Document generated on 07/15/2025 10:40 p.m.

Santé mentale au Québec

Liminaire

Yves Lecomte and Jean-François Saucier

Volume 30, Number 1, Spring 2005

Les psychoses réfractaires : modèles de traitement québécois et canadiens

URI: https://id.erudit.org/iderudit/011265ar
DOI: https://doi.org/10.7202/011265ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this document

Lecomte, Y. & Saucier, J.-F. (2005). Liminaire. *Santé mentale au Québec*, *30*(1), 7–16. https://doi.org/10.7202/011265ar

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2005

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Liminaire

Yves Lecomte*
Jean-François Saucier**

> La psychiatrie doit donc choisir entre science et clinique et élargir ses perspectives au-delà des limites de la science (Apollon, Bergeron et Cantin dans le présent numéro).
>
> La pratique est informée par la science, mais elle n'est pas conduite par la science (Stip, 2003) [1].

Santé mentale au Québec a le plaisir de vous présenter le premier d'une série de débats sur la santé mentale. La production de cette nouvelle rubrique est née dans l'enthousiasme suscité par « l'amour des commencements », selon l'expression de Pontalis. Et comme toute démarche inaugurale, elle est tributaire des essais, des initiatives et de l'inévitable inexpérience qui ont marqué son élaboration. Aussi est-il bon d'en raconter l'histoire au lecteur.

Le titre de ce débat premier, « Où s'en va la psychatrie ? », fut choisi en écho au dossier du même titre paru dans la revue en novembre 1981 [2]. La rédaction du texte argumentaire devant servir d'inspiration aux participants du débat fut, quant à elle, confiée à Willie Apollon, Danielle Bergeron et Lucie Cantin, psychanalystes, formateurs de réputation internationale et fondateurs du centre de traitement psychanalytique pour jeunes psychotiques, le « 388 » de Québec. La rédaction s'est faite « à l'aveugle », les auteurs ne connaissant pas le nom des collaborateurs à qui serait soumis leur texte. Ils choisirent un style lapidaire, apte à susciter le débat. Par ailleurs, les collaborateurs ne pouvaient que se fier à leur interprétation pour réagir à l'argument, car aucune information supplémentaire sur ce texte ne leur était fournie, si ce n'est le nom des auteurs. Cette absence d'encadrement, due à

* Ph.D., professeur, programme de DESS en santé mentale de la Télé-université du Québec.

** M.D., Ph.D., chercheur titulaire au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

l'inexpérience de la revue dans le domaine des débats écrits, a donné lieu à des écrits parfois plus musclés que prévu. Cette expérience a pu provoquer un malaise tant chez les auteurs de l'argument que chez les répondants et, si ce fut le cas, nous nous en excusons [3].

Un mot maintenant sur les caractéristiques des textes du débat. La tâche demandée aux auteurs de l'argument était complexe. Comment envisager l'argument de base ? Comment cibler l'enjeu central à partir duquel réfléchir sur l'avenir de la psychiatrie ? Fondateurs d'un centre de traitement psychanalytique pour jeunes psychotiques existant depuis 1982, impliqués dans le traitement et la cure psychanalytique de sujets dits psychotiques au sein d'un programme global (Le 388), les auteurs ont choisi d'initier le débat par une question présentée sous la forme d'une affirmation, certes provocante, mais au cœur de leur travail : « Choisir entre science et clinique ».

Le travail demandé aux collaborateurs, soit de réagir à l'argument, n'était pas simple non plus. Provenant de champs disciplinaires très différents, ils devaient réagir à un texte, relativement court et concis, présentant sur un mode assertif une question aussi large que celle de l'avenir de la psychiatrie, sans la possibilité d'obtenir de précisions. Cette formule, bien qu'ardue à certains égards, avait l'avantage de permettre une rétroaction avec le texte lui-même et ainsi stimuler des réflexions nouvelles.

Le résultat s'est avéré un débat fait de positions contrastées, disparates, voire apparemment éclatées à une première lecture, mais qui se sont cependant révélées riches en elles-mêmes, de même qu'un éloquent reflet de la dynamique du milieu de la psychiatrie. Une première grille de lecture permet de constater que les idées émises sont fonction de l'expérience de chacun et de son champ disciplinaire ; psychanalytique, clinique, psychiatrique, communautaire, gestionnaire, chercheur, sociologique, psychologique. Une deuxième grille de lecture révèle, par ailleurs, qu'il y a eu, entre collaborateurs et argumentaires, une tentative de dialogue ou d'échange sur des points précis, d'une manière parfois conciliante, parfois confrontante, selon la présence ou l'absence d'affinités avec les idées développées dans l'argument. Enfin, une troisième grille de lecture dévoile l'existence d'un échange minimal, voire une absence de dialogue entre l'argument et les textes des collaborateurs. Ces grilles de lecture ne sont, bien sûr, pas exhaustives. Nous aurions pu aussi analyser les articles sous l'angle du politique, par exemple, du communautaire, de l'organisation des services, ou encore, des relations interprofessionnelles, de la recherche, de la pratique, de l'épistémologie, des rapports humains, ou de l'éthique.

Cette énumération ne fait que refléter la complexe réalité des professionnels et de leurs relations dans le champ de la psychiatrie, tout comme elle met en relief la richesse des textes.

Introduisons maintenant le lecteur au contenu du débat en reprenant certaines positions des articles, notre choix étant, bien sûr, tributaire de notre propre lecture et de notre propre expérience. Nous voulons ainsi décortiquer certains axes de réflexion et mettre à jour leur dynamique. Nous ne pourrons ici résumer toutes les argumentations des collaborateurs ; mentionnons seulement que les textes sont d'une très grande richesse et qu'ils font pénétrer au cœur des débats de la psychiatrie contemporaine.

Pour ce faire, nous présenterons les textes dans un certain ordre, arbitraire faut-il le mentionner, mais pas anodin car il conditionne leur lecture. Il va de soi que nous présentions en premier le déclencheur du débat, le texte argumentaire de Willie Apollon, Danielle Bergeron et Lucie Cantin et en dernier, la réplique de ces auteurs aux diverses collaborations. Entre les deux nous résumerons les collaborations que nous regrouperons par axes de conceptualisation. Le premier sera formé par les commentaires sur le texte argumentaire : les articles des Québécois Philippe Robaey, Sonia Mansour-Robaey et de John Talbott, américain. Viendra ensuite un axe d'interrogation générale sur l'avenir de la psychiatrie, surtout française, regroupant les textes des cinq collaborateurs habitant ce pays : Guy Baillon et Patrick Chaltiel, Jean-Luc Roelandt, Marcel Jaeger et Viviane Kovess-Masfety. Puis nous examinerons l'axe du choix de l'avenir dans la communauté, développé par Charles Bonsack, de Suisse, Paul Morin et Jérôme Guay du Québec. Enfin, le texte sur l'avenir de la psychiatrie selon trois vecteurs, par Emmanuel Stip, constituera le dernier axe de présentation.

En quoi consiste l'argument du débat ? Willie Apollon, Danielle Bergeron et Lucie Cantin avancent que la psychiatrie biologique a atteint des limites relativement au traitement des troubles mentaux graves à cause de la méthode scientifique qu'elle utilise, « qui rend illusoire cette adéquation entre les représentations de l'humain et l'humain lui-même que cette méthode prétend obtenir ». En conséquence, « la psychiatrie laisse peut-être de côté des dimensions essentielles de son objet de recherche », soit cette part de l'être qui est inconsciente et « qui échappe à toute investigation »… « le lieu dans la structure où se décident l'essentiel de la manifestation des troubles tout autant que les actes les plus personnels de l'être ». Pour traiter les patients souffrant d'un trouble mental en conflit avec le lien social (les auteurs différencient ces patients de ceux qui souffrent d'un trouble de

nature neurologique, et des patients qui souffrent d'un trouble psychique de nature biochimique), « La psychiatrie doit choisir entre science et clinique et élargir ses perspectives au-delà des limites de la science ». Après avoir expliqué et justifié cette position, leur argumentation se termine par une brève description du centre de traitement pour jeunes psychotiques, le 388, lieu d'expérimentation et de recherche de leurs hypothèses, de leurs théories et de leur méthode de traitements [4]. Dans les trois textes de clôture de ce numéro, les lecteurs trouveront des précisions sur la pensée des auteurs.

Trois collaborateurs, John Talbott, Philippe Robaey et Sonia Mansour-Robaey, ont choisi de discuter les raisonnements à l'appui de la position des auteurs de l'argument. À la question posée par ces derniers, ils répondent que leur choix est celui de la science et ils justifient leur réponse. John Talbott s'oppose au clivage postulé entre la science et l'approche clinique, soutenant que cet argument ne peut être évoqué pour soutenir l'utilisation de la psychanalyse, à laquelle il reconnaît une utilité pour comprendre la maladie mentale chronique, mais non pour la traiter. Quelle est sa prédiction de l'avenir de la psychiatrie, même si l'exercice est périlleux selon lui ? Son avenir sera double : la biologie et la génétique domineront le paysage psychiatrique avec les médicaments à conception moléculaire comme traitement. Les psychiatres deviendront les « médecins de soins primaires » et n'auront rien à envier aux neurologues, alors que, parallèlement, la psychanalyse deviendra l'apanage des départements non scientifiques.

Dans une discussion élaborée, Philippe Robaey et Sonia Mansour-Robaey, quant à eux, soutiennent qu'on ne peut prétendre que l'approche scientifique ne réussira jamais à cerner l'essentiel de cette dimension globale du mental qu'est le sujet. En expliquant leur position, ils montrent aussi comment les médicaments, conçus comme l'approche thérapeutique de base, en sont venus à être utilisés comme explication du mental, et dénoncent les dangers que cette conception représente pour les psychiatres. Ils énoncent ensuite les conditions qui permettraient à la psychiatrie de devenir une science.

Les quatre contributions qui suivent s'interrogent sur l'avenir de la psychiatrie en France. Viviane Kovess-Masfety, psychiatre ayant séjourné au Québec et coauteur du rapport *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale* publié en 2003 [5], pense que « la psychiatrie est à la croisée des chemins et qu'elle doit défendre sa place en tant que discipline clinique, et surtout prise en compte du sujet ». Tout en adoptant la posture éthique de l'argument, elle défend du même souffle la nécessité des évaluations

de traitement, quelles que soient les difficultés de ce faire, afin que le patient bénéficie des meilleurs traitements possibles. Ces principes suscitent chez notre collègue un questionnement sur les manières de les mettre en œuvre. L'auteure discute ensuite des approches médicale, psychodynamique et psychosociale, de la distinction faite entre la demande de soins et le besoin de soins, distinction qui prend une couleur particulière en psychiatrie. Cette compréhension serait d'ailleurs essentielle pour l'élaboration d'une politique de santé mentale. Madame Kovess-Masfesty envisage l'avenir de la psychiatrie selon la planification des services. Elle attire l'attention sur l'influence des nouveaux paramètres qui font émergence dans le milieu psychiatrique comme les relations entre la psychiatrie et la santé mentale, et la nécessité de les délimiter. Elle explique aussi les sources de confusion qui entravent le fonctionnement du système : confusion entre problèmes psychiatriques et souffrance psychique ; confusion entre demande de soins et besoin de soins ; confusion entre besoin de soins spécialisés ou non ; confusion entre prise en charge sanitaire et sociale.

Par ailleurs, les Français Guy Baillon et Patrick Chaltiel, respectivement ex-médecin-chef de secteur et médecin-chef de secteur de Bondy, nous rappellent l'importance du facteur humain en psychiatrie comme le faisait Gilles Bibeau en 1986[6]. Ils inscrivent leur vision de l'avenir de la psychiatrie dans la pratique de secteur. Pour eux, cet avenir passe par un projet social et politique qui est celui de la psychiatrie de secteur, à partir duquel des liens sociaux se créent et permettent aux soins, à la prévention et à la postcure de se réaliser. Ils rappellent que la psychiatrie est autant affaire administrative qu'humaine. Elle s'inscrit aussi dans une histoire et dans une continuité faite d'avancées et de reculs, faites de maladie selon les époques. Ils décrivent les tendances actuelles et les tensions entre médecins, entre les milieux universitaires et les milieux de terrain. Il rappellent aussi l'importance du cadre d'une politique de santé mentale qui permet de cibler davantage les actions. La psychiatrie n'est pas juste affaire de science et de traitement. Elle est aussi un projet social dont l'issue dépend certes des psychiatres, mais aussi des autres professions, des familles et des usagers qui ne sont plus passifs. Ce sont maintenant des acteurs qui ont fait le choix « de comprendre l'effet de l'évolution des connaissances sur les troubles et leurs traitements ». Les auteurs énoncent même que « l'avenir de la psychiatrie est entre les mains des usagers et de leurs représentants que sont les élus de la nation ». Pour eux, l'avenir de la psychiatrie passe par l'équilibre entre l'universel et le local, entre l'urgence et le long cours, entre l'utopie et le réalisme et entre le partage et l'intime.

Le texte de Marcel Jaeger, sociologue, ex-infirmier et directeur de l'IRTS de Montrouge-Neuilly-sur-Marne, se concentre sur les relations entre les diverses professions qu'il répartit entre le médico-social et le sanitaire. Telles que structurées, ces divisions ne correspondent plus aux réalités de l'objet d'intervention et du contexte social actuel : la *misère sociale* et la *misère psychique* s'intriquent l'une dans l'autre. Il démontre son propos en utilisant l'exemple de la profession infirmière. Il élabore ensuite sur l'impact du concept d'handicap psychique qu'il conçoit à la fois comme un symptôme et un activateur de changement. Il explique son émergence par le développement de la thématique de la précarité et du mal-être, et son utilisation par les groupes de sidéens, de parents et d'usagers. Il montre comment la conceptualisation des problèmes engendre de nouvelles modalités d'intervention qui obligent à leur tour un nouveau rapport de forces entre les professions.

Jean-Luc Roelandt, co-auteur du rapport *De la psychiatrie vers la santé mentale* (juillet 2001) [7] avec Éric Piel [8], nous rappelle que l'avenir de la psychiatrie est inscrit dans son passé. Il en prend pour preuve la présence de l'aliénisme aux conséquences catastrophiques, toujours à l'œuvre durant les dernières guerres des années quatre-vingt-dix. L'auteur analyse alors comment se manifeste l'extension du domaine de l'asile (nombre de psy, extension progressive d'un nouveau traitement à toutes les pathologies) et par quels facteurs cette extension a été contrée (sectorisation française, lutte anti-asilaire). Selon lui, la crise d'identité de la psychiatrie se traduit aujourd'hui par le redécoupage des disciplines qui s'y partagent le pouvoir. Il y aurait de plus une tension entre l'approche médicale réductionniste, basée sur les neurosciences, et les psychothérapies qui, sous la pression des pouvoirs publics, doivent prouver l'efficacité de leurs services. Un autre facteur contribuant à cette crise d'identité est la demande faite à la psychiatrie de s'occuper de la souffrance psychique, euphémisme pour désigner le produit des inégalités sociales.

Jean-Luc Roelandt aborde ensuite plus spécifiquement l'avenir de la psychiatrie qui se situerait dans l'équilibre entre le bio, le psycho et le social variant selon l'évolution de la société. Cette dernière d'ailleurs dépendra du pouvoir que s'octroiera l'usager de services. L'auteur rappelle que les droits de l'homme et du citoyen constituent le facteur majeur de cette évolution. Il situe ensuite l'avenir de la psychiatrie selon divers secteurs : la psychanalyse, l'automédication, la conception du patient, la place de la folie dans la société, l'acceptation de la psychiatrie de résoudre tous les problèmes, les relations avec le politique, l'impact de la psychiatrie sur la médecine. Finalement, l'auteur livre sa position

de base : « la psychiatrie — médecine de l'âme — a intérêt à être laïque et citoyenne, intégrée dans la cité et dans la médecine, tenant compte de la parole des usagers, prônant l'alliance thérapeutique et la relation. Comme toute science à l'idéologie triomphante, elle a été un agent efficace du contrôle de la société. L'apprentissage de la liberté est certainement la plus grande force thérapeutique pour les personnes présentant des troubles mentaux ».

Dans l'axe de la communauté se retrouvent trois contributions. Paul Morin argue que la psychiatrie doit se situer dans la « perspective citoyenne qui vise l'épanouissement des êtres humains dans la communauté des êtres humains ». De fait, l'auteur croit que le développement local et la cohésion sociale constituent les fondements de la transformation de la psychiatrie. Son apport consiste à montrer comment la qualité de vie des personnes peut être améliorée, et comment il faudrait concevoir l'organisation et la distribution des services. Il faut insérer la personne dans la trame des rapports sociaux. Comment ? L'auteur propose deux voies : 1) reconnaître la personne comme un sujet à part entière, nouvel acteur en santé mentale, constat retrouvé dans le texte de Baillon et Chaltiel. Nouvel acteur qui « dit » ce qu'il veut, qui dit ce que tout système devrait lui apporter ; 2) l'embaucher dans les organismes et les institutions. L'auteur propose, en écho au texte de Roelandt, de reprendre la réflexion sur le développement des institutions de la désinstitutionnalisation, puisque celles-ci n'ont pas encore remplacé les institutions psychiatriques qui sont plus présentes que jamais. Il fait même le constat que « cette prédominance du modèle médical et de son ersatz, le scientisme nous a[it] conduit à la présente impasse au Québec ». Il termine son argumentation en s'interrogeant sur le développement de communautés solidaires, facteurs clés de la santé.

Jérôme Guay soutient que la séparation culture/nature ou monde clinique/monde scientifique doit être dépassée par leur intégration, mais que la réalisation de celle-ci ne constitue encore qu'un vœu pieux. L'idée de la maladie mentale à cause unique est en effet battue en brèche, laissant place à celle d'une causalité « d'interaction complexe entre les gênes et l'environnement ». De plus, c'est l'utilisation conjointe de la pharmacothérapie et de la psychothérapie qui produirait les meilleurs résultats. En parlant de la science, il discute de la prétention de considérer « l'imagerie mentale comme étant plus scientifique que la pratique de la psychothérapie », et de l'utilisation de la méthode scientifique dans la mesure des effets de la psychothérapie. Mais au-delà de ces questions, si importantes soient-elles, l'auteur croit que la psychiatrie devrait plutôt se concentrer sur deux problèmes cruciaux pour

son avenir : l'accessibilité des services et l'exclusion sociale des patients psychiatriques. En situant ces deux questions dans le développement actuel des réseaux intégrés de services, il définit les conditions de l'atteinte des objectifs qu'elles sous-tendent.

La troisième contribution de cet axe est celle du Suisse Charles Bonsack. Il pose la question suivante : Comment rendre accessibles les nouveaux savoirs aux personnes qui en ont le plus besoin ? Pour lui, la psychiatrie doit s'ouvrir sur et se situer dans la communauté, et la science doit l'aider à atteindre cet objectif. L'auteur discute alors de divers enjeux sous-jacents à cette ouverture. Après avoir questionné l'accès aux soins, il s'interroge sur les questions éthiques inhérentes à une approche basée sur la communauté, et qui tient compte des nouvelles philosophies en émergence. Par exemple, en voulant respecter l'autonomie des patients, jusqu'à quel point ne risque-t-on pas de les abandonner ou, à l'inverse, en voulant les aider, jusqu'à quel point ne risque-t-on pas de les rendre dépendants ? Jusqu'à quel point l'offre de soins dans la communauté doit-elle se faire insistante lorsque les personnes la refusent ? L'auteur constate, comme certains des autres collaborateurs, l'importance de l'émergence du patient comme acteur qui exige que ses choix soient respectés. Il en fait un des facteurs de changement actuel en psychiatrie. Dans son argumentation, Charles Bonsack n'oublie pas l'impact de ces changements sur l'entourage du patient ni sur les relations entre les soignants et autres acteurs. Enfin, il discute de deux autres dilemmes éthiques, soit le partage entre l'information et la confidentialité et l'objectif de rétablissement.

Dernier axe de notre présentation, celui que constitue la conceptualisation d'Emmanuel Stip. L'auteur développe dans son article l'idée « que la psychiatrie ne se définit pas par son noyau (elle n'en a pas) mais par ses limites ou ses franges ». « La psychiatrie se définit par ses marges » dans lesquelles on retrouve diverses disciplines telles la médecine, l'informatique, l'art, la psychanalyse. Il démontre alors comment cet enrichissement se fait à l'aide de trois modalités psychiatriques soit les psychiatries apodictique (ou données probantes), écologique et transcendantale. Cette conceptualisation démontre à quel point les trois modalités peuvent enrichir la psychiatrie, mais aussi combien celle-ci peut être tiraillée entre ces domaines et leurs apports au point de perdre toute consistance propre.

En guise de conclusion, nous aimerions remercier ceux et celles qui ont accepté de participer à ce débat, de partager leurs idées et leurs points de vue. On nous permettra de remercier particulièrement Willy Apollon, Danielle Bergeron et Lucie Cantin[9] auteurs du texte

argumentaire et des commentaires sur les diverses collaborations. Nous leur sommes gré d'avoir accepté de prendre ce beau risque et vous laissons le plaisir de lire leurs répliques. Ils les ont divisées en trois parties, peut-être pour mettre en évidence les trois principaux axes du débat actuel… Les titres de ces parties sont : « Qui a peur de la psychanalyse ? » ; « L'évaluation "objective" des traitements en santé mentale ou quand la recherche clinique est réduite à la méthode expérimentale » et « Les enjeux de la psychiatrie actuelle et son avenir. Pour une psychiatrie clinique éthique ».

Notez, chers lecteurs, que vous pouvez à votre tour participer à ce débat via le site Internet de la revue (http://www.rsmq.cam.org/smq/index.html). Vous n'avez qu'à formuler vos commentaires selon les balises décrites dans le texte « Recommandations aux collaborateurs et collaboratrices des débats en santé mentale » que vous trouverez dans la présente parution de la revue.

Nous vous invitons donc tous et toutes à communiquer vos réactions aux positions développées par nos collaborateurs, et à faire part de votre propre vision de l'avenir de la psychiatrie.

Notes

1. E. Stip, E., 2003, Psychopharmacologie des psychoses. La molécule entre deux chaises, *L'Information psychiatrique*, 79, 1, 31-42.

2. Ce numéro sera disponible en intégralité au cours des mois prochains sur le site suivant : http://www.teluq.uquebec.ca/smq/

3. Nous avons profité de cette expérience pour définir les balises qui devront encadrer les prochains débats, sans restreindre la liberté de pensée et de création des auteurs. Elles sont déjà disponibles dans le présent numéro.

4. W. Apollon, 1984, Problématique clinique pour la psychose, Santé mentale au Québec, IX, 1, 50-66 ; W. Apollon, 1988, Psychanalyse et traitement des psychotiques, *Santé mentale au Québec*, XIII, 1, 161-176 ; W. Apollon, D. Bergeron, L. Cantin, 1990, *Traiter la psychose*, GIFRIC, Québec ; D. Bergeron, L. Cantin, 1986, Pour une nouvelle approche clinique de la psychose : le « 388 », *Santé mentale au Québec*, XI, 1, 149-172 ; L. Cantin, 1988, La cure du psychotique, *Santé mentale au Québec*, XIII, 1, 177-191.

5. Disponible sur le site suivant : www.sante.gouv.fr/htm/actu/clery_melin/rapport. pdf

6. G. Bibeau, 1986, Le facteur humain en politique : applications au domaine de la santé mentale, *Santé mentale au Québec*, XI, 1, 19-41.

7. Rapport disponible sur le site suivant : http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/professi/Rapports/Piel_Roelandt/default. html

8. On peut écouter dans une entrevue transmise en audio Éric Piel expliquer ce rapport sur le site suivant : http://rsmq.cam.org/smq/document/SiteBOA.htm

9. Danielle Bergeron et Lucie Cantin ont communiqué leur cheminement théorique lors du colloque Rencontre avec des pionnières d'octobre 2003. Pour les lecteurs intéressés, on peut visionner leur conférence sur le site de Santé mentale au Québec : http://rsmq.cam.org/smq/document/SiteBOA.htm