

La multidisciplinarité en santé mentale : fiction ou réalité? Multidisciplinaryity in mental health : fact or fiction?

Robert Pelsser

Volume 5, numéro 1, juin 1980

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030062ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030062ar>

[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

Pelsser, R. (1980). La multidisciplinarité en santé mentale : fiction ou réalité? *Santé mentale au Québec*, 5(1), 3–21. <https://doi.org/10.7202/030062ar>

Résumé de l'article

La sectorisation des soins psychiatriques est une réalité qui existe maintenant depuis suffisamment longtemps au Québec pour mériter qu'on s'y attarde quelque peu en vue de l'interroger. Cette nouvelle pratique a vu apparaître ce que l'on nomme communément l'équipe multidisciplinaire de santé mentale communautaire. Il est possible de s'interroger sur ce que signifient véritablement la multidisciplinarité et la « communautarité ». Nous nous attarderons dans ce texte à considérer les contradictions véhiculées par l'équipe soignante au plan de sa multidisciplinarité, laissant de côté une réflexion sur sa dimension communautaire. L'équipe soignante peut devenir un objet de recherche dans le but de découvrir dans quelle mesure la santé mentale, en théorie et en pratique, est effectivement quelque chose de communautaire et de multidisciplinaire. Il suffit d'observer la pratique du travail d'équipe d'un groupe de soignants pour découvrir la théorie de la maladie mentale qui la sous-tend plus ou moins implicitement, puisque théorie et pratique vont essentiellement de pair.

LA MULTIDISCIPLINARITÉ EN SANTÉ MENTALE : FICTION OU RÉALITÉ ?

*Robert Pelsser**

La sectorisation des soins psychiatriques est une réalité qui existe maintenant depuis suffisamment longtemps au Québec pour mériter qu'on s'y attarde quelque peu en vue de l'interroger. Cette nouvelle pratique a vu apparaître ce que l'on nomme communément l'équipe multidisciplinaire de santé mentale communautaire¹. Il est possible de s'interroger sur ce que signifient véritablement la multidisciplinarité et la «communautarité». Nous nous attarderons dans ce texte à considérer les contradictions véhiculées par l'équipe soignante au plan de sa multidisciplinarité, laissant de côté une réflexion sur sa dimension communautaire (Kiely et Moreau, 1975 ; Richard, 1975). L'équipe soignante peut devenir un objet de recherche dans le but de découvrir dans quelle mesure la santé mentale, en théorie et en pratique, est effectivement quelque chose de communautaire et de multidisciplinaire. Il suffit d'observer la pratique du travail d'équipe d'un groupe de soignants pour découvrir la théorie de la maladie mentale qui la sous-tend plus ou moins implicitement, puisque théorie et pratique vont essentiellement de pair.

Nous nous limiterons volontairement dans cet article à la situation du Québec, à la fois au type de pratique prévalant au sein des équipes de santé mentale et aux essais de conceptualisation sur le sujet ; nous nous référerons exclusivement à ce qui se fait et à ce qui s'écrit par des personnes vivant au Québec. Mais il nous semble que nos considérations sont également valables pour d'autres endroits qui ont tenté de développer une approche multidisciplinaire en santé mentale (France, Canada). Nous tenterons de montrer que la multidisciplinarité est un concept-piège au sens où la santé mentale n'est pas vraiment définie dans ses aspects multidisciplinaires (médicaux, psychologiques et sociaux) et au sens où l'équipe n'est pas vraiment multidisciplinaire, même si elle comprend des professionnels de disciplines différentes. Les milieux de la santé mentale véhiculent une série de distorsions précisément en ce qui touche la conception de la santé mentale et le fonctionnement de l'équipe soignante.

* Robert Pelsser travaille depuis plusieurs années en hôpital et en clinique externe dans le domaine de la santé mentale.

LA SANTÉ MENTALE EN PIÈCES DÉTACHÉES

Il est frappant de constater, tant dans les textes de certaines lois (par exemple la loi 65) que dans les réflexions de certains professionnels de la santé mentale, combien la dimension spécifique de cette dernière se trouve ignorée, voire déniée.

Dans la loi touchant la réorganisation des services de santé et des services sociaux, se trouvent clairement définis et mis de l'avant les aspects physique et social de l'individu, et par le fait même la place de deux disciplines de l'équipe de santé mentale, à savoir celle de la psychiatrie et du travail social. Alors qu'on s'attendrait à voir affirmée de façon prépondérante la dimension proprement psychologique de l'individu, celle-ci se trouve tout simplement absente d'une conception globale de la personne humaine. Ceci contraste d'ailleurs curieusement avec le rapport Castonguay-Nepveu qui soutenait davantage une conception bio-psycho-sociale de l'homme, puisque la santé y était définie comme un état de bien-être physique, psychologique et social.

En fait, cet oubli, ou mieux ce rejet, ne doit pas nous étonner puisque la législation n'est que la cristallisation des idéologies actuellement dominantes dans notre société et, dans le domaine de la santé mentale, celles-ci sont (encore souvent) centrées d'une part sur le corps et l'aspect physique et d'autre part sur la société et l'aspect sociologique, comme nous tenterons de le démontrer plus loin. L'accentuation de ces registres s'explique probablement par le fait que le corps et la société sont des réalités plus palpables, plus concrètes, et qu'il est dès lors plus commode de situer la problématique de la folie à ce niveau. Le commun des mortels explique d'ailleurs la maladie mentale sous la forme simpliste d'une causalité à sens unique : celle-ci serait causée par des facteurs d'ordre physique (les nerfs, la tête) ou social (la vie moderne, les relations) et aurait en contrepartie des effets sur ces deux plans.

Cette distorsion existant dans les textes de loi s'observe également dans ce qui s'écrit et dans ce qui se fait dans le domaine de la santé mentale. Les facteurs physiques et sociaux sont privilégiés dans les considérations portant sur l'étiologie et le traitement, laissant par le fait même les facteurs psychologiques à l'arrière-plan, sinon totalement de côté. L'attitude réductionniste dans l'explication des phénomènes est de bon ton pour de multiples raisons, et également parce qu'il s'agit d'une vue de l'esprit plus aisée à soutenir.

Nous considérerons dans la suite les pôles principaux dans la définition de la santé mentale, à savoir la psychiatrie, le travail social et la psychologie. Nous désignerons sous ces termes non pas les disciplines elles-mêmes ou les personnes pratiquant ces disciplines, mais plutôt des conceptions polarisées de la santé mentale qui se posent de façon prépondérante, voire exclusive, en termes médicaux, sociaux ou psychologiques. Dès lors un professionnel

portant, par exemple, le titre de travailleur social peut soutenir une vision des choses plus «médicalisée» qu'un psychiatre, et vice versa. Les tendances réductionnistes que nous analysons ne sont donc pas nécessairement partagées par les professionnels de la discipline nommée, et encore moins par tous les professionnels de cette discipline.

La psychiatrie en tant que discipline médicale

La tendance réductionniste de la psychiatrie s'exprime, comme chacun le sait, dans une affirmation à outrance du corps (pharmacothérapie, électrochocs, etc.), mais il s'agit d'un corps bien particulier, davantage un corps-objet (en allemand, Körper) qu'un corps-sujet (Leib). Le corps dans sa structure (anatomie) et son fonctionnement (physiologie) n'est mis de l'avant que pour mieux scotomiser *le corps vécu et vivant*. Le corps humain risque toujours d'être ramené à un morceau de chair ou ... de viande.

Le désir personnel qui se cache derrière la demande naïve du consultant risque d'être muselé, et l'est parfois littéralement. L'intervention psychiatrique vise et aboutit (encore souvent) à une technique d'analgésie ou d'anesthésie du patient, qui signifie pour ce dernier une petite mort, une mortification du corps, qui fait taire le désir troublant et déchaîné, et qui satisfait les désirs d'autopunition contenus dans la souffrance psychique.

La rencontre du psychiatre qui, dans sa précipitation, prescrit des médicaments (des drogues à usage médical) et du patient qui situe sa demande au seul plan physique, laisse intouchée toute l'ambiguïté et la complexité de la relation dite d'aide ou de traitement. Cette façon de régler une situation jugée urgente est à situer sur un arrière-fond général d'angoisse concernant ce qui se produit dans un corps qui ne parle plus, mais qui crie (dans) sa souffrance et concernant un désir à déchiffrer et à saisir (dans les deux sens) qui habite le patient. Cette angoisse et ce désir nous renvoient aux questions fondamentales de l'existence humaine : la vie et la mort, la sexualité et l'agressivité, l'intimité et la séparation. Il s'agit de prendre le temps de délier le verbe prisonnier de la chair (Henri Ey).

L'expérience quotidienne nous place devant des situations aberrantes du genre : une personne fait état de difficultés existentielles, c'est-à-dire vivre sa vie, et le médecin lui fournit des médicaments puisqu'il constate que le corps aussi en subit les contrecoups. Il est évident que le corps doit aussi être soigné et ce, de façon d'autant plus pressante qu'il est gravement atteint; mais ce qui n'est pas dit, c'est que la dimension psychologique est écartée et que l'arrangement médical adopté ne règle rien fondamentalement; les symptômes sont soulagés mais le mal de vivre n'est pas guéri.

Le désir du patient est interdit, il ne peut être parlé. La situation d'urgence est modifiée par l'irruption hâtive, voire brutale, d'une prescription et, au bout de trois jours, aucun observateur objectif et honnête ne pourra nier qu'il s'est produit un changement, minime ou spectaculaire, — signe de

l'efficacité incontestable du psychiatre et présage d'une guérison complète prochaine.

La psychiatrie est déchirée lorsqu'elle doit préciser son objet : est-elle une science naturelle ou une science humaine? (Roy, 1977). La maladie mentale est un terme à proscrire et qui n'est conservé que faute de mieux. L'objet de la psychiatrie ne peut être la maladie mentale, parce que qui dit «maladie» entend quelque chose de strictement repérable au plan organique, et qui dit «mental» laisse entendre quelque chose de l'ordre du «système nerveux»; nous connaissons tous les progrès bouleversants accomplis dans les recherches concernant les mécanismes nerveux et hormonaux et concernant les médications psychotropes. Mais les découvertes dans ces domaines laissent entier le problème de la nature fondamentale de ce qu'on nomme maladroitement la maladie mentale. Il s'agit d'une tentation permanente pour la psychiatrie de se définir strictement comme une science naturelle au même titre que la physique et la chimie, ce que fondamentalement elle n'est pas, ou comme une discipline médicale au même titre que les autres spécialités, ce qu'encore une fois elle n'est pas².

Si la psychiatrie peut se définir comme «la science qui traite des atteintes biologiques à détermination ou manifestation psychiques»(Henri Ey), il existe déjà un danger de faire de l'objet central de la psychiatrie les atteintes biologiques. Nérée reprend une telle définition classique pour s'opposer à la démedicalisation qui se produit au sein de la psychiatrie elle-même et également au sein des équipes multidisciplinaires. Il serait aisé et même préférable de renverser la proposition mentionnée en soutenant : la psychiatrie est la science qui traite des atteintes psychiques à détermination ou manifestation biologiques. L'accent serait cette fois déplacé et situerait dans la ligne des sciences humaines une psychiatrie qui serait «la partie des sciences qui s'occupe des troubles du comportement de l'homme dans ses relations avec l'environnement et particulièrement les autres hommes». Même si l'auteur favorise «une action conjuguée multidisciplinaire», il s'oppose cependant radicalement à «l'aplatissement de la pyramide hiérarchique de l'équipe multidisciplinaire de prise en charge» puisque le savoir médical serait «un gage d'efficacité et de sécurité pour les malades» (Nérée, 1979, 48), puisque le médecin est «celui qui sait» et par ailleurs le malade sait qu'il sait (Nérée, 1979, 50). Il illustre son propos en donnant des exemples cliniques — des cas pièges — dans lesquels les symptômes physiques d'abord attribués à une dynamique psychique étaient en fait rattachés à une maladie organique. Une telle situation prouve que le fait de posséder le savoir médical que les autres ne partagent pas «rend le psychiatre [...] apte à intégrer les données venant des diverses disciplines connexes en vue de l'élaboration du plan thérapeutique» (Nérée, 1979, 49); en d'autres mots, l'aspect médical est considéré comme l'aspect dominant devant un problème de santé mentale.

Nous sommes loin des questions sur la psychosomatique et la somatopsychique et de la prise en considération de la relation inextricable entre la

psyché et le soma ; pourtant, dans le même texte, Nérée note que « devant la formation des fameux cercles vicieux psychosomatiques et somatopsychiques quelquefois difficiles à débrouiller », il s'agit d'agir tantôt sur le versant de la psyché et tantôt sur le versant du soma (Nérée, 1979, 49). Il serait facile en effet de démontrer qu'une proportion importante de consultations médicales sont motivées par des troubles psychiques ou d'origine psychologique, et même qu'une partie de ces patients est par la suite traitée de façon médicale, voire chirurgicale, pour des troubles d'ordre purement fonctionnel, c'est-à-dire psychologique³.

Le travailleur social au service du peuple

La place occupée et à occuper par le travailleur social au sein de l'équipe multidisciplinaire a déjà été analysée par d'autres auteurs (Haworth, 1971-1972 ; Chapdelaine, 1977). Nous considérerons pour notre part, du côté du service social, une attitude qui va dans le même sens que celle examinée à propos de la psychiatrie, à savoir le réductionnisme dans la conception de la santé mentale. Le travail social risque de passer aisément des préoccupations sociales à un engagement économique ou politique ; la pratique d'une philosophie communautaire débouche sur des objectifs non plus de santé mentale communautaire, mais d'action communautaire d'ordre politico-économique. Il faut dire que la transition peut se faire sans heurts, puisque la limite entre le social d'une part, et l'économique et le politique d'autre part, n'est pas clairement tranchée. Les aspects sociologiques sur lesquels on insiste dès lors sont plus d'ordre macrosociétal que microsociétal : on semble davantage préoccupé par la dimension de la société globale que par les relations sociales immédiates de l'individu. L'organisation sociale est prise en considération pour laisser de côté le réseau des relations personnelles dans lequel le sujet est inséré quotidiennement.

Les malades mentaux feraient partie de la classe dominée et exploitée par le système ou seraient des révolutionnaires et des contestataires victimes de la répression. L'action du travail social s'inscrivant dans cette optique aboutit à préconiser des mesures soi-disant sociales, mais qui sont le plus souvent économiques ou politiques, ainsi améliorer la condition de vie des gens grâce à des prestations d'assurance-chômage ou de bien-être social, ou encore transformer la société, faire la révolution et prendre le pouvoir.

Mais la démarche révolutionnaire dont prétend s'inspirer le praticien social ne ressemble en rien aux grandes révolutions qui dans l'histoire se sont faites malgré et sans le peuple, par une petite poignée d'individus décidés. On assiste parfois au curieux spectacle de chefs révolutionnaires de salon faisant la petite école aux classes défavorisées, enseignant quelques concepts et techniques de base. La parole et le pouvoir que le travailleur social donne ou prétend donner aux prolétaires s'arrêtent souvent, hélas, à des activités de quartier ou à des discussions de comité, et sont des trompe-l'œil, habiles ou innocents, qui tiennent la base à l'écart d'une parole vraie et d'un pouvoir réel. La situation est comparable à ce qui se produit parfois

au cours de certaines thérapies familiales lorsqu'un enfant ou un adolescent est le patient identifié ; les parents et le thérapeute lui lancent : « tu es ici pour parler, dis ce que tu as à dire » ; mais cette invitation cache parfois le fait qu'il est inutile, voire dangereux, de se prononcer (« double-bind »).

Par ailleurs, les mesures d'ordre économique – par exemple, la distribution des fameux chèques – ne viennent que confirmer et accentuer l'aliénation de l'individu « né pour un petit pain » et camoufler l'incurie et l'incapacité des gouvernants à faire une véritable planification économique. Le défavorisé est mal à l'aise à cause de la contrainte exercée par ce don qui représente « trop peu pour vivre et trop pour mourir », et le gouvernant, par ses supposées prestations et largesses, se donne bonne conscience en même temps qu'il étouffe les velléités de protestation.

Toutes ces mesures d'ordre économique et politique sont des culs-de-sac aboutissant régulièrement à des échecs décevants, et surtout elles n'ont aucun rapport, ou combien minime, avec la question qui nous préoccupe, à savoir la santé mentale. L'esprit sous-jacent à toutes ces démarches nous semble être le désir de faire un nivellement par le bas ; la démocratisation aboutit trop souvent à une réduction de la qualité de la vie⁴.

Les tendances sociales-socialisantes et humanistes-humanitaires que manifeste la société contemporaine satisfont un seul objectif : créer de nouveaux marchés, favoriser la consommation. Ce mouvement qu'on pourrait nommer « le colonialisme de consommation » porte son attention vers les groupes marginaux ou minoritaires qui constituent ainsi le tiers-monde (ou le quart-monde) intérieur : les femmes, les enfants, les vieillards, les criminels, les pauvres, les malades mentaux, les handicapés physiques. Toutes les contradictions et tous les changements se trouvent digérés et récupérés par le système qui préserve de la sorte sa stabilité et sa bonne conscience.

Blanchet s'inscrit dans cette ligne lorsqu'il analyse la problématique de la santé mentale à partir d'une perspective politique ; il s'en prend aux présupposés habituels des équipes de santé mentale : la neutralité politique des soignants est impossible ; l'abus de pouvoir des soignants est chose courante et la dimension politique des problèmes de santé mentale est ignorée. L'auteur, se référant à son expérience à Pointe St-Charles (Montréal), soutient qu'il faut éviter au sein d'une communauté que se produise une régression du politique au psychique (Mendel) : « les problèmes de santé qui [...] sont souvent premièrement d'origine socio-économique et en rapport avec une situation générale d'oppression politique [...] deviennent secondairement « référés en psychiatrie », donc psychiatrisés, et ce, faute de solutions politiques adéquates » (Blanchet, 1978, 38-39).

Il nous semble justement que dans cette optique la ligne de démarcation entre l'aspect politique et l'aspect psychiatrique n'est pas très claire, et même que l'auteur effectue lui-même dans son texte une régression, en

sens inverse, du psychique au politique. Les troubles psychiatriques sont réduits à des troubles dont la nature et/ou l'origine est sociale, économique ou politique. La psychose, et ses différents niveaux de rupture – corporelle, psychologique et sociale – peut se redéfinir dans cette ligne puisque « le sens de ces divers niveaux de rupture est contenu dans le délire en particulier, qui est *un énoncé politique* dans la mesure où il nous révèle les contradictions individuelles, familiales et sociales dont le sujet est victime » (Blanchet, 1978, 39).

Nous retrouvons là les thèses de l'anti-psychiatrie, et plus spécifiquement de sa tendance politique (le S.P.K. de Heidelberg en Allemagne, Rough Times et Radical Therapist aux U.S.A.). La psychose est un énoncé politique, mais uniquement dans le sens d'un message provenant d'un individu vivant, comme tout un chacun, au sein d'une cité (polis); il faut reconnaître aussi que c'est un message chargé de souffrance et d'angoisse. Il s'agit de se demander pourquoi la personne livre son message révélateur par le biais d'un processus psychotique alors qu'il lui était également possible de devenir un révolutionnaire, un marginal, un ermite, un poète, un écrivain ou un politicien; mais au lieu de ces diverses issues, seul un choix ou un destin pathologique lui est accessible. Il ne faut pas nier que la société, l'environnement, puisse jouer un rôle important dans l'apparition de la souffrance humaine, qu'elle soit physique ou mentale; mais réduire tout malaise organique ou moral à des contingences sociales nous paraît une thèse pour le moins hardie⁵.

La folie est un destin individuel

La psychiatrie s'intéresse au corps et le service social à la société, mais ces deux disciplines poussent parfois leur démarche tellement à l'extrême qu'elles ne retiennent qu'un fragment de la réalité à laquelle elles prétendent s'attacher. Tant la psychiatrie que le travail social se définissent au départ un projet qui risque de nier le caractère spécifique de la maladie mentale, à savoir la dimension psychologique du corps physique et du corpus social. La psychiatrie ne retiendra que l'aspect du corps en tant qu'objet négligeant la dimension vécue du corps subjectif, et le service social ne s'arrêtera qu'à la dimension de la société globale négligeant les relations dans les petits groupes.

Ces deux points de vue extrêmes analysés ci-dessus se trouvent étonnamment rassemblés dans les affirmations suivantes de Sterlin : « C'est dans le même corps que se jouent ces diverses tragédies, et c'est toujours le même message de frustration et de protestation contre le système social que formulent, chacun dans son langage, les divers systèmes de l'organisme impliqué. Le corps en effet est toujours politisé, et le corps malade recèle toujours un potentiel de praxis contestataire qu'une médecine authentique doit percevoir et permettre éventuellement d'émerger » (Sterlin, 1976, 119)⁶. Une telle perspective véhicule une conception de l'homme tronquée dans sa dimension centrale qui reste la dimension psychologique, puisqu'il

faut admettre, avec l'auteur, que la folie est «la manifestation de l'échec d'un processus d'individualisation» (Sterlin, 1976, 117).

La folie peut se définir comme un destin personnel et psychique dont les déterminations ou les manifestations sont des altérations biologiques et/ou dont les déterminations et les manifestations sont des perturbations sociales. Le lien entre la folie d'une part et le physique et le social d'autre part n'est pas un lien essentiel, mais simplement accidentel. La santé mentale n'a pas de rapport, dans son essence, avec la médecine et la politique. Les facteurs physiques ou sociaux ne sont pas spécifiques de la maladie mentale ; la preuve en est que cette dernière s'accompagne ou non d'atteintes anatomo-physiologiques et qu'elle va de pair ou non avec des perturbations des relations sociales.

La psychiatrie et le service social échouent lorsque, pour expliquer la nature de la maladie mentale, ils tentent de découvrir une cause unique (biologique ou sociale) fonctionnant dans un sens unique (de cause à effet). Lorsque nous considérons les phénomènes, il apparaît d'une part que les causes sont multiples et peuvent intervenir simultanément et, d'autre part, que nous avons affaire non à une causalité linéaire, mais à *une circularité des causes et des effets* puisque les causes peuvent devenir des effets, et vice versa. Le noyau de la maladie mentale est la souffrance psychologique qui est elle-même cause et effet des aspects biologique et social.

Si on accepte une telle circularité des phénomènes, on se départit également d'une conception faisant correspondre terme à terme l'étiologie et le traitement ; on a coutume de dire que l'efficacité d'une médication psychotrope prouve la biogenèse de la maladie mentale, que l'efficacité de la psychothérapie en prouve la psychogenèse et que l'efficacité d'une intervention sociale en prouve la sociogenèse. Il n'y a rien de moins prouvé. L'instrument thérapeutique utilisé peut être d'un certain type – biologique, psychologique ou social – mais son impact peut se produire à un tout autre niveau, ce qui permet de poser que le facteur étiologique n'est pas nécessairement de même nature – biologique, psychologique ou sociale – que le facteur thérapeutique, puisqu'on se trouve devant une multiplicité de causes et d'effets, agissant les uns sur les autres et influencés les uns par les autres.

La folie provient du fait que l'homme est un être de désir, habité par des hôtes désirants mais souvent indésirables, que l'homme est un être de parole et de langage, souvent interdit de parler ou contraint à une parole à vide (avide) ou fausse, que l'homme est «un animal malade» (Nietzsche) plus souvent aux prises avec l'inconscient étrange et inquiétant que maître et seigneur de sa conscience. La maladie mentale désigne les difficultés existentielles des êtres humains, les difficultés à passer au travers des diverses étapes et crises de la vie, chacune d'elles impliquant une perte, une séparation, un manque, un deuil⁷.

Face aux tendances réductionnistes de certains professionnels des équipes multidisciplinaires, on a l'impression que les thèses fondamentales

de la psychanalyse sur la santé psychique n'ont historiquement jamais existé. La psychanalyse représente, qu'on le veuille ou non, une véritable révolution épistémologique concernant la maladie mentale, une coupure radicale en ce qui touche la façon de se poser les questions et le genre de questions posées. Elle parvient à éviter les pièges fréquents et faciles d'une attitude réductionniste : il suffit pour s'en convaincre de considérer comment Freud, tout en ne négligeant pas les facteurs physiques et sociaux dans l'origine de la maladie mentale, soutient cependant toujours que la spécificité de celle-ci réside dans l'aspect psychique. La psychothérapie analytique peut dans ce sens être considérée comme le point de départ des diverses écoles psychothérapiques actuelles, de quelque type que ce soit, puisque dans toute et chacune la dimension psychologique reste affirmée avec force, ce qui constitue l'essence même du renversement freudien⁸.

L'ÉQUIPE SOIGNANTE ET LE DÉSIR DU POUVOIR

La conception de la maladie mentale qui prévaut de façon plus ou moins diffuse à l'intérieur d'une équipe soignante va se refléter de façon tangible à travers la recherche et la prise d'un pouvoir professionnel. L'évolution d'une équipe de travail peut suivre différentes phases selon la dynamique des groupes restreints. La séquence des étapes serait presque invariable; Sterlin note que l'équipe « passe typiquement par trois phases : 1) phase d'euphorie pseudo-égalitaire ou phase du « n'importe qui fait n'importe quoi » ; 2) phase paranoïaque de la revendication des savoirs et des pouvoirs ; 3) phase d'aplatissement fusionnel ou d'éclatement » (Sterlin, 1973, 839). Cette description suit d'ailleurs ce qui s'écrit dans la littérature sur les petits groupes. Lemay (1973) et Brunet (1976) ont analysé les difficultés concrètes soulevées par les relations entre des professionnels de disciplines complémentaires œuvrant dans le domaine des sciences humaines, et ces difficultés sont paradoxalement en rapport avec la personnalité profonde de ceux qui ont la prétention de venir en aide à ceux qui ont des problèmes personnels.

La même confusion que nous avons dénoncée concernant la conception de la santé mentale se retrouve dans le fonctionnement de l'équipe soignante. L'équipe ou l'esprit d'équipe sont des idéaux à atteindre, et parfois jamais atteints. L'esprit d'équipe signifie pour les uns que « tout le monde pense comme une personne, est d'accord avec une personne », et pour les autres que « tout le monde pense comme tout le monde, est d'accord avec tout le monde ». Le premier type d'équipe peut être dit autocratique et le second anarchique. Dans l'un et l'autre cas, l'unanimité, ou du moins une certaine unanimité, est atteinte et, d'après certaines personnes, l'équipe « fonctionne ». Nous examinerons dans la suite le fonctionnement de l'équipe selon trois modèles principaux : autocratique, anarchique et démocratique. Ces trois modèles d'équipe rejoignent et recouvrent grosso modo les trois conceptions fondamentales de la santé mentale analysées dans la première partie. Il n'y a de véritable équipe multidisciplinaire que si l'on reconnaît à chacun de ses

membres une compétence et une responsabilité égales vis-à-vis de la personne demandant une consultation, même si cette compétence et cette responsabilité s'étendent dans des champs différents.

La responsabilité légale du psychiatre

L'attitude autocratique de tirer la couverture à soi se manifeste souvent dans un désir et un esprit de possession en ce qui concerne les patients, et ce, dès la prise de contact. C'est généralement le psychiatre qui joue le rôle de porte d'entrée de l'équipe de soins face aux personnes venant consulter. La procédure qui réserve au psychiatre l'entrevue d'évaluation favorise une sorte de mainmise de la part de celui-ci sur le patient, même si après cette prise de contact le patient est référé au membre de l'équipe le plus apte à répondre à sa demande et à ses besoins. Puisque la porte d'entrée dans l'équipe soignante est obligatoirement et invariablement le psychiatre, la santé mentale se trouve indirectement définie comme une question prioritairement d'ordre physique.

La prise de contact systématique par un type de professionnel, quel qu'il soit, peut être critiquée pour plusieurs raisons, mais la principale nous semble être soit que le patient est obligé de façon fastidieuse de répéter sa petite histoire à la seconde entrevue, soit que le thérapeute arrive «après le début du film» si le patient ne se répète pas. Il faut remarquer que ces procédures de «switchage», ou parfois de «pitchage», n'existent dans aucune profession ou équipe professionnelle où la recherche de l'efficacité et de la rationalité est la règle.

Il est possible, pour justifier ce type de fonctionnement, d'apporter des arguments qui sont à la fois logiques et légaux et devant lesquels il ne reste qu'à s'incliner. Le médecin psychiatre, aux yeux de la loi, a la responsabilité de tous les patients et est le seul reconnu à faire un traitement dans une clinique externe publique. Dès lors, le psychiatre a non seulement la responsabilité de ses propres actes professionnels, mais aussi de ceux du patient (si celui-ci est dangereux pour lui-même ou pour autrui); de plus, la responsabilité des actes des autres professionnels travaillant, avec lui ou pour lui, dans la même équipe pourrait également lui revenir à la limite.

Cette conception aboutit à l'aberration et au scandale de rendre le seul psychiatre responsable du suicide du patient. L'observation quotidienne nous prouve qu'il est presque impossible d'empêcher le suicide d'une personne qui veut absolument poser cet acte pour se libérer de son destin personnel. Les poursuites intentées par les membres de la famille sont parfois dictées par les seuls intérêts financiers de personnes qui jusque-là s'étaient désintéressées du sort du patient identifié, voire qui avaient totalement rejeté le membre souffrant du groupe familial.

Il serait plausible de soutenir que le suicide n'est ni un acte de destruction physique, même si celui-ci apparaît de la façon la plus évidente ou la

plus spectaculaire, ni un acte de destruction sociale ayant pour résultat de mettre fin brutalement à toutes les relations interpersonnelles de l'individu, mais un anéantissement psychologique d'un sujet qui à un moment donné de son existence fait le constat qu'il n'arrive pas à se réaliser comme personne et, qui considère le suicide comme seule issue possible pour se sortir de l'impasse qu'est devenu le fait de vivre. La souffrance du suicidaire est d'ordre psychique et le suicide est une solution sur ce même plan. Si l'on tient malgré tout à attribuer la responsabilité du suicide à quelqu'un, elle ne reviendrait pas d'abord et uniquement au psychiatre, mais peut-être à l'entourage immédiat du patient identifié qui n'a pas respecté un espace vital psychologique pour le suicidaire et, à la rigueur, à toute la collectivité qui se montre incapable de promouvoir des conditions d'existence «vivables» (nous sommes tous des assassins!).

Il serait utile de faire une analyse des rapports s'établissant entre le psychiatre et le psychologue, et de la responsabilité légale de ces deux professions dans les domaines public et privé. Bernardot (1973, 1976), Martel (1976) et Guay (1978) nous livrent d'intéressantes considérations sur la complexité des aspects juridiques de cette question. Nous nous contenterons pour notre part de faire deux observations. Il existe au plan légal, en ce qui concerne les psychologues, une contradiction plus ou moins implicite entre la loi 250 sur les professions et la loi 65 sur les services de santé et les services sociaux. La première reconnaît au psychologue le droit et la compétence de référer un patient, de faire une évaluation et un traitement, tandis que la seconde place indirectement le psychologue sous la juridiction du médecin psychiatre. Ainsi les pouvoirs sont reconnus légalement seulement à l'extérieur d'une institution, par exemple en bureau privé, mais non à l'intérieur d'un centre hospitalier (vérité en deçà, erreur du delà). Par ailleurs, il existe une croyance répandue selon laquelle une personne consultant une équipe de santé mentale doit obligatoirement être référée par un médecin et obligatoirement être évaluée par le médecin psychiatre. Or, il n'en est rien au plan de la loi, qui laisse le libre choix à la personne consultante. La législation établit la distinction entre une hospitalisation dans un département interne et une consultation dans une clinique externe, la première exigeant la présence d'un médecin et la seconde ne l'exigeant pas⁹. Les règlements selon lesquels les références et les évaluations doivent être faites par des médecins sont ajoutés à la législation par les administrations locales du centre hospitalier (peut-être en vue d'exercer un contrôle au profit de...).

Nous pouvons retrouver des traces de ce pouvoir et savoir médical dans un texte de Sterlin qui définit le rôle du psychiatre entre autres par les fonctions suivantes : «identification et évaluation de la cassure ou fonction diagnostique; détermination de la place de la psychothérapie; intégration des données venant des diverses disciplines en vue de l'élaboration d'un plan thérapeutique» (Sterlin, 1973, 840), et qui va jusqu'à écrire à propos du psychologue : «En principe, il n'a donc, par lui-même, aucune

compétence diagnostique et son intervention au niveau thérapeutique dépend d'un bilan global» (Sterlin, 1973, 841). Nous pouvons également renvoyer à un texte de Nérée qui s'oppose à «l'aplatissement de la pyramide hiérarchique de l'équipe multidisciplinaire de prise en charge» et à «la stigmatisation du savoir bio-médical auquel est d'ailleurs relié le pouvoir décisionnel du psychiatre responsable» (Nérée, 1979, 48); dans cette perspective «une psychiatrie qui se veut efficace et scientifique ne saurait se pratiquer sans savoir médical ou sans encadrement de ce dit savoir qui rend le psychiatre [...] apte à intégrer les données venant des diverses disciplines connexes en vue de l'élaboration d'un plan thérapeutique» (Nérée, 1979, 49).

Cette attitude qui confère la coordination et la responsabilité du traitement du patient au médecin psychiatre est simplement le symptôme d'une adaptation à la législation actuelle dont l'idéologie sous-jacente est la suivante : la maladie mentale est (aussi) une affaire d'ordre physique et médical, et dès lors du ressort du médecin psychiatre qui devient le responsable clinique du traitement. Le succès ou l'échec du traitement seront avant tout ou exclusivement envisagés sur le plan physique (symptômes, malaises) et la responsabilité en incombe dès lors au médecin qui est perçu comme un thaumaturge, figure toute-puissante à la fois bénéfique et maléfique. Les autres professionnels de l'équipe soignante seront nommés «les non-médecins» ou «les para-médicaux»; si l'on sait que «para» signifie à côté ou contre, il ne viendra à l'idée de personne de parler des para-psychologues pour désigner le psychiatre, le travailleur social, l'infirmière et l'ergothérapeute. Le psychiatre joue aux yeux des patients le rôle de paravent, cachant derrière lui les autres professionnels de l'équipe. Ce qui est implicitement véhiculé dans la législation en vigueur, c'est une conception biaisée à la fois de la nature de la maladie mentale et de la responsabilité du professionnel en santé mentale.

Roy souligne toute l'ambiguïté de cette position de leadership du psychiatre au sein de l'équipe de travail; c'est ce qui fait sa force, mais aussi sa faiblesse : il fait la synthèse du savoir des autres mais ne possède pas de savoir propre. «C'est dans le quotidien de l'exercice clinique que se manifeste, dans le champ des psychiatries, l'ensemble des contradictions et paradoxes propres aux sciences humaines contemporaines. Concrètement, c'est au sein d'une équipe appelée pluridisciplinaire que se vivent, la plupart du temps, ces déchirements. Cette équipe, en théorie du moins, devrait être le lieu de rencontre et de synthèse des divers gens (divergents) en perpétuelle confrontation. Comme si, à l'occasion de l'équipe, les contredits allaient disparaître... Or en réalité, les contredits ne s'effacent pas. C'est là toute la différence : il sont absorbés par la psychiatrie. Des observations de l'infirmière, du compte-rendu psychologique, de l'avis du travailleur social, des remarques même de l'analyste consultant, le psychiatre doit tirer une ligne de conduite, inventer une pratique, assurer la disposition du cas. Comme la médecine, la psychiatrie tire un très grand pouvoir de la synthèse

clinique des différents savoirs d'appoint qui la fondent. Ce pouvoir, cependant, coûte à la psychiatrie une absence relative de discours spécifique. En fait, comme c'est très souvent le cas en médecine, *la psychiatrie a lieu là où le savoir se tait*» (Roy, 1977, 47).

Le communautarisme poussé jusqu'au bout

Pour contrer ce leadership envahissant des psychiatres, certains proposent qu'il n'y ait pas d'attribution de chacun des patients à un professionnel en particulier, mais que tous les patients appartiennent à chacun des membres de l'équipe de travail, et à personne en particulier ; il n'y a plus dans ce cas une appropriation des patients par une seule personne mais un partage en commun des responsabilités professionnelles vis-à-vis des personnes en traitement.

L'équipe multidisciplinaire est utile, si ce n'est nécessaire, dans l'approche des psychotiques, lorsqu'on considère l'un par rapport à l'autre le fonctionnement d'une équipe polyvalente d'une part et la psychodynamique des patients psychotiques d'autre part. Amyot et Lavoie expliquent clairement comment la continuité des soins doit être une entreprise ouverte mettant en œuvre les divers membres de l'équipe de santé mentale. «La continuité des soins ne peut être assurée par un individu seul et l'équipe soignante devient un instrument essentiel dans la continuité quant aux personnes, tout en évitant l'enfermement dans une relation duelle ou la diffusion dans des relations multiples indifférenciées.» (Amyot et Lavoie, 1976, 1837). Lorsque le patient psychotique fait face à l'équipe thérapeutique, il peut projeter à l'extérieur sur les différents membres de l'équipe les morceaux contradictoires ou incohérents de son monde intérieur, mais il est en même temps pris dans les règles définies de la continuité et de la cohérence entre les membres de l'équipe qui peut ainsi faire échec à son morcellement subjectif. L'intérêt de l'équipe est qu'elle offre au psychotique «la possibilité d'expérimenter à la fois la continuité et la différence» (Amyot et Lavoie, 1976, 1834). «L'équipe offre au malade encore morcellé ses multiples visages, en favorisant des relations chaque fois différentes dont la juxtaposition permettra une reconstitution de l'identité perdue.» (Amyot et Lavoie, 1835).

Cependant, il existe des équipes soignantes où le psychotique ne peut s'accrocher à des points de repères clairs ou à une personne significative bien identifiée ; pour éviter d'entraîner les sentiments de confusion et d'indifférenciation chez le psychotique, il reste important qu'il puisse maintenir une relation plus privilégiée avec un des professionnels au sein de l'équipe soignante, ce qui ne l'empêche pas d'établir également des relations avec les autres membres, mais à un degré moins intensif. Il existe des équipes où les patients ne sont attribués à personne et à tout le monde, de sorte que le patient est renvoyé sans cesse de l'un à l'autre membre, sans que puisse se développer une relation le moins investie et objectale. Ceci ne peut qu'accroître l'angoisse de certains patients qui exigent un minimum de

structure et de limite. La prise en charge se fait de façon anarchique : ce sera l'un ou l'autre membre de l'équipe qui interviendra de façon décousue, selon la disponibilité du moment ou selon le pur hasard. Il s'agit là d'un communautarisme au sein de l'équipe, poussé à l'extrême et même à l'absurde.

Une autre caractéristique observée à l'occasion dans de telles équipes anarchiques touche le processus de prise de décision à propos du traitement ; alors que dans une équipe autocratique, le plan de traitement est dicté par une seule personne, à savoir le médecin psychiatre, on vise maintenant à obtenir un vote à la majorité, voire à l'unanimité, au sein de l'équipe multidisciplinaire, à propos de chacun des types d'intervention ; par exemple, aucune médication psychotrope ne sera prescrite sans le consentement des personnes autres que le psychiatre ; aucune psychothérapie ne sera entreprise sans l'accord des personnes autres que le psychologue et aucune intervention d'ordre social ne sera admise sans l'avis favorable des personnes autres que le praticien social, etc. Il est hors de doute qu'il existe au sein d'une équipe multidisciplinaire des zones grises, des zones de recouvrement entre les différentes disciplines qui sont toutes préoccupées par la santé mentale et les relations humaines, mais il convient également de respecter la spécificité et l'autonomie d'un autre thérapeute et de faire confiance à la compétence et à la responsabilité du professionnel d'une autre discipline, même si on peut être en désaccord avec sa perception de la problématique présentée par un patient et même si on peut penser qu'il commet une erreur thérapeutique.

Les procédés décrits ci-dessus s'inscrivent dans un souci d'égalité, et même d'égalitarisme ; on craint d'affirmer les différences parce que celles-ci peuvent susciter l'opposition entre les membres de l'équipe ou la suprématie d'un membre sur les autres. Il est plus aisé de dire « nous sommes tous pareils » (fusion) ou « nous n'avons rien en commun » (exclusion) que de se reconnaître à la fois *différents et semblables*, que de chercher ce qui est spécifique et ce qui est commun à chacun des membres de l'équipe.

L'intervention de tous les professionnels (psychiatre, psychologue, travailleur social, infirmière, ergothérapeute) à part égale au point de vue de la durée d'intervention est parfois paradoxalement justifiée par le concept de globalité : l'être humain est un tout dont il faut considérer la santé sous tous ses aspects : bio-psycho-sociaux. Dès lors, si un des aspects de la triade est atteint, on conclut que les deux autres doivent l'être autant, même si cela n'apparaît pas de façon évidente à première vue. Il est permis en conséquence à chacun et à tout le monde de mettre son grain de sel. Le seul intérêt de ces procédures complexes de répartition égalitaire des patients semble être de donner l'illusion aux membres de l'équipe de fonctionner en profonde harmonie et d'avoir atteint l'idéal de l'esprit d'équipe, et ainsi d'éviter les conflits concernant la compétence et la responsabilité professionnelle.

Les deux types d'équipe, autocratique et anarchique, se différencient sur un point important, à savoir la relation avec les patients ; l'une soutient

la prise de possession et la mainmise par une catégorie de professionnels sur tous les (nouveaux) consultants, et l'autre préconise la possession en commun et aussi la dépossession commune vis-à-vis des patients. Dans les deux cas, l'équipe « fonctionne » mais en portant préjudice au traitement du patient et en empêchant la détermination de la responsabilité professionnelle. Les patients ne peuvent bénéficier dans un cas d'une approche multiple concernant les difficultés qu'ils apportent, et dans l'autre d'une relation individualisée particulière avec un membre de l'équipe.

L'analyse individualisée de la demande du patient

La contribution spécifique de chaque membre de l'équipe soignante ne sera reconnue et respectée que si les patients sont pris en charge par un membre de l'équipe selon les besoins propres qu'ils expriment au moment de la consultation. La répartition des patients, nouveaux arrivés, pourrait se faire à partir de quelques informations de base recueillies auprès de la personne référante (médecin, travailleur social, etc.) ou auprès de la personne référée, du patient lui-même. Et dès ce moment, un membre de l'équipe accepterait de prendre la responsabilité d'un cas clinique selon sa compétence professionnelle, les autres membres de l'équipe pouvant intervenir de façon passagère à titre de consultant, chacun selon son domaine et sa compétence propres. Le traitement du patient resterait toujours sous la responsabilité d'une seule personne à partir du moment où celle-ci aurait accepté de le prendre en charge.

Ce modèle de fonctionnement exigerait probablement une redéfinition des rôles et des tâches et une nouvelle division du travail à l'intérieur de l'équipe de santé mentale. Ceci pourrait cependant se faire sur une base assez souple puisque le champ de pratique – la santé mentale – est commun à une multiplicité de professions différentes. Ce nouveau partage aurait intérêt à se faire avant tout en fonction du public et des patients, de même qu'en fonction des agents référants.

Un tel fonctionnement démocratique permettrait de ne plus réduire la santé mentale à une affaire de médecins, se passant entre un médecin qui réfère un patient et un autre médecin qui fait la première consultation, du fait que d'autres personnes que les médecins pourraient référer un patient à un professionnel de l'équipe de santé mentale et non plus au seul psychiatre. À la limite, le patient pourrait consulter comme il l'entend en choisissant le type de professionnel qu'il désire, et si son choix n'était pas pertinent, il suffirait de le lui signifier. La santé mentale pourrait peut-être de la sorte se démedicaliser en laissant le libre choix des services aux principaux concernés, soit ceux qui demandent des soins.

Une équipe individualisée, centrée sur la demande du patient et sur la compétence du professionnel, permettrait d'éviter les deux dangers que nous avons indiqués plus haut : qu'une seule personne, en occupant une position de paravent, cache derrière elle la présence des autres professionnels

de l'équipe ou que le patient ne puisse consulter personne en particulier, du fait qu'il serait pris en charge par une équipe impersonnelle et fluctuante.

Lalonde, Denis et Carrière proposent dans ce sens de situer la santé mentale dans le contexte d'une société de consommation, mettant face à face une équipe de professionnels qui offre des services et un public, plus particulièrement des patients, qui demande des services¹⁰. Puisque «le patient peut être perçu comme un client cherchant à satisfaire un besoin, comme un consommateur de soins», il s'agit de définir une approche plus pragmatique, plus opérationnelle de la santé mentale dans le sens «que la psychiatrie de consommation s'adapte à des besoins changeants et offre un service diversifié» (Lalonde *et al.*, 1976, 1843). Il s'agit d'une conception qui définit la santé mentale sur la base d'un marché avec une offre et une demande; il s'agit de considérer les deux bouts de la relation de consultation : d'une part, la requête du patient est-elle appropriée, suffisante, réalisable et est-elle du ressort d'une équipe de santé mentale? D'autre part, les services développés par l'équipe soignante, à travers la diversité de ses membres, peuvent-ils satisfaire et répondre à la demande du consultant? Cette approche exige une négociation, c'est-à-dire «un dialogue entre le patient et le clinicien dans le but de s'entendre sur une solution». «Une période de discussion est nécessaire à l'élaboration d'une réponse (à la requête) qui soit le plus possible à la satisfaction des deux parties en cause.» (Lalonde *et al.*, 1976, 1845).

Une démarche de ce type exige avant tout *que la demande du patient soit écoutée* telle qu'elle est : qu'on laisse le patient exprimer sa demande et qu'on la comprenne sans idées préconçues. En effet, il faut souligner que l'attitude du clinicien au cours de l'entrevue d'évaluation consiste parfois à poser des questions dans un sens précis et de la sorte à biaiser l'entrevue ou encore à analyser les propos libres du patient à partir de schèmes conceptuels pré-établis; ceci ne permet évidemment pas de voir ce qu'est vraiment la demande du patient et explique beaucoup de malentendus et d'insatisfactions, le patient ne trouvant pas de réponse à sa demande qui n'a pas été comprise, et le clinicien ne trouvant pas de preneur pour les divers services qu'il offre au public. Une approche qui trouve des réponses plus adaptées à des besoins très concrets respecte à la fois la variété des demandes du patient et la variété des services cliniques de l'équipe soignante.

L'esprit d'équipe ne peut se réaliser que si chacun de ses membres est capable de définir son domaine d'activité et sa compétence professionnelle propre, non pas vis-à-vis des autres professionnels de l'équipe mais avant tout vis-à-vis du monde extérieur avec qui il a à travailler. Les membres de l'équipe n'ont pas tant à faire reconnaître leur spécificité et leur compétence à l'intérieur de l'équipe — ce qui aboutit dans bien des cas à des discussions stériles et à des querelles de juridiction — mais bien plutôt à l'extérieur de l'équipe à l'égard des personnes de référence, du public et des patients possibles. La délimitation d'une spécificité professionnelle n'interdit pas les zones de recouvrement interdisciplinaire.

Une équipe soignante vraiment multidisciplinaire et démocratique reconnaîtrait une compétence et une responsabilité égales à chacun de ses membres vis-à-vis de la personne qui consulte pour des difficultés à vivre sa vie. Les problèmes du partage des patients et de la prise de contact disparaîtraient et, avec eux, les désirs impossibles d'égalité absolue et les craintes d'un leadership dictatorial. L'équipe de santé mentale pourrait se définir simplement à partir des critères minimaux, comme un groupe de personnes travaillant en un même lieu, une clinique externe, et visant le même objectif, la santé mentale. Ceci n'empêcherait pas la collaboration et les échanges et ne nuirait pas aux apports multidisciplinaires. Certains s'en prendront peut-être à une telle conception parce qu'ils y verront une réaffirmation indue de l'individualisme. Nous ne le nierons d'ailleurs pas, en nous consolant du fait que l'individualisme peut être reconsidéré de façon positive (Riesman).

* * *

Le lecteur qui nous aura suivi jusqu'ici pourra se demander si la position que nous soutenons ne consiste pas elle aussi en une sorte de réductionnisme, à savoir une conception de la santé mentale en termes strictement psychologiques. Il est certain que notre exposé pourra peut-être par moments prêter le flanc à une telle critique. Mais ce que nous avons voulu réintroduire, c'est la dimension la plus aisément oubliée de la santé mentale, pour tenter de démedicaliser ou de «désocialiser» celle-ci. Les travers que nous dénonçons sont bien entendu des positions extrêmes, en fait, il existe dans la réalité différents degrés et différentes formes dans l'exclusion du psychologique.

Au départ, nous sommes toujours confrontés à un sujet qui souffre, dont la parole est *en souffrance*, c'est-à-dire non parvenue à sa destination. Bien sûr, ce sujet est fait de chair et de sang; bien sûr, il est inséparable d'un réseau social précis. Mais la demande qu'il formule touche à ce que son existence a de plus personnel, de plus spécifique, puisque chaque individu est unique. Et c'est précisément d'abord pour cela que nous sommes là comme soignants pour écouter l'histoire d'un sujet, avec ses moments de croissance et d'arrêt, une histoire inséparable d'un corps et d'un environnement. Même si le langage ne guérit pas toujours, il est déjà important que le sujet puisse parler sa souffrance. (Le langage est le propre de l'homme!) Ce choix de nous attarder à l'individu (à l'Unique, dit Max Stirner) implique qu'on l'accueille tel qu'il est, sans déformer sa demande d'aide (toujours parlée) qui peut de façon prépondérante se situer à l'un ou l'autre niveau, biologique, psychologique ou social. Dès lors, ceci est étroitement lié à une conception de l'équipe soignante qui peut paraître «individualiste» à certains lecteurs. Mais le fait de respecter la spécificité de la demande du patient (sans la rabattre sur autre chose d'après nos propres intérêts ou préoccupations) va de pair avec une reconnaissance de la spécificité des réponses de chacun des membres de l'équipe, sans qu'il soit nécessaire de considérer que l'un d'entre eux est le «patron» au plan clinique ou administratif. Il s'agit simplement de reconnaître que chaque thérapeute est jusqu'à un certain point «unique» dans son domaine.

Les deux aspects de la problématique – la conception de la santé mentale (théorie) et le fonctionnement de l'équipe thérapeutique (pratique) – sont étroitement liés : si l'on reconnaît le patient comme une personne unique, l'on reconnaîtra aussi la valeur spécifique de chaque soignant.

NOTES

1. Le lecteur désirant avoir une vue globale du développement de la psychiatrie québécoise pourra se référer au numéro spécial de *L'information psychiatrique* sur «La Psychiatrie au Québec» (Lebeuf, 1967), à la thèse de Boudart (1975) et au compte-rendu du colloque sur la santé mentale portant sur la psychiatrie de secteur (Aird, Lecomte et Robitaille, 1976).
2. La psychiatrie, se définissant selon le modèle d'une science pure, visera à élaborer des diagnostics considérés comme des entités objectives et immuables. Ellenberger (1963) dénonce les illusions et les erreurs qui peuvent influencer les efforts des classificateurs en psychiatrie. Il ne s'en prend cependant pas à la validité des classifications et diagnostics. Il faut souligner que le diagnostic psychiatrique ne signifie rien s'il s'arrête aux seuls symptômes au lieu de considérer la dynamique affective et la signification du malaise présenté.
3. Dans un autre article portant sur la psychosomatique (Nérée, 1977), l'auteur se montre beaucoup plus nuancé concernant l'importance à donner, aux plans diagnostique et thérapeutique, respectivement à l'aspect somatique et à l'aspect psychique. «Toute maladie est, par définition, psychosomatique, simplement parce que tout phénomène vital est psychosomatique.» (p. 163).
4. C'est toute la différence entre supprimer et généraliser le prolétariat. L'écrivain Claude Gauvreau note justement : «Il ne s'agit pas de prolétarianiser le monde entier, mais d'abolir le prolétariat» (Réflexions d'un dramaturge débutant (1970), *Jeu*, n° 7, 1978, p. 35-36). Le manifeste est à lire en entier.
5. Les recherches épidémiologiques classiques (Hollingshead et Redlich à New Haven; Leighton à Bristol (Stirling County) en Nouvelle-Écosse; Srole, Langner et Rennie à Manhattan) – même si elles parviennent à démontrer la correspondance terme à terme de facteurs sociaux et de problèmes psychiatriques – ne parviennent cependant pas à se prononcer sur l'existence d'une relation de cause à effet entre les uns et les autres. Trop de variables non contrôlables entrent en ligne de compte pour permettre l'équation condition sociale/condition psychiatrique, à commencer par une distinction tranchée entre un problème d'ordre social et un problème d'ordre psychiatrique.
6. Sterlin (1976) va jusqu'à écrire que «dans toute société, c'est le fou qui est porteur du message contestataire le plus radical» (p. 118). On croirait entendre là un énoncé inspiré en droite ligne de l'antipsychiatrie. Il n'en est rien, puisque par ailleurs le même auteur (Sterlin, 1977) s'en prend violemment à l'antipsychiatrie qu'elle soit clinique ou politique. Il est à se demander où finit la néopsychiatrie et où commence l'antipsychiatrie.
7. Nous avons traité des thèmes de la perte de l'objet et du travail de deuil dans un article récent (Pelsser, 1980) où nous avons montré qu'il s'agit d'expériences que tout être humain fait, et a à faire, au cours de son existence et que la psychothérapie, par le biais d'une relation de langage, permet de répéter.
8. À titre indicatif, le lecteur pourra se reporter à un article de Freud, «Traitement psychique ou mental» (*Standard Edition*, vol. VII, p. 283-302), qui est paru à l'époque (1895) dans une encyclopédie médicale populaire mais qui reste très actuel par le sujet qu'il aborde : la possibilité de la thérapie par le langage.
9. Cf. *Règlement en vertu de la loi sur les services de santé et les services sociaux* : art. 3.2.1.2. inscription et art. 3.2.1.3. admission, correspondant respectivement à consultation et hospitalisation.
10. Cette approche est inspirée des intéressants travaux de Lazare et Eisenthal du Massachusetts General Hospital de Boston.

RÉFÉRENCES

- AIRD, G., Y. LECOMTE et M. ROBITAILLE, 1976, Psychiatrie de secteur : dix ans après. *Santé mentale au Québec*, vol. 1, n° 1, p. 26-53.

- AMYOT, A. et J.-G. LAVOIE, 1976, La psychiatrie communautaire : la continuité des soins. *L'Union Médicale du Canada*, tome 105, p. 1831-1837.
- BERNARDOT, A., 1973, *La responsabilité médicale*. Sherbrooke, Presses de l'Université de Sherbrooke, (surtout chap. 2).
- BERNARDOT, A., 1976, La responsabilité civile de l'étudiant en médecine, de l'interne et du résident. *Revue de droit* (Université de Sherbrooke), vol. 6, n° 1, p. 341-374.
- BLANCHET, L., 1978, La santé mentale à Pointe St-Charles : vers une prise en charge collective. *Santé Mentale au Québec*, vol. 3, n° 1, p. 36-43.
- BOUDART, Y., 1975, *Expérience d'un an de résidence à Montréal : À la découverte de la psychiatrie québécoise*. Mémoire pour le certificat d'études spéciales en psychiatrie. Paris, Université de Paris VII.
- BRUNET, M., 1976, L'équipe multidisciplinaire, une dure réalité. *Critère*, n° 14 (La santé, 2), p. 67-76.
- CHAPDELAIN, J.-F., 1977, Le rôle du travailleur social dans l'équipe multidisciplinaire en milieu de santé. *Intervention*, n° 48, p. 7-12.
- ELLENBERGER, H.F., 1963, Les illusions de la classification psychiatrique. *Les mouvements de libération mythique*. Montréal, Éditions Quinze, 1978, p. 93-116.
- GUAY, S., 1978, Autonomie et responsabilité professionnelle. *Les cahiers du psychologue québécois*, vol. 1, n° 5-6, p. 15-17.
- HAWORTH, J., 1971-1972, A sectorized psychiatry experience : changing roles for social workers. *Intervention*, n° 36, p. 20-25 ; n° 37, p. 4-12.
- KIELY, M.C. et D. MOREAU, 1975, Psychologie communautaire, *Courrier-cours* (Corporation professionnelle des psychologues du Québec), vol. 2, n° 1.
- LALONDE, P., J.-F. DENIS et M. CARRIÈRE, 1976, La psychiatrie de consommation : une nouvelle compréhension de la demande du patient. *L'Union Médicale du Canada*, tome 105, p. 1843-1849.
- LEBEUF, J. (dir.), 1967, La psychiatrie au Québec. *L'Information psychiatrique*, vol. 43, n° 4.
- LEMAY, M., 1973, Le travail pluridisciplinaire. *Psychopathologie juvénile*. Paris, Fleurus, tome 2, chap. 12, p. 1095-1166.
- MARTEL, R., 1976, Aspects juridiques de la faute professionnelle médicale. *Critère*, n° 14 (La santé, 2), p. 233-248.
- NÉRÉE, A., 1978, De l'émotion à la somatisation syndromatique : essai sur l'étiopathogénie des troubles psychophysiologiques. *La vie médicale au Canada français*, vol. 7, p. 160-166.
- NÉRÉE, A., 1979, Pour une psychiatrie médicale. *La vie médicale au Canada français*, vol. 8, p. 47-50.
- PELSSER, R., 1980, La perte de l'objet et le travail de deuil au cours du processus psychothérapeutique. *Bulletin de psychologie* (à paraître).
- RICHARD, H., 1975, Le psychologue, la société et la santé mentale, *Courrier-cours* (Corporation professionnelle des psychologues du Québec), vol. 2, n° 2.
- ROY, J.-Y., 1977, *Être psychiatre*. Montréal, L'Étincelle.
- STERLIN, C., 1973, Pour une théorie de l'équipe en psychiatrie communautaire. *La vie médicale au Canada français*, vol. 2, p. 839-842.
- STERLIN, C., 1976, Bases théoriques de la psychiatrie communautaire. *L'Évolution psychiatrique*, vol. 41, n° 1, p. 105-122.
- STERLIN, C., 1977, Les contestations contemporaines de la psychiatrie : de l'antipsychiatrie à la néopsychiatrie. *Philosophiques*, vol. 4, p. 251-260.

SUMMARY

The author is looking into the problem of multidisciplinarity in mental health : through a theoretical conception of mental disease and from a more practical point of view through the actual functioning of a treating team in mental health. He tries to develop two thesis : 1) physical or social criteria cannot define madness, it has to be studied from a psychological point of view : madness is a personal as well as a psychical fate, a difficulty in facing the different levels and crisis of existence where the physical and social factors are secondary : the specific character of mental health resides in its psychological dimension ; 2) the functioning of the treating team is analyzed according to three main models : autocratic, anarchic and democratic : the concept of a treating team in mental health can only be understood if each of its members express himself in an autonomous way and according to his own competencies with regard to the public : this would protect the multidisciplinary team from the dangers of an autocratic leadership or of an anarchic functioning.