

Le traitement psychiatrique obligatoire et ses alternatives – démêler le vrai du faux

1. Qu'est-ce que le traitement psychiatrique obligatoire ?

S'il existe différentes définitions du traitement psychiatrique forcé ou obligatoire dans les différentes législations nationales, cette formule est celle que l'on utilise en général lorsque quelqu'un est soumis à un traitement médical contre sa volonté. A cet égard, la psychiatrie représente une exception claire car les autres domaines médicaux n'autorisent généralement pas le traitement forcé.¹ Les types de traitements forcés sont variables, et ne se déroulent pas que dans les hôpitaux – les médicaments psychotropes peuvent être imposés aux patients au sein d'autres institutions, ainsi que dans leur propre foyer. Le plus souvent, le traitement coercitif entraîne l'administration de médicaments psychiatriques, mais des mesures physiques sont parfois appliquées également, telles que l'immobilisation, l'isolement, le lit-cage ou le lit à filet et l'électrochoc. Dans la plupart des pays européens, le traitement psychiatrique obligatoire est autorisé par la loi. Les règles d'application de ce traitement varient de pays en pays. De telles mesures sont soit ordonnées par un tribunal, soit basées sur les évaluations de professionnels de la santé ou des médecins généralistes. Dans certains pays, plusieurs avis sont nécessaires, dans d'autres un seul suffit. La durée du traitement est variable, ainsi que la possibilité de sa révision.

Quand on essaie de comprendre ce que signifie "traitement psychiatrique obligatoire", il faut tenir compte des différences de perspectives des professionnels de la santé et des patients. Alors que pour les médecins, les infirmières ou les membres du pouvoir judiciaire, le traitement non volontaire représente une forme de traitement médical, les personnes soumises à un traitement coercitif le vivent comme une grave restriction de leur liberté individuelle. Beaucoup se sentent menacés par des décisions concernant leur vie prises sans leur consentement. Certains, qui ont subi un traitement obligatoire, doutent de son objectif global : *"La vérité, c'est qu'on ne peut pas me guérir sans ma coopération, ce n'est pas possible. La guérison forcée, ça n'existe pas."*²

Dans la plupart des systèmes juridiques européens, la base du traitement obligatoire est la présomption que la personne concernée présente un risque élevé envers elle-même ou envers les autres. Dans d'autres cas, des personnes sont obligées de suivre un traitement parce qu'elles ont déjà fait quelque chose qui les qualifiait comme "dangereuses" envers les autres ou envers elles-mêmes – quelque chose d'aussi bénin que se mêler à une dispute et utiliser un langage cru, ou d'aussi grave qu'une tentative de suicide. De tels comportements peuvent être liés à la souffrance des personnes ou même à des caractéristiques purement culturelles.

¹Le traitement forcé peut aussi être utilisé pour certaines maladies infectieuses.

² Carol J Patterson dans "Personal Stories", disponible ici :

http://www.mindfreedom.org/personalstories/personalstories/atct_topic_vieb_start:int=20&-C

2. Qu'est-ce que le consentement éclairé au traitement psychiatrique ?

Le consentement à la prise d'un traitement devrait être libre et éclairé, ce qui signifie que la décision devrait être prise par la personne concernée une fois qu'elle a reçu toutes les informations nécessaires. Ces informations comprennent la perception de l'état médical dans lequel elle se trouve, les options de traitement, le programme de traitement détaillé comprenant sa durée, ses effets secondaires et risques possibles ainsi que des renseignements complets sur les droits des patients. Malheureusement, le consentement est souvent donné sans que des informations complètes aient été fournies et sous la pression ou les menaces, ce qui rend impossible de parler de choix.

De nombreuses personnes ayant des diagnostics psychiatriques sont privées de leurs droits légaux et sont placées sous tutelle, ce qui signifie qu'elles ne peuvent même pas décider pour elles-mêmes de questions fondamentales au quotidien, y compris si elles veulent ou pas suivre un traitement. Par conséquent, c'est souvent leur tuteur légal qui prend la décision d'être soigné ou admis dans un établissement psychiatrique à leur place. Les organisations des droits de l'homme et des groupes de défense des usagers et survivants de la psychiatrie se battent depuis longtemps contre cette mesure : le consentement d'un tuteur légal ne devrait pas se substituer au consentement de la personne concernée.

Il est important de noter que l'admission dans un hôpital ne signifie pas nécessairement que la personne y subira un "traitement", même si les proches et les amis croient que c'est le cas. Les patients passent souvent des semaines dans un hôpital sans autres thérapies qu'un traitement médical. L'immobilisation physique est également utilisée bien trop souvent. Le traitement obligatoire ne vise pas à améliorer la santé, mais à prévenir les dommages résultant de comportements censés causer de tels dommages – suicide ou mise en danger de la vie d'autrui. Ce concept repose sur la conviction que le traitement psychiatrique peut en effet influencer de tels comportements et que les patients peuvent être "guéris". Comme l'a dit quelqu'un : *"Rien n'a été fait, beaucoup de gens m'ont laissé tomber et il n'existait pas de véritable traitement. J'ai l'impression que l'admission obligatoire veut dire que tout est fini, qu'il n'y a pas de traitement, pas vraiment."*³

3. Mais n'est-ce pas dangereux de laisser des personnes atteintes de graves problèmes de santé mentale vivre parmi nous ?

Non, il n'y a tout simplement aucune preuve en ce sens. Cette question revient régulièrement, dès que les médias prétendent découvrir des problèmes de santé mentale qui seraient le facteur principal de célèbres histoires criminelles. Pourtant les preuves empiriques dont nous disposons indiquent exactement le contraire – des études démontrent que les personnes atteintes de problèmes de santé mentale sont beaucoup plus susceptibles de devenir les victimes de crimes plutôt que leurs auteurs.

L'image du "criminel perturbé" est projetée par les médias par le biais d'images et films frappants, et de gros titres. Mais en même temps, seule une infime fraction des meurtres et délits est commise par des personnes pour lesquelles nous avons une preuve d'antécédents psychiatriques. Quand nous entendons parler de crimes sadiques, nous nous demandons souvent "comment peut-on faire ça" ? La vérité, c'est que ce qui amène quelqu'un à commettre un crime odieux est rarement un problème médical, mais la somme de plusieurs facteurs combinés, y compris le passé de la personne et les décisions prises.

³ Cité par Russo et Rose (2013): "But what if nobody's going to sit down and have a real conversation with you?" Perspectives d'usagers et de survivants sur les droits de l'homme, JOURNAL OF PUBLIC MENTAL HEALTH, Vol. 12.

4. Le traitement obligatoire n'est-il pas la manière la plus sûre d'aider une personne en crise, voire même de lui sauver la vie ?

Bien qu'en théorie, le traitement obligatoire soit mis en place pour protéger la vie du patient et traiter sa "maladie", la réalité démontre que le traitement non volontaire n'entraîne pas la guérison – en fait, l'expérience montre qu'il cause de nombreuses difficultés irréversibles. Tout d'abord, être soumis à un traitement sans le vouloir est une expérience traumatisante qui en général donne aux personnes l'impression d'être accablées par des forces extérieures, ce qui contribue à amplifier leur souffrance. En outre, selon le type de traitement non volontaire appliqué, il peut y avoir de graves effets secondaires : il a été prouvé que les médicaments antipsychotiques contribuent à des dommages irréversibles pour la santé,⁴ y compris des problèmes de coordination motrice (dyskinésie tardive ou dystonie), des changements hormonaux ou des modifications du tissu cérébral. Ces médicaments augmentent également le risque de décès prématuré ou de démence. D'autres interventions médicales telles que l'électroconvulsivothérapie (également appelée "thérapie par électrochocs"), sont également employées malgré la preuve des dommages irréversibles qu'elle entraîne entre autres, sur la mémoire.

Beaucoup d'autres traitements médicaux sont acceptés, malgré leurs effets secondaires souvent graves, car ils peuvent sauver la vie des gens : par exemple, la chimiothérapie contre les tumeurs malignes. Toutefois, quand il s'agit de santé mentale, le consentement informé des patients n'est pas requis, et ils sont obligés de subir un traitement qui, en lui-même, implique un risque significatif pour leur santé. Les partisans du traitement obligatoire disent que cette différence est due à l'incapacité de prendre une décision sensée quand on a une psychose, et que par conséquent durant les épisodes psychotiques, les professionnels ont besoin de décider "de la vie du patient".

Ceux qui s'opposent au traitement non volontaire contestent cette affirmation. Ils soutiennent que les "décisions sensées" telles que nous les connaissons sont un mythe et que dans la plupart des situations de la vie, les gens prennent des décisions en fonction de raisonnements sélectionnés subjectivement. Ces écarts entre les évaluations professionnelles et individuelles d'une situation sont assez fréquents. Quand ils sont atteints d'une maladie physique comme le cancer, nombre de patients décident de suivre un traitement malgré l'avis médical prouvant qu'il n'est pas fondé sur des preuves, ou refusent un traitement malgré l'aval d'un médecin – et toutes ces décisions se fondent sur des croyances et des peurs purement personnelles, voire même religieuses. Dans ce type de cas, la capacité du patient à prendre des décisions pour son avenir n'est pas remise en question, en dépit du fait que la peur de la mort ou de la douleur peuvent aussi altérer leur perception et leur capacité de jugement.

5. Les médicaments sont-ils indispensables ?

Etant donné que le traitement non volontaire des patients ayant des problèmes de santé mentale inclut très souvent la médication forcée, cela vaut la peine d'expliquer sa corrélation avec le rétablissement des patients de ce type.

⁴ Les résultats des études peuvent varier en fonction de divers facteurs, dont la portée de l'étude, la méthodologie employée, etc. Les études financées par les sociétés pharmaceutiques tendent à avoir des résultats différents des études financées par le gouvernement ou indépendantes (y compris celles revues par les patients en psychiatrie). Pour un aperçu des études sur l'efficacité des médicaments antipsychotiques, la compilation annotée de Robert Whitaker est disponible ici: <http://robertwhitaker.org/robertwhitaker.org/Outcomes%20in%20the%20era%20of%20atypical%20antipsychotics.html>

Il existe actuellement une grande variété de médicaments disponibles pour soigner la dépression, l'anxiété, l'insomnie, le trouble bipolaire, la schizophrénie, etc. Comme toujours avec tout type de médicament, ce n'est pas l'existence de ces médicaments qui est controversée, mais leur utilisation pour aider les personnes en détresse mentale.

Même si les médicaments antipsychotiques ne devraient pas être le seul type de traitement disponible, dans la plupart des systèmes de santé mentale, les professionnels n'ont ni le temps ni les ressources pour proposer des méthodes psychothérapeutiques et la médication reste souvent le seul traitement suggéré. Plusieurs sources dont des études,⁵ des recommandations d'organisations des droits de l'homme⁶ et des témoignages personnels⁷ suggèrent tous que les médicaments ne traitent pas les problèmes de santé mentale s'ils ne sont pas accompagnés d'autres méthodes comme une thérapie individuelle, de groupe, ou d'autres alternatives. Des études⁸ ont aussi montré que les médicaments neuroleptiques peuvent affecter de manière significative les tissus du cerveau et l'espérance de vie.

Bien que nous ayons très peu de données de statistiques officielles sur la mort des patients psychiatriques, nous disposons de preuves qui montrent qu'il existe une corrélation entre l'utilisation de médicaments psychotropes et le suicide. Par exemple, en Suède en 2007, dans un des rares cas de divulgation de ces statistiques, une étude a montré qu'une grande majorité de personnes s'étant suicidées avaient reçu de fortes doses de médicaments antipsychotiques et/ou d'antidépresseurs l'année précédant leur mort.

6. S'il n'y a pas d'hôpitaux psychiatriques, où iront tous les "malades mentaux" ?

Les alternatives aux hôpitaux psychiatriques traditionnels ont démontré qu'il était possible d'aider efficacement les personnes ayant des problèmes de santé mentale *sans* recourir à l'admission non volontaire ou à tout type de traitement non volontaire. Ces exemples montrent que même les problèmes aigus de santé mentale comme la psychose précoce peuvent être traités sans confinement. Nous fournissons une liste indicative de ces méthodes à la fin de cet article.

Les gouvernements, les autorités régionales/locales et les ONG ont besoin de développer des services qui assurent un soutien. En attendant, ils doivent démanteler les unités psychiatriques qui traitent les gens sans leur accord, et s'assurer également que la base juridique de tout type de traitement obligatoire est abolie. Pour les remplacer, il faudrait développer une large gamme des services de proximité, comprenant des alternatives aux services médicaux.

- Le modèle Soteria fonctionne avec succès⁸ depuis les années 1970 dans le monde entier. Le concept se base sur le principe de rétablissement⁹ et les services sont gérés par un personnel majoritairement non-médical. Les usagers des services Soteria – généralement diagnostiqués

⁵ Par exemple, voir l'étude sur le traitement pour les adolescents dépressifs, disponible ici :

<http://www.nimh.nih.gov/health/trials/practical/tads/index.shtml>.

⁶ Voir les rapports et observations du Comité européen pour la prévention de torture et des traitements inhumains ou dégradants, disponible ici : <http://www.cpt.coe.int/en/> ou les rapports du Comité contre la torture, disponible ici :

<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CAT/Pages/CATIndex.aspx>

⁷ Voir Navari et Dazzan (2009): Do antipsychotic drugs affect brain structure? A systematic and critical review of MRI, disponible ici: http://www.researchgate.net/publication/24250405_Do_antipsychotic_drugs_affect_brain_structure_A_systematic_and_critical_review_of_MRI_findings

⁸ Plus d'informations sur le modèle Soteria disponible ici :

<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/34/1/181.full>

⁹ Définition du concept de rétablissement disponible ici http://en.wikipedia.org/wiki/Recovery_approach

schizophrènes – gardent le contrôle des décisions les concernant et donnent un sens à leurs expériences subjectives. Le modèle utilise très peu de médicaments psychiatriques et n’a pas recours aux mesures non volontaires.

- L’approche “Dialogue ouvert” est née en Finlande et aide les personnes atteintes de psychose. C’est un des modèles les plus performants au monde, avec plus de 80% des patients qui retournent au travail. Une recherche en cours¹⁰ montre que 75% d’entre eux n’ont pas de signe de psychose résiduelle. Le modèle se base sur l’implication immédiate et soutenue de la famille et des amis des patients, dès les premiers signes de psychose – le Dialogue ouvert¹¹ n’utilise pas de traitement obligatoire. Par conséquent, depuis le lancement du modèle, dans certaines zones le nombre de patients schizophrènes en long séjour est à zéro.¹²

Bien que les modèles progressifs ne soient pas encore répandus en Europe, le fait que nous ayons très peu d’alternatives au traitement obligatoire des personnes atteintes de problèmes de santé mentale ne justifie pas de maintenir le statu quo

7. Que peut-on faire s’il n’y a pas assez de services de proximité ou d’autres alternatives ?

Les nouvelles alternatives ne se développent pas facilement ni rapidement mais cela ne doit pas justifier les violations arbitraires des droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale et les limitations de leur liberté individuelle.

Les gens qui souffrent de psychose peuvent avoir besoin d’une intervention urgente, mais la façon dont cela est fait aujourd’hui peut être changée rapidement. Par exemple, les systèmes de santé devraient encourager les patients à élaborer un accord ou une déclaration désignant quelqu’un qui prendrait temporairement les décisions à leur place, tout en indiquant les limites de ces décisions, s’ils vivent des moments difficiles ou ne parviennent plus à communiquer. Ces déclarations auraient une valeur juridique et devraient être acceptées par le personnel médical et le système judiciaire. Ces directives préalables et testaments ne sont pas nouveaux, en ce qui concerne les médicaments en particulier – des personnes en phase terminale qui souhaitent décider des soins qu’on devra leur donner s’ils perdent conscience y ont déjà recours. Les patients étant déjà soumis à un traitement non volontaire devraient être suggéré d’autres types de soins, dans le cas où ils demandent une aide médicale ou sociale. Avec un nombre limité de lits en soins de courte durée dans les hôpitaux, le domaine principal de la prise en charge professionnelle et financière devrait être les services de proximité.

8. Mais puisque les problèmes de santé mentale sont des maladies, on devrait les soigner dans les hôpitaux...

Les personnes qui éprouvent une détresse mentale peuvent être traitées par le secteur de la santé, mais beaucoup affirment que la nature des problèmes de santé mentale n’est pas médicale, mais psychologique et sociale. En fait, au cours des dernières décennies, certains développements ont profondément transformé la façon dont nous considérons les problèmes de santé mentale de nos jours – les facteurs sociaux et environnementaux et les événements de la vie semblent jouer un rôle décisif dans le développement de problèmes de santé mentale.

¹⁰ Cité dans Seikkula et al., Five-year experience of first-episode non affective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, March 2006; 16(2):214–228, disponible ici: <http://www.iarecovery.org/documents/open-dialogue-finland-outcomes.pdf>

¹¹ Voir cette courte vidéo d’introduction au Dialogue ouvert : <http://www.youtube.com/watch?v=aBjlvnRFja4>

¹² Voir le rapport : <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17522439.2011.601750#.Up2-X8RDvTo>

Par ailleurs, la validité et la fonction des catégories de diagnostics ont depuis longtemps été fortement remises en cause par les professionnels¹³, les sociologues¹⁴ et par les patients et survivants de la psychiatrie. Beaucoup prétendent que les diagnostics psychiatriques ne favorisent pas le rétablissement et n'aident pas à trouver le bon traitement. Pourtant, les systèmes de diagnostics comme le Manuel de diagnostics et statistiques des troubles mentaux (DSM) émis par l'American Psychiatric Association, ou la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé, sont des instruments extrêmement puissants qui façonnent la vie et le destin de millions de patients dans le monde entier.

Le cœur du problème est que, alors que les diagnostics médicaux, tels que celui des calculs rénaux ou de la pneumonie, permettent une analyse de la maladie et donnent une bonne indication sur le traitement dont nous pouvons avoir besoin, les étiquettes psychiatriques ne le font tout simplement pas. En outre, il n'y a pas de tests objectifs afin d'établir de diagnostics psychiatriques, ce qui rend ces tests fortement subjectifs et dépendent par conséquent de l'opinion de la personne qui examine le patient. Par exemple, ce qui est considéré comme une maladie mentale par un praticien à Manchester, au Royaume-Uni, pourrait ne pas être jugé telle par un autre praticien d'Helsinki, en Finlande, ou de Mumbai, en Inde. Comme le célèbre psychiatre réformiste Thomas Szasz l'a écrit en 1973 : « *Si vous parlez à Dieu, vous priez ; si Dieu vous parle, vous êtes schizophrène. Si les morts vous parlent, vous êtes un spirite ; si vous parlez aux morts, vous êtes schizophrène.* »

D'autre part, les étiquettes diagnostiques sont très influentes dans la redéfinition de l'identité d'une personne, imposant un stigmate puissant sur sa vie, et ont également des conséquences juridiques néfastes. Souvent, suite à ce diagnostic, des processus judiciaires sont lancés pour retirer la capacité juridique à cette personne pour le reste de sa vie.

Les étiquettes diagnostiques ne sont pas nécessaires à la prestation de services. Il existe des services de soutien déjà établis fonctionnant sans un système d'étiquetages, avec de très bons résultats dans le rétablissement.

9. Qui va soutenir les familles de personnes atteintes de problèmes de santé mentale ?

Les besoins des familles sont souvent différents de ceux du membre de la famille qui souffre de problèmes de santé mentale. Les situations difficiles de grave détresse mentale donnent souvent lieu à des démarches de la famille, telles que le lancement d'une procédure d'hospitalisation obligatoire et/ou le retrait de la capacité juridique de la personne. Mais ces tentatives de gérer la situation ne sont souvent que des initiatives désespérées résultant d'un manque de soutien approprié.

Un soutien devrait être proposé aux familles par le biais d'un système répondant à leurs besoins. Les groupes et associations familiales, les services cliniques ou les services d'assistance téléphonique disponibles 24h/24, qui respectent les droits de l'homme tels que le droit à la liberté, à la vie privée, à l'intégrité personnelle, à vivre de manière indépendante et à faire partie de la communauté, sont de bons exemples de soutien approprié. De tels services peuvent aussi comprendre des "maisons pour fugueurs", qui offrent aux patients la tranquillité et l'espace dont ils ont besoin, en dehors du système

¹³ <http://www.psychiatrictimes.com/dsm-5-0/british-psychological-society-condemns-dsm-5>

¹⁴ Par exemple : Moncrieff (2010): Psychiatric diagnosis as a political device : <http://www.psychiatry.freeuk.com/Jodiagnosis.pdf>

médical et à l'écart de leur famille et de leurs amis. Des services permettant un repos à court terme pour le patient ou sa famille peuvent aussi être mis en place, et peuvent représenter une aide précieuse dans des périodes difficiles.

Conseil de lecture utile :

- Livres :

- o *Robert Whitaker: Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill.* – Dans ce livre très connu, Whitaker examine les aspects historiques des soins psychiatriques, y compris l'utilisation des médicaments antipsychotiques.
 - o *Judi Chamberlin: On Our Own.* – Le récit puissant et édifiant d'une ancienne patiente de services de santé mentale, qui a façonné la manière dont nous envisageons le traitement psychiatrique obligatoire d'aujourd'hui.

- Sites internet :

- o www.madinamerica.com : site indépendant et régulièrement mis à jour sur la psychiatrie et les expériences de patients de services de santé mentale.
- o www.mindfreedom.org/personal-stories : histoires personnelles d'anciens patients psychiatriques "sur leurs expériences de survie, de résistance, de rétablissement et d'autonomie dans le système de santé mentale".

- Autres :

- o Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées : le traité le plus important sur les droits de l'homme à ce jour, avec des implications claires sur le traitement médical obligatoire : www.un.org/disabilities
- o L'"expérience Rosenhan" : le Dr. Rosenhan et son équipe se sont fait hospitaliser dans des hôpitaux psychiatriques aux Etats-Unis. L'étude explore les questions liées aux étiquettes diagnostiques, à l'hospitalisation et à la dépersonnalisation dans les hôpitaux psychiatriques : <http://www.bonkersinstitute.org/rosenhan.html>
- o Recensement de l'exclusion : la vidéo de Mental Health Europe aborde les soins hospitaliers institutionnels, quand les gens sont obligés de vivre ensemble : <http://www.youtube.com/watch?v=zN5kzVbY9xw>

Voir le rapport : <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17522439.2011.601750#.Up2-X8RDvT>