

Tribune libre : Cartes sur table avec Carlo Sterlin Letters to the editor : Cards on the table with Carlo Sterlin

Thi Hong Trang Dao

Volume 11, numéro 1, juin 1986

Politiques et modèles I

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030321ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030321ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Hong Trang Dao, T. (1986). Tribune libre : Cartes sur table avec Carlo Sterlin. *Santé mentale au Québec*, 11(1), 66–74. <https://doi.org/10.7202/030321ar>

Résumé de l'article

Dans cet entretien avec Dr Thi Hong Trang Dao, résidente en Psychiatrie à l'Université de Montréal, Carlo Sterlin retrace son cheminement en 25 ans de psychiatrie au Québec et fait un retour critique sur son expérience dans divers domaines: pratique clinique en milieu urbain et en régions éloignées, enseignement, recherche, pratique en milieu ethnique, etc.. Il tente de démontrer que même la pratique dite communautaire n'est pas vraiment bio-psycho-sociale et que — dans la mesure où elle privatise, déresponsabilise et évacue le bio-énergétique — elle contribue objectivement à aggraver la santé mentale de la population. S'inspirant de l'oeuvre de W. Reich et de la tradition de certaines cultures non occidentales, il propose des voies d'exploration susceptibles de déboucher sur des modalités d'interventions authentiquement alternatives. Il invite également les nouvelles générations de cliniciens à sortir des sentiers battus tracés par les idéologies dominantes pour libérer leur créativité.

Tribune libre: Cartes sur table avec Carlo Sterlin

*Propos recueillis par Thi Hong Trang Dao**

Dans cet entretien avec Dr Thi Hong Trang Dao, résidente en Psychiatrie à l'Université de Montréal, Carlo Sterlin retrace son cheminement en 25 ans de psychiatrie au Québec et fait un retour critique sur son expérience dans divers domaines: pratique clinique en milieu urbain et en régions éloignées, enseignement, recherche, pratique en milieu ethnique, etc...

Il tente de démontrer que même la pratique dite communautaire n'est pas vraiment bio-psychosociale et que — dans la mesure où elle privatise, déresponsabilise et évacue le bio-énergétique — elle contribue objectivement à aggraver la santé mentale de la population.

S'inspirant de l'oeuvre de W. Reich et de la tradition de certaines cultures non occidentales, il propose des voies d'exploration susceptibles de déboucher sur des modalités d'interventions authentiquement alternatives. Il invite également les nouvelles générations de cliniciens à sortir des sentiers battus tracés par les idéologies dominantes pour libérer leur créativité.

T. DAO: Carlo Sterlin, vous avez déjà été l'un des pionniers de la Psychiatrie Communautaire au Québec, très actif sur la scène professionnelle... Mais depuis quelques années, c'est plutôt le silence et les mauvaises langues disent que vous vous êtes mis à la retraite... Vous ne trouvez pas que c'est un peu jeune?

C. STERLIN: Je suis peut-être en retrait, mais pas en retraite... et surtout pas à la retraite. Un retrait de la scène professionnelle, surtout des domaines de l'enseignement et de la recherche dans lesquels j'ai effectivement beaucoup investi — je devrais dire «milité» — jusqu'en 1980. Je ressentais le besoin de reprendre mon souffle, mais surtout de prendre de la distance. Le militantisme, vous savez, c'est comme une drogue, ou plutôt une machine à auto-suggestion dans laquelle vous devenez vite votre premier endoctriné.

Quant à la clinique, je pratique encore une sorte de psychiatrie alimentaire, prudente et bien-pensante, qui s'efforce d'être honnête, mais à laquelle je ne crois qu'à moitié. Par souci de réalisme et nécessité d'adaptation (la Corporation, les poursuites, la Régie et ses profils, etc...), je tiens en laisse mes «vraies idées» sur la psychiatrie et je m'astreins délibérément à une pratique plutôt con-

formiste. Bref, en psychiatrie, je pense honnêtement avoir fait le tour du jardin, j'ai conscience d'être dans une impasse et — qui pis est — je m'ennuie... Je dois d'ailleurs avouer que ce n'est pas seulement la psychiatrie occidentale qui m'ennuie, mais le projet de civilisation occidentale dans son ensemble... mais ceci est une autre histoire.

MALADIE MENTALE, PSYCHIATRIE ET SOCIÉTÉ

T. DAO: Nous reviendrons plus loin sur la clinique, mais à ce stade de votre cheminement, comment percevez-vous les rapports entre maladie mentale et société, à partir de votre expérience québécoise?

C. STERLIN: Je ne voudrais pas jouer aux Casandres, mais il me semble que nous sommes engagés dans un processus apparemment irréversible: la production nationale brute de maladie mentale de cette société a un taux de croissance supérieur à celui du produit national brut... À ce train-là, pas besoin de boule de cristal pour voir le scénario qui nous attend: bientôt une moitié de la population sera en asile, en foyer, en atelier protégé ou en assistance-maladie quelconque, alors que l'autre moitié — pour la faire vivre — devra se battre si fort qu'elle ne pourra faire autrement que fabriquer de nouveaux malades.

* Thi Hong Trang Dao est résidente en psychiatrie à l'Université de Montréal.

Je sais bien qu'on n'est pas sorti de l'éternel débat organogénèse — sociogénèse, mais je suis convaincu pour ma part que plus cette société devient déracinée, compétitive et violente, plus elle crée des individus fragiles et plus elle les brise... Plus alors, elle devra créer des lieux protégés (hôpitaux, asiles, foyers, maisons alternatives, etc...) pour accueillir ceux qui ne sont pas assez «tough» pour assumer les coups et les rendre... Nos malades sont peut-être psychotiques, mais ils ne sont pas «fous». plus ça tape dur au dehors, plus ils se cherchent des abris sûrs. Et, une fois installés dans leur «maladie», nous les soignants sommes fous si nous pensons pouvoir les en déloger avec nos prétendues «thérapeutiques», y compris celles inspirées du conditionnement opérant. Et ce n'est pas le recrutement hâtif de quelques psychiatres de plus, ni la petite excitation autour des soi-disants «alternatives» ou d'un quelconque «modèle de Trieste» qui va changer quoi que ce soit.

T. DAO: Êtes-vous en train d'insinuer que nos «malades» ne sont pas de vrais malades, mais des profiteurs qui parasitent le système?

C. STERLIN: Pas tout à fait... Je dis que nous sommes pris dans quelque chose qui ressemble à la dialectique du maître et de l'esclave de Hegel... Qu'entre nos malades et nous se joue une «game» de complémentarité politique — par analogie à la complémentarité névrotique des couples — dans laquelle ils nous fabriquent et nous «tiennent» en quelque sorte... Devant la violence du système et la disponibilité des abris, ils choisissent — et en cela, il faut admirer leur lucidité — le retrait vers les zones «démilitarisées» à confort relatif. Car, à leurs yeux, notre civilisation du sympathique et de l'adrénaline n'a vraiment pas grand'chose de sympathique... En 26 ans de pratique, j'ai accompagné assez de psychotiques pendant assez longtemps pour avoir eu le privilège d'assister à ce moment existentiel particulier où ils «choisissent» quasi-délibérément de basculer dans la schizophrénie... Pour «entendre» de telles confidences, il faut évidemment avoir développé une écoute autre que biochimique ou psychanalytique, mais une écoute élargie également aux dimensions existentielles de l'être-dans-le-monde.

Et ce que je réalise avec de plus en plus d'acuité, c'est la fatuité de nos interventions de cliniciens. Quelle portée peuvent avoir nos petits succès clini-

ques ponctuels devant le pourrissement général de la santé mentale? D'ailleurs, le plus souvent notre charge de travail est telle que nos interventions thérapeutiques deviennent de véritables «rituels». Réfléchissez un instant par exemple à l'absurdité du traitement courant des jeunes psychotiques à potentiel schizophrénique: hospitalisation brève (car d'autres attendent) — tranquillisation efficace (faut pas déranger les post-op de l'étage au dessus) — des petits dessins à l'atelier d'ergo (faut les occuper pour éviter les mauvaises pensées) — le petit bla-bla, papa/maman (psychanalyse oblige) — puis les voilà prêts à retourner à leur milieu dit «naturel», c'est-à-dire enfermés à longueur d'années entre les quatre murs d'un deux et demi du centre-ville. Peut-on rêver de meilleure machine à chronicisation individuelle et à déresponsabilisation collective?

Autre exemple de déresponsabilisation et de pourrissement de la pratique clinique: le chantage au suicide auquel chaque matin nous sommes confrontés à l'urgence: «je vais me suicider et ta job, c'est de m'en empêcher: tu es payé pour ça grasement. Et si tu ne réussis pas, je te poursuis en Cour pour incompétence et incurie».

J'exagère à peine... Comme si en dehors des quelques moments exceptionnels où la psychose vire un sujet en objet, l'individu n'était pas fondamentalement responsable de ses choix existentiels... Comme si l'entourage — qui souvent l'a manifestement ou insidieusement invité au suicide — pouvait non seulement s'en laver les mains mais les tendre après pour ramasser l'héritage et les gros sous de la loto-poursuite. Et nos vénérables juges qui marchent de plus en plus dans la combine! Pas étonnant que nos rapports de consultation ressemblent de plus en plus à des plaidoyers préventifs!

T. DAO: Vous voulez dire que la société nous impose, à nous médecins, un statut de Dieu-tout-puissant et devient impitoyable quand nous ne faisons pas de miracles?

C. STERLIN: Oui, mais comprenez surtout qu'il s'agit toujours de la même «game» dans laquelle nous sommes à la fois bourreaux et victimes. De telles impasses nous permettent d'ailleurs de mesurer à quel point nous récoltons ce que nous avons semé: En effet, je ne sais quel message nous croyons émettre, mais le message reçu par le public est: «Continuez de vous écoeurer les uns les autres: c'est pas grave, nous avons des pilules anti-écoeurement

de plus en plus efficaces». Contrairement à ce que clament certains ténors de la psychiatrie, je pense que ce qui convient dans la conjoncture actuelle, ce n'est pas d'augmenter notre «visibilité» et de faire la promotion de nos élixirs magiques, mais au contraire de sensibiliser le public à nos limites et à celles de la médecine en général, pour que la collectivité prenne enfin ses responsabilités en matière de santé. Et ce, même au risque de nous faire remplacer par d'autres gourous qui guettent déjà dans l'ombre. C'était d'ailleurs l'un des objectifs poursuivis par nos recherches sur l'intervention de réseau: comment, à partir d'une crise, collectiviser la problématique!

T. DAO: *Vous ne trouvez pas que votre discours sent un peu le «burn-out»?*

C. STERLIN: S'amusera qui voudra avec les étiquettes! Pour ma part, je pense que le moins qu'on puisse exiger de cliniciens en psychiatrie, c'est un minimum de contact avec la réalité, et la réalité ici, c'est la grossière inadéquation de nos outils d'intervention. La première étape de toute réflexion honnête sur notre pratique clinique, c'est de reconnaître ses limites, sinon sa futilité devant l'énormité des besoins. Nous psychiatres, avons beau être consciencieux, faire soixante heures de clinique par semaine, la tâche est au-dessus de nos moyens. Et même si l'on décuplait demain les effectifs de tous les professionnels en santé mentale, la situation resterait fondamentalement la même. Aucune perspective de solution tant que nous persistons à donner le change — à nous-même et à la collectivité —, nous n'avons pas fini de remplir le tonneau de Danaïdes! D'ailleurs personnellement, j'irai plus loin: tant que nos thérapies seront essentiellement des machines à privatiser les impasses collectives, je soutiens que nous cliniciens contribuons objectivement à aggraver la santé mentale de la population, en tant qu'agents de déresponsabilisation. Il ne s'agit pas de nier l'intérêt ou l'utilité ponctuelle de nos interventions cliniques actuelles, mais de réaliser qu'elles ont des «effets secondaires écologiques» désastreux, dans la mesure où, en isolant la pathologie de l'ensemble signifiant dans laquelle elle s'inscrit, elles faussent le jeu dialectique des forces en présence et entraînent une véritable perversion énergétique. Dans cette perspective, il m'apparaît urgent de sortir de nos fausses certitu-

des, de secouer nos habitudes séculaires, de changer de cap et de créer d'autres modèles de compréhension et d'intervention.

À ce stade de l'évolution de ma pratique et de ma réflexion personnelle, je suis convaincu que rien de fondamental ne changera tant que nous n'aurons pas compris la leçon que là-dessus nous donnent certaines sociétés dites primitives: la maladie mentale est un signal d'alarme non seulement pour l'individu, mais pour la collectivité à laquelle elle crie: «Attention, quelque chose ne tourne pas rond dans l'organisation de la Cité et dans ses rapports avec les forces de l'Univers!» Cela, le dernier des amérindiens illettrés le sait et le petit paysan haïtien famélique l'apprend en même temps que ses premiers pas de danse vaudouesque. Mais avant que les savants professeurs que nous sommes ne le comprennent!

Ce qui me paraît le plus inquiétant, c'est que l'homme occidental semble avoir perdu le sens de ses rapports avec son environnement qu'il ne considère plus comme un habitat-milieu, mais comme une simple ressource à exploiter. Ainsi, non seulement il crée le chaos énergétique, mais il n'est plus capable de s'en rendre compte, d'avoir ces intuitions collectives garde-fous qu'on appelle des «mythes». Des fois, j'essaie de prendre du recul, de me retrancher vers mes origines africaines et d'observer tout ce processus avec l'oeil de l'anthropologue en terrain. Je ne puis alors m'empêcher de me dire: «Quelle drôle de tribu: être capable d'associer tant d'intelligence, de dynamisme et de richesses matérielles avec tant de solitude, de misère psychologique et morale... Faut le faire!»

T. DAO: *Vous avez toujours eu un intérêt pour l'anthropologie?*

C. STERLIN: Mon éveil à l'anthropologie a été très précoce: dès mes premiers stages cliniques en 1952, j'ai compris que la belle médecine parisienne qu'on m'enseignait ne correspondait pas à la réalité du paysan haïtien. Je devais donc entreprendre en même temps que ma médecine interne des études en anthropologie et produire ma thèse de doctorat sur *«Pratique médicale et réalité haïtienne»*. Aujourd'hui encore, je pense qu'on comprend mieux la Psychiatrie quand à la fois on la pratique du dedans — en ayant évidemment les «mains sales» —, tout en s'efforçant de l'observer du dehors en

tant que fait de culture avec les outils que nous proposent l'anthropologie et l'épistémologie. Comme vous savez, ce n'est pas une position commode: en général, en psychiatrie, ou vous pratiquez ou vous réfléchissez; mais les deux en même temps! Je me suis toujours efforcé de me tenir à ce carrefour impossible, ce qui fait qu'avec le même dédain, les cliniciens me traitent de «philosophe» et les philosophes de «clinicien». La position est parfois déchirante, mais en revanche, quel vertige!

ITINÉRAIRE IDÉOLOGIQUE

T. DAO: *Et si l'on revenait à votre cheminement institutionnel et idéologique?*

C. STERLIN: Ma spécialisation en Psychiatrie terminée, une tentative de retour en Haïti qui tourne court pour des raisons essentiellement politiques. Puis, c'est la période d'euphorie un peu «boy-scout» de l'expérience de l'hôpital des Laurentides où, dans le sillon de la Révolution Tranquille, nous mettons sur pied en 1963 (Marcel Lemieux, André St-Jean, Pierre Mathieu, François Pagé, etc...) les premières équipes communautaires sectorielles au Québec. Quelques années plus tard, c'était l'impasse — et notre première leçon d'économie politique en psychiatrie. Nous devons apprendre en nous mordant les pouces qu'on ne vide pas impunément un asile — sous prétexte de psychiatrie communautaire — quand cet asile représente le principal employeur régional après la General Motors. L'évidence crevait les yeux: nous cliniciens avions «besoin» de la maladie mentale comme le champignon a besoin de la pourriture des troncs d'arbres. Cette «débarque» me plonge tout droit dans les bras de l'Antipsychiatrie. Le flirt ne dure pas longtemps et se termine après un affrontement avec l'idéalisme désincarné de Basaglia au Colloque Franco-italo-québécois de Courchevel en 1967. Soit dit en passant, Laing devait mieux s'en tirer, probablement grâce à sa fréquentation des courants post-reichiens de la Californie...

J'échappe alors de justesse à l'écoeuement et ce qu'on appellerait justement aujourd'hui «burn-out», grâce à la fois au groupe *Interprétation*, à une année semi-sabbatique à mes frais et surtout à l'ouverture que m'offre le Douglas Hospital (alors Verdun Protestant Hospital).

La période de la revue *Interprétation* restera certainement l'un des meilleurs souvenirs de ma vie professionnelle, à cause surtout de l'exceptionnel climat de stimulation intellectuelle qui régnait dans ce groupe. Pour la première fois dans le milieu québécois, les sciences «psy» s'ouvraient à une réflexion théorique rigoureuse interdisciplinaire sous les regards de la philosophie, de l'épistémologie, de la biologie, de la linguistique, etc... Mon ami et ex-collaborateur Julien Bigras — qui a été indiscutablement l'âme de ce mouvement — a fait il y a quelques années dans les pages de la revue *Santé Mentale au Québec* un bilan post-mortem auquel je souscris, même s'il tend à sous-estimer comme facteur d'effritement d'*Interprétation* l'effondrement de l'Hôpital des Laurentides qui était quand même le support financier matériel, légal, administratif et moral de l'entreprise. Mais ce que Bigras semble surtout n'avoir pas compris — malgré la profondeur de ses réflexions sur le monstre maternel — c'est qu'*Interprétation* est morte surtout des impasses de sa crise d'identité: une overdose d'influence française — dont nous devrions d'ailleurs avec humour assumer la responsabilité. Je pense que les rapports tourmentés de mon pays d'origine avec la culture française me mettent en position privilégiée pour comprendre ce problème du dedans et sentir à quel point la culture française est «ravissante» dans toute l'ambiguïté de l'expression...

Quant au Douglas, j'y arrive en 1971, en pleine crise d'affrontement entre les représentants du courant biologico-pharmacologique et ceux du courant psychosocial qui bénéficiait alors de la vogue récente du mouvement de psychiatrie communautaire déjà en voie d'implantation en milieu francophone. Le courant communautaire devait l'emporter extérieurement, mais je pense que cette vénérable institution n'a jamais pu échapper à son destin janséniste et pharmacologique. Toujours est-il que le climat m'apparaissait propice à pousser plus loin la réflexion-expérimentation sur la psychiatrie communautaire que je savais déjà être à bout de souffle et d'inspiration. Je suis resté très reconnaissant à cette institution de m'avoir alors fait assez confiance pour m'aider à fonder l'Unité de Recherche Psychosociale et me laisser un espace de liberté assez grand pour mettre sur pied une équipe de recherche multidisciplinaire un peu à l'image d'*Interprétation* mais, cette fois-ci, pas dans les salons, mais sur le

terrain de la pratique. Dans le même département, se côtoyaient des équipes de recherches à orientations réputées incompatibles: psychanalyse orthodoxe et lacanienne, épistémologie althusserienne, approche bio-énergétique, etc... Mon pari était alors que l'ouverture et la tolérance du Québec des années 1970 en faisaient un terrain de rencontre exceptionnel: rappelez-vous que le Douglas a été la première institution québécoise à accueillir F. Guattari, F. Cooper, R. Speck, etc..., que «l'homme au magnétophone» — qui devait déclencher l'éclatement du comité de rédaction des «Temps Modernes» autour de J.P. Sartre — a promené sa «boîte noire» dans nos corridors et nos tunnels et finalement commencé à questionner son questionnement. Il y avait j'avoue, une certaine excitation à se sentir ainsi projeté à la fine pointe de la pensée occidentale — ne fut-ce que le temps d'une étincelle.

T. DAO: *Justement, vous vous êtes faits la réputation d'un groupe de bavards gauchisants qui ergotaient à longueur de journée, critiquant à tour de bras, mais finalement improductifs...*

C. STERLIN: Nous n'avons certainement pas produit des «papiers» à la tonne. J'ai personnellement mis le veto sur bien des projets de «recherche» insignifiante... Sur une trentaine de textes publiés par notre équipe, j'estime qu'environ six ou sept reflétaient de la recherche authentique et constituaient un apport original de données ou d'approches nouvelles: par exemple, nos recherches sociométriques sur la structure des réseaux naturels de Ville-Emard (Labelle-Desmarais), les divers modèles d'intervention de réseau que nous avons été les premiers à élaborer et à expérimenter en recherche-action (C. Brodeur, et moi-même...). Mais comme cela se produit souvent, nos équipes ont perdu leur créativité au moment où elles ont commencé à être reconnues... Nous étions pourtant, me semble-t-il, sur le point d'élaborer un véritable modèle d'intervention biopsychosociale...

T. DAO: *Mais n'est-ce pas déjà le modèle appliqué en Psychiatrie communautaire?*

C. STERLIN: Vous savez, l'approche biopsychosociale, c'est comme la vertu: tout le monde est pour... Les problèmes commencent quand il s'agit de la pratiquer. En général, nous nous contentons de juxtaposer délicatement les trois dimensions en ayant bien soin de les isoler en compartiments étan-

ches, comme si nous sentions instinctivement que le mélange était explosif... Je sais aujourd'hui qu'articuler réellement les dimensions biologiques, psychologiques et sociales de la maladie mentale débouche nécessairement sur une pratique radicalement révolutionnaire, qui questionne non seulement la psychiatrie et les «alternatives» mais aussi les anti-psychiatries, y compris les discours gauchisants traditionnels sur la psychiatrie (Basaglia, «Rough Times» Collectif de Haidelberg, etc..)

Vous avez l'air scandalisé? Et bien, prenons un exemple quotidien concret et voyons dans les faits ce que nous appelons «approche biopsychosociale»: un garçon de 20 ans est conduit à l'urgence angoissé, agité, avec un discours incohérent sur le Bien et le Mal, l'Apocalypse, les caméras cachées etc... Que faisons-nous?

1° Nous lui injectons une Phénothiazine: ça, c'est le bio —

2° Nous l'écoutons parler de son conflit avec son père et du départ de sa blonde: ça, c'est le psycho —

3° Nous demandons à la travailleuse sociale de lui trouver une famille d'accueil: ça, c'est le social.

Neuf fois sur dix, il se chronicisera et tout le monde sera content. Même si, dans les soixante ans qui lui restent à vivre, il coûtera à l'État environ \$ 1 300 000 en service directs Santé-Bien-Être, sans compter les coûts sociaux non comptabilisables.

Vous me trouverez peut-être «primitif», mais je soutiens que sa crise était un signal d'alarme, un feu rouge qui s'allumait sur le tableau de bord de la machine sociale. Et la méthode d'intervention de réseau que j'ai tenté d'élaborer et d'expérimenter (le «happening thérapeutique») visait précisément à mobiliser le réseau social pour identifier le défaut de la mécanique et entreprendre collectivement les changements nécessaires. Comprenez que nous sommes loin ici des petites dynamiques familiales culpabilisantes: ce qu'il s'agit ici pour le collectif de retrouver, c'est le lien entre la «maladie» (par exemple la désorganisation du corps mécanique, énergétique et expressionnel) et l'ensemble de la dynamique socio-politique, la famille n'étant qu'un chaînon de l'ensemble. Depuis, les interventions de réseau sont devenues à la mode, mais comme par hasard, elles court-circuitent toujours la problématique du corps. Je pense que c'est là l'impasse des traditions occidentales judéo-chrétiennes...

Mon hypothèse est que cette tradition nous porte à ignorer ou à sous-estimer tout ce qui, dans ces périodes fécondes de crise, se passe au niveau du corps du psychotique, ou à ne lui accorder de l'intérêt que dans la mesure où c'est récupérable au niveau de la parole. L'imperméabilité des psychanalystes à ce volet de la réalité humaine n'a pas fini de m'étonner!... Comme s'ils ne réalisaient pas que le langage fonctionne souvent comme une «drogue dure» (M. Serres), particulièrement chez les psychotiques!

Et je trouve dommage que l'ergothérapie soit encore trop colonisée par la psychanalyse pour pouvoir accueillir et «exploiter» toute la richesse de ce «faire» du corps.

Si ce processus énergétique corporel est bloqué (sur-médication, répression manifeste ou subtile, exigence trop hâtive de verbal et de sens etc...), l'organisme finit par démissionner et c'est alors la chronicisation. Si on lui permet «d'ex-ister» (dans le sens existentiel fort), il risque alors de déboucher sur des formes d'intégration imprévisibles et potentiellement «dérangeantes».

En pratique, tout cela signifie qu'en présence d'un psychotique à l'urgence, un vrai traitement devrait peut-être commencer par un «refus de traitement» (de notre part) tant que tous les témoins-acteurs de la crise ne sont pas présents... et ce, même pour les sujets réputés «sans réseau». N'est-ce pas ainsi d'ailleurs que procèdent les juges dans la mesure où eux savent qu'on ne peut comprendre le particulier que resitué dans son ensemble? Si c'est nécessaire pour «rendre justice», pourquoi pas pour «rendre santé»?

Mais vous vous rendez compte que je suis en train de vous entraîner sur le terrain dangereux de la «malpractice»... Pas besoin de vous demander alors pourquoi j'ai dû abandonner presque complètement mes fonctions d'enseignement...

LA RECHERCHE EN PSYCHIATRIE

T. DAO: *Vous avez déjà été impliqué dans divers domaines de recherche: pharmacologie, épidémiologie, recherche psychosociale... Que pensez-vous aujourd'hui de la recherche en psychiatrie?*

C. STERLIN: Je vais encore me placer sous la guillotine, mais j'irai au fond de ma pensée: la recher-

che elle aussi est dans une impasse parce qu'elle ne parvient pas à renouveler ses perspectives et à élaborer des hypothèses nouvelles. Comme la pratique psychiatrique, elle est engluée dans l'idéologie dominante. Comme vous savez, nos thèmes de recherche, nos postulats, nos hypothèses, nos problématiques, voire même nos méthodologies sont toujours jusqu'à un certain point des tentatives de justification de nos positions politiques (Althusser), émotives (Freud) et culturelles.

Ceci dit, les choses ne sont heureusement pas définitivement figées. Par exemple, on observe depuis quelques années un déserrement de l'emprise de la psychopharmacologie sur la recherche psychiatrique: l'enthousiasme des chercheurs s'est un peu refroidi, on croit moins à la molécule-croche-qui-explique-tout, les multinationales pharmacologiques se font plus discrètes, mais surtout le public du monde industrialisé refuse de plus en plus le rôle de cobaye de la phase dite humaine de l'expérimentation. Laquelle, selon toute probabilité, va être graduellement refilee au Tiers-monde... Cela s'appellera dialogue Nord-Sud ou développement industriel du Tiers-monde; mais vous avez compris que la colonisation, c'est comme Antée: elle retombe toujours sur ses pattes avec une nouvelle vigueur.

Il y a d'abord la question des structures de recherche: tant que la recherche ne sera qu'une machine à produire des «papiers», vides et répétitifs, entre les mains d'une petite élite carriériste, il faudra effectivement s'interroger sur son intérêt et, ici comme ailleurs, se demander à qui elle sert. Ce qui est difficile à articuler, c'est le dynamisme des équipes spécialisées de pointe et celui de la «base» qui souvent détient les bonnes questions, mais n'est pas outillée pour les élaborer en démarche de recherche méthodologiquement rigoureuse. Bien sûr, les équipes de recherche actuelles disposent de personnel compétent et expérimenté, mais à quoi cela sert-il s'il n'y a pas d'idées nouvelles? On a d'ailleurs trop tendance à oublier que l'essentiel du processus de recherche, ce n'est pas tellement de comptabiliser mais d'inventer, de créer. Et créer n'est pas tellement une question de diplôme: c'est avant tout un état d'esprit, sinon un état du corps... Les équipes de recherche qui n'ont pas d'idées nouvelles devraient idéalement avoir le courage de se saborder, de se recycler, de faire la place à d'autres, mais vous comprenez que cela n'est pas dans la logi-

que du système: les machines universitaires doivent rouler, produire leur quota annuel de papier, les carrières progresser, etc...

Il y a bien, de temps à autre, de petites percées intéressantes, notamment dans la connaissance du fonctionnement du système nerveux central, mais elles sont invariablement récupérées dans une perspective mécaniciste. Il faudrait pouvoir développer des méthodes permettant d'appréhender scientifiquement tout ce domaine trouble de la médecine énergétique vers laquelle d'ailleurs la clientèle occidentale même sophistiquée se tourne de plus en plus, déçue de l'inefficacité et de la dangerosité de la médecine mécaniciste. C'est toute une nouvelle conception des rapports matière-énergie qu'il s'agit d'élaborer en articulant les intuitions des médecines holistiques non occidentales avec les progrès de la physique nouvelle et de la technologie médicale moderne.

En psychiatrie, ce qu'il faudra comprendre, par exemple, c'est que les catécholamines, GABA, endorphines et compagnie ne sont pas aussi «bêtes» que ça: ça réagit au politique, à la dynamique familiale, à nos interventions, au spirituel, etc... Elles sont aussi fluides, versatiles que le jeu des pulsions et des forces politiques. Par exemple, quand la Chine d'aujourd'hui se libéralise, il ne s'agit pas là seulement d'un phénomène économique et politique, mais c'est l'EEG du citoyen chinois qui se modifie, son protoplasme qui prend timidement le risque de donner accès au désir... Ces fameuses catécholamines fautives, à force de les fabriquer par notre système social, nous finirons bien par les retrouver un jour dans le plasma de nos schizophrènes! À ce stade de l'évolution de ma pensée, il me semble que c'est dans cette direction qu'il sera utile de «délirer», comme je l'ai fait en élaborant un modèle de «psychopathologie dialectique»...

Mais soyons sérieux: je pense que la Psychiatrie a raté le train quand elle a paniqué devant l'oeuvre de Reich (Freud le premier) et qu'en tant qu'institution, elle s'est sentie menacée par ses dimensions révolutionnaires. Reich ouvrait bien pourtant une troisième voie transcendant l'opposition stérile biologique/psychologique en élaborant des hypothèses intéressantes sur les mécanismes par lesquels le socio-politique «entre» littéralement dans le corps. Ne trouvez-vous pas paradoxal que l'oeuvre de Reich (qui est essentiellement une interrogation sur

le corps) ait été ignorée par les médecins pour être récupérée surtout par des psychologues et des philosophes, même si en général, ces derniers l'ont amputée de sa dimension politique. C'est pourtant nous médecins et biologistes qui sommes équipés pour ré-évaluer ces hypothèses, peut-être dans les perspectives des travaux de la neurocybernétique russe (Luria, Platonov, etc.) et de H. Gantt, etc.....

ITINÉRANCE ET RÉGIONS ÉLOIGNÉES

T. DAO: Je suppose que le travail en région éloignée vous permet une plus grande liberté de pensée et d'action, peut-être même la possibilité d'expérimenter vos «délires»?

C. STERLIN: Plus exactement de les confronter à la réalité... Bien sûr, quand on se sent à l'étroit dans les structures urbaines plus rigides, on ne peut qu'apprécier l'espace illimité des régions éloignées. L'itinérance est depuis 15 ans l'un des aspects les plus gratifiants de ma pratique. Il s'agissait d'emblée pour nous de partir de l'itinérance-inconvénient pour en faire de l'itinérance-atout: d'élaborer des modalités originales de prise en charge en faisant confiance au dynamisme et à la créativité des ressources locales. Dans le cas de Malartic, il s'agissait de tirer le profit maximum de tout ce qui se présentait comme inconvénients majeurs: petite institution modeste, située en zone dite «éloignée» (de quoi?), loin des réseaux universitaires, sans tradition, etc... J'estime qu'avec le temps, en faisant confiance à la créativité collective, nous sommes parvenus ensemble à transformer ces inconvénients en atouts majeurs et qu'aujourd'hui, ce petit hôpital représente à bien des égards un modèle intéressant: climat quasi démocratique, transparence relative des communications, humanisation des rapports cliniciens-clients, articulation administration-clinique, coexistence d'orientations réputées incompatibles, dialectique institution-communauté, etc... Il ne s'agit évidemment pas d'idéaliser les choses, mais, ayant personnellement pratiqué dans un grand nombre d'institutions psychiatriques du Québec, je peux dire que je n'en connais aucune autre capable d'accueillir la psychose avec autant d'humanité, de chaleur, d'empathie «cool» et, — pour lâcher le mot — de «compétence». Je concède que mon impartialité ici n'est pas évidente... mais je sais surtout que

de telles expériences sont fragiles, susceptibles d'être balayées le temps de le dire par des facteurs aussi fortuits qu'une saute d'humeur syndicale, une nouvelle querelle de clochers abitibiens ou l'arrivée de quelques grands professeurs avides de rétablir la hiérarchie traditionnelle au nom d'un quelconque savoir officiel.

PRATIQUE CLINIQUE ET GROUPES ETHNIQUES

T. DAO: Comment s'inscrit dans votre cheminement votre pratique à l'intérieur de la communauté haïtienne de Montréal?

C. STERLIN: Je lui dois de m'avoir fait mesurer les impasses concrètes de la multiculturalité, nos difficultés fondamentales à accueillir l'Autre-différent. Invariablement, nos innombrables commissions d'enquête — avec les meilleures intentions du monde — élaborent des programmes de santé qui, non seulement ne tiennent pas compte des besoins particuliers des groupes minoritaires, mais ne peuvent pas imaginer leur potentielle contribution à l'approche des problèmes collectifs: notre traditionnelle mission civilisatrice!

En ce qui concerne la communauté haïtienne, des données fiables manquent encore, mais mon expérience suggère qu'elle s'en tire relativement bien, surtout si l'on tient compte des conditions particulièrement stressantes dans lesquelles elle migre: conditions de départ, contexte de l'intégration, éclatement du réseau naturel de support, disparition des dispositifs traditionnels de prévention et de cure, etc... Toujours est-il qu'il y a des «ratés» et que nos services de cliniciens sont de plus en plus sollicités. Tout praticien honnête prend alors vite conscience des limites de ses outils occidentaux de compréhension et d'intervention. S'il est capable de douter, de tolérer sa confusion, il s'ouvre alors à lui-même un espace de questionnement potentiellement fécond. Si, par contre, sûr de sa science, il impose ses schèmes caducs à une réalité radicalement rebelle, il devient un véritable danger social. Ainsi, quand nous posons une étiquette de schizophrénie sur une crise existentielle à thématique vaudouesque, que nous neuroleptisons vigoureusement, nous interférons avec des processus énergétiques d'auto-guérison générés par la culture et nous créons

nous-même cette schizophrénie pour ainsi dire avec nos propres mains. Autre exemple typique: l'imbroglio de l'application de la Loi de la Protection de la Jeunesse dans les cas d'enfants haïtiens dits maltraités: peut-on rêver de plus bel exemple de malentendu interculturel? Quand je vois le nombre d'enfants de familles autochtones (car on est toujours l'autochtone de quelqu'un) qu'on tue psychologiquement tous les jours à petit feu, sans jamais y toucher — justement en n'y touchant pas — à coup de vide émotionnel, je ne comprends pas que nos bureaux de D.P.J. et nos juges fassent tout un plat avec quelques fessées impulsives ou quelques cris à consonnance primale... Il se joue là, j'en suis certain, une dynamique inter-culturelle particulièrement trouble...

D'ailleurs, ma longue pratique dans diverses communautés culturelles me donne à penser qu'en matière de sentiment maternel et de respect des besoins fondamentaux de l'enfant, les mères haïtiennes — surtout celles des classes défavorisées — n'ont de leçon à recevoir de personne.

Mais ce que je trouve de plus navrant, c'est l'incapacité du milieu d'accueil de tirer profit de ce qu'il peut y avoir d'enrichissant dans la différence. À ce sujet, l'incident-scandale survenu au Parc Bélanger il y a quelques années m'apparaît exemplaire: ces petites dames respectables qui ont paniqué devant une telle explosion de vitalité et qui ont fébrilement appelé la Police («ils crient trop fort, c'est des sauvages; il va y avoir un malheur!»), ce sont les mêmes qui défilent dans nos ateliers de thérapie et payent le gros prix pour que nous les aidions à ... réapprendre à crier et à récupérer un peu de leur vitalité jadis noyée dans l'eau bénite de leur enfance!

Tantôt vous avez parlé de burn-out? En Psychiatrie — à part un authentique sens de l'humour — je ne connais que deux façons d'y échapper:

— développer des stratégies pour fuir le contact clinique («surmédiquer», «pavloviser», enseigner, administrer, etc...).

— ou développer la capacité de s'enrichir au contact de l'Autre — différent. Assez étrangement, certains en semblent radicalement incapables! Une enzyme manquante, peut-être...

Les chemins que j'ai parcourus depuis un demi-siècle me mènent tous à la question-carrefour: Que se passe-t-il vraiment dans la rencontre avec l'Autre? Bien sûr, il y a les réponses des économis-

tes, des philosophes, des anthropologues, des psychanalystes, des sorciers, etc... mais le domaine qui nous réserve des surprises est ce que j'appellerais la «neurophysiologie de la rencontre» (interpersonnelle, interculturelle, etc...). Dans un essai présentement sous presse, j'ai émis des hypothèses sur les mécanismes de la rencontre interculturelle d'un point de vue bioénergétique — en tant que tentative de remodelage du corps de l'autre. Corollairement à cette question, je rêve de mettre sur pied un groupe interdisciplinaire et multiethnique de recherche-expérimentation sur l'entreprise artistique en tant que stratégie pour échapper aux contraintes de ce remodelage: l'Art étudié du point de vue de la biologie de la liberté. «Flyé»? Peut-être... Mais, j'espère que les nouvelles générations de cliniciens sauront à quel point tous ces domaines sont

inter-reliés et développeront de nouvelles formes de pratique clinique globale...

SUMMARY

In this interview with Mrs. Thi Hong Trang Dao, resident in Psychiatry at the University of Montreal, Carlo Sterlin retraces his career of 25 years in psychiatry in Quebec and makes a critical review of his experience in various fields: practical clinical work both in urban centers and in remote areas, teaching, research, practice amongst ethnic groups, etc.

He endeavours to show that community practice is not truly biopsychosocial and that, so far as it is confined, refuses responsibility and rejects bio-energetics, it contributes to the aggravation of the mental health of the population.

Taking his inspiration from the work of W. Reich and from the traditions of non western cultures, he suggests ideas to be explored which are likely to open up genuine alternative methods of intervention. Like wise he invites the new generations of clinicians to leave the well worn paths established by the dominant ideologies in order to free their creativity.