



TAGUNGSRICHTLICH
COMPTÉ-RENDU DU CONGRÈS

JAHRESTAGUNG 1990 CONGRÈS SUISSE

ZWANGSBEHANDLUNG IN DER PSYCHIATRIE
ZWANG FÜR CIE
ZWANG FÜR CIE
ZWANG

TRAITEMENT FORCÉ EN PSYCHIATRIE

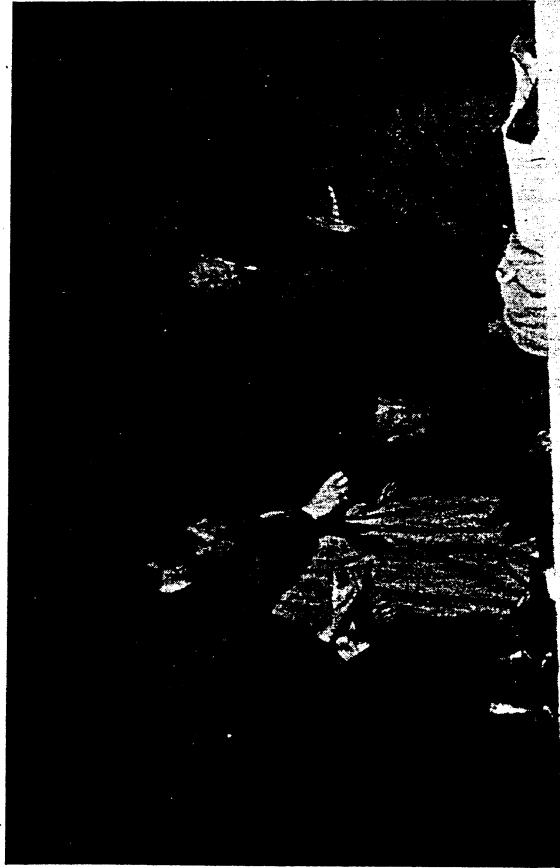
Tagungsprogramm/Programme du Congrès	1	Zwangsbehandlung in der ambulanten Psychiatrie: Gefahr oder Chance? Dr. med. Ursula Davatz	123
Mitwirkende/Intervenants	5	Zwangsbehandlung oder Selbstbestimmung - sozialethische Überlegungen zu einer unangemessenen Alternative Dr. theol. Plasch Spescha	131
Begrüßungsreferat Louise Nef, Stiftungsrätin der Pro Mente Sana	6		
Einleitungsreferat Jürg Gassmann, Pro Mente Sana	8		
Betroffenenbericht Ein unbeschriebenes Blatt	11	<u>Arbeitsgruppenergebnisse/Résumés des groupes de travail</u>	
Les limites posées au traitement forcé par l'Etat de droit Prof. Dr. iur. Marco Borghi	17	Arbeitspapier zum Thema "Zwangsbehandlung" Document de travail sur le thème "Traitement forcé"	142 144
Il problema del trattamento coattivo: aspetti psicologici e relazionali sulla base della legge psichiatrica ticinese Prof. Dr. med. Giorgio Rezzonico	41	1. Pflegepersonal und Zwang	146
Témoignage de patient	60	2. Personnel soignant et contrainte	148
Die Rolle der Angehörigen bei Zwangsbehandlungen Angehörigenvertreterin	64	3. Modelle zur Ueberwindung von Zwang in der Klinik	150
Le rôle des proches lors de traitements forcés Par une proche de patients	68	4. Modèles pour éviter la contrainte à la clinique	151
Le testament psychiatrique: une solution à la controverse sur la problématique des traitements forcés? Rolf Himmelberger	72	5. Zwangsbehandlung in der ambulanten Psychiatrie	152
Kontrolle für die Klinikpsychiatrie: Gibt es taugliche Mittel zur Verhinderung von Zwangsbehandlungen? Dr. iur. Beatrice Mazenauer	93	6. Traitement forcé en psychiatrie ambulatoire	153
Pflegepersonal und Zwang Silvia Marinello	103	7. Verbesserung des Rechtsschutzes von PsychiatriepatientInnen	154
Personnel soignant et contrainte Roland Monnat	107	8. Amélioration de la protection des droits des patients psychiques	156
Modelle zur Ueberwindung des Zwangs in der Klinik Prof. Dr. med. Daniel Hell	111	9. Psychiatrische Gewalt auf dem Hintergrund eigener Gewalt- erfahrungen	159
		Le traitement forcé - Une pièce de théâtre Jean Studer	165
		Ausgewählte Literatur zum Thema "Zwangsbehandlung"/ Bibliographie concernant "Le Traitement Forcé en Psychiatrie"	173

La réponse ne me paraît pas évidente. Mais il y a eu contrainte, trahison, chantage, humiliation, culpabilité... La contrainte n'était certes pas explicite, mais je ne suis pas sûre que les contraintes et les pressions sournol- ses soient moins... contraignantes qu'une contrainte ouverte.

Je ne pense pas qu'il soit toujours possible d'éviter la contrainte -sous une forme ou sous une autre.

Par contre, je suis persuadée que beaucoup de souffrance aurait pu être évitée de part et d'autre si j'avais mieux compris la maladie de mon mari, mais aussi et surtout si j'avait mieux compris mes propres difficultés et blocages, si j'avais mieux compris mon propre rôle dans ce cercle vicieux.

Dans ce sens, je regrette que nous n'ayons pas pu bénéficier d'une thérapie de famille à cette époque, cette approche était en effet moins répandue alors qu'actuellement.



Szene aus dem Themenzentrierten Theater

Le testament psychiatrique : une solution à la controverse sur la problématique des traitements forcés ?

Introduction.

Rolf Himmelberger

L'organisateur de ce congrès, Monsieur Jürg Gassmann, m'a demandé de vous présenter le testament psychiatrique ainsi que l'idéologie qui y est liée. Je vais vous parler d'abord de Thomas Szasz, qui a eu l'idée de promouvoir une sorte de déclaration de volonté psychiatrique par analogie avec le testament biologique de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (EXIT). Ensuite, je vous présenterai l'article de Thomas S. Szasz sur le testament psychiatrique et ce qu'il y préconise, ainsi que la traduction et la concrétisation par l'équipe de l'Irrenoffensive de Berlin. Je vous parlerai ensuite des possibilités d'application du testament psychiatrique au vu de la pratique actuelle, telle que je l'ai perçue à travers mes contacts de ces dernières années et d'un petit sondage que j'ai effectué en vue de cet exposé. Puis, je terminerai en vous parlant de l'aspect juridique de la question. Je ne voudrais pas terminer cette introduction sans remercier toutes les personnes, qu'elles soient clientes de la psychiatrie ou faisant partie des professions soignantes et qui ont accepté de répondre à mes questions et d'émettre leurs suggestions ainsi que le Conseil de surveillance psychiatrique du canton de Genève, qui a bien voulu mettre ses statistiques à ma disposition.

Je ne voudrais pas commencer cet exposé sans évoquer le malaise que j'ai ressenti en discutant avec des gens sur le thème des traitements forcés. Si la peur de parler était bien présente chez certaines personnes (pas toutes) qui ont passé par la psychiatrie, la peur existait également chez quelques soignants. La peur que ces personnes avaient n'était pas de parler avec moi de leurs expériences, mais bien qu'on puisse remonter jusqu'à elles. Concrètement, les usagers invoquaient la peur d'une vengeance du personnel soignant lors d'une réhospitalisation future, voire la crainte d'une réhospitalisation, et les soignants des craintes quant à leur carrière future.

Thomas S. Szasz.

Thomas Szasz est le précurseur de l'anti-psychiatrie aux Etats-Unis. Il apparaît en tant que tel sur la scène de la psychiatrie américaine dès 1960 (1). Pour lui, la maladie mentale est un mythe (2). La Psychiatrie Institutionnelle est considérée comme un moyen de contrôle social : la société se justifie en prétendant intervenir pour le bien du malade mental (3). Thomas Szasz dénonce les pleins pouvoirs accordés aux psychiatres. Par exemple, il cite une modification de la législation de l'Etat du Connecticut : "Le 1er octobre 1961, une loi fut promulguée dans le but de "protéger" le "privilege psychiatrie-patient" ... On précise toutefois que ce "privilege" n'existe pas ... de par cette loi, lorsque le psychiatre, au cours du diagnostic et du traitement du malade, décide que le patient a besoin de soins et de traitement dans un hôpital psychiatrique" (4).

Du point de vue du patient, cela veut dire que le psychiatre est libre de rompre le contrat. Pour ce faire, il lui suffit de croire, sincèrement ou non, que le "patient" a besoin de soins et d'un traitement dans un hôpital. Quelle est la raison de cette précision ? et pourquoi les psychiatres et les légistes la considèrent-ils comme positive ? Simplement parce que la loi ne reconnaît pas le patient d'hôpital psychiatrique et, dans le même ordre d'idées, pas plus le patient qui devrait préférentiellement se trouver à l'hôpital, comme une personne pouvant remplir les obligations résultant de cette sorte de contrat mutuel. Au contraire, elle le traite comme une personne ayant le statut d'un sujet "interdit" ou d'un enfant" (5).

Le testament psychiatrique de Thomas S. Szasz.

Thomas S. Szasz a publié en juillet 1962 dans une revue spécialisée américaine, l'American Psychologist(6), une proposition originale visant à ce que le patient puisse, à l'instar des dernières volontés pour cause de mort et du testament biologique tel que le préconise par exemple l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (EXIT), alors qu'il est encore capable de discernement et sain d'esprit, décider de quelle manière il désire être traité si d'autres personnes

pour la société. Pour Szasz, le droit que la personne a de se déterminer elle-même fait que, même si l'on admet le danger pour soi-même, le danger pour autrui devient un délit qui doit être examiné lors d'une procédure pénale.

Ceux qui préconisent des mesures de contrainte psychiatrique craignent la maladie mentale et les conséquences provoquées par l'absence de mesures et de soins psychiatriques. Ceux qui préconisent le principe de la liberté de décision du malade en psychiatrie craignent par contre la psychiatrie forcée et les conséquences d'un traitement psychiatrique obligatoire.

Un tribunal du Massachusetts a dû dire si un patient psychiatrique hospitalisé contre sa volonté avait le droit de refuser un traitement forcé (8). Le juge Joseph Tauro a répondu par l'affirmative. L'American Journal of Psychiatry a publié un commentaire de ce jugement avec la phrase suivante : Le médecin essaie de délier le patient des liens de sa maladie; le juge des liens de son traitement.

Les partisans de la psychiatrie forcée citent souvent des cas de gens qui ont été traités de force et qui sont ensuite reconnaissants envers leurs psychiatres de les avoir ainsi préservés de la psychose. Mais le fait que telle ou telle personne a apprécié d'avoir été traitée de cette manière ne justifie pas que d'autres personnes soient également traitées de cette manière, qu'elles le veuillent ou non.

Thomas S. Szasz se demande ensuite s'il existe un chemin pour sortir du dilemme. Ce chemin existe, et c'est le testament psychiatrique. Il existe en effet déjà deux situations semblables : la mort et la maladie incurable. Et pour ces deux situations il existe déjà deux instruments légaux : les dernières volontés pour cause de mort ou testament et le testament médical ou biologique en temps de vie. Le testament psychiatrique constituerait dès lors un troisième modèle de déclaration de volonté.

Un jugement d'un tribunal de Kansas (9) pose le principe du total libre arbitre qui est des fondements du droit anglo-américain. Ce qui veut dire que chaque être humain est considéré comme le maître de son propre corps et il peut, s'il est en possession de ses capacités psychiques, refuser expressément de subir des interventions chirurgicales.

Or, les mesures coercitives en psychiatrie ont rarement pour but de sauver la vie de la personne, et même si elles

le considéreraient dans le futur comme incapable de discernement et malade mental (sou).

Le terme de "testament psychiatrique" est une traduction des mots anglais "Psychiatric Will" qui pourraient se traduire également par exemple par "déclaration de volonté psychiatrique", mais le terme de "testament psychiatrique" a été retenu lors de la traduction en allemand du texte original de Szasz par l'équipe de l'Irrenoffensive de Berlin (7).

Thomas S. Szasz soutient sa thèse par une démonstration médico-juridique. Je précise que cette démonstration se base sur la pratique médicale et juridique telle qu'elle est pratiquée, selon lui, aux Etats-Unis.

Tout d'abord, Thomas S. Szasz voit trois catégories de justifications invoquées en faveur de la psychiatrie forcée.

La première justification est que les gens croient que la maladie mentale est à soigner comme une maladie physique, au moyen de médicaments. Et comme l'on croit que la maladie mentale réduit la capacité de jugement du malade à l'égard de sa maladie, on prétend dès lors que les malades mentaux ne prennent pas en considération le traitement qui leur serait nécessaire parce qu'il leur manque la capacité de comprendre leur situation. L'objection de Szasz à cet argument est que la maladie mentale est une étiquette qui est accrochée aux comportements non-désirés, dérangeants et interdits, ce qui lui fait dire que la maladie mentale est une métaphore et un mythe.

La deuxième justification de l'hospitalisation forcée est le danger pour soi-même. Cet argument est défendu par Chodoff, un défenseur de la psychiatrie forcée, de la manière suivante: il faut reconnaître que ces gens qui sont sérieusement malades ne sont plus aptes à décider ce qui est bien pour eux et ils doivent pouvoir être soignés. La position de Szasz face à cette argumentation est de dire que, dans une société libre, la liberté d'une personne de se déterminer est un droit de l'homme fondamental et qu'il n'est pas possible de tracer une frontière satisfaisante entre les comportements auto-destructeurs dus à la maladie mentale et ceux qui ne sont pas dus à cette même maladie mentale.

La troisième justification de l'hospitalisation forcée est le danger pour autrui. Cette justification rejoint la représentation ancienne qui veut que le malade mental est un individu qui peut être "enragé" et qu'il représente dès lors un danger

avaient un tel but, cela ne pourrait pas se justifier, selon les principes éthiques et juridiques, d'utiliser la force sur des patients qui refusent ces mesures.

Bien que l'objectif principal du testament psychiatrique soit de protéger les patients potentiels de mesures psychiatriques non souhaitées, un tel document protégerait également les thérapeutes. En effet, les soignants sont actuellement dans une situation où il est impossible de s'en sortir. En effet, les psychiatres risquent une plainte de la part du patient si ils l'enferment; ils risquent également une plainte s'ils ne l'enferment pas. Le problème est le même pour les traitements forcés.

Le testament psychiatrique, selon que le patient demande ou refuse des mesures psychiatriques coercitives (les deux solutions sont donc possibles), représenterait une sorte de contrat entre le patient potentiel et son futur psychiatre. A noter que Thomas S. Szasz prévoit aussi que l'on puisse par exemple admettre une hospitalisation forcée mais pas un traitement coercitif. Le testament psychiatrique protégerait donc juridiquement le patient et le psychiatre en cas de non-traitement d'un malade ayant signé un tel document.

La situation pour les patients psychiatriques serait la suivante: les personnes ayant commis un délit devraient être condamnées pénalement au lieu que l'on s'en débarrasse dans le système psychiatrique, et les personnes qui n'auraient commis aucun délit réprimé par la loi et qui sont tout de même nécessaires de soins psychiatriques devraient être convaincues que l'acceptation de tels soins est dans leur intérêt. Et si le patient persiste dans son refus, on devrait lui accorder le droit d'être laissé en paix.

La traduction et la concrétisation par l'équipe de l'Irrenoffensive

L'Irrenoffensive de Berlin se définit comme une association autonome de "survivants de la psychiatrie" (10). Ce groupement se défend contre les mesures de contrainte en psychiatrie ainsi que contre l'application généralisée de traitements psychopharmacologiques.

L'Irrenoffensive a traduit en allemand puis diffusé le texte de Thomas S. Szasz (11). En annexe au texte traduit,

cette association a également publié une sorte de mode d'emploi du testament psychiatrique, écrit par l'avocat berlinois Hubertus Rolshoven et un modèle de testament psychiatrique. Il est proposé de lire avec et de faire signer le testament psychiatrique par un témoin. Il est recommandé de solliciter à cet égard une personne "psychiatriquement au-dessus de tout soupçon". Il est aussi préconisé de prendre contact avec un avocat, de le prier d'attester la conformité du testament psychiatrique, signé avec le droit allemand et de le mandater de prendre votre défense en cas d'hospitalisation forcée ultérieure.

Il est aussi proposé de conserver sur soi une déclaration par laquelle on déclare refuser les médicaments psychotropes, les traitements de choc ainsi que les autres mesures psychiatriques et qui mentionne le lieu de dépôt du testament psychiatrique. A cet égard, il est recommandé une étude d'avocat.

Il semblerait qu'à Havelhöhe, un établissement psychiatrique berlinois, il existe un consensus parmi les médecins et les soignants pour respecter le testament psychiatrique, ce qui, si la pratique se confirme, serait un succès réjouissant pour l'équipe de l'Irrenoffensive.

La pratique psychiatrique.

Je vais essayer maintenant de faire une esquisse des possibilités d'application du testament psychiatrique en fonction de ce qui a été et de ce qui est pratiqué actuellement en psychiatrie et au regard du droit, suisse en particulier.

Lors de la préparation de cet exposé, j'ai fait un petit sondage parmi des psychiatres, des infirmiers en psychiatrie et des personnes qui ont été hospitalisées. J'aurais volontiers poursuivi cette recherche, tellement elle était passionnante, mais ce n'est peut-être que partie remise. D'autre part, je regrette de ne pouvoir, faute de temps, vous présenter toutes les réflexions fort intéressantes qui m'ont été faites par les personnes interviewées.

Une étude américaine (12) relève que les patients qui persistent à désapprouver la décision de passer outre à leur refus de traitement présentent un refus dû à leur psychose et répondaient mal au traitement.

Une étude vaudoise, effectuée en 1982 sur 200 premières admissions à la clinique de Nant (13) propose cinq catégories d'adhésion à l'hospitalisation. 26 % des patients acceptent activement, 16 % passivement, 15 % ont une adhésion ambivalente, 26 % une attitude indifférente et 17 % s'opposent. Plus intéressante est la répartition retenue selon la capacité de discernement. Dans 95 cas, soit presque 50 %, la capacité de discernement est conservée. Pour les autres patients, le discernement est considéré soit comme altéré pour 74 cas, soit 37 % de l'étude, soit comme diminué pour 31 cas, soit 15,5 % de l'étude.

La réalisation de mon petit sondage auprès des psychiatres et des infirmiers confirme qu'il y a des patients qui acceptent les traitements et d'autres patients qui s'y opposent dans des proportions qui varient. Selon deux psychiatres que j'ai interrogés, la répartition entre les patients satisfaits et insatisfaits de leur traitement serait de 50 % - 50 %.

Selon un psychiatre interviewé, un traitement forcé est effectué sur 30 à 50 % des patients entrés non volontairement. Selon un autre psychiatre, il y a eu seulement deux traitements forcés dans un des trois secteurs de la clinique de Bel-Air sur une période d'environ neuf mois. Toujours selon un psychiatre, il faut que le patient présente des troubles psychiatriques de la série de la schizophrénie pour que les médecins puissent envisager un traitement forcé. Un autre psychiatre précise que les traitements forcés sont applicables lors d'états maniaques et lors de psychoses schizophréniques graves; dans ces cas,

la crise devrait céder au bout de 10 jours d'un traitement à l'haldol et au nozinan. Toujours selon ce psychiatre, plus la structure de la personnalité est faible dans le sens d'une immaturité affective, plus le recours aux médicaments et à l'hôpital psychiatrique est nécessaire. Mais le problème semble être une question de moyens et de temps. Selon un psychiatre interviewé, on met quatre fois plus de temps pour un traitement en chambre sans médicaments (14). Or, l'on envisage actuellement de réduire les moyens en personnel à Genève de 41 postes pour des raisons budgétaires. Et quand des infirmiers ont réussi à faire réduire jusqu'à 80 % la consommation de neuroleptiques dans certaines unités, ce sont les fournisseurs pharmaceutiques qui ont râlé. Et quand les infirmiers apprennent à cerner plus le patient dans sa globalité, avec ses richesses et ses faiblesses,

plutôt que de tout axer sur un diagnostic, ça fait du bruit dans les couloirs. Et à propos de diagnostics, il y a, selon un infirmier, beaucoup de diagnostics de mélancolie à Cery et presque pas à Genève. Pourquoi cette différence ?

A la clinique psychiatrique de Bel-Air à Genève, on ne peut pas, selon un infirmier, s'imaginer un patient sans médicament car, comme me le disait un psychiatre : "si tous les malades refusaient les médicaments et qu'on ne leur donne rien, on nous demanderait pourquoi on est là". Les patients que j'ai vus ont, à une exception près, eu l'impression qu'ils n'étaient pas respectés, que les médecins ne respectaient pas leur parole. Ils pensent, pour la plupart, que le traitement qui leur a été imposé n'a servi à rien. La relation de force a été souvent évoquée. Les soignants leur disaient : "si vous ne prenez pas ces médicaments, nous utiliserons d'autres moyens". Ils se sont aussi plaints des effets secondaires qu'ils ne supportaient pas. Un des patients a même consulté un avocat, fait des recours auprès du Conseil de surveillance psychiatrique et de la Cour de justice pour constater, amer, que tout ça n'a servi à rien. Je relèverai à cet égard, et j'en ai discuté avec un infirmier qui était d'accord avec moi, qu'une personne qui est capable de faire des démarches telles que consulter un avocat et rédiger elle-même dans la mesure de ses connaissances un recours contre son hospitalisation ne peut pas être considérée comme incapable de discernement. Elle ne devrait dès lors pas être soumise à un traitement forcé, ce qui, en l'occurrence, avait été le cas.

Personnellement, je pense que, quel que soit le taux de satisfaction des patients par rapport aux traitements forcés, l'on ne peut pas justifier un traitement forcé sur un patient simplement parce que d'autres personnes l'ont apprécié ou parce que le patient s'en remettra plus rapidement ou encore parce que c'est l'usage et que l'établissement n'est pas un hôtel où l'on peut venir passer des vacances.

La situation juridique.

Je ne vais pas faire un long discours sur la situation juridique du malade mental et de ses droits. Des personnalités éminentes viennent de le faire. Je vais par contre vous citer

deux opinions exprimées par des juristes.

La première est notamment exprimée par le Professeur Pierre Tercier (15). Selon lui, l'atteinte à l'intégrité corporelle d'un patient n'est licite que dans la mesure où ce dernier a donné son consentement, à l'exception des cas où le patient mineur ou interdit est incapable de discernement. Et si une personne majeure et non interdite est incapable de discernement (par exemple un accidenté dans le coma), il y a lieu, sauf urgence, de lui désigner un curateur (16), procédure qui ne se fait sans doute jamais pour les malades psychiques hospitalisés. Je ne me prononcerai pas sur le point de savoir si l'institution d'une curatelle serait, dans ce cas, un avantage ou pas pour le patient; je me borne à constater qu'elle ne se fait pas.

Un autre juriste, Jean Schnetzler (17), retient que l'intervention pratiquée contre le gré du patient ne saurait être envisagée en dehors des cas où elle ne remplit pas les quatre conditions ci-après.

L'intervention :

- 1) présente un minimum de risques;
- 2) ne cause pas de souffrances notables;
- 3) permet de compter avec le maximum de certitude sur une amélioration sensible et durable de l'état de santé du patient, voire sur la complète guérison de celui-ci;
- 4) n'a lieu que dans les cas d'urgence, c'est-à-dire ceux où le malade est en danger de mort ou en un danger imminent pour sa santé et alors qu'aucune autre intervention, acceptée par le patient, n'est propre à parer à ce danger (18).

Ces conditions sont le plus souvent remplies dans des cas relevant de la médecine physique. L'intervention est aussi beaucoup moins controversée dans ces cas. Je citerai un exemple que l'on m'a rapporté : une personne ivre et dont une artère saigne est emmenée au service des urgences d'un hôpital; cette personne voudrait ressortir sans avoir reçu des soins pour aller continuer à boire des verres. Je crois que tout le monde est d'accord qu'il faut d'abord soigner cette artère qui saigne, même si le client n'est pas d'accord. Or, dans la plupart des cas de traitements forcés avec des médicaments psychotropes en psychiatrie, j'estime que ces quatre conditions préconisées par Jean Schnetzler ne sont pas remplies.

