

# Perspectives internationales sur les alternatives à l'internement psychiatrique

Marcio Gutiérrez  
Emmanuelle Bernheim  
Juillet 2017



**UQÀM** | **Service aux collectivités**  
Université du Québec à Montréal

# **Perspectives internationales sur les alternatives à l'internement psychiatrique**

## **Auteurs :**

Marcio Gutiérrez, M.Sc., UQAM

Emmanuelle Bernheim, professeure, dép. sciences juridiques, UQAM

## **Composition du comité d'encadrement :**

Emmanuelle Bernheim, UQAM

Nicole Cloutier, Action Autonomie

Tania Hallé, Action Autonomie

Marcio Gutiérrez, UQAM

Marcelo Otero, UQAM

Josée-Anne Riverin, UQAM

## **Éditeurs**

Action Autonomie et Service aux collectivités

Juillet 2017

Ce projet a été réalisé avec l'appui financier du Programme d'aide financière à la recherche et à la création UQAM- volet 2.

## Table des matières

<b>Introduction .....</b>	<b>4</b>
<b>1) Le modèle québécois : la garde en établissement.....</b>	<b>7</b>
1.1) Fonctionnement et actrices .....	8
1.2) Conditions et critères pour interner une personne.....	11
1.3) Critiques .....	12
<b>2) Les ordonnances de traitement communautaire.....</b>	<b>15</b>
2.1) Fonctionnement et actrices.....	16
2.1.1) En Suède.....	16
2.1.2) En Nouvelle-Zélande.....	19
2.2) Critères et conditions .....	21
2.2.1) En Suède.....	21
2.2.2) En Nouvelle-Zélande.....	22
2.3) Critiques.....	23
<b>3) Le modèle italien. ....</b>	<b>25</b>
3.1) Fonctionnement et actrices.....	26
3.2) Procédure et conditions pour hospitaliser une personne.....	28
3.3) Critiques.....	30
<b>4) Le modèle de certains pays latino-américains .....</b>	<b>33</b>
4.1) Fonctionnement et actrices.....	33
4.1.1) Le modèle brésilien .....	33
4.1.2) Le modèle chilien .....	36
4.2) Conditions et critères pour interner une personne.....	40
4.2.1) Au Brésil.....	40
4.2.2) Au Chili.....	41
4.3) Critiques.....	41
<b>Tableau comparatif.....</b>	<b>44</b>
<b>Conclusion par Action autonomie .....</b>	<b>51</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>57</b>

## Introduction

Le mécanisme d'internement psychiatrique québécois, la garde en établissement, existe depuis 1998 et remplace l'ancien régime de la cure fermée. La cure fermée, mise en place par la *Loi de protection du malade mental* de 1972, se voulait une réponse aux constats inquiétants posés au début des années 1960 par la Commission Bédard chargée d'une enquête dans les asiles de la province (Commission d'étude sur les hôpitaux psychiatriques, 1962). Mais elle a fait l'objet de nombreuses critiques dès les premières années de sa mise en œuvre, notamment parce que le critère de dangerosité permettait une interprétation subjective et donc une application incohérente et impressionniste (Commission des droits de la personne du Québec, 1978).

À la fin des années 1990, au moment des discussions autour de la réforme de la cure fermée, les objectifs exprimés expressément étaient ceux de l'harmonisation avec les nouvelles dispositions du *Code civil du Québec* (entré en vigueur en 1994) et avec la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec. La garde devait constituer une exception aux principes généraux des droits des personnes (civils) et des droits fondamentaux, plus particulièrement des droits à l'intégrité et à l'autodétermination (art 10 et suivants du *Code civil du Québec*). Elle ne devait être imposée que si une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental (art 29 du *Code civil du Québec*).

Depuis maintenant vingt ans, afin d'exercer une vigilance sur l'application de la garde en établissement, de dénoncer les abus et de faire pression pour un changement des pratiques judiciaires et psychiatriques pour un plus grand respect des droits des personnes, Action Autonomie a mené plusieurs recherches à partir des dossiers judiciaires dans le district judiciaire de Montréal (en 1996, 1999, 2004, 2008 et 2014). Ces recherches permettent de conclure à l'augmentation constante des requêtes pour gardes faites par les établissements hospitaliers montréalais. Le critère de dangerosité de la personne pour elle-même ou pour autrui pose toujours problème alors que les jugements de garde en établissement sont davantage axés sur la « dérangerosité » que la dangerosité. Ainsi, il semble que la garde en

établissement puisse être détournée de sa fonction (protéger les personnes et la collectivité) et imposée à des personnes dont le comportement dérange les proches ou le voisinage. Cette pratique semble attribuable, du moins en partie, au manque de services sociaux et plus particulièrement à un manque de ressources et de moyens préventifs de situations de crise ou alternatifs à l'hospitalisation.

Ces constats inquiétants nous amènent à mettre en question l'utilisation actuelle de la garde en établissement et à poser la question suivante : **Considérant les importantes atteintes aux droits des personnes gardées en établissement, quels autres types de mécanismes, juridiques, cliniques ou sociaux, peuvent constituer des alternatives à la garde ?** L'objectif de cette recherche est donc de procéder à un inventaire des pratiques internationales en matière d'internement psychiatrique, ce qui nous apparaît la première étape d'une réflexion sur les alternatives. Plus précisément, nous avons :

- 1) documenté les pratiques internationales alternatives à l'internement psychiatrique (juridiques, médicales et sociales) ;
- 2) classé les différents types d'alternatives en fonction de leurs modalités (par ex. hospitalières, communautaires, etc.) ; et
- 3) proposé une modélisation de ces pratiques.

La recherche documentaire a été menée par régions sur des bases de données juridiques telles que Hein Online, Virtuose, La Référence et Legaltrac; médicales telles que Science Direct et PubMed; et en sciences sociales telles que Redalyc (*Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*), Taylor & Francis Online, Cairn, et JStor. Elles ont été sélectionnées en fonction de leurs disponibilités à l'UQÀM et à l'Université de Montréal. Nous avons dans un premier temps recueilli de l'information concernant plusieurs pays ou régions simplement pour nous familiariser. Nous avons ensuite fait des choix motivés par la disponibilité de la littérature et son accessibilité en termes de langue, par l'intérêt présenté par les différentes pratiques et par les contraintes de temps auxquelles nous étions soumis. Il est évident que ce travail n'est pas exhaustif. Par exemple, les pratiques dans les différentes provinces canadiennes n'ont pas été recensées et nous avons

laissé de côté la littérature portant sur le Japon alors qu'il semble y avoir des initiatives intéressantes.

Notre analyse porte donc sur quatre modèles : le modèle québécois, les ordonnances de traitement communautaires, le modèle italien et un modèle issu des pratiques dans certains pays sud-américains.

## 1) Le modèle québécois : la garde en établissement

Au Québec, les modalités de l'internement psychiatrique ont fait l'objet d'un débat important au début des années 1990, au moment d'une vaste réforme du droit civil. À cette époque, le mécanisme de cure fermée faisait l'objet de nombreuses critiques en raison de l'absence de paramètres légaux établissant la dangerosité et de l'ambiguïté relative à la question des soins.

L'intégration des dispositions concernant la garde en établissement dans le *Code civil du Québec*, dans le livre sur les personnes, témoigne d'un important changement de paradigme. Jusque-là en effet, l'internement était plutôt conçu comme une compétence publique, alors que les professionnelles de la santé responsables de son application exerçaient des pouvoirs étatiques exceptionnels. Dorénavant, la décision s'inscrit plutôt dans le contexte privé de la relation thérapeutique où les droits à l'intégrité et au consentement aux soins doivent primer.

L'importance de ces droits transparait également dans la décision de séparer les mécanismes d'internement et d'imposition de traitement. Cette séparation est fondée sur l'idée selon laquelle ces mesures coercitives – internement et soins imposés – doivent être conçues de manière à restreindre minimalement les droits. La garde en établissement n'est donc qu'un arrêt d'agir justifié par la présence de dangerosité; si l'exercice du droit à la liberté est entravé, la mise en œuvre des droits à l'intégrité et au consentement aux soins reste possible. De même, des soins ne peuvent être imposés à une personne que dans la mesure où elle est dans l'impossibilité de donner son consentement, soit en raison de l'urgence de la situation (*Code civil du Québec*, art. 13) soit parce qu'elle est inapte à consentir à ses soins (*Code civil du Québec*, art. 15), ce qui permet par ailleurs la mise en œuvre de son droit à la liberté.

Le processus d'internement est encadré d'un dispositif procédural strict et le processus judiciaire est considéré comme un moyen de protéger les patientes

psychiatriques d'éventuels abus. Ultiment, donc, la décision d'interner doit être prise en fonction de paramètres juridiques et non plus clinique (Bernheim 2015a).

### **1.1) Fonctionnement et actrices**

Il existe trois différents mécanismes de garde : les gardes préventive, provisoire et en établissement.

La garde préventive permet à toute médecin (généraliste, urgentologue, etc), sans évaluation psychiatrique et sans ordonnance judiciaire, de garder contre son gré une personne présentant un danger grave et immédiat. Elle ne peut durer plus de 72 heures, à moins que le jour où elle devrait se terminer ne soit un jour non juridique (jour férié ou fin de semaine). Elle ne permet pas de procéder à une évaluation psychiatrique, à moins que la personne concernée y donne son consentement. Dans la mesure où la médecin<sup>1</sup> considère qu'une évaluation psychiatrique est requise, l'établissement de santé devrait déposer au tribunal une demande de garde provisoire.

La garde provisoire est ordonnée par le tribunal et vise à faire subir contre le gré d'une personne jusqu'à deux évaluations psychiatriques en vue d'évaluer la dangerosité. Ces évaluations pourront ensuite servir à déposer une requête de garde en établissement. La demande de garde provisoire peut être demandée par toute personne détenant des informations laissant croire à la dangerosité d'une personne en lien avec son état mental. Elle est donc souvent demandée par des proches : famille, amie, voisine, plus rarement par des professionnelles de la santé. L'ordonnance de garde provisoire permet donc soit de prendre le relai d'une garde préventive, soit d'amener contre son gré une personne dans un établissement de santé.

Lorsqu'une garde provisoire est ordonnée, la première évaluation psychiatrique doit avoir lieu dans les 24 heures de la prise en charge par l'établissement ou, si la personne était déjà sous garde préventive, dans les 24 heures de la décision judiciaire. Si cette évaluation conclut à la présence d'une dangerosité, un second

---

<sup>1</sup> Dans ce texte, le féminin inclut également le masculin.



examen doit être fait par une seconde psychiatre dans les 96 heures de la prise en charge ou dans les 48 heures si la personne était déjà sous garde préventive. Dans le cas où les deux évaluations sont positives, l'établissement de santé peut déposer une requête de garde en établissement au tribunal. Si une des deux évaluations ne conclut pas à la présence de dangerosité, la personne doit être immédiatement relâchée.

La garde en établissement est ordonnée par le tribunal à la demande d'un établissement de santé. Elle permet de garder une personne contre son gré pour une période déterminée à l'avance, le plus souvent entre 21 et 30 jours (Action autonomie, 2016). Au contraire de la pratique habituelle des tribunaux civils qui statuent habituellement en fonction de la balance des probabilités, les juges qui entendent les demandes de garde en établissement doivent avoir eux-mêmes des « motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire » (*Code civil du Québec*, art. 30). Dans son évaluation, le tribunal doit tenir compte du préjudice que subit la personne, notamment en raison de la privation de liberté. Le contenu des rapports psychiatriques, ainsi que l'absence de preuve psychiatrique en faveur de la personne concernée par la requête, ne lient d'aucune façon les tribunaux qui doivent motiver leur décision. Si la preuve présentée ne leur permet pas de trancher, ils peuvent exiger l'intervention des psychiatres ou de tout autre professionnelle de la santé (Bernheim, 2015b).

Les requêtes de garde provisoire et de garde en établissement doivent être notifiées en mains propres à la personne concernée au moins deux jours avant sa présentation au tribunal. Une personne agissant à titre de mise en cause doit également être notifiée; il peut s'agir d'une membre de la famille, d'une amie, de toute personne démontrant un intérêt pour la personne; il peut également s'agir de la curatrice ou de la tutrice le cas échéant, ou du Curateur public. Le rôle de la personne mise en cause est de conseiller et d'accompagner dans l'exercice des droits. Elle ne peut cependant pas représenter la personne concernée par la demande devant le tribunal.

Le tribunal qui statue sur une demande de garde provisoire ou en établissement a l'obligation d'interroger la personne qui en est l'objet. La dispense de témoignage doit être expressément demandée et motivée par l'établissement de santé demandeur.

Pour protéger l'identité des personnes concernées par les demandes de garde, les audiences se tiennent à huis clos, les rapports psychiatriques déposés en preuve sont gardés sous scellés et les décisions sont anonymisées.

Les ordonnances de garde provisoire et en établissement sont accompagnées d'un mandat d'amener permettant aux policiers d'utiliser la force nécessaire en cas de refus de la personne concernée d'obtempérer au transport vers l'établissement de santé.

Les personnes placées sous garde en établissement disposent de plusieurs droits et recours spécifiques. Outre le bref d'habeas corpus auquel peut avoir recours toute personne détenue dans un établissement de santé, les personnes sous garde conservent tous les droits reconnus aux usagers du système de santé : accès au dossier médical, accompagnement et assistance par la personne de son choix dans ses contacts avec les professionnelles de la santé, droit, sous certaines conditions, de choisir sa professionnelle de la santé et son établissement, consentement au soin et participation au plan de soin. Des droits spécifiques leur sont également reconnus : droit à la communication confidentielle avec la personne de son choix, à moins que la médecin traitante ne décide de restreindre, temporairement, certaines communications (les communications avec la représentante légale ou la personne habilitée à consentir aux soins requis par l'état de santé, une avocate, le Curateur public et le Tribunal administratif du Québec ne peuvent cependant pas être restreintes), droit au transfert d'établissement, droit à la révision périodique obligatoire de la nécessité de la garde en établissement.

Dès que la garde en établissement est ordonnée, les personnes concernées peuvent faire appel de la décision à la Cour d'appel. Elles peuvent également, à tout moment

pendant la garde, demander une révision de sa nécessité par le Tribunal administratif du Québec.

## **1.2) Conditions et critères pour interner une personne**

Le critère pour mettre en œuvre tous les types de garde est la dangerosité en lien avec l'état mental. Concernant la garde préventive, elle doit être « grave et immédiate »; son intensité et son imminence n'ont pas été précisées pour les gardes provisoire et en établissement. Il est cependant établi que le niveau de dangerosité nécessaire pour les gardes provisoire et établissement est moindre que celui requis pour une garde préventive. Il n'existe aucun consensus sur des outils ou critères permettant d'établir la dangerosité.

Pour ce qui est de la garde préventive, la dangerosité fait l'objet d'une évaluation sommaire par la médecin présente, généraliste ou urgentologue; si elle considère que la dangerosité est grave et immédiate, elle pourra placer la personne en garde préventive. Notons que si la personne a été amenée à l'hôpital par les policières ou les ambulancières, elles auront également considéré que le comportement de la personne présentait un danger grave et immédiat. Cependant, les médecins ne sont nullement tenues par ces évaluations.

Concernant la garde provisoire, les demanderesses doivent présenter des faits permettant au tribunal de conclure à l'existence de motifs sérieux de dangerosité. Aucun avis médical n'est cependant nécessaire. En matière de garde en établissement, la preuve de dangerosité, qui est fondée sur des faits et sur l'opinion des psychiatres, doit être sérieuse et précise. Aucun passage à l'acte n'est nécessaire dans les deux cas.

Les gardes ne sont que des mesures de détention préventive de protection et non des mesures de traitement obligatoire : **le refus de soins ne devrait donc en aucun cas constituer un élément démontrant la dangerosité et le besoin de soins ne devrait pas être invoqué en appui à une demande de garde** (Bernheim 2015b).

Pour qu'une demande de garde en établissement puisse être recevable devant un tribunal, deux évaluations psychiatriques concluant à la présence de dangerosité pour soi ou autrui doivent être produites par l'établissement de santé. Ces évaluations doivent avoir été faites par des psychiatres à moins qu'aucune ne soit disponible. Les rapports psychiatriques doivent être signés par les psychiatres qui ont fait les évaluations et doivent contenir les éléments suivants :

- que la garde en établissement est nécessaire en raison de la dangerosité en lien avec l'état mental;
- que la psychiatre a examiné elle-même la personne;
- la date de l'examen;
- le diagnostic, même provisoire, sur l'état mental de la personne;
- l'opinion de la psychiatre sur la gravité de son état mental et ses conséquences probables;
- les motifs et les faits sur lesquels la psychiatre fonde son opinion et son diagnostic et, parmi les faits mentionnés, ceux qu'elle a elle-même observés et ceux qui lui ont été communiqués par d'autres personnes;
- l'aptitude de la personne qui a subi l'examen à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens;
- l'opportunité d'ouvrir à son égard un régime de protection du majeur.

### **1.3) Critiques**

Les critiques adressées aux mécanismes de garde sont nombreuses. Elles proviennent de tous les groupes qui y sont intéressés : familles, psychiatres, juristes et organismes de défense des droits. Les critiques provenant des deux premiers groupes concernent les conditions de mise en œuvre, qui seraient trop contraignantes, et la nature des pouvoirs accordés aux médecins. Pour les deux derniers groupes, les critiques concernent les violations des droits dans le cadre de la mise en œuvre des gardes.

Pour certaines familles et psychiatres, les critères retenus pour imposer une garde sont trop restrictifs et complexes. Ils nécessitent des situations extrêmes alors qu'il

pourrait être souhaitable d'intervenir plus tôt. De même, le critère de dangerosité serait peu adéquat considérant la nature des problèmes en cause : la séparation entre la garde et les traitements est par exemple souvent présentée comme peu efficace et nuisible pour les patients. Dans les dernières années, plusieurs tentatives ont été faites pour faire changer le cadre légal et permettre aux psychiatres de traiter contre leur gré les personnes gardées en établissement.

Au contraire de cette position, plusieurs dénoncent le fait que les droits des personnes placées sous garde, et notamment les droits à l'intégrité et au consentement aux soins, ne sont que peu mis en œuvre. Par exemple, des enquêtes d'envergure menées par le Protecteur du citoyen (2011) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (2011) démontrent que les examens psychiatriques déposés en preuve au soutien des demandes de garde en établissement sont généralement réalisés pendant la garde préventive sans le consentement libre et éclairé de la personne concernée. Outre la violation du droit au consentement au soin, cette pratique a pour effet le dépassement quasi-systématique du délai de rigueur de 72 heures (il semble que cette situation diffère d'un district judiciaire à l'autre), et donc la détention illégale des patientes par les hôpitaux. Pourtant, les tribunaux ne sanctionnent que très rarement cette pratique.

Éventuellement, la tolérance par les tribunaux de la violation des droits des personnes faisant l'objet de demandes de garde s'explique-t-elle au moins en partie par les conditions dans lesquelles les audiences judiciaires se déroulent. Par exemple, les psychiatres ayant procédé aux évaluations ne sont jamais présentes aux audiences; les juges n'ont donc pas la possibilité de les interroger et les avocates des hôpitaux n'ont pas les connaissances leur permettant de donner des explications satisfaisantes. Les rapports psychiatriques sont courts et souvent peu détaillés; leur contenu factuel est souvent contesté, mais il n'est pas toujours évident de pouvoir démontrer la provenance des faits sur lesquels les psychiatres fondent leur opinion. De même, ils sont régulièrement incomplets (Lauzon, 2008).

Malgré l'obligation des tribunaux d'interroger les personnes concernées, 68% des personnes étaient absentes à leur audience dans le district de Montréal en 2014

(Action autonomie, 2016 : 68). Ces absences sont généralement considérées comme démontrant l'absence de contestation et les décisions judiciaires sont rendues par défaut, comme le permettent les règles procédurales du droit civil. Or, si les juges n'exigent pas de preuve de cette absence de contestation, des psychiatres affirment qu'il s'agit d'un problème de culture hospitalière (Bernheim, 2011). D'ailleurs, des différences notables sont constatées entre les différents établissements de santé du district de Montréal quant à la présence des personnes concernées par les demandes (Action autonomie, 2016 : 70).

Les études démontrent que les tribunaux statuent le plus souvent en faveur de l'établissement demandeur : les requêtes de garde en établissement sont en effet accueillies ou partiellement accueillies dans 88% des cas. Elles ne sont rejetées que dans 3% des cas (Action autonomie, 2016 : 59).

Au contraire de la position défendue par certaines familles et psychiatres, le critère de dangerosité est largement critiqué par certaines en raison de l'absence de définition claire et de la pluralité des professionnelles appelée à en faire l'évaluation même partielle : policières, ambulancières, médecins généralistes, urgentologues, psychiatres, intervenantes de centres de crise, juges. Différentes conceptions de la dangerosité sont constatées : en plus du risque suicidaire ou hétéroagressif, l'altération du jugement, l'absence de ressources, l'isolement social, la victimisation potentielle et le refus de reconnaître son diagnostic psychiatrique. Il semble que les changements législatifs des années 1990 n'aient pas changé l'inconstance observée à ce sujet (Bernheim 2015b). L'inconsistance de la notion de dangerosité amène certaines à penser qu'elle permet la gestion de la marginalité et du dérangement par le biais des gardes. Il ne serait plus question de danger comme tel mais plutôt de ce que les différentes intervenantes considèrent comme le meilleur intérêt des personnes visées (Otero 2007; Brown et Murphy 2000; Couture-Trudel et Morin 2007; Bernheim 2015a et b).

## 2) Les ordonnances de traitement communautaire.

Les ordonnances de traitement communautaire (*community treatment orders* ou *compulsory community care*) sont une création récente du droit psychiatrique qui aurait émergé dans les années 1980 grâce à plusieurs déclarations internationales telles que la Déclaration de Hawaii de 1977 et la Déclaration de Madrid de 1996 (Zetterberg, Sjöström et Markström 2014). Elles permettent d'éviter les internements à long terme en donnant à la patiente la possibilité de recevoir des traitements dans sa résidence. Dans ce système, l'intervention sur l'individu est accompagnée d'un traitement qui est minutieusement planifié. Mfoafo-M'Carthy et Shera (2014) citent *The Ontario Mental Health Act* de 2000 pour définir les ordonnances de traitement communautaire :

The Ontario Mental Health Act of 2000 states, "The purpose of a community treatment order is to provide a person who suffers from a serious mental disorder, with a comprehensive plan of community-based treatment or care and supervision that is less restrictive than being detained in a psychiatric facility." A CTO is a legal mechanism that allows persons with serious and persistent mental illness to receive treatment, care, and supervision in the community. **It is a contract between a client and his or her physician that outlines the specific treatment, care, and supervision to be provided in the community. Within different jurisdictions in the world, CTOs are variously referred to as mandatory outpatient treatment, outpatient committal, involuntary outpatient commitment, leave certificates and assisted outpatient committal.** (Mfoafo-M'Carthy et Shera, 2014 : 64)

Les ordonnances de traitement communautaire existent dans certaines provinces canadiennes, dans plusieurs états américains, en Écosse, en Nouvelle-Zélande, en Australie, en Norvège, en Suède, en Suisse, en Hollande, au Royaume-Uni, au Luxembourg, au Portugal, en Belgique et au Danemark (Kisely, Campbell, 2007; Mfoafo-M'Carthy, Williams, 2010; Mfoafo-M'Carthy, Shera, 2014; O'Brien, McKenna, Kydd, 2009; Rugkasa, 2016). Elles existent également au Québec (les autorisations judiciaires de soins), mais ne sont pas considérées comme des alternatives à la garde en établissement.

Dans cette section, nous nous concentrerons sur les versions suédoises et néo-zélandaises des ordonnances de traitement communautaire, qui sont considérées par Reitan (2016) comme étant les plus intéressantes en ce qui concerne le traitement des patientes.

## **2.1) Fonctionnement et actrices**

### **2.1.1) En Suède**

En Suède, la législation concernant la santé mentale et l'internement psychiatrique a été modifiée à plusieurs reprises depuis une quarantaine d'années (Bolling, Rosenberg et Kawesa 2009). En 1992, le *Compulsory Mental Care Act* de 1967 a été remplacé par le *Compulsory Psychiatric Care Act* et le *Forensic Psychiatric Care Act*<sup>2</sup> dans l'objectif de réduire les éléments coercitifs de l'internement psychiatrique, de réduire le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques et d'assurer une meilleure protection des droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale (Bolling et al. 2009; Kjellin et al. 2008). Kjellin et Pelto-Piri (2014) soutiennent que le législateur suédois voulait aussi réduire le nombre d'internements à long terme notamment en lien avec le développement d'un système de logements spécialisés pour prendre en charge les personnes ayant besoin d'un suivi psychiatrique (Kjellin, Ostman, Ostman, 2008). En 2008, la *Compulsory Psychiatric Care Act* a été réformée pour y intégrer les ordonnances de traitement communautaire (Kjellin et Pelto-Piri, 2014). Ces ordonnances ne concernent que des personnes ayant été préalablement internées.

L'application des ordonnances de traitement communautaires est soumise à la *Compulsory Psychiatric Care Act* qui exige que chaque cas soit dûment planifié et que les objectifs de traitement soient énoncés dans un plan de traitement (Bolling et al., 2009; Kjellin et al., 2008; Sjöström et al., 2011; Zetterberg et al., 2014).

---

<sup>2</sup> Ces deux lois sont complémentaires à la *Health Care Act* de 1982 qui encadre les conditions de traitements et facilite l'accès aux services de santé (Bolling, Rosenberg et Kawesa, 2009).



Avant de contraindre quiconque à un traitement, la loi exige qu'un certificat de traitement obligatoire soit émis par un médecin<sup>3</sup>. Pour mettre en place une ordonnance de traitement communautaire, la loi oblige les médecins à créer un plan détaillé qui prévoit chaque étape du traitement (Bolling, Rosenberg et Kawesa 2009). Selon le sixième paragraphe de cette loi, dès qu'une personne est hospitalisée sans son consentement, le plan de traitement doit être élaboré dès que possible dans le but de la replacer au plus tôt dans la communauté.

Ce plan doit guider les professionnelles de la santé dès la prise en charge des patientes après l'hospitalisation et doit également permettre de planifier le suivi à long terme (Bolling, Rosenberg et Kawesa, 2009). La loi stipule que les patientes ont le droit de participer à l'élaboration des plans de traitement dans l'optique que leurs besoins médicaux, psychologiques et sociaux soient considérés de manière holistique. Leurs proches peuvent également être consultés si les patientes y consentent. Les plans doivent également préciser les objectifs qui doivent être atteints au cours de la période de soins.

Lorsqu'une patiente a des besoins qui peuvent être comblés par d'autres actrices du système de santé ou des services sociaux, il est nécessaire d'élaborer le plan de traitement en coordination avec des représentantes des institutions concernées (Bolling, Rosenberg et Kawesa, 2009). Il incombe à la psychiatre en chef de l'établissement qui s'occupe de la patiente de s'assurer que le plan de traitement est élaboré, suivi et évalué par un médecin qui a de l'expérience dans le domaine de la santé mentale.

La *Compulsory Psychiatric Care Act* spécifie que la directrice du centre de santé doit s'assurer que le plan de traitement respecte la loi tout au long de l'ordonnance (Bolling, Rosenberg et Kawesa, 2009). Elle doit s'assurer que les droits des patientes sont respectés et qu'il n'y ait pas de risques à leur santé

---

<sup>3</sup> Les détails entourant le certificat de traitement obligatoire sont disponibles dans la deuxième section.

physique ou mentale. Elle doit aussi passer en revue tous les éléments du plan de traitement et veiller à ce que les éléments coercitifs soient minimisés.

Après l'élaboration du plan de traitement, la directrice du centre de santé ou la psychiatre ou la médecin en chef doit soumettre la demande de placement en communauté, que ce soit au domicile de la patiente ou dans un logement supervisé (Reitan, 2016), à un tribunal administratif (*länsrätten*) (Bolling, Rosenberg et Kawesa, 2009). Le tribunal s'assure que les patientes acceptent les conditions prévues dans le plan d'intervention et que l'utilisation de la force ou d'autres mesures coercitives ne seront pas utilisées pendant la période en communauté. Si une patiente ne respecte pas son plan ou si elle n'y consent pas, elle pourrait être internée dans un hôpital psychiatrique si les critères prévus par la loi sont rencontrés (Kjellin et Pelto-Piri, 2014; Reitan, 2016).

Les ordonnances de traitement communautaires ont une durée de quatre semaines, mais peuvent être prolongées par la médecin ou la psychiatre qui supervise la patiente jusqu'à un maximum de six mois avec la permission du tribunal administratif. Chaque prolongation ainsi que toute modification au plan de traitement doit être soumise au tribunal par la psychiatre (Bolling, Rosenberg et Kawesa, 2009). Lorsque les objectifs du plan d'intervention sont atteints, la médecin peut décider de ne pas renouveler l'ordonnance de traitement communautaire.

La *Compulsory Psychiatric Care Act* contient les règles procédurales protégeant les droits fondamentaux des patientes ainsi que des possibilités de « contrôle juridique ». Ce contrôle juridique inclut aussi la possibilité pour les patientes de faire appel d'une décision de la psychiatre et de demander la discontinuation du traitement auprès du tribunal administratif (Bolling, Rosenberg et Kawesa, 2009; Rugkasa, 2009, 2016).

Dans plusieurs pays, dont la Suède, un manquement à l'entente intervenue entre la patiente et la médecin peut avoir comme conséquence des sanctions civiles (Mfoafo-M'Carthy et Williams, 2010; Rugkasa, 2016). Par

exemple, les patientes doivent s'engager à prendre leurs médicaments sous peine d'être internées dans un hôpital psychiatrique (Kjellin et Pelto-Piri, 2014; Reitan, 2016).

### **2.1.2) En Nouvelle-Zélande**

En Nouvelle-Zélande, en vertu de la *New-Zealand's Mental Health Act* de 1992, une personne peut être placée en ordonnance de traitement communautaire si son état satisfait à plusieurs critères prévus dans la loi, notamment le fait de représenter un danger à soi ou à autrui (Gibbs et *al.*, 2005). Dans ce pays également, un plan d'intervention doit être élaboré pour encadrer la patiente et s'assurer que celle-ci respecte ses termes et conditions (Gibbs et *al.*, 2004). Cependant, contrairement à la Suède, il est possible d'imposer un traitement à une personne par le moyen d'une ordonnance de traitement communautaire sans qu'elle ait été hospitalisée préalablement (O'brien et *al.*, 2009). Le modèle néo-zélandais se veut donc essentiellement préventif, car il permettrait ainsi d'éviter la détérioration de l'état de santé mentale des patientes (O'brien et *al.* (2009). Il comporte cependant des mesures attentatoires aux droits des patientes puisque les professionnelles de la santé ont le droit de rentrer chez elles à tout moment qui leur semble « raisonnable » pour les traiter (Dawson et *al.*, 2003 : 249) :

The New Zealand statute has clear mechanisms of enforcement. It states that the effect of the CommTO is to “require the patient to attend... for treatment” by a designated outpatient service and “to accept... treatment” as directed by the responsible clinician. Staff members are authorized to enter the patient's place of residence “at all reasonable times... for the purpose of treating the patient.” If patients do not comply, they may be taken to an outpatient clinic for treatment to be administered or returned to inpatient care.

Les patientes qui refusent les traitements peuvent être envoyées à l'hôpital psychiatrique ou forcées à recevoir les traitements en clinique. La police peut être appelée pour aider les professionnelles de la santé et la force peut être utilisée de « manière raisonnable selon les circonstances » (Dawson et *al.*, 2003). Contrairement au modèle suédois, il n'est pas possible pour les patientes de faire

appel de la décision des médecins de les interner en Nouvelle-Zélande. Cependant, elles peuvent demander au tribunal de réviser leur statut après six mois (Dawson et *al.*, 2003).

Selon plusieurs auteurs (Dawson et *al.*, 2003; Mullen et *al.* 2006), le modèle néo-zélandais accorde beaucoup de pouvoir discrétionnaire et de flexibilité aux médecins, car celles-ci peuvent décider lorsqu'une ordonnance de traitement communautaire débute et se termine. Selon Mullen et *al.* (2006), les médecins cliniciens ont aussi un rôle central dans la formulation du plan d'intervention et dans le choix du traitement (médicaments). Elles s'occupent aussi des aspects légaux et administratifs du plan d'intervention. Elles ont des obligations envers la Cour et doivent s'assurer du suivi du statut légal de la patiente. Elles peuvent également envoyer une personne à l'hôpital psychiatrique et peuvent aussi décider lorsqu'une patiente est apte à donner son consentement pour recevoir des soins volontaires. Elles sont également en contact avec la famille des patientes et les membres de la communauté, et les informent des traitements. En ce qui concerne la durée des ordonnances de traitement communautaire en Nouvelle-Zélande, Gibbs et *al.*, (2005) écrivent qu'elle ne peut dépasser initialement une période de six mois, mais qu'elle peut être prolongé par la Cour.

Plusieurs conditions peuvent être imposées aux patientes dans les plans de traitement (Gibbs et *al.*, 2004; 2005). Tout d'abord, elles doivent permettre à une intervenante de faire une visite hebdomadaire à leur domicile ou l'endroit où elles sont placées dans le cadre de l'ordonnance de traitement. L'intervenante a un pouvoir d'entrée chez les patientes à des moments raisonnables et pour des raisons pertinentes. Ensuite, les patientes doivent rencontrer un psychiatre une fois par mois et prendre leur médication tel que prévu dans le plan d'intervention. À ce sujet, Gibbs et *al.* (2014) ont écrit : « The patients will also be expected to keep regular appointments with psychiatrists. If they do not comply, they may be taken to a clinic for treatment to be administered, or returned to hospital, even by force if considered necessary. » Enfin, les patientes doivent

résider dans un logement assigné et ne pas sortir de certaines limites géographiques.

## 2.2) Critères et conditions

### 2.2.1) En Suède

En Suède, la *Compulsory Mental Care Act* définit au paragraphe 3 les critères permettant d'imposer des traitements obligatoires à un individu :

Compulsory Treatment is only given if the patient suffers from a serious psychiatric disturbance and due to their psychiatric condition and their personal circumstances in general

1. has an absolute need for psychiatric care, which cannot be satisfied in any other manner than to be admitted to a health care facility for qualified psychiatric 24 hours care (involuntary inpatient care) or
2. requires special conditions in order to be given necessary psychiatric care (involuntary outpatient care)

Selon Bolling, Rosenberg et Kawesa (2009), une des exigences requises par la loi pour imposer des soins est que la patiente s'oppose à la prise en charge, ou qu'elle ne soit pas apte à donner son consentement. Lors de l'évaluation de la patiente, il faut également déterminer si elle peut être un danger pour elle-même ou pour une autre personne. Une autre exigence requise avant de mettre en place une ordonnance de traitement communautaire, le *Compulsory Psychiatric Care Act* exige que la patiente ait préalablement été internée involontairement. La psychiatre en chef pourra alors déposer une demande au tribunal administratif si elle considère que la patiente peut continuer à recevoir des soins sous une ordonnance de traitement communautaire.

Le paragraphe deux de la *Compulsory Psychiatric Care Act* stipule que le médecin doit prendre en considération le critère de proportionnalité pour déterminer si une personne a besoin d'être internée et pour l'élaboration du **certificat de traitement** qui est exigé avant tout traitement obligatoire (Rugkasa, 2016; Bolling, Rosenberg et Kawesa, 2009). En d'autres termes, les mesures d'intervention utilisées doivent être proportionnelles aux objectifs de l'intervention. Le but recherché est de minimiser le recours aux mesures

coercitives et de respecter l'intégrité de la patiente (Bolling, Rosenberg et Kawesa, 2009).

Pour émettre un certificat de traitement obligatoire, la patiente doit être soumise à un examen médical effectué par deux médecins. Ensuite, la psychiatre en chef de l'établissement où sera traitée la patiente doit décider si celle-ci sera admise à des traitements obligatoires. Le tribunal administratif examine toutes les admissions obligatoires, et il dispose en tout temps d'une spécialiste qui évalue la patiente. Si la psychiatre en chef décide de prolonger le traitement, il doit soumettre une demande au tribunal administratif ainsi que le plan d'intervention. La psychiatre en chef peut aussi choisir de ne pas demander une prolongation si les objectifs du traitement sont atteints (Bolling, Rosenberg et Kawesa (2009).

Le certificat de traitement obligatoire doit être émis dans un délai maximal de 24 heures après l'arrivée de la patiente à l'hôpital (Rugkasa, 2016; Bolling, Rosenberg et Kawesa, 2009). Une fois le certificat émis, la force peut être utilisée pour garder la patiente dans l'établissement. Toute décision ayant recours à des mesures coercitives ne peut être basée sur un certificat de traitement qui a plus de 96 heures.

### **2.2.2) En Nouvelle-Zélande**

En Nouvelle-Zélande, pour recevoir un traitement obligatoire, que ça soit en hôpital psychiatrique ou dans la communauté, il faut que la personne ait un état mental « anormal » (Dawson et *al.* (2003), que cela soit de manière continue ou intermittente. En ce qui concerne l'état mental « anormal », les mêmes auteurs écrivent :

This must be “characterised by delusions, or by disorders of mood or perception or volition or cognition,” and it must be “of such a degree that it poses a serious danger to the health or safety of that person or of others” or “seriously diminishes the capacity of that person” for self-care [...]. Involuntary treatment must also be “necessary.”

Selon O'Brien (2014) et Dawson et *al.* (2003), il faut démontrer qu'une ordonnance de traitement communautaire est utile pour la patiente:

Further criteria then apply to compulsory community care. It must be shown that outpatient treatment would be appropriate and available, and that the social circumstances of the patient in the community would be adequate [...]. (Dawson et *al.*, 2003)

Selon Mullen et *al.* (2006), les termes et les critères utilisés dans la loi sont « vagues » et laissent du pouvoir discrétionnaire entre les mains des médecins.

### 2.3) Critiques

Même si les ordonnances de traitement en communauté ont été qualifiées de « moins restrictives » ou de « préventives » par Churchill et *al.* (2007) et Reitan (2016), leur efficacité est matière à débat. Certaines auteures (Rugkasa, 2016; Reitan, 2016; Maughan, Rugkasa, Molodynski, Burns, 2014) affirment qu'elles permettent de réduire l'internement psychiatrique et d'offrir un cadre de réhabilitation qui respecte les droits fondamentaux. Pour d'autres (Dawson, Romans, Gibbs, 2003; Kisely, Campbell, 2007; Mfoafo-M'Carthy, Williams, 2010; Mfoafo-M'Carthy, Shera, 2014; Maughan et *al.* 2014), elles comportent plusieurs limites et il n'y aurait pas suffisamment de données pour affirmer qu'elles contribuent à réduire le taux d'admission en internement de manière significative. Rugkasa (2016) résume bien la difficulté à évaluer l'efficacité des ordonnances de traitement communautaire :

CTOs are extensively used to prevent relapse and readmission. However, there is no support in the existing evidence for the hypothesis that they have the desired results. The nonrandomized outcome studies show discrepant results. Even if we disregard methodological weaknesses, the differences between their findings are striking, with some reporting benefits and others reporting none, on the most frequently applied outcomes. None of the analyses using randomized data found any benefit to CTOs on a wide set of outcomes, with the exception of a reduced likelihood of falling victim to crime. No other clinical or social benefits have been identified at the top level of evidence,

Les ordonnances de traitement communautaire auraient aussi un impact négatif sur la relation thérapeutique et seraient trop lourdes d'un point de vue administratif (Mullen et *al.*, 2006). En ce qui concerne la Suède, Kjellin et *al.* (2008), affirment qu'entre 1979 et 2002, et notamment après la réforme de

1992, le nombre total d'hospitalisations involontaires a chuté de 80%. Pendant cette période, le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques est passé de 28 000 à 5000. Kjellin et *al.* (2014) affirment que suite à l'introduction des ordonnances de traitement communautaire en Suède, le nombre total de jours passés dans les hôpitaux psychiatriques a diminué, mais qu'il y aurait eu en parallèle une augmentation de l'utilisation de méthodes coercitives dans la communauté pendant la même période. Pour la Nouvelle-Zélande, O'Brien et *al.* (2009) affirment que le nombre de personnes recevant des traitements obligatoires entre 1987 et 2005 n'a pas augmenté, mais qu'il y a eu un transfert de l'hôpital psychiatrique vers la communauté.

Au-delà de la question de l'efficacité, les ordonnances de traitement en communauté sont critiquées à cause des pouvoirs accordés aux médecins et du peu d'autonomie laissée aux patientes (Dawson, 2006; Dawson et Mullen, 2008). Selon Bolling, Rosenberg et Kawesa (2009), la version suédoise des ordonnances de traitement communautaire est principalement basée sur le « volontarisme »<sup>4</sup>. Cependant, pour certaines auteures (O'Brien et Kydd, 2013; Mfofo-M'Carthy et *al.*, 2014), les ordonnances de traitement communautaire constitueraient une forme de contrôle social sur les patientes, ce qui soulève la question des droits fondamentaux. Pour Zetterberg et *al.* (2014), en raison de leur nature coercitive, les ordonnances de traitement communautaire posent des problèmes au niveau de l'équité procédurale en ce qui concerne la transparence, la clarté, et l'impartialité des décisions rendues.

---

<sup>4</sup> Notamment depuis le *Health Care Act* de 1982 et le *Compulsory Psychiatric Care Act* de 2008.



### 3) Le modèle italien.

Le modèle italien semble être unique, car il s'agit du seul pays dans le monde ayant banni les asiles (Hazelton, 2005; Mezzina, Rowe, Thompson, 2010; Ferrannini, Peloso, 2016). La *Italian Mental Health Reform* date de 1978 avec l'adoption de la Loi 180<sup>5</sup> inspirée par le mouvement mené par Franco Basaglia. Celle-ci est une loi nationale qui encadre l'hospitalisation et la réhabilitation des individus dans la communauté (Ferrannini, Peloso, 2016; Pingani et *al.* 2012). Après 1978, il n'y aurait plus eu d'admissions dans les hôpitaux psychiatriques et la population internée chuta progressivement (Ferrannini, Peloso, 2016) jusqu'à la fermeture du dernier asile en 1999 (Forti, 2014).

Depuis 1990, cinq réformes ont eu lieu afin d'améliorer le système de santé mentale (Ferreranni, Peloso, 2016), dont la plus importante a eu lieu entre 1998 et 2000 (Piccinelli et *al.*, 2002). Étant donné la fermeture du dernier hôpital psychiatrique, celle-ci avait pour but de préciser les objectifs du système de santé mentale italien et améliorer les aspects pratiques des interventions (Piccinelli et *al.* 2002)<sup>6</sup>.

Les lois sur la santé mentale en Italie furent influencées par le mouvement « radical » en psychiatrie des années 1960 et 1970, notamment par les idées du psychiatre Franco Basaglia (Hazelton, 2005). En effet, le modèle italien est basé sur l'idée selon laquelle les personnes ayant des problèmes de santé mentale ont le droit d'avoir une « vie dans la communauté » et qu'elles sont des citoyennes ayant la capacité de s'autodéterminer (Ferrannini, Peloso, 2016). Pour David et *al.* (2010). Une des contributions principales de la réforme italienne fut de reconnaître que les patientes doivent préserver leurs droits fondamentaux afin de se rétablir et non le contraire. Selon les mêmes auteurs, pour Basaglia et ses collègues, redonner aux personnes ayant des problèmes de santé mentale leurs droits fondamentaux était nécessaire pour assurer leur inclusion sociale et pour respecter leur capacité à s'autodéterminer. David et *al.* (2010 : 438) citent

---

<sup>5</sup> Ensuite modifiée et intégrée dans la Loi 833.

<sup>6</sup> En plus de la Loi 833, il existe 20 lois supplémentaires pour réguler le système de santé mentale car celle-ci est une compétence régionale selon la Constitution italienne (Lamarque, Massa, 2009).

Franco Rotelli (1999), le successeur de Basaglia à la direction du système de santé mentale à Trieste pour expliquer l'esprit qui les animait lors de la réforme italienne :

We totally disagree with those who seem to believe that « a right is something one must deserve », as well as with those who declare that « a right must be granted to those who prove they can exercise it. » We believe a right to be a universal good which belongs to all, without distinctions of class, income, sex, age, or health conditions. We further believe that no one can be denied a right considered universal and which constitutes full citizenship [...] Rehabilitative actions cannot aim at « deserving » or obtaining a right by acquiring the capabilities to manage it. The right must be given « a priori. » Rehabilitative actions must limit themselves to enabling the user to fully exercise their rights when they are unable to or have lost this capability, and to render realistic and feasible rights which have been arbitrarily denied or are not yet supported by the real situation'

Selon Hazelton (2005), Basaglia et ses collègues étaient persuadés qu'un traitement thérapeutique efficace nécessite la coopération entre les patientes et les professionnelles de la santé, ce qui est impossible dans le cadre asilaire.

### **3.1) Fonctionnement et actrices**

En plus de la fermeture progressive des hôpitaux psychiatriques et la fin des hospitalisations forcées (à l'exception des situations exceptionnelles), la réforme de 1978 a mené à la création d'un système de santé mentale dans la communauté, composé d'équipes d'intervention multidisciplinaires (Piccinelli, et *al.*, 2002). En effet, depuis la *Italian Mental Health Reform*, le système de santé mentale a été centralisé autour des centres de santé mentale communautaire (Community Mental Health Center (CMHC)) (Ferrannini, Peloso, 2016). Ces centres ont un rôle de première ligne dans le système de santé mentale italien en accueillant et évaluant les patientes. Ils sont aussi composés de coopératives, de centres de travail communautaire et de clubs sociaux (Piccinelli et *al.*, 2002). En plus de ces centres, trois autres types d'établissements font partie du réseau de santé mentale italien : des installations semi-résidentielles, des installations résidentielles et des unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux lorsque l'internement est nécessaire.

Les **centres de santé mentale communautaire** sont en charge de la planification et de la coordination des interventions. Les services de ces centres sont accessibles aux

patientes, même sans la recommandation d'un médecin généraliste (Forti, 2014; Volpe et al. 2014; Piccinelli, 2002). Les demandes et les besoins des patientes y sont évalués par un médecin, ce qui permet ensuite de fournir une intervention directe ou de les rediriger vers des services davantage adaptés à leur situation (Piccinelli, 2002). Les centres de santé mentale communautaires organisent aussi des visites à domicile et s'occupent plus généralement des interventions à réaliser auprès des personnes qui sont dans la communauté.

Les **unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux** (General Hospital Psychiatric Units) sont situées dans les hôpitaux qui ont un service d'urgence. Ces services sont en charge d'intervenir lors des situations d'urgences à court terme et lors des crises (Piccinelli et al., 2002). Il est possible d'intervenir sans le consentement de la patiente lors de situations exceptionnelles (Forti 2014).

Les **installations semi-résidentielles** ont pour objectif d'offrir des services de réadaptation et de consultations thérapeutiques (Forti, 2014, Piccinelli et al., 2002). Ils offrent aussi des programmes qui font la promotion de la prise en charge de soi (*self-care programs*), et des programmes d'éducatifs pour apprendre à gérer les activités quotidiennes et les relations interpersonnelles. Ces centres sont composés de médecins, d'infirmières, de travailleuses sociales et de bénévoles. L'objectif principal de ces installations est de réduire le nombre et la durée des hospitalisations en fournissant des évaluations diagnostiques complètes et des interventions à court et à moyen termes (Forti, 2014; Piccinelli et al. 2002). Ces centres peuvent être situés au sein de l'hôpital ou dans des structures externes qui ont un lien avec le ministère de la santé mentale et le centre communautaire en santé mentale.

Les **installations résidentielles** sont indépendantes des établissements hospitaliers et sont en charge de la réhabilitation des patientes ayant des besoins psychiatriques à long terme (Forti, 2014). Les programmes de réhabilitation ont été conçus pour aider les patientes à s'intégrer dans la communauté en utilisant des ressources locales (Piccinelli et al. 2002). La loi prévoit que ces installations doivent posséder un maximum de 20 lits, et qu'elles doivent être situées dans des zones urbaines facilement accessibles afin d'éviter l'isolement social (Forti, 2014).

Dans la littérature consultée, les techniciennes en réhabilitation sociale et les médecins sont à la base du système de santé mentale italien. Le rôle des **techniciennes en réhabilitation psychosociale** est d'aider les patientes à acquérir les compétences et aptitudes qui ont été affaiblies par la maladie mentale grâce à des techniques de réadaptation appropriées (Pingani et *al.*, 2012). Selon Pingani et *al.* (2012), ces professionnelles de la santé sont les seules à détenir certaines connaissances et techniques requises pour réaliser des interventions psychosociales auprès des patientes. Par exemple, elles sont spécialisées dans les interventions psychosociales auprès des groupes et des familles; elles peuvent faire des thérapies cognitivo-comportementales et de l'accompagnement; elles peuvent aider les patientes à apprendre des habiletés sociales et des techniques de relaxation; et elles peuvent conseiller et dispenser certains types de soins (Pingani et *al.*, 2012). Le statut des techniciennes en réhabilitation psychosociale a été reconnu par deux décrets ministériels en 2001 qui sont venus encadrer la profession et créer un programme de formation au niveau universitaire (Pingani et *al.*, 2012).

Quant à elles, les **médecins généralistes** évaluent les besoins des patientes (Altamura et Goodwin, 2010). Elles traitent directement les symptômes de la dépression et de l'anxiété et envoient les patientes souffrant de troubles graves de santé mentale à des installations adaptées à leurs besoins. Elles peuvent aussi prescrire des médicaments (Forti, 2014). Les médecins généralistes ne sont pas un obstacle à l'accès aux services en santé mentale, car tous les niveaux de système de santé sont ouverts aux usagères sans la nécessité d'être référées (Forti, 2014).

### **3.2) Procédure et conditions pour hospitaliser une personne.**

Le principe général est à l'effet que tout traitement et placement est volontaire. Des situations exceptionnelles peuvent cependant mener à une hospitalisation forcée (Ferrannini, Peloso, 2016; Lamarque, Massa, 2009). Selon Volpe et *al.* (2014), la majorité des patientes (33,8%) ont un accès direct aux soins de santé mentale en allant elles-mêmes vers les centres de santé mentale communautaire, alors que les autres ont été référées soit par une spécialiste en psychiatrie dans les hôpitaux généraux (20,3%),

soit par un médecin généraliste (33,0%), soit par une praticienne privée (9,8%) soit par la police (1%).

Depuis 1978, la loi prévoit que, lors de situations exceptionnelles (urgences, crises), une personne peut être soumise à un « ordonnance de traitement obligatoire » (Compulsory Treatment Order) dans un centre de santé mentale communautaire ou à l'hôpital général dans une unité psychiatrique (Lamarque, Massa, 2009). Il y a 3 situations dans lesquelles les ordonnances de traitement obligatoire peuvent s'appliquer (Lamarque, Massa, 2009) :

1. La personne souffre de troubles de santé mentale et a besoin d'un traitement médical d'urgence.
2. La personne refuse de recevoir des traitements nécessaires.
3. Il n'y a aucune autre mesure appropriée autre que l'hospitalisation qui pourrait être entreprise pour traiter la personne.

Selon Lamarque et Massa (2009 : 31), le danger à soi-même ou aux autres n'est plus explicitement prévu dans la loi:

The danger of harm to self or others is not a direct requirement: accordingly, no classification of danger in regard to risk levels or thresholds is mentioned. However, a therapeutic protocol may be considered non-effective if it is not sufficient to prevent or contain the risks that violent behaviour poses to the patient himself/herself, including the risk of exposing the patient to indictment.

La mise en œuvre des ordonnances de traitement obligatoire nécessite une intervention médicale et juridique puisque les interventions d'un médecin spécialisée en santé mentale (Lamarque, Massa, 2009) et d'une représentante de la région administrative sont requises.

Les avis de deux médecins sont nécessaires et le second avis, qui doit provenir d'un psychiatre, doit valider le premier. Par la suite, les deux médecins doivent soumettre un dossier justifiant l'hospitalisation d'un individu à la mairesse de la municipalité. Celle-ci ou sa représentante doit accepter la demande dans les 48 heures. Si le délai est dépassé sans que le traitement n'ait été commencé, il faut recommencer le processus. Il faut aussi mentionner que la mairesse a le pouvoir de modifier ou de mettre fin au placement. Toute personne intéressée peut également faire une demande à la mairesse

pour annuler ou modifier une ordonnance de traitement obligatoire. Celle-ci a un maximum de dix jours pour prendre une décision.

Enfin, la mairesse ou sa représentante doit aussi informer un juge de la décision d'hospitaliser un individu dans un délai de 48 heures. Le juge peut confirmer la demande de placement ou l'annuler; en cas d'annulation, la mairesse doit ordonner la résiliation de l'ordre de traitement obligatoire. Pendant ce temps, la personne se trouve dans l'unité psychiatrique d'un hôpital général. Le juge peut aussi désigner un tuteur légal pour gérer les affaires de la patiente si cela est nécessaire. Les patientes ont un droit d'appel.

La durée maximale du placement est de sept jours, mais il est possible de prolonger le délai par une nouvelle demande (Ferrannini, Peloso, 2016; Lamarque, Massa, 2009). La demande de renouvellement devra respecter la procédure décrite ci-dessus et être de nouveau acceptée par la mairesse et un juge.

Après l'hospitalisation, les patientes sont envoyées vers un centre de santé mentale communautaire pour assurer le suivi thérapeutique dans une installation résidentielle, semi-résidentielle ou pour recevoir un autre type d'intervention, si nécessaire, et si elles y consentent.

Tout au long du processus, la patiente a le droit de communiquer avec la personne de son choix.

### **3.3) Critiques**

Plusieurs critiques sont adressées au système de santé mentale italien. Tout d'abord, la majorité des critiques s'articulent autour du manque d'efficacité de la réforme de santé mentale italienne. Par exemple, pour Forti (2014), les installations résidentielles ne répondent pas aux objectifs de la réforme Basaglia, car elles ne sont pas suffisamment intégrées dans la communauté. Toujours selon cet auteur, pour compléter la désinstitutionnalisation, il faudrait améliorer et restructurer les installations afin qu'elles puissent offrir une connexion réelle à la communauté. Dans le même ordre d'idées, David et *al.* (2010), soutiennent que cette réforme n'était pas parfaite et qu'il reste encore beaucoup de travail pour réaliser l'objectif de « life in the community ».

Toujours en ce qui concerne le manque d'efficacité du système de santé mentale, certains auteurs (Lamarque et Massa, 2009) croient que celui-ci ne serait pas adapté aux besoins de certains groupes, notamment les jeunes, les personnes âgées et les personnes issues de l'immigration :

[...] access to health care services for irregular immigrants is incomplete and uncertain, whereas regular immigrants have the same rights to access health services as citizens. Regional programmes have been implemented in recent years to gauge the state of mental health among immigrants in Italy and to adapt mental health facilities to provide services more suited to this population group. (Lamarque et Massa, 2009)

De son côté, Piccinelli (2002) croit que la qualité des traitements ainsi que les programmes de réhabilitation et les interventions psychosociales ne sont pas suffisamment efficaces, car elles ne seraient pas facilement accessibles. En outre, les admissions dans les unités de santé mentale dans les hôpitaux seraient trop courtes et inadaptées aux besoins des patientes ayant des problèmes de santé mentale sévères, ce qui augmenterait significativement le taux de réadmission de ces personnes.

Pour plusieurs auteurs (Lamarque et Massa, 2009; de Girolami et Cozza, 2002), la réforme Basaglia n'aurait pas été appliquée de la même manière dans toutes les provinces italiennes. Même si cela soulève des questions quant à l'efficacité des services rendus, certains avantages ont été soulignés: « Moreover, regional rules and guidelines (which do not have force of law) have complemented the principles laid out in national law, in some respects clarifying some obscure points, in other respects also adding new provisions to the legal framework. » (Lamarque et Massa, 2009). En outre, cela aurait permis aux provinces de mieux répondre aux besoins de certaines populations.

Ensuite, le deuxième type de critique identifié dans la littérature consultée concerne les défis que pose cette réforme pour les professionnelles de la santé. Les psychiatres, « trop fermées » dans leur identité professionnelle (Ferrannini et Peloso, 2016), ne prendraient pas en considération les dimensions sociales, psychologiques et médicales de la souffrance des patientes de manière holistique. Pour Piccinelli (2002), les professionnelles de la santé seraient de plus en plus insatisfaites de leur travail, car la priorité serait donnée à des considérations économiques et administratives. La qualité

du travail clinique et le temps accordé aux patientes seraient donc affectés par la lourdeur de la bureaucratie. En outre, le taux de remplacement des employées du secteur public aurait significativement diminué depuis plusieurs années, ce qui aurait plusieurs conséquences :

[...] affects the quality of clinical work, extends bureaucracy, discourages education as a non-profit activity, reduces creativity, weakens ideals and obscures the ethical principles inspiring health care. Under these circumstances, Italian psychiatry, and Italian health care in general, are going through a difficult transitional period. Expectations are high, although in the absence of strong ethical principles, ideals and creativity, it is difficult for the entire system to attain high standards of care.

De même, selon Ferrerrani et Poloso (2016), avant 2013, le système de santé mentale italien n'accordait pas suffisamment de place à la prévention à cause du manque de moyens financiers. Cette situation a été corrigée par le Plan national de santé mentale de 2013 pour intégrer certaines priorités d'intervention, notamment auprès des populations vulnérables et des jeunes.

Enfin, le troisième type de critique concerne les difficultés qui ne furent pas prévues par Basaglia et son équipe. En effet, selon Ferrannini et Peloso (2016), lorsque la Loi 180 fut adoptée, Basaglia s'attendait à ce que la communauté prenne davantage en charge les personnes ayant des problèmes de santé mentale en leur offrant de l'emploi et du logement. Cependant, les auteurs rapportent que Basaglia a écrit que la « culture de la solidarité » sur laquelle cette loi était fondée s'est affaiblie une décennie plus tard. Par conséquent, la société italienne n'aurait pas continué à soutenir le « défi » de la réforme de 1978 et plusieurs patientes se seraient retrouvées isolées et stigmatisées. Malgré leur critique, Ferrannini et Peloso (2016) pensent que le système de santé mentale italien est meilleur que la moyenne.



#### **4) Le modèle de certains pays latino-américains**

Plusieurs initiatives pour réformer les systèmes de santé mentale dans les pays latino-américains ont vu le jour à la suite de la Déclaration de Caracas de 1990 qui faisait la promotion des droits humains (Hazelton, 2005). Selon Mateus et *al.* (2008), cette convention avait pour objectif de garantir les droits fondamentaux des personnes ayant des problèmes de santé mentale en accord avec la Résolution 46/119 du 17 décembre 1991 de l'Assemblée Générale de l'ONU; de décentraliser les soins psychiatriques; de protéger les patientes internées dans les hôpitaux psychiatriques qui reçoivent des traitements; et d'encourager le développement d'un réseau de santé mentale accessible et efficace dans chaque pays.

Les réformes en Amérique latine sont similaires à celles observées en Europe et en Océanie. En effet, l'accent est mis sur la réinsertion dans la communauté des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Dans cette section, nous nous pencherons sur les cas du Brésil et du Chili qui ont été identifiés par Calda de Almeida (2013) comme étant des pays ayant adopté des réformes importantes depuis les 25 dernières années.

##### **4.1) Fonctionnement et actrices**

###### **4.1.1) Le modèle brésilien**

Le Brésil possède un système de santé similaire à celui qui existe en Italie depuis la réforme Basaglia de 1978. D'ailleurs, David et *al.* (2010), rapportent qu'en 1979, Basaglia avait vanté le succès de la réforme italienne au Brésil; il avait affirmé alors que les réformatrices italiennes avaient réussi à créer un système de santé mentale qui protège et respecte les droits fondamentaux des adultes ayant des problèmes de santé mentale.

À la suite de la Déclaration de Caracas de 1990, le Brésil adopte une série de lois, dont la Loi 10.216 de 2001 (Dimenstein, 2013; Henriques Candiago, 2011; Barros et Salles, 2011), qui avaient pour objectif de mettre de l'avant la réhabilitation comme principe pour guider l'intervention (Salles, Matsukura, 2016; Barros et Salles, 2011), de diminuer progressivement le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques,

d'agrandir le réseau de santé mentale hors des hôpitaux, de créer un programme d'éducation professionnelle en santé mentale, et de faire la promotion des droits humains (Dimenstein, 2013, Barros et Salles, 2011). Le but des réformatrices brésiliennes était aussi de diminuer l'exclusion sociale que vivent les personnes atteintes de problèmes de santé mentale tout en leur permettant de construire un réseau social et de s'adapter à la vie quotidienne (Salles, Matsukura, 2016). En outre, la réforme brésilienne est également basée sur le principe d'« empowerment », qui sous-tend que chaque personne peut améliorer la qualité de sa vie et son bien-être (Salles et Matsukura, 2016).

Le **réseau de soins psychosociaux** (*Red de Atención Psicosocial (RAPS)*) prévu par la Brazilian Mental Health Reform est géré dans les Centres de soins psychosociaux (*Centros de Atención Psicosocial (CAPS)*) (Salles et Matsukura, 2016; Ribeiro et al., 2015; Dimenstein, 2013; Dal Poz et al., 2012; Candigo, 2011). Ce réseau est composé de divers types d'établissements : cinq types de CAPS, des installations résidentielles (ou résidences thérapeutiques), des centres de culture et de convalescence, et des logements transitoires (Dimenstein, 2013). Le RAPS gère également des lits dans les **unités psychiatriques des hôpitaux généraux** dédiés aux personnes ayant des crises, ainsi que les hôpitaux psychiatriques (Barros et Salles, 2011). Le RAPS s'occupe aussi de l'application de divers programmes : le programme d'éducation permanente des professionnelles de la santé, le programme de la restructuration des hôpitaux psychiatriques, le programme de réinsertion professionnelle, le programme de santé mentale des enfants et des adolescentes, le programme de retour à la maison (*Programa de Volta para Casa*, créé avec la Loi 10708 en 2003), et le programme pour les utilisatrices de drogues et d'alcool (WHO-AIMS, 2007).

Les **Centres de soins psychosociaux** sont au centre de la stratégie d'intervention en santé mentale brésilienne (Salles et Matsukura, 2016; Dimenstein, 2013; Barros et Salles, 2011; Mateus et al. 2008; Andreaoli et al., 2004). En plus de référer les patientes vers les autres services offerts (Mateus et al., 2008), ces centres possèdent de multiples fonctions. Tout d'abord, une partie du réseau de santé mentale

brésilien (RAPS) est géré au sein des CAPS. Ils ont donc pour objectif de coordonner les différents établissements en santé mentale. Ensuite, les CAPS ont également pour objectif d'offrir des soins de santé mentale intensifs et ainsi diminuer la nécessité d'avoir recours aux hôpitaux psychiatriques (Dimenstein, 2013; Mateus et *al.*, 2008). Le rôle de ces centres est donc préventif et axé sur la réhabilitation psychosociale (Salles, Matsukura, 2016). Des équipes composées de diverses professionnelles en santé mentale travaillent dans ces centres, et toutes les patientes sont traitées comme étant des « projets thérapeutiques » (Salle, Matsukura, 2016). Dans chaque type de CAPS, il doit obligatoirement y avoir une psychiatre, une infirmière, une psychologue et une travailleuse sociale (Dimenstein, 2013; Mateus et *al.*, 2008). Elles sont aidées par d'autres professionnelles de la santé.

Certains CAPS offrent également des soins à domicile et sont composés d'unités d'hospitalisation de courte durée pour les gens ayant des crises. Enfin, la promotion des droits des usagers, et le « programme de retour à la maison » (Barros et Salles, 2011; Mateus et *al.*, 2008) sont également gérés par les CAPS (Mateus et *al.*, 2008). Ils prennent également en charge les problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme depuis 2002.

Il existe cinq types de CAPS (Dimenstein, 2013). Les CAPS I sont situés en région et s'occupent des personnes de tout âge ayant des problèmes de santé mentale ou de consommation de substances addictives. Les CAPS II sont situés dans les villes de taille moyenne et s'occupent exclusivement de la population adulte. Les CAPS III sont situés dans les grandes villes et offrent des services jour et nuit à la population adulte. Les CAPSi offrent des services aux enfants et aux adolescentes alors que les CAPSad offrent exclusivement des services aux personnes ayant des problèmes de consommation. Ces deux types de CAPS sont situés dans des villes de taille moyenne.

Pour les patientes, les CAPS offrent la possibilité de rencontrer d'autres personnes et d'intégrer des groupes thérapeutiques, et par conséquent de sortir de l'isolement. D'ailleurs, les CAPS ont pour mission de s'occuper de la réinsertion sociale des patientes en leur offrant les services adaptés à leurs besoins (Dimenstein, 2013;

Barros et Salles, 2011, Andreoli et *al.*, 2004). Les patientes peuvent aussi participer à des activités d'intégration dans la communauté tel que des ateliers thérapeutiques, des consultations individuelles avec une travailleuse sociale, des fêtes de quartier, des programmes d'employabilité, et des séances de sport (Salles, Matsukura, 2016; Dimenstein, 2013). Selon Salles et Matsukura (2016), ces activités permettent aux patientes de se créer un réseau social et de prévenir les admissions dans un hôpital psychiatrique. Les auteurs ajoutent que les activités des CAPS permettent aux patientes de parler de leurs expériences et de recevoir du support des autres personnes qui font face à des problèmes de santé mentale similaire.

Les **installations résidentielles (ou résidences thérapeutiques)** sont destinées aux personnes ayant besoin de traitements spéciaux à long terme ou qui ont été hospitalisées pendant de longues périodes (Dimenstein, 2013). Elles bénéficient d'un **programme de retour à la maison** afin de leur donner les outils pour réintégrer la société (suivi psychosocial et mesures d'emploi) (Barros et Salles, 2011; Mateus et *al.*, 2008). Les personnes bénéficiant de ce programme reçoivent des versements mensuels pour les aider dans leurs démarches (Mateus et *al.*, 2013). En date de 2008, aucune étude sur l'efficacité du programme de retour à la maison n'a été réalisée (Mateus et *al.* 2008).

#### **4.1.2) Le modèle chilien**

Le Chili a également opéré plusieurs changements dans son système de santé mentale depuis les deux dernières décennies et la structure de son système de santé est similaire à celui du Brésil. En effet, selon plusieurs auteurs (Minoletti et *al.*, 2012; Khenti et *al.*, 2012), pendant cette période, le Chili a augmenté la part de son budget dédié à la santé mentale et a mis en œuvre des politiques qui ont transformé la structure du système de santé mentale. Ces changements seraient survenus après la fin de la dictature d'Augusto Pinochet en 1990 et à la suite de la signature de la Déclaration de Caracas la même année (Okma et *al.*, 2010). L'objectif du législateur chilien était de créer un système de santé mentale qui respecterait les droits humains, tout en étant plus efficaces sur les plans thérapeutique et éthique (Minoletti et Zaccaria, 2005).

Le système de santé chilien, qui est public et privé à la fois, est seulement accessible aux personnes qui sont couvertes par un régime d'assurance santé (Khenti et *al.*, 2012; Lopez Stewart, et *al.*, 2004). Selon Farmer (2008), les Chiliennes doivent obligatoirement s'inscrire à un régime d'assurance public ou privé. Les critères de sélection varient selon les besoins de chaque individu ou famille. Il existe aussi un troisième type d'assurance pour les personnes qui ont été victimes de la dictature de Pinochet et qui veulent avoir accès à un programme spécialisé.

Cette réforme financée par le *United States Agency for International Development*, l'Union Européenne et le gouvernement italien (Farmer, 2008), fut réalisée en deux étapes (Minoletti et *al.*, 2012). Tout d'abord, l'adoption de la *National mental health policies and plan (Políticas y plan nacional de salud mental)* en 1990 a progressivement mené à la diminution des lits dans les hôpitaux psychiatriques et au développement d'un système basé sur la réinsertion dans la communauté grâce à des nouveaux types d'établissements tel que les « hôpitaux de jour » (*day hospitals*) (Minoletti et *al.*, 2012). L'objectif était de diminuer le nombre et la durée des hospitalisations en développant des maisons d'accueil pour faciliter le processus de désinstitutionnalisation, et en finançant des programmes de réhabilitation psychosociale pour aider les patientes à réintégrer la communauté. (Minoletti et *al.*, 2012; Saldivia et *al.*, 2004).

Ensuite, il y a eu une deuxième réforme en 2000 (*Second National Mental Health Policy*) (Minoletti et *al.*, 2012; Khenti et *al.*, 2012; Saldivia et *al.*, 2004) basée sur les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé qui mettait de l'avant le développement d'un système de santé mentale communautaire et la prise en compte des problèmes de santé mentale dans le système de santé général (Minoletti et Zaccaria, 2005, Saldivia et *al.*, 2004). Minoletti et *al.* (2012) et Farmer (2008) affirment que celle-ci avait plusieurs objectifs, dont faire de la prévention en santé mentale, intervenir auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale lié à la violence domestique et à la violence en lien avec la dictature de Pinochet, et intervenir auprès des personnes souffrant de dépression, de schizophrénie et de dépendance.

La réforme de 2000 a apporté plusieurs changements (Farmer, 2008; Minoletti et Zaccaria, 2005). Premièrement, elle a réuni les centres de soins de santé primaires et secondaires dans un réseau de santé mentale communautaire. Deuxièmement, elle a permis la participation des patientes et de leur famille dans la planification et l'évaluation des services offerts au niveau local et national. Troisièmement, les centres de soins de santé primaires sont devenus les points d'entrées du système de santé mentale. Quatrièmement, des psychologues sont dorénavant présentes dans les centres de soins de santé primaire situés dans les grandes villes. Cinquièmement, les centres de santé mentale communautaire et les « hôpitaux de jour » sont davantage développés. Sixièmement, les hôpitaux psychiatriques ont été réformés dans le but de réduire davantage le nombre de lits tout en augmentant les lits dans les hôpitaux généraux et dans les maisons d'accueil. En somme, la plus grande partie des fonds a été allouée au développement d'un système de santé mentale dans la communauté (Minoletti et al., 2012, Saldivia et al. 2004).

En somme, depuis ces deux réformes importantes, Minoletti affirme dans un autre article publié en 2012 que le **Réseau de santé mentale et psychiatrie communautaire** a intégré les **centres de soins de santé primaires** (ce qui n'était pas le cas avant les réformes (Araya et al., 2009; Saldivia et al., 2004), et qu'il est aussi composé d'**équipes externes d'intervenantes en santé mentale, d'hôpitaux de jour, d'unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux, de maisons d'accueil (ou résidences communautaires) et d'associations d'usagers** (Minoletti et Zaccaria, 2005). Farmer (2008 : 48) décrit bien la structure actuelle du réseau de santé mental chilien :

In each health service area, the network consists of a community primary care center; a mental health and psychiatric outpatient department at a health referral center; a therapeutic diagnostic center or a general hospital; a short-stay psychiatric clinic located in a general hospital; a day hospital associated with an outpatient primary care center; and medium-stay psychiatric care, usually located in a psychiatric hospital. In addition, each health service area has many group homes for mentally ill patients and maintains a solid relationship with organizations of mental health patients and their families. Finally, each service area usually has an active Program for Compensation and

Comprehensive Health Care for Victims of Human Rights Violations (PRAIS) with teams of mental health professionals focused on outreach and treatment.

Le système de santé mentale chilien a également recours à des **programmes de réhabilitation** pour traiter certains problèmes de santé mentale (Minoletti, 2012; Minoletti et Zaccaria, 2005). Tout d'abord, le programme pour la détection, le diagnostic et le traitement de la dépression (*Programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión*) offre aux patientes la possibilité de traiter les dépressions « modérées » avec des interventions psychosociales et des médicaments, et les dépressions « sévères » avec des traitements plus intensifs selon la décision de la médecin (Farmer, 2008). Selon Farmer (2008), ce programme a démontré son efficacité pour traiter la dépression. Ensuite, il existe un programme similaire pour traiter les personnes souffrant de schizophrénie (Minoletti, 2012). Enfin, le Programme de dédommagement et de soins de santé complets pour les victimes de violations des droits de la personne (*Program for Compensation and Comprehensive Health Care for Victims of Human Rights Violations (PRAIS)*) vise à aider les personnes ayant été victimes de la dictature de Pinochet. Les personnes étant acceptées dans ce programme ont droit à des soins de santé gratuits et peuvent recevoir des interventions spécifiques pour remédier aux traumatismes vécus pendant la dictature (Farmer, 2008).

Selon Lopez Stewart (2004), des liens entre les professionnelles des centres de soins de santé primaires et des autres établissements ont été établis afin d'échanger des informations sur les patientes, pour organiser les plans d'intervention et pour l'administration des médicaments. L'objectif est de traiter un maximum de personnes en soins primaires (Lopez Stewart, 2004), et d'éviter le placement des personnes dans les hôpitaux psychiatriques (Minoletti et *al.*, 2012). En ce qui concerne les équipes externes d'intervention en santé mentale, chacune d'entre elle est formée d'une psychiatre, d'une psychologue, d'une travailleuse sociale, d'une infirmière, d'une thérapeute générale, d'une technicienne paramédicale, et d'une éducatrice (Farmer, 2008). Ces équipes sont responsables d'une population définie dans une région géographique donnée (Farmer, 2008; Saldivia et *al.*, 2004). Il existe

aussi des équipes qui sont directement financées par le Programme national sur la dépression et qui interviennent spécifiquement sur cette population (Saldivia et *al.*, 2004).

## **4.2) Conditions et critères pour interner une personne**

### **4.2.1) Au Brésil**

Selon plusieurs auteures (Salles et Matsukura, 2016; Henriques Candiago, 2011; Barros et Salles, 2011; Mateus et *al.*, 2008), le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques au Brésil continue de diminuer progressivement depuis la réforme de 2001. La majorité des personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères sont traitées dans les hôpitaux généraux et dans les CAPS qui coordonnent leurs activités.

Trois types d'hospitalisation, qui doivent toutes être autorisées par un médecin, sont prévus : l'hospitalisation volontaire si la personne peut donner son consentement, l'hospitalisation involontaire si la personne nécessite que le consentement soit légalement donné par une autre personne, et l'hospitalisation forcée si elle refuse d'être hospitalisée (Salles et Matsukura, 2016).

Les critères pour interner une personne sont mentionnés dans une loi datant de 1934 (Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934) : elle doit être un risque pour elle-même ou pour les autres (« risk of aggression to self and others »), avoir des comportements considérés immoraux (« social/moral risk in financial, sexual, or behavioural areas »), ou ne pas avoir la capacité de prendre soin d'elle-même

La loi prévoit que la fin et la durée de l'internement sont laissées à la discrétion de la médecin ou de la psychiatre (Salles et Matsukura, 2016). Aucune mention n'est faite au sujet de périodes de renouvellement. Lorsque l'internement est accompagné d'un traitement plus « intrusif », tel que les électrochocs, la loi prévoit qu'une représentante légale de la patiente doit donner son consentement.



#### **4.2.2) Au Chili**

Il semble qu'au Chili, les personnes consultent surtout pour des problèmes de dépression, d'anxiété et de dépendances (Minoletti et *al.*, (2012). Depuis les réformes en santé mentale, l'objectif est de minimiser le nombre et la durée des internements psychiatriques à travers des programmes d'intervention et un système de santé mentale communautaire (Lopez Stewart, 2004). En outre, la réforme de 2000 spécifie qu'il n'y aura plus d'hôpitaux psychiatriques construits à l'avenir, et que les hôpitaux restants serviront à supporter la désinstitutionnalisation (Farmer, 2008).

Les admissions involontaires dans les hôpitaux psychiatriques ont lieu lors de moment de crises ou d'urgences ou lorsque la Cour ou le Secrétariat régional du Ministère de la Santé le permettent (Minoletti et *al.* , 2014). Les patientes peuvent être internées dans des hôpitaux psychiatriques pour des « séjours longs » et des « séjours moyens ». Selon le Ministère de la Santé, les « séjours moyens » ne doivent pas dépasser un an, mais dans la pratique les patientes internées dans cette catégorie peuvent rester dans l'hôpital psychiatrique pendant des années (Farmer, 2008). Selon Farmer (2008), il n'y a pas suffisamment de maisons d'accueil ni de services communautaires pour ces personnes. Contrairement à ce que Farmer (2008) affirme, Lopez Stewart (2004) soutient qu'il n'y pas plus de « séjours longs » depuis la réforme de 2000.

Toujours selon Farmer (2008), les patientes internées dans les unités psychiatriques des hôpitaux généraux peuvent être classifiées selon le degré de leur problème de santé mentale dans les catégories « moins sévère » et « plus sévère », mais les critères de classifications ne semblent pas être clairs pour l'auteure.

#### **4.3) Critiques**

Dans la littérature consultée, les critiques des systèmes de santé mentale brésilien et chilien sont similaires. La lacune principale de ces systèmes semble être liée au manque de financement et de services (Hazelton, 2005).

Au Brésil, le manque de financement a ralenti l'implantation de la réforme, le budget étant principalement alloué aux hôpitaux (Hazelton, 2005). C'est particulièrement le cas des CAPS qui ont été sous-financés par rapport à d'autres dépenses des villes (Barros et Salles, 2011). Selon Dimenstein (2013), depuis quelques années, le processus de désinstitutionnalisation est plus lent et le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques brésiliens diminue plus lentement à cause du manque de financement dans les CAPS III et de la lenteur des services. L'auteur affirme que le manque de services explique pourquoi les hôpitaux psychiatriques sont encore ouverts au Brésil. À titre d'illustration, le nombre de bénéficiaires du programme de retour à la maison est considéré par Barros et Salles (2011) comme étant très bas, ce qui pose des difficultés pour réinsérer les personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères dans la communauté. À cause du manque de financement, il n'y aurait pas assez de CAPS (Mateus et *al.*, 2008) ni de lits dans les unités psychiatriques des hôpitaux généraux (Henriques Candiago, 2011). Il y aurait des problèmes d'accessibilité et de contrôle de la qualité des services (Dimenstein, 2013). La réforme n'aurait pas été implantée de manière uniforme dans le pays, particulièrement dans les zones rurales (Hazelton, 2005) et il y aurait des problèmes d'articulation entre les différents établissements et les types de services offerts (Dal Poz et *al.* 2012).

Au Chili, le manque de financement est responsable d'une pénurie de professionnelles et de services (Saldivia et *al.*, 2014; Khenti et *al.*, 2012). Selon Saldivia et *al.* (2014), le manque de services a été mis en évidence par le fait que 29% des répondantes ont déclaré ne pas savoir où aller pour recevoir des soins en santé mentale. De plus, les obstacles financiers empêcheraient de nombreuses répondantes de demander de l'aide. Saldivia et *al.* (2014) affirment que dans une moindre mesure, les contraintes de temps et le manque de moyens de transport étaient des obstacles aux soins.

Au Brésil, le sous-financement du système de santé fait en sorte que les besoins psychologiques et psychiatriques des patientes soient mal évalués (Dimenstein, 2013). Cela pose plus particulièrement des problèmes pour les patientes chroniques

qui constitueraient entre 25% et 30% des utilisatrices du système de santé (Saldivia et *al.*, 2014) et les personnes étant atteintes de problèmes de santé mentale sévère qui ne peuvent pas recevoir les soins adéquats (Mateus et *al.*, 2008).

Plusieurs problèmes ont été soulevés par les auteurs consultés au sujet du personnel œuvrant dans le système de santé de chaque pays. Au Brésil, il n'y aurait pas suffisamment de psychiatres, car elles sont surtout présentes dans les endroits les plus riches du pays (Mateu et *al.*, 2008). Au Chili, selon Farmer (2008), certaines professionnelles de la santé résisteraient aux changements apportés par la réforme, notamment en ce qui concerne les pratiques et les nouvelles priorités, standards et formes organisationnelles. Mendez (2009) abonde dans le même sens:

Omission of human resources from health policy development has been identified as a barrier in the health sector reform's adoption phase. Since 2002, Chile's health care system has been undergoing a transformation based on the principles of health as a human right, equity, solidarity, efficiency, and social participation. While the reform has set forth the redefinition of the medical professions, continuing education, scheduled accreditation, and the introduction of career development incentives, it has not considered management options tailored to the new setting, a human resources strategy that has the consensus of key players and sector policy, or a process for understanding the needs of health care staff and professionals.

Selon Araya et *al.* (2009), conjugué au manque de financement, ces difficultés auraient encouragé certaines psychiatres à se déplacer vers le secteur privé qui se développe plus rapidement que le système public.

**Tableau comparatif**

	<b>Le modèle québécois</b>	<b>Les ordonnances de traitement communautaire</b>	<b>Le modèle italien</b>	<b>Les modèles brésilien et chilien</b>
<b>Est-ce qu'il y a présence de médication?</b>	Non.	En Suède , la médication peut être prévue au plan de traitement et les patientes doivent s'engager à prendre leurs médicaments sous peine d'être internées.  En Nouvelle-Zélande, la médecin décide lors de la création du plan de traitement si la patiente a besoin de médicaments.	Des médicaments peuvent être prescrits par les médecins généralistes.	Au Brésil, des médicaments peuvent être prescrits par les médecins.  Au Chili, des médicaments peuvent être prescrits par les médecins généralistes dans le cadre du programme pour la détection, le diagnostic et le traitement de la dépression.
<b>Qui sont les professionnelles impliquées?</b>	Pour la garde préventive, en fonction des situations : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les policières</li> <li>• Les ambulancières</li> <li>• Les intervenantes de centres de crise</li> </ul>	En Suède : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins</li> <li>• La psychiatre en chef de l'établissement</li> <li>• La directrice du centre de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des équipes d'intervention multidisciplinaires</li> <li>• Des médecins généralistes</li> <li>• Des techniciennes en réhabilitation psychosociale</li> <li>• Des spécialistes en psychiatrie</li> <li>• Des médecins en pratique</li> </ul>	Au Brésil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des équipes multidisciplinaires</li> <li>• Des travailleuses sociales</li> <li>• Des médecins</li> <li>• Des psychiatres</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins généralistes</li> <li>• Les urgentologues</li> </ul> <p>Pour la garde provisoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les juges</li> </ul> <p>Pour la garde en établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les psychiatres</li> <li>• Les juges</li> </ul>	<p>En Nouvelle-Zélande :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La police</li> <li>• Les médecins</li> <li>• Les intervenantes</li> <li>• Les psychiatres</li> </ul>	<p>privée</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La police</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans chaque type de CAPS, il doit obligatoirement y avoir une psychiatre, un infirmière, une psychologue et une travailleuse sociale.</li> </ul> <p>Au Chili, chaque équipe d'intervention en santé mentale est composée d'une psychiatre, d'une psychologue, d'une travailleuse sociale, d'une infirmière, d'une thérapeute générale, d'une technicienne paramédicale, et d'une éducatrice.</p>
<b>Quelle est la durée?</b>	<p>Pour la garde préventive : 72 heures sauf si la garde prend fin un jour un jour non juridique;</p> <p>Pour la garde provisoire : entre 5 (si la personne était sous garde</p>	<p>En Suède, les ordonnances de traitement communautaires ont une durée de quatre semaines, mais peuvent être prolongées par la médecin ou la psychiatre de la</p>	<p>La durée maximale du placement est de sept jours, mais il est possible de prolonger le délai.</p>	<p>Au Brésil, la durée de l'internement est laissée à la discrétion de la médecin ou de la psychiatre.</p> <p>Au Chili, les patientes peuvent être</p>

	<p>préventive) et 7 jours (si la personne n'était pas sous garde préventive);</p> <p>Pour la garde en établissement, le tribunal de fixe la durée, en moyenne entre 21 et 30 jours. Une évaluation psychiatrique doit être fait au plus tard le 21<sup>e</sup> jour de l'ordonnance judiciaire. L'ordonnance peut être renouvelée.</p>	<p>patiente jusqu'à un maximum six mois avec la permission du tribunal administratif.</p> <p>En Nouvelle-Zélande, la durée initiale ne peut dépasser six mois, mais ce délai peut être prolongé par la Cour.</p>		<p>internées dans des hôpitaux psychiatriques pour des « séjours longs » et des « séjours moyens ». Les « séjours moyens » ne devraient pas dépasser un an, mais il semble que les patientes internées dans cette catégorie peuvent être internées pendant des années.</p>
<b>Quels sont les lieux?</b>	<p>Dans un établissement de santé, que ce soit un hôpital psychiatrique ou un hôpital général, le plus souvent l'établissement qui fait la demande d'ordonnance au tribunal. La patiente peut demander son transfert</p>	<p>En Suède :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le domicile de la patiente</li> <li>• Le logement supervisé</li> <li>• L'hôpital psychiatrique</li> </ul> <p>En Nouvelle-Zélande :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le domicile de la patiente</li> <li>• La clinique générale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les hôpitaux psychiatriques jusqu'à la fermeture du dernier établissement de ce type en 1999;</li> <li>• Des unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux lorsque l'internement est nécessaire;</li> <li>• Des centres de santé mentale</li> </ul>	<p>Au Brésil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le réseau de soins psychosociaux</li> <li>• Cinq types de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad)</li> <li>• Hôpitaux psychiatriques</li> <li>• Unités psychiatriques des</li> </ul>

	<p>d'établissement, si l'établissement souhaité est en mesure de l'accueillir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le logement supervisé</li> <li>• L'hôpital psychiatrique</li> </ul>	<p>communautaire;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des installations semi-résidentielles;</li> <li>• Des installations résidentielles.</li> </ul>	<p>hôpitaux généraux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centres de soins psychosociaux</li> <li>• Des installations résidentielles (ou résidences thérapeutiques)</li> <li>• Des centres de culture et de convalescence</li> <li>• Des logements transitoires</li> <li>• Le logement du patient dans le cadre du programme de retour à la maison</li> </ul> <p>Au Chili :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Réseau de santé mentale et psychiatrie communautaire</li> <li>• Les centres de soins de santé primaires et</li> </ul>
--	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>secondaires</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des hôpitaux de jour</li> <li>• Des unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux,</li> <li>• Des maisons d'accueil (ou résidences communautaires)</li> <li>• Des associations d'usagers</li> </ul>
<b>Est-ce qu'il y a un suivi de l'usagère suite à l'épisode de crise?</b>	Pas automatiquement. Dans certains cas, la personne est référée vers la clinique externe de l'établissement. Souvent, aucun suivi n'est fait.	En Suède et en Nouvelle-Zélande, il y a un suivi de l'usagère prévu dans le plan de traitement. Ce plan prévoit chaque étape étape du traitement.	Après l'hospitalisation, les patientes sont envoyées vers un centre de santé mentale communautaire pour assurer le suivi thérapeutique. Elles seront envoyées vers un établissement correspondant à leurs besoins si elles y consentent.	<p>Au Brésil, toutes les patientes sont considérées comme étant des « projets thérapeutiques ».</p> <p>Au Chili, le suivi est assuré par les professionnelles oeuvrant dans les centres de soins de santé primaires et les autres établissements. Il y a également un suivi des usagères dans les programmes de réhabilitation.</p>
<b>Critiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les critères sont trop</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon certaines auteures, les</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les installations résidentielles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La lacune principale des</li> </ul>



	<p>restrictifs et complexes, ils ne correspondent pas aux besoins ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La séparation danger / soins n'a pas de sens thérapeutiquement;</li> <li>• Les difficultés d'application dans les établissements de santé sont nombreuses : violation des droits à l'intégrité et au consentement aux soins, dépassement des délais, peu de dispositions pour que les personnes puissent se rendre à la cour;</li> <li>• La mise en œuvre par les tribunaux est également</li> </ul>	<p>ordonnances de traitement communautaire permettent de réduire l'internement psychiatrique et d'offrir un cadre de réhabilitation qui respecte les droits fondamentaux ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour d'autres auteures, elles comportent plusieurs limites et il n'y aurait pas suffisamment de données pour se prononcer sur leur efficacité;</li> <li>• Les ordonnances de traitement communautaire auraient aussi un impact négatif sur la relation thérapeutique et seraient trop lourdes d'un point de vue administratif;</li> </ul>	<p>ne répondent pas aux objectifs de la réforme Basaglia, car elles ne sont pas suffisamment intégrées dans la communauté ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le système de santé mentale italien ne serait pas adapté aux besoins de certains groupes, notamment les jeunes, les personnes âgées et les personnes issues de l'immigration ;</li> <li>• La qualité des traitements ainsi que les programmes de réhabilitation et les interventions psychosociales ne sont pas suffisamment efficaces, car elles ne seraient pas facilement accessibles;</li> <li>• Les admissions dans les unités de santé mentale dans les</li> </ul>	<p>systèmes de santé mentale dans les pays latino-américains semble être liée au manque de financement et de services ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au Brésil, le manque de financement a ralenti l'implantation de la réforme, car le budget est principalement alloué aux hôpitaux ;</li> <li>• Au Brésil, le sous-financement du système de santé fait en sorte que les besoins psychologiques et psychiatriques des patientes soient mal évalués;</li> <li>• Au Brésil, il n'y aurait pas suffisamment de psychiatres, car elles sont surtout présentes dans les endroits les plus riches</li> </ul>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>problématique : personne souvent absente, rapports psychiatriques sommaires ou incomplets, contexte urgent, peu de sanctions des accroc s procéduraux, requêtes presque toujours accueillies;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le concept de dangerosité est flou et laisse place à interprétation;</li> <li>• Les décisions sont finalement le plus souvent fondées sur ce que les intervenantes considèrent comme positif pour la personne que sur les critères juridiques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y aurait eu une augmentation de l'utilisation de méthodes coercitives dans la communauté suite à l'introduction des ordonnances de traitement communautaire;</li> <li>• Les médecins auraient trop de pouvoirs et peu d'autonomie serait accordée aux patientes.</li> </ul>	<p>hôpitaux seraient trop courtes et inadaptées aux besoins des patientes ayant des problèmes de santé mentale sévères ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plusieurs psychiatres et médecins auraient résisté à la réforme, car elles étaient « trop fermés » dans leur identité professionnelle ;</li> <li>• La prévention serait insuffisante à cause du manque de moyens financiers ;</li> <li>• Il y aurait certaines difficultés à intégrer les patientes dans la communauté à cause de l'effritement de la « culture de la solidarité ».</li> </ul>	<p>du pays ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au Chili, le manque de financement fait en sorte qu'il n'y a pas assez de professionnelles ni suffisamment de personnes qui ont recours aux services offerts par le système de santé mentale à cause du manque de services disponibles;</li> <li>• Au Chili, certaines professionnelles de la santé résisteraient aux changements apportés par la réforme.</li> </ul>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## **Conclusion par Action autonomie**

La présente recherche aura permis d'établir que, si plusieurs pays se sont dotés de législations visant à mieux protéger l'intégrité des personnes atteintes de problèmes de santé mentale, aucune de celles-ci n'est parvenue à éviter toute procédure susceptible d'entraver les droits fondamentaux.

Dans tous les modèles explorés, l'hôpital demeure l'endroit où les gens vont, ou sont forcés d'aller, dans les situations de crise. Les internements à l'hôpital semblent compenser le manque de services, qu'ils soient communautaires, adaptés à des besoins particuliers ou fassent appel à une variété de professionnelles, et donc à la fois le manque de financement en santé mentale et l'absence d'alternative au modèle médical.

On peut considérer qu'il y a deux niveaux d'analyse des lois qui s'appliquent aux personnes psychiatisées. Le premier niveau concerne la lettre de la loi : est-elle coercitive? Laisse-t-elle place aux personnes pour faire appel des décisions médicales, pour exercer leur citoyenneté? Le deuxième niveau concerne l'application de la loi : la loi est-elle respectée à la lettre? Est-ce que le fonctionnement du système fait en sorte que la loi s'adapte aux besoins des professionnelles et non aux besoins des usagères des services? D'autres travaux pourraient porter sur l'application des lois, le fonctionnement des systèmes ou des équipes soignantes, et le vécu des personnes dans chacun des systèmes. Par exemple, à première vue, le système québécois semble viser le respect des droits des personnes – la garde n'étant permise par la loi que dans les situations exceptionnelles et dangereuses – mais les pratiques ne respectent pas cet esprit, la loi est appliquée très librement, et les gens qui ont été mis sous garde rapportent souvent des expériences déshumanisantes, leurs droits n'étant pas respectés dans la majorité des cas.

L'étendue du pouvoir médical, tant concernant l'interprétation des critères légaux que leur mise en œuvre, est un autre enjeu mise en évidence par la recherche. En Suède, la détermination de l'aptitude à consentir, du besoin absolu de soins

psychiatriques, de la compliance au contrat de traitement et l'autorisation d'un internement relèvent des médecins. En Nouvelle-Zélande, la présence d'un état mental anormal, le degré de dangerosité, et la nécessité du traitement forcé sont également constatés par les médecins. La même dynamique est à l'œuvre au Brésil où le critère du « risque social ou moral », un autre critère qui peut avoir de multiples interprétations. Même dans le modèle italien, axé sur le respect des droits de la personne, la loi prévoit pour l'hospitalisation et le traitement forcé, des décisions selon l'évaluation des médecins du 'besoin' ou de la nécessité de contourner le consentement de la personne. Cette problématique joue un rôle important dans le non-respect des droits au Québec, notamment dans la détermination de la dangerosité ainsi que la décision de terminer ou prolonger la garde.

En Suède, les ordonnances de traitement communautaires (OTC) semblent ressembler beaucoup aux autorisations judiciaires de soins pratiquées au Québec. Il faudrait documenter la mise en oeuvre des dispositions législatives concernant le droit des patientes de participer à l'élaboration des plans de traitement dans l'optique que leurs besoins médicaux psychologiques et sociaux soient considérés de manière holistique, étant donné que des sanctions civiles incluant l'internement peuvent être prises à l'encontre d'une personne qui ne respecterait les dispositions de son OTC.

Une OTC doit par ailleurs obligatoirement avoir été précédée d'un internement non volontaire. Dans ce cas, la question de savoir si l'OTC est davantage une procédure visant à prévenir les réadmissions en psychiatrie plutôt qu'une véritable alternative à la garde en établissement doit légitimement être posée.

La situation est sensiblement la même en Nouvelle-Zélande ou, bien que l'ordonnance de traitement communautaire ne doit pas obligatoirement être précédée d'une garde, le refus d'un traitement dans la communauté peut entraîner une hospitalisation ou des traitements forcés.

Dans le modèle néo-zélandais les tribunaux semblent jouer un rôle accessoire dans la prise des décisions liées à l'internement ou aux traitements forcés. De plus la loi autorise les soignantes à entrer dans le domicile des patientes sans leur autorisation pour leur administrer des traitements, ce qui constitue une violation évidente du droit de ces personnes au respect de leur vie privée.

En Italie, il semble que le but premier de la réforme de 1978 ait été de procéder à un exercice de désinstitutionnalisation, semblable à celui qu'a connu le Québec à la même époque. Tout comme ici, les hospitalisations forcées continuent d'exister dans des situations exceptionnelles et des unités psychiatriques sont intégrées aux hôpitaux généralistes. Il pourrait être intéressant de faire une étude comparative des modalités et de la fréquence du recours à l'exception en Italie et au Québec.

Le modèle italien est par ailleurs beaucoup plus décentralisé que le modèle québécois. La décision d'internement revient aux maires des municipalités. Des questionnements naissent de ce choix : les personnes qui ont ce rôle sont-elles les mieux outillées pour rendre un jugement qui tienne compte de l'état mental réel des personnes et du respect intégral de leurs droits fondamentaux? Cette décentralisation mène aussi à des fluctuations significatives dans les modalités d'application de la réforme d'une région à l'autre. Toutefois, une approche visant réellement la création d'un système de santé dans la communauté s'avère inspirante.

Au Brésil, le manque de ressources financières n'a pas permis la complète mise en vigueur d'une réforme inspirée du modèle italien. La pratique de l'hospitalisation forcée est maintenue et les motifs pour lesquelles elle peut être appliquée sont larges et prêtent à interprétation. Selon une loi datant de 1934 et toujours en vigueur, une personne peut être internée si elle présente des comportements considérés immoraux ou si on considère qu'elle n'a pas la capacité de prendre soin d'elle-même.

La loi chilienne permet quant à elle des séjours d'internement forcé de durée «moyenne» d'un an ou moins de même que des séjours «longs» qui peuvent durer

plusieurs années. Ces internements pallient la pénurie de ressources d'hébergement et de services dans la communauté.

Les critères de classification des patientes selon des problèmes de santé mentale plus ou moins sévères manquent de clarté et peuvent permettre une application subjective des règlements.

*Les différents modèles présentés* comprennent des éléments déjà offerts par les différentes ressources actives au Québec dans le domaine de la santé mentale.

L'approche de l'Ordonnance de soins dans la communauté semble être considérée dans les modèles suédois et néo-zélandais comme des alternatives à la garde en établissement. Au Québec, l'autorisation judiciaire de soins (AJS) s'adresse aux personnes considérées comme incapables à donner leur consentement au traitement alors que la garde en établissement concerne les personnes présentant un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. L'application des dispositions légales liées à l'AJS pose d'ailleurs plusieurs problèmes liés au respect de la loi et des droits fondamentaux. Cette procédure est souvent appliquée de manière coercitive suite à un refus de traitement de la part de personnes dont l'incapacité à consentir n'est souvent pas démontrée hors de tout doute raisonnable.

Les installations résidentielles incluses dans le modèle italien semblent s'apparenter aux ressources intermédiaires (RI), gérées par des particuliers et placées sous la responsabilité des hôpitaux et des Instituts universitaires en santé mentale au Québec. Dans certaines de ces ressources québécoises, les personnes hébergées font l'objet d'un contrôle étroit qui entrave leur épanouissement personnel et leur intégration sociale. Une étude plus approfondie des conditions de vie qui ont cours dans les ressources italiennes pourrait permettre d'identifier des éléments visant l'amélioration du mode de fonctionnement des RI québécoises.

Les services offerts, notamment dans les ressources semi-résidentielles italiennes ainsi que dans les Centros de Atención Psicosocial (CAPS) brésiliens, tous deux intégrés au réseau de santé étatique, s'apparentent à ceux des ressources communautaires autonomes en santé mentale présentes partout sur le territoire

québécois. Leur autonomie face à un réseau institutionnel de plus en plus centralisé leur permet d'ajuster leur offre de service aux besoins des personnes qui les fréquentent. Cette autonomie doit être préservée. Tout comme les CAPS, les organismes communautaires en santé mentale ont pour mission de favoriser la réinsertion sociale des personnes en leur offrant des activités d'intégration dans la communauté, des ateliers thérapeutiques, des consultations individuelles avec des travailleuses sociales, des programmes d'employabilité ou d'autres activités à caractère social qui brisent leur isolement.

\*\*\*

Par ailleurs, certains éléments identifiés dans la présente recherche pourraient venir bonifier le modèle québécois.

En Suède, le tribunal administratif chargé de statuer sur les requêtes de traitement obligatoires présentées par les institutions dispose des services d'une spécialiste qui peut évaluer l'état mental de la patiente. Cela suppose que la présence en cour de la personne concernée par la requête est de mise, ce qui n'est pas le cas au Québec. Cela fait également en sorte que l'état mental de la personne peut faire l'objet d'une évaluation neutre et indépendante de celle de l'établissement demandeur. Au Québec, l'obtention d'une telle contre-expertise est un processus long, complexe et coûteux, qui est hors de portée de la plupart des personnes concernées par une requête de garde en établissement ou d'une autorisation judiciaire de soins.

La législation italienne en santé mentale s'inspire de la pensée du psychiatre Franco Basaglia, qui postule que les personnes ayant des problèmes de santé mentale ont le droit de vivre leur vie dans la communauté et qu'elles sont des citoyennes ayant la capacité de s'autodéterminer.

Il serait pertinent de documenter l'influence réelle de ce postulat sur les services dispensés au quotidien dans les établissements de santé mentale du pays. Quoi qu'il en soit, le réseau québécois de la santé mentale aurait tout intérêt à s'inspirer des écrits de Basaglia pour mettre fin à la culture autoritaire et paternaliste qui perdure

en son sein, particulièrement à l'égard des personnes gardées contre leur gré dans ses établissements.

Le réseau québécois de la santé mentale aurait aussi intérêt à développer des services professionnels comparables à ceux des techniciennes italiennes en réhabilitation psychosociale. Leur action permettrait d'offrir aux personnes des alternatives aux traitements psychiatriques traditionnels et à la médication.

Enfin, l'accessibilité aux services semble être plus facile dans le réseau de santé italien. Contrairement à la pratique québécoise, il n'est pas nécessaire pour une patiente d'être référée par un médecin généraliste pour avoir accès à tout service spécialisé, dont les services en santé mentale.

\*\*\*

Au-delà du texte législatif, l'élément déterminant de la qualité des soins et du respect des droits de la personne réside dans l'allocation des ressources tant financières qu'humaines. Notre recherche a mis en lumière, qu'à l'instar de la situation québécoise, l'indisponibilité des ressources dans les différents pays explorés constitue le principal obstacle à la réalisation des réformes en santé mentale. Dans un contexte où peu de services communautaires et alternatifs sont disponibles, l'internement apparaît comme faisant partie de la gamme des rares moyens disponibles, nuisant à la mise en œuvre de réelles alternatives.



## **Bibliographie**

Ablard, J. D., « Authoritarianism, democracy and psychiatric reform in Argentina, 1943-83 », *History of psychiatry*, Vol. 14(55-3), 2003.

Action autonomie, *Quand l'inacceptable se perpétue: 18 ans de violation de la loi et des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en psychiatrie*, Montréal, 2016.

Aitsiselmi, A., « An analysis of the Cuban health system », *Public Health*, Vol. 188, 2004

Alberto Minoletto, « Mental Health in Chile », *International Journal of Mental Health*, Vol.41 (1), 2012.

Altamura, A.C.; Goodwin, G.M., « How Law 180 in Italy has reshaped psychiatry after 30 years: past attitudes, current trends and unmet needs », *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, Vol. 197(4), 2010

Andreoli, S.B., Ronchetti, S.D.S.B., De Miranda, A.L.P., Bezerra, C.R.M., Magalhães, C.C.P.D.B., Martin, D., Pinto, R.M.F., « Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. », *Cadernos de saúde pública*, Vol. 20(3), 2014.

Araya, R. Rojas, G., Fritsch, R., Richard, F., Glyn, L., « Inequities in Mental Health Care After Health Care System Reform in Chile », *Journal of Public Health*, Vol. 96 (1), 2006

Araya, R., Alvarado, R., Minoletti, A., « Chile: an ongoing mental health revolution », *The Lancet*, Vol. 374, 2009

Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Gaete, J., Rojas, M., Simon, G., Peters, T.J., « Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial », *The Lancet*, Vol 361, 2003

Ardila-Gómez, S., « Users' Perspective on the Evaluation of Mental Health Services », *International Journal of Mental Health*, Vol. 43(2), 2014.

- Barbato, A, « Psychiatry in transition: outcomes of mental health policy shift in Italy », *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, Vol. 32(5), 1998
- Barros, S., Salles, M., « Mental health care management in the Brazilian National Health System », *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, Vol. 25(2), 2011
- Bernardon Ribeiro, R., Cordeiro, Q., Taborda, J.G.V., « Public health system and psychiatry in the treatment of 'dangerous' young offenders in Brazil », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol 41, 2015
- Bernheim, E., « La judiciarisation des mesures d'internement au Québec: de la force idéalisée du droit à sa mise en oeuvre pratique » *Revue de droit social et sanitaire*, Vol. 6, 2015a
- Bernheim, E., « Gardes préventive, provisoire et en établissement », dans A.-M. Savard, M. Bourassa-Forcier et R. P. Kouri (dir.), *Jurisclasseur Droit de la santé*, Lexis Nexis, 2015b
- Bernheim, E., *Les décisions d'hospitalisation et de soins psychiatriques sans le consentement des patients dans des contextes clinique et judiciaire : une étude du pluralisme normatif appliqué*, thèse de doctorat, Montréal, Faculté des études supérieures, Université de Montréal, et Cachan, École doctorale sciences pratiques, École Normale Supérieure de Cachan, 2011.
- Bolling, J., Rosenberg, D., Kawesa, V., *Country thematic reports on the fundamental rights of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems, Sweden*, European Union Agency for Fundamental Rights, 2009.
- Brown, K., Murphy, E., « Falling through the Cracks : The Quebec Mental Health System », *Revue de droit de McGill*, Vol. 45, 2000.
- Burti, L., Benson, P.R., « Psychiatric reform in Italy: Developments since 1978 », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 19(3-4), 1996
- Caldas de Almeida, J.M., « Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud

mental en América Latina y el Caribe », *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 18 (4-5), 2005.

Caldas de Almeida, J.M., « Mental health services development in Latin America and the Caribbean: achievements, barriers and facilitating factors », *International Health*, Vol. 5(1), 2013.

Caldas de Almeida, J.M., Cohen, A., *Innovative mental health programs in Latin America & the Caribbean*, Pan American Health Organization, PAHO, Washington, 2008.

Caldas de Almeida, J.M., Horvitz-Lennon, M., « Mental Health Care Reforms in Latin America: An Overview of Mental Health Care Reforms in Latin America and the Caribbean », *Psychiatric Services*, Vol. 61(3), 2010.

Candiago, R., Silva Saraiva, S., Gonçalves, V., Belmonte-de-Abreu, P., « Shortage and underutilization of psychiatric beds in southern Brazil: independent data of Brazilian mental health reform », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 46(5), 2011

Canvin, K., Rugkasa, J., Sinclair, J., Burns, T., « Patient, psychiatrist and family carer experiences of community treatment orders: qualitative study », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol.49(12), 2014.

Carmen López Stewart, « Chile mental health country profile », *International Review of Psychiatry*, Vol.16 (1-2), 2004

Carney, T., « Australian mental health tribunals—'Space' for rights, protection, treatment and governance? », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 35(1), 2012.

Churchill, R., Owen, G., Singh, S., Hotopf, M., *International experiences of using community treatment orders*. Institute of Psychiatry, Kings College, London, 2007.

Collins, P.Y., Adler, F.W., Boero, M., Susser, E., « Using Local Resources in Patagonia: Primary Care and Mental Health in Neuquén, Argentina », *International Journal of Mental Health*, Vol. 28(3), 1999.

Collins, P.Y., Lumerman, J., Conover, S., Susser, E., « Using Local Resources in Patagonia: A Model of Community-Based Rehabilitation », *International Journal of Mental Health*, Vol. 28(3), 1999.

Commission des droits de la personnes du Québec, *Commentaires sur la Loi de protection du malade mental*, Montréal, 1978.

Commission d'étude sur les hôpital psychiatriques, *Rapport de la Commission d'étude sur les hôpitaux psychiatriques*, Québec, 1962.

Conti, N.A., Rebok, F., « Algunas reflexiones en torno a los cambios observados en la Psiquiatría Argentina de los últimos 20 años », Vertex. Revista *Argentina de Psichiatria*, Vol. 22(100), 2011.

*Country thematic reports on the fundamental rights of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems, Ireland*, European Union Agency for Fundamental Rights, 2009.

Couture-Trudel, P.-M., Morin, M.-È., « La garde en établissement au Québec : enjeux de la détention civile en psychiatrie », *Santé mentale au Québec*, Vol. 32, 2007.

Dal Poz, M.R., de Souza Lima, J.C., Perazzi, S., « Força de trabalho em saúde mental no Brasil: Os desafios da reforma psiquiátrica. Task force on mental health in Brazil: Challenges of the psychiatric reform », *Physis*, Vol. 22(2), 2012

Davidson, L., Mezzina, R., Rowe, M., Thompson, K., « "A life in the community": Italian mental health reform and recovery », *Journal of Mental Health*, Vol. 19 (5), 2010

Dawson, J., « Fault-lines in community treatment order legislation », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 29(6), 2006.

Dawson, J., Mullen, R., « Insight and use of community treatment orders », *Journal of Mental Health*, Vol. 17, No. 3, 2009.

Dawson, J., Romans, S., « Uses of Community Treatment Orders in New Zealand: early findings », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 35, 2001.

Dawson, J., Romans, S., Gibbs, A., Ratter, N., « Ambivalence about community treatment orders », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 26(3), 2003.

de Jesus Maria, J., Bressana, R.A., Almeida-Filho, N., Gerolinc, J., Sharan, P., Saxenad, S., « Mental health research in Brazil: policies, infrastructure, financing and human resources A pesquisa em saúde mental no Brasil: políticas, infra-estrutura, financiamento e recursos humanos », *Rev Saúde Pública*, Vol (40)1, 2006

de Vos, P., Van Der Stuyft, P., « The right to health in times of economic crisis: Cuba's way », *The Lancet*, Vol. 374(9701), 2009.

Dimenstein, M., « Psychiatric Reform and the Psychosocial Care Model in Brazil: In Search of Continuing Integrated Mental Health Care », *CS Ciencias Sociales*, Issue 11, 2013

Diseth, R., R., Bøgwald, K.-P., Høglend, P., A., « Attitudes among stakeholders towards compulsory mental health care in Norway », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol 34(1), 2011.

Diseth, R., R., *Compulsory Mental Health Care in Norway: A Study of the Interface between the Law and Psychiatry*, Division of Mental Health and Addiction, Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, 2011.

Diseth, R., R., Høglend, P., A., « Potential legal protection problems in the use of compulsory commitment in mental health care in Norway », *International Journal of Law Psychiatry*, Vol. 34(6), 2011.

Diseth, R., R., Høglend, P., A., « Compulsory mental health care in Norway: The treatment criterion », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 37(2), 2014.

E.B.A., López, « Salud mental y violencia política. Atender al enfermo psiquiátrico o reconocer al sujeto de la micropolítica », *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 42 (3), 2013.

Espriellaa, R.A., Bustos, M.L.C., « Construcción de una carta institucional de deberes y derechos de pacientes con enfermedad mental », *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 42 (3), 2013.

Farmer, C.M., « CHILE: Reforms in National Mental Health Policy », *Innovative mental health programs in Latin American & the Caribbean*, Pan American Health Organization, Washington DC: PAHO, 2008.

Ferrannini, L., Peloso, P.F., « The Closure of the Psychiatric Hospital as an Original Feature of Rehabilitation in Italy », *International Journal of Mental Health*, Vol. 45(1), 2016

Forti, A., « Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Italy », *OECD Health Working Papers*, Issue 71, 2014

Funk, M., Ivbijaro, G., *Integrating mental health into primary care. A global perspective*, World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca) 2008

Gable, L., Vásquez, J., Gostin, L.O., Jiménez, H.V., « Mental health and due process in the Americas: protecting the human rights of persons involuntarily admitted to and detained in psychiatric institutions », *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 18 (4-5), 2005.

Gibbs, A., Dawson, J., Ansley, C., Mullen, R., « How patients in New Zealand view community treatment orders », *Journal of Mental Health*, Vol. 14, No. 4, 2005.

Gibbs, A., Dawson, J., Forsyth, H., Mullen, R., Tanga, T. O. T., « Maori experience of community treatment orders in Otago, New Zealand », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 38, 2004.

Girolamo, G., Bassi, M., Neri, G., Ruggeri, M., Santone, G., Picardi, A., « The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, Vol.257 (2), 2007

Girolamo, G., Cozza, M., « The Italian Psychiatric Reform: A 20-Year Perspective », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol 23 (3-4), 2000

Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, 2011.

Gouvernement du Québec, Protecteur du citoyen, *Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (L.R.Q., c.P- 38.001), Québec, 2011.

Gorn, S., Saavedra Solano, N., Medina-Mora Icaza, M.E., Aparicio Basaurí, V., Galván Reyes J., « Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? », *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 33(4), 2013.

Hanoulle, K., Lemmens, P., Verbruggen, F., *Country thematic reports on the fundamental rights of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems, Belgium*, European Union Agency for Fundamental Rights, 2009.

Hazelton, M., « Mental health reform, citizenship and human rights in four countries », *Health Sociology Review*, Vol. 14(3), 2005

Henderson, J., « Neo-liberalism, community care and Australian mental health policy », *Health Sociology Review*, Vol. 14 (3), 2005

Hendricks, A., Legemaate, J., *Country thematic reports on the fundamental rights of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems, The Netherland*, European Union Agency for Fundamental Rights, 2009.

Hough, W.G., O'brien, K.P., « The effect of community treatment orders on offending rates. (South Australia) », *Psychiatry, Psychology and Law*, Vol.12(2), 2005

Ito, H, Sederer, L., « Mental health services reform in Japan », *Harvard review of psychiatry*, Vol. 7(4), 1999

Ito, J., Oshima, I., Nishio, M., Kuno, E., « Initiative to Build a Community-Based Mental Health System Including Assertive Community Treatment for People With Severe Mental Illness in Japan », *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, Vol. 12(3), 2009

Iversen, K., I., Høyer, G., Sexton, H., C., « Rates for civil commitment to psychiatric hospitals in Norway. Are registry data accurate? », *Nordic Journal of Psychiatry*, Vol. 63, No. 4, 2009.

- Jabbar, F., Doherty, A., M., Aziz, M., Kelly, B., D., « Implementing the Mental Health Act 2007 in British general practice: Lessons from Ireland », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 34(6), 2011
- Janssen, W.A., van de Sande, R., Noorthoorn, E.O., Nijman, H.L.I., Bowers, L., Mulder, C.L., Smit, A., Widdershoven, G.A.M., Steinert, T., « Methodological issues in monitoring the use of coercive measures », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 34(6), 2011.
- Jones, J., « Community-based mental health care in Italy: are there lessons for Britain? », *Health & Place*, Vol 2(2), 1996
- Jones, J., « Mental health care reforms in Britain and Italy since 1950: a cross-national comparative study », *Health & Place*, Vol 6(3), 2000
- Keilitz, I., Hall, T., « State Statutes Governing Involuntary Outpatient Civil Commitment », *Mental and Physical Disability Law Reporter*, Issue 5, 1985
- Kelly, B., D., « Mental health legislation and human rights in England, Wales and the Republic of Ireland », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 34(6), 2011
- Khenti, A., Sapag, J.C., Trainor, R., Candia, X., Poblete, F., Valdés, A., Thompson, D., Minoletti, D., Diaz, P., Gysling, K., Vöhringer, C., Chacón, S., « Strengthening Efforts to Integrate Mental Health into Primary Health Care in Chile », *International Journal of Mental Health*, Vol. 41(1), 2012
- Killion, C., Cayetano, C., « Making Mental Health a Priority in Belize », *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 23(2), 2009.
- Kilsztajn, S., De Souza Lopez, E., Lima, L.Z., Ferreira Da Rocha, P.A., Nunes Do Carmo, M.S., « Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. Hospital beds and mental health reform in Brazil », *Cadernos de saúde pública*, Vol. 24(10), 2008
- Kinderman, P., Tai, S. « Psychological models of mental disorder, human rights, and compulsory mental health care in the community », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 31 (6), 2008.



- King, R., Robinson, J., « Obligatory dangerousness criteria in the involuntary commitment and treatment provisions of Australian mental health legislation », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 34(1), 2011.
- Kisely, S., Campbell, L.A., « Methodological Issues in Assessing the Evidence for Compulsory Community Treatment », *Current Psychiatry Reviews*, 3(1), 2007
- Kisely, S., Preston, N., Xiao, J., Lawrence, D., Louise, S., Crowe, E., Segal, S., « An eleven-year evaluation of the effect of community treatment orders on changes in mental health service use », *Journal of Psychiatric Research*, Vol. 47(5), 2013.
- Kisely, S., Xiao, J., Crowe, E., Paydar, A., Jian, L., « The effect of community treatment orders on outcome as assessed by the Health of the Nation Outcome Scales », *Psychiatry Research*, Vol.215(3), 2014,
- Kjellin, L., Östman, O., Östman, M., « Compulsory psychiatric care in Sweden — Development 1979–2002 and area variation », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 31(1), 2008.
- Kjellin, L., Pelto-Piri, V., « Community treatment orders in a Swedish county - applied as intended? », *BMC Research Notes*, Vol. 7, 2014.
- Kogstand, R., E., « Protecting mental health clients' dignity — The importance of legal control », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 32(6), 2009.
- Kringlen, R., E., « History of Norwegian psychiatry », *Nordic Journal of Psychiatry*, Vol. 66, no.1, 2012.
- Kunihiko, A., « From Mental Health Law to Mental Health and Welfare Law », *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, Vol.52 (S6), 1998.
- Kuno, E., Asukai, N., « Efforts Toward Building a Community-Based Mental Health System in Japan », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 23(3), 2000.
- Lamarque, E., Massa, E., *Country thematic reports on the fundamental rights of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems, Italy*, European Union Agency for Fundamental Rights, 2009.

Lauzon, J., « Près de dix ans d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – notre constat : le respect des libertés et droits fondamentaux toujours en péril », dans Service de la formation du Barreau du Québec, vol. 283, *Obligation et recours contre un curateur, tuteur ou mandataire défaillant*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2008.

Lehman, P., « Alternativas a la psiquiatria », *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 33 (117), 2013

Levav, I., « Temas de salud mental en la comunidad », Organización Panamericana de la Salud, 1992.

Light, E., Kerridge, I., Ryan, C., Robertson, M., « Community treatment orders in Australia: rates and patterns of use », *Australasian Psychiatry*, Vol. 20(6), 2012.

Lolas, F., « Psychiatry and human rights in Latin America: ethical dilemmas and the future », *International review of psychiatry*, Vol. 22(4), 2010.

López Stewart, C., « Chile mental health country profile », *International Review of Psychiatry*, Vol.16 (1-2), 2014

Loue, S., « The involuntary civil commitment of mentally ill persons in the United States and Romania. A comparative analysis. », *The Journal of Legal Medicine*, Vol. 23, 2002.

Mandiberg, J.M., « The Japanese mental health system and law: Social and structural impediments to reform », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 19(3), 1996

Markström, U., Sandlund, M., Lindqvist, R., « Who is responsible for supporting “long-term mentally ill” persons?: reforming mental health practices in Sweden », *Canadian Journal of Community Mental Health*, Vol. 23(2), 2004.

Mateus, M.D., Mari, J.J., Delgado P.G.G. Almeida-Filho, N., Barrett, T., Gerolin, J., Goihman, S., Razzou, D., Rodriguez, J., Weber, R., Andreoli, S.B., Saxena, S., « The mental health system in Brazil: Policies and future challenges », *International Journal of Mental Health Systems*, Vol. 2(12), 2008

- Maughan, D., Molodynski, A., Rugkåsa, J., Burns, T., « A systematic review of the effect of community treatment orders on service use », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 49(4), 2014.
- Mendez, C.A. « Los recursos humanos de salud en Chile: el desafío pendiente de la reforma », *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 26 (3), 2009.
- Mfoafo-M'Carthy, M., Shera, W., « Beyond Community Treatment Orders », *International Journal of Mental Health*, Vol. 41, No. 4, 2014.
- Mfoafo-M'Carthy, M., Williams, C., C., « Coercion and Community Treatment Orders (CTOs): One Step Forward, Two Steps Back? », *Canadian Journal of Community Mental Health*, Vol. 29, No. 1, 2010.
- Minoletti, A., Alavarado, R., Rayo, X., Minoletti, M., « Mental health in Chile. Executive summary », WHO-AIMS (World Health Organization), 2014
- Minoletti, A., Sepúlveda, R., Horvitz-Lennon, M., « Twenty Years of Mental Health Policies in Chile », *International Journal of Mental Health*, Vol. 41(1), 2012
- Minoletti, A., Zaccaria, A., « Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia », *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 18 (4-5), 2005.
- Molodynski, A., Rugkasa, J., Burns, T., *Coercion in Community Mental Health Care: International Perspectives*, Oxford University Press, USA, 2016
- Monahan, J., Shah, S., A., « Dangerousness and Commitment of the Mentally Disordered in the United States », *Schizophrenia Bulletin*, Oxford Journals, Vol. 15, No. 4, 1989.
- Moyse, F., Nelson, C., *Country thematic reports on the fundamental rights of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems*, Luxembourg, European Union Agency for Fundamental Rights, 2009.
- Mullen, R., Dawson, J., Gibbs, A., « Dilemmas for clinicians in use of Community Treatment Orders », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 29(6), 2006.

Myklebust, L., R., Sørgaard, K., Røtvold, K., Wynn, R., « Factors of importance to involuntary admission », *Nordic Journal of Psychiatry*, Vol. 66, No. 3, 2011.

Nakatani, Y., « Psychiatry and the Law in Japan: History and Current Topics », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 23(5), 2000.

Nakatani, Y., Kojimoto, M., Matsubara, S., Takayanagi, I., « New legislation for offenders with mental disorders in Japan », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 33(1), 2010

Nonaka, T., Hirasawa, E., « A Community Mental Health Support System for People with Mental Illness in Japan », *International Journal of Mental Health*, Vol. 41(2), 2012.

O'Brien, A., McKenna, B., G., Kydd, R., R., « Compulsory community mental health treatment: Literature review », *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 46, Issue 9, 2009.

O'Brien, A.J., Kydd, R. « Compulsory Community Care in New Zealand Mental Health Legislation 1846-1992 », *SAGE Open*, Vol.3(2), 2013.

O'Brien, A.J., McKenna, B.G., Kydd, R.R., « Compulsory community mental health treatment: Literature review », *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 46(9), 2009.

O'brien, A.J., « Community treatment orders in New Zealand: regional variability and international comparisons », *Australasian Psychiatry*, Vol. 22(4), 2014

Okma, K.G.H., Cheng, T., Chinitz, D., Crivelli, L., Lim, M., Maarse, H., Labra, M.E., « Six Countries, Six Health Reform Models? Health Care Reform in Chile, Israel, Singapore, Switzerland, Taiwan and The Netherlands », *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, Vol. 12(1-2), 2010.

Otero, M., « Le psychosocial dangereux, en danger et dérangeant : nouvelle figure des lignes de faille de la socialité contemporaine » *Sociologie et société*, Vol. 39, 2007

Patel, G., « Community Treatment Orders in Victoria: a clinico-ethical perspective », *Australian Psychiatry*, Vol. 16, No. 5, 2008.

Pelligrini, J.L., « Cinco años de lucha por la transformacion institucional (1993-1998) », *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatria*, Vol. 10 (35), 1999.

Periago, M.R., « La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas », *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 18 (4-5), 2005.

Periago, M.R., « Mental health: a public health priority in the Americas », *Pan American Journal of Public Health*, Vol. 18 (4-5), 2005.

Piccinelli, M., Politi, P., Barale, F., « Focus on psychiatry in Italy », *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, Vol.181, 2002.

Pingani, L., Fiorillo, A., Luciano, M., Catellani, S., Vinci, V., Ferrari, S., Rigatelli, M., « Who cares for it? How to provide psychosocial interventions in the community », *International Journal of Social Psychiatry*, Vol.59 (7), 2012.

Pinheiro, A., S., de Freitas, D., *Country thematic reports on the fundamental rights of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems, Portugal*, European Union Agency for Fundamental Rights, 2009.

Ramsay, R., Roche, E., O'Donoghue, B., « Five years after implementation: A review of the Irish Mental Health Act 2001 », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 36(1), 2013

Reitan, T., « Commitment without confinement. Outpatient compulsory care for substance abuse, and severe mental disorder in Sweden », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 45, 2016.

Richardson, G., « Balancing autonomy and risk: A failure of nerve in England and Wales? », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 30(1), 2007.

Richardson, G., « Balancing autonomy and risk: A failure of nerve in England and Wales? », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 30(1), 2007.

Rodriguez, J., *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas.*, OPS, Washington, 2007.

Rodriguez, J.J., « Mental health care systems in Latin America and the Caribbean », *International Review of Psychiatry*, Vol. 22(4), 2010.

Rugkasa, J., « Effectiveness of Community Treatment Orders: The International Evidence », *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 6(1), 2016.

Rugkasa, J., Burns, T., « Community treatment orders », *Psychiatry*, Vol. 8(2), 2009.

Saldivia, S., Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, R., Torre, S., « Use of Mental Health Services in Chile », *Psychiatric Services*, Vol. 55 (1), 2004

Salize, H., J., Dressing, H., Peitz, M., *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. Final Report*, Central Institute of Mental Health, Germany, 2002.

Salles, M.M., Matsukura, T.S., « Occupational possibilities in a Brazilian mental health service: The perspective of users », *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, Vol. 23(1), 2016.

Sandland, R., *Country thematic reports on the fundamental rights of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems*, United Kingdom, European Union Agency for Fundamental Rights, 2009.

Satana, S.M., « The Cuban Health Care System: Responsiveness to Changing population Needs and Demands », *World Development*, Vol. 15(1), 1987.

Scheper-Hughes, N., Lovell, A.M., « Breaking the circuit of social control: Lessons in public psychiatry from Italy and Franco Basaglia », *Social Science & Medicine*, Vol 23(2), 1986

Segal, S., « Civil Commitment Standards and Patient Mix in England/Wales, Italy, and the United States », *American Journal of Psychiatry*, 146(2), 1989.

Segal, S.P., « Use of community treatment orders to prevent psychiatric hospitalization », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 42, 2008.

Simpson Jr., D., T., « Involuntary Civil Commitment: The Dangerousness Standard and Its Problems », *North Carolina Law Review*, Vol. 63, No. 1, 1984.

Sjöström, S., Zetterberg, L., Markström, U., « Why community compulsion became the solution — Reforming mental health law in Sweden », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 34(6), 2011.

Sobredo, L.D., Amendolaro, R », Cabrera, M.L., « La perspectiva de Derechos Humanos, un instrumento para abordar situaciones clínicas complejas », *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. 21(89), 2010.

Sotelo-Monroy, G., Cavazos-Olivo, M.J., Sauer-Vera, T., de la Rosa-Donlucas, « Analysis of the Mental Health Legislation in Mexico », *International Journal of Mental Health*, Vol. 43, 2014.

Van Duizend, R., Zimmerman, J., « The involuntary civil commitment process in Chicago: practices and procedures », *DePaul Law Review*, Vol. 33, Issue 2, 1984

Vicente, B., Cohen, H., Saldivia, S., Natella, G., Viedma, Santayo, J.C., Lanowsky, V., « Programa de Salud Mental en la Provincia de Río Negro (Argentina). », *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 17(64), 1997.

Vicente, B., Saldivia, S., Kohn, R., « Epidemiology of Mental Disorders, Use of Service, and Treatment Gap in Chile », *International Journal of Mental Health*, Vol.41 (1), 2012

Volpe, U., Fiorillo, A., Luciano, M., Del Vecchio, V., Palumbo, C., Calò, S., Piras, S., Signorelli, M., Filippo, D., Piselli, M., De Fazio, P., Gotelli, S., Bardicchia, F., Cerveri, G., Ferrari, S., Mulè, A., Ribolsi, M., Sampogna, G., De Rosa, C., Sartorius, N., « Pathways to mental health care in Italy: Results from a multicenter study », *International Journal of Social Psychiatry*, Vol.60 (5), 2014

Webber, L.S., Lambrick, F., Donley, M., Buchholtz, M., Chan, J.B., Carracher, R., Patel, G., « Restraint and seclusion of people on compulsory treatment orders in Victoria, Australia in 2008-2009 », *Psychiatry, Psychology and Law*, Vol. 17(4), 2010

WHO-AIMS Report on Mental Health System in Brazil, WHO and Ministry of Health, Brasília, Brazil, 2007.

Yoshida, K., Ito, J., « Recovery-Oriented Community-Based Mental Health Service in Japan », *International Journal of Mental Health*, Vol. 41(2), 2012

Yutaro, S., « Overview of the Japanese Mental Health System », *International Journal of Mental Health*, Vol. 41(2), 2012.

Zetterberg, L., Sjöström, S., Markström, U., « The compliant court — Procedural fairness and social control in compulsory community care », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 37(6), 2014.