

Survol de l'organisation des services de santé mentale forensique à travers le monde : vers un modèle hiérarchisé-équilibré

Overview of the Organisation of Forensic Mental Health Services Internationally: Towards a Balanced Care Model

Anne G. Crocker, Marichelle Leclair, Félix Albert Bélanger et Jamie Livingston

Volume 47, numéro 1, printemps 2022

Santé mentale et justice

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1094150ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1094150ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Crocker, A. G., Leclair, M., Bélanger, F. A. & Livingston, J. (2022). Survol de l'organisation des services de santé mentale forensique à travers le monde : vers un modèle hiérarchisé-équilibré. *Santé mentale au Québec*, 47(1), 181-217. <https://doi.org/10.7202/1094150ar>

Résumé de l'article

Objectif L'objectif du présent article est de fournir un survol de l'organisation des services de santé mentale forensique dans le monde. En particulier, nous avons tenté de répondre à la question suivante : « Quelles caractéristiques systémiques doivent être considérées dans la structure et l'organisation des services de santé mentale forensique ? »

Méthodes Pour ce faire, nous avons synthétisé l'information publiquement accessible qui décrit l'organisation des systèmes de psychiatrie légale dans le monde, identifiée à travers Academic Search Complete (EBSCO), ProQuest Central, Scopus, PsycInfo, Google Scholar et Google. Nous identifions les principes directeurs de l'organisation des services de psychiatrie légale et les indices potentiel de mesure de qualité des services.

Résultats Cette recension sert de tremplin à l'élaboration de meilleures pratiques d'organisation des services de psychiatrie légale. Selon ces lignes directrices, un système de santé mentale forensique efficace inclurait les éléments suivants : un continuum complet de services hiérarchisés, l'intégration de services dans le système, l'adéquation des services aux besoins des personnes, l'adhésion aux principes de droits de la personne, la réponse à la diversité de la population et l'utilisation des meilleures données disponibles pour effectuer des changements systémiques.

Conclusion Bien que tous ces principes soient importants, nous détaillons comment les trois premiers (continuum, intégration et adéquation des services) peuvent s'appliquer à l'organisation des services de santé mentale forensique et proposons un continuum de services de santé mentale forensique hiérarchisés et intégrés.

Survol de l'organisation des services de santé mentale forensique à travers le monde : vers un modèle hiérarchisé-équilibré

Anne G. Crocker^a

Marichelle Leclair^b

Félix Albert Bélanger^c

Jamie Livingston^d

RÉSUMÉ Objectif L'objectif du présent article est de fournir un survol de l'organisation des services de santé mentale forensique dans le monde. En particulier, nous avons tenté de répondre à la question suivante: « Quelles caractéristiques systémiques doivent être considérées dans la structure et l'organisation des services de santé mentale forensique? »

Méthodes Pour ce faire, nous avons synthétisé l'information publiquement accessible qui décrit l'organisation des systèmes de psychiatrie légale dans le monde, identifiée à travers Academic Search Complete (EBSCO), ProQuest Central, Scopus, PsycInfo, Google Scholar et Google. Nous identifions les principes directeurs de l'organisation des services de psychiatrie légale et les indices potentiel de mesure de qualité des services.

-
- a. Ph. D., professeure titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie et École de criminologie, Université de Montréal; Directrice recherche et enseignement universitaire, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.
 - b. Candidate au Ph. D., Département de psychologie, Université de Montréal; Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.
 - c. Candidat au Ph. D., Département de psychologie, Université de Montréal; Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.
 - d. Ph.D., Associate professor, Department of Sociology and Criminology, Ste-Mary's University.

Résultats Cette recension sert de tremplin à l'élaboration de meilleures pratiques d'organisation des services de psychiatrie légale. Selon ces lignes directrices, un système de santé mentale forensique efficace inclurait les éléments suivants : un continuum complet de services hiérarchisés, l'intégration de services dans le système, l'adéquation des services aux besoins des personnes, l'adhésion aux principes de droits de la personne, la réponse à la diversité de la population et l'utilisation des meilleures données disponibles pour effectuer des changements systémiques.

Conclusion Bien que tous ces principes soient importants, nous détaillons comment les trois premiers (continuum, intégration et adéquation des services) peuvent s'appliquer à l'organisation des services de santé mentale forensique et proposons un continuum de services de santé mentale forensique hiérarchisés et intégrés.

MOTS CLÉS psychiatrie légale, services médico-légaux, troubles mentaux, criminalité, organisation des services

Overview of the Organisation of Forensic Mental Health Services Internationally: Towards a Balanced Care Model

ABSTRACT Objective The objective of this paper is to provide an overview of the provision and organization of forensic mental health services around the world. In particular, we attempt to address the following question: What system-level characteristics are important to consider in relation to the organization and structure of forensic mental health services?

Methods To do so, we synthesize publicly accessible information, identified through Academic Search Complete (EBSCO), ProQuest Central, Scopus, PsycInfo, Google Scholar and Google, to describe how forensic systems are organized throughout the world. We examine the fundamental principles in the organization of services and examine potential quality indicators.

Results This review is a steppingstone for the identification of best practices. Based on these fundamental principles, an efficient forensic mental health system would include the following elements: providing a comprehensive and balanced continuum of services; integrating services within and between systems; matching services to individual need; adhering to human rights; responding to population diversity; and using the best available evidence to make system-wide improvements.

Conclusion Though all of these system-level principles are important, we focus on how the first three (service continuum, system integration, and service matching) may be applied to the organization of forensic mental health services.

KEYWORDS forensic psychiatry, mental disorder, severe mental illness, criminal justice involvement, service provision

Les systèmes de santé mentale forensique¹ ont significativement évolué au cours des 50 dernières années un peu partout à travers le monde, tout comme la diversité des services et des pratiques (Jansman-Hart et coll., 2011a; Priebe et coll., 2008a). Cette évolution s'est opérée en fonction des cadres juridiques, des environnements sociosanitaires et des contextes socioculturels plus généraux. Parallèlement, une augmentation importante du nombre de personnes prises en charge par ces systèmes de santé mentale forensique a été observée à travers le monde, en particulier en occident (Jasman-Hart et coll., 2011). Les hypothèses véhiculées afin d'expliquer cet accroissement ont longtemps porté sur le processus de désinstitutionnalisation et l'augmentation de comportements violents chez les personnes ayant des troubles mentaux. Il est maintenant reconnu que ces hypothèses sont fausses (Large et Nielssen, 2009; Mundt et coll., 2015) d'une réalité beaucoup plus complexe (Roth, 2021). Plusieurs facteurs ont plutôt contribué à cette augmentation de la demande de soins spécialisés, dont les changements législatifs aux Codes criminels et civils² qui balisent davantage l'utilisation de dispositions de soins sous contraintes, la réduction constante de lits dans les institutions psychiatriques, l'inadéquation des services de santé mentale dans la collectivité pour des personnes ayant des besoins complexes, le manque criant de ressources communautaires psychosociales et l'intolérance de la population générale face aux comportements parfois dérangeants de certaines personnes ayant des problèmes de santé mentale (Jansman-Hart et coll., 2011b; Lamb, 2009; Priebe et coll., 2008b; Rock, 2001; Smith et coll., 2020; Whitley et Berry, 2013; Whitley et Prince, 2005). Ces conditions structurelles et systémiques font que le système de justice est de plus en plus utilisé comme levier d'accès à des soins spécialisés, qui sont outillés pour répondre aux besoins complexes des personnes ayant des troubles mentaux graves et des comportements jugés comme étant antisociaux ou de violence. Cette priorisation judiciaire des soins est par ailleurs désignée par certains observateurs comme la « forensification » de la santé mentale (Alford, 2002; Seto et coll., 2001).

-
1. Les systèmes de santé mentale forensique offrent des services d'évaluation et des soins aux personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères et posant un risque envers les autres ou ayant eu des démêlés avec la justice, dans des conditions de sécurité thérapeutique dans les hôpitaux, dans la communauté ou dans les institutions correctionnelles.
 2. Aussi appelés « Lois sur la santé mentale » ou *Mental Health Acts*.

En plus de soulever un certain nombre de questions humanitaires ainsi que des questions concernant la capacité des services réguliers de santé mentale à prendre en charge les soins des patients aux comportements parfois perturbateurs, cette tendance engendre des coûts économiques importants. En Alberta (Canada) par exemple, le coût annuel des services de santé mentale forensique est estimé à 275 000 CAD par personne (Jacobs et coll., 2016), soit presque 5 fois les coûts en santé mentale générale, ce qui est comparable aux coûts d'autres juridictions dans le monde (Avramenko et coll., 2009 ; Barrett et coll., 2005). Bien qu'il existe très peu d'études sur le coût-efficacité de différentes approches en santé mentale forensique, ces coûts soulèvent d'importantes questions sur l'optimisation du recours au système de santé mentale forensique, particulièrement aux milieux institutionnels pour les personnes présentant peu de risque de récidive violente.

L'objectif de cet article est de synthétiser des points saillants de la littérature scientifique, de la littérature grise et de la documentation web concernant la prestation des services de santé mentale forensique à travers le monde. La version exhaustive de cette recension est disponible dans le *Handbook of Forensic Mental Health Services* (Crocker et coll., 2017). Dans le cadre de la présente réflexion, nous nous centrons sur la question suivante : « Quelles sont les caractéristiques importantes à considérer dans l'organisation et la structure des services de santé mentale forensique ? »

Méthodes

Nous synthétisons ici les informations recensées pour décrire comment les systèmes de santé mentale forensiques sont organisés à travers le monde. Des informations disponibles en anglais, en français ou en espagnol ont été analysées afin d'évaluer la présence de services de santé mentale forensiques dédiés, leur degré d'intégration avec les services généraux de santé mentale, le degré de centralisation des services, la continuité des soins après la libération ainsi que la présence de soutien à l'hébergement pour la clientèle forensique. Nous soulevons ensuite les obstacles les plus importants auxquels font face les services forensiques pour la prestation des soins et finissons avec des approches émergentes. Pour y parvenir, nous avons réalisé une revue en deux temps. Premièrement, pour le chapitre de livre, publié en 2017 (Crocker et coll.), sur lequel est basé cet article, nous avons procédé à une revue de littérature sur des documents académiques et non académiques

publiés avant le 1^{er} septembre 2016, en lien avec l'organisation des services de santé mentale forensique à travers le monde. Brièvement, les bases de données Academic Search Complete (EBSCO), ProQuest Central, Scopus, PsycInfo, Google Scholar et Google ont été vérifiées en utilisant les mots clés *forensic psychiatry*, *forensic services*, *forensic service provision*, *forensic mental health services*, *insanity defense* et *mentally ill offenders*, en y ajoutant parfois le nom d'une région ou d'un pays spécifique. Deuxièmement, afin de mettre à jour nos sources, nous avons vérifié les bases de données PubMed, Scopus, Google Scholar et Google en utilisant les mêmes mots clés que pour le chapitre publié en 2017 (Crocker et coll.). Pour ce deuxième volet, les documents publiés entre le 01-09-2016 et le 01-09-2021 ont été identifiés. Aux deux temps de la recension, les articles ont été sélectionnés puis analysés manuellement. Les informations décrites ici proviennent de recensions antérieures de la littérature sur les systèmes santé forensiques (numéro spécial de *l'International Journal of Law and Psychiatry*, 23, 2000; Every-Palmer et coll., 2014; Mundt et coll., 2012; Priebe et coll., 2008; Salize et coll., 2005; Taylor et coll., 2013), ainsi que des articles scientifiques, des rapports gouvernementaux et des rapports de l'Organisation mondiale de la santé (WHO-AIMS). Nous utilisons l'expression « services de santé mentale forensique » comme englobant à la fois les services traditionnels de psychiatrie légale en institution, mais également les services de santé mentale offerts par différents praticiens et cliniciens, les services de logement, les parcours judiciaires spécialisés (comme les tribunaux en santé mentale), etc.

Le portrait présenté ci-dessous repose sur la documentation disponible publiquement; des informations étaient plus susceptibles d'être disponibles pour certaines juridictions (par ex. au Canada et au Royaume-Uni) que pour d'autres régions du monde (par ex. en Afrique ou au Moyen-Orient).

Résultats

La prestation des services de santé mentale forensique varie en fonction des différentes juridictions, dont celles des pays de la Common Law, de droit civil et des anciens pays communistes. D'une part, la prestation des services est organisée selon des critères légaux spécifiques, ainsi que selon des niveaux de centralisation et d'intégration des services qui varient. Des tableaux comprenant des informations spécifiques pour chaque pays étudié sont présentés à la fin du texte. Les informations

présentées portent sur l'évaluation de l'aptitude à subir son procès, défense de non-responsabilité, ainsi que sur les processus de révisions des statuts légaux des usagers des services de santé mentale forensique et sur l'autorité décidant de la mise en liberté des usagers.

Critères légaux généraux

Aptitude à subir son procès. La notion d'aptitude à subir son procès est davantage répandue dans les pays de la Common Law que dans les pays d'autres cadres juridiques (voir tableau 1). Malgré des variations mineures, la plupart des tests légaux d'inaptitude évaluent l'incapacité à comprendre la nature et la sévérité des accusations; à comprendre la nature, l'objet et les conséquences des procédures judiciaires; et à communiquer avec son avocat pour établir sa défense. Puisque le droit civil implique souvent un rôle plus passif de la part des accusés que dans la Common Law, les pays d'Europe continentale et autres juridictions dont l'héritage juridique découle du droit romain n'ont pas tendance à évaluer l'aptitude à subir son procès (voir Taylor et coll., 2013). Il est possible que la durée de détention des personnes inaptes soit indéfinie, mais plusieurs juridictions ont des dispositions particulières pour les personnes inaptes de façon permanente ou semi-permanente. **Défense de non-responsabilité ou responsabilité diminuée.** La défense de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux est disponible dans la plupart des pays avec la *Common Law* (voir Tableau 1), bien qu'il existe des variations importantes dans son application. La plupart de ces pays ont adopté une forme de la règle M'Naghten, parfois avec une composante volitive (c.-à-d. que la personne était incapable de s'empêcher de commettre le geste). Cette composante ouvre la porte à l'admissibilité des troubles de la personnalité, à moins qu'ils ne soient explicitement exclus selon le texte de la loi ou selon la jurisprudence. La défense de non-responsabilité criminelle ou de responsabilité diminuée sont également disponibles dans plusieurs pays des familles des cadres juridiques napoléoniens et germaniques. Dans la plupart des juridictions de la Common Law, les troubles de personnalité ne sont pas admissibles, ou bien selon le droit ou en pratique (p. ex Écosse, Canada, Nouvelle-Zélande, la plupart des États américains), alors qu'ils forment une importante proportion de la population forensique en Angleterre et Pays de Galles, aux Pays-Bas, en Belgique, en Allemagne, en Autriche et en Grèce. Il est à noter que le type de troubles mentaux pouvant être considéré dans le cadre d'une défense de non-responsabilité ou de responsabilité diminuée est rarement explicité par le droit.

Conditions de mise en liberté. Bien que la durée de la détention hospitalière soit, dans plusieurs juridictions, illimitée et sujette à une réévaluation régulière, d'autres pays ont choisi d'instaurer des mesures pour imposer des limites minimales (p. ex. Italie) ou maximales (p. ex. Irlande, Australie) à la détention hospitalière, souvent en lien avec la sévérité du délit. Le pouvoir décisionnel de libérer un patient appartient le plus souvent à la cour, mais parfois au psychiatre traitant ou est sujet à l'assentiment ministériel. Des comités indépendants ou des tribunaux administratifs spécialisés en santé mentale ont été mis en place dans plusieurs pays, dont au Canada (Commissions d'examen des troubles mentaux).

Prestation de services de santé mentale forensiques et trajectoires de soins

L'un des fondements de l'organisation des services de santé mentale forensiques est le degré auquel ils sont centralisés et intégrés aux services de santé mentale civils.

Certains pays, comme l'Autriche et le Royaume-Uni, sont organisés à un niveau national. Les services forensiques, fortement centralisés, relèvent de ministères aux plus hauts paliers de gouvernements et sont dispensés de manière relativement uniformes à travers le pays. D'autres pays ont des systèmes où le niveau de centralisation est modéré, c'est-à-dire que les services forensiques sont fédéralisés ou administrés au niveau des États ou des districts. Au Canada, aux États-Unis, en Australie, en Allemagne, en Belgique, en Finlande et aux Pays-Bas, l'organisation des services forensiques dépend de la province et peut présenter des différences selon la région. Enfin, les services forensiques de la Norvège et du Danemark sont administrés au niveau des municipalités et comtés. Il s'agit d'un niveau d'organisation très décentralisé où les institutions qui dispensent les services forensiques varient selon les villes.

Parmi ces modèles de centralisation, le niveau d'intégrations des services forensiques aux services de santé mentale plus largement varie selon les pays. Dans certains cas, les établissements forensiques sont entièrement distincts du système de santé, et sont parfois même sous l'autorité d'un autre département ou ministère comme celui de la Justice par exemple. Dans d'autres cas, il n'y a aucune distinction entre les services forensiques et civils, et le placement est basé sur le niveau de sécurité requis plutôt que sur le statut légal, comme en Finlande ou en Angleterre. Pour la plupart des États, les services sont offerts à

la fois dans des hôpitaux de psychiatrie légale ou dans des hôpitaux de psychiatrie générale. D'autres pays dispensent les services dans des hôpitaux de psychiatrie légale, dans des hôpitaux de psychiatrie générale, mais également dans des hôpitaux civils, selon l'État ou la province, voire uniquement dans des hôpitaux de psychiatrie générale.

Pour illustrer ces différents niveaux de centralisation et d'intégration, nous avons choisi de présenter l'organisation des prestations de services et de trajectoires de soins dans un nombre limité de pays, qui semblaient les plus prototypiques.

En Angleterre et au Pays de Galles, les services forensiques sont organisés par niveau de sécurité et assurés par le *National Health Service* (NHS) ou le secteur privé. Les hôpitaux et unités ne sont pas divisés en services forensiques et non forensiques comme tels. Il y a 3 hôpitaux à sécurité élevée (*high secure*) qui desservent les personnes qui sont formellement détenues en vertu d'une loi de santé mentale (*Mental Health Act*³) (McMurran et coll., 2009). Les unités à sécurité moyennes reçoivent les personnes qui présentent un risque envers les autres ou les personnes ayant commis un délit mineur et sont traitées dans les hôpitaux de psychiatrie générale (National Health Service, 2013). Les services forensiques sont dispensés selon 5 grandes trajectoires de soins forensiques développés afin d'assurer que les besoins des patients soient adressés au bon moment et que les décisions soient basées sur des données probantes (*Care Pathways and Packages Project*, 2009).

En Irlande et en Écosse, les services forensiques sont organisés par niveau de risque et de sécurité et admettent des personnes ayant des troubles mentaux, judiciairisées ou non. Les unités à sécurité élevée desservent les personnes qui présentent un danger grave et immédiat envers les autres. En Irlande, le *National Forensic Mental Health Service* (NFMHS) est basé au Central Mental Hospital Dublin. D'autres personnes ayant un trouble mental qui ont commis un délit peuvent être traitées dans les centres de psychiatries ou des hôpitaux privés. Des équipes régionales de santé mentale forensiques assurent ensuite un suivi et un soutien au fur et à mesure que les personnes vont vers des niveaux de sécurité moins contraignants et dans la communauté (Mental Health Commission, 2006; O'Neil, 2012; Walsh, 2005). En Écosse, les services forensiques sont assurés par la *National Health*

3. *Mental Health Act* – équivalent sans être identique à la Loi sur la protection des personnes présentant un danger pour elles-mêmes ou pour autrui au Québec.

Services (NHS) par le biais d'une coordination de la *Forensic Mental Health Services Managed Care Network* (Forensic Network, 2016; McMurrin et coll., 2009; Thomson, 2016). Les services à sécurité moyenne sont dispensés régionalement et les services à sécurité faible sont dispensés localement (Crichton et coll., 2004; Forensic Network, 2016; Thomson, 2016).

En Nouvelle-Zélande, les services forensiques sont décentralisés et configurés régionalement, sans organisation chapeau et entièrement intégrés au continuum de services généraux de santé mentale. Toutes les régions ont des services à sécurité moyenne et la plupart ont également des unités à sécurité faible. La plupart de ces services offrent des services externes pour les personnes libérées, mais n'étant pas encore prêtes à intégrer les services de santé mentale réguliers ⁴ (Brinded, 2000; Ministry of Health, 2007).

Au Canada, comme en Australie, il n'y a pas de structure fédérale de services de santé mentale forensique; les services sont organisés et dispensés par territoire et province et font partie du système de santé publique (Crocker, Nicholls, Seto, Charette, et coll., 2015a; Livingston, 2006). De plus, la plupart des services forensiques au Canada offrent également des services de soutien, d'évaluation et de soins en milieu carcéral.⁵ Les modèles d'organisation de services forensiques au Canada varient de très centralisés et intégrés (p. ex. en Colombie-Britannique) à plusieurs unités dédiées à travers la province à très décentralisés, régionaux et non spécialisés au Québec (BC Mental Health et Substance Use Services, 2013; Crocker et coll., 2010; Livingston, 2006). Le soutien à l'hébergement quant à lui est disponible, mais encore très limité à travers le pays (Livingston et coll., 2003; Salem et coll., 2015).

Discussion

Principes d'organisations de services de santé mentale forensique

Comme nous l'avons souligné ci-dessus, la manière dont les services forensiques sont régis et organisés varie d'un pays à l'autre, voire d'une province ou d'un État à l'autre à l'intérieur d'un même pays. Certaines

4. Avec l'exception du service forensique d'Auckland qui transfère les personnes libérées vers les services généraux de santé mentale avec des services de liaison avec le système forensique.

5. Au Canada, les établissements carcéraux provinciaux reçoivent les personnes ayant une sentence de moins de 2 ans.

juridictions ont mis en œuvre des systèmes forensiques spécialisés autonomes dotés de ressources et de mandats détachés de la santé mentale générale. D'autres ont délibérément combiné le rôle et la fonction des services forensiques à même les systèmes de santé mentale.

L'absence de consensus sur la façon la plus efficace d'organiser les services forensiques contribue également à ce que les systèmes soient moulés en formes uniques dans différentes régions du monde. Bien que les chercheurs aient spéculé sur les avantages et les limites relatifs aux différents modèles de configuration (Humber et coll., 2011), ce domaine n'a pas fait l'objet d'examen empiriques. Conséquemment, il n'y a pas de gabarit basé sur des données probantes quant à la manière dont un système de santé mentale forensique devrait être organisé et déployé. Toutefois, il existe des lignes directrices pour l'organisation de systèmes de santé mentale et de dépendances qui peuvent servir de canevas (Hogan et coll., 2003 ; McDaid et Thornicroft, 2005 ; National Treatment Strategy Working Group, 2008 ; Roberts et Ogborne, 1999 ; Rush, 2010 ; Thornicroft et Tansella, 2004 ; U.S. Department of Health and Human Services, 2009 ; World Health Organization, 2003). Avec certaines adaptations au rôle et fonctions uniques de services forensiques (p. ex. la nature involontaire et la focalisation sur la sécurité du publique), ces principes systémiques sont transférables à l'arène de la santé mentale forensique.

Selon ces lignes directrices, un système de santé mentale forensique efficace inclurait les éléments suivants : a) un continuum complet de services hiérarchisés ; b) l'intégration de services à même le système de soins en santé mentale ; c) l'adéquation des services aux besoins des personnes ; d) l'adhérence aux principes de droits de la personne ; e) réponse à la diversité de la population ; f) l'utilisation des meilleures données disponibles pour effectuer des changements systémiques. Plus récemment, Kennedy et coll. (2019) ajoutent que l'excellence d'un système de santé mentale forensique se mesurerait à sa capacité de réaliser des recherches rigoureuses de type essais contrôlés randomisés afin d'assurer une amélioration continue des interventions usuelles. Bien que tous ces principes soient importants, nous focalisons sur les 3 premiers (continuum, intégration et adéquation des services) qui peuvent s'appliquer à l'organisation des services de santé mentale forensique.

Un continuum de services hiérarchisés-équilibrés⁶

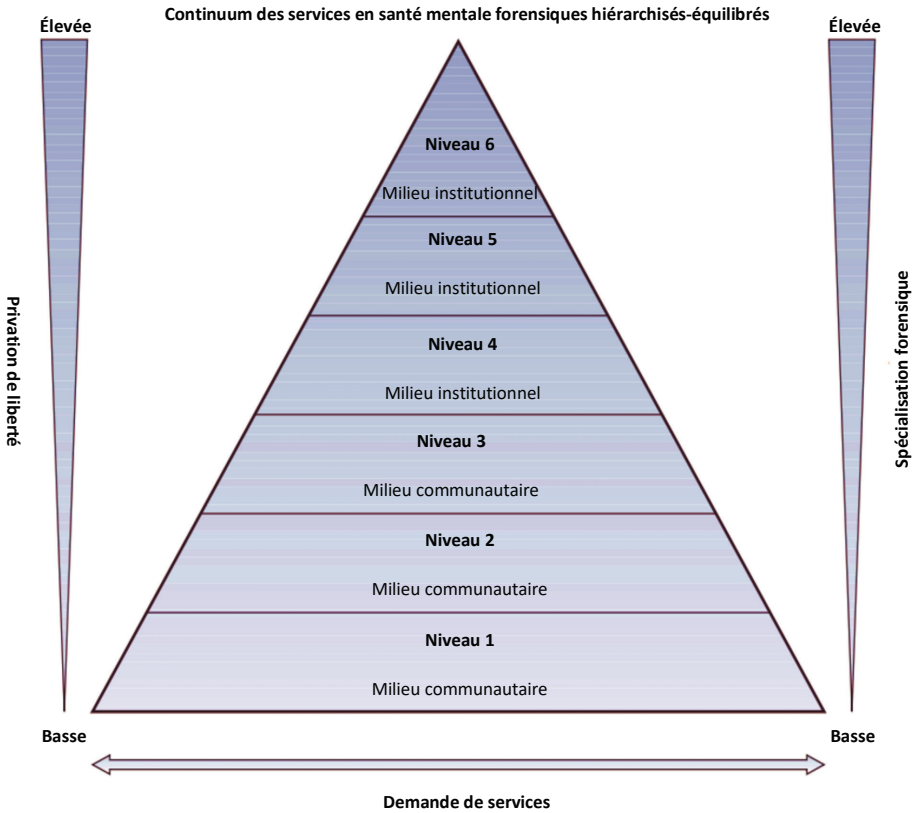
Comme nous l'avons observé à partir de notre synthèse internationale (Crocker et coll., 2017), les systèmes de santé mentale forensiques contemporains ont tendance à être alignés sur un paradigme de garde ou de détention (McKenna et coll., 2014) où les ressources et services sont concentrés dans les milieux institutionnels, comme les établissements forensiques autonomes, les unités forensiques des hôpitaux psychiatriques ou les services psychiatriques en milieu correctionnel. Les institutions forensiques jouent un rôle essentiel pour contenir et atténuer les risques pour la sécurité publique, permettre aux personnes atteintes de troubles mentaux qui ont des démêlés avec la justice d'accéder des services et des interventions thérapeutiques appropriés et faciliter la réintégration communautaire éventuelle, le désistement à la criminalité et le rétablissement individuel. En même temps, les établissements forensiques ont traditionnellement incarné des caractéristiques oppressives d'une « institution totale » (Goffman, 1961) ou les patients (ou détenus selon les juridictions) sont sujets à des degrés variés de privation de libertés, autonomie, biens matériels, relations intimes et sécurité. Ces institutions représentent également un moyen très coûteux d'offrir des services qui, dans certains cas, pourraient être offerts dans la communauté ou d'autres milieux fermés ou ouverts. Leur utilisation doit donc être bien ciblée et balisée afin de répondre à des besoins complexes et des risques élevés de violence et de criminalité avec une durée de séjour la plus courte possible.

La proposition selon laquelle les systèmes de santé mentale et de dépendances sont plus efficaces lorsqu'ils donnent accès à un continuum complet et équilibré de services et de soutien découle de préoccupations semblables. Dans le cas d'une approche de soins hiérarchisés-équilibrés, une gamme flexible de services sont principalement offerts dans les milieux communautaires locaux et couvrent des secteurs généraux et spécialisés, en mettant l'accent sur des caractéristiques telles que la prestation de services de proximité, l'adaptation des services aux besoins individuels, le soutien au choix des utilisateurs de services, la coordination des soins entre les intervenants des organismes/organisations et l'offre de services mobiles (Thornicroft et Tansella, 2013). Un modèle de soins hiérarchisés-équilibré qui offre

6. Le terme hiérarchisé ici réfère à la notion d'ordonnancement en fonction de critères de droits et libertés ainsi que de spécialisation de soins et non pas de priorisation ou de niveau d'autorité (voir figure 1).

des services basés sur des données probantes assurerait que certaines personnes aux prises avec un problème de santé mentale n'aient pas de démêlés inutiles avec la justice. Ceci permettrait également que des services de qualité soient offerts aux personnes ayant des besoins de santé mentale dans le système de justice pénale (p. ex. à l'arrestation, en détention préventive, à l'incarcération ou en probation) afin de prévenir une judiciarisation future (Munetz et Griffin, 2006) et un meilleur potentiel de rétablissement.

Le cadre conceptuel utilisé pour décrire à quoi ressemblent les systèmes de soins hiérarchisés-équilibrés est le modèle multiniveaux (National Treatment Strategy Working Group, 2008 ; Rush, 2010 ; World Health Organization, 2003). Un aspect fondamental du modèle multiniveaux est le regroupement de services ayant des niveaux comparables d'intensité, de spécialisation et de restriction. Des services comparables peuvent être regroupés en niveaux qui sont les plus appropriés pour répondre aux besoins de groupes distincts de personnes selon l'acuité, la complexité et la chronicité de leurs problèmes de santé mentale ou d'usage de substances. Par exemple, les services hautement spécialisés et intensifs (et, il s'en suit, onéreux) sont plus appropriés pour les personnes ayant les problèmes les plus sévères (c.-à.-d. aigus, complexes et chroniques), alors qu'ils sont inappropriés pour les personnes ayant un niveau faible ou modéré de détresse ou de déficit de fonctionnement. Une autre caractéristique du modèle multiniveaux est que la distribution des services devrait être ancrée dans la distribution populationnelle de la sévérité des problèmes. Les personnes ayant une sévérité plus faible de problèmes de santé mentale sont plus nombreuses et la demande pour les services à faible intensité et spécialisation est donc grande. À l'inverse, les problèmes sévères de santé mentale et d'usage de substances sont moins communs dans la population et la demande pour les services hautement intensifs et spécialisés est donc relativement faible. Le système de services de santé devrait donc prendre forme en fonction de la demande pour les différents niveaux de services. Selon les principes du modèle multiniveaux, un continuum de services hiérarchisés-équilibrés en santé mentale forensique ressemblerait au diagramme ci-dessous.



Ce modèle conceptuel s'inspire d'autres propositions (p. ex. Kennedy, 2002; Mullen, 2000; O'Dwyer et coll., 2011; Thornicroft et Tansella, 2013; World Health Organization, 2003) pour mettre de l'avant 6 niveaux comprenant un groupe de services de santé mentale forensique en communauté (niveaux 1-3) et un groupe en établissement fermé (niveaux 4-6). Chaque groupe de service comprendrait des interventions basées sur les données probantes correspondant à la fonction particulière des niveaux de service le composant, adaptable à la réalité de différentes juridictions. En comparaison aux autres modèles multi-niveaux de services de santé mentale générale, le présent modèle met davantage l'accent sur les services institutionnels de façon à refléter la nature distincte des populations forensiques et le rôle de gestionnaire du risque des systèmes forensiques. Malgré tout, trouver un équilibre entre les services en établissement fermé et les services en communauté

est essentiel pour les systèmes de santé mentale forensique (Mullen, 2000), et il a d'ailleurs été suggéré que les investissements dans les services en communauté devraient être égaux, voire supérieurs, à ceux en milieux fermés (Thornicroft et Tansella, 2013).

Tel que révélé par notre survol des systèmes forensiques, la moitié supérieure de la pyramide (niveaux 4-6) représente la façon dont plusieurs juridictions internationalement distribuent présentement les personnes en milieu institutionnel à sécurité faible, modérée ou élevée, détenues ou non selon les dispositions législatives (Pillay et coll., 2008). Le niveau 6, services en milieu institutionnel à sécurité élevée, représente les services les plus restrictifs, intensifs, spécialisés et coûteux dans le système de santé mentale forensique. Il dessert également la plus petite partie de la population forensique. L'objectif des services du niveau 6 est de stabiliser les problèmes aigus de santé mentale et d'usage de substances, tout en ciblant les besoins criminogènes spécifiques afin d'assurer une transition sécuritaire aux niveaux de sécurité plus faibles. En revanche, les services du niveau 4 sont à faible sécurité et sont les services les moins intensifs et les moins spécialisés parmi ceux dispensés en établissement fermé. Ils sont désignés pour préparer les utilisateurs de services à transitionner dans la communauté, par exemple en travaillant la prévention des rechutes et les compétences à la vie autonome.

La moitié inférieure de la pyramide (niveaux 1-3) représente un continuum de soins dans la communauté qui répond adéquatement aux besoins des utilisateurs de services en termes de besoins cliniques et criminogènes. Le niveau 3 représente les services en communauté de haute intensité, susceptibles d'inclure des environnements de vie structurés (p. ex. logement assisté, résidences) en combinaison avec des approches de suivi et traitement en communauté offertes par des équipes multidisciplinaires, spécialisées en santé mentale forensique. Le plus faible niveau d'intensité de services en communauté requiert le plus faible niveau de spécialisation et se concentrerait sur la continuité des soins avec le système de santé mentale général.

Adéquation des services aux besoins

Une partie intégrante du modèle multiniveaux ou modèle hiérarchisé-équilibré est le principe que les systèmes sont mieux organisés de façon à permettre aux individus d'accéder à un éventail de services en fonction de leurs besoins (National Treatment Strategy Working Group, 2008; Thornicroft et Tansella, 2003; World Health Organization,

2003). Un système qui offre des services adaptés aux besoins individuels, aussi connu sous le nom de « soins par palier », peut efficacement répondre à différents niveaux de chronicité, d'acuité et de complexité de la maladie, tout en étant flexible à l'évolution des besoins des personnes (Bower et Gilbody, 2005 ; Rush, 2010). Dans le cas de la santé mentale forensique, la composante de facteurs criminogènes et de risque de violence ajoute un niveau de complexité, mais aussi de besoins à prendre en compte. Des évaluations complètes et régulières des besoins afin d'orienter les patients vers les services (types et intensité) pertinents sont une caractéristique essentielle d'un système organisé autour d'une approche de soins par palier (Goldman et coll., 2000). Un système bien conçu offre aux individus les interventions les moins restrictives, intensives, intrusives et onéreuses, et permet aux patients de transférer d'un palier d'intensité à l'autre, selon l'évolution de leurs besoins (McDaid et Thornicroft, 2005 ; Von Korff et Tiemens, 2000).

Ces principes du système sont alignés avec les pratiques d'intervention en milieu correctionnel basées sur les données probantes (Andrews et Bonta, 2010 ; Lipsey et Cullen, 2007 ; Prins et Draper, 2009 ; Romani, Morgan, Gross et McDonald, 2012), dans un contexte où le milieu correctionnel prend de plus en plus d'ampleur auprès des personnes ayant des troubles mentaux qui ont des démêlés avec la justice (Morgan et coll., 2020 ; Skeem et coll., 2015). Le modèle risque-besoins-réceptivité (*risk-need-responsivity*; RNR, Andrews, Bonta et Hoge, 1990 ; Andrews, Bonta et Wormith, 2011) suggère que l'intensité des services devrait être cohérente avec le niveau de risque de récidive de la personne et donc que les services institutionnels intensifs devraient être réservés aux personnes à haut risque (principe du risque). Les services devraient également cibler et répondre aux besoins criminogènes – les facteurs de risque dynamiques réputés être prédicteurs de récidive (principe des besoins). De plus, les interventions devraient être orientées vers des stratégies cognitivo-comportementales et prendre en compte le style d'apprentissage, la motivation, les habiletés et les forces des utilisateurs de services (principe de la réceptivité). Un autre modèle théorique pertinent, développé par Prins et Draper (2009) et repris par d'autres chercheurs (Osher et coll., 2012 ; Skeem et coll., 2011), applique les principes du RNR à la gestion des individus ayant un trouble mental au sein des services correctionnels communautaires par exemple. Ce cadre propose que les besoins criminogènes et les déficits en fonctionnement devraient déterminer l'intensité des services judiciaires et de santé mentale, et le degré de coordination entre eux.

Un système de santé mentale forensique organisé selon le modèle multiniveaux et le cadre théorique de Pins et Draper (2009) comprendrait des regroupements de services ayant des interventions thérapeutiques et mesures de sécurité distinctes afin de cibler différents groupes selon leur profil de risque et de besoins, tel que présenté dans le tableau 3.

Les services forensiques en milieu institutionnel (niveaux 4 et 6) sont appropriés pour les utilisateurs de services dont le risque criminogène est jugé comme étant modéré à élevé, ainsi que ceux ayant des problèmes de santé mentale et d'usage de substances importants, et qui sont donc plus susceptibles de bénéficier de services forensiques hautement spécialisés. Les services dans la communauté seraient, quant à eux, plus appropriés pour les utilisateurs de services à faible ou moyen niveau de risque criminogène et ayant des besoins cliniques faibles à modérés, en adaptant le degré de spécialisation des services. Par exemple, les personnes vivant dans la communauté et ayant des besoins criminogènes moyens ou élevés pourraient bénéficier de services spécialisés, comme les équipes de suivi intensif forensique (*Forensic Assertive Community Treatment*) (Goulet et coll., 2021).

L'intégration des systèmes

Les utilisateurs de services forensiques doivent accéder à différents systèmes et sous-systèmes afin que leurs besoins multiples soient tous satisfaits. Plusieurs obstacles font en sorte que les services ne peuvent atteindre un niveau optimal d'intégration et de coordination, dont des structures de financement fragmentées. La complexité des problèmes sociaux, psychiatriques, d'addictions et de justice criminelle et civile (consentement aux soins p. ex.) présents au sein de la population de santé mentale forensique pose des défis pour la coordination et l'intégration des services. Cette situation est aggravée par le fait que les personnes ayant un trouble mental et des comportements perçus comme dérangeants ou agressifs sont souvent rejetées par les services, leurs besoins étant jugés trop complexes (Wolff, 2002).

Recevoir les soins de différents systèmes, ou différentes composantes d'un système est hautement problématique pour une population ayant de nombreux besoins complexes concomitants et ayant vécu des ruptures sociales importantes, des traumatismes multiples et des trajectoires de soins interrompues. Un principe fondamental pour l'organisation efficace des services de santé mentale et d'addictions est que les systèmes soient être intégrés (Craven et Bland, 2006; Thornicroft

et Tansella, 2003). Dans le contexte de la santé mentale forensique, l'intégration des systèmes vise à assurer une continuité de services à l'intérieur de, et entre, les systèmes de santé mentale, d'addictions, de justice criminelle, correctionnelle, de programmes de logement et autres secteurs essentiels. L'objectif de cette intégration est d'encourager la prestation de services continue, de promouvoir l'efficacité, d'optimiser les ressources limitées et d'améliorer les résultats, tant pour les individus que pour les systèmes. L'intégration des systèmes est promue à travers des structures et des processus qui facilitent les collaborations, les partenariats et la communication entre les professionnels et les agences.

Des modèles d'intégration entre les services de santé mentale, de justice criminelle et de soutien en communauté ont été développés (Lamberti et coll., 2011; Osher et coll., 2012; Weisman et coll., 2004). Cette synthèse de systèmes forensiques montre également que les juridictions à travers le monde ont tenté d'intégrer les systèmes de différentes façons, afin de répondre aux besoins de leurs utilisateurs. Un aspect de l'intégration des systèmes est la coordination et la création de réseaux entre les différentes composantes du continuum de services de santé mentale, d'usage de substances et correctionnel. L'intégration entre les milieux fermés et communautaires est également essentielle pour que les services de santé mentale forensiques soient dispensés de façon efficace et utile. Des occasions de collaboration multisystémique et d'intégration entre les systèmes existent à de multiples points du modèle multiniveaux. Ainsi, les besoins des utilisateurs de services forensiques aux niveaux les plus faibles (p. ex. 1 ou 2) pourraient être pris en compte par le système de santé mentale générale, puisque le besoin pour des services forensiques spécialisé a possiblement déjà été considéré (Humber et coll., 2011). Cette approche a par ailleurs été adoptée par plusieurs pays. L'intégration des stratégies de gestion de risque et le transfert des compétences et de l'expertise forensique dans le système de santé générale afin de permettre à davantage d'utilisateurs de services de santé forensique de transitionner vers le système de santé mentale général lorsqu'approprié. Cela a plusieurs avantages, dont faire de la place dans le système forensique à sécurité plus élevé et éviter de limiter la liberté des utilisateurs de services lorsque non nécessaire.

Conclusion

Notre synthèse internationale révèle que plusieurs options existent pour l'organisation des systèmes de santé mentale forensique. En plus de différences populationnelles, les modèles varient en termes de degré auquel les services sont intégrés avec les autres secteurs, comme les systèmes de santé mentale générale, non forensiques, les services d'addictologie ainsi que le système correctionnel. Une approche, que nous appelons l'approche « spécialisée », offre des services de santé mentale forensique spécialisés à tous les utilisateurs tout au long de leurs trajectoires de soins en milieu fermé (p. ex. hôpital forensique) et dans la communauté (p. ex. soins ambulatoires forensiques). En contraste, un modèle « mixte » permet l'accès aux soins spécialisés selon les besoins, et donc certains utilisateurs de services (p. ex. risque modéré à élevé) reçoivent des services spécialisés en santé mentale forensique, alors que les autres reçoivent des services en hôpital ou en communauté au sein du système de santé mentale général. Ce modèle vise à adapter les soins (spécialisés vs intégrés) aux besoins individuels, ce qui est consistant avec les principes du modèle multiniveaux. Finalement, dans le modèle « général » les utilisateurs de services forensiques reçoivent les services soit entièrement (p. ex. communauté et hôpital) ou partiellement (p. ex. communauté seulement) dans le système de santé mentale général – une organisation des services qui dépend habituellement des ressources disponibles plutôt que des besoins des personnes. En théorie, ces différentes stratégies d'intégration ont chacune des forces et des faiblesses, mais leur relative efficacité requiert davantage de recherches.

TABLEAU 1

Aptitude à subir son procès et défense fondée sur les troubles mentaux, selon le pays

(Asokan, 2014; Chadda, 2013; Jagadisha et coll., 2000; Nambi, 2010)

Cadre juridique/Pays	Aptitude à subir son procès	Défense fondée sur les troubles mentaux
Pays de Common Law		
Afrique du Sud (Hooper et Kaliski, 2010; Taylor et coll., 2013)	Évaluée. La sévérité du délit ainsi que la probabilité que l'accusé ait commis le délit sont prises en considération dans les décisions liées aux dispositions suivant une déclaration d'inaptitude.	Disponible (responsabilité atténuée également).
Angleterre et Pays de Galles (Grubin, 2007; James, 2005; Mudathikundan et coll., 2014; Salize et coll., 2005)	Évaluée.	Disponible (responsabilité atténuée également). Les services psychologiques peuvent être offerts aux individus ayant un TP et ayant été déclarés coupables puis condamnés à recevoir un traitement involontaire.
Australie (Hunyor, 2012; Jager, 2001; Mullen et coll., 2000; Mullen et Chettleburgh, 2002; Taylor et coll., 2013; Williams, 2000)	Évaluée. Les procédures diffèrent d'une juridiction à l'autre si un accusé est trouvé inapte de façon permanente ou pour une période prolongée. (QLD mettra fin aux procédures; NSW, VIC, TAS, NT tiendront une audience spéciale pour déterminer la culpabilité et la détention; SA et WA placeront l'accusé indéfiniment en hôpital sécuritaire afin qu'il subisse son procès lorsqu'il sera suffisamment rétabli.)	Disponible (NSW, QLD, ACT, NT ont également la défense de responsabilité atténuée). Règle générale, les TP ne sont pas admissibles.
Canada (Code criminel canadien, 1992)	Évaluée.	Disponible.
Écosse (Crichton et coll., 2004; Darjee et Crichton, 2003; Gunn et coll., 2013)	Évaluée.	Disponible. Malgré l'existence d'une catégorie légale spécifique permettant l'admission des personnes ayant un TP, en pratique, peu le sont. (Darjee et Crichton, 2003; Gunn et coll., 2013).
États-Unis (Bloom et coll., 2000; Bureau of Justice Statistics, 2004; Greenberg et Felthous, 2007; 406 U.S. 715, 1972)	Évaluée. Si l'aptitude n'est pas restaurée en un temps jugé raisonnable, les accusations doivent être retirées et l'individu doit être libéré ou des procédures civiles doivent être entreprises pour l'hospitalisation.	Disponible dans la plupart des États (responsabilité atténuée exactement). Règle générale, les TP ne sont pas admissibles.
Ghana (Adjorlolo et coll., 2016)	Évaluée.	Disponible.
Hong Kong (Every-Palmer et coll., 2014; Yee Ho et Kwan Yan, 2016)	Évaluée.	Disponible (responsabilité atténuée également).
Inde (Asokan, 2014; Kumar et coll., 2014; Math et coll., 2015)	Évaluée.	Disponible (responsabilité atténuée également).
Irlande (H. G. Kennedy et coll., 2021; Mental Health Commission, 2006; O'Neil, 2012; Walsh, 2005)	Évaluée.	Disponible (responsabilité atténuée également).

Cadre juridique/Pays	Aptitude à subir son procès	Défense fondée sur les troubles mentaux
Israël (Bauer et coll., 2005; Grinshpoon et coll., 2011; Toib, 2008)	Évaluée.	Disponible.
Nouvelle-Zélande (Brinded, 2000; Ministry of Health, 2007; Taylor et coll., 2013)	Évaluée. La sévérité du délit ainsi que la probabilité que l'accusé ait commis le délit sont prises en considération dans les décisions liées aux dispositions suivant une déclaration d'incapacité. Les accusés inaptes de façon permanente doivent être amenés en Cour ou hospitalisés selon les procédures civiles après avoir servi la moitié de la peine privative maximale du délit duquel ils sont accusés (ou 10 ans si le délit est punissable par une sentence à vie).	Disponible.
Pakistan (Hassan et coll., 2015)	Évaluée.	Disponible (responsabilité atténuée également).
Singapour (Chan et Tomita, 2013; Cheang, 1985; Every-Palmer et coll., 2014; Yeo, 2008)	Évaluée.	Disponible (responsabilité atténuée également).
Zimbabwe (Mangezi et Chibanda, 2011; Menezes et coll., 2007)	nd	Disponible.
Pays de droit civil – Code Napoléon		
Argentine (Folino et coll., 2000; Taborda et coll., 2007).	Évaluée. Les individus dont le comportement est jugé dangereux doivent être envoyés en institution spéciale.	Disponible.
Belgique (Cartuyvels et coll., 2010; Cartuyvels et Cliquenois, 2015; Salize et coll., 2005)	nd	Disponible.
Bésil (Bernardon Ribeiro, Cordeiro et Taborda, 2015; Taborda, 2001; Taborda, Cardoso et Morana, 2000; Taborda et coll., 2007)	Non évaluée. Les accusés peuvent être mis en procès et jugés malgré leurs symptômes de troubles mentaux.	Disponible (responsabilité atténuée également). Les TP sont admissibles.
Chili (Cid, 2010; St. Denis, 2008; St. Denis et coll., 2012; Téllez et coll., 2004)	Évaluée. L'accusé inapte sera intégré au réseau de services psychologiques jusqu'à ce qu'il soit prêt à subir son procès.	Disponible (responsabilité atténuée également). Les individus qui ne sont pas considérés dangereux peuvent être traités en ambulatoire plutôt qu'en détention hospitalière.
France (Davidson, 2015; Salize et coll., 2005)	Non évaluée.	Disponible.
Italie (Barbui et Saraceno, 2015; De Vito, 2014; Ferracuti et coll., 2019; Gibson, 2014; Peloso et coll., 2014; Traverso et coll., 2000)	Évaluée. Deux dispositions légales existent: l'une pour les patients « partiellement » malades, l'une pour les patients avec des troubles mentaux assez sévères pour entraîner une mitigation totale de la responsabilité – ces derniers sont jugés inaptes à subir leur procès.	Disponible (responsabilité atténuée également). Les TP ne sont pas admissibles.
Luxembourg (Cloos et coll., 2005)	nd	Disponible (responsabilité atténuée également). Les TP sont admissibles.
Portugal (Xavier et Corrêa, 2005)	nd	Disponible (responsabilité atténuée également). Les TP sont admissibles.

Cadre juridique/Pays	Aptitude à subir son procès	Défense fondée sur les troubles mentaux
Espagne (Torres-González et Barrios, 2005; Martinez-Jarreta, 2003)	nd	Disponible (responsabilité atténuée également). Les TP sont admissibles (Salize et coll., 2005).
Pays de droit civil – Germaniques		
Autriche (Schanda, 2005; Schanda, Ortwein-Swoboda, Knecht et Gruber, 2000; Stompe, Frottier et Schanda, 2007)	Non évaluée.	Disponible. Les TP sont admissibles. Équivalent à un acquittement; toutefois, si l'individu est jugé dangereux à cause du trouble mental, il sera hospitalisé sous procédures criminelles.
Allemagne (Edworthy et coll., 2016; Rothschild et coll., 2007)	Évaluée. Il est aussi possible qu'un accusé soit trouvé partiellement inapte, en tel cas le procès pourrait avoir lieu avec des accommodements permettant à l'accusé de participer (p. ex. présence d'un spécialiste, pauses étendues).	Disponible (responsabilité atténuée également). Les TP sont admissibles.
Grèce (Alevizopoulos et coll., 2005; Tataru et coll., 2010)	nd	Disponible (responsabilité atténuée également). Les TP sont admissibles.
Suisse (<i>Code pénal Suisse</i> , n.d.; Graf et Dittmann, 2007; Manetsch, 2010)	Non évaluée.	Disponible.
Pays de droit civil – Pays nordiques		
Danemark (Kramp, 2005; Kramp et Gabrielsen, 2009; Sestoft et Engberg, 2000)	Non évaluée.	Non disponible. La responsabilité criminelle n'existe pas en tant que concept légal. L'état mental lors du délit est plutôt pris en considération lors de la décision de la sentence (Taylor et coll., 2013). Les TP ne sont toutefois pas admissibles à recevoir une disposition spéciale.
Islande (Pálsson, 2011)	nd	Disponible. Les individus sont acquittés.
Finlande (Eronen et coll., 2000; Kaltiala-Heino, 2005; Kramp et Gabrielsen, 2009; Seppänen et coll., 2020)	Non évaluée. La capacité de l'accusé de témoigner lors du procès est toutefois évaluée.	Disponible (responsabilité atténuée également). Les TP ne sont pas admissibles.
Norvège (Helse Bergen Haukeland University Hospital, n.d.; Måseide, 2012; Kleve, 1996; Skålevåg, 2014)	nd	Disponible (responsabilité atténuée également). La simple présence de psychose lors du délit est suffisant pour que l'accusé soit jugé non criminellement responsable.
Suède (Belfrage et Fransson, 2000; Bergenheim, 2014; Radovic et coll., 2015; Silfverhielm, 2005)	Non évaluée.	Non disponible. La responsabilité criminelle n'existe pas en tant que concept légal. L'état mental lors du délit est plutôt pris en considération lors de la décision de la sentence. Les individus ayant un TP peuvent être condamnés à recevoir des soins psychologiques, bien que des efforts aient été faits dans la dernière année afin de limiter le recours à cette porte d'accès.

Cadre juridique/Pays	Aptitude à subir son procès	Défense fondée sur les troubles mentaux
Pays de droit civil – Autres		
Chine (Every-Palmer et coll., 2014; Topiwala et coll., 2012; Wang et coll., 2006, 2007; Zhao et Ferguson, 2013)	Évaluée. L'individu inapte est référé à un hôpital psychiatrique ou libéré sous les soins de la famille.	Disponible (responsabilité atténuée également). Les TP ne sont pas admissibles.
Japon (Every-Palmer et coll., 2014; Fujii et coll., 2014; Nakatani et coll., 2010; Weisstub et Carney, 2006)	Évaluée. Existe en tant que concept légal, mais il est rare qu'un accusé soit trouvé inapte. Généralement, les accusés ayant un trouble mental seront plutôt référés aux services psycholégaux.	Disponible (responsabilité atténuée également). Les TP ne sont pas explicitement inadmissibles, mais rarement admissibles en pratique.
Pays-Bas (de Boer et Gerrits, 2007; de Kogel, 2005; de Ruitter et Hildebrand, 2003; Edworthy et coll., 2016; Radovic et coll., 2015; van Beek et Kröger, 2007; van der Wolf et coll., 2010; van Marle, 2000)	Non évaluée.	Disponible (responsabilité atténuée également). Les TP sont admissibles.
Taiwan (Every-Palmer et coll., 2014)	Évaluée. Existe en tant que concept légal, mais il est rare qu'un accusé soit trouvé inapte.	Disponible (responsabilité atténuée également).
Anciens pays communistes		
Bulgarie (Tătaru et coll., 2010)	Évaluée.	Disponible.
Croatie (Margetić et coll., 2012)	nd	Disponible. Les TP ne sont généralement pas admissibles.
République tchèque (Mundt et coll., 2012; Vevera et coll., 2009)	Évaluée.	Disponible (responsabilité atténuée également).
Hongrie (Mundt et coll., 2012)	nd	Disponible.
Pologne (Ciszewski et Sutula, 2000; Mundt et coll., 2012)	nd	Disponible (responsabilité atténuée également).
Russie (Every-Palmer et coll., 2014; Mundt et coll., 2012; Ruchkin, 2000)	Évaluée. Si l'accusé ne retrouve pas l'aptitude dans un temps jugé raisonnable, il n'y aura pas de procès et l'accusé restera hospitalisé.	Disponible (responsabilité atténuée également).
Ukraine (Douw et coll., 2015)	nd	Disponible.

nd: indique que l'information n'était pas disponible ou pas explicitement spécifiée dans la littérature. Les textes suivants ont également été utiles pour plusieurs pays: (Priebe et coll., 2008b; Salize et coll., 2005; Simon et Ahn-Redding, 2006).

Note. TP: troubles de la personnalité; QLD: Queensland; NSW: New South Wales; VIC: Victoria; TAS: Tasmania; NT: Northern Territory; SA: South Australia; WA: Western Australia.

TABLEAU 2

Dispositions liées à la libération de l'hôpital, par pays

Cadre juridique/Pays	Durée et fréquence de la révision des dispositions	Autorité décidant de la libération
Pays de Common Law		
Afrique du Sud (Hooper et Kaliski, 2010; Taylor et coll., 2013)	nd	Hôpital traitant (autorisation ministérielle si le délit était violent).
Angleterre et Pays de Galles (Grubin, 2007; James, 2005; Mudathikundan et coll., 2014; Salize et coll., 2005)	6 mois (doit être renouvelée après 6 mois, puis annuellement).	Psychiatre/hôpital traitant (sauf ordonnance de restriction).
Australie (Hunyor, 2012; Jager, 2001; Mullen et coll., 2000; Mullen et Chettleburgh, 2002; Taylor et coll., 2013; Williams, 2000)	Spécifique aux différents états et territoires.	Spécifique aux différents états et territoires (autorisation ministérielle ou tribunal spécialisé).
Canada (Code criminel du Canada, 1992)	Durée illimitée, révisée tous les ans (tous les 3 ans pour les accusés à haut-risque).	Commissions d'examen provinciales ou territoriales.
Écosse (Crichton et coll., 2004; Darjee et Crichton, 2003; Gunn et coll., 2013)	6 mois (doit être renouvelée après 6 mois, puis annuellement).	Tribunal spécialisé.
États-Unis (Bloom et coll., 2000; Bureau of Justice Statistics, 2004; Greenberg et Felthous, 2007; 406 U.S. 715, 1972)	nd	Tribunal (majorité des états).
Inde (Asokan, 2014; Kumar et coll., 2014; Math et coll., 2015)	Révisée tous les 6 mois.	Tribunal.
Irlande (Mental Health Commission, 2006; O'Neil, 2012; Walsh, 2005)	Révisée tous les 6 mois (durée reliée à la sévérité du délit).	Tribunal spécialisé.
Israël (Bauer et coll., 2005; Grinshpoon et coll., 2011; Toib, 2008)	Révisée tous les 6 mois.	Conseil psychiatrique régional.
Nouvelle-Zélande (Brinded, 2000; Ministry of Health, 2007; Taylor et coll., 2013)	nd	Autorisation ministérielle.
Singapour (Chan et Tomita, 2013; Cheang, 1985; Every-Palmer et coll., 2014; Yeo, 2008)	Révisée tous les 6 mois.	Conseil composé de psychiatres indépendants et de membres du public.
Pays de droit civil – Code Napoléon		
Argentine (Folino et coll., 2000; Taborda et coll., 2007).	nd	Tribunal.
Belgique (Cartuyvels et coll., 2010; Cartuyvels et Cliquenois, 2015; Salize et coll., 2005)	Révisée tous les 6 mois.	Comité de la protection sociale.
Bésil (Bernardon Ribeiro, Cordeiro et Taborda, 2015; Taborda, 2001; Taborda, Cardoso, et Morana, 2000; Taborda et coll., 2007)	Durée minimum imposée par le juge.	Tribunal.
Espagne (Torres-González et Barrios, 2005; Martinez-Jarreta, 2003)	Révisée tous les 6 mois.	Tribunal.
France (Davidson, 2015; Salize et coll., 2005)	Révisée tous les 6 mois.	« Hospitalisation d'office » : évaluation par 2 experts différents (obligatoire pour obtenir une libération). « Hospitalisation à la demande d'un tiers » : évaluation par le psychiatre traitant.

Cadre juridique/Pays	Durée et fréquence de la révision des dispositions	Autorité décidant de la libération
Italie (Barbui et Saraceno, 2015; De Vito, 2014; Ferracuti et coll., 2019; Gibson, 2014; Peloso et coll., 2014; Traverso et coll., 2000)	Durée minimum selon la sévérité du délit.	Tribunal.
Luxembourg (Cloos et coll., 2005)	Révisée 2 mois après l'admission, puis annuellement.	Commission spéciale.
Portugal (Xavier et Corrêa, 2005)	Durée limitée selon le diagnostic, la sévérité du délit et l'état clinique. Révisée en tout temps, à la demande du patient ou du procureur général, mais à tous les 2 ans au moins.	Tribunal.
Pays de droit civil – Germaniques		
Allemagne (Edworthy et coll., 2016; Rothschild et coll., 2007)	Durée illimitée, mais doit être reliée à la sévérité du délit. Révisée annuellement.	Tribunal.
Autriche (Schanda, 2005; Schanda, Ortwein-Swoboda, Knecht et Gruber, 2000; Stompe, Frottier et Schanda, 2007)	Durée illimitée, révisée annuellement.	Tribunal
Grèce (Alevizopoulos et coll., 2005; Tataru et coll., 2010)	Durée minimale établie (au plus la moitié de la peine maximale pour le délit). Révisée tous les 2 ans après la durée minimale, pour une durée maximale de 10 ans pour les méfaits et de 15 ans pour les infractions majeures.	Tribunal.
Suisse (Graf et Dittmann, 2007; Menetsch, 2010; World health organisation, 2011)	Durée illimitée.	Tribunal.
Pays de droit civil – Pays nordiques		
Danemark (Kramp, 2005; Kramp et Gabrielsen, 2009; Sestoft et Engberg, 2000)	Ordonnance de placement : durée illimitée, révisée au moins 5 ans après la sentence, puis à tous les 2 ans. Ordonnance de traitement : durée limitée (3 ou 5 ans, peut être prolongée par ordre de la cour), révisée annuellement.	Tribunal (ordonnance de placement), psychiatre (ordonnance de traitement).
Finlande (Eronen et coll., 2000; Kaltiala-Heino, 2005; Kramp et Gabrielsen, 2009)	Durée illimitée, révisée tous les 6 mois.	Décision finale par les autorités des affaires médico-légales.
Islande (Pálsson, 2011)	Durée liée à l'état psychiatrique. Révisée après un an.	Tribunal.
Norvège (Helse Bergen Haukeland University Hospital, n.d.; Måseide, 2012; Kleve, 1996; Skålevåg, 2014)	Durée illimitée.	nd
Suède (Belfrage et Fransson, 2000; Bergenheim, 2014; Radovic et coll., 2015; Silfverhielm, 2005)	Révisée tous les 6 mois.	Tribunal.
Pays de droit civil – Autres		
Chine (Every-Palmer et coll., 2014; Topiwala et coll., 2012; Wang et coll., 2006, 2007; Zhao et Ferguson, 2013)	Durée illimitée.	Psychiatre traitant, avec l'approbation des services policiers locaux.

Cadre juridique/Pays	Durée et fréquence de la révision des dispositions	Autorité décidant de la libération
Japon (Every-Palmer et coll., 2014; Fujii et coll., 2014; Nakatani et coll., 2010; Weisstub et Carney, 2006)	Révisée tous les 6 mois.	Tribunal.
Pays-Bas (de Boer et Gerrits, 2007; de Kogel, 2005; de Ruiter et Hildebrand, 2003; Edworthy et coll., 2016; Radovic et coll., 2015; van Beek et Kröger, 2007; van der Wolf et coll., 2010; van Marle, 2000)	Durée initiale de 2 ans, puis prolongation de 1 à 2 ans chaque fois. Rapport d'experts indépendants chaque 6 ans.	Tribunal.
Taiwan (Every-Palmer et coll., 2014)	Durée limitée à 5 ans.	nd
Anciens pays communistes		
Bulgarie (Tătaru et coll., 2010)	Révisée tous les 6 mois.	Tribunal.
Croatie (Margetić et coll., 2012)	Durée selon l'état psychiatrique, ne doit pas dépasser la limite supérieure des peines carcérales pour le délit.	nd
République tchèque (Mundt et coll., 2012; Vevera et coll., 2009)	Durée illimitée.	nd
Pologne (Ciszewski et Sutula, 2000; Mundt et coll., 2012)	Durée illimitée, révisée au minimum tous les 6 mois.	Tribunal.
Russie (Every-Palmer et coll., 2014; Mundt et coll., 2012; Ruchkin, 2000)	La limite est la durée de la peine. Révisée après 6 mois, puis annuellement.	Tribunal.
Ukraine (Douw et coll., 2015)	Durée liée à la nature du délit.	nd

nd: indique que l'information n'était pas disponible ou pas explicitement spécifiée dans la littérature.

TABLEAU 3
Clientèle ciblée par niveau de services

Niveau	Services	Clientèle ciblée
6	Services en milieu institutionnel à haute sécurité.	Risque criminogène : élevé. Besoins de traitement en lien avec la santé mentale ou l'usage de substance : faibles, modérés ou élevés.
5	Services en milieu institutionnel à sécurité moyenne.	Risque criminogène : modéré. Besoins de traitement en lien avec la santé mentale ou l'usage de substance : modérés ou élevés.
4	Services en milieu institutionnel à faible sécurité.	Risque criminogène : modéré. Besoins de traitement en lien avec la santé mentale ou l'usage de substance : modérés.
3	Services en communauté de haute intensité.	Risque criminogène : modéré. Besoins de traitement en lien avec la santé mentale ou l'usage de substance : modérés.
2	Services en communauté d'intensité modérée.	Risque criminogène : modéré ou faible. Besoins de traitement en santé mentale ou usage de substance : modéré ou faible. (au moins un des deux à un niveau modéré)
1	Services en communauté d'intensité faible	Risque criminogène : faible. Besoins de traitement en santé mentale ou usage de substance : faible.

RÉFÉRENCES

- Adjorlolo, S., Chan, H. C. (Oliver) et Mensah Agboli, J. (2016). Adjudicating mentally disordered offenders in Ghana: The criminal and mental health legislations. *International Journal of Law and Psychiatry*, 45, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.001>
- Alevizopoulos, G., Skondras, M. et Zacharakis, K. (2005). Concepts and procedures in the Member States—Greece. In H. J. Salize & H. Drefsing (Eds.), *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States* (pp. 160-166). European Commission, Central Institute of Mental Health.
- Alford, J. D. (2002). The “Forensication” of Public Sector Mental Health. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(1), 64-72. <https://doi.org/10.1080/10973430208408422>
- Andrews, D. A. et Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(1), 39-55. <https://doi.org/10.1037/a0018362>
- Andrews, D. A., Bonta, J. et Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17(1), 19-52. <http://cjb.sagepub.com/content/17/1/19.abstract>
- Andrews, D. A., Bonta, J. et Wormith, J. S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does adding the Good Lives Model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38(7), 735-755. <https://doi.org/10.1177/0093854811406356>
- Asokan, T. V. (2014). Forensic psychiatry in India: The road ahead. *Indian Journal of Psychiatry*, 56(2), 121-127. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.130479>
- Avramenko, A., Evers, S., Philipse, M., Chakhssi, F. et Ament, A. (2009). Cost of care of patients with personality disorders in forensic psychiatric hospitals in the Netherlands. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 19, 165-177. <https://doi.org/10.1002/cbm.729>
- Barbui, C. et Saraceno, B. (2015). Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: A new revolution begins? *The British Journal of Psychiatry*, 206(6), 445-446. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.153817>
- Barrett, B., Byford, S., Seivewright, H., Cooper, S. et Tyrer, P. (2005). Service costs for severe personality disorder at a special hospital. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15(3), 184-190. <https://doi.org/10.1002/cbm.7>
- Bauer, A., Rosca, P., Grinshpoon, A., Khawalled, R. et Mester, R. (2005). Regional psychiatric boards in Israel: Expectations and realities. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(6), 661-669. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2003.09.013>
- BC Mental Health & Substance Use Services. (2013). *Forensic Psychiatry*.
- Belfrage, H. et Fransson, G. (2000). Swedish forensic psychiatry: A field in transition. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 509-514. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252700000510>
- Bergenheim, Å. (2014). Sexual assault, irresistible impulses, and forensic psychiatry in Sweden. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 99-108. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.10.003>
- Bernardon Ribeiro, R., Cordeiro, Q. et Tabora, J. G. V. (2015). Public health system and psychiatry in the treatment of “dangerous” young offenders in Brazil. *International Journal of Law and Psychiatry*, 41, 18-25. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.03.013>

- Bloom, J. D., Williams, M. H. et Bigelow, D. A. (2000). The forensic psychiatric system in the United States. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 605-613.
- Bower, P. et Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *British Journal of Psychiatry*, 186, 11-17.
- Brinded, P. M. (2000). Forensic psychiatry in New Zealand. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 453-465. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252700000534>
- Bureau of Justice Statistics. (2004). Table 35. The defense of insanity: Standards and procedures. In *State Court Organization* (pp. 199-202). U.S. Department of Justice.
- Care Pathways and Packages Project. (2009). *Forensic Pathway Allocation*. National Health Service.
- Chadda, R. K. (2013). Forensic evaluations in psychiatry. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(4), 393-399.
- Chan, L. G. et Tomita, T. (2013). Forensic psychiatry in Singapore. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5(4), 344-351. <https://doi.org/10.1111/appy.12033>
- Cheang, M. (1985). The insanity defence in Singapore. *The Anglo American Law Review*, 14(3), 245-263. <https://doi.org/10.1525/sp.2007.54.1.23>.
- Cid, R. D. (2010). Insane defendants and forensic convicts: Before and after the onset of the new forensic psychiatry network and the criminal justice system reform in Chile. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(5), 458-462. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833bb31a>
- Ciszewski, L. et Sutula, E. (2000). Psychiatric care for mentally disturbed perpetrators of criminal acts in Poland. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 547-554. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(00\)00055-8](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(00)00055-8)
- Cloos, J.-M., Thillman, R., Penning, P. et Spautz, J.-M. (2005). Concepts and procedures in the Member States—Luxembourg. In H. J. Salize & H. Drefßing (Eds.), *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States* (pp. 184-188). European Commission, Central Institute of Mental Health.
- Code criminel canadien. (1992). *L.R.C. C-46*.
- Code pénal suisse. (n.d.).
- Craven, M. A. et Bland, R. (2006). Better practices in collaborative mental health care: An analysis of the evidence base. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(6 Suppl 1), 7s-72s.
- Crichton, J., Campbell, I., Bremner, M., Irwin, D., Gallagher, E., McGeachie, K., McGinlay, J., Toal, R. et White, T. (2004). *Definition of security levels in psychiatric inpatient facilities in Scotland*. http://www.forensicnetwork.scot.nhs.uk/documents/previous_reports/LevelofSecurityReport.pdf
- Crocker, A. G., Livingston, J. D. et Leclair, M. C. (2017). Forensic mental health systems internationally. In R. Roesch & A. N. Cook (Eds.), *Handbook of Forensic Mental Health Services* (pp. 3-76). Routledge.
- Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Côté, G., Latimer, E. A. et Seto, M. C. (2010). Individuals found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder: Are we providing equal protection and equivalent access to mental health

- services across Canada? *Canadian Journal of Community Mental Health*, 29(2), 47-54. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2010-0020>
- Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Seto, M. C., Charette, Y., Côté, G. et Caulet, M. (2015). The National Trajectory Project of Individuals found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder in Canada. Part 1—Context and Methods. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(3), 95-105.
- Darjee, R. et Crichton, J. (2003). Personality disorder and the law in Scotland: A historical perspective. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 14(2), 394-425. <https://doi.org/10.1080/1478994031000136536>
- de Boer, J. et Gerrits, J. (2007). Learning from Holland: The TBS system. *Psychiatry*, 6(11), 459-461. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.08.008>
- de Kogel, C. H. (2005). Concepts and procedures in the Member States—The Netherlands. In H. J. Salize & H. Dreßing (Eds.), *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States* (pp. 189-196). European Commission, Central Institute of Mental Health.
- de Ruiters, C. et Hildebrand, M. (2003). The dual nature of forensic psychiatric practice: Risk assessment and management under the Dutch TBS-order. In P. J. van Koppen & S. D. Penrod (Eds.), *Adversarial Versus Inquisitorial Justice: Psychological Perspectives on Criminal Justice Systems* (pp. 91-106). Kluwer Academic/Plenum Publishers. papers3://publication/uuid/3DA7FCAA-85FE-4BA0-9F41-B1FFA5FCB905
- De Vito, C. G. (2014). Forensic psychiatric units in Italy from the 1960s to the present. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 127-134. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.09.012>
- Douw, F., Garman, G., Liausedas, A., Sergienko, I., Temchenko, O. et van Voren, R. (2015). *Review of forensic psychiatric and prison mental health services in Ukraine: Report*. Ukrainian Parliament Commissioner for Human Rights.
- Edworthy, R., Sampson, S. et Völlm, B. (2016). Inpatient forensic-psychiatric care: Legal frameworks and service provision in three European countries. *International Journal of Law and Psychiatry*, in press. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.027>
- Eronen, M., Repo, E., Vartiainen, H. et Tiihonen, J. (2000). Forensic psychiatric organization in Finland. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 541-546. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(00\)00059-5](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(00)00059-5)
- Every-Palmer, S., Brink, J., Chern, T. P., Choi, W.-K., Hern-Yee, J. G., Green, B., Heffernan, E., Johnson, S. B., Kachaeva, M., Shiina, A., Walker, D., Wu, K., Wang, X. et Mellso, G. (2014). Review of psychiatric services to mentally disordered offenders around the Pacific Rim. *Asia-Pacific Psychiatry*, 6, 1-17. <https://doi.org/10.1111/appy.12109>
- Ferracuti, S., Pucci, D., Trobia, F., Alessi, M. C., Rapinesi, C., Kotzalidis, G. D. et Del Casale, A. (2019). Evolution of forensic psychiatry in Italy over the past 40 years (1978-2018). *International Journal of Law and Psychiatry*, 62, 45-49. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.10.003>
- Folino, J. O., Montero Vazquez, J. et Sarmiento, D. R. (2000). Forensic psychiatric system in the province of Buenos Aires. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 567-577. Forense
- Forensic Network. (2016). *Services in Scotland*. NHS Scotland. <http://www.forensicnetwork.scot.nhs.uk/services-in-scotland>

- Fujii, C., Fukuda, Y., Ando, K., Kikuchi, A. et Okada, T. (2014). Development of forensic mental health services in Japan: Working towards the reintegration of offenders with mental disorders. *International Journal of Mental Health Systems*, 8, 21. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-21>
- Gibson, M. (2014). Forensic psychiatry and the birth of the criminal insane asylum in modern Italy. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 117-126. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.09.011>
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor Books.
- Goldman, H. H., Thelander, S. et Westrin, C.-G. (2000). Organizing mental health services: An evidence-based approach. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3(2), 69-75. <http://www.icmpe.org>
- Goulet, M. H., Dellazizzo, L., Lessard-Deschênes, C., Lesage, A., Crocker, A. G. et Dumais, A. (2021). Effectiveness of Forensic Assertive Community Treatment on Forensic and Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 1-15. <https://doi.org/10.1177/00938548211061489>
- Graf, M. et Dittmann, V. (2007). Psychopathic disorders and the criminal law in Switzerland. In A. Felthous & H. Sass (Eds.), *The International Handbook of Psychopathic Disorders and the Law: Volume 2* (pp. 229-242). John Wiley & Sons, Ltd.
- Greenberg, D. et Felthous, A. (2007). The insanity defense and psychopathic disorders in the United States and Australia. In A. Felthous & H. Sass (Eds.), *The International Handbook of Psychopathic Disorders and the Law, Volume 2* (pp. 255-274). John Wiley & Sons, Ltd.
- Grinshpoon, A., Khawalled, R., Polakiewicz, J., Appelbaum, P. S. et Ponizovsky, A. M. (2011). Psychiatric hospitalization by court observation order in Israel: A ten-year follow-up study. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 48(3), 201-206.
- Grubin, D. (2007). Insanity, diminished responsibility and personality disorder in England and Wales. In A. Felthous & H. Sass (Eds.), *The International Handbook of Psychopathic Disorders and the Law, Volume 2* (pp. 243-254). John Wiley & Sons, Ltd.
- Gunn, J., Browne, F., Darjee, R., Kennedy, H. G., Mackay, R. D. et Mohan, D. (2013). Legal arrangements in the rest of the British Isles and Islands. In J. Gunn & P. J. Taylor (Eds.), *Forensic Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Issues* (2nd editio, pp. 86-110). CRC Press.
- Hassan, T., Nizami, A. T. et Hirji, S. (2015). Forensic psychiatry in Pakistan. *International Journal of Law and Psychiatry*, 41, 95-104. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.05.001>
- Helse Bergen Haukeland University Hospital. (n.d.). *Forensic psychiatry in Norway*. <http://www.niuva.fi/nsfp/esitykset/17>. Per Harald Bentsen_Forensic Psychiatry treatment in hospital_Norway.pdf
- Hogan, M. F., Adams, J., Arredondo, R., Carlile, P., Curie, C. G. et Fisher, D. B. (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America. Final report for the President's New Freedom Commission on Mental Health*. <http://www.mentalhealthcommission.gov/reports/reports.htm>
- Hooper, J. F. et Kaliski, S. (2010). *Forensic psychiatry in South Africa*. Psychiatry and the Law: Forensic Psychiatry Resource Page. <http://bama.ua.edu/~jhooper/southaf.html>

- Humber, N., Hayes, A., Wright, S., Fahy, T. et Shaw, J. (2011). A comparative study of forensic and general community psychiatric patients with integrated and parallel models of care in the UK. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(2), 183-202. <https://doi.org/10.1080/14789949.2010.528010>
- Hunyor, J. (2012). A kangaroo loose in the top paddock: Criminal justice, mental impairment and fitness for trial in the Northern Territory. *Uluru Criminal Law Conference*. 406 U.S. 715, (1972).
- Jacobs, P., Moffatt, J., Dewa, C. S., Nguyen, T., Zhang, T. et Lesage, A. D. (2016). Mental health services costs within the Alberta criminal justice system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.04.008>
- Jagadisha, Venugopal, D. et Murali, N. (2000). Priority issues in forensic psychiatry. *Indian Journal of Psychiatry*, 42(3), 320-322. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Jager, A. D. (2001). Forensic psychiatry services in Australia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24(4-5), 387-398. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(01\)00074-7](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(01)00074-7)
- James, D. (2005). Concepts and procedures in the Member States—England & Wales. In H. J. Salize & H. Dreßing (Eds.), *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States* (pp. 122-135). European Commission, Central Institute of Mental Health.
- Jansman-Hart, E. M., Seto, M. C., Crocker, A. G., Nicholls, T. L. et Côté, G. (2011a). International trends in demand for forensic mental health services. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(4), 326-336. <https://doi.org/10.1080/14999013.2011.625591>
- Jansman-Hart, E. M., Seto, M. C., Crocker, A. G., Nicholls, T. L. et Côté, G. (2011b). International trends in demand for forensic mental health services. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(4), 326-336. <https://doi.org/10.1080/14999013.2011.625591>
- Kaltiala-Heino, R. (2005). Concepts and procedures in the Member States—Finland. In H. J. Salize & H. Dreßing (Eds.), *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States* (pp. 136-144). European Commission, Central Institute of Mental Health.
- Kennedy, H. G., Mohan, D. et Davoren, M. (2021). Forensic psychiatry and Covid-19: accelerating transformation in forensic psychiatry. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 38(2), 145-153. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.58>
- Kennedy, Harry G., Simpson, A. I. F. et Haque, Q. (2019). Perspective On Excellence in Forensic Mental Health Services: What We Can Learn From Oncology and Other Medical Services. *Frontiers in Psychiatry*, 10(October), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00733>
- Kennedy, Harry G. (2002). Therapeutic uses of security: Mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(6), 433-443. <https://doi.org/10.1192/apt.8.6.433>
- Kleve, L. (1996). Forensic psychiatric services in Norway. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 7(1), 170-176. <https://doi.org/10.1080/09585189608409925>
- Kramp, P. (2005). Concepts and procedures in the Member States—Denmark. In H. J. Salize & H. Dreßing (Eds.), *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States* (pp. 105-121). European Commission, Central Institute of Mental Health.

- Kramp, P. et Gabrielsen, G. (2009). The organization of the psychiatric service and criminality committed by the mentally ill. *European Psychiatry*, 24(6), 401-411. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.07.007>
- Kumar, D., Viswanath, B., Sebestian, A., Holla, B., Konduru, R., Chandrashekar, C. R. et Math, S. B. (2014). Profile of male forensic psychiatric inpatients in South India. *The International Journal of Social Psychiatry*, 60(1), 55-62. <https://doi.org/10.1177/0020764012461334>
- Lamb, H. R. (2009). Reversing Criminalization. *American Journal of Psychiatry*, 166(1), 8-10. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08101515>.
- Lamberti, J. S., Deem, A., Weisman, R. L. et LaDuke, C. (2011). The role of probation in forensic assertive community treatment. *Psychiatric Services*, 62(4), 418-421.
- Large, M. M. et Nielssen, O. B. (2009). The Penrose hypothesis in 2004: Patient and prisoner numbers are positively correlated in low-and-middle income countries but are unrelated in high-income countries. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(1), 113-119. <https://doi.org/10.1348/147608308X320099>
- Lipsey, M. W. et Cullen, F. T. (2007). The effectiveness of correctional rehabilitation: A review of systematic reviews. *Annual Review of Law and Social Science*, 3(1), 297-320. <https://doi.org/10.1146/annurev.lawsocsci.3.081806.112833>
- Livingston, J. D. (2006). A statistical survey of Canadian forensic mental health inpatient programs. *Healthcare Quarterly*, 9(2), 56-61.
- Livingston, J. D., Wilson, D., Tien, G. et Bond, L. (2003). A follow-up study of persons found not criminally responsible on account of mental disorder in British Columbia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(6), 408-415.
- Manetsch, M. (2010). Forensic mental health in Switzerland: Philosophy and services. In A. Bartlett & G. McGauley (Eds.), *Forensic Mental Health: Concepts, Systems, and Practice* (pp. 397-402). Oxford University Press.
- Mangezi, W. et Chibanda, D. (2011). Zimbabwe. In H. Ghodse (Ed.), *International Perspectives on Mental Health* (pp. 56-59). RCPsych Publications.
- Margetić, B., Ivanec, D., Zarković Palijan, T. et Kovacević, D. (2012). Offender patients' opinions on placement in a forensic hospital. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 22(5), 360-368. <https://doi.org/10.1002/cbm>
- Martinez-Jarreta, B. (2003). Forensic medicine: A lesson to be learned by twenty-first-century Spain. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 14(1), 4-6. <https://doi.org/10.1080/1478994031000078005>
- Måseide, P. H. (2012). The battle about Breivik's mind. *The Lancet*, 379(9835), 2413. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61048-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61048-4)
- Math, S. B., Kumar, C. N. et Moirangthem, S. (2015). Insanity defense: Past, present, and future. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(4), 381-387. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.168559>
- McDaid, D. et Thornicroft, G. (2005). *Mental health II: Balancing institutional and community-based care. European observatory on health systems and policies. World Health Organization*. <http://www.euro.who.int/document/e85488.pdf>
- McKenna, B., Furness, T., Dhital, D., Park, M. et Connally, F. (2014). The transformation from custodial to recovery-oriented care: A paradigm shift that needed to happen. *Journal of Forensic Nursing*, 10(4), 226-233. <https://doi.org/10.1097/jfn.0000000000000045>

- McMurrin, M., Khalifa, N. et Gibbon, S. (2009). *Forensic Mental Health*. Willan Publishing.
- Menezes, S. B., Oyeboode, F. et Haque, M. S. (2007). Mentally disordered offenders in Zimbabwe and in England and Wales: A socio-demographic study. *Medicine, Science and the Law*, 47(3), 253-261. <https://doi.org/10.1258/rsmmsl.47.3.253>
- Mental Health Commission. (2006). *Forensic mental health services for adults in Ireland*. Mental Health Commission.
- Ministry of Health. (2007). *Census of Forensic Mental Health Services 2005*. Ministry of Health.
- Morgan, R. D., Scanlon, F. et Van Horn, S. A. (2020). Criminogenic risk and mental health: a complicated relationship. *CNS Spectrums*, 25(2), 237-244. <https://doi.org/10.1017/S109285291900141X>
- Mudathikundan, F., Chao, O. et Forrester, A. (2014). Mental health and fitness to plead proposals in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(2), 135-141. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.11.008>
- Mullen, P. E. (2000). Forensic mental health. *British Journal of Psychiatry*, 176, 307-311.
- Mullen, P. E., Briggs, S., Dalton, T. et Burt, M. (2000). Forensic mental health services in Australia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 433-452. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25120122>
- Mullen, P. E. et Chettleburgh, K. (2002). *Review of Queensland Forensic Mental Health Services*. Victorian Institute of Forensic Mental Health.
- Mundt, A. P., Chow, W. S., Arduino, M., Barrionuevo, H., Fritsch, R., Giralá, N., Minoletti, A., Mitkiewicz, F., Rivera, G., Tavares, M. et Priebe, S. (2015). Psychiatric hospital beds and prison populations in South America since 1990 does the Penrose hypothesis apply? *JAMA Psychiatry*, 72(2), 112-118. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2433>
- Mundt, A. P., Frančišković, T., Gurovich, I., Heinz, A., Ignatyev, Y., Ismayilov, F., Kalapos, M. P., Krasnov, V., Mihai, A., Mir, J., Padruchny, D., Potočan, M., Raboch, J., Taube, M., Welbel, M. et Priebe, S. (2012). Changes in the provision of institutionalized mental health care in post-communist countries. *PLoS One*, 7(6), e38490. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0038490>
- Munetz, M. R. et Griffin, P. a. (2006). Use of the Sequential Intercept Model as an approach to decriminalization of people with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 57(4), 544-549. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.4.544>
- Nakatani, Y., Kojimoto, M., Matsubara, S. et Takayanagi, I. (2010). New legislation for offenders with mental disorders in Japan. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(1), 7-12. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.10.005>
- Nambi, S. (2010). Forensic psychiatry revisited. *Indian Journal of Psychiatry*, 52(Suppl 1), S306-S308. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.69258>
- National Health Service. (2013). *2014/15 NHS Standard Contract for High Secure Mental Health Services (Adults): Particulars, Schedule 2—The services: A—Service Specifications*.
- National Treatment Strategy Working Group. (2008). *A Systems Approach to Substance Use in Canada: Recommendations for a National Treatment Strategy*. http://www.nationalframework-cadrenational.ca/uploads/files/TWS_Treatment/nts-report-eng.pdf, Archived at <http://www.webcitation.org/5xwWamy4p> on April 14th, 2011

- O'Dwyer, S., Davoren, M., Abidin, Z., Doyle, E., McDonnell, K. et Kennedy, H. G. (2011). The DUNDRUM Quartet: validation of structured professional judgement instruments DUNDRUM-3 assessment of programme completion and DUNDRUM-4 assessment of recovery in forensic mental health services. *BMC Research Notes*, 4(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-229>
- O'Neil, O. (2012). *National Overview of Forensic Mental Health Services Ireland 2011*. Mental Health Commission.
- Osher, F., D'Amora, D. A., Plotkin, M., Jarrett, N. et Eggleston, A. (2012). *Adults with behavioral health needs under correctional supervision: A shared framework for reducing recidivism and promoting recovery*. Council of State Governments Justice Center. http://csgjusticecenter.org/wp-content/uploads/2013/05/9-24-12_Behavioral-Health-Framework-final.pdf
- Pálsson, S. P. (n.d.). *Forensic psychiatry in the Nordic countries: Iceland, problems or possibilities*.
- Peloso, P. F., D'Alema, M. et Fioritti, A. (2014). Mental health care in prisons and the issue of forensic hospitals in Italy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(6), 473-478. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000147>
- Pillay, S. M., Oliver, B., Butler, L. et Kennedy, H. G. (2008). Risk stratification and the care pathway. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 25, 123-127.
- Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Munk-Jorgensen, P., Walsh, D., Wiersma, D. et Wright, D. (2008a). Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*, 59(5), 570-573. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.5.570> [doi]
- Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Munk-Jorgensen, P., Walsh, D., Wiersma, D. et Wright, D. (2008b). Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*, 59(5), 570-573. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.5.570>
- Prins, S. J. et Draper, L. (2009). *Improving outcomes for people with mental illnesses under community corrections supervision: A guide to research-informed policy and practice*. <http://consensusproject.org/downloads/community.corrections.research.guide.pdf>
- Radovic, S., Meynen, G. et Bennet, T. (2015). Introducing a standard of legal insanity: The case of Sweden compared to the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, 40, 43-49. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.04.009>
- Roberts, G. et Ogborne, A. (1999). *Best practices: Substance abuse treatment and rehabilitation*. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/alcohol-otherdrugs>
- Rock, M. (2001). Emerging issues with mentally ill offenders: Causes and social consequences. *Administration and Policy in Mental Health*, 28(3), 165-180.
- Romani, C. J., Morgan, R. D., Gross, N. R. et McDonald, B. R. (2012). Treating criminal behavior: Is the bang worth the buck? *Psychology, Public Policy, and Law*, 18(1), 144-165. <https://doi.org/10.1037/a0024714>
- Roth, A. (2021, May). The Truth about Deinstitutionalization. *The Atlantic*. <https://www.theatlantic.com/health/archive/2021/05/truth-about-deinstitutionalization/618986/>
- Rothschild, M. A., Erdmann, E. et Parzeller, M. (2007). Fitness for interrogation and fitness to stand trial. *Deutsches Ärzteblatt International*, 104(44), 3029-3033.

- Ruchkin, V. V. (2000). The forensic psychiatric system of Russia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 555-565. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(00\)00046-7](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(00)00046-7)
- Rush, B. (2010). Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: Origins and key principles. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27, 617-636.
- Salem, L., Crocker, A. G., Charette, Y., Seto, M. C., Nicholls, T. L. et Côté, G. (2015). Supportive housing and forensic patient outcomes. *Law and Human Behavior*, 3(3), 311-320. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/lhb0000112>
- Salize, H. J., Dressing, H. et Kief, C. (2005). *Placement and treatment of mentally ill offenders—Legislation and practice in EU Member States*. Central Institute of Mental Health. http://www.europa.nl/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_15_en.pdf
- Schanda, H. (2005). Concepts and procedures in the Member States—Austria. In H. J. Salize & H. Drefßing (Eds.), *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States* (pp. 91-98). European Commission, Central Institute of Mental Health.
- Schanda, H., Ortwein-Swoboda, G., Knecht, G. et Gruber, K. (2000). The situation of forensic psychiatry in Austria: Setback or progress? *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 481-492. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(00\)00045-5](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(00)00045-5)
- Seppänen, A., Joelsson, P., Ahlgren-Rimpiläinen, A. et Repo-Tiihonen, E. (2020). Forensic psychiatry in Finland: an overview of past, present and future. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00362-x>
- Sestoft, D. et Engberg, M. (2000). Law and mental health in Denmark. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 533-540. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(00\)00063-7](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(00)00063-7)
- Seto, M. C., Lalumière, M. L., Harris, G. T., Barbaree, H. E., Hilton, N. Z., Rice, M. E. et Schneider, R. D. (2001). *Demands on forensic mental health services in the province of Ontario*. Report prepared for the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.
- Silfverhielm, H. (2005). Concepts and procedures in the Member States—Sweden. In H. J. Salize & H. Drefßing (Eds.), *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States* (pp. 215-224). European Commission, Central Institute of Mental Health.
- Simon, R. J. et Ahn-Redding, H. (2006). *The Insanity Defense, the World Over*. Lexington Books.
- Skålevåg, S. A. (2014). The irresponsible criminal in Norwegian medico-legal discourse. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(1), 82-90. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.09.008>
- Skeem, J. L., Manchak, S. et Peterson, J. K. (2011). Correctional policy for offenders with mental illness: Creating a new paradigm for recidivism reduction. *Law and Human Behavior*, 35(2), 110-126. <https://doi.org/10.1007/s10979-010-9223-7>
- Skeem, J. L., Steadman, H. J. et Manchak, S. M. (2015). Applicability of the Risk-Need-Responsivity model to persons with mental illness involved in the criminal justice system. *Psychiatric Services*, 66(9), 916-922. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400448>

- Smith, S., Gate, R., Ariyo, K., Saunders, R., Taylor, C., Bhui, K., Mavranzeouli, I., Heslin, M., Greenwood, H., Matthews, H., Barnett, P. et Pilling, S. (2020). Reasons behind the rising rate of involuntary admissions under the Mental Health Act (1983): Service use and cost impact. *International Journal of Law and Psychiatry*, 68(December 2019), 101506. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101506>
- St. Denis, E. E. (2008). *Forensic psychiatry and criminal responsibility in Santiago, Chile* [Queen's University]. <http://search.proquest.com/docview/287954575?accountid=14553%5Cn>
http://openurl.library.uiuc.edu/sfxlcl3?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:mtx:dissertation&genre=dissertations+%26+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+%26+Theses+Full+Text&title=
- St. Denis, E. E., Sepúlveda, E., Téllez, C., Arboleda-Flórez, J., Stuart, H. et Lam, M. (2012). Forensic psychiatry in Chile. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(5-6), 496-503. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2012.09.023>
- Stompe, T., Frottier, P. et Schanda, H. (2007). Insanity in Austria: The position of psychopathy in Austrian Forensic Psychiatry. In A. Felthous & H. Sass (Eds.), *The International Handbook of Psychopathic Disorders and the Law, Volume 2* (pp. 211-227). John Wiley & Sons, Ltd.
- Taborda, J. G. V. (2001). Criminal justice system in Brazil: Functions of a forensic psychiatrist. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24(4-5), 371-386. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(01\)00073-5](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(01)00073-5)
- Taborda, J. G. V., Cardoso, R. G. et Morana, H. C. P. (2000). Forensic psychiatry in Brazil. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 579-588. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(00\)00048-0](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(00)00048-0)
- Taborda, J. G. V., Folino, J. O. et Salton, R. (2007). Forensic mental health care in South America: An overview of the Brazilian and Argentinian cases. *International Journal of Prisoner Health*, 3(2), 125-133. <https://doi.org/10.1080/17449200701321571>
- Tătaru, N., Marinov, P., Douzenis, A., Novotni, A. et Kecman, B. (2010). Forensic psychiatry in some Balkan countries. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(5), 472-480. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833cfc05>
- Taylor, P. J., Dunn, E., Felthous, A., Gagné, P., Harding, T., Kaliski, S., Kramp, P., Lindqvist, P., Nedopil, N., Ogloff, J. R. P., Skipworth, J., Thomson, L. et Yoshikawa, K. (2013). Forensic psychiatry and its interfaces outside the UK and Ireland. In J. Gunn & P. J. Taylor (Eds.), *Forensic Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Issues* (2nd editio, pp. 111-147). CRC Press.
- Téllez, C., Arboleda-Flórez, J., Ortiz, S. et Navarro, J. (2004). Impact of legal reform on the practice of forensic psychiatry in Chile. *Current Opinion in Psychiatry*, 17(5), 387-390. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000139975.83307.d8>
- Thomson, L. (2016). Scotland's Quality Framework. *16th Annual Conference of the International Association of Forensic Mental Health Services*.
- Thornicroft, G. et Tansella, M. (2003). What are the arguments for community-based mental health care? *World Health Organization Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report)*, 2007(August), 1-25. <http://www.euro.who.int/document/E82976.pdf>

- Thornicroft, G. et Tansella, M. (2004). *Components of a modern mental health service: A pragmatic balance of community and hospital care*. 185, 283-290. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.4.283>
- Thornicroft, G. et Tansella, M. (2013). The balanced care model: The case for both hospital- and community-based mental healthcare. *The British Journal of Psychiatry*, 202(4), 246-248. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.111377>
- Toib, J. A. (2008). Civil commitment and the criminal insanity plea in Israeli law. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(4), 308-318. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.11.012>
- Topiwala, A., Wang, X. et Fazel, S. (2012). Chinese forensic psychiatry and its wider implications. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 23(1), 1-6. <https://doi.org/10.1080/14789949.2011.576261>
- Torres-González, F. et Barrios, L. F. (2005). Concepts and procedures in the Member States—Spain. In H. J. Salize & H. Drefßing (Eds.), *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States* (pp. 207-214). European Commission, Central Institute of Mental Health.
- Traverso, G. B., Ciappi, S. et Ferracuti, S. (2000). The treatment of the criminally insane in Italy: An overview. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 493-508. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(00\)00047-9](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(00)00047-9)
- U.S. Department of Health and Human Services. (2009). *National consensus statement on mental health recovery*. <http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA05-4129/SMA05-4129.pdf>
- van Beek, D. et Kröger, U. (2007). The treatment of psychopathic patients in the Netherlands. In A. Felthous & H. Sass (Eds.), *The International Handbook of Psychopathic Disorders and the Law, Volume 2* (pp. 407-428). John Wiley & Sons, Ltd.
- van der Wolf, M., van Marle, H., Mevis, P. et Roesch, R. (2010). Understanding and evaluating contrasting unfitness to stand trial practices: A comparison between Canada and the Netherlands. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(3), 245-258. <https://doi.org/10.1080/14999013.2010.522221>
- van Marle, H. (2000). Forensic psychiatric services in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 515-531. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(00\)00049-2](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(00)00049-2)
- Vevera, J., Svarc, J., Grohmannova, K., Spilkova, J., Raboch, J. et Cerny, M. (2009). An increase in substance misuse rather than other mental disorders has led to increased forensic treatment rates in the Czech Republic. *European Psychiatry*, 24, 380-387. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.07.005>
- Von Korff, M. et Tiemens, B. (2000). Individualized stepped care of chronic illness. *Western Journal of Medicine*, 172(2), 133-137. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070776/>
- Walsh, D. (2005). Concepts and procedures in the Member States—Ireland. In H. J. Salize & H. Drefßing (Eds.), *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States* (pp. 167-175). European Commission, Central Institute of Mental Health.
- Wang, X., Livingston, J. D., Brink, J. et Murphy, E. (2006). Persons found “Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder”: A comparison of British Columbia, Canada and Hunan, China. *Forensic Science International*, 164(2-3), 93-97. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2005.12.001>

- Wang, X., Zhang, D., Jiang, S., Bai, Y., Cucolo, H. E. et Perlin, M. L. (2007). Reassessing the aftercare treatment of individuals found not guilty due to a mental disability in Hunan, China: Supplemental study into the disposition of mentally ill offenders after forensic psychiatric assessment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 337-342.
- Weisman, R. L., Lamberti, J. S. et Price, N. (2004). Integrating criminal justice, community healthcare, and support services for adults with severe mental disorders. *Psychiatric Quarterly*, 75(1), 71-85.
- Weisstub, D. N. et Carney, T. (2006). Forensic mental health law reform in Japan: From criminal warehousing to broad-spectrum specialist services? *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(2), 86-100. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2005.09.002>
- Whitley, R. et Berry, S. (2013). Trends in newspaper coverage of mental illness in Canada: 2005-2010. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(2), 107-112.
- Whitley, R. et Prince, M. (2005). Fear of crime, mobility and mental health in inner-city London, UK. *Social Science & Medicine*, 61(8), 1678-1688. <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6VBF-4G7DY1V-1/2/248b1fc7adbc1e4deca19a9a1358fb0>
- Williams, C. R. (2000). Development and change in insanity and related defences. *Melbourne University Law Review*, 24(3), 711-736.
- Wolff, N. (2002). "New" public management of mentally disordered offenders: Part I. A cautionary tale. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(1), 15-28.
- World Health Organization. (2003). *Organization of Services for Mental Health*. World Health Organization. http://www.who.int/entity/mental_health/policy/services/4_organisation_services_WEB_07.pdf?ua=1
- Xavier, M. et Corrêa, B. B. (2005). Concepts and procedures in the Member States—Portugal. In H. J. Salize & H. Dreßing (Eds.), *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States* (pp. 197-206). European Commission, Central Institute of Mental Health.
- Yee Ho, R. M. et Kwan Yan, C. (2016). Violence risk assessment in Hong Kong. In J. P. Singh, S. Bjorkly et S. Fazel (Eds.), *International Perspectives on Violence Risk Assessment* (pp. 247-257). Oxford University Press.
- Yeo, S. (2008). The insanity defence in the criminal laws of the Commonwealth of Nations. *Singapore Journal of Legal Studies*, Dec, 241-263.
- Zhao, L. et Ferguson, G. (2013). Understanding China's mental illness defense. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24(5), 634-657. <https://doi.org/10.1080/14789949.2013.830318>