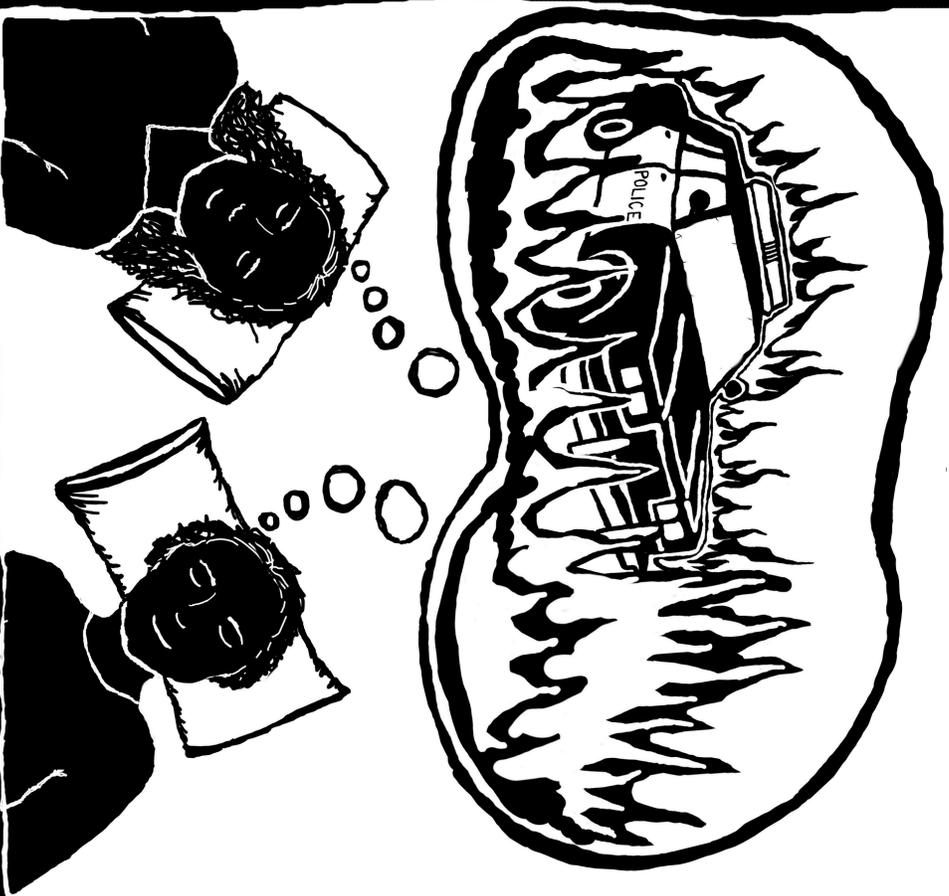


rêver de mondes sans incarcération psychiatrique



Les hôpitaux psy

~~assurent la sécurité~~ des
«malades mentaux».

et sept autres mythes sur
l'incarcération psychiatrique

écrit et illustré par @embracing.ambiguity

traduit par @aalekiaa



S'ancrer dans la survie

J'écris ce zine en tant que fière survivante d'abus psychiatrique de 23 ans.

Je l'écris aussi en tant qu'enfant de 15 ans vivant sa première incarcération psychiatrique. En tant qu'enfant de 12 ans, voyant mon parent être emmené à l'asile. En tant que jeune de 19 ans, aux urgences en espérant que « cette fois, ce sera différent ». En tant que jeune de 21 ans, tentant de m'échapper de l'arrière d'une voiture de police. Enfin, je l'écris après avoir été libéré-e du système depuis 2 ans, en luttant pour ne jamais y retourner.

Cette expérience de survie façonne tout ce que j'ai inclus dans ce zine. Néanmoins, le texte adopte un ton académique, délibérément enrichi de références. C'est un compromis. Plus que tout, j'aimerais que les voix des survivants soient suffisantes pour catalyser un mouvement d'abolition. Mais ce n'est pas le cas. Les gens veulent des faits, des chiffres, des arguments « logiques ». Ce zine est, en partie, le résultat de ma frustration : « Pourquoi mon histoire (et celle de tant d'autres) ne suffit-elle pas ? » Cette frustration m'a poussé-e à rassembler ces références, même si elles n'apportent rien de nouveau par rapport à ce que mon vécu m'avait déjà appris... Ces références sont simplement un moyen de redevenir « légitime ».

Alors, une question pour vous, lecteur. Si vous utilisez ce texte pour aborder les concepts d'incarcération psychiatrique pour la première fois, ne vous arrêtez pas là. Prenez le temps d'apprécier les faits et les chiffres, bien sûr, mais **surtout**, écoutez les témoignages des survivants. Nous devons être entendus.

En solidarité,

S

déclaration de lignée

Une déclaration de lignée reconnaît que toutes les idées viennent de la communauté et sont inspirées et co-créées ensemble, peu importe à quel point elles semblent uniques. Souvent, des personnes privilégiées prennent et vendent des idées des populations marginalisées. Pour cela, je veux inclure des figures sages, des ancêtres, des organisations, ainsi que des livres et des enseignements qui ont influencé ma façon de penser sur ce sujet.

Project LETS + Stéphanie Lyn Kaufman-Mhimkhulu

Thabiso Mhimkhulu

Ysabel Garcia, Estoy Aqui

Mon ami pour la vie et prof sage, Dudy

Liat Ben-Moshe, Decarcerating Disability

Mia (Queen Bulimia) @the.deathsongdola

Dr. Samah Jabr

Kera Lyons, @neuroabolition

Ma grand-mère Helen, que j'ai pas rencontrée mais qui me guide.

Leah Lakshmi Pezptra-Samarasinha

Ndeye Oumou Sylla, @connectwithoumou

Mythe #8

Il suffit d'améliorer la qualité des services psychiatriques.

Réalité:

L'hospitalisation psychiatrique est toujours une forme d'incarcération. Ajouter des fenêtres ou changer les vêtements des patients ne change rien. Même si nous transformons les hôpitaux en hôtels cinq étoiles, si la porte est verrouillée ou si on nous force à rester, ça a rien à faire dans un futur libéré.

Des idées comme de la bonne nourriture ou des vêtements confortables ne supprimeraient pas les dortoirs de l'incarcération. Changer le nom ou cacher les barreaux ne crée rien de nouveau.

Nous devons continuer à lutter pour une abolition totale. Nous ne pouvons pas nous contenter de réformes. Brûlez le système!

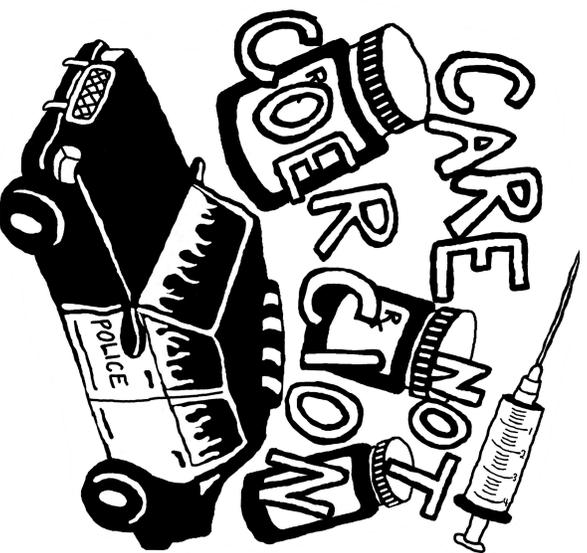


Table des matières.

Mythe #1	Ce sont des endroits pour se «rétablir»	3
Mythe #2	Le traitement forcé est efficace.	5
Mythe #3	L'hospitalisation «volontaire» est volontaire.	6
Mythe #4	Les hôpitaux psy assurent la sécurité des «malades mentaux»	9
Mythe #5	Les hôpitaux psy sont indispensables pour protéger la société.	11
Mythe #6	Si tu ne devrais pas être en hôpital psy, tu seras relâché.	13
Mythe #7	Parfois, il n'y a pas d'autre choix que d'interner quelqu'un à l'hôpital psy	15
Mythe #8	Il suffit d'améliorer la qualité des services psychiatriques.	17



Mythe #1

Ce sont des endroits pour se «rétablir»

Réalité:

Les personnes libérées après une hospitalisation psychiatrique ont un taux de suicide estimé à 200-300 fois plus élevé que celui de la population générale [1].

Les hôpitaux psychiatriques sont souvent perçus comme des lieux de rétablissement. Nous romançons l'idée de l'hôpital, pensant qu'ils offrent des thérapies, un accès aux médecins, quelqu'un à qui parler à toute heure, un endroit pour se reposer, et un répit face au stress extérieur. Malheureusement, cette belle image que nous nous faisons est loin de la réalité des services psychiatriques.

La réalité des hôpitaux psychiatriques, reconnue tant par les patients que par le personnel médical, est qu'ils fonctionnent souvent comme des espaces stériles et fermés. Il y a rarement de la thérapie individuelle ; un simple questionnaire d'évaluation de 15 minutes avec un assistant social surmené est tout ce que vous pouvez espérer. Vous vous retrouverez souvent face à une équipe d'infirmiers, plus préoccupés par la fin de leur journée de travail que par votre présence. Dans certains hôpitaux, il se peut que vous passiez 72 heures d'attente sur une chaise en plastique à cause du manque de lits.



Se engager et se retirer

Beaucoup du travail de soin consiste non seulement à aider, mais aussi à se retirer. Cela veut dire : « Tu as le droit de choisir pour toi-même, et je vais respecter tes choix même si je préférerais autre chose. » Quand nous laissons de côté la culpabilité, nous pouvons agir avec amour. Parfois, cela veut dire vouloir un certain type de sécurité (comme celle qu'on pense trouver dans un hôpital), mais faire confiance à notre ami qui cherche peut-être une autre forme de sécurité — une sécurité que nous ne comprenons pas toujours... une sécurité qui n'est peut-être pas dans le monde où nous vivons.

La sécurité hors de l'hôpital

Si tu cherches la sécurité (pour toi ou un camarade)

- Nourriture réconfortante
- Parfums ou arômes
- Changements de température : bain chaud, douche froide, glace
- Espace clos (placard)
- Espace ouvert (sommet d'une montagne !)
- Pression : une couverture serrée !
- Un câlin !
- Substances (comestibles, plantes et bien plus)
- Corrélation (parfois juste une voix au téléphone !)
- Silence
- Musique (écouter ou créer)
- Repos
- Mouvement
- Routine, planification, réflexion

Voici des lieux, objets et activités qui peuvent offrir de la sécurité!

- Répétition (balancements, sons!)
- Temps avec des animaux, des plantes, ou des esprits non humains!
- Toucher ou absence de toucher intentionnelle
- Bruit blanc
- Connexion à la terre



Mythe #7

Parfois, il n'y a pas d'autre choix que d'interner quelqu'un à l'hôpital psy.

Réalité:

Beaucoup d'entre nous ont vécu cela : un ami nous appelle et dit : « Je me sens suicidaire, je ne sais pas quoi faire ». Notre première réaction est souvent la peur. Nous ne voulons pas les perdre et pensons qu'il faut les emmener à l'hôpital ou appeler les urgences.

Mais il y a souvent d'autres choses à faire au lieu d'envoyer notre ami à l'hôpital. En fait, il existe tellement d'options qu'il serait impossible de toutes les énumérer dans ce zine. Quelques exemples sont listés ci-dessous :

Répis communautaires

Les séjours de répit communautaires sont souvent des environnements comme à la maison, avec du personnel disponible 24/24 et 7 jours sur 7, composé de spécialistes en soutien par expérience. Ces sont généralement des petites auberges, qui peuvent proposer quelques activités légères, et toujours quelqu'un avec qui parler. Les séjours sont souvent limités à quelques jours et sont toujours entièrement volontaires.

Regardez ce répertoire: <https://power2u.org/directory-of-peer-respites/>

Créez votre propre répit

S'il n'y a pas de répit dans votre région ou s'ils ne sont pas accessibles, vous pouvez en organiser! Demandez à votre ami où il se sentirait le plus en sécurité. A-t-il besoin de rester chez lui, ou un changement d'environnement serait-il plus utile? Ensuite, soyez présent! Faites de la place sur votre canapé. Rassemblez des amis pour fournir un soutien ensemble. Enveloppez-le dans une couverture chaude, faites couler un bain, préparez des repas nourrissants, et soyez présent quand c'est nécessaire. N'oubliez pas de prendre soin de vous aussi et faites appel à votre propre équipe de soutien pour alléger la charge.

Les défenseurs des services psychiatriques admettent volontiers qu'ils n'offrent pas de thérapie ni de véritables ressources thérapeutiques. Ils soulignent que le but des services psychiatriques n'est en grande partie PAS thérapeutique. Au lieu de cela, le but des services psychiatriques est souvent cité comme étant double : 1) fournir un environnement « sûr » à court terme pour le confinement (le concept d'environnement « sûr » sera exploré plus en détail dans le mythe #3) et 2) servir de passerelle à court terme vers un soutien communautaire [2]. Le rétablissement des patients n'est donc pas un objectif direct ; on compte sur les services externes pour cela après leur sortie.

L'idée que les hôpitaux psychiatriques ne sont pas faits pour le traitement à long terme découle du mouvement de désinstitutionnalisation des années 60 et 70 aux États-Unis. Ce mouvement, soutenu par des survivants, a entraîné la réforme des institutions et la fermeture d'asiles [3].

À mesure que les objectifs des milieux psychiatriques hospitaliers ont été réformés, ils sont passés de la détention des personnes « jusqu'à ce qu'elles aillent mieux » (ou meurent) à un confinement à plus court terme et à une mise à disposition de ressources (ce que nous voyons dans les modèles actuels d'hôpitaux psychiatriques). Le mythe selon lequel les gens « s'améliorent » dans les hôpitaux psychiatriques peut donc être considéré comme faux non seulement par l'expérience des personnes incarcérées dans ces hôpitaux, mais aussi par les intentions explicites des psychiatres qui y travaillent.

References:

1. Chung D, Hatzifrankovic D, Wang M, Swaraj S, Olsson M, Large M. Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ Open*. 2019;9(3):e023883.
2. Clarke, A, & Clink, I.D. (2020). The Crisis in Psychiatric Hospital Care: Changing the Model to Continuous, Integrative Behavioral Health Care. *Psychiatric Services*, 71(2), 165–169. <https://doi.org/10.1176/appips.201900259>
3. Ben-Moshe, L (2020). Decarcerating Disability: Deinstitutionalization and Prison Abolition. University of Minnesota Press. <https://doi.org/10.5749/jctv10vnr2w>

Mythe #2

Le traitement forcé est efficace.

Réalité:

Une étude sur les ordonnances de traitement communautaire (OTC) montre qu'elles ne réduisent pas les admissions et n'apportent pas de bénéfices aux patients. [1]

Une étude sur le traitement psychiatrique involontaire n'a trouvé aucun bénéfice pour le bien-être des patients et aucun risque de décès réduit. [2]

Les patients qui perçoivent une contrainte physique lors d'une admission à l'hôpital psychiatrique sont plus susceptibles de tenter de se suicider après leur sortie, par rapport à ceux qui n'en perçoivent pas. [3]

Dans le Massachusetts, des données du département de la santé publique ont révélé que le risque de overdose mortelle était deux fois plus élevé après un traitement involontaire par rapport à un traitement volontaire. [4]

[1] Barnett P, Matthews H, Lloyd-Evans B, Mckay E, Pilling S, Johnson S. Compulsory community treatment to reduce re-admission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(12):1019-22.

[2] Nythtingnes O, Berthel J, Hofstad T, et al. The relationship between area levels of involuntary psychiatric care and patient outcomes: a longitudinal national register study from Norway. *BMC Psychiatry* 23, 112 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04584-4>

[3] Jordan JT, McNeil DE. Perceived Coercion During Admission Into Psychiatric Hospitalization Increases Risk of Suicide Attempts After Discharge. *Suicide Life Threat Behav*. 2020 Feb;50(1):80-188. doi: 10.1111/sltb.12560. Epub 2019 Jun 4. PMID: 31162700.

[4] Massachusetts Department of Public Health. "An Assessment of Opioid-Related Deaths in Massachusetts (2013-2014)". 2016 Sept

Dans les modèles actuels de santé mentale, presque tout peut être considéré comme une maladie. Les psychiatres et les assistants sociaux qui ont de bonnes intentions veulent souvent "prendre des précautions" et garder les patients quelques jours pour "observation". Ils pensent que c'est mieux pour vérifier que tout va bien, mais en réalité, ils veulent surtout protéger leur licence, même si cela cause des traumatismes.

Que se passe-t-il quand ces professionnels commencent à travailler pour des entreprises à but lucratif? Une enquête du New York Times en 2024 a montré que des patients étaient retenus contre leur gré dans des établissements psychiatriques gérés par Acadia, avec l'intention claire de maximiser les paiements d'assurance et donc de faire des profits. [3]

En s'appuyant sur les lois d'hospitalisation involontaire en Floride, un hôpital, le « North Tampa Behavioral Health Hospital », a montré un modèle clair pour prolonger délibérément le séjour des patients, sans preuve claire qu'ils en avaient toujours besoin. De 2019 à 2023, North Tampa a déposé plus de 4 500 demandes pour prolonger des séjours. Ces demandes permettent à l'hôpital de garder le patient jusqu'à leur procès verbal. Pendant ce temps, l'hôpital continue à facturer l'assurance. Les journalistes ont découvert que, sur les 4 500 demandes, seulement 54 ont été acceptées par des juges, soit seulement 1 % au total. Ce reportage a révélé ce que disent depuis longtemps les survivants d'hospitalisation psychiatrique : les hôpitaux ne s'occupent pas vraiment des intérêts des patients.

Que vous soyez dans un hôpital dirigé par une entreprise avide d'argent ou avec un psychiatre bien intentionné, une chose est sûre : il est peu probable que vous puissiez partir quand vous le souhaitez, même si vous n'êtes pas en danger pour vous-même ou pour les autres.

References:

1.MH-L \$9.37, 9.41 & 9.45
2.§ 122C-261.

3.Silver-Greenberg, Jessica, Thomas, Katie. "How a Leading Chain of Psychiatric Hospitals Traps Patients". *The New York Times*. Sept 1 2024

Mythe #6

Si tu ne devrais pas être en hôpital psy, tu seras relâché.

Réalité:

Selon la loi, certaines conditions doivent être remplies pour hospitaliser quelqu'un à l'hôpital psychiatrique contre son gré. Bien que ces conditions varient d'un État à l'autre, elles concernent souvent le danger que le patient représente pour lui-même ou pour les autres. Ces conditions sont intentionnellement vagues et dépendent de l'interprétation des personnes ayant le pouvoir d'interne quelqu'un. Dans certains États, ce pouvoir est donné seulement aux professionnels de la santé mentale, comme les psychiatres, mais aussi à la police [1].

En Caroline du Nord, n'importe qui ayant des connaissances directes sur la personne concernée peut demander un internement [2]. Oui, tu as bien l'importe qui. Des personnes sans formation ou connaissances en évaluation ou en traitement de la santé mentale peuvent avoir le droit d'interne quelqu'un d'autre.

Une fois enfermé, tu pourrais penser que c'est une erreur qui sera vite corrigée. Tu penses que le psychiatre va comprendre que tu n'as pas besoin d'être là, n'est-ce pas? Bien sûr, le psychiatre réalisera tout de suite que tu n'as pas besoin d'être là - tout sera vite éclairci! (... n'est-ce pas ??)

Malheureusement, une fois interné à l'hôpital, il est difficile d'y sortir. L'image de « malade mental » qu'on te donne est difficile à surmonter. Cela veut dire que les gens ne croient plus ce que tu dis, tes tentatives de connecter avec les infirmiers pour obtenir du soutien peuvent être interprétées comme des tentatives de manipulation, conformément à un diagnostic de « trouble de la personnalité borderline ». Alternativement, tes demandes répétées de partir, peuvent être considérées comme « ce patient ne suit pas nos instructions et refuse de recevoir de l'aide ».

Mythe #3

L'hospitalisation « volontaire » est volontaire.

Réalité:

En reconnaissant que l'hospitalisation forcée n'est ni efficace ni sans dommages, il y a tendance à encourager les patients à se faire admettre "volontairement". Cette préférence pour l'incarcération "volontaire" est inscrite dans la législation de plusieurs États. Par exemple, à New York, la loi sur l'hygiène mentale (§ 9.21) demande aux professionnels de santé d'encourager les "malades mentaux" à demander un traitement psychiatrique de leur propre gré. En Floride, la loi (§ 394.4625) exige que tout personnel pousse les patients internés de force à changer leur statut en internement volontaire.

Cela ignore souvent la réalité du traitement volontaire, soulevant la question de savoir si cet internement est réellement "volontaire".

Dans le cadre d'un "traitement volontaire"

- Le patient n'est pas libre de partir.
- Le patient subit des contraintes physiques.
- Le patient a moins de chances d'être libéré.
- Le patient est souvent admis sous la menace d'une hospitalisation forcée.
- Il n'y a pas de durée maximale de séjour.

[1]

Il est important de noter que, dans la plupart des États, les patients "volontaires" ne peuvent pas décider de partir quand ils le souhaitent. Une fois admis, c'est le psychiatre qui décide combien de temps ils restent et quand ils peuvent partir. Les patients peuvent demander à partir, mais l'hôpital a généralement 72 heures pour dire oui ou changer leur statut en "involontaire". Cette situation fait que de nombreux patients dits "volontaires" sont en réalité retenus contre leur gré.

En comparant les droits des patients involontaires et volontaires, on voit que les termes sont trompeurs.

Les patients involontaires ont le droit d'être entendus par un juge et d'avoir un avocat. En revanche, en consentant à une admission "volontaire", les patients ont donc moins accès à un examen judiciaire extérieur et le pouvoir est donné au psychiatre.

Les possibilités de pression de la part du personnel ajoutent une complexité supplémentaire qui obscurcit la véritable nature coercitive d'un séjour "volontaire". Par exemple, ils peuvent leur dire que passer à un statut "volontaire" les aidera à sortir plus vite (et évitera un processus judiciaire long). En réalité, passer d'involontaire à volontaire ne garantit pas une libération plus rapide, mais cela leur fait perdre leur droit à un examen judiciaire. Dans d'autres situations, les patients sont forcés de consentir à des "traitements" non désirés. Ils reçoivent des promesses de libération s'ils coopèrent, ce qui montre le pouvoir total du psychiatre.

Pour toutes ces raisons, l'incarcération psychiatrique "volontaire" est non seulement trompeuse, mais peut aussi être considérée comme un mythe qui alimente ce système oppressif.

References:

1. The Benefits of Voluntary Inpatient Psychiatric Hospitalization: Myth or Reality?, 9 B.U. Pub. Int. L.J. 25 (1999)

Tout comme dans le système carcéral criminel, les patients en hôpital psychiatrique sont isolés de leur communauté, de leurs proches et des personnes qui pourraient les soutenir. Cette incarcération perturbe leur vie, entraînant des pertes d'emploi, d'études et de stabilité financière. Avec des hospitalisations répétées, les relations et les vies des patients se dégradent de plus en plus. Est-ce vraiment ainsi que l'on prétend prévenir la violence et les dangers dans nos communautés ?

Des études sur le système carcéral criminel montrent que l'emprisonnement augmente le risque de récidive, surtout comparé à d'autres sanctions comme la probation. Vu les similitudes entre l'incarcération criminelle et psychiatrique, il est probable que des résultats similaires soient observés dans les deux contextes.

References:

1. Law, V. (2021). "Prisons make us safer": and 20 other myths about mass incarceration. Boston, Massachusetts, Beacon Press.
2. Metz, J. M. (2009). The protest psychosis: How schizophrenia became a black disease. Beacon Press.
3. SPOHN, C. and HOLLERAN, D. (2002), THE EFFECT OF IMPRISONMENT ON RECIDIVISM RATES OF FELONY OFFENDERS: A FOCUS ON DRUG OFFENDERS*. *Criminology*, 40: 329-358. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2002.tb00959.x>



Mythe #5

Les hôpitaux psy sont indispensables pour protéger la société.

Réalité:

« On a vendu aux Américains l'idée que l'enfermer garantit la sécurité. Mais cela crée des personnes encore plus brisées. » [1]

-KAMADA, emprisonné au Texas depuis 2007

« Mais qu'en est-il des malades mentaux violents ? » est l'une des critiques les plus courantes contre les mouvements d'abolition psychiatrique. Il est d'abord important de comprendre que notre compréhension de la soit-disant violence est influencée par des préjugés raciaux, sociaux et xénophobes. Par exemple, la colère ou la résistance politique à l'oppression a longtemps été pathologisée et associée à la violence, en particulier chez les hommes Noirs. [2] En examinant ce mythe, on doit se demander : qui est le plus souvent jugé violent ? Comment cela se relie-t-il à nos idées de santé mentale ? Utilisons-nous l'incarcération psychiatrique comme une alternative facile (mais tout aussi carcérale et inefficace) à l'incarcération criminelle, qui est de plus en plus critiquée ?

En mettant de côté ces questions d'application inégale du terme « violence », il est pertinent d'examiner l'efficacité présumée de l'incarcération psychiatrique des personnes violentes. Ceux qui soutiennent ce mythe disent que les hôpitaux aident à soigner les causes de la violence. Mais quelles sont réellement les racines de la violence ? Sont-elles vraiment abordées dans les hôpitaux psychiatriques ?



Mythe #4

Les hôpitaux psy assurent la sécurité des « malades mentaux ».

Réalité:

La moitié des suicides chez les schizophrènes se produisent à l'hôpital. [1]

Quand on réalise que les hôpitaux psychiatriques ne sont pas des lieux de « guérison », leurs partisans parlent souvent de sécurité. Ils soutiennent que l'hospitalisation est essentielle pour protéger les personnes suicidaires et que l'hôpital contribue à les garder « en sécurité ».

Cependant, ces idées de « sécurité » soulèvent trois questions : (1) Les hôpitaux sort-ils vraiment « sûrs » pour tous ? (2) « Sûrs » contre quoi ? (3) Et pour combien de temps ?

Les hôpitaux sort-ils « sûrs » pour tout le monde ?

Les hôpitaux psychiatriques causent souvent de la violence et du traumatisme à presque tous ceux qui y entrent. Mais pour certains, c'est encore pire.

Réfléchissons à la manière dont les gens arrivent à l'hôpital : la police est appelée pour un « wellness check », ce qui peut conduire à se retrouver menotté dans une voiture de police en route vers l'hôpital. Ce processus est angoissant pour tous. Pour les personnes de couleur, cela peut être mortel. Par exemple, les Afro-Américains ont 3,23 fois plus de risques d'être tués par la police que les blancs. Le risque de décès lors d'une intervention policière est 16 fois plus élevé pour ceux qui souffrent de « graves problèmes mentaux ». Être perçu comme Noir et « malade mental » augmente considérablement le risque de violence. Est-ce vraiment cela qu'ils entendent par « nous garder en sécurité » ?

Bien sûr, même si vous parvenez à sortir de garde à vue et à entrer à l'hôpital, les patients de couleur sont souvent plus en danger que les patients blancs. Une analyse de l'utilisation de la contention et de l'isolement dans les hôpitaux des États-Unis a montré que les pratiques variaient beaucoup selon les caractéristiques démographiques des quartiers. Par exemple, les hôpitaux situés dans des quartiers majoritairement Noirs ont utilisé des contentions physiques trois fois plus souvent que ceux situés dans des quartiers majoritairement blancs [4]. De même, le temps passé en isolement était 2,5 fois plus long dans les quartiers majoritairement Noirs [4]. Une autre analyse a montré que cette utilisation biaisée de violence s'étendait également aux médicaments. Les patients Noirs recevaient plus de traitement médicamenteux forcé par rapport aux patients blancs. Cet effet est encore plus marqué chez les patients "psychotiques" : 17,7 % des patients Noirs reçoivent des antipsychotiques, comparé à 8,2 % des patients blancs.

Qui les hôpitaux psychiatriques gardent-ils «en sécurité»? Sont-ils vraiment des lieux «sûrs» pour tous ?

«En sécurité» ?

Même si l'on suppose que les hôpitaux psychiatriques réussissent à éliminer tout les moyens de se faire du mal ou de nuire aux autres, est-ce que cela signifie la «sécurité» des patients et de nos communautés ? Comment définissons-nous la sécurité ?

En médecine, on évalue souvent les risques et les bénéfices avant de prescrire des médicaments. On doit prendre en compte les effets secondaires et la qualité de vie. Mais dans les hôpitaux psychiatriques, cette analyse est souvent oubliée. On considère souvent la « sécurité » juste en terme de survie. On ne pense pas aux risques comme la coercition, les abus, l'isolement, la stigmatisation, et le fait de se sentir encore plus mal.

Quand on enferme quelqu'un à l'hôpital, de quoi le protégeons-nous vraiment?



«En sécurité» mais pour combien de temps?

Admettons que les hôpitaux psychiatriques assurent la sécurité des patients (ce qui est discutable). Supposons que l'hôpital ait réussi à prolonger la vie de quelqu'un en l'empêchant de se suicider. Que se passe-t-il quand cette personne sort de l'hôpital ? Est-ce que ses problèmes ont été résolus ? Ses besoins ont-ils été pris en compte ? Comme mentionné dans le Mythe n°1, les hôpitaux psychiatriques ne sont pas faits pour « guérir » les patients, mais seulement pour les garder temporairement. Alors, que se passe-t-il une fois qu'ils sont libérés ?

Les gens qui sortent d'un hôpital psychiatrique ont un taux de suicide 200-300x supérieur à la population générale [6].

Après leur sortie, non seulement le patient n'a reçu que peu ou pas de traitement, mais il a aussi subi un traumatisme important. Les effets du traitement carcéral restent présents.

Une étude a révélé que la simple perception de coercition pendant l'hospitalisation est liée à un risque accru de tentatives de suicide après la sortie [7].

References:

1. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Toward a new prevention of suicide in schizophrenia. *World J Biol Psychiatry*. 2004 Oct;5(4):201-10. doi: 10.1080/156229704100299934. PMID: 15543514.
2. Schwartz GL, Kahn JL (2020) Mapping fatal police violence across U.S. metropolitan areas: Overall rates and racial/ethnic inequities. 2013-2017. *PLoS ONE* 15(6): e0229686. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229686>
3. Treatment Advocacy Center. "Overlooks in the Undercounted: The role of mental illness in fatal law enforcement encounters". Dec 2015
4. Self-conducted informal analysis of data from Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)
5. Kassam AS, Karalis P, Aydinian T, Parjivani A, Martinez G, Whiteman A, Deas M, Cunningham EA. Racial disparities with PRN medication usage in inpatient psychiatric treatment. *Schizophrenia (Heidelberg)*. 2024 Apr 13;10(1):46. doi: 10.1038/s41537-024-00461-6. PMID: 38616056; PMCID: PMC1101618.
6. Chung D, Hadd-Pavlovic D, Wang M, Swaraj S, Olsson M, Large M. Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMI Open*. 2019;9(3):e023883.
7. Jordan JT, McNeil DE. Perceived Coercion During Admission Into Psychiatric Hospitalization Increases Risk of Suicide Attempts After Discharge. *Suicide Life Threat Behav*. 2020 Feb;50(1):180-188. doi: 10.1111/sltb.12560. Epub 2019 Jun 4. PMID: 31162700.