

Psychiatrie et violence



Psychiatrie et violence

« Je ne suis pas malade, docteur! »

Paul-André Lafleur, M.D.F.R.C.P.(C)

Volume 2, 2002

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1074755ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1074755ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Institut Philippe-Pinel de Montréal
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Département de
psychiatrie du CHUV (Suisse)

ISSN

1702-501X (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lafleur, P.-A. (2002). « Je ne suis pas malade, docteur! ». *Psychiatrie et violence*, 2. <https://doi.org/10.7202/1074755ar>

(Article publié dans "Être protégé malgré soi", Service de la formation permanente du Barreau du Québec, No 165, Éditions Yvon Blais, Inc., Cowansville, 2002.).
Psychiatrie et violence. Janv. Fev 2002.
www.pinel.qc.ca/psychiatrie_violence

« JE NE SUIS PAS MALADE, DOCTEUR! »

PAR

PAUL-ANDRÉ LAFLEUR, M.D.F.R.C.P.(C)
Directeur général
Institut Philippe Pinel de Montréal

Novembre 2001

TABLE DES MATIÈRES

Le traitement pharmacologique psychiatrique involontaire	3
Le refus de traitement : pourquoi?	5
<i>Tableau I</i>	9
Pourquoi imposer des médicaments?	10
<i>Tableau II</i>.....	12
Compréhension de la situation par le patient	13
<i>Tableau III</i>	13
Ce qu'éprouve le médecin psychiatre	14
<i>Tableau IV</i>	16
Rôle du médecin psychiatre.....	17
<i>Tableau V</i>	18
L'alliance thérapeutique	19
<i>Tableau VI</i>	20
Perception du processus judiciaire par le psychiatre	21
<i>Tableau VII</i>	21
Perception de son avocat par le malade	22
<i>Tableau VIII</i>	22

LE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE PSYCHIATRIQUE INVOLONTAIRE

Habituellement, la consultation médicale se déroule dans un contexte d'entente mutuelle. Le médecin et le malade conviennent ensemble du meilleur traitement, lequel est prescrit, le tout sous couvert du secret professionnel. Le contrat thérapeutique est clair et satisfaisant pour l'une et l'autre des parties; le patient est traité et réconforté alors que le médecin est rémunéré et se sent valorisé.

Lorsque le patient est traité contre son gré, notamment selon les modalités de l'article 16 du Code civil du Québec, il n'est bien sûr plus question d'entente. Il n'y a plus véritablement de contrat thérapeutique qui tienne et le secret professionnel est bafoué par la divulgation au tribunal de renseignements confidentiels. Loin d'être réconforté, le patient se sent agressé et il éprouve de l'aigreur, de la colère ou de la peur. Quant au médecin, il est peut-être rémunéré mais généralement il ne se sent pas du tout valorisé...

Même lorsque cela s'impose, traiter un patient contre son gré reste donc pénible tant pour le médecin que pour le malade. À contrecœur, le médecin adopte une solution de dernier recours qui consiste à combattre la violence par la violence. Ce faisant, il met de côté ses

principes éthiques et thérapeutiques habituels. Quant au patient, en agissant contre sa volonté, on lui inflige une souffrance de plus, on le confirme dans sa méfiance et son sentiment d'être seul contre tous. Lui qui, dans son délire, se croyait persécuté le devient vraiment. Dorénavant, il croira reconnaître en son médecin l'un de ses persécuteurs.

LE REFUS DE TRAITEMENT : POURQUOI?

On aurait tort de croire que le refus de traitement soit toujours injustifié. Parmi les raisons évoquées, certaines sont même bien légitimes. Le tableau I, à la fin de cette section, énumère les différentes raisons décrites dans les paragraphes qui suivent.

Il peut arriver que le patient n'ait simplement pas besoin du médicament qu'on lui propose. Je me souviens d'une jeune femme, immigrante de fraîche date, ne connaissant ni l'anglais ni le français, qui se montrait à l'urgence particulièrement agitée. On lui avait imposé une injection et on lui en aurait fait une autre quelques heures plus tard n'eût été d'un infirmier, parlant la même langue qu'elle, qui clarifia la situation. Enceinte de trois mois, la patiente avait présenté des pertes vaginales et, affolée, s'était précipitée vers l'hôpital où elle avait tenté maladroitement de se faire comprendre. Les pertes étaient bénignes, la patiente fut rassurée sur ce point. Elle a communiqué ensuite à l'infirmier vouloir quitter au plus tôt cet endroit – l'hôpital – où l'on se montrait si hostile et violent.

Les effets secondaires des médicaments psychiatriques sont souvent mentionnés pour expliquer le refus. De fait, ces médicaments ont souvent des conséquences néfastes importantes dont certaines peuvent

être permanentes. À titre d'exemple, mentionnons la somnolence, l'impuissance, la prise de poids et les symptômes de la maladie de Parkinson. Certains nous disent souffrir plus du traitement que de la maladie. Heureusement, il importe de le mentionner, beaucoup de progrès a été fait sur le plan pharmacologique depuis dix ans et l'on dispose maintenant, pour de nombreuses maladies, de traitements moins dommageables.

L'attitude de l'équipe traitante est déterminante. Combien de patients refusent le traitement parce que l'on se montre avare d'explications ou que l'on ne répond pas à leurs questions de façon satisfaisante? Les médecins débordés et les infirmières très affairées qui ne peuvent consacrer suffisamment de temps à leurs patients obtiennent de leur part une moins bonne observance et plus de refus. Le lien de confiance, ce que l'on appelle dans le jargon psychiatrique l'alliance thérapeutique, est avec tous les patients, psychiatriques ou non, cruciale pour l'obtention de la fidélité au traitement.

Le manque d'observance n'est pas le seul fait des patients psychiatriques. Cinquante pour cent des gens qui souffrent de pathologies physiques, incluant des maladies chroniques telles l'hypertension et le diabète, ne respectent pas leur traitement.

Cependant, le problème est pire en psychiatrie puisque l'état mental du patient qui néglige sa médication se détériore, en raison de quoi il peut devenir de plus en plus méfiant et opposé au traitement. Des ordonnances de traitement successives sont parfois nécessaires pour briser ce cercle vicieux.

La réticence à prendre des médicaments est un phénomène courant. Pour éviter d'en prendre, les gens cherchent à vivre sainement, ils ont recours aux substances dites naturelles ou aux médecines douces, ils privilégient les approches spirituelles ou philosophiques. Les psychiatres doivent tenir compte de ces courants qui atteignent leurs patients. C'est par la psychothérapie et la milieuthérapie, et en accordant aux malades suffisamment d'attention et de temps, que l'on parvient à concilier la nécessité du traitement pharmacologique et les besoins légitimes et profonds qu'expriment cette réticence.

Le refus peut résulter de l'influence des proches, d'autres patients ou de groupes d'entraide aux convictions arrêtées. Une approche systémique (qui considère le patient dans son environnement) s'avère alors souvent utile. Parfois, l'effet dissuasif vient simplement de l'observation d'autres patients qui, à cause des médicaments imagine-t-on, « ont l'air de zombies ».

Les deux autres raisons qui seront mentionnées ici sont en lien avec la maladie psychiatrique elle-même et ont trait toutes deux à l'autocritique. La première de ces raisons concerne les patients qui, convaincus de n'être pas malades, ne comprennent pas notre acharnement à vouloir les traiter. Grandioses, insouciants ou délirants, ils sont inconscients de leur désorganisation et du danger qu'ils représentent. La deuxième touche ceux qui, pire encore, sont convaincus que les médicaments vont les empoisonner, que vous voulez sciemment leur nuire. On comprend aisément l'angoisse de ces derniers et leur détermination désespérée à refuser les médicaments.

TABLEAU I

Pourquoi les patients refusent-ils les médicaments?

1. parce qu'ils n'en ont pas besoin;
2. en raison des effets secondaires incommodes;
3. par manque d'explication;
4. parce qu'on a avec eux une attitude rebutante;
5. parce qu'on ne propose rien d'autre que le médicament;
6. parce que la plupart des gens ne prennent pas leurs médicaments;
7. parce qu'ils sont contre les médicaments;
8. parce qu'on le leur a conseillé;
9. parce qu'ils craignent les effets du traitement;
10. parce qu'ils sont convaincus de n'être pas malade;
11. parce qu'ils croient qu'on veut les empoisonner.

POURQUOI IMPOSER DES MÉDICAMENTS?

Ce sont toujours des malades difficiles qu'il faut traiter contre leur gré; des personnes qui ont des comportements terrorisants, répugnants ou exaspérants; des individus qui suscitent chez le médecin, et plus souvent encore au sein des équipes traitantes qui sont continuellement en contact avec eux, des émotions pénibles et beaucoup d'inconfort. On imagine sans peine qu'il y a bien des raisons pour vouloir leur imposer des médicaments... et que toutes ne sont pas valables. Le médecin et l'équipe doivent procéder à un examen de conscience pour s'assurer que ce sont de « bonnes » raisons qui justifient la démarche judiciaire.

Lorsque l'article 16 du Code civil est évoqué pour obtenir l'ordonnance, il est habituellement entendu que l'état du malade le rend dangereux pour les autres ou lui-même, ne serait-ce qu'en raison d'une détérioration graduelle de son état de santé physique. Il y a cependant une situation qui relève du Code criminel où la dangerosité n'est pas directement impliquée, celle de l'aptitude à subir un procès (CCC 672.58). Les cliniciens non familiers avec la psychiatrie légale sont souvent démontés de constater que l'on peut suspendre la liberté d'un individu pour le rendre apte à son procès. Je me suis souvent fait dire que cela reflétait bien les valeurs dévoyées de notre société.

Pour beaucoup de cliniciens en effet, ce devrait être la souffrance du patient, et parfois celle de son entourage, qui justifie l'importance d'un traitement. Ils trouvent pénible de voir souffrir quelqu'un qu'ils pourraient aider. Il faut prendre garde cependant à ce que ce ne soit pas simplement parce que le patient est trop sollicitant, qu'il exige beaucoup d'attention, qu'on veuille le traiter. Les médicaments qui « tranquilisent » les patients peuvent, en effet, être une réponse inadéquate à plusieurs années de compression budgétaires dans les milieux psychiatriques. Comme directeur général d'un hôpital psychiatrique, je suis bien conscient des avantages économiques du traitement imposé et des dérives que cela peut susciter.

TABLEAU II

Les raisons pour imposer le traitement, différentes perspectives :

1. légaliste :

- il est dangereux pour lui-même;
- il est dangereux envers autrui.

2. clinique :

- il est souffrant;
- il est perturbant pour les autres patients.

3. sociale :

- il nécessite beaucoup d'attention;
- il monopolise le personnel.

4. financière :

- il n'exploite pas son potentiel professionnel;
- il requiert des ressources coûteuses.

5. totalitaire :

- il perturbe l'ordre établi;
- il est un mauvais exemple.

6. tyrannique :

- ses opinions sont dangereuses;
- faisons un exemple.

COMPRÉHENSION DE LA SITUATION PAR LE PATIENT

On trouve au tableau suivant (tableau III), une échelle d'autocritique du patient par rapport au traitement pharmacologique qui lui est imposé. Avec les traitements pharmacologiques, psychothérapeutiques et de milieu de thérapie, on parvient souvent à lui faire gravir les échelons. Il les remonte parfois un à un, et parfois il passe sans transition du plus bas au plus élevé. Malheureusement, nombreux sont ceux qui s'arrêtent au deuxième échelon le plus élevé. Ceux-là, une fois l'ordonnance terminée, abandonnent le traitement, et il devient souvent nécessaire quelques temps après de reprendre les démarches judiciaires.

TABLEAU III

Compréhension de la situation par le patient

1. je suis dangereux et j'ai besoin de médicaments;
2. si le juge le dit, ça doit être vrai;
3. je ne comprends pas bien ce qui se passe;
4. ils ne comprennent pas ce qui se passe;
5. ils se sont laissés bernier par mes ennemis;
6. ils veulent ma peau.

CE QU'ÉPROUVE LE MÉDECIN PSYCHIATRE

D'imposer des médicaments est souvent très troublant pour le médecin psychiatre qui va alors à l'encontre de ses aspirations profondes de soignant. Et ce d'autant plus que les fondateurs de la psychiatrie moderne auxquels il s'identifie, tel Philippe Pinel, ont agi en libérateurs des malades. Plusieurs résidents finissants talentueux, que nous aurions voulu attirer à l'Institut Philippe Pinel de Montréal, nous ont fait savoir qu'il leur était impensable de pratiquer dans un tel milieu qu'ils jugeaient très contraignant pour les patients.

Ces futurs psychiatres éprouvent envers les malades qu'ils hospitalisent ou traitent contre leur gré, des émotions que l'on retrouve dans les états dépressifs tels l'autodévalorisation, la culpabilité, la honte et l'appréhension. Malheureusement pour eux, la psychiatrie légale ne se limite pas qu'à l'Institut Philippe Pinel de Montréal; les psychiatres qui oeuvrent en milieu hospitalier, quel qu'il soit, sont de plus en plus souvent appelés à recourir au tribunal.

Des évaluations rigoureuses, une solide formation en psychiatrie légale et une pratique collégiale (avec consultations auprès de collègues) permettent aux psychiatres de dépasser la position dépressive et d'agir avec une relative sérénité. Il faut prendre garde cependant à ce que le

recul que prend le psychiatre ne débouche sur de l'indifférence envers le patient.

Pire que l'indifférence, il y a la volonté d'imposer au patient, sans trop se soucier de son opinion et de ce qu'il ressent, ce que l'on croit être bon pour lui et l'entourage. Le psychiatre agit alors comme s'il était investi de la vérité et garant de l'ordre établi. Ses rapports avec le patient ne sont plus ni respectueux ni empathiques.

Pire encore, il pourrait se montrer revancharde envers le malade qui s'oppose à lui, ou trouver même une satisfaction malsaine à le dominer. Le traitement deviendrait alors punition ou sadisme.

TABLEAU IV

Ce qu'éprouve le médecin psychiatre

➤ **Position dépressive :**

- 1) dévalorisation de son rôle :
« *Je ne suis pas là pour agresser mes patients.* »
- 2) culpabilité :
« *Je lui fais du mal.* »
- 3) honte :
« *L'avocat va me ridiculiser.* »
- 4) appréhension :
« *Mon patient va m'en vouloir.* »

➤ **Position médiane :**

- 5) objectivité :
« *C'est un mal nécessaire.* »
- 6) indifférence :
« *Bof!* »

➤ **Position contrôlante :**

- 7) toute-puissance :
« *C'est moi qui mène.* »
- 8) agressivité revancharde :
« *C'est de sa faute, il n'avait qu'à m'écouter.* »
- 9) sadisme :
« *Ben bon pour lui.* »

RÔLE DU MÉDECIN PSYCHIATRE

Le psychiatre ne doit se présenter au tribunal qu'après une évaluation exhaustive, rigoureuse et concluante quant à la nécessité d'une ordonnance. S'il obtient cette ordonnance, il doit choisir seul – puisque son patient n'y peut habituellement pas participer – les meilleurs médicaments. Ces choix peuvent changer en cours de traitement selon l'évolution du malade. Il est préférable par exemple, dès que le patient y consent, de donner les médicaments par voie orale plutôt que par injection. D'une part, cette façon d'administrer le traitement est moins agressant, et d'autre part à ce jour, les médicaments qui ont le moins d'effets secondaires ne se prennent que par la bouche.

Pour que le traitement se poursuive au-delà de l'ordonnance du tribunal, le psychiatre doit s'efforcer de maintenir l'alliance thérapeutique. Seul, le traitement pharmacologique est à long terme bien peu efficace. La milieuthérapie et la psychothérapie doivent être offertes même lorsque les malades y paraissent rébarbatifs.

TABLEAU V

Rôle du médecin psychiatre

Par rapport au patient :

1. faire une évaluation continue et rigoureuse du patient avant et en cours de traitement;
2. choisir le médicament le mieux adapté;
3. réviser le choix du médicament en fonction de l'évolution du malade;
4. adjoindre d'autres formes de traitement, telles la milieuthérapie et la psychothérapie;
5. s'efforcer de créer ou maintenir l'alliance thérapeutique.

Par rapport à autrui :

6. selon la situation, maintenir le contact avec les proches;
7. rendre compte aux instances concernées.

L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Le tableau qui suit (tableau VI) indique les conditions nécessaires à la création ou au maintien de l'alliance thérapeutique. Celle-ci est d'autant plus essentielle qu'en psychiatrie, les pathologies sont le plus souvent chroniques et exigent une relation prolongée entre le patient et son thérapeute. Une psychothérapie ne peut être efficace sans une alliance thérapeutique de qualité. L'observance et même la réponse aux médicaments sont meilleures avec une bonne alliance.

La reconnaissance de la souffrance est à la base de tout traitement psychiatrique. Même lorsqu'il le nie, il est bien rare que le patient perturbé ne souffre pas. C'est souvent d'ailleurs l'une des premières constatations qu'il fait lorsque son autocritique s'améliore.

Même lorsqu'une médication lui est imposée, on ne travaille pas contre mais bien avec le patient et l'on tente d'établir avec lui des objectifs communs. Son départ de l'hôpital en constitue un exemple. C'est un objectif plus facile à proposer depuis que les tribunaux autorisent la poursuite du traitement involontaire en externe.

Par contre, il est inutile de tenter à coups de raisonnements et d'arguments de convaincre de son tort un patient délirant. On risque

alors plutôt de l'antagoniser durablement. Une fois le délire atténué ou disparu, le patient garde un souvenir plus favorable du thérapeute empathique et respectueux que de celui qui s'est engagé avec lui dans des joutes oratoires stériles.

TABLEAU VI

L'alliance thérapeutique

1. agir respectueusement envers le patient;
2. reconnaître sa souffrance;
3. lui témoigner de l'empathie;
4. tenter d'établir des objectifs communs;
5. en tout temps, être franc;
6. éviter de vouloir convaincre à tout prix.

PERCEPTION DU PROCESSUS JUDICIAIRE PAR LE PSYCHIATRE

La perception du processus judiciaire par le médecin est un peu comme l'autocritique du patient : elle fluctue selon ses émotions et ses préoccupations. Il faut considérer que, depuis dix ans, les aspects légaux ont pris une place croissante en psychiatrie alors même que les tâches cliniques devenaient plus lourdes. Plusieurs m'ont exprimé qu'au mieux le processus judiciaire est exaspérant par la perte de temps qu'il entraîne et qu'au pire, il est humiliant et terrorisant. Sans aller jusqu'au délire, certains médecins se sentent même quelque peu persécutés lorsqu'ils vont au tribunal...

TABLEAU VII

Perception du processus judiciaire par le médecin

1. « On s'assure du respect des droits de mon patient. »
2. « On me fait perdre mon temps. »
3. « Ils ne comprennent rien. »
4. « Ils sont biaisés. »
5. « Ils sont contre moi! »

PERCEPTION DE SON AVOCAT PAR LE MALADE

La perception qu'a le client de son avocat peut être déconcertante, surtout lorsque celui-ci passe rapidement du statut de sauveur à celui de persécuteur.

En tant que médecin, je n'ai aucune recommandation à faire à des avocats, mais je me permets respectueusement d'avancer les suggestions suivantes : traitez votre client sans condescendance mais sans prendre pour acquis que tout ce qu'il dit est vrai (dans certains cas, ça pourrait être franchement embarrassant...), ne vous acharnez pas sur le pauvre psychiatre... à moins que cela ne soit vraiment nécessaire, restez calme et serein dans la mesure du possible, consultez un collègue expérimenté en la matière au besoin.

TABLEAU VIII

Perception de son avocat par le malade

1. « Il s'assure du respect de mes droits. »
2. « C'est mon sauveur. »
3. « Il ne comprend rien. »
4. « Il est de connivence avec mes persécuteurs. »
5. « Qu'est-ce qu'il fait au juste? »