
Notre Collectif d'usagers et ex-usagers français de la psychiatrie s'intitule « Arrêt des traitements forcés » [1]. Notre circonscription est celle des personnes ayant des handicaps psychosociaux réels ou perçus.

*Quels sont les facteurs, dans votre contexte, qui contribuent à l'institutionnalisation des enfants, et comment peuvent-ils être traités pour l'empêcher ?*

Nous pensons que la société française entretient de nombreux préjugés à l'encontre des personnes en situation de handicap psychosocial, enfants et adultes. Nous pensons que toute la société doit changer.

- Nous proposons d'éduquer le public, les professionnels, le personnel médical, les magistrats, ainsi que les usagers et les enfants sur les droits des personnes en situation de handicap psychosocial, enfants et adultes.

La France a des lois discriminatoires et met en œuvre les mauvais modèles de handicap. Plus précisément, les lois sur les personnes handicapées, les lois sur les tutelles et les lois de santé mentale.

- Nous suggérons d'abolir le modèle médical du handicap et la discrimination dans les lois et les pratiques, et de mettre en œuvre le modèle des droits humains du handicap à la place. Ces droits ne doivent pas être liés à la menace faite à la personne, adulte ou enfant, de subir une médication ou une procédure psychiatrique forcée ou de perdre sa liberté ou d'être placée en institution.

La France pratique à grande échelle le placement en institution des enfants présentant un handicap psychosocial réel ou perçu [9] et ne consulte pas l'enfant.

- Nous suggérons d'offrir des services à domicile et une aide financière à domicile pour accéder à ces services. En pratique, nous proposons de rééquilibrer le budget des institutions vers les services, à l'instar de la Belgique, du Brésil et du Pérou. [2]

- Nous suggérons de mettre en place une prise de décision assistée pour l'enfant et de respecter ses choix.

- Nous suggérons d'interdire la stigmatisation forcée de l'enfant avec des étiquettes psychiatriques biologiquement ou scientifiquement erronées [4,5]. Nous considérons que la plupart des étiquettes psychiatriques sont au mieux théoriques, et leur acceptation est un choix personnel et privé dans la relation avec un professionnel de la santé choisi qui peut être modifié à tout moment. Le secret médical doit être respecté. Le point de vue de la famille ou des aidants n'est pas le point de vue de l'enfant.

La France a des lois discriminatoires pour permettre l'hospitalisation forcée et le traitement forcé des personnes souffrant d'un handicap psychosocial à grande échelle [6]. La maltraitance des adultes implique que les enfants sont également maltraités. Dans une large proportion, ces personnes présentant un handicap psychosocial sont traumatisées par les violences sociales et psychiatriques qui en résultent [7], une grande partie d'entre elles sont incapacitées avec des drogues qui détruisent la motivation et rendent difficile le fonctionnement, et pour certaines d'entre elles leur volonté est brisée par les tortures psychiatriques [8] qu'elles ont endurées et les menaces de répétition, et ils ne peuvent pas agir politiquement pour défendre les droits des enfants, car ils ont peur des représailles.

- Nous suggérons d'abolir complètement ces lois et pratiques, de fournir une aide sociale, de fournir une aide médicale et psychologique pour se retirer des médicaments psychiatriques, et d'offrir des réparations.

*Spécificités :*

La France comptait, en 2018, 108 900 enfants institutionnalisés dans les instituts médico-éducatifs (IME) et 15 980 dans les instituts thérapeutiques éducationels et pédagogiques (ITEP). Les critères de placement des enfants dans les IMI sont, selon le document de l'Administration française : « déficiences à prédominance intellectuelle », et pour les ITEP, je cite : « les troubles du comportement qui perturbent leur socialisation et l’accès aux apprentissages, sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle » [9]. Le nombre de places augmente [10].

Ces enfants ne sont généralement pas consultés dans les choix les concernant et leurs choix ne sont pas respectés. La réalité de ces instituts est sombre, avec des témoignages de médicaments psychiatriques forcés, de violence, d'éducation médiocre ou inappropriée.

*Quelles sont les caractéristiques ou pratiques qui devraient être évitées ou éliminées afin de garantir des soins de haute qualité ?*

En France, certains enfants sont traités de force avec des médicaments psychiatriques endommageant le cerveau. Les enfants psychiatrisés sont pris aux pièges de la médication, de la dépendance et de l'autodépréciation, ils subissent l'ostracisme familial et sociétal et courent également un grand risque de devenir psychiatrisés à l'âge adulte.

- Nous proposons d'éduquer le public, les professionnels et les enfants eux-mêmes sur ce que les médicaments psychiatriques font au cerveau, sur la dépendance et le sevrage, et quelles sont les conséquences à long terme des traitements médicamenteux psychiatriques.

- Nous suggérons d'interdire la prescription de médicaments psychiatriques aux enfants, en particulier aux jeunes enfants. Nous considérons une telle prescription de la maltraitance d’enfant. Nous suggérons d'interdire les électrochocs et toute procédure psychiatrique potentiellement invalidante pour le cerveau.

- Nous demandons que les enfants soient consultés et que leurs choix soient respectés.

*Spécifiquement:*

L'administration française autorise la prescription du médicament Rispéridone aux enfants de 5 ans, avec certaines restrictions qui ne sont pas respectées en pratique [11]. Au lieu d'écouter l'enfant, les neuroleptiques sont parfois utilisés pour faire taire l'enfant, avec des étiquettes psychiatriques comme : « trouble oppositionnel ».

Nous nous opposons aux prescriptions de médicaments neuroleptiques. Ces médicaments sont neurotoxiques [12] ; ils induisent un rétrécissement du cerveau [12,14], des dommages neurologiques [15], une dyskinésie tardive [16], des troubles métaboliques [15], des caries dentaires, une hyperprolactinémie et une gynécomastie [17], une pharmacodépendance [18], une psychose d’hypersensibilité adaptative [19], des syndromes malins mortels [20].

Nous nous opposons aux prescriptions de psychostimulants. Ces médicaments sont neurotoxiques [21,22,23,24], réduisent la croissance [25], augmentent le risque d'addiction, de suicide et d'hospitalisation psychiatrique [26]. Ils provoquent une toxicomanie et une accoutumance. Ils nuisent à l'enfant à la fois physiquement et psychologiquement.

Selon le Pr Peter C. Gøtzsche, le « diagnostic » du TDAH ne repose sur rien [29,30]. Les enfants sont démoralisés, ils perdent leur spontanéité ; ils croient qu'ils sont malades pour le reste de leur vie bien qu'ils soient en bonne santé. Beaucoup d'enfants sont simplement confrontés à une pédagogie inadaptée à leur niveau de maturité, et ils peuvent souffrir d'un manque d'attention parentale. Les enfants nés plus tard dans l'année d'une classe sont plus susceptibles d'être « diagnostiqués ». Très souvent, les choses se corrigent spontanément, soit en changeant de pédagogie (sur le modèle finlandais), soit en apprenant à l'enfant à se responsabiliser, à devenir indépendant, à acquérir la maîtrise de soi. Les enfants doivent pouvoir se développer à leur propre rythme. [28,29]

Nous nous opposons aux prescriptions d'antidépresseurs. Ces médicaments endommagent probablement le cerveau des adolescents [31]. Ils induisent chez certaines personnes le suicide, la violence extrême, la manie, et des personnes en bonne santé sont qualifiées de « bipolaires » à cause d'elles [32,29]. Ces médicaments suppriment chez les patients adultes et adolescents, à la fois la sexualité, la libido et le fonctionnement sexuel, et l'amour, souvent sans récupération complète lorsque les médicaments sont arrêtés, et pour certaines personnes, donnent également des problèmes de vessie et de défécation, on parle de dysfonctionnement sexuel post-ISRS [33,34]. Ils provoquent une dépendance [35]. Ils sont inefficaces [29].

*Références :*

1. Le Collectif:
<http://depsychiatriser.blogspot.com/>
2. Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches, World Health Organization, June 2021.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
3. CHRUSP good practices.
<http://www.chrusp.org/home/good_practices>
4. Conseil Supérieur de la Santé, Belgique, 2019: DSM(5) : "Utilisation et statut du diagnostic et des classifications des problèmes de santé mentale" <https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9360_dsm5.pdf>
5. Mental Health Europe: A Short Guide to Psychiatric Diagnosis, 2020.
<https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/09/A-short-guide-to-Psychiatric-Diagnosis-FINAL.pdf>
6. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. “Psychiatrie chiffres clés” 2019, France.
<https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_psy_2019.pdf>
7. Priebe S., Bröker S., Gunkel S. Involuntary admission and posttraumatic stress disorder in schizophrenia patients, July 1998, Comprehensive Psychiatry 39(4):220-4, DOI:10.1016/S0010-440X(98)90064-5.
<https://www.researchgate.net/publication/13608566_Involuntary_admission_and_posttraumatic_stress_disorder_in_schizophrenia_patients>
8. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment of punishment, Human Rights Council, Forty-third session, 24 February–20 March 2020.
<https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session43/Documents/A_HRC_43_49_AUV.docx>
9. Ministère des Solidarités et de la Santé : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L’offre d’accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux fin 2018. Thomas Bergeron, Laurence Dauphin.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/loffre-daccueil-des-personnes-handicapees-dans-les-0>
10. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie: le bilan des plans, 2019.
<https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires-organisation-de-loffre/programmation-et-creation-de-places-en-etablissement-ou-service/le-bilan-des-plans>
11. Autorisation de mise sur le marché du rispéridone en pédopsychiatrie
<http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0306587.htm>
12. Michael S Lidow, Zan-Min Song, Stacy A Castner, Patrick B Allen, Paul Greengard, Patricia S Goldman-Rakic, Antipsychotic treatment induces alterations in dendrite- and spine-associated proteins in dopamine-rich areas of the primate cerebral cortex, Biological Psychiatry, Volume 49, Issue 1, 2001, Pages 1-12, ISSN 0006-3223,
[https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)01058-1](https://doi.org/10.1016/S0006-3223%2800%2901058-1).
13. Bastiampillai, Tarun & Parry, Peter & Allison, Stephen. (2018). Can antipsychotic medication administered for paediatric emotional and behavioural disorders lead to brain atrophy?. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.
<https://www.researchgate.net/publication/327512494_Can_antipsychotic_medication_administered_for_paediatric_emotional_and_behavioural_disorders_lead_to_brain_atrophy/citation/download>
14. Ho BC, Andreasen NC, Ziebell S, Pierson R, Magnotta V. Long-term Antipsychotic Treatment and Brain Volumes: A Longitudinal Study of First-Episode Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 2011 Feb;68(2):128-37.
<https://www.researchgate.net/publication/49817143_Long-term_Antipsychotic_Treatment_and_Brain_Volumes_A_Longitudinal_Study_of_First-Episode_Schizophrenia>
15. Pringsheim T, Lam D, Ching H, Patten S. Metabolic and neurological complications of second-generation antipsychotic use in children: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Drug Saf. 2011.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21751826/>
16. Ikwunga Wonodi, Gloria Reeves, Dana Carmichael, Ilene Verovsky, Matthew T. Avila, Amie Elliott, L. Elliot Hong, Helene M. Adami, Gunvant K. Thaker. Tardive dyskinesia in children treated with atypical antipsychotic medications, 2007.
<https://doi.org/10.1002/mds.21618>
17. Antipsychotic Medication in Children and Adolescents: A Descriptive Review of the Effects on Prolactin Level and Associated Side Effects. Yvette Roke, Peter N. van Harten, Annemieke M. Boot, and Jan K. Buitelaar. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 2009 19:4, 403-414
<https://doi.org/10.1089/cap.2008.0120>
18. Horowitz, M. A., Jauhar, S., Natesan, S., Murray, R. M., & Taylor, D. (2021). A method for tapering antipsychotic treatment that may minimize the risk of relapse. Schizophrenia Bulletin.
https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/advance-article/doi/10.1093/schbul/sbab017/6178746
19. Chouinard Guy, et collègues, 2017: Antipsychotic-Induced Dopamine Supersensitivity Psychosis: Pharmacology, Criteria, and Therapy.
<https://www.karger.com/Article/FullText/477313>
20. Neuroleptic Malignant Syndrome in Children and Adolescents on Atypical Antipsychotic Medication: A Review. Rachel Neuhut, Jean-Pierre Lindenmayer, and Raul Silva.Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology.Aug 2009.415-422.
<http://doi.org/10.1089/cap.2008.0130>
21. Carlezon WA, Konradi C, Neuropharmacology, 2004 Understanding the neurobiological consequences of early exposure to psychotropic drugs: linking behavior with molecules
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0028390804001820>
22. Methylphenidate Causes Behavioral Impairments and Neuron and Astrocyte Loss in the Hippocampus of Juvenile Rats. Schmitz, F., Pierozan, P., Rodrigues, A.F. et al. Mol Neurobiol (2016). doi:10.1007/s12035-016-9987-y
<http://link.springer.com/article/10.1007/s12035-016-9987-y>
23. White Matter by Diffusion MRI Following Methylphenidate Treatment: A Randomized Control Trial in Males with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Cheima Bouziane, Olena G. Filatova, Anouk Schrantee, Matthan W. A. Caan, Frans M. Vos, and Liesbeth Reneman Radiology 2019 293:1, 186-192
<https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.2019182528>
24. Curtin, K., Fleckenstein, A.E., Keeshin, B.R. et al. Increased risk of diseases of the basal ganglia and cerebellum in patients with a history of attention-deficit/hyperactivity disorder. Neuropsychopharmacol 43, 2548–2555 (2018).
<https://doi.org/10.1038/s41386-018-0207-5>
25. Swanson, 2006, Stimulant-Related Reductions of Growth Rates in the PATS.
<http://doi.org/10.1097/01.chi.0000235075.25038.5a>
26. Breck G. Borcherding, Cynthia S. Keysor, Judith L. Rapoport, Josephine Elia, Janet Amass,
27. Motor/vocal tics and compulsive behaviors on stimulant drugs: Is there a common vulnerability? Psychiatry Research, Volume 33, Issue 1, 1990, Pages 83-94, ISSN 0165-1781.
[https://doi.org/10.1016/0165-1781(90)90151-T](https://doi.org/10.1016/0165-1781%2890%2990151-T)
28. The Rights of Children and Parents In Regard to Children Receiving Psychiatric Diagnoses and Drugs. Peter R. Breggin 17 April 2014.
<https://doi.org/10.1111/chso.12049>.
29. Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drugs (2020) Peter C. Gøtzsche
<https://www.deadlymedicines.dk/books/>
30. Adult ADHD Self-Report Scale-V1.1 (ASRS-V1.1) Symptoms Checklistfrom WHO Composite International Diagnostic Interview.
<https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpdir/adhd/18Q_ASRS_English.pdf>
31. Karanges, E. and I. McGregor. “Antidepressants and adolescent brain development.” Future Neurology 6 (2011): 783-808.
<https://www.semanticscholar.org/paper/Antidepressants-and-adolescent-brain-development-Karanges-McGregor/cfa14be5d25be4e4ccb6228c45ad76b6460f2d73#citing-papers>
32. Peter Breggin’s Antidepressant Drug Resource & Information Center
<https://breggin.com/antidepressant-drugs-resource-center/>
33. Reisman Y. Post-SSRI sexual dysfunction BMJ 2020; 368 :m754 doi:10.1136/bmj.m754
<https://www.bmj.com/content/368/bmj.m754>
34. David Healy. post-SSRI sexual dysfunction.
https://rxisk.org/post-ssri-sexual-dysfunction-pssd/
35. Stopping antidepressants, Royal College of Psychiatrists, UK
<https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/stopping-antidepressants>