

Place de la stigmatisation dans la contrainte en psychiatrie: l'exemple des mesures ambulatoires

Stéphane Morandi

CHUV, Consultation de Chauderon, Lausanne, Switzerland

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Summary

Stigma and coercion in psychiatry: the example of involuntary outpatient treatment
Civil involuntary outpatient treatment (Community Treatment Order or CTO) authorises the offer to unwilling psychiatric patients of continuing ambulatory treatment. It aims to limit recourse to institutional placements (least restrictive CTO) or to avoid predictable deterioration in a patient's mental state resulting in risky behaviour (preventative CTO).

Use of involuntary outpatient treatments is influenced by social and cultural background, mental health care professionals' convictions regarding mental disorders and the help that they can provide for patients through coercion and the latter's attitude towards psychiatry.

This paper aims to show, through the example of involuntary outpatient treatment, the links that exist between coercion and stigmatisation in psychiatry.

Key words: psychiatry; community treatment orders CTO; stigma; involuntary outpatient treatment; recovery; community care; Switzerland

Introduction

Les mesures ambulatoires permettent d'imposer à une personne souffrant de troubles psychiques des soins ambulatoires sous la contrainte. Il s'agit d'une procédure légale civile qui vise, en imposant un traitement psychiatrique à l'individu, à préserver sa santé, par opposition aux mesures pénales qui cherchent à protéger la société du malade en lui imposant un traitement limitant potentiellement le risque qu'il ne commette de nouveaux délits en lien avec sa pathologie. Il existe deux types de mesures ambulatoires [1]. Les premières sont utilisées comme une alternative moins restrictive et économiquement avantageuse aux hospitalisations involontaires («*least restrictive measures*»). Elles représentent un moyen de maintenir les patients dans les soins et de limiter les rechutes à la sortie d'un placement institutionnel. Les secondes sont mises en œuvre à titre préventif, dans l'espoir d'éviter la dégradation de la situation du patient sur le plan clinique et social et de limiter les comportements potentiellement dommageables («*preventative measures*»). Dans les situations où la personne ne se soumet pas

à la mesure ambulatoire, elle sera placée ou réintégrera l'institution qu'elle a quittée.

Le but de cet article est d'illustrer, au travers de l'exemple des mesures ambulatoires, le rôle qu'occupe la stigmatisation des troubles psychiques dans la mise en œuvre de la contrainte en psychiatrie et les moyens de limiter son influence.

La contrainte en psychiatrie

Contrainte formelle

La loi française du 30 juin 1838 sur les «aliénés» donnait pour la première fois de l'histoire un cadre légal au recours à la contrainte dans le domaine de la santé mentale. Les notions d'assistance, de soins ou encore de guérison permettaient au «fou» d'accéder au statut et à la dignité de malade. Cette nouvelle législation cherchait à préserver la sécurité publique tout en respectant les libertés de l'aliéné. Près de 200 ans plus tard en Suisse où le droit à la vie et à la liberté individuelle est garanti par l'art. 10 de la Constitution fédérale de la Confédération [2], les traitements psychiatriques sous contrainte sont autorisés dans le cadre de deux régimes légaux distincts qui formalisent leur application. Les objectifs de la contrainte en psychiatrie n'ont pas fondamentalement évolué.

D'une part, le Code pénal suisse fixe les peines et mesures qui peuvent être prononcées lorsqu'un individu commet un délit [3]. Si au moment d'agir, l'auteur ne possédait pas la faculté d'apprécier le caractère illicite de son acte (élément intellectuel, facultés cognitives) ou de se déterminer d'après cette appréciation (élément volontaire, facultés volitives) (art. 19), le juge atténue la peine et peut ordonner des mesures de soins ambulatoires (art. 63), institutionnelles (art. 59, 60 et 61), un internement (art. 64) ou un internement à vie (art. 64).

D'autre part, le Code civil suisse fixe les normes législatives du droit privé suisse [4]. Selon l'art. 426, «une personne peut être placée dans une institution appropriée lorsque, en raison d'un trouble psychique, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent lui être fournis d'une autre manière. La charge que la personne représente pour ses proches et pour les tiers ainsi que leur protection sont prises en considération». Depuis 2013 et en vertu du principe de proportionnalité, l'art. 437 prévoit que des mesures de soins ambulatoires sous contrainte peuvent astreindre un individu à un traitement psychiatrique sans qu'il ne soit hospitalisé.

Correspondance:
Stéphane Morandi, MD
CHUV
Consultation de Chauderon
av. d'Echallens 9
CH - 1004 Lausanne
Switzerland
stephane.morandi[at]chuv.ch

Contrainte informelle

Au moment où l'on se soucie de proposer des mesures de contrainte qui correspondent aux besoins du patient, il est intéressant de rappeler que la contrainte perçue par ce dernier ne correspond pas systématiquement à la sévérité du régime légal appliqué. Hoge et al. ont mis en évidence que 10% des personnes hospitalisées en psychiatrie sur un mode volontaire se sentaient contraintes, alors que 35% des personnes admises contre leur gré n'éprouvaient pas ce sentiment [5]. Dans une étude réalisée par Bonsack et Borgeat, 74% des patients se sentaient contraints au moment d'être hospitalisés. Il n'existait pas de différence significative entre les patients admis sur un mode volontaire et ceux hospitalisés sur un mode involontaire [6]. De leur côté, O'Donoghue et al. rapportaient que 22% des patients admis sur un mode volontaire éprouvaient un sentiment de contrainte égal à la population admise de manière involontaire [7]. Le sentiment de contrainte perçue par le patient est un facteur essentiel qui peut altérer le processus thérapeutique. Il est associé à une moins bonne adhérence aux soins et à une évolution moins favorable [8], [9]. Le sentiment d'avoir été traité justement, avec respect et bienveillance limite la contrainte perçue [10], [11]. Les pressions exercées par l'entourage sous forme de contraintes informelles déterminent également le degré de contrainte perçue par le patient.

Szmukler et Appelbaum ont catégorisé et hiérarchisé les différentes formes de contraintes auxquelles le patient est confronté [12].

1. *la persuasion*: il s'agit, selon les auteurs, de la forme la plus légère de contrainte informelle. Elle en appelle à la raison et parfois également aux émotions du patient. Elle consiste en une évaluation par le thérapeute et le patient des avantages et des risques pour le second à accepter le traitement. Le point de vue du patient et son système de valeurs sont pris en considération. Dans le cadre d'un trouble de l'humeur par exemple, les avantages de l'introduction d'un antidépresseur et les effets secondaires potentiels du médicament sont discutés et mis en balance par le couple thérapeutique.

2. *le chantage interpersonnel*: dans le cadre de la relation thérapeutique, le patient peut développer une forme de dépendance émotionnelle à l'égard du thérapeute envers lequel il se sent redevable. Il peut se sentir obligé d'accepter ce qui lui est demandé. Par exemple, les signes de désarroi manifestés par le soignant au moment où le patient refuse le traitement peuvent amener ce dernier à reconsidérer sa décision.

3. *l'incitation*: le fait d'accepter un traitement permet à certaines personnes d'accéder à d'autres bénéfices tels qu'une activité occupationnelle, une source de revenu ou encore un logement. Ainsi, il n'est pas rare de voir certaines structures d'hébergement n'accepter des personnes souffrant de troubles psychiques qu'à condition que ces dernières prennent un traitement médicamenteux.

4. *la menace*: si dans le contexte de l'incitation, l'acceptation du traitement permettait au patient d'améliorer ses conditions de vie, dans le cadre de la menace, l'acceptation du traitement lui évite une péjoration de sa situation. On

retrouve, par exemple, ce cas de figure au moment où il est demandé au patient de prendre un médicament, sans quoi une hospitalisation involontaire sera prononcée.

5. *la contrainte formelle*: «*compulsion*» en anglais. Elle comprend toutes les dispositions légales décrites au chapitre précédent.

La contrainte en psychiatrie ne se limite donc pas à la mise en œuvre de dispositions légales, mais existe de manière plus ou moins insidieuse dans toute relation thérapeutique, sans que le patient ou le soignant n'en soit forcément conscient. La contrainte informelle n'est pas l'apanage exclusif du monde médical, elle peut être exercée par les autres membres de l'entourage d'un individu souffrant de troubles psychiques, qu'il s'agisse des professionnels non soignants tels que curateurs, éducateurs, assistants sociaux, ou des proches.

Justification de la contrainte en psychiatrie

Le degré de contrainte allant croissant de la persuasion à la contrainte formelle, les justifications pour la mettre en œuvre doivent être plus solides à chaque étape. Cependant, qu'il s'agisse de mesures légales (contrainte formelle) ou de pressions exercées par l'entourage (contrainte informelle), le recours à la contrainte en psychiatrie se justifie principalement pour deux raisons [12]. La première vise à préserver la santé de l'individu, soit dans une perspective paternaliste où le soignant, le magistrat ou le proche agissent pour le bien du patient sans tenir compte du consentement de ce dernier, soit lorsqu'ils estiment que le patient ne dispose pas de sa capacité de discernement et qu'il n'est donc pas en mesure de défendre ses intérêts. La seconde raison pour laquelle la contrainte existe en psychiatrie est de protéger les autres des comportements potentiellement dommageables du malade.

Nous allons maintenant discuter comment la stigmatisation associée aux troubles psychiques influence ces justifications et la manière d'appliquer la contrainte au travers de l'exemple des mesures ambulatoires.

Mesures ambulatoires: la place de la stigmatisation dans le recours à la contrainte

Pour rappel, Link et Phelan ont défini la stigmatisation comme la cooccurrence de différents facteurs [13]. Elle se caractérise par l'étiquetage souvent arbitraire d'un sous groupe de la population, par exemple les «malades mentaux», l'attribution de stéréotypes négatifs à ces individus, la séparation entre eux et le reste de la population, leur discrimination et enfin la perte de statut social liée à leur condition [14]. En outre, seul un rapport de force entre «stigmatisants» et «stigmatisés» défavorable à ces derniers rend le phénomène de stigmatisation possible. Pour Thornicroft et al., le manque de connaissances relatives aux troubles psychiques (ignorance), les attitudes négatives (préjudices) et les comportements d'évitement et de rejet (discrimination) à l'égard des personnes souffrant de troubles psychiques sont à l'origine de la stigmatisation [15].

Stigmatisation publique

Si, au cours des dernières décennies, le regard porté sur les troubles psychiques par la population générale a évolué, leur stigmatisation n'a pas disparu pour autant [16]. Le public est mieux informé. Les troubles psychiques sont plus facilement identifiés par le public comme par les professionnels. On hésite moins à consulter pour ce genre de difficultés et on les évoque plus facilement avec son entourage. Cependant, le désir de maintenir les individus malades à l'écart reste toujours bien présent. La perception des comportements potentiellement violents comme une composante fondamentale des troubles psychiques s'est même renforcée, alors qu'il n'existe pas d'association significative entre les deux [17]. De plus, si le développement des neurosciences a permis aux troubles psychiques d'accéder au statut de maladie à part entière et a favorisé l'allocation de fonds pour les services de santé mentale, l'attribution des troubles psychiques à des causes neurobiologiques a également renforcé le sentiment de permanence et par conséquent une forme de pessimisme et de scepticisme quant au potentiel de guérison ou de rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques [18]. Enfin, la capacité du patient à discerner ce qui est bon pour lui de ce qui ne l'est pas tout comme celle à agir en conséquence sont régulièrement remises en question et ne sont pas suffisamment prises au sérieux. Par exemple, la croyance que les patients psychiatriques sont moins enclins à adhérer aux propositions thérapeutiques qui leur sont faites conduit certains professionnels à limiter le nombre d'options thérapeutiques comme, par exemple, le fait de référer le patient à un spécialiste ou renouveler une ordonnance. Cela explique en partie la mortalité précoce parmi les personnes souffrant de troubles psychiques comparativement à la population générale [19]. Pourtant, l'adhérence des patients souffrant de troubles psychiques aux prescriptions du somaticien n'est pas moins bonne que celle observée dans le reste de la population suivie en médecine [20].

Le contexte social et culturel influence les soins prodigués aux personnes souffrant de troubles psychiques. Ainsi, le mouvement contestataire qui marquait la fin des années soixante et qui considérait l'hôpital comme une institution totalitaire devait contribuer au mouvement de désinstitutionnalisation avec la fermeture de nombreux lits psychiatriques et le développement des soins psychiatriques ambulatoires. Si ce processus devait permettre d'améliorer le bien-être d'un grand nombre de personnes souffrant de troubles psychiques, l'offre de soins ambulatoires et le soutien au sein de la communauté ne répondaient pas systématiquement aux besoins des patients [21]. C'est à l'époque que le phénomène de «porte tournante» caractérisé par les hospitalisations fréquentes de patients difficiles à stabiliser en ambulatoire est apparu et qu'une frange de la population qui séjournait auparavant dans les asiles a échappé aux soins pour n'être traitée que lors de phases aiguës.

Dans la société actuelle, la santé est devenue un bien précieux [22]. Selon Peretti-Watel et Moatti, «pour faire reculer le plus possible la maladie et la mort, il faut traquer le risque partout où il existe». En outre, une importance cruciale est dévolue à l'aptitude à anticiper les dangers, à les

supporter, à les gérer biographiquement et politiquement [23]. Ces préoccupations ont sans doute fortement contribué à la mise en œuvre des soins ambulatoires sous contrainte sous forme de mesures ambulatoires dans plus de 70 juridictions à travers le monde. En obligeant le patient à se soigner, on cherche à préserver sa santé, mais également celle de ses proches en évitant qu'ils ne soient dépassés par la charge que représente une décompensation psychique. Le but est également de limiter les comportements potentiellement dommageables du patient pour lui-même, mais aussi pour autrui. C'est souvent ce dernier argument qui amène la réflexion sur l'introduction de mesures ambulatoires dans une nouvelle juridiction. Ainsi, à New York, la mort de Kendra Webdale, précipitée sous le métro par un patient psychiatrique non traité au moment des faits amena les autorités à introduire la Kendra's Law régissant les traitements ambulatoires civils sous contrainte dans l'Etat [24]. En Suède, c'est l'agression, en l'espace de quelques mois, de quatre individus, dont la ministre des affaires étrangères Anna Lindh, par des individus souffrant de troubles psychiques qui lança le débat sur l'introduction des mesures ambulatoires dans le pays [25].

Les notions de comportements violents, de possibilités limitées à se rétablir ou encore de difficultés des patients à faire les bons choix font partie des principaux stéréotypes associés aux troubles psychiques. Elles portent préjudice aux personnes qui en souffrent et contribuent à justifier la restriction de certains de leurs droits fondamentaux par l'introduction de dispositions légales telles que les mesures ambulatoires. Ces dernières sont vues comme un moyen simple de remédier à ces différents problèmes.

Stigmatisation et professionnels de la santé

Dans une revue de littérature sur la relation entre stigmatisation et professionnels de la santé, Schulz rapportait que les soignants ne diffèrent pas fondamentalement du reste de la population générale s'agissant de leurs croyances à l'égard des troubles psychiques et de leurs attitudes vis-à-vis des personnes qui en souffrent [26]. Les préoccupations liées à la violence et à la dangerosité sont également présentes parmi les professionnels et bon nombre d'entre eux sont ambivalents quant aux capacités des personnes malades à se rétablir. Un phénomène de discrimination existe également parmi les professionnels avec le désir de rester à distance des patients, en évitant par exemple de se rendre au domicile d'une personne malade ou en éprouvant un malaise lors d'une rencontre dans un lieu public.

L'enthousiasme des cliniciens à prononcer des mesures ambulatoires est un des facteurs déterminant la prévalence de cette forme de contrainte et peut en partie expliquer les disparités régionales au sein d'un même pays s'agissant de leur utilisation [27]. La pression de l'opinion publique, en particulier suite à des événements tragiques impliquant des personnes souffrant de troubles psychiques, tels que suicides ou violences perpétrées à l'égard d'autrui, fait partie des facteurs qui vont conduire les professionnels à prononcer des mesures ambulatoires [28]. La volonté des soignants de limiter le risque peut être renforcée par le fait que la psychiatrie reste une branche stigmatisée de la médecine à laquelle on

reproche tantôt un recours excessif aux mesures de contraintes et une tendance au contrôle social, tantôt un laxisme s'agissant de la prise en charge de certains patients après que ceux-ci ont commis des actes délictueux [29]. Pourtant, la capacité des professionnels à anticiper l'évolution du patient est extrêmement limitée, en particulier lorsqu'il s'agit d'événements peu fréquents tels que le suicide ou les actes violents [30], [31]. La stigmatisation dont les soignants en santé mentale sont la cible peut engendrer chez ces derniers un stress professionnel. Or, il a été démontré que le travail dans des conditions stressantes et démoralisantes est associé à une augmentation du recours à la contrainte par les personnes qui travaillent en psychiatrie [32].

À l'heure actuelle, il n'existe pas de preuves claires que les mesures ambulatoires influencent favorablement l'état de santé des personnes qui y sont soumises et améliore leur situation sociale [33], [34], [35]. Néanmoins, cette absence de preuve ne semble avoir aucune influence sur leur utilisation [36]. Les professionnels restent fortement polarisés quant au bien-fondé de cette forme de contrainte [37]. Le choix d'utiliser ou non des mesures ambulatoires ne se base donc pas sur les résultats des études scientifiques, mais sur des attentes subjectives à l'égard de la contrainte et des effets attendus de celle-ci sur la santé des personnes qui y sont soumises.

Auto-stigmatisation

L'auto-stigmatisation est l'appropriation par les patients et l'application à soi-même des stéréotypes et attitudes négatives adoptés par la population à l'égard des personnes souffrant de troubles psychiques. Le processus d'auto-stigmatisation contribue à la dévalorisation et la perte d'estime de soi chez certains individus [38]. Cependant, chez d'autres, il engendre un sentiment de révolte décrit par Corrigan comme une «juste colère» qui peut renforcer les compétences et l'auto-détermination de l'individu et l'identification à un groupe en mesure de défendre ses intérêts [39].

Les difficultés à s'engager dans les soins de certains patients s'expliquent par différents facteurs [40]. La crainte d'être stigmatisé fait partie de ces barrières. En refusant les soins, certains individus cherchent à éviter la labellisation associée à un diagnostic psychiatrique, les attitudes de rejet et la discrimination qui peuvent en résulter. Une des raisons motivant le législateur à proposer des mesures ambulatoires vient du désir de proposer des mesures de contraintes moins radicales et stigmatisantes qu'un placement institutionnel [41]. Utilisée à titre préventif ou pour assurer la stabilité d'un patient qui quitte l'hôpital, la mesure ambulatoire amène certains individus à devoir accepter les soins dans un nombre plus important de situations. Pour éviter le placement institutionnel, la personne se voit contrainte d'endosser le rôle stigmatisé de patient psychiatrique et renoncer ainsi à certaines stratégies qui lui permettraient jusque là de préserver l'estime de soi et de lutter contre un sentiment de dévalorisation.

Dans le cadre des mesures ambulatoires, stigmatisation et contrainte sont fortement intriquées. D'une part, les stéréotypes liés aux troubles psychiques véhiculés par la population générale et les professionnels de la santé mentale tels que la dangerosité des personnes malades, leur faible poten-

tiel à se rétablir et à prendre les bonnes décisions ont conduit de nombreux pays à étendre les mesures de contrainte à la communauté. D'autre part, à un niveau individuel, certains patients, cherchant à éviter la stigmatisation associée à leurs troubles, refusent les soins psychiatriques. Ce faisant, ils s'exposent à la contrainte sous la forme de mesures ambulatoires.

Pistes pour limiter la place occupée par la stigmatisation dans le recours à la contrainte

Olsen estimait que la contrainte («influence») inhérente à toute relation thérapeutique n'est en soi ni bonne, ni mauvaise [42]. Pour qu'elle soit éthiquement défendable, de nombreux paramètres doivent être pris en compte par le thérapeute qui décide de l'exercer: nature et qualité de la relation thérapeutique, désir du patient d'être impliqué dans le processus de soins, risques encourus si le traitement n'est pas suivi, probabilité que le patient cause du tort à lui-même ou à autrui, bénéfices attendus de l'intervention, degré de restriction et d'intrusion que cette dernière comporte pour le patient, forme de contrainte exercée, efficacité potentielle du traitement et enfin, état de santé et capacité de discernement du patient. Prendre en considération ces différents facteurs permet de limiter un recours subjectif à la contrainte qui ne sera basé que sur des craintes associées à la stigmatisation des troubles psychiques.

Une approche centrée sur le modèle du rétablissement favorise une vision moins stigmatisante des troubles psychiques et limite le recours à la contrainte [14]. Partir du point de vue du patient permet de mieux comprendre les raisons qui l'ont amené à refuser les soins. Une démarche collaborative sous la forme d'un partenariat entre le patient et le(s) thérapeute(s) permet de négocier et de mettre en place le suivi qui répond du mieux possible aux attentes du patient et qui tienne compte de ses projets [43]. L'engagement dans les soins s'en trouve souvent renforcé et le recours à la contrainte est moindre. Le modèle du rétablissement se différencie également du modèle médical dans le sens où son objectif n'est plus de guérir un malade, mais d'offrir à l'individu de gérer son existence de manière autonome. L'attribution d'un diagnostic, la prise de médicaments ou la disparition des symptômes ne sont plus au centre des préoccupations, mais des moyens parmi d'autres d'améliorer le bien-être de la personne. Les risques de stigmatisation diminuent fortement.

Une vision communautaire des soins peut également permettre de limiter la stigmatisation et l'utilisation de mesures de contrainte. D'une manière générale, informer les gens sur les problématiques relatives aux troubles psychiques ne suffit pas à réduire la stigmatisation. Pour Thornicroft et al., la lutte contre la stigmatisation doit mettre l'accent sur la discrimination, c'est-à-dire sur les comportements négatifs à l'égard des personnes souffrant de troubles psychiques et non plus uniquement sur les croyances relatives aux troubles psychiques [15]. Le travail des équipes mobiles de type «assertive community treatment» telles que le Suivi Intensif dans le Milieu (SIM) qui visent à engager dans les soins certaines personnes réfrac-

taires illustre les avantages d'une approche communautaire [44]. Les soins de proximité dispensés à des personnes souffrant de graves pathologies démontrent que les stéréotypes associés aux troubles psychiques tels que la dangerosité, les possibilités limitées de rétablissement ou les difficultés à se prendre en charge ne sont pas fondés. En outre, le travail en étroite collaboration avec l'entourage du patient, qu'il s'agisse de ses proches ou des autres professionnels impliqués tels que les médecins de premiers recours, les services sociaux ou les représentants légaux permet un échange de compétences et l'élaboration de stratégies qui représentent d'excellentes alternatives aux mesures de contrainte. Les services de soins communautaires sont donc plus à même d'offrir des soins capables de s'adapter aux besoins du patient plutôt que d'attendre de ce dernier qu'il ne se soumette à des prestations standardisées.

Conclusion

Qu'il s'agisse de préserver la santé du malade ou de limiter sa dangerosité, les arguments qui justifient la contrainte en psychiatrie sont étroitement liés à la stigmatisation des troubles psychiques. Bien qu'il n'existe pas encore de preuves scientifiques de leur efficacité, les mesures ambulatoires sont inscrites dans les lois des 26 cantons suisses depuis la révision du Code Civil entrée en vigueur en 2013 [45]. Elles ont été pensées comme une alternative moins contraignante aux placements à des fins d'assistance. Les soignants qui souhaitent y recourir devraient garder à l'esprit que, comme toutes les autres formes de contrainte, elles n'échappent pas au risque d'être appliquées en vertu de principes subjectifs basés sur des stéréotypes et qu'elles sont potentiellement iatrogènes pour les personnes concernées.

References

- Hiday VA. Outpatient commitment – The state of empirical research on its outcomes. *Psychology Public Policy and Law*. 2003 Mar-Jun;9(1–2):8–32.
- The Federal Authorities of the Swiss Confederation. Constitution fédérale de la Confédération suisse Switzerland 2013. Available from: <http://www.admin.ch/ch/f/rs/101/index.html>.
- The Federal Authorities of the Swiss Confederation. Code pénal suisse Switzerland 2013. Available from: http://www.admin.ch/ch/f/rs/311_0/index.html.
- The Federal Authorities of the Swiss Confederation. Code Civil Suisse 2013. Available from: <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html>.
- Hoge SK, Lidz CW, Eisenberg M, Gardner W, Monahan J, Mulvey E, et al. Perceptions of coercion in the admission of voluntary and involuntary psychiatric patients. *Int J Law Psychiatry*. 1997 Spring;20(2):167–81.
- Bonsack C, Borgeat F. Perceived coercion and need for hospitalization related to psychiatric admission. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2005 July/August;28(4):342–7.
- O'Donoghue B, Roche E, Shannon S, Lyne J, Madigan K, Feeney L. Perceived coercion in voluntary hospital admission. *Psychiatry Res*. 2014 Jan 30;215(1):120–6.
- Watson AC, Angell B. The Role of Stigma and Uncertainty in Moderating the Effect of Procedural Justice on Cooperation and Resistance in Police Encounters With Persons With Mental Illnesses. *Psychology Public Policy and Law*. 2013 Feb;19(1):30–9.
- Theodoridou A, Schlatter F, Ajdacic V, Rossler W, Jager M. Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry Research*. 2012 Dec;200(2–3):939–44.
- Lidz CW, Hoge SK, Gardner W, Bennett NS, Monahan J, Mulvey EP, et al. Perceived coercion in mental hospital admission. Pressures and process. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Dec;52(12):1034–9.
- Jaeger M, Rossler W. Enhancement of outpatient treatment adherence: Patients' perceptions of coercion, fairness and effectiveness. *Psychiatry Research*. 2010 Nov;180(1):48–53.
- Szmukler G, Appelbaum PS. Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health*. 2008;17(3):233–44.
- Link B, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27:363–85.
- Bonsack C, Morandi S, Favrod J, Conus P. Stigma of madness from fate to recovery. Le stigmatisme de la folie: De la fatalité au rétablissement. *Rev Med Suisse*. 2013;9(377):588–92.
- Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 2007 Mar;190:192–3.
- Pescosolido BA. The Public Stigma of Mental Illness: What Do We Think; What Do We Know; What Can We Prove? *Journal of Health and Social Behavior*. 2013 Mar;54(1):1–21.
- Elbogen EB, Johnson SC. The Intrinsic Link Between Violence and Mental Disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2009 Feb;66(2):152–61.
- Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. "A Disease Like Any Other"? A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression, and Alcohol Dependence. *American Journal of Psychiatry*. 2010 Nov;167(11):1321–30.
- Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, Haynes TF, Han X, Morris S, et al. Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry research*. 2014 2014 Aug 15 (Epub 2014 Apr);218(1–2):35–8.
- Corrigan PW, Angell B, Davidson L, Marcus SC, Salzer MS, Kottsieper P, et al. From Adherence to Self-Determination: Evolution of a Treatment Paradigm for People With Serious Mental Illnesses. *Psychiatric Services*. 2012 Feb;63(2):169–73.
- Lamb HR, Bachrach LL. Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*. 2001;52(8):1039–45.
- Peretti-Watel P, Moatti J-P. Le principe de prévention-Le culte de la santé et ses dérivés. *Seuil Ed, editor* 2009.
- Beck U. *La Société du risque-Sur la voie d'une autre modernité*. Flammarion, editor 2001.
- New York State Office of Mental Health. *Kendra's Law. Final report on the status of assisted outpatient treatment*. New York: New York State Office of Mental Health, 2005.
- Sjostrom S, Zetterberg L, Markstrom U. Why community compulsion became the solution – Reforming mental health law in Sweden. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2011 Nov-Dec;34(6):419–28.
- Schulze B. Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*. 2007 Apr;19(2):137–55.
- Morandi S, Bonsack C, Monnat M, Boubaker K. Introduction des mesures ambulatoires (traitement psychiatriques contraints) dans le canton de Vaud. *Revue médicale suisse*. 2014;10:1693–6.
- Dawson J. *Community Treatments Orders: International Comparisons*. Dunedin, New Zealand: University of Otago, 2005.
- Ojo OA. Psychiatrists, stigma and unlimited responsibility. *Psychiatric Bulletin*. 2002;26:114.
- Maris RW. Suicide. *Lancet*. 2002 Jul;360(9329):319–26.
- Fazel S, Singh JP, Doll H, Grann M. Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012;345:e4692.
- Manuel JI, Appelbaum PS, Le Melle SM, Mancini AD, Huz S, Stellato CB, et al. Use of Intervention Strategies by Assertive Community Treatment Teams to Promote Patients' Engagement. *Psychiatric Services*. 2013 Jun;64(6):579–85.
- Churchill R, Owen G, Hotopf M, Singh S. International experiences of using community treatment orders. In: Department of Health and Institute of Psychiatry KsC, editor. London 2007.
- Kisely SR, Campbell LA, Preston NJ. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2011;2.
- Burns T, Rugkåsa J, Molodynski A, Dawson J, Yeeles K, Vazquez-Montes M, et al. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2013.
- Prior D, Behan D. Monitoring the Mental Health Act in 2011/12. Newcastle upon Tyne: Care Quality Commission, 2013.
- Molodynski A, Rugkåsa J, Manning C, Russell L. UK psychiatrists' opinions and experiences of Community Treatment Orders. *Psychiatrische Praxis*. 2011 May;38.
- Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*. 2004 Oct;59(7):614–25.
- Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology-Science and Practice*. 2002 Spr;9(1):35–53.
- Morandi S, Bonsack C. Engagement in the care of people suffering from schizophrenia by an assertive community treatment (ACT). Engager dans les soins des personnes souffrant de schizophrénie par un suivi intensif dans le milieu (SIM). *Swiss Arch Neurol Psychiatr*. 2011;162(7):278–83.
- Exposé des motifs relatifs à la révision du Code Civil suisse (Protection de l'adulte, droit des personnes et droit de la filiation), (2011).
- Olsen DP. Influence and coercion: relational and rights-based ethical approaches to forced psychiatric treatment. *J Psychiat Ment Health Nurs*. 2003 Dec;10(6):705–12.
- Priebe S, Katsakou C, Amos T, Leese M, Morriss R, Rose D, et al. Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *British Journal of Psychiatry*. 2009;194(1):49–54.
- Conus P, Bonsack C, Gommeret E, Philippoz R. Le Soutien psychiatrique Intensif dans le Milieu (SIM) à Lausanne: un projet pilote. *Revue Médicale de la Suisse Romande*. 2001;121:475–81.
- Morandi S, Burns T. Involuntary outpatient treatment for mental health problems in Switzerland: a literature review. *International Journal of Social Psychiatry*. 2013;DOI: 10.1177/0020764013513439.