



Community Treatment Orders and Other Forms of Mandatory Outpatient Treatment

Richard L. O'Reilly, MB, MRCP(I), FRCP¹; Thomas Hastings, MD, FRCPC²;
Gary A. Chaimowitz, MB, ChB, MBA, FRCPC, DFCPA³; Grainne E. Neilson, MD, MRCPsych, FRCPC, LLM⁴;
Simon A. Brooks, MA, MB, ChB, FRCPsych, FRCPC⁵; Alison Freeland, BSc, MD, FRCPC, FCPA⁶

This position paper has been substantially revised by the Canadian Psychiatric Association's Professional Standards and Practice Committee and approved for republication by the CPA's Board of Directors on July 26, 2018. The original position paper¹ was first approved by the Board of Directors on January 25, 2003. It was subsequently reviewed and approved for republication with minor revisions on June 2, 2009.

The Canadian Psychiatric Association (CPA) believes that mandatory outpatient treatment (MOT) has benefits in certain clearly defined situations, and the CPA supports the use of MOT when specific legal rights and safeguards are in place. This paper outlines the CPA's views on important ethical and practical issues associated with the provision of compulsory treatment in the community.

Definition of MOT

In this paper, MOT is used to describe legal provisions that require people who suffer from a severe mental illness and who meet additional criteria to comply with a treatment plan while living in the community. Excluded from this definition, and from further consideration in the paper, are people who

¹ Professor, Department of Psychiatry, Western University, London, Ontario, and Northern Ontario School of Medicine.

² Associate Clinical Professor, Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences, McMaster University, Hamilton, Ontario; Lecturer, Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Ontario.

³ Head of Service, Forensic Psychiatry, St Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario; Professor, Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences, McMaster University, Hamilton, Ontario.

⁴ Staff Forensic Psychiatrist, East Coast Forensic Hospital, Halifax, Nova Scotia; Assistant Professor, Department of Psychiatry, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia.

⁵ Lunenburg, Nova Scotia.

⁶ Vice-President, Quality, Education and Patient Relations, Trillium Health Partners, Mississauga, Ontario; Associate Dean, Medical Education (Regional), Faculty of Medicine, University of Toronto; Associate Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Ontario.

© Canadian Psychiatric Association, 2019. All rights reserved. This document may not be reproduced in whole or in part without written permission of the CPA. Members' comments are welcome and will be referred to the appropriate CPA council or committee. Please address all correspondence and requests for copies to: President, Canadian Psychiatric Association, 141 Laurier Avenue West, Suite 701, Ottawa ON K1P 5J3; Tel: 613-234-2815; Fax: 613-234-9857; Email: president@cpa-apc.org. Reference 2019-43-R2.

Suggested Citation: O'Reilly RL, Hastings T, Chaimowitz GA, et al. Community treatment orders and other forms of mandatory outpatient treatment. *Can J Psychiatry*. 2019;64(5):356–374.

Note: It is the policy of the Canadian Psychiatric Association to review each position paper, policy statement, and clinical practice guideline every 5 years after publication or last review. Any such document that has been published more than 5 years ago and does not explicitly state it has been reviewed and retained as an official document of the CPA, either with revisions or as originally published, should be considered as a historical reference document only.

have committed a criminal offence and are mandated to follow a treatment plan as a condition of their involvement with the criminal justice system.

Historical Perspective

Providing consistent care and treatment for so-called revolving-door patients has proven to be one of the major challenges of deinstitutionalization. Psychiatrists frequently encounter patients who experience remission of their acute symptoms when treated in hospital but who repeatedly discontinue treatment when discharged from the structured environment of the hospital. Refusal of treatment in turn leads to deterioration of the patient's clinical condition, which frequently results in involuntary rehospitalization. While much has been written about revolving door patients, little attention has been paid to the practical difficulties mental health professionals face in trying to readmit such patients once they meet committal criteria. These patients typically do not maintain contact with clinicians when they discontinue treatment. Consequently, the deterioration of their mental illness goes undetected by their treatment providers. Moreover, clinicians working in jurisdictions in which committal criteria are based on dangerousness cannot always identify the exact moment at which a person's illness makes danger to self or others likely. MOT was proposed as a less restrictive approach than permanent or repeated hospital detention to enable patients to be managed safely in community settings.

The CPA believes that when a patient, who lacks the capacity to make treatment decisions, is likely to be nonadherent to treatment leading to deterioration of the patient's condition and risk of serious harm to the patient or to others, it is clinically and ethically appropriate to consider a preemptive approach to reduce that risk. Mental health legislation should be structured in a way to ensure that these clinical and ethical requirements can be met.

Purpose of MOT

While MOT was originally proposed as a way to prevent frequent readmissions, psychiatrists view MOT as having a broader purpose of ensuring that the clinical needs of individuals with severe mental illness can be met in community settings when that illness prevents the patient from accessing needed care and treatment. Frequent episodes of illness disrupt an individual's life trajectory, preventing the achievement of educational, social, and vocational milestones. Psychiatrists advocate this long-term view, which supports the goals of recovery.² However, hospitalization may be required so that a patient

can be treated and attain a level of stability necessary to succeed in the community. Therefore, psychiatrists do not view the reduction of hospitalization as the primary goal of MOT. Indeed, successful outcomes under MOT may result in an initial increase in hospital admissions when patients, with a history of default from treatment and follow-up, are closely monitored by clinical staff after discharge from inpatient care.

MOT Schemes

There are important variances in the way in which MOT is implemented in different jurisdictions. In most US states, the courts can order an individual to follow a specified plan of treatment while living in the community.³ This MOT model is usually called outpatient committal (OPC). In contrast to OPC, which is initiated by a judge, albeit often at the request of a physician, community treatment orders (CTOs) are usually initiated directly by a physician and can be reviewed by the appropriate jurisdictional board of review. A person may be placed on a CTO while an inpatient or while living in the community.

Conditional leave, sometimes called conditional discharge, is another commonly used form of MOT in which involuntary inpatients are allowed to leave hospital with the stipulation that they comply with specified conditions while living in the community. These individuals usually continue to be involuntary patients of the hospital and must continue to meet the committal criteria while on leave of absence.

There are 2 basic models of MOT: diversionary and preventive. In the diversionary model, the criteria for MOT are identical to the criteria for inpatient committal. Diversionary MOT can be viewed as an alternative to involuntary admission requiring that the person follow a treatment plan but enabling the person to live in the community while doing so. The diversionary model thus permits treatment in the least restrictive setting: an important principle guiding the structure of mental health legislation.^{4,5} An example of the diversionary model is the New Zealand Mental Health Act, which directs that the court "shall make a community treatment order unless the Court considers that the patient cannot be treated adequately as an outpatient, in which case the Court shall make an inpatient order."⁶ In contrast to the diversionary model, a patient can be placed on preventive MOT even though he or she has not deteriorated to the point of meeting the jurisdiction's criteria for involuntary admission. Some jurisdictions require that, before a person can be placed on preventive MOT, he or she must

have an established pattern of treatment nonadherence or of involuntary admissions.

Current Use of MOT

MOT is used in more than 75 jurisdictions, including Denmark, Norway, Sweden, England, Wales, Scotland, New Zealand, and all states in Australia.⁷ In the United States, OPC has been used in some jurisdictions for over 40 years.⁸ As of 2015, 46 states and the District of Columbia had commitment statutes permitting OPC.⁹

Most jurisdictions in Canada have conditional leave provisions that are time limited, but in British Columbia and Manitoba, conditional leave can be renewed indefinitely provided the patient continues to meet the inpatient criteria. Alberta,¹⁰ Saskatchewan,¹¹ Ontario,¹² New Brunswick,¹³ Nova Scotia,¹⁴ and Newfoundland and Labrador¹⁵ have provisions that support CTOs. In Quebec, a court can place an outpatient on an order to accept treatment.¹⁶

Is MOT Effective?

MOT involves the abridgement of civil rights and, in keeping with the principle of reciprocity,¹⁷ must be accompanied by benefits to those patients who are required to follow a treatment plan. The evaluation of the effectiveness of MOT is complex and requires specification of the type of MOT, the type of patient, and the outcomes that are desired.

Most research assessing the effectiveness of MOT has used the amount of hospitalization as the primary outcome measure. In part, this is based on the belief that hospitalization is a proxy for impaired function and in part by fiscal goals of governments, which wish to reduce hospitalization because it is generally more expensive than attempting to treat a patient in a community setting. As noted above, there are times when hospitalization is desirable and reduction in hospitalization may not be the most appropriate outcome. Alternative outcomes, such as quality of life, are harder to measure but are likely more relevant.

Evaluative studies of MOT may be characterized as mirror-image studies, controlled before-and-after (CBA) studies, and randomized controlled trial (RCT) studies. In mirror-image studies, subjects act as their own controls. These studies almost always show that MOT reduces hospital utilization. The mirror-image design can be undertaken retrospectively and does not require researchers to obtain consent from the subjects. Some mirror-image studies have included thousands of subjects and sometimes all individuals placed on MOT within a jurisdiction.^{18,19} An

important weakness of the mirror-image design is that it is susceptible to regression to the mean. Patients are often placed on MOT when they are unstable and experiencing repeated hospital admissions. Chance alone may lead to increased stability and reduced admission.

In CBA studies, investigators recruit a matched control group, which helps control for the effects of regression. While some CBA studies show reductions in hospitalization and improvement in other outcomes for subjects on MOT,²⁰ others report a similar reduction in hospitalization in the control group.²¹ In the CBA design, it is critical to select controls who are matched for relevant confounding variables. This is especially problematic when studying MOT as lack of insight and treatment refusal are often the reasons why patients are placed on a CTO.^{22,23} Unlike diagnostic and demographic variables, information on insight and treatment refusal is almost never systematically documented in the clinical record and hence unavailable to assist matching in retrospective studies.

All studies of MOT schemes in Canada have shown reduced hospitalization and other benefits for patients placed on CTOs.²⁴ However, none of these studies used an RCT design.

Randomized controlled trials are free from the problems of matching and regression and are seen as the gold standard to establish causality when studying simple interventions. There have been 3 RCTs of MOT.²⁵⁻²⁷

In the North Carolina RCT,²⁵ hospitalized patients with severe mental illness who were approved for discharge under an OPC order were randomly assigned to remain on OPC or to be “immunized” from OPC for the 12-month follow-up period. The researchers found that subjects on OPC did not differ from controls in frequency of rehospitalization or cumulative days in hospital during the 12-month follow-up period. However, subjects who underwent sustained periods of OPC for 180 days or more were less likely to be readmitted and spent less time in hospital than controls. While post hoc analysis raises the possibility that the patients who did not do well were not maintained on OPC, the researchers reported that patients who remained on OPC for 6 months or longer were more impaired at the start of the study than the patients who spent fewer than 6 months on OPC.²⁵

In the New York RCT, the state legislature passed a law to allow OPC to be undertaken for patients at a single hospital in New York City. Subjects randomized to OPC spent an average of 43 days in hospital in the 11-month follow-up period, compared with 101 days for subjects who were discharged without OPC.²⁶ This difference was

not statistically significant. The authors noted that this may have been the result of the failure to recruit a sufficient number of subjects.

The third RCT was a comparison of 2 different forms of MOT conducted in England.²⁷ Individuals who were involuntarily hospitalized were randomized to be released on CTOs or on conditional leave under Section 17 of the 1983 Mental Health Act of England and Wales.²⁸ This study found no differences in hospitalization in the 12-month follow-up period between these 2 forms of MOT. Because clinicians in this study were unconstrained in their clinical decisions, almost a quarter of patients initially randomized to conditional leave were actually discharged on a CTO. Indeed, by the end of the 12-month study period, both groups had spent considerable time under community compulsion: a mean of 241 days for the CTO group and a mean of 135 days for the conditional leave group. This makes it difficult to draw any conclusions about the effectiveness of MOT from this study.

Several other outcome measures have been studied. Patients on MOT are more likely to follow up with mental health services and to have more frequent contact with their clinicians.^{20,21,29-34} This improved contact with mental health services persists even after MOT is discontinued.^{29,30} Most studies show significant reductions in violent behaviour and arrest rates for patients placed on MOT.⁹ The North Carolina RCT showed a significantly reduced risk of being victimized for patients on OPC.³⁵ Other studies using large integrated databases suggest that MOT may reduce mortality rates.^{36,37}

The influence of diagnosis or type of treatment has been considered in only a few studies. Swartz et al.²⁵ reported that patients with nonaffective psychotic disorders were most likely to benefit from OPC. Some studies reported that patients on committal orders who were prescribed depot neuroleptics did better than those prescribed oral medication.^{38,39}

Critics have suggested that MOT may have many negative consequences, such as the undermining of the therapeutic relationship or the encouragement of professionals to bypass less coercive means of achieving compliance.⁴⁰⁻⁴³ To date, there is no empirical support for the existence of these putative detrimental effects. However, lack of evidence for harmful effects may be because researchers have not looked for the proposed negative effects. Thus, it is important that studies addressing such concerns are designed and conducted in

ways that will assist policy makers and clinicians to minimize putative negative effects of MOT.

What can we conclude about the effectiveness of MOT based on the conflicting evidence from these studies? Some commentators have suggested that only evidence from RCTs can help determine if MOT is effective.⁷ Such a position ignores the inherent limitations of RCTs to evaluate MOT. Unlike retrospective mirror-image or CBA studies, RCTs require subjects to provide informed consent. In the Burns RCT, 20% of patients referred as potentially suitable for the study refused consent. Presumably, many other patients were not referred to the study because of symptoms of their illness such as hostility or uncooperativeness that would make them poor candidates for an RCT. These may be the very individuals for whom MOT can provide the greatest benefits. Furthermore, the ethical dilemma of randomizing a group of individuals to be immune from a jurisdiction's law requires compromises that can undermine the validity of the study. For example, in the New York study, the police department refused to use their powers under the law that applied to a single hospital, thus removing any sanction for nonadherence.

Most important, MOT is a complex intervention. Unlike passive interventions, such as a medication treatment, complex interventions are active and achieve their effects through the actions, reasoning, and reactions of numerous participants. For MOT, these participants often include patients, clinicians, substitute decision makers, community agencies, police and courts, or review boards. Moreover, MOT statutes vary markedly between jurisdictions in terms of who can initiate them, the characteristics of patients who can be placed on them, the powers conferred on clinicians, and the bureaucratic burden required to initiate and maintain a patient on MOT.⁴⁴ Evaluation scholars reject a privileged position for RCTs when assessing complex interventions; rather, they recommend that a range of research methodologies is used to capture this complexity.⁴⁵⁻⁴⁷

An important additional source of information is the experience of clinicians who work with people with serious mental illness. Many clinicians report that they have found MOT to be effective for otherwise difficult to treat patients.^{23,48,49}

While none of the individual studies can be regarded as conclusive, taken together they support the view that MOT provides various benefits for a subgroup of patients with serious and persistent mental illness.⁵⁰ Instead of asking, "Is MOT effective?" a more meaningful question is, "What type of MOT, applied in what way, in which

settings, for which type of patient can improve which outcomes?” The following sections discuss features that can enhance the effectiveness of MOT and protect the rights of patients managed under MOT schemes.

Prior Hospitalization Requirements

All Canadian provinces that have legislated CTO, apart from New Brunswick, require that patients placed on a CTO meet the province’s inpatient committal criteria. However, several provinces also require that prior to being placed on a CTO, a patient has been hospitalized a specific number of times or for a specific number of days. For example, in Nova Scotia, before being eligible to be placed on a CTO, patients must have been involuntarily admitted on at least 2 separate occasions or for a total of at least 60 days in the previous 2 years. The requirement for prior involuntary hospitalization excludes many potential suitable patients from being managed on a CTO. With increasing pressure on inpatient beds, it is now uncommon for patients to spend several weeks in inpatient care. When CTO legislation requires that a patient meet the inpatient committal criteria, the addition of a requirement for prior hospitalization will result in some individuals being detained in hospital rather than being treated in less restrictive community settings. Prior hospitalization requirements are not included in the legislation of most other international jurisdictions. Canadian psychiatrists are concerned that this type of requirement limits the use of CTOs to patients who have chronic illness with established deficits and exclude its use for many patients where there is an opportunity to prevent adverse long-term effects caused by recurrent episodes of illness and delayed treatment. Alberta and New Brunswick have introduced provisions that allow people, who have a pattern of behaviour that will likely result in harm or deterioration, to be placed on a CTO without prior hospitalization. The CPA notes that many individuals with a severe mental illness that has caused them to be incarcerated in a jail would benefit from a period of management on a CTO but are ineligible because they have been in jail and do not meet the prior hospitalization requirements. The Alberta Act recognizes time in jail as equivalent to prior hospitalization, which is a practical compromise if prior hospitalization is required.

Consent and Treatment Authorization

The CPA believes that an assessment of treatment capacity is critical to any community treatment plan because it is inappropriate to compel a person who is capable of making treatment decisions to adhere to a plan of treatment in the community. However, the test for

capacity in legislation must not be so low that patients suffering from a psychotic illness who are likely to exhibit harmful behaviour in the community are excluded. We note that Saskatchewan, Nova Scotia, and Newfoundland and Labrador have adopted a strict test of capacity using the term *fully capable* in their inpatient committal and MOT criteria.

There may be circumstances in which a capable patient consents to place himself or herself under the restrictions of MOT. Such scenarios are included in the CTO provisions of the legislation in Ontario and New Brunswick.

Involuntary hospitalization in Canada is authorized by physicians except in Quebec, where it is authorized by a court, usually following an application by a physician. Similarly, physicians authorize MOT in most provinces. However, in Ontario and New Brunswick, the initiation of a CTO requires the consent of a capable patient or of a substitute decision maker if the patient is incapable. It is notable that in New Brunswick, if the substitute decision maker refuses to consent to a CTO, a psychiatrist can apply to a review board to provide the required consent if it is deemed to be in the best interest of the patient.⁵¹

Who should authorize the treatment specified in a CTO in the more typical scenario where the patient is incapable? Two models of treatment authorization for involuntary inpatients are used in Canada: the state model and the private model.⁵² In the state model, an appointee of the state (a court, tribunal, hospital administrator, or hospital physician) makes decisions for an incapable patient and, in some jurisdictions, for a capable involuntary patient. Conversely, in the private model, the decisions are made by the patient, if capable, or by a substitute decision maker who represents the patient, if the patient is incapable. While a full discussion of the merits of each of these 2 models is beyond the scope of this paper, it appears that there are advantages and difficulties with both approaches.⁵² It is likely that most jurisdictions will opt to use the same model of treatment authorization for patients on MOT as for involuntary inpatients.

Irrespective of who provides consent for treatment, the psychiatrist should attempt to engage the patient and, when appropriate, the patient’s family and caregivers in the development of the mandatory treatment plan. In particular, these parties should be consulted about their treatment preferences, and when possible, these preferences should be included in the treatment plan. The treatment plan should be clear and concise so that the patient can easily understand what is expected. A copy of the treatment plan should be provided to the patient and, when appropriate, to the patient’s family and caregivers.

Duration of MOT

MOT is most frequently used in the management of patients with severe and persistent mental illness who lack an appreciation of a need for treatment. Mandatory treatment lasting a few months is unlikely to provide an enduring remedy for nonadherence to treatment by such patients. The researchers in the North Carolina RCT found that patients needed to be on OPC for a minimum of 6 months before they experienced improved outcomes.^{25,35,53} Further, in a large study in New York, researchers reported that subjects who were on OPC orders lasting 6 months or less had improved outcomes but only when assertive community treatment or case management services were continued.⁵⁴ In contrast, subjects who were on OPC for 7 months or longer maintained their improved outcomes after OPC ended irrespective of whether they continued to receive these intensive clinical services. Rohland et al.³² reported enhanced outcomes when OPC was extended for more than 1 year. While MOT should be continued only for as long as necessary, these research findings and a large body of clinical experience suggest that many patients require at least a year of mandatory treatment before stability is achieved.

Consequences of Nonadherence

The consequence of nonadherence to MOT is the possibility of readmission to hospital. Legislation usually permits a physician to authorize law enforcement officers to take a person who is not complying with MOT into custody and to transport him or her to a hospital for assessment. The psychiatrist and/or other clinicians should attempt to obtain voluntary cooperation with the requirements of MOT prior to having a person detained. In some jurisdictions, this is explicitly required by legislation. For example, the Ontario legislation requires reasonable efforts are made to inform the patient that he or she is in breach of the CTO and to assist the patient to comply with the requirements of the CTO.⁵⁵

Nonadherence to mandated treatment itself does not constitute grounds for involuntary hospitalization. However, as noted above, patients who are subject to diversionary MOT continue to meet the jurisdiction's committal criteria; therefore, the psychiatrist will usually have the option to readmit the patient if the patient is refusing treatment. Conversely, a patient on preventive MOT does not necessarily meet the jurisdiction's inpatient committal criteria. Preventive MOT statutes are most compatible with legislation that permits civil

commitment for individuals at risk for mental deterioration.

Furthermore, even in jurisdictions that use diversionary MOT, physicians are likely to be more comfortable allowing individuals to reside in the community when they meet criteria for deterioration rather than for dangerousness. A physician assumes significant liability when the physician identifies a patient as dangerous (either to himself or herself or to others) yet permits that patient to live in the community.

Adequacy of Services in the Community

While the CPA recognizes the need for judicious use of inpatient services, there are occasions when patients require inpatient care. MOT must not be used to avoid the costs of inpatient care when it is clinically indicated. Furthermore, compelling patients to take psychotropic medications must not be seen as an alternative to providing comprehensive mental health services. All patients who are managed under MOT schemes must have access to the full range of psychiatric services that they need. While some patients can be managed by a psychiatrist, or by a psychiatrist working closely with the patient's family physician, many patients who are placed on MOT schemes have complex needs that require frequent clinical contacts.²⁵ Assertive community treatment teams or intensive case management are often helpful in addressing these needs and encouraging patients to follow the treatment plans required by MOT. The CPA is especially concerned to avoid situations where the provision of psychotropic medication, by relieving patients of acute symptoms, facilitates discharge to the community only for these patients to become neglected in inferior accommodation because of lack of assertive follow-up and rehabilitative services.

Most provinces have provisions that require that the services necessary to support CTOs are available in the community. Similar provisions for conditional leave are contained in the British Columbia and Manitoba mental health acts. The CPA strongly endorses the inclusion of these provisions in legislation supporting CTOs and conditional leave.

Most patients on MOT are required to take medication and to attend appointments with clinicians.^{56,57} Other services, such as substance abuse counseling, skills training to reduce anger, or a period of day hospitalization, may be stipulated in a treatment order. Some patients require additional help and supervision to live safely in community settings, and a period of

residence in a group home may be included as part of a treatment order. Psychiatrists should consider the specific legal and ethical issues of including residential placement as part of a treatment order.⁵⁸

The CPA believes that, when patients are compelled to take psychotropic medications, the treating physician and society must ensure that the best available treatment is provided. Financial considerations should not limit a physician's ability to choose what he or she believes will be the safest and most efficacious treatment for these patients. Moreover, it is illogical to expect patients to pay for treatment that they do not want. Thus, a system must be in place to cover costs of medication for these patients.

Psychotropic medications have had a remarkably beneficial impact on the lives of people with severe mental illness. Nevertheless, physicians should remain cognizant of the fact that all psychotropic medications may induce side effects. Some side effects, such as weight gain and the risk of tardive dyskinesia, increase with duration of use. When a patient is compelled to take medication treatment, it behooves the prescribing physician to carefully monitor for and treat side effects or consider alternative treatments. Where a substitute decision maker is involved, he or she must be kept informed about any side effects experienced by the patient and of alternative treatment options.

Should society compel unwilling people to accept scarce mental health services when there are other people in society who would willingly accept these services but cannot access them? The CPA notes that, in all areas of medicine, individuals with the most severe illness are given priority access to scarce resources. Patients are eligible for MOT because they have severely debilitating illnesses. It would not be ethically justifiable to withhold services from these vulnerable people simply because their illness renders it impossible for them to seek treatment voluntarily.

Rights and Safeguards

Like civil commitment and mandatory inpatient treatment, MOT constitutes an abridgement of certain individual rights. It is therefore essential that the patient have access to an independent review of the need for MOT. This can most effectively be achieved by using the same procedures to review MOT as are used to review civil commitment and treatment incapacity. These procedures should include the right of the patient to request a review to determine whether the criteria for MOT continue to be met. The CPA believes that it is appropriate to include a provision for mandatory annual

review. However, in situations in which a patient does not want to contest MOT, it may be more meaningful to have a psychiatrist from the review board conduct a chart review with the ability to solicit additional material or convene a full review board if a chart review raises concerns.

As is the case for involuntary commitment, patients should have the right to appeal unfavourable decisions to the courts. Patients should have access to legal counsel, and this should be provided by the state when a patient's financial resources are limited. All patients who are placed on MOT should receive a formal explanation of their rights.

Legislated intervals that require renewal of MOT certificates provide an additional assurance that the physician and others involved in the care of the patient regularly review the appropriateness of the treatment plan and consider whether the patient could comply with the plan in the absence of a treatment order. The duration between renewals should strike a balance between the protection provided by frequent review and the difficulties associated with imposing an excessive administrative burden on clinicians.

Summary

The CPA believes that MOT is necessary to assist some patients with persistent deficits in insight to follow a treatment regimen while living in the community. The CPA recognizes advantages to the use of a diversionary model of MOT used in conjunction with inpatient committal criteria that include a deterioration criterion.

MOT must not be viewed as an alternative to the provision of appropriate services. A comprehensive package of psychiatric and community support services must be available to all patients according to their needs. The CPA recommends that all legislation supporting MOT contain a clause requiring that the appropriate outpatient services be available in the community.

Patients compelled to take treatment must be provided with the most clinically suitable treatment. Society should fund the cost of medication and other treatments that are ordered for patients on MOT.

Patients placed on MOT must be provided with information about their legal rights. Patients should have the option to request a review of the need for MOT by an independent tribunal, and mandatory reviews should be conducted annually.

References

1. O'Reilly RL, Brooks SA, Chaimowitz GA, et al. Mandatory outpatient treatment [CPA position paper 2010-43-R1]. Ottawa, Canada: Canadian Psychiatric Association; 2010.
2. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatr Rehabil J*. 1993;16(4):11-23.
3. Swartz MS, Hoge SK, Pinals DA, et al. Resource document on involuntary outpatient commitment and related programs of assisted outpatient treatment. American Psychiatric Association; 2015 [cited 2017 Aug 28]. Available from: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/search-directories-databases/library-and-archive/resource-documents>.
4. Munetz MR, Geller JL. The least restrictive alternative in the postinstitutional era. *Hosp Community Psychiatry*. 1993;44(10):967-973.
5. O'Reilly RL, Chaimowitz G, Brunet A, et al. Principles underlying mental health legislation [CPA position paper]. *Can J Psychiatry*. 2010;55(10):Insert 1-6.
6. New Zealand Mental Health (Compulsory Assessment and Treatment) Act, 1992. No. 46 s. 28(2). Wellington: Parliament of New Zealand; 1992.
7. Rugkåsa J. The effectiveness of community treatment orders: the international evidence. *Can J Psychiatry*. 2016;61(1):15-24.
8. Torrey EF, Kaplan R. A national survey of the use of outpatient commitment. *Psychiatr Serv*. 1995;46(8):778-784.
9. Swartz MS, Bhattacharya S, Robertson AG, et al. Involuntary outpatient commitment and the elusive pursuit of violence prevention: a view from the United States. *Can J Psychiatry*. 2017;62(2):102-108.
10. Mental Health Act, RSA 2000, c M-13, s. 9.1-9.7.
11. Mental Health Services Act S.S. 1984-85,-86, c. M-13.1 as amended by 1993, c. 59, s. 24.2-s. 24.7.
12. Mental Health Act, R.S.O. 1990, c. M.7, 2000, s. 33.1-s. 33.9.
13. Mental Health Act, RSNB 1973, c M-10, s. 34.01-s. 34.1.
14. Involuntary Psychiatric Treatment Act, S.N.S. 2005, c. 42, s. 47-s. 59.4.
15. Mental Health Care and Treatment Act, SNL 2006, c M-9.1, s. 40-s. 54.
16. Nakhost A, Perry JC, Frank D. Assessing the outcome of compulsory treatment orders on management of psychiatric patients at 2 McGill University-associated hospitals. *Can J Psychiatry*. 2012;57(6):359-365.
17. Eastman N. Mental health law: civil liberties and the principle of reciprocity. *BMJ*. 1994;308:43-45.
18. Fernandez GA, Nygard S. Impact of involuntary outpatient commitment on the revolving-door syndrome in North Carolina. *Hosp Community Psychiatry*. 1990;41(9):1001-1004.
19. Taylor M, Macpherson M, Macleod C, et al. Community treatment orders and reduced time in hospital: a nationwide study, 2007-2012. *BJPsych Bull*. 2016;40(3):124-126.
20. Swartz MS, Wilder CM, Swanson JW, et al. Assessing outcomes for consumers in New York's Assisted Outpatient Treatment Program. *Psychiatr Serv*. 2010;61:976-981.
21. Preston NJ, Kisely S, Xiao J. Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: epidemiological study in Western Australia. *BMJ*. 2002;324:1244-1246.
22. DeRidder R, Molodynski A, Manning C, et al. Community treatment orders in the UK 5 years on: a repeat national survey of psychiatrists. *BJPsych Bull*. 2016;40(3):119-123.
23. O'Reilly R, Corring D, Richard J, et al. Do intensive services obviate the need for CTOs? *Int J Law Psychiatry*. 2016;47:74-78.
24. Kisely S. Canadian studies on the effectiveness of community treatment orders. *Can J Psychiatry*. 2016;61(1):7-14.
25. Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, et al. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *Am J Psychiatry*. 1999;156(12):1968-1975.
26. Steadman HJ, Gounis K, Dennis D, et al. Assessing the New York involuntary outpatient commitment pilot program. *Psychiatr Serv*. 2001;52(3):330-336.
27. Burns T, Rugkåsa J, Molodynski A, et al. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2013;381:1627-1633.
28. Mental Health Act 1983, s. 17.
29. Van Putten RA, Santiago JM, Berren MR. Involuntary outpatient commitment in Arizona: a retrospective study. *Hosp Community Psychiatry*. 1988;39(9):953-958.
30. Hiday VA, Scheid-Cook TL. Outpatient commitment for "revolving-door" patients: compliance and treatment. *J Nerv Ment Disord*. 1991;179(2):83-88.
31. Munetz MR, Grande T, Kleist J, et al. The effectiveness of outpatient civil commitment. *Psychiatr Serv*. 1996;47:1251-1253.
32. Rohland BM, Rohrer JE, Richards CC. The long-term effect of outpatient commitment on service use. *Adm Pol Ment Health*. 2000;27(6):383-394.
33. O'Brien AM, Farrell SJ, Faulkner S. Community treatment orders: beyond hospital utilization rates examining the association of community treatment orders with community engagement and supportive housing. *Community Ment Health J*. 2009;45(6):415-419.
34. Kisely S, Preston N, Xiao J, et al. An eleven-year evaluation of the effect of community treatment orders on changes in mental health service use. *J Psychiatr Res*. 2013;47(5):650-656.
35. Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, et al. Impact of outpatient commitment on victimization of people with severe mental illness. *Am J Psychiatry*. 2002;159(8):1403-1411.
36. Segal SP, Burgess PM. Effect of conditional release from hospitalization on mortality risk. *Psychiatr Serv*. 2006;57(11):1607-1613.
37. Kisely S, Preston N, Xiao J, et al. Reducing all-cause mortality among patients with psychiatric disorders: a population-based study. *CMAJ*. 2013;185(1):E50-E56.
38. Vaughan K, McConaghy N, Wolf C, et al. Community treatment orders: relationship to clinical care, medication compliance, behavioural disturbance and readmission. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34(54):801-808.
39. Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, et al. Effects of involuntary outpatient commitment and depot antipsychotics on treatment adherence in persons with severe mental illness. *J Nerv Ment Disease*. 2001;189(9):583-592.
40. Mulvey EP, Geller JL, Roth LH. The promise and peril of involuntary outpatient commitment. *Am Psychol*. 1987;42(6):571-584.
41. Moncrieff J, Smyth M. Community treatment orders—a bridge too far? *Psychiatr Bull*. 1999;23:644-646.
42. Hoge MA, Grottole E. The case against outpatient commitment. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2000;28(2):165-170.

43. Allen M, Smith VF. Opening Pandora's box: the practical and legal dangers of involuntary outpatient commitment. *Psychiatr Serv.* 2001;52(3):342-346.
44. O'Reilly R, Vingilis E. Are randomized control trials the best method to assess the effectiveness of community treatment orders? *Adm Policy Ment Health.* 2018;45:565.
45. Chen H-T. Practical program evaluation: assessing and improving planning, implementation, and effectiveness. Thousand Oaks (CA): Sage; 2005.
46. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ.* 2008;337:a1655.
47. Donaldson SI. Program theory-driven evaluation science: strategies and applications. New York (NY): Laurence Erlbaum; 2007.
48. Telson H. Outpatient commitment in New York: from pilot project to state law. *George Mason Univ Civ Rights Law J.* 2000;11:41-82.
49. Gibbs A, Dawson J, Mullen R. Community treatment orders for people with serious mental illness: a New Zealand study. *Br J Soc Work.* 2006;36:1085-1100.
50. Swanson JW, Swartz MS. Why the evidence for outpatient commitment is good enough. *Psychiatr Serv.* 2014;65(6):808-811.
51. Mental Health Act, RSNB 1973, c M-10, s. 34.02(2).
52. Gray JE, Shone MA, Liddle PF. Canadian mental health law and policy. 2nd ed. Toronto (ON): LexisNexis Canada; 2008.
53. Swanson JW, Swartz MS, Borum R, et al. Involuntary outpatient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *Br J Psychiatry.* 2000;76:324-331.
54. Van Dorn RA, Swanson JW, Swartz MS, et al. Continuing medication and hospitalization outcomes after assisted outpatient treatment in New York. *Psychiatr Serv.* 2010;61(10):982-987.
55. Mental Health Act, R.S.O. 1990, c. M.7, 2000, s. 33.3(2)(b).
56. Smith M, Branton T, Cardno A. Is the bark worse than the bite? Additional conditions used within community treatment orders. *Psychiatr Bull.* 2014;38(1):9-12.
57. Patel MX, Matonhodze J, Baig MK, et al. Increased use of antipsychotic long-acting injections with community treatment orders. *Ther Adv Psychopharmacol.* 2011;1(2):37-45.
58. Dawson J, O'Reilly R. Residence conditions on community treatment orders. *Can J Psychiatry.* 2015;60(11):523-527.



Ordonnances de traitement en milieu communautaire et autres formes de traitement ambulatoire obligatoire

Richard L. O'Reilly, MB, MRCP(I), FRCP¹; Thomas Hastings, MD, FRCPC²;
Gary A. Chaimowitz, MB, ChB, MBA, FRCPC, DFCPA³; Grainne E. Neilson, MD, MRCPsych, FRCPC, LLM⁴;
Simon A. Brooks, MA, MB, ChB, FRCPsych, FRCPC⁵; Alison Freeland, BSc, MD, FRCPC, FCPA⁶

Le présent énoncé de principe a été révisé en profondeur par le Comité sur les normes professionnelles et la pratique de l'Association des psychiatres du Canada (APC) et a été approuvé aux fins d'une nouvelle publication par le Conseil d'administration de l'APC le 26 juillet 2018. L'énoncé de principe original¹ a été approuvé en premier lieu par le Conseil d'administration le 25 janvier 2003. Il a été subséquemment révisé et approuvé aux fins d'une nouvelle publication avec de légères modifications le 2 juin 2009.

L'Association des psychiatres du Canada (APC) estime que le traitement ambulatoire obligatoire (TAO) procure des avantages dans certaines situations bien précises, et elle préconise le recours au TAO pourvu que les garanties juridiques et les mesures de protection appropriées soient instituées. Le présent document expose les vues de l'APC sur d'importants aspects

éthiques et pratiques du traitement obligatoire dispensé en milieu communautaire.

Définition du TAO

L'expression TAO réfère aux dispositions légales précisant qu'une personne qui souffre d'une maladie mentale grave

¹ Professeur, Département de psychiatrie, The University of Western Ontario, London (Ontario), et Northern Ontario School of Medicine.

² Professeur clinique agrégé, département de psychiatrie et de neurosciences du comportement, Université McMaster, Hamilton, Ontario; professeur, département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario.

³ Chef de service, psychiatrie médico-légale, St Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario; professeur, département de psychiatrie et de neurosciences du comportement, Université McMaster, Hamilton, Ontario.

⁴ Psychiatre légiste membre du personnel, East Coast Forensic Hospital, Halifax, Nouvelle-Écosse; professeure adjointe, département de psychiatrie, Université Dalhousie, Halifax, Nouvelle-Écosse.

⁵ Lunenburg, Nouvelle-Écosse.

⁶ Vice-présidente, Qualité, Éducation et Relations avec les patients, Trillium Health Partners, Mississauga, Ontario; doyenne adjointe, Medical Education (Regional), Faculté de médecine, Université de Toronto; professeure agrégée, département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario.

© Association des psychiatres du Canada 2019, Tous droits réservés. Le présent document ne peut être reproduit intégralement ou en partie sans l'autorisation écrite de l'APC. Les observations des membres seront bien accueillies et seront présentées au conseil ou comité approprié de l'APC. Prière d'adresser toute correspondance ou demande d'exemplaires au Président, Association des psychiatres du Canada au 141, avenue Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa ON K1P 5J3; téléphone: 613-234-2815; télécopieur: 613-234-9857; courriel. Email: president@cpa-apc.org. N° de référence 2019-43-R2

Citation suggérée O'Reilly RL, Hastings T, Chaimowitz GA, et coll. Ordonnances de traitement en milieu communautaire et autres de traitement ambulatoire obligatoire. *Revue canadienne de psychiatrie*. 2019;64(5):356–374.

Note: L'APC a comme politique de rédaction de réviser les énoncés de principes, les déclarations de principes et les guides de pratique clinique tous les cinq ans suivant leur publication initiale ou la dernière révision. Tout document du genre publié depuis plus de cinq ans, et sur lequel aucune indication ne précise que le texte a été révisé et retenu comme document officiel de l'APC, soit après révision ou tel que publié initialement, doit être considéré comme un document de référence seulement.

et qui satisfait à des critères additionnels doit se conformer à un plan de traitement tout en vivant dans la collectivité. Les personnes qui ont commis une infraction criminelle et qui ont l'obligation de respecter un plan de traitement imposé comme condition à leur implication avec le système de justice pénale sont exclues de cette définition, et ne font donc pas l'objet du présent exposé.

Contexte historique

Assurer la continuité des soins et des traitements aux patients associés au « syndrome de la porte tournante » s'est révélé l'un des principaux défis de la désinstitutionnalisation. Les psychiatres voient souvent des patients qui connaissent une rémission de leurs symptômes aigus lorsqu'ils sont traités à l'hôpital, mais qui interrompent leur traitement à répétition lorsqu'ils sont à l'extérieur du cadre hospitalier structuré. Le refus de se soumettre au traitement amène ensuite une détérioration de l'état clinique du patient, ce qui aboutit en définitive à une nouvelle hospitalisation involontaire. Les patients du « syndrome de la porte tournante » ont fait l'objet de bien des écrits, mais on ne s'attarde pas beaucoup sur les obstacles pratiques que doivent surmonter les professionnels de la santé qui tentent d'admettre de nouveau ces patients dont la situation satisfait les critères d'une hospitalisation involontaire. Ces patients cessent habituellement leurs relations avec le clinicien lorsqu'ils discontinuent leur traitement. Par conséquent, la détérioration de leur état mental échappe ainsi à leurs cliniciens. De plus, les cliniciens travaillant dans les juridictions où les critères d'hospitalisation volontaire sont fondés sur la dangerosité ne peuvent pas toujours cerner le moment précis où la maladie du patient exacerbe le danger pour lui ou les autres. Le TAO a été proposé à titre d'approche moins restrictive qu'une détention permanente ou répétée à l'hôpital afin de permettre aux patients d'être traités en sécurité dans des milieux communautaires.

L'APC soutient que lorsqu'un patient, qui n'a pas la capacité de prendre des décisions relatives au traitement, est susceptible de ne pas observer son traitement, ce qui pourrait provoquer ainsi une détérioration de son état et un risque de préjudice sérieux pour le patient ou d'autres, il est approprié sur les plans clinique et éthique d'envisager une approche préventive pour réduire ce risque. La législation sur la santé mentale devrait prévoir des dispositions qui respectent ces considérations cliniques et éthiques.

But du TAO

Le TAO a été proposé à l'origine comme étant une façon de prévenir les réhospitalisations fréquentes, mais les

psychiatres voient maintenant le TAO comme un dispositif pouvant répondre à l'objectif plus large de répondre aux besoins cliniques des personnes souffrant de maladie mentale grave dans des milieux communautaires, quand cette maladie empêche le patient d'accéder aux soins et aux traitements nécessaires. De fréquents épisodes de maladie perturbent la trajectoire de vie d'une personne en l'empêchant de franchir des étapes éducatives, sociales et professionnelles. Les psychiatres prônent une optique à long terme, soutenant les objectifs du modèle de rétablissement². L'hospitalisation peut toutefois être requise afin qu'un patient puisse être traité et atteindre un niveau de stabilité nécessaire pour fonctionner dans la collectivité. Les psychiatres ne voient donc pas la réduction de l'hospitalisation comme étant le but principal du TAO. En effet, de bons résultats en vertu du TAO peuvent faire suite à une augmentation initiale du nombre d'hospitalisations quand les patients, ayant des antécédents de non-observance au traitement et au suivi, sont étroitement surveillés par le personnel clinique après leur congé d'un milieu hospitalier.

Modèles du TAO

Les modalités d'application du TAO diffèrent de façon notable d'un lieu à un autre. Aux États-Unis, les tribunaux de nombreux états peuvent imposer à une personne de se conformer à un plan de traitement particulier tout en vivant dans la collectivité³. Ce modèle de TAO est habituellement appelé la mise sous garde extrahospitalière (MSGÉ). Contrairement à la MSGÉ, décrétée par un juge, quoique souvent à la demande d'un médecin, l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC) est en règle générale prescrite directement par le médecin et peut être révisée par un conseil d'examen selon la juridiction. Une personne peut être assujettie à une OTMC alors qu'elle séjourne à l'hôpital ou lorsqu'elle réside dans la collectivité.

La sortie conditionnelle, parfois désignée par l'expression congé conditionnel, est une autre forme de TAO d'usage courant en vertu de laquelle le patient hospitalisé involontairement est autorisé à quitter l'hôpital sous réserve qu'il respecte des conditions précises en milieu communautaire. En règle générale, il est toujours considéré comme étant un malade en garde involontaire qui satisfait encore aux critères d'hospitalisation pendant qu'il est en sortie.

Il existe deux modèles fondamentaux de TAO: le modèle de conciliation communautaire et le modèle de prévention. Dans le premier, les critères de TAO sont les mêmes que ceux du placement hospitalier. Le modèle de

conciliation communautaire peut être considéré comme étant une solution de rechange à l'admission involontaire, car il impose l'obligation de se soumettre au plan de traitement, mais permet au patient de vivre dans la collectivité. En vertu de ce modèle, le traitement est donc offert dans le milieu le moins contraignant: principe important qui sous-tend la législation sur la santé mentale^{4,5}. À titre d'exemple, citons la Loi sur la santé mentale de la Nouvelle-Zélande qui prévoit que la cour doit « ordonner un traitement en milieu communautaire à moins qu'elle ne juge que le patient ne pourra être traité de façon appropriée en consultation externe, auquel cas elle doit ordonner l'hospitalisation »⁶. Par opposition à ce modèle, le TAO préventif peut être imposé à un patient même si son état ne s'est pas détérioré au point qu'il satisfasse aux critères d'admission involontaire en vigueur. Dans plusieurs pays et autres entités politiques, toutefois, la législation précise qu'avant qu'une personne puisse être assujettie au TAO préventif, elle doit avoir une histoire établie d'inobservance au traitement ou avoir été admise en garde en établissement à maintes reprises.

Application actuelle du TAO

Le TAO est en usage dans plus de 75 pays et autres entités politiques, dont le Danemark, la Norvège, la Suède, l'Angleterre, le pays de Galles, l'Écosse, la Nouvelle-Zélande et tous les états de l'Australie⁷. La MSGE est utilisée dans certains endroits des États-Unis depuis plus de 40 ans⁸. En 2015, 46 états et le District de Columbia disposaient d'un règlement sur le placement sous garde autorisant la MSGE⁹.

La plupart des provinces du Canada ont des dispositions sur la sortie conditionnelle qui ont une durée limitée, mais en Colombie-Britannique et au Manitoba, la sortie conditionnelle peut être renouvelée indéfiniment sous réserve que le patient satisfasse toujours aux critères d'hospitalisation. L'Alberta¹⁰, la Saskatchewan¹¹, l'Ontario¹², le Nouveau-Brunswick¹³, la Nouvelle-Écosse¹⁴, Terre-Neuve-et-Labrador¹⁵, ont des dispositions qui soutiennent les OTMC. Au Québec, la cour peut ordonner à un patient ambulatoire d'accepter un traitement¹⁶.

Le TAO est-il efficace?

L'application du TAO comporte une restriction de certains droits de la personne et, conformément au principe de réciprocité¹⁷, doit être assortie d'avantages pour les patients qui doivent respecter un plan de traitement. L'évaluation de l'efficacité du TAO est complexe et possible seulement si l'on connaît le type de

TAO, le type de patient et les résultats cliniques escomptés.

La plupart des études évaluant l'efficacité du TAO utilisent la fréquence des hospitalisations comme principale mesure des résultats. Elles se basent d'une part sur la croyance que l'hospitalisation peut représenter un fonctionnement instable, et d'autre part sur les objectifs budgétaires des gouvernements qui souhaitent réduire l'hospitalisation, car elle est généralement plus coûteuse que de traiter un patient en milieu communautaire. Comme il a été mentionné, l'hospitalisation est souhaitable à certains moments et la réduire n'est pas toujours le résultat le plus approprié. D'autres résultats, comme la qualité de vie, sont plus difficiles à quantifier, mais sont probablement plus pertinents.

Les études d'évaluation du TAO peuvent être caractérisées comme étant des études miroir, des études avant-après (EAA) et des essais randomisés contrôlés (ERC). Dans les études miroir, les sujets agissent comme leurs propres témoins. Ces études indiquent presque toujours que le TAO réduit le recours à l'hospitalisation. L'étude miroir peut être menée rétrospectivement et les chercheurs ne sont pas tenus d'obtenir le consentement des sujets. Certaines études miroir comportent des milliers de sujets et parfois tous sont assujettis à un TAO dans un secteur donné^{18,19}. L'étude miroir présente l'importante faiblesse d'être susceptible à la régression à la moyenne. Les patients sont souvent soumis au TAO lorsqu'ils sont instables et qu'ils accumulent des hospitalisations répétées. Le hasard seul entraînerait une stabilité accrue et une réduction de l'hospitalisation.

Dans les études EAA, les chercheurs recrutent un groupe témoin apparié qui contribue à contrôler les effets de la régression. Bien que certaines EAA révèlent une réduction de l'hospitalisation et l'amélioration d'autres résultats chez les sujets soumis au TAO²⁰, d'autres études font état d'une réduction semblable dans le groupe témoin²¹. Dans le modèle de l'EAA, il est essentiel de sélectionner des témoins qui sont vraiment appariés pour les variables de confusion pertinentes. Le problème est particulièrement important quand on étudie le TAO car le manque de capacité d'autocritique et le refus de traitement sont souvent les raisons pour lesquelles les patients sont assujettis à une OTMC^{22,23}. Contrairement aux variables diagnostiques et démographiques, l'information sur l'autocritique et le refus de traitement n'est presque jamais systématiquement documentée dans le dossier clinique et par conséquent, elle n'est d'aucune utilité pour aider à l'appariement dans les études rétrospectives.

Toutes les études des modèles du TAO au Canada ont démontré une hospitalisation réduite et d'autres avantages pour les patients assujettis à une OTMC²⁴. Aucune de ces études n'a toutefois utilisé une méthode d'essai randomisé contrôlé (ERC).

Les ERC sont exempts des problèmes d'appariement et de régression et sont considérés comme étant la référence absolue pour établir la causalité dans l'étude de simples interventions. Il y a eu trois ERC du TAO²⁵⁻²⁷.

Dans l'ERC de la Caroline du Nord²⁵, des patients hospitalisés souffrant de maladie mentale grave à qui un congé a été autorisé en vertu d'une MSGE ont été affectés au hasard à demeurer sous une MSGE ou à être retirés d'une MSGE pendant un suivi de 12 mois. Les chercheurs ont constaté que les sujets soumis à la MSGE ne différaient pas des témoins à l'égard de la fréquence de réhospitalisation ou des journées cumulatives à l'hôpital durant le suivi de 12 mois. Cependant, les sujets qui ont vécu des périodes soutenues de MSGE pendant 180 jours ou plus étaient moins susceptibles d'être réhospitalisés et passaient moins de temps à l'hôpital que les patients dans le groupe témoin. Même si l'analyse post-hoc indique la possibilité que les patients qui ont moins bien réussi n'ont pas été maintenus en MSGE, les chercheurs ont constaté que les patients qui demeuraient en MSGE pendant six mois ou plus étaient plus incapables au début de l'étude que les patients qui passaient moins de six mois en MSGE²⁵.

Dans l'ERC de New York, la législature de l'état a promulgué une loi afin d'autoriser que la MSGE soit appliquée aux patients d'un seul hôpital de la ville New York. Les patients répartis au hasard dans le groupe de la MSGE ont été hospitalisés pendant 43 jours en moyenne dans les 11 mois de la période de suivi, comparativement aux 101 jours dans le groupe ayant reçu son congé sans être assujetti à une MSGE²⁶. Cette différence n'est pas statistiquement significative. Les auteurs précisent toutefois que ce défaut d'atteindre le seuil de signification statistique est probablement dû au nombre restreint de participants à l'étude.

Le troisième ERC comparait deux formes différentes de TAO menées en Angleterre²⁷. Des personnes hospitalisées involontairement ont été réparties au hasard à un congé assujetti à une OTMC ou à une sortie conditionnelle en vertu de l'article 17 de la Loi sur la santé mentale de 1983 de l'Angleterre et du pays de Galles²⁸. Cette étude n'a observé aucune différence du nombre d'hospitalisations dans la période du suivi de 12 mois entre ces deux formes de TAO. Parce qu'aucune contrainte ne gênait les décisions cliniques des cliniciens

de cette étude, près d'un quart des patients répartis au hasard à une sortie conditionnelle ont en fait obtenu leur congé en vertu d'une OTMC. En fait, au terme de la période de 12 mois de l'étude, les deux groupes avaient passé un temps considérable assujettis à des ordonnances communautaires: une moyenne de 241 jours pour le groupe OTMC et une moyenne de 135 jours pour le groupe de la sortie conditionnelle. Il est donc difficile de tirer des conclusions sur l'efficacité du TAO à partir de cette étude.

Plusieurs autres mesures des résultats ont été étudiées. Les patients soumis au TAO sont plus enclins à être fidèles aux services de santé mentale et à voir plus souvent leurs cliniciens^{20,21,29-34}. Ce lien amélioré avec les services de santé mentale persiste même lorsque le TAO est interrompu^{29,30}. La plupart des études font état de réductions significatives du comportement violent et des taux d'arrestation pour les patients soumis au TAO⁹. L'ERC de la Caroline du Nord a indiqué une réduction notable du risque de victimisation chez tous les patients en MSGE³⁵. D'autres études utilisant de vastes bases de données intégrées suggèrent que le TAO pourrait réduire les taux de mortalité^{36,37}.

L'influence du diagnostic ou du type de traitement n'a été prise en compte que dans quelques études. Swartz et coll.²⁵ mentionnent que les patients souffrant d'un trouble psychotique non affectif sont les plus susceptibles de bénéficier de la MSGE. Des études révèlent que les patients assujettis à une ordonnance de placement sous garde à qui l'on a prescrit un neuroleptique de longue action par voie injectable obtiennent de meilleurs résultats que les patients à qui l'on a prescrit un médicament en administration orale^{38,39}.

Des critiques suggèrent que le TAO puisse avoir des conséquences néfastes, comme l'érosion de la relation thérapeutique ou le fait d'inciter les professionnels à ne pas tenir compte de moyens moins coercitifs afin de favoriser l'observance thérapeutique⁴⁰⁻⁴³. Aucune donnée probante empirique ne vient étayer jusqu'à maintenant l'existence de ces effets nuisibles présumés. Toutefois, l'absence de données probantes sur les effets néfastes pourrait s'expliquer par le fait que les études n'évaluent pas précisément les effets délétères en question. Par conséquent, il importe que des études de conception rigoureuse se penchent sur ces aspects afin que les décideurs et les cliniciens puissent réduire au minimum les effets néfastes présumés du TAO.

Que pouvons-nous conclure à propos de l'efficacité du TAO sur la foi des données probantes conflictuelles de ces études? Certains commentateurs suggèrent que seules

les données probantes d'un ERC peuvent contribuer à déterminer si un TAO est efficace⁷. Cette position ignore les limites inhérentes de l'ERC pour évaluer le TAO. Contrairement aux études rétrospectives de structure symétrique ou EAA, l'ERC exige que les sujets donnent leur consentement éclairé. Dans l'ERC de Burns, 20% des patients possiblement appropriés qui ont été adressés à l'étude ont refusé leur consentement. Il semble que nombre d'autres patients n'ont pas été recommandés à l'étude en raison de symptômes de leur maladie comme l'hostilité ou le manque de coopération qui en auraient fait de mauvais candidats à l'ERC. Il peut en fait s'agir des personnes à qui le TAO peut procurer les plus grands bénéfices. En outre, le dilemme éthique que constitue la répartition aléatoire de personnes de telle sorte qu'elles soient soustraites aux dispositions d'un statut légal exige des compromis qui peuvent effriter la validité de l'étude. Par exemple, dans l'étude de New York, le service de police a refusé d'exercer ses pouvoirs en vertu de la loi qui s'appliquait à un seul hôpital, éliminant ainsi toute sanction pour la non-observance au TAO.

Le TAO est avant tout une intervention complexe. Contrairement aux interventions passives, par exemple un traitement pharmacologique, les interventions complexes sont actives, et produisent leurs effets à la faveur des actions, du raisonnement et des réactions de nombreux participants. Pour le TAO, ces participants comprennent des patients; des cliniciens; des mandataires; des organismes communautaires; des policiers et des tribunaux ou des conseils d'examen. En outre, la législation sur le TAO varie notablement d'un secteur à l'autre en ce qui concerne qui peut les mettre en place, les caractéristiques des patients qui peuvent y être assujettis, les pouvoirs délégués aux cliniciens et la charge bureaucratique requise pour commencer et maintenir un TAO chez un patient⁴⁴. Les spécialistes de l'évaluation ne considèrent pas les ERC dans une position privilégiée quand ils évaluent des interventions complexes; ils recommandent plutôt d'utiliser une gamme de méthodologies de recherche afin de saisir cette complexité⁴⁵⁻⁴⁷.

L'expérience des cliniciens qui travaillent auprès de personnes souffrant de maladie mentale grave constitue une importante source d'information additionnelle. De nombreux cliniciens mentionnent qu'ils ont jugé le TAO efficace pour des patients qui sont par ailleurs difficiles à traiter^{23,48,49}.

Alors qu'aucune des études considérées de façon isolée n'est concluante, elles appuient dans l'ensemble la thèse voulant que le TAO procure divers bienfaits à un sous-

groupe de patients souffrant de maladie mentale grave et persistante⁵⁰. Plutôt que de demander « le TAO est-il efficace? », une question plus judicieuse est « quel type de TAO, appliqué de quelle façon, dans quels milieux, pour quel type de patient peut améliorer quels résultats? » Les sections suivantes discutent des éléments qui peuvent améliorer l'efficacité du TAO et protéger les droits des patients traités selon des modèles de TAO.

Exigences liées à l'hospitalisation antérieure

Toutes les provinces canadiennes qui ont légiféré sur le TAO, à l'exception du Nouveau-Brunswick, exigent que les patients soumis à une OTMC satisfassent aux critères d'hospitalisation involontaire de la province. Toutefois, plusieurs provinces exigent également qu'avant qu'un patient soit assujetti à une OTMC, il doit avoir été hospitalisé un nombre de fois spécifique ou pour un nombre de jours précis. Par exemple, en Nouvelle-Écosse, avant d'être admissibles à une OTMC, les patients doivent avoir été hospitalisés involontairement au moins à deux occasions distinctes ou pendant au moins 60 jours au cours des deux années précédentes. L'exigence d'une hospitalisation involontaire antérieure exclut de nombreux patients appropriés qui pourraient être traités par OTMC. La demande de lits d'hôpitaux est croissante, et il est plus rare désormais qu'un patient passe plusieurs semaines à l'hôpital. Quand la loi sur l'OTMC exige qu'un patient satisfasse aux critères de garde involontaire, l'ajout d'une exigence d'hospitalisation antérieure aura pour effet que certaines personnes soient détenues à l'hôpital plutôt que d'être traitées dans un milieu communautaire moins contraignant. Ces exigences d'hospitalisation antérieure ne font pas partie des lois de la plupart des autres administrations internationales. Les psychiatres canadiens se préoccupent que ce type d'exigence limite l'utilisation de l'OTMC pour les patients qui souffrent d'une maladie chronique assortie de déficits établis, et que l'utilisation de l'OTMC soit exclue pour de nombreux patients quand il y aurait une possibilité de prévenir les effets indésirables à long terme causés par des épisodes récurrents de maladie et de traitement retardé. L'Alberta et le Nouveau-Brunswick ont créé des dispositions qui permettent aux personnes ayant un type de comportement susceptible d'entraîner des dommages ou une détérioration, d'être soumises à une OTMC sans hospitalisation antérieure. L'APC mentionne que de nombreuses personnes souffrant d'une maladie mentale grave causant leur incarcération en prison bénéficieraient d'une période de prise en charge en vertu d'une OTMC, mais qu'elles ne sont pas admissibles parce

qu'elles ont été en prison et qu'elles ne répondent pas aux exigences d'hospitalisation antérieure. La loi de l'Alberta reconnaît le temps passé en prison comme étant l'équivalent d'une hospitalisation antérieure, un compromis pratique si l'hospitalisation antérieure est exigée.

Consentement et autorisation de traitement

L'APC croit qu'une évaluation du consentement à la prise de décision au traitement est essentielle pour tout plan de traitement communautaire parce qu'il n'est pas approprié d'obliger une personne apte à prendre des décisions en matière de traitement à se conformer à un plan de traitement dans la collectivité. Toutefois, les critères d'évaluation de l'aptitude à consentir au traitement prévus dans la législation doivent être déterminés de sorte que la personne en état de psychose encline à adopter un comportement dangereux dans la collectivité soit contrainte de s'y soumettre. À ce sujet, Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan ont opté pour des critères stricts de « pleine capacité » tant en ce qui a trait au placement hospitalier qu'au TAO.

En certaines circonstances, un patient apte peut consentir au TAO et à ses restrictions. Cette éventualité est prise en considération dans les dispositions sur l'OTMC de la législation de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick.

L'hospitalisation involontaire au Canada est autorisée par les médecins, sauf au Québec, où un tribunal l'autorise, habituellement suivant une demande d'un médecin. Réciproquement, les médecins autorisent le TAO dans la plupart des provinces. Cependant, en Ontario et au Nouveau-Brunswick, ordonner un TAO nécessite le consentement d'un patient apte ou d'un mandataire si le patient est inapte. Il est à noter qu'au Nouveau-Brunswick, si le mandataire refuse de consentir à une OTMC, un psychiatre peut faire la demande à un conseil d'examen de fournir le consentement requis s'il est jugé être dans le meilleur intérêt du patient⁵¹.

Qui devrait autoriser le traitement précisé dans l'ordonnance de traitement en milieu communautaire dans le scénario le plus fréquent où le patient est inapte? Deux modèles d'autorisation de traitement pour les patients hospitalisés de façon involontaire sont en vigueur au Canada: le modèle « public » et le modèle « privé »⁵². Dans le modèle public, un représentant de l'État (une cour, un tribunal, un administrateur hospitalier ou un médecin de l'hôpital) prend les décisions au nom du patient inapte et, dans certains territoires ou provinces, au nom d'un patient capable

admis de façon involontaire. À l'opposé, le modèle privé veut que les décisions soient prises par le patient s'il est capable, ou par son mandataire dans le cas contraire. Bien que l'examen approfondi des deux modèles soit hors de propos ici, aucun des deux n'est dénué d'avantages ou de désavantages⁵². La plupart des instances opteront probablement pour le même modèle d'autorisation de traitement à l'égard du TAO que celui utilisé pour l'hospitalisation involontaire.

Peu importe qui donne le consentement au traitement, le psychiatre devrait tenter d'engager le patient, et le cas échéant, la famille et les aidants du patient, à l'élaboration du plan de traitement obligatoire. En particulier, ces parties devraient être consultées au sujet de leurs préférences en matière de traitement, et autant que possible, ces préférences devraient être intégrées dans le plan de traitement. Le plan de traitement devrait être bien défini et concis de sorte que le patient puisse facilement comprendre ce qui est attendu. Une copie du plan de traitement devrait être fournie au patient, et le cas échéant, à la famille et aux aidants du patient.

Durée du TAO

Le TAO est utilisé le plus souvent dans la prise en charge des patients qui souffrent d'une maladie mentale grave et persistante et qui ne peuvent discerner le besoin d'un traitement. De brèves périodes de traitement imposé ne pallieront vraisemblablement pas la non-observance thérapeutique dont font preuve ces patients. Les chercheurs de l'ERC de la Caroline du Nord ont observé que les patients doivent être soumis à une MSGE pendant au moins six mois avant de connaître de meilleurs résultats^{25,35,53}. En outre, dans une vaste étude de New York, les chercheurs ont constaté que les sujets soumis à une ordonnance de MSGE d'une durée de six mois ou moins avaient de meilleurs résultats, mais seulement quand les services de traitement communautaire dynamique ou de gestion de cas se poursuivaient⁵⁴. En revanche, les sujets qui étaient assujettis à une MSGE pendant sept mois ou plus maintenaient l'amélioration de leur état après la fin de la MSGE, indépendamment qu'ils continuent ou non à recevoir ces services cliniques intensifs. Rohland et coll. ont observé de meilleurs résultats quand la MSGE s'étendait à plus d'un an³². Bien que le TAO doive continuer uniquement aussi longtemps que nécessaire, ces résultats de recherche et une vaste expérience clinique suggèrent que nombre de patients ont besoin d'au moins une année de traitement obligatoire avant d'atteindre une certaine stabilité.

Conséquences de la non-observance

La conséquence de l'infidélité au TAO est la nécessité d'admettre le patient de nouveau à l'hôpital.

Habituellement, la loi autorise le médecin à faire intervenir les policiers qui se chargeront d'amener la personne qui ne respecte pas le TAO à l'hôpital en vue d'une évaluation. Le psychiatre et/ou autres cliniciens devraient tenter d'obtenir la coopération volontaire avec les critères du TAO avant que la personne ne soit détenue. La législation de certaines régions l'exige explicitement. Par exemple, la législation de l'Ontario demande que des efforts raisonnables soient tentés afin d'informer le patient qu'il ou elle est en violation de l'OTMC et d'aider le patient à se conformer aux critères de l'OTMC⁵⁵.

La non-observance au traitement en soi ne constitue pas un motif d'hospitalisation involontaire. Cependant, comme il a été mentionné, les patients qui sont assujettis à une TAO de type conciliation communautaire comme l'OTMC sont encore tenus de satisfaire aux critères d'hospitalisation involontaire de la juridiction, et donc, le psychiatre détiendra habituellement l'option de réhospitaliser le patient si celui-ci refuse le traitement. À l'inverse, un patient soumis à un TAO préventif ne satisfait pas nécessairement aux critères de placement de l'endroit. Le statut préventif du TAO est le plus compatible avec la législation qui permet le placement sous garde civil pour les personnes dont l'état risque de se détériorer.

Même dans les secteurs qui utilisent le TAO de conciliation communautaire, les médecins sont probablement plus à l'aise de permettre aux patients de résider dans la collectivité lorsqu'ils satisfont aux critères de détérioration plutôt qu'à ceux de dangerosité. Le médecin assume une responsabilité importante lorsqu'il détermine qu'un patient est dangereux (soit pour lui-même, soit pour d'autres personnes) et que, pourtant, il l'autorise à poursuivre son traitement dans la collectivité.

Caractère adéquat des services offerts dans la collectivité

Bien que l'APC reconnaisse le besoin d'un usage prudent des services d'hospitalisation, il arrive parfois que les patients nécessitent une hospitalisation. Le TAO ne doit pas être utilisé pour épargner les coûts des soins hospitaliers lorsque ces services sont indiqués du point de vue clinique. En outre, la prise obligatoire de psychotropes n'exclut en rien l'accès à la gamme complète des services de santé mentale. Par conséquent, les patients pris en charge dans le cadre d'un TAO, quelle qu'en soit la forme, doivent avoir accès à toute la

gamme des services psychiatriques nécessaires. Certains patients peuvent être pris en charge par un psychiatre, ou par un psychiatre qui collabore étroitement avec le médecin de famille du patient, mais bien des patients qui sont assujettis à un modèle de TAO ont des besoins complexes qui nécessitent de fréquents contacts cliniques²⁵. Les équipes de traitement communautaire de traitement intensif ou des équipes de gestion de cas intensif sont souvent utiles pour répondre à ces besoins et encourager les patients à respecter les plans de traitement prescrits par le TAO. L'APC est particulièrement soucieuse d'éviter que la prescription de psychotropes, en atténuant les symptômes aigus, facilite l'insertion communautaire, mais plonge le patient dans un milieu moins adéquat en raison de l'absence de suivi et de services de réadaptation.

La plupart des provinces ont des dispositions selon lesquelles les services de soutien nécessaires à l'exécution des OTMC doivent être offerts dans la collectivité. Des dispositions semblables en ce qui concerne la sortie conditionnelle sont précisées dans la Loi sur la santé mentale de la Colombie-Britannique et celle du Manitoba. L'APC appuie sans réserve la présence dans la législation de ces dispositions à l'appui de l'OTMC et de la sortie conditionnelle.

La plupart des patients soumis à un TAO doivent prendre des médicaments et se présenter à des rendez-vous avec des cliniciens^{56,57}. Une ordonnance de traitement peut dicter la prestation d'autres services comme du counseling en matière de toxicomanie, une formation axée sur les aptitudes à maîtriser la colère ou la participation à un programme d'hôpital de jour. Certains patients ont besoin d'aide et de supervision additionnelles pour vivre en sécurité en milieu communautaire, et un séjour dans un foyer de groupe peut être indiqué dans l'ordonnance de traitement. Les psychiatres doivent examiner les enjeux juridiques et éthiques de l'inclusion d'un placement résidentiel dans une ordonnance de traitement⁵⁸.

L'APC est d'avis que, lorsque le patient est obligé de prendre des psychotropes, le médecin traitant et la société doivent faire en sorte que le meilleur traitement disponible soit offert. Les aspects financiers ne devraient pas entraver la capacité du médecin à choisir le médicament qu'il croit être le plus sûr et le plus efficace pour la situation clinique. De plus, il est illogique de penser que le patient assumera les frais d'un traitement auquel il ne consent pas. C'est pourquoi il importe de mettre sur pied un système qui couvrira les coûts des médicaments de ces patients.

Les psychotropes ont amélioré de façon remarquable la vie des personnes aux prises avec une maladie mentale grave. Néanmoins, le médecin doit être conscient qu'ils peuvent tous causer des effets indésirables. Certains effets néfastes, comme le gain de poids et le risque de dyskinésie tardive, augmentent avec la durée d'utilisation. Lorsqu'un traitement médicamenteux est imposé à un patient, il incombe au médecin traitant de surveiller étroitement les effets indésirables et d'étudier d'autres options thérapeutiques. Lorsqu'un mandataire intervient au nom du patient, il doit être informé des effets indésirables éprouvés par le patient et des options thérapeutiques de rechange.

La société devrait-elle obliger des personnes récalcitrantes à bénéficier de services de santé mentale alors que d'autres personnes y consentiraient volontiers, mais n'y ont pas accès? L'APC fait remarquer que dans toutes les disciplines de la médecine, les personnes les plus gravement malades se voient accorder un accès prioritaire aux ressources limitées. Les patients sont admissibles au TAO parce qu'ils souffrent d'une maladie incapacitante grave. Du point de vue éthique, il serait injustifiable de ne pas offrir ces services à des personnes vulnérables tout simplement parce que leur maladie les empêche de consentir volontairement au traitement.

Droits et garanties

À l'instar de l'hospitalisation involontaire et du traitement obligatoire en milieu hospitalier, le TAO limite certains droits de la personne. Il est donc essentiel que la personne bénéficie d'une évaluation indépendante de la nécessité du TAO. La façon la plus efficace de le faire est d'avoir recours à la même procédure que celle en place pour évaluer l'hospitalisation involontaire et la capacité à consentir au traitement. Dans le cadre de cette procédure, le patient devrait avoir le droit de demander que soit examinée la nécessité de poursuivre le TAO. L'APC estime approprié de prévoir un examen annuel obligatoire. Toutefois, dans le cas où un patient ne conteste pas le TAO, il peut être plus judicieux qu'un psychiatre du conseil d'examen mène une étude du dossier et qu'il ait la capacité de demander des documents additionnels ou une évaluation complète du conseil d'examen si l'étude du dossier soulève des questions.

Comme c'est le cas dans l'hospitalisation involontaire, le patient devrait avoir le droit d'interjeter appel d'une décision défavorable devant la cour. Le patient devrait donc avoir accès aux services d'un avocat, dont les honoraires devraient être assumés par l'État lorsque la situation financière du patient est précaire. Tous les

patients assujettis à un TAO devraient se voir décrire leurs droits en bonne et due forme.

Les intervalles prévus par la législation qui exigent le renouvellement des certificats de TAO procurent une assurance additionnelle que les médecins et autres prestataires de soins de santé examinent régulièrement la pertinence du plan et qu'ils évaluent si le patient se conformerait au plan en l'absence d'une ordonnance de traitement. La durée entre les renouvellements devrait faire l'équilibre entre la protection offerte par les examens fréquents et les difficultés associées à la charge administrative excessive imposée aux cliniciens.

Résumé

L'APC juge que le TAO est nécessaire chez certains patients qui ne disposent pas de la capacité d'autocritique nécessaire pour se conformer d'eux-mêmes à un régime thérapeutique dans la collectivité. L'Association reconnaît les avantages du modèle de conciliation communautaire de TAO quand il est utilisé de concert avec les critères d'hospitalisation volontaire et qu'un de ces critères inclut la détérioration.

Le TAO ne doit pas être vu comme un substitut à la prestation des services appropriés. La gamme complète des services psychiatriques et de soutien communautaire doit être offerte aux patients. L'APC recommande que la législation à l'appui du TAO précise la nécessité d'offrir dans la collectivité les services nécessaires pour appuyer la prise en charge ambulatoire.

Les patients obligés de respecter un traitement doivent recevoir celui qui est le plus approprié sur le plan clinique. La société devrait couvrir les coûts des médicaments et d'autres traitements prescrits aux patients assujettis à un TAO.

Les patients assujettis à un TAO doivent être informés de leurs droits. Ils doivent avoir la possibilité de demander que soit examinée la nécessité du TAO par un tribunal indépendant, et un examen obligatoire devrait avoir lieu chaque année.

Bibliographie

1. O'Reilly RL, Brooks SA, Chaimowitz GA, et coll. Le traitement ambulatoire obligatoire. [APC énoncé de principe 2010-43-R1]. Ottawa, Canada: Association des psychiatres du Canada; 2010.
2. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatr Rehabil J*. 1993;16(4):11-23.
3. Swartz MS, Hoge SK, Pinals DA, et al. Resource document on involuntary outpatient commitment and related programs of assisted outpatient treatment. American Psychiatric Association, 2015.

- Accessed online August 28th 2017. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/search-directories-databases/library-and-archive/resource-documents>.
4. Munetz MR, Geller JL. The least restrictive alternative in the postinstitutional era. *Hosp Community Psychiatry*. 1993;44(10):967-973.
 5. O'Reilly RL, Chaimowitz G, Brunet A, et al. Principles underlying mental health legislation. [CPA position paper]. *Can J Psychiatry*. 2010;55(10):Insert 1-6.
 6. New Zealand Mental Health (Compulsory Assessment and Treatment) Act, 1992. No. 46 s. 28(2). Wellington (NZ): Parliament of New Zealand; 1992.
 7. Rugkåsa J. The effectiveness of community treatment orders: the international evidence. *Can J Psychiatry*. 2016;61(1):15-24.
 8. Torrey EF, Kaplan R. A national survey of the use of outpatient commitment. *Psychiatr Serv*. 1995;46(8):778-784.
 9. Swartz MS, Bhattacharya S, Robertson AG, et al. Involuntary outpatient commitment and the elusive pursuit of violence prevention: a view from the United States. *Can J Psychiatry*. 2017;62(2):102-108.
 10. Mental Health Act, RSA 2000, c M-13, s. 9.1-9.7.
 11. Mental Health Services Act S.S. 1984-85,-86, c. M-13.1 as amended by 1993, c. 59, s. 24.2-s. 24.7.
 12. Loi sur la santé mentale, L.R.O. 1990, chapitre M.7, art. 33.1 - art. 33.9.
 13. Loi sur la santé mentale, LRN-B 1973, c M-10, art. 34.01-art. 34.1
 14. Involuntary Psychiatric Treatment Act, S.N.S. 2005, c. 42, s. 47- s. 59.4.
 15. Mental Health Care and Treatment Act, SNL 2006, c M-9.1, s. 40-s. 54.
 16. Nakhost A, Perry JC, Frank D. Assessing the outcome of compulsory treatment orders on management of psychiatric patients at 2 McGill University-associated hospitals. *Can J Psychiatry*. 2012;57(6):359-365.
 17. Eastman N. Mental health law: civil liberties and the principle of reciprocity. *BMJ*. 1994;308:43-45.
 18. Fernandez GA, Nygard S. Impact of involuntary outpatient commitment on the revolving-door syndrome in North Carolina. *Hosp Community Psychiatry*. 1990;41(9):1001-1004.
 19. Taylor M, Macpherson M, Macleod C, et al. Community treatment orders and reduced time in hospital: a nationwide study, 2007-2012. *BJPsych Bull*. 2016;40(3):124-126.
 20. Swartz MS, Wilder CM, Swanson JW, et al. Assessing outcomes for consumers in New York's Assisted Outpatient Treatment Program. *Psychiatr Serv*. 2010;61:976-981.
 21. Preston NJ, Kisely S, Xiao J. Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: epidemiological study in Western Australia. *BMJ*. 2002;324:1244-1246.
 22. DeRidder R, Molodynski A, Manning C, et al. Community treatment orders in the UK 5 years on: a repeat national survey of psychiatrists. *BJPsych Bull*. 2016;40(3):119-123.
 23. O'Reilly R, Corring D, Richard J, et al. Do intensive services obviate the need for CTOs? *Int J Law Psychiatry*. 2016;47:74-78.
 24. Kisely S. Canadian studies on the effectiveness of community treatment orders. *Can J Psychiatry*. 2016;61(1):7-14.
 25. Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, et al. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *Am J Psychiatry*. 1999;156(12):1968-1975.
 26. Steadman HJ, Gounis K, Dennis D, et al. Assessing the New York involuntary outpatient commitment pilot program. *Psychiatr Serv*. 2001;52(3):330-336.
 27. Burns T, Rugkåsa J, Molodynski A, et al. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2013;381:1627-1633.
 28. Mental Health Act 1983, s. 17.
 29. Van Putten RA, Santiago JM, Berren MR. Involuntary outpatient commitment in Arizona: a retrospective study. *Hosp Community Psychiatry*. 1988;39(9):953-958.
 30. Hiday VA, Scheid-Cook TL. Outpatient commitment for 'revolving-door' patients: compliance and treatment. *J Nerv Ment Disord*. 1991;179(2):83-88.
 31. Munetz MR, Grande T, Kleist J, et al. The effectiveness of outpatient civil commitment. *Psychiatr Serv*. 1996;47:1251-1253.
 32. Rohland BM, Rohrer JE, Richards CC. The long-term effect of outpatient commitment on service use. *Adm Pol Ment Health*. 2000;27(6):383-394.
 33. O'Brien AM, Farrell SJ, Faulkner S. Community treatment orders: beyond hospital utilization rates examining the association of community treatment orders with community engagement and supportive housing. *Community Ment Health J*. 2009;45(6):415-419. DOI 10.1007/s10597-009-9203-x.
 34. Kisely S, Preston N, Xiao J, et al. (A) An eleven-year evaluation of the effect of community treatment orders on changes in mental health service use. *J Psychiatr Res*. 2013;47(5):650-656. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2013.01.010
 35. Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, et al. Impact of outpatient commitment on victimization of people with severe mental illness. *Am J Psychiatry*. 2002;159(8):1403-1411.
 36. Segal SP, Burgess PM. Effect of conditional release from hospitalization on mortality risk. *Psychiatr Serv*. 2006;57(11):1607-1613.
 37. Kisely S, Preston N, Xiao J, et al. (B) Reducing all-cause mortality among patients with psychiatric disorders: a population-based study. *CMAJ*. 2013;185(1):E50-E56. DOI: 10.1503/cmaj.121077
 38. Vaughan K, McConaghy N, Wolf C, et al. Community treatment orders: relationship to clinical care, medication compliance, behavioural disturbance and readmission. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34(54):801-808.
 39. Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, et al. Effects of involuntary outpatient commitment and depot antipsychotics on treatment adherence in persons with severe mental illness. *J Nerv Ment Disease*. 2001;189(9):583-592.
 40. Mulvey EP, Geller JL, Roth LH. The promise and peril of involuntary outpatient commitment. *Am Psychol*. 1987;42(6):571-584.
 41. Moncrieff J, Smyth M. Community treatment orders-a bridge too far? *Psychiatr Bull*. 1999;23:644-646.
 42. Hoge MA, Grottole E. The case against outpatient commitment. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2000;28(2):165-170.
 43. Allen M, Smith VF. Opening Pandora's box: the practical and legal dangers of involuntary outpatient commitment. *Psychiatr Serv*. 2001;52(3):342-346.

44. O'Reilly R, Vingilis E. Are randomized control trials the best method to assess the effectiveness of community treatment orders? *Adm Policy Ment Health*. 2018;45:565.
45. Chen H-T. *Practical program evaluation: assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications Inc.; 2005.
46. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008;337:a1655. DOI: 10.1136/bmj.a1655
47. Donaldson S. I. *Program theory-driven evaluation science: strategies and applications*. New York (NY): Laurence Erlbaum Assoc; 2007.
48. Telson H. Outpatient commitment in New York: from pilot project to state law. *George Mason Univ Civ Rights Law J*. 2000;11:41-82.
49. Gibbs A., Dawson J, Mullen R. Community treatment orders for people with serious mental illness: A New Zealand study. *Br J Soc Work*. 2006;36:1085-1100.
50. Swanson JW, Swartz MS. Why the evidence for outpatient commitment is good enough. *Psychiatr Serv*. 2014;65(6):808-811.
51. Mental Health Act, RSNB 1973, c M-10, s. 34.02(2).
52. Gray JE, Shone MA, Liddle PF. *Canadian mental health law and policy*. 2nd edition. Toronto (ON): LexisNexis Canada Inc.; 2008.
53. Swanson JW, Swartz MS, Borum R, et al. Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *Br J Psychiatry*. 2000;76:324-331.
54. Van Dorn RA, Swanson JW, Swartz MS, et al. Continuing medication and hospitalization outcomes after assisted outpatient treatment in New York. *Psychiatr Serv*. 2010;61(10):982-987.
55. Mental Health Act, R.S.O. 1990, c. M.7, 2000, s. 33.3(2)(b).
56. Smith M, Branton T, Cardno A. Is the bark worse than the bite? Additional conditions used within community treatment orders. *Psychiatr Bull*. 2014;38(1):9-12.
57. Patel MX, Matonhodze J, Baig MK, et al. Increased use of antipsychotic long-acting injections with community treatment orders. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2011;1(2):37-45.
58. Dawson J, O'Reilly R. Residence conditions on community treatment orders. *Can J Psychiatry*. 2015;60(11):523-527.