les personnes présentant des troubles de santé mentale. Par exemple, les stratégies d'intervention qui pourraient être incluses sont : un suivi du traitement antipsychotique après la libération, une supervision de l'abstinence ainsi qu'une libération progressive accompagnée d'un soutien social et d'un logement stable. L'intégration du modèle de réhabilitation de la psychiatrie légale correspond à un modèle plus positif auprès des personnes présentant des troubles de santé mentale (Nielssen *et al.,* 2019)

Discussion

Cette recension des écrits visait à comprendre comment intervenir auprès de personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale pour les soutenir dans leur processus de (ré)intégration sociocommunautaire, lequel implique notamment un désistement du crime. Dans cette recherche, 12 études ont mis en évidence des résultats portant sur deux thématiques principales : 1) les traitements et les programmes d'intervention offerts aux personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale; 2) les facteurs entravants et facilitants leur (ré)intégration sociocommunautaire. Dans cette section, les thématiques principales seront discutées, en portant une attention particulière aux processus de désistement du crime et de (ré)intégration sociocommunautaire des personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale. Par ailleurs, bien que peu d'études recensées utilisent le terme (ré)intégration sociocommunautaire, ce terme sera employé dans cette section afin d'englober la réinsertion sociale et la réhabilitation. Les liens entre les résultats et la psychoéducation seront également discutés, ainsi que les limites de cet essai et les recommandations pour des recherches ultérieures.

Les modèles orientés sur le risque de récidive

Les résultats stipulent que les modèles centrés sur la récidive permettent d'améliorer certains facteurs pouvant être reliés au risque de récidive, notamment les attitudes criminelles, les habiletés de résolution de problème, le locus de contrôle interne, le fonctionnement social, psychologique et comportemental (Jotangia *et al.,* 2015 ; Kingston *et al.,* 2018). Lorsqu'ils fournissent un service psychologique individuel, avec intensité, une diminution de la récidive est démontrée (Abracen *et al.,* 2016). Cela soulève la pertinence d'un suivi psychologique dans le processus de (ré)intégration sociocommunautaire de la personne (Abracen *et al.,* 2016). Néanmoins, même si ces programmes visent à répondre aux besoins criminogènes (attitude criminelle, antécédent criminel, dépendance aux substances psychoactives [SPA]), leurs effets sur la récidive demeurent limités. Ces programmes peuvent montrer un effet sur la récidive violente

ainsi que sur les compétences cognitives, davantage que sur la délinquance plus globale (Jotangia *et al.,* 2015 ; Kingston *et al.,* 2018). Autrement dit, ces programmes pourraient possiblement soutenir le désistement primaire pour certaines formes plus violentes de délinquance, c'est-à-dire l'arrêt du comportement criminel. Ainsi, les approches centrées sur le risque sont pertinentes et peuvent être utiles pour soutenir la (ré)intégration sociocommunautaire. Toutefois, il pourrait être pertinent d'intégrer plus d'approches orientées vers les forces dans les programmes d'intervention.

Les modèles orientés vers les forces

Les approches orientées vers les forces se différencient parce qu'elles se centrent sur les points forts des personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale (Barnao *et al.,* 2016 ; Holmes *et al.,* 2018 ; LePages et *al.,* 2016 ; LePages *et al*., 2023 ; Potik et Rozenberg, 2020). Par exemple, les programmes d'aide en emploi visent un meilleur accès à l'employabilité (LePages *et al*., 2016 ; LePages *et al*., 2023). Cela peut constituer un levier important pour la (ré)intégration sociocommunautaire, en permettant à la personne une participation sociale qui bénéficie à son sentiment d'appartenance sociale (Bérard, 2015). Également, cette participation sociale et ce sentiment d'appartenance peuvent contribuer au changement de perception que la communauté a de la personne judiciarisée concernant son évolution personnelle et sa place dans la collectivité (McNeill, 2016). Par ailleurs, le GLM orienté vers les forces (Barnao *et al*., 2016 ; Potik et Rozenberg, 2020) peut s'inscrire dans la logique des quatre formes de réhabilitation définies par McNeill (2018). En effet, dans la forme personnelle, le développement d'un projet de vie prosocial et son évolution sont priorisés, en mettant de l'avant l'identité, les compétences et la motivation de la personne. De même qu'ils pourraient s'inscrire dans la forme morale et politique par la réparation de ses actions à l'intérieur du projet de vie prosocial. Puis, celle judiciaire et sociale par son intégration et son implication au sein de la société ainsi que la reconnaissance de cette dernière, notamment par le projet de vie, mais par le développement de l'estime de soi et la diminution du comportement criminel (Barnao *et al*., 2016 ; McNeill, 2018 ; Potik et Rozenberg, 2020). De plus, les résultats du modèle de pratique interdisciplinaire en milieu psycho-légal

(Holmes *et al.,* 2018) promeuvent une intervention globale intégrant à la fois les soins et les activités de réadaptation misant sur la poursuite des services après la période en établissement médico-légal et sur un arrimage avec les ressources externes une fois en communauté. Ces conditions peuvent être essentielles pour bien soutenir une (ré)intégration sociocommunautaire chez les personnes judiciarisées ayant un trouble de santé mentale. Dans l'ensemble, ces modèles apparaissent pertinents pour le soutien vers une (ré)intégration sociocommunautaire (Barnao *et al*., 2016 ; Holmes *et al.,* 2018 ; LePages *et al.,* 2016 ; LePages *et al*., 2023 ; Maruna et Farrall, 2004 ; Potik et Rozenberg, 2020), incluant le désistement du crime des personnes judiciarisées ayant un trouble de santé mentale. En effet, ils pourraient agir notamment sur le désistement secondaire en contribuant à la reconstruction de l'identité par le développement des compétences et de l'autonomie. Ils pourraient aussi agir sur le désistement tertiaire à travers un soutien social (formel, informel) ainsi qu'un accès à des conditions de vie plus optimales.

Réseau social

Les résultats montrent l'importance du réseau social dans les pratiques d'intervention, ce que les concepts de désistement du crime et de (ré)intégration sociocommunautaire mettent d'ailleurs de l'avant (Brunelle *et al.,* 2024 ; Hofmann *et al.,* 2022 ; Longmate *et al*., 2021). L'absence d'un réseau social à la libération apparaît liée à des facteurs de risque et à une augmentation des symptômes de santé mentale (Hofmann *et al.,* 2022 ; Longmate *et al.*, 2021). Ces facteurs et ces symptômes de santé mentale semblent fragiliser les liens sociaux tant personnels qu'institutionnels (Longmate *et al.*, 2021). En revanche, les facteurs associés à la présence d'un réseau social à la sortie de détention se relèvent plus favorables. Le soutien prosocial reçu par les institutions, les agents de probation, l'entourage et la visualisation de projets futurs constituent des éléments favorables au maintien d'un réseau social (Hofmann *et al.,* 2022 ; Longmate *et al*., 2021). Il est possible d'émettre l'hypothèse que ces éléments peuvent constituer des leviers importants pour la (ré)intégration sociocommunautaire. Ces différents soutiens peuvent notamment s'inscrire dans le concept de désistement assisté, de désistement du crime et de la (ré)intégration sociocommunautaire (F.-Dufour et Brassard, 2014 ; Fox, 2015 ; McNeill, 2009). Le désistement assisté concerne à la fois un soutien informel et non structuré

offert par des personnes et des institutions (membre de l'entourage, intervenant qui n'a pas de mandat légal de (ré)intégration sociocommunautaire) ainsi qu'un soutien formel (intervenant ayant un mandat légal, ex. agent de probation) (F.-Dufour *et al.,* 2018 ; Ouellet et Dubois, 2022 ; Villeneuve *et al.,* 2020).

Facteurs structurels

Les résultats (Treloar *et al.,* 2021) montrent que certains facteurs structurels (accès au logement, prise en charge de la santé mentale inadéquate, faible soutien social, etc.) peuvent nuire au processus de désistement du crime et de la (ré)intégration sociocommunautaire. En effet, la (ré)intégration sociocommunautaire ne dépend pas seulement d'un cheminement individuel, mais aussi de facteurs structurels. La capacité des systèmes à répondre adéquatement aux besoins de la personne judiciarisée présentant un trouble de santé mentale peut représenter un facteur structurel avec une influence positive. Parmi les autres facteurs structurels, le développement des compétences structurelles chez les intervenants en réponse aux besoins de ces personnes est essentiel, principalement dans le soutien à la sortie de détention. Les facteurs structurels qui répondent aux besoins de la personne judiciarisée présentant un trouble de santé mentale pourraient favoriser un désistement du crime et une (ré)intégration sociocommunautaire par la continuité des services et la fondation d'une relation empreinte d'écoute, d'expression ainsi qu'un lien de confiance envers les ressources (McCulloch, 2005 ; Treloar *et al.,* 2021).

Facteurs cliniques

Les facteurs cliniques (Abracen *et al.,* 2016 ; Jotangia *et al.,* 2015 ; Kingston *et al.,* 2018 ; LePages *et al.,* 2016 ; LePages *et al.,* 2023) montrent que des ingrédients spécifiques des programmes d'intervention (ex. intensité des traitements psychologiques, développement des compétences cognitives, soutien à l'emploi) sont associés à leur succès. Ces facteurs pourraient soutenir la reconstruction identitaire et la participation sociale. Autrement dit, ces ingrédients à succès pourraient possiblement mieux soutenir le processus de désistement du crime et de la (ré)intégration sociocommunautaire s'ils étaient intégrés à plus de programmes auprès des personnes judiciarisées présentant un trouble de santé mentale.

Incarcération

L'incarcération ne constitue ni un facteur entravant ni un facteur facilitant dans le processus de (ré)intégration sociocommunautaire des personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale selon les résultats de la recension (Nielssen *et al.,* 2019). Toutefois, les peines purgées dans la communauté affichent un plus faible taux de récidive comparativement à celles purgées en détention. À cet effet, ce type de peine pourrait mieux soutenir le processus de désistement du crime et de (ré)intégration sociocommunautaire s'il est priorisé auprès des personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale. Il est permis de croire que c'est en partie parce qu'elles ont accès à leur réseau social et à des ressources extérieures que ça semble plus soutenant. Également, l'approche de réadaptation en contexte médico-légal (Nielssen et *al.,* 2019) pourrait être avantageuse pour ces personnes dans d'autres contextes. Cette approche de réhabilitation peut laisser croire qu'elle a un impact positif sur le processus du désistement du crime, notamment sur le désistement primaire, c'est-à-dire, la cessation de l'action criminelle. En effet, les personnes en contexte médico-légal affichent au faible taux de récidive à l'aide de cette approche. Ce désistement du crime contribue au processus de (ré)intégration sociocommunautaire, même s'il ne suffit pas à lui seul (Brunelle *et al*., 2024).

Liens avec la psychoéducation

La recension des écrits sur le sujet de cet essai révèle des points de similitude avec la psychoéducation. Les résultats peuvent éclairer la pratique des psychoéducateurs quant aux interventions visant le désistement du crime et la (ré)intégration sociocommunautaire des personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale. Bien que la présence des psychoéducateurs demeure encore peu fréquente dans les milieux judiciaires, correctionnels et de réinsertion sociale (en délinquance) comparativement à d'autres types de professionnels, l'approche psychoéducative s'avère pertinente notamment par sa démarche d'évaluation qui concorde avec le soutien du désistement du crime et de la (ré)intégration sociocommunautaire des personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale. En effet, elle permet d'évaluer les difficultés d'adaptation ainsi que les capacités adaptatives de la personne vivant avec un trouble de santé mentale diagnostiqué, en plus des besoins associés (Ordre des psychoéducateurs

et psychoéducatrices du Québec, 2024). Elle ne se limite pas à l'évaluation de la délinquance, des facteurs criminogènes ou du risque de récidive. D'ailleurs, un point de convergence se retrouve dans les opérations professionnelles de la psychoéducation (Renou, 2005).

L'observation et l'évaluation pré-intervention permettent ensemble de dresser un portrait global de la situation de la personne. En effet, elles tiennent compte du potentiel adaptatif (Pad) de la personne comme démontré dans les résultats de cet essai, notamment ses capacités adaptatives (ses forces, ses habiletés sociales et cognitives) et ses difficultés d'adaptation (attitudes criminelles, trouble de santé mentale). Elles considèrent également le potentiel expérientiel de l'environnement (PEx) dans lequel elle évolue (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2024). Par exemple, cela inclut dans les résultats de cet essai, l'existence d'un réseau social (formel ou informel), la participation à un programme ou à un traitement, ainsi que la présence d'un accompagnement professionnel qui soutient la personne dans sa (ré)intégration sociocommunautaire. Cette observation et cette évaluation portent sur ses capacités adaptatives, ses difficultés d'adaptation et ses besoins tout en considérant les facteurs environnementaux. Ce portrait permet de bien comprendre la problématique vécue par la personne, d'identifier les éléments ayant marqué son parcours de vie ainsi que les facteurs entravants ou facilitants susceptibles d'influencer son processus de désistement du crime et de (ré)intégration sociocommunautaire.

L'opération d'organisation qui rejoint encore plus les résultats de cette recension consiste à la mise en place d'interventions (Renou, 2005). En effet, une fois le portrait global établi, il devient essentiel de mettre en place un programme ou une intervention adaptée aux besoins de la personne. Par exemple, après avoir recueilli les informations de l'observation et de la pré-évaluation, un des programmes recensés dans les résultats pourrait être mis en place auprès de la personne judiciarisée qui présente un trouble de santé mentale. Le programme choisi devra être adapté à la fois au parcours judiciaire, aux défis de (ré)intégration sociocommunautaire et à la réalité liée à la santé mentale de cette personne. Et ce, selon le portrait global et les besoins établis précédemment, qu'il s'agisse d'interventions centrées sur la réduction de la récidive, les

forces, le développement des compétences cognitives ou sur le développement des compétences professionnelles.

Concernant les programmes identifiés dans les résultats, l'opération de l'utilisation pourrait soutenir l'application des apprentissages découlant d'un de ces programmes réalisés par l'individu dans ses différents contextes de vie (Renou, 2005). Le psychoéducateur pourrait ainsi accompagner l'individu dans l'intégration concrète de ses apprentissages (compétences cognitives, projet de vie prosocial, reconnaissance des compétences professionnelles et présentation des antécédents criminels) dans son quotidien, ce qui pourrait contribuer à son processus de désistement du crime et de (ré)intégration sociocommunautaire. Les compétences développées dans le programme choisi par les personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale, de même que les facteurs facilitants (ex. réseau social, facteurs cliniques, facteurs structurels) auxquels elles seraient exposées, pourraient avoir un impact sur les différentes formes de désistement du crime (primaire/de l'acte, secondaire/identitaire, tertiaire/social).

La communication (Renou, 2005) permet l'échange d'informations entre les acteurs œuvrant auprès de la personne judiciarisée et avec celle-ci, soutenant ainsi la continuité des services et la cohérence des interventions. Les résultats liés au modèle de pratique interdisciplinaire en milieu psycho-légal soulignent d'ailleurs l'importance de la collaboration interdisciplinaire et de l'arrimage des ressources externes pour soutenir la (ré)intégration sociocommunautaire des personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale (Holmes *et al.,* 2018). Il importe de rappeler que la personne judiciarisée n'est pas l'unique responsable de son processus de (ré)intégration sociocommunautaire, celui-ci reposant sur une combinaison de facteurs relationnels, institutionnels, cliniques et individuels (Cullen et Gilbert, 2012 ; McNeill, 2018).

Limites et recommandations

Il est nécessaire de souligner que cet essai présente des limites. Tout d'abord, le nombre limité d'études incluses (n=12) complexifie la généralisation des résultats. Les articles n'abordant

pas explicitement la (ré)intégration sociocommunautaire, le désistement du crime, la réinsertion sociale, la réhabilitation ou la diminution du risque de récidive ont été exclus. Lors d'une étude ultérieure, il serait intéressant d'élargir les critères d'inclusion afin d'y intégrer une plus grande diversité d'articles scientifiques ou autres documents de littérature grise portant sur les interventions auprès des personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale visant à soutenir leur processus de (ré)intégration sociocommunautaire, telles que des études portant sur les services offerts pendant l'incarcération.

Une limite additionnelle réside dans le fait que certains articles retenus abordent davantage le désistement du crime ou le risque de récidive sans aborder les autres dimensions importantes de la (ré)intégration sociocommunautaire. La (ré)intégration sociocommunautaire constitue un concept plus large que ce que les articles retenus ont étudié et sont parvenus à démontrer dans leur ensemble. Ils ne s'attardent pas, voire peu aux dimensions sociales et communautaires, notamment le bien-être, l'hébergement, les vêtements, l'implication dans la communauté autre que par le travail par exemple (Bérard, 2015).

Une autre limite concerne les programmes qui visent l'évitement de la judiciarisation ou de l'incarcération destinés aux personnes judiciarisées vivant avec des troubles de santé mentale, comme le Programme d'Accompagnement Justice et Santé Mentale + (PAJ-SM+) (Provost, 2011). Ce type de programmes n'est pas ressorti dans la recherche documentaire de cet essai probablement parce que les mots-clés associés dans les articles ne contenaient pas les termes de réinsertion sociale, (ré)intégration sociocommunautaire ou réhabilitation sociale. Bien que ces programmes visent à ce que les personnes concernées n'entrent pas dans le système judiciaire, ils sont probablement susceptibles d'avoir un impact sur la (re)judiciarisation ou non de ces personnes qui recommettent généralement un ou des crimes. Il serait donc pertinent, dans une prochaine étude, de s'attarder aux programmes de déjudiciarisation et aux voies alternatives à la judiciarisation ou à l'incarcération des personnes confrontées à des troubles de santé mentale. Il serait intéressant d'explorer ce type de programmes afin de mieux comprendre le soutien qu'ils offrent à ces personnes ainsi que leur contribution dans leur processus de désistement du crime et

de (ré)intégration sociocommunautaire. Une dernière limite concerne le fait de ne pas avoir intégré d'autres types de publications que des articles scientifiques, ce qui pourrait avoir restreint le nombre de programmes recensés. Les essais, mémoires, thèses et ouvrages ont été exclus. Dans le cadre d'une étude ultérieure, il serait pertinent d'élargir les critères d'inclusion afin de pouvoir intégrer un plus grand nombre de programmes d'intervention canadiens répertoriés, décrits et évalués, notamment en considérant aussi les thèses de doctorat.

Conclusion

En conclusion, cet essai avait pour objectif de répondre à la question suivante: comment intervenir auprès des personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale pour les soutenir dans leur processus de (ré)intégration sociocommunautaire? Dans cette recension des écrits, 12 articles ont été retenus. Les résultats ont permis d'identifier deux thématiques principales soit : 1) les traitements et les programmes d'intervention offerts aux personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale ; 2) les facteurs entravants et facilitants la (ré)intégration sociocommunautaire. Dans la première thématique, les programmes qui se démarquent mettent de l'avant la diminution de la récidive, les forces personnelles, le développement des compétences cognitives et sociales ainsi que de saines habitudes de vie. La construction d'un projet de vie prosocial et le soutien formel lors du retour en communauté comme le soutien en emploi sont aussi mis en évidence. Par ailleurs, la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle ainsi que l'arrimage des services sont des conditions importantes pour soutenir la (ré)intégration sociocommunautaire de ces personnes. Dans la deuxième thématique, des facteurs sont identifiés dans le processus de (ré)intégration sociocommunautaire. La présence du réseau social formel ou informel constitue un levier important dans ce cheminement. Certains facteurs structurels et cliniques contribuent à réduire la récidive et à soutenir le processus de (ré)intégration. Néanmoins, les facteurs structurels, tels que l'accès limité aux services, les politiques punitives ou les difficultés d'accès au logement peuvent entraver le processus de (ré)intégration sociocommunautaire. L'incarcération ne se révèle ni facilitante ni entravante. En somme, bien que certaines limites demeurent, ces résultats offrent des pistes d'intervention pertinentes pour tous les intervenants incluant les psychoéducateurs œuvrant auprès des personnes judiciarisées présentant des troubles de santé mentale dans le but de faciliter leur processus de (ré)intégration sociocommunautaire. Ce processus incluant celui du désistement du crime dépend d'une combinaison de facteurs relationnels, institutionnels, cliniques et individuels. La personne judiciarisée, qu'elle ait un trouble de santé mentale ou non, n'est pas la seule actrice dans son processus de (ré)intégration sociocommunautaire, comme le montrent les résultats de cet essai.

Références

Abracen, J., Gallo, A., Looman, J. et Goodwill, A. (2016). Individual Community-Based Treatment of Offenders With Mental Illness: Relationship to Recidivism. *Journal of interpersonal violence, 31*(10), 1842-1858. https://doi.org/10.1177/0886260515570745

Admo, N., Gariépy, J., Rizkalla, S. et Lévesque, N. (2015). *Criminologie Générale (3e éd.)*. Modulo.

American Psychiatric Association [APA]. (2015). DSM-5: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). Elsevier Masson.

Barnao, M., Ward, T. et Casey, S. (2016). Taking the Good Life to the Institution: Forensic Service Users' Perceptions of the Good Lives Model. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 60*(7), 766-786. https://doi.org/10.1177/0306624X15570027

Baudard de Fontaine, A. (2025). Agents d'intégration sociale et santé mentale des détenus : un pont entre prison et communauté. Le *Beccaria, 12*, 50-53.

Beaudette, J.N., Power, J. et Stewart, L.A. (2015). *La prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale nouvellement admis*. (Rapport no R-357). Service correctionnel du Canada.

Beaudette, J. N. et Stewart, L. A. (2016). National prevalence of mental disorders among incoming Canadian male offenders. *Canadian Journal of Psychiatry, 61*(10), 624-632. https://doi.org/10.1177/0706743716639929

Bérard, F. (2015). La (ré)intégration sociale et communautaire : socle de la réhabilitation des personnes contrevenantes. *Revue Porte Ouverte, 27*(2), 6-8.

Brown, G.P., Barker, J., McMillan, K., Norman, R., Derkzen, D., Stewart, L. et Wardrop, K. (2018). *Prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillons de la population carcérale et à l'admission* (Rapport n°420). Service correctionnel du Canada.

Brunelle, N., F.-Dufour, I., C.-Dubé, R., Carpentier, J. et Hamel, S. (2024). Désistement et (ré)intégration sociocommunautaire. Dans I. F.-Dufour, N. Brunelle, R. C.-Dubé et D. Henry (Dir.), *Désistement et (ré)intégration sociocommunautaire : L'expérience de jeunes judiciarisés de 16 à 35 ans* (p.19-26). Presses de l'Université du Québec.

Castillo, M. (2018). La judiciarisation, une solution et un problème. *Dans Inflexions, 2* (38), 167-172. https://doi.org/10.3917/infle.038.0167

Chouinard-Audet, M. (2019). Santé mentale et incarcération. *Revue Porte Ouverte, 31*(01),18-20.

Commission de la santé mentale du Canada. (2020). *Les besoins en matière de santé mentale des personnes ayant des démêlés avec la justice : Brève revue exploratoire de la littérature*. Santé Canada.

Commission de la santé mentale du Canada. (2021). *Répertoire national des services et mesures de soutien de santé mentale et usage de substances destinés aux personnes en transition hors du système judiciaire : Rapport final.* Santé Canada.

Crocker, A. G. et Moulin, V. (2022). Présentation. *Santé mentale au Québec, 47*(1), 11–17. https://doi.org/10.7202/1094142ar

Cullen, F.T. et Gilbert, K.E. (2012). *Reaffirming Rehabilitation* (2e éd.). Routledge.

Cusson, M. (1981). *Délinquants pourquoi?* Hurtubise HMH.

F.-Dufour, I. et Brassard, R. (2014). The convert, the remorseful and the rescued : Three different processes of desistance from crime. *Australian and New Zealand Journal of Criminology, 47* (3), 313-335. https://doi.org/10.1177/0004865814523972

F.-Dufour, I., Villeneuve, M.-P. et Perron, C. (2018). Les interventions informelles de désistement assisté : une étude de la portée. *La Revue canadienne de criminologie et de justice pénale, 60* (2), 1-35.

Fox, K.J. (2015). Theorizing community integration as desistance-promotion. *Criminal Justice and Behavior, 42* (1), 82-94. https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0093854814550028

Graham, H. et McNeill, F. (2018). Desistance: Envisioning futures. Dans P. Carlen et F.L. Ayres (dir.), *Alternative Criminologies*, (p.433-451). Routledge.

Hofmann, L. A., Lau, S. et Kirchebner, J. (2022). Maintaining social capital in offenders with schizophrenia spectrum disorder—An explorative analysis of influential factors. *Frontiers in Psychiatry, 13*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.945732

Holmes, D., Perron, A., Jacob, J. D., Paradis-Gagné, É. et Gratton, S-M. (2018). Pratique en milieu de psychiatrie légale : proposition d'un modèle interdisciplinaire. *Recherche en soins Infirmiers, 134* (3), 33-43. https://doi.org/10.3917/e.rsi.134.0033

Jontagia, A., Rees-Jones, A., Gudjonsson, G. H. et Young, S. (2015). A Multi-Site Controlled Trial of the R&R2MHP Cognitive Skills Program for Mentally Discordered Female Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 59* (5), 539-559. https://doi.org/10.1177/0306624X13512092

Kingston, D. A., Olver, M. E., McDonald, J. et Cameron, C. (2018). A randomised controlled trial of a cognitive skills programme for offenders with mental illness. *Criminal behaviour and mental health, 28*(4), 369-382. https://doi.org/10.1002/cbm.2077

Leclerc, J., Lesage, A., Rochette, L., Huỳnh, C., Pelletier, É. et Sampalis, J. (2020). Prevalence of depressive, bipolar and adjustment disorders, in Quebec, Canada. *Journal of affective disorders*, *263*, 54-59.

LePage, J. P., Lewis, A. A., Crawford, A. M., Parish, J. A., Ottomanelli, L., Washington, E. L. et Cipher, D. J. (2016). Incorporating individualized placement and support principles into vocational rehabilitation for formerly incarcerated veterans. *Psychiatric Services, 67* (7), 735-742. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500058

LePage, J. P., Walters, S. T., Cipher, D. J. et Crawford, A. M. (2023). Development and evaluation of an online vocational program for veterans with legal convictions and psychiatric illness. *Evaluation and Program Planning*, *97*, 1-7. https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2023.102254

Lesage, A. et Émond, V. (2012) *Surveillance des troubles mentaux au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services.* Institut national de santé publique du Québec.

Longmate, C., Lowder, E., Givens, A., Van Deinse, T. B., Ghezzi, M., Burgin, S. et Cuddeback, G. S. (2021). Social support among people with mental illnesses on probation. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 44*(1), 70-76. https://doi.org/10.1037/prj0000428

Maruna, S. (2020). De la réhabilitation au désistement assisté : transcender le modèle médical (traduit par F. Dubois). *Criminologie, 53*(1),19-39. https://doi.org/10.7202/1070500ar

Maruna, S. et Farrall, S. (2004). Desistance-focused criminal justice policy research: Introduction to a special issue on desistance from crime and public policy. *The Howard Journal of Crime and Justice, 43* (4), 358-367. https://doi.org/10.1111/j.1468-2311.2004.00335.x

McCulloch, T. (2005). Probation, social context and desistance: Retracing the relationship. *Probation Journal, 52* (1), 8-22. https://doi.org/10.1177/0264550505050623

McNeill, F. (2016). Desistance and criminal justice in Scotland. Dans H. Croall, G. Mooney, et G. Munro (dir.), *Crime, Justice and Society in Scotland* (p.200-216). Routledge.

McNeill, F. (2018). Rehabilitation, corrections and society: The 2017 ICPA distinguished scholar lecture. *Advancing Corrections Journal, 5*, 10-20. http://eprints.gla.ac.uk/159625/7/159625.pdf

McNeill, F. (2009). *Towards Effective Practice in Offender Supervision.* The Scottish Centre for Crime and Justice Research (SCCJR).

Ministère de la Sécurité publique. (2025). *Profil de la population carcérale 2022-2023.* https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/securite-publique/publications-adm/publications-secteurs/services-correctionnels/profil-clientele-correctionnelle/profil_population_carcerale_2022-2023.pdf

Nielssen, O., Yee, N. Y. L., Dean, K. et Large, M. (2019). Outcome of serious violent offenders with psychotic illness and cognitive disorder dealt with by the New South Wales criminal justice system. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 53*(5), 441-446. https://doi.org/10.1177/0004867418771751

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2024). *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation. Lignes directrices.*

Organisation mondiale de la Santé. (2026). *Santé mentale*. https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health#tab=tab_1

Ouellet, F. et Dubois, M.-È. (2022). Got assistance? Profit-driven criminal careers and assisted desistance. *Crime & Delinquency*, 1-27. https://doi.org/10.1177/00111287221104733

Ouimet, M. (2015). *Les causes du crime : Examen des théories explicatives de la délinquance, du passage à l'acte et de la criminalité*. Les Presses de l'Université Laval.

Potik, D. et Rozenberg, G. (2020). Self Psychology, Risk Assessment of Individuals with Exhibitionistic Disorder and the Good Lives Model—More Than Meets the Eye. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 29*(3), 272-291. https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1530714

Provost, J. (2011). *Programme d'accompagnement Justice et Santé mentale « PAJ-SM à la cour municipale de la Ville de Montréal : Bilan et perspectives*. Gouvernement du Québec.

Renou, M. (2005). *Psychoéducation: une conception, une méthode*. Béliveau éditeur.

Robitaille, C. (2004). À qui profite le crime ? Les facteurs individuels de la réussite criminelle. *Criminologie, 37*(2), 33–62. https://doi.org/10.7202/010704ar

Sampson, R. J. et Laub, J. H. (1993). Crime in the Making: Pathway and Turninsg Points Through Life. *Crime & Delinquency*, *39* (3), 396. https://doi.org/10.1177/0011128793039003010

Sénéchal, C. (2021). *Les troubles mentaux dans le système de justice: réflexion sur le traitement d'une clientèle vulnerable* (2e éd.). Éditions Yvon Blais.

Service correctionnel Canada. (2018). *Prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale échantillon de la population carcérale* (Rapport n°406). Gouvernement du Canada.

Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C.E., Ahmad, S. et Khan, M. (2011). The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada: 2011 to 2041. RiskAnalytica, on behalf of the Mental Health Commission of Canada 2011.

Tircher, P. et Hébert, G. (2021). *Le profil des personnes judiciarisées au Québec.* Institut de recherche et d'informations socioéconomiques.

Treloar, C., Schroeder, S., Lafferty, L., Marshall, A., Drysdale, K., Higgs, P., Baldry, E., Stoove, M. et Dietze, P. (2021). Structural competency in the post-prison period for people who inject drugs: A qualitative case study. *International Journal of Drug Policy*, *95*, 1-9. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103261

Tribunal Administratif du Québec. (2025). *Rapport annuel de gestion 2024-2025*. https://www.taq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/file/publications/RAG/RAG_2024-2025_TAQ.pdf

Ventura, J., Lukoff, D., Nuechterlein, K.H., Liberman, R.P., Green, M.F. et Shaner, A. (1993). *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).* https://adai.uw.edu/instruments/pdf/BPRSmanual.pdf

Villeneuve, M.-P., F.-Dufour, I. et Farrall, S. (2020). Désistement assisté en contexte formel: une étude de la portée. *Criminologie, 53* (1), 41-71. https://doi.org/10.7202/1070501ar

Appendice A

Tableau 2:

Synthèse des résultats

Tableau 2

Synthèses des résultats

Référence	Objectif	Devis	Instruments	Échantillon	Principaux résultats
Légende : TSM : Trouble de santé mentale Dx : diagnostic Sx : symptômes					
Abracen *et al.,* (2016). *Individual Community-Based Treatment of Offenders With Mental Illness: Relationship to Recidivism*	Évaluer si le traitement individuel (RBR-I) contribue à une diminution significative des taux de récidive.	Devis quantitatif Étude rétrospective	Échelle *General Statistical Information on Recidivism* (GSIR) Données extraites du système OMS (*Offender Management System).* Données issues de la base *Canadian Police Information Centre (CPIC)* : Utilisation échelle *Cormier-Lang Scale of Violent and Non-Violent offenses.*	*n* =136 (délinquants hommes) issus du Centre correctionnel communautaire de Keele (Ontario, fédéral) (Infraction générale, violente, sexuelle). **Âge** : 20 à 80 ans **Dx/Sx psychose :** 20% TSM (1 et +) : 87% (abus de substances, affection psychiatrique, automutilation) **Traitement** : Aucun (*n* = 86), modéré (*n* = 23), intensif (*n* = 27)	Le score de l'échelle GSIR est un prédicteur de la récidive. Plus la fréquence des séances est élevée, plus l'effet protecteur se renforce. Le traitement psychologique de niveau modéré est associé à un risque de récidive de 7,7 fois plus faible, tandis que le niveau élevé est de 11,6 fois plus faible que ceux sans traitement.
Barnao *et al.,* (2016). *Taking the Good Life to the Institution: Forensic Service*	Explorer les effets du programme *Good Lives Model (GLM)* selon la perception des usagers des	Devis qualitatif Modèle d'étude à cas multiple de nature instrumentale.	Entretien semi-structuré Thèmes abordés : approche centrée sur la personne, relations avec le personnel, cohérence des soins, conscience du parcours	*n* = cinq hommes incarcérés dans une unité médico-légale (sécurité moyenne) ayant des antécédents criminels. **Âge :** 27 à 43 ans	Le changement subtil domine pour l'approche centrée sur la personne (3/5), tandis que pour les relations avec le personnel (3/5) et la cohérence des soins

Users' Perceptions of the Good Lives Model	services médico-légaux sur leur réadaptation.		de réadaptation, auto-évaluation, autonomie, stratégie d'adaptation, changement global	**Âge moyen :** 32,8 ans **TSM :** troubles psychotiques (schizophrénie), troubles de personnalité (limite, paranoïde, antisociale, narcissique), bipolarité. **Durée du programme :** 15 semaines Deux pays qui font partie de l'Océanie et plus spécifiquement de l'Australasie (Nouvelle-Zélande, Australie).	(5/5), c'est l'absence de changement. Le changement définitif domine dans la conscience du parcours de réadaptation (3/5) et l'auto-évaluation (3/5), tandis que l'autonomie et les stratégies d'adaptation c'est le changement définitif (2/5) ou aucun (2/5). Le changement définitif (2/5) ou subtil (2/5) domine pour le changement global.
Hofmann *et al.,* (2022). *Maintaining social capital in offenders with schizophrenia spectrum disorder—An explorative*	Identifier les facteurs les plus prédictifs du capital social à la sortie d'un traitement hospitalier ordonné par le tribunal, d'un groupe de	Devis quantitatif Étude rétrospective	Données cliniques et médico-légales. *Positive and Negative Syndrome Scale*, évaluer sur une échelle à trois niveaux au lieu de sept.	*n* = 369 délinquants (hommes) ayant un Dx de schizophrénie admis au centre de thérapies institutionnelles en psychiatrie légale de l'hôpital universitaire de psychiatrie de Zurich, Suisse.	**Facteurs prédisant l'absence d'un réseau social à la sortie de détention**: isolement social lors de l'infraction, un an et plus de détention, un pronostic juridique incertain/défavorable.

analysis of influential factors	délinquants médico-légaux ayant un diagnostic de schizophrénie.		Questionnaire structuré selon les critères de Seifert (23–25), utilisé pour l'analyse de contenu.	Traitement ordonné. **Âge moyen** : 34,2 ans	**Facteurs prédisant un réseau social à la sortie de détention:** meilleure compréhension de l'infraction, de la maladie, un pronostic juridique suffisant/ favorable, diminution des comportements antisociaux, présence de parents au moment de l'infraction et orientation psychothérapeutique centrée sur l'avenir.
Holmes *et al.,* (2018). Pratique en milieu de psychiatrie légale : proposition d'un modèle interdisciplinaire	Suggérer un modèle pratique interdisciplinaire dans une institution psycho-légale à partir d'écrits scientifiques et de la consultation auprès de l'organisation.	Recension des écrits.	N/A	Clientèle en milieu psycho-légal (judiciarisée et vivant avec des troubles de santé mentale). Canada	**Modèle de pratique interdisciplinaire en milieu psycho-légal :** repose sur cinq dimensions. Il mise sur les forces et reconnaît les limites personnelles. Le rétablissement est un processus global intégrant soins et activités réadaptatives. Le

					modèle soutient la réinsertion sociale et la continuité des services dans la communauté.
Jotangia *et al.,* (2015). *A Multi-Site Controlled Trial of the R&R2MHP Cognitive Skills Program for Mentally Disordered Female Offenders*	Évaluer l'efficacité du programme R&R2MHP chez les femmes ayant des dépendances et des antécédents de récidive.	Devis quantitatif Étude quasi-expérimentale Comparaison de deux groupes avec et sans traitement.	Évaluation de base *Locus of Control Scale* (LoC), *Maudsley Violence Questionnaire* (MVQ), *Social problem-Solving Inventory Revised-Short Form* (SPSI-RS), *Novaco Anger Scale and Provocation Inventory : Reaction to Provocation/Personal Affect Questionnaire* (NAS-PI), *Disruptive Behavior and Social Problem Scale* (DBSP).	*n* = 38 multirécidivistes (femmes), ayant des dépendances (établissement médico-légal en Angleterre). **Âge :** 18 à 65 ans **Âge moyen :** 38, 94 ans (groupe programme), **Âge moyen :** 37,90 ans (groupe sans programme) **Dx ou antécédent de TSM grave** (schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble bipolaire), antécédents, comportements, violents ou antisociaux menant à l'épisode actuel.	Les participantes sous traitement ont acquis une meilleure capacité de résolution de problème, un meilleur locus de contrôle interne, une amélioration du fonctionnement social, psychologique et du comportement général.

Kingston *et al.,* (2018). *A randomised controlled trial of a cognitive skills programme for offenders with mental illness*	Explorer l'effet du programme *Reasoning and Rehabilitation 2 :* Version courte pour adultes ; (R&R2*)* sur les changements psychologiques et sur la récidive tant générale que violente chez les délinquants présentant des troubles de santé mentale.	Devis quantitatif Essai contrôlé randomisé d'un programme de compétences cognitives (R&R2) comparé au traitement habituel (TAU)	BPRS *(Brief Psychiatric Rating Scale),* LSI-OR *(Level of Service Inventory – Ontario Revision),* MCAA *(Measure of Criminal Attitudes and Associates),* CSS-M *(Criminal Sentiments Scale – Modified),* Récidive **:** données rapportées par les individus dans le 1,5 an environ suivant la libération.	101 hommes incarcérés à *St Lawrence Valley Correctional and Treatment Centre* (Canada, Ontario, peine 2 ans, moins un jour). **Âge moyen :** 34,5 ans **Diagnostics de TSM sévère** (trouble de l'humeur, psychotique, anxieux et/ou lié au traumatisme, avec un déficit fonctionnel comportant un risque pour autrui, les compétences à la vie instrumentale et/ou le fonctionnement social.	Changements pré et post-intervention : Amélioration des attitudes criminelles (groupe R&R2*).* Diminution des Sx Psychiatriques sans différences significatives pour les deux groupes, sauf pour la grandiosité **(**Sx plus bas pour le groupe R&R2). À 1,5 an, 15% (récidive violente) et 56,3% (récidive de toute infraction). Les attitudes criminelles, les Sx psychiatriques et les scores de risque ne prédisent pas significativement la récidive violente. Les antécédents criminels sont associés à la récidive. Effets de l'intervention*:* R&R2

					n'a pas réduit significativement la récidive, une légère amélioration pour la récidive violente.
LePages *et al.,* (2016). *Incorporating individualized placement and support principles into vocational rehabilitation for formerly incarcerated veterans*	Déterminer si l'intégration *du model Individual Placement and Support* (IPS) au sein du programme *About Face* (AF) aide les anciens vétérans à trouver un emploi plus rapidement.	Devis quantitatif Étude prospective	Formulaire de cotation de fidélité de la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* Données démographiques, juridiques, psychosociales, antécédents de logement et d'emploi, données diagnostiques recueillies.	*n* = 84 (81 hommes) vétérans anciennement incarcérés (*n* = 38, *About Face* (AF) *et n = 46, model Individual Placement and Support intégré dans le programme About Face* (IPS+AF)). États-Unis **Âge moyen** : 52,3 ans **Dx de santé mentale :** (dépression, syndrome du stress post-traumatique, trouble cyclothymique de l'humeur, la psychose, et/ou un diagnostic lié à l'utilisation de substance). Infraction liée à la drogue, violation de la	À 6 mois, le taux d'emploi était de 46% dans le groupe AF +IPS contre 21 % pour le groupe AF. Sur 90 jours, le taux d'emploi était similaire, 33% (AF +IPS) contre 16% (AF). Sur 180 jours, le groupe AF + IPS est plus enclin à obtenir un emploi et obtenir plus rapidement que le groupe AF. Facteur prédictif sur 180 jours : nombre de mois écoulés depuis le dernier emploi à temps plein. Les participants ayant trouvé un emploi ont plus de contacts avec leur spécialiste IPS

				liberté conditionnelle, cambriolage, faux.	(facteur de réussite), soit 71% dans le groupe AF +IPS contre 38% dans le groupe AF.
LePages *et al.,* (2023). *Development and evaluation of an online vocational program for veterans with legal convictions and psychiatric illness*	Phase 2 : Évaluer l'impact préliminaire du programme *About Face Online System* (AFOS) sur l'emploi à six mois, comparé à la version papier.	Devis quantitatif	Étude pilote randomisée (2 groupes), suivi sur 6 mois avec évaluation des emplois obtenus à partir des notes de traitement clinique. Temps écoulé depuis le dernier emploi : 34,7 mois.	*n* = 38 vétérans (hommes) avec des antécédents d'incarcération (*n*=19) programme professionnel *About Face* (AFVP) et (*n*=19) AFOS, États-Unis. **Âge moyen :** 55 ans. 79 % logements instables/ refuges, **Diagnostics de TSM** 15,6% trouble lié à l'usage de substances (TUS), 13,2% troubles mentaux, 71,7% TUS et trouble mentaux.	Pas de différence significative dans la complétion du nombre de modules entre les groupes. Version en ligne, six vétérans (31,6 %) ont trouvé un emploi au cours des 6 mois de suivi et la version papier, un vétéran (5,3 %).
Longmate *et al.*, (2021). *Social support among people with mental*	Explorer les liens entre le soutien social, le fonctionnement de la santé mentale et les soutiens	Devis quantitatif Étude transversale observationnelle utilisant les données d'un	*Duke-UNC Functional Social Questionnaire* (FSSQ), *Symptom Checklist-10-Revised* (SCL-10-R*), Dual Role Relationship Inventory-Revised* (DRI-R)	*n* = 204 personnes (120 hommes) en probation ayant un Dx de trouble psychotique, trouble bipolaire, dépression majeure ou trouble de stress post-traumatique,	**Faible soutien social :** 57%. L'augmentation des Sx de santé mentale sont associés à une diminution du soutien social. Plus

illnesses on probation	prosociaux, personnels et organisationnels chez les personnes ayant des troubles de santé mentale et sous probation.	essai contrôlé randomisé. Régression multivariée	Mesure où les participants devaient lister jusqu'à cinq soutiens personnels prosociaux et cinq soutiens organisationnels.	avec un risque élevé de récidive. États-Unis. **Âge moyen** : 33,48 ans.	de Sx, risque plus élevé de trouble de stress post-traumatique, relations avec les agents de probation moins bonnes. **Soutien social élevé :** 43 %. Une relation positive avec l'agent de probation est associée à un meilleur soutien social. **Les soutiens institutionnels prosociaux :** services de santé mentale (26 %), église ou organisme caritatif (24 %), traitement de l'abus de substance (12 %).
Nielssen *et al.,* (2019). *Outcome of serious violent offenders with psychotic illness and cognitive*	Analyser les taux de réincarcération ainsi que sa durée d'incarcération après la libération des	Devis quantitatif Sur une période de 8 à 10 ans	Base de données sur les récidivistes incluant les caractéristiques démographiques et développementales, les caractéristiques cliniques et consommations de	*n* = 661 (hommes) condamnés (tentative de meurtre et agression, étranglement, blessure) dans le système de justice de Nouvelle-Galles du Sud, Australie.	Pas de différence significative dans les taux de réincarcération (trouble psychotique (53,7 %), trouble cognitif (50,7 %), aucun de ces troubles

disorder dealt with by the New South Wales criminal justice system	personnes avec ou sans trouble psychotique et/ou trouble cognitif.		substances ainsi que données sur l'infraction (voir Yee *et al.,* 2011 pour les détails de l'échantillon).	**Âge moyen :** 30 ans *n*= 74/661 (11% trouble psychotique, principalement Dx schizophrénie) dont, 10% trouble psychotique et 1% Schizophrénie. *n*= 73/ 661 (trouble cognitif (lésion cérébrale ou déficience intellectuelle)).	(45,2 %)). Psychose : retour plus rapide en détention. Une peine de prison augmente le risque et la durée de réincarcération. Une peine de prison initiale entraîne un retour plus rapide en détention.
Potik et Rozenberg, (2020). *Self Psychology, Risk Assessment of Individuals with Exhibitionistic Disorder and the Good Lives Model—More Than Meets the Eye*	Renouveler la réflexion sur le trouble exhibitionniste et proposer une approche réhabilitative appropriée pour les personnes bénéficiant de services médico-légaux.	Recension des écrits.	N/A	Population de délinquants sexuels souffrant d'un trouble exhibitionniste. Israël	Le *Good Lives Model* est pertinent pour la réadaptation. Il répond aux besoins psychologiques non satisfaits et soutient un projet de vie prosociale. Augmentation de l'estime de soi, de l'empathie et diminution des pulsions sexuelles déviantes. Relation thérapeutique, empathique et soutient la réinsertion sociale.

Treloar *et al.,* (2021). *Structural competency in the post-prison period for people who inject drugs: A qualitative case study*	Explorer les expériences post-libération des personnes ayant des antécédents de consommation de drogues injectables.	Devis qualitatif	Étude de cas qui se base sur les données d'entrevues semi-structurées pour cartographier les questions traitant de la consommation de drogue et l'accès aux services sociaux et de santé.	*n* = 48 personnes (33 hommes, 15 femmes) ayant des antécédents d'utilisation de drogues injectables et un passé en détention (au moins 3 mois). Melbourne, Australie **Âge :** 18 ans et plus.	Les facteurs structurels entravent la réinsertion des personnes s'injectant des drogues après la prison. La compétence structurelle des intervenants est essentielle (identifier les contraintes systémiques, langage respectueux, pistes d'action). Un soutien rapide et flexible dès la libération favorise le lien de confiance avec les services.