

Pratiquer la psychothérapie dans un CSSS : une utopie ?

Vincent Cardinal

Volume 24, numéro 2, automne 2015

Le devenir de la psychanalyse. Que nous disent les pratiques institutionnelles ?

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1036535ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1036535ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Santé mentale et société

ISSN

1192-1412 (imprimé)

1911-4656 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Cardinal, V. (2015). Pratiquer la psychothérapie dans un CSSS : une utopie ? *Filigrane*, 24(2), 117–135. <https://doi.org/10.7202/1036535ar>

Résumé de l'article

L'auteur s'interroge sur la pratique de la psychothérapie d'orientation analytique en institution et ses conditions de possibilité dans le contexte d'une transformation radicale du milieu de la santé mentale au Québec. Il met en lumière les écueils d'une telle pratique et les vecteurs qui freinent ou qui propulsent certaines formes de psychothérapie dans le champ de la santé mentale en institution. Deux formes de pensée et leurs répercussions sur le système de soins sont examinées : l'introduction des neurosciences et de la pensée gestionnaire sont au centre de ce débat. Enfin, l'auteur propose un modèle de soins qui tente de concilier une perspective psychanalytique et l'allocation des ressources disponibles dans un milieu institutionnel de soins en santé mentale jeunesse.



Pratiquer la psychothérapie dans un CSSS¹ : une utopie ?

Vincent Cardinal

L'auteur s'interroge sur la pratique de la psychothérapie d'orientation analytique en institution et ses conditions de possibilité dans le contexte d'une transformation radicale du milieu de la santé mentale au Québec. Il met en lumière les écueils d'une telle pratique et les vecteurs qui freinent ou qui propulsent certaines formes de psychothérapie dans le champ de la santé mentale en institution. Deux formes de pensée et leurs répercussions sur le système de soins sont examinées : l'introduction des neurosciences et de la pensée gestionnaire sont au centre de ce débat. Enfin, l'auteur propose un modèle de soins qui tente de concilier une perspective psychanalytique et l'allocation des ressources disponibles dans un milieu institutionnel de soins en santé mentale jeunesse.

Comme le laisse entendre le titre de mon article, je suis de plus en plus préoccupé par la place que peut prendre la psychothérapie analytique à l'aube de ce XXI^e siècle dans les institutions de santé mentale au Québec. Je travaille maintenant depuis plusieurs années au sein d'une équipe de santé mentale jeunesse qui fait partie d'un établissement du Réseau de la santé et des services sociaux. Ma pratique est celle d'un clinicien en contact quotidien avec la souffrance psychique d'enfants et d'adolescents âgés entre quatre et dix-sept ans. C'est donc à partir de mon regard de clinicien d'orientation analytique que j'aborderai dans les lignes qui suivent certains des aspects les plus essentiels de mon travail de psychothérapeute en institution ; je pense ici aux questions de cadre et de processus qui sont aux fondements même de la méthode psychanalytique. En fait, peu d'auteurs, à ma connaissance, ont tenté d'articuler ces questions avec la pratique actuelle de la psychothérapie d'orientation analytique au sein de ces milieux de travail qui lui sont maintenant devenus de plus en plus étrangers. Les institutions de soins en santé mentale se sont en effet grandement transformées au cours des deux dernières décennies et ces transformations ont eu un impact majeur sur la pratique clinique de nombreux psychothérapeutes d'orientation analytique. Si certains auteurs ont bien décrit certains de ces impacts, d'autres enjeux

sont restés complètement ignorés. C'est le cas par exemple du plan d'intervention en santé mentale que chaque clinicien est obligé d'intégrer dans sa pratique. Nous verrons plus loin que sa logique interne entre en conflit avec la logique du processus de soin psychanalytique et crée, à terme, un effet d'empêchement.

À un autre niveau, on a souvent décrit la mise en place de psychothérapies à durée déterminée au sein des établissements en santé mentale comme une action qui porte atteinte au cadre de la psychothérapie d'orientation analytique et à son mode d'action par le transfert (Zaloum, 2014). Si on peut déplorer à bon droit ces atteintes répétées au cadre de la psychothérapie analytique, je pense qu'il faut aussi porter notre regard un peu plus loin et chercher à comprendre davantage ce qui sous-tend cette dévaluation de notre modèle de référence. Mettre en cause les seuls *impératifs de productivité* (Zaloum, 2014), *d'efficience et d'efficacité* (Levert, 1999) qui existent actuellement au sein de notre système de santé n'est pas suffisant pour rendre compte de l'ampleur et de la complexité du phénomène. Je propose ici de montrer comment l'effet combiné de deux tendances lourdes au sein du Réseau de santé mentale va rendre la pratique de la psychothérapie d'orientation analytique de plus en plus difficile. Je décrirai un peu plus loin comment l'apparition des neurosciences et de la pensée gestionnaire dans un espace occupé auparavant par la psychanalyse a mis en question de manière radicale la pratique de la psychothérapie analytique en institution. Pour ce faire, j'examinerai deux des enjeux qui m'apparaissent les plus emblématiques de cette crise majeure que nous traversons. Je veux parler ici de l'objectivation du rapport à l'autre et de la rationalisation du soin psychique. C'est à travers la figure de l'expert en santé mentale et la question de l'utilisation du temps en psychothérapie que je développerai mon argumentaire.

Le clinicien comme expert du comportement

Il y a quelques années déjà, Laperrière (1999) a décrit dans « Le malaise de l'imposteur » le dilemme éthique dans lequel se retrouve tout clinicien d'orientation analytique qui tente « d'accorder » sa méthode de travail à celle de « l'offre de service » de son établissement. Prenant appui sur son expérience de psychologue au sein d'un service de pédopsychiatrie de la région de Montréal, il montre comment ce décalage s'articule autour de deux pôles principaux qu'il désigne comme la place du clinicien en tant qu'expert et l'attitude de ce dernier vis-à-vis des symptômes de l'enfant.

Pour résumer brièvement son propos, disons que le principal dilemme du clinicien d'orientation analytique est de prêter le flanc à une sorte de méprise quant à la véritable nature de son expertise. Alors qu'on lui prête la qualité d'un « expert » qui sait, à l'aide d'une méthode précise et d'un traitement spécialisé, faire disparaître le symptôme de l'enfant, le clinicien d'orientation analytique adopte à cet égard une toute autre attitude. D'abord, il s'agit moins pour lui d'éliminer le symptôme que d'en comprendre la signification dans l'équilibre psychique de l'enfant et celui de sa famille. Ensuite, il lui est assez difficile d'appliquer dans sa pratique une méthode de traitement standard dont tous les paramètres seraient connus et fixés à l'avance. Ainsi, là où on attend de lui qu'il possède une connaissance à priori du malaise psychique de l'enfant et de la méthode précise qu'il doit utiliser, il propose plutôt l'idée que cette connaissance ne peut être acquise qu'à travers la rencontre avec cet enfant singulier dans une « co-construction » transféro-contre-transférentielle. La méthode de travail qu'il utilise comporte donc une part d'incertitude liée à la nature même de son travail qui est de s'intéresser aux effets de l'inconscient dans la vie d'un sujet. Comment dès lors peut-il devenir un expert de quelque chose qui est par définition imprévisible?

Nécessairement, pour lui, le dilemme est double: mis en position de s'inscrire dans la visée soignante de son établissement qui le désigne comme expert du mal-être de l'enfant, le clinicien d'orientation analytique ne peut se retrouver qu'en porte-à-faux face à lui-même et face aux autres. S'il choisit de rester fidèle à l'éthique de sa méthode, il trahit l'idéal qu'on lui prête et qu'il endosse jusqu'à un certain point du fait de son alliance de travail avec son établissement. Par contre, s'il s'en éloigne, il creuse un écart plus ou moins grand entre son idéal de la pratique et sa pratique elle-même. De ces deux positions ne peut naître qu'un malaise: *le malaise de l'imposteur*.

En fait, si les travaux de Laperrière ont bien fait ressortir la position délicate qu'occupe tout clinicien d'orientation analytique au sein de certains établissements de soins en santé mentale, ils ont aussi mis en exergue les transformations profondes qu'a subies la pédopsychiatrie québécoise au tournant des années 1990-2000. Sans qu'il le dise expressément, Laperrière laisse entendre que ces transformations ont eu deux impacts majeurs. D'une part, elles ont eu pour effet de faire basculer le modèle de soin d'inspiration psychanalytique qui existait jusque-là vers un modèle de soin tout à fait différent qu'il assimile à celui de la médecine somatique. Et d'autre part, elles ont eu pour effet de ramener la valeur informative du symptôme à sa

seule valeur descriptive. L'on comprend alors de son propos qu'à la suite de ces transformations radicales, l'univers du soin psychique ne sera plus basé sur le postulat d'un sujet divisé en lui-même, c'est-à-dire entre une partie consciente et une partie inconsciente, mais qu'il sera plutôt basé sur une autre vision du sujet qui ramène ce dernier à ses manifestations essentielles, observables, regroupées sous différentes entités diagnostiques tel qu'en fait foi le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM IV)².

Presque vingt ans plus tard, mes propres observations m'amènent à penser que cette tendance à poser le clinicien en expert du comportement, loin de s'estomper, n'a fait que s'accroître. Mais là où le bât blesse plus particulièrement, c'est que cette transformation du modèle de soins s'est aussi accompagnée en même temps d'un processus d'objectivation toujours plus grand du rapport que l'on établit avec l'enfant³. Déjà à la fin des années 1990, Corin (1996) avait montré comment le secteur de la santé mentale au Québec était sous l'influence « d'une approche objectiviste, en pure extériorité, des phénomènes psychopathologiques » (p. 337). Ce que nous montre à mon avis l'organisation actuelle des services sous la forme de cliniques spécialisées en santé mentale, est cette tendance à l'objectivation du sujet par opposition au processus de subjectivation que tente la psychanalyse. Or, d'une certaine façon, on pourrait dire que cette disposition à considérer le clinicien comme expert du comportement et celle qui consiste à se mettre à distance de la subjectivité de celui qui consulte sont les deux faces d'un même phénomène. À nouveau, les propos de Corin (1996) sont assez éclairants : « Sur le plan de la psychopathologie, les méthodes de diagnostic visent de plus en plus à saisir les symptômes dans leur extériorité, à partir de grilles et de critères qui visent à diminuer ou à éliminer la part prise par la subjectivité dans l'évaluation des symptômes et dans le diagnostic » (p. 336). Ces transformations du modèle de soins nous amènent ainsi à travailler aujourd'hui au sein d'un système dont la logique interne est organisée de telle manière que l'idée d'un sujet ayant une psyché est en voie d'être évacuée totalement. Cette tendance culmine à l'aube du XXI^e siècle avec l'idée que la maladie mentale est essentiellement une maladie du cerveau et qu'elle est réductible à un agencement défectueux de neurones et de neurotransmetteurs. L'essor des neurosciences en marque presque le couronnement.

La neuroscience au secours du clinicien

En 1998, Eric R. Kandel publie dans l'*American Journal of Psychiatry* un article qui va avoir un retentissement considérable sur la communauté

psychiatrique. Kandel est un psychanalyste de la première heure⁴ qui croit que le temps est venu de modifier de fond en comble notre approche de la maladie mentale et d'y intégrer les données de plus en plus nombreuses des neurosciences. Dans « Un nouveau cadre conceptuel de travail pour la psychiatrie », il pose plusieurs des principes qui devraient selon lui être à la base de notre compréhension des processus mentaux complexes, y compris de ceux qui gouvernent la psychopathologie. Ce texte est particulièrement éclairant dans la mesure où il met en perspective les fondements d'un *certain courant* de pensée de la pédopsychiatrie actuelle. Or c'est sur cet arrière-fond conceptuel que se déploient les interrelations entre les cliniciens de première ligne dont je fais partie et ceux de la deuxième ligne en pédopsychiatrie. Cet aspect de la question est loin d'être anodin car c'est justement vers cette « deuxième ligne » que sera orientée toute demande de soins spécialisés qui n'aura pas pu être traitée en première ligne. Nous verrons un peu plus loin les limites parfois évidentes que cela comporte. Mais pour l'instant, j'ai choisi de reproduire un passage particulièrement significatif du texte de Kandel (2002) :

La base du nouveau cadre conceptuel de travail pour la psychiatrie est que tous les processus sont biologiques, et qu'ainsi toute altération dans ces processus est nécessairement organique.

Comme c'est évident dans le DSM IV, la classification des troubles mentaux doit être basée sur des critères autres que la présence ou l'absence de grossières anomalies anatomiques. L'absence de changements structuraux détectables ne doit pas éliminer la possibilité que des changements biologiques plus subtils mais pas moins importants interviennent. Les changements peuvent simplement se situer en deçà des seuils de détection des techniques toujours limitées dont nous disposons aujourd'hui. Démontrer la nature biologique du fonctionnement mental exige des méthodes anatomiques plus sophistiquées que l'histologie microscopique des pathologistes du XIX^e siècle. Pour clarifier ces questions, il sera nécessaire de développer une neuropathologie des maladies mentales qui soit basée autant sur la fonction anatomique que sur la structure anatomique. Les techniques d'imagerie telles que la tomographie à émission de positron et la résonance magnétique fonctionnelle ont ouvert la voie d'explorations non invasives du cerveau humain à un niveau de résolution qui commence à approcher celui qui est requis pour comprendre les mécanismes physiques des processus mentaux et ainsi des troubles mentaux.

Cette approche est maintenant appliquée à l'étude de la schizophrénie, des troubles obsessionnels et compulsifs et des troubles anxieux. (p. 28)

En réalité, le nouveau cadre conceptuel que Kandel veut proposer à la psychiatrie est avant tout un cadre de pensée qui met la neurobiologie au centre de toute forme de réflexion sur les phénomènes de l'esprit. Et c'est dans cette optique qu'il appelle la psychiatrie à se renouveler en centrant dorénavant la formation des psychiatres sur la biologie, la génétique, les neurosciences, etc. Comme il le dit lui-même, le futur psychiatre devra avoir les connaissances d'un expert s'il veut prendre le tournant du *xxi*^e siècle : « Ils auront besoin de la connaissance d'un *expert*⁵, une connaissance peut-être différente mais tout à fait comparable à celle d'un neurologue bien entraîné » (2002, p. 33). Ce nouvel *expert* que l'auteur appelle de tous ses vœux apparaît cependant beaucoup moins préoccupé par le monde des pensées inconscientes que celui des processus cognitifs complexes. Dans le nouvel ordre psychiatrique qui va naître au tournant des années 1990-2000, il sera ainsi de moins en moins question de psyché et de fantasmes, mais de plus en plus de processus mentaux et de leur substrat neurophysiologique. Si Kandel ne se désintéresse pas complètement de la psychothérapie, elle semble plutôt se résumer pour lui à ce qu'elle peut nous révéler des changements anatomiques qu'elle produit dans le cerveau d'un sujet.

[...] il est fascinant de suggérer que dans la mesure où la psychothérapie apporte avec succès des modifications sensibles dans le comportement, elle le fait en produisant des modifications dans l'expression génétique qui produisent des changements structuraux dans le cerveau. Cela devrait évidemment être aussi vrai pour le traitement pharmacologique. Le traitement de la névrose ou des troubles du caractère par une intervention psychothérapique devrait, si elle est réussie, produire aussi des changements fonctionnels et structurels. Nous sommes confrontés à l'intéressante possibilité que, puisque les techniques de neuro-imagerie s'améliorent, ces techniques puissent être utiles non seulement pour le diagnostic de maladies névrotiques variées mais aussi pour suivre les progrès de la psychothérapie. (2002, p. 32)

À peine une décennie plus tard, il est frappant de constater comment le souhait de Kandel semble être en voie de se réaliser. L'on constate alors une recherche accrue des causes de la maladie mentale du côté de la

neurobiologie et une dévalorisation concomitante de la psychothérapie au profit de techniques d'intervention manualisées. La vignette clinique suivante viendra illustrer ce constat.

Nous référons au service de pédopsychiatrie d'un grand hôpital montréalais un jeune patient de quatre ans que nous avons évalué pour divers troubles de développement. L'aspect le plus préoccupant de sa situation semble être sa difficulté à se séparer de ses figures parentales, ce qui est aussi mis clairement en relief par le test de Patte Noire. Des atteintes cognitives sont aussi notées, ainsi qu'un retard de langage. Lors de notre échange avec la jeune pédopsychiatre qui s'occupe de l'enfant, nous présentons les résultats de notre évaluation en soulignant comment les aspects affectifs nous semblent en interaction avec les autres aspects de son développement qui sont préoccupants. Or, malgré des signes cliniques manifestes de la forte présence d'une angoisse de séparation, ces symptômes seront essentiellement perçus comme un dérèglement de son développement neuronal. La piste d'un trouble d'origine affective sera écartée assez rapidement et divers examens en neurologie seront demandés par la suite. En fait, toute une partie de notre échange sera accaparée par la recherche d'éléments de notre évaluation pouvant supporter ou non l'atteinte de certains critères du DSM IV. Et bien peu de temps aura été passé à discuter de l'histoire du développement de cet enfant. Par exemple, dans quel type d'environnement familial a-t-il été accueilli à sa naissance? Ou encore, quelles ont été les modalités des premiers soins qu'il a reçus? A-t-il reçu des soins d'une mère disponible et apaisée ou d'une mère inquiète et angoissée à la perspective d'une rupture imminente avec son conjoint? Et ce père, se reconnaissait-il dans cet enfant dont l'arrivée a provoqué chez lui une dépression profonde? Se peut-il que l'angoisse de séparation si forte chez cet enfant entre en résonance avec un drame conjugal ancien et que ses comportements difficiles, lors des moments de séparations, n'en soient que l'écho lointain? Du coup, on pourrait se demander s'il n'y a pas quelque chose dans le symptôme de l'enfant qui est partagé en partie par ses parents et qui confère à ce dernier une valeur familiale plutôt que strictement individuelle? Alors comment traiter toutes ces perspectives?

Évidemment, l'ensemble de ces questions n'est pas de nature à établir des critères diagnostiques pour le DSM IV de manière fiable. Mais elles ont le mérite d'élargir le champ des possibles, d'écarter un déterminisme unidimensionnel et d'ouvrir sur plusieurs pistes de travail. Finalement, cet

enfant recevra des services d'orthophonie pour son trouble de langage et des services de rééducation pour ses difficultés de comportements à la garderie et à la maison. Mais pas de service de... psychothérapie!

Rationalité et gestion

Lorsqu'on jette un coup d'œil sur l'ensemble des transformations qui ont eu lieu au sein des institutions en santé mentale au Québec, « la modernisation » de la pensée psychiatrique apparaît évidemment comme un facteur d'importance. Mais il faut aussi tenir compte à mon avis d'un autre élément essentiel qui est la place de plus en plus grande que vont prendre au cours de ces vingt dernières années les sciences de la gestion. Depuis l'an 2000 en effet, le Gouvernement du Québec s'est doté d'une « Loi sur l'administration publique » qui encadre la gestion de tous les établissements publics qui sont sous sa responsabilité. La Loi 89 fixe ainsi les grands paramètres de ce cadre de gestion auxquels tous les établissements du Réseau sont soumis, y compris ceux de santé mentale. Ces grands principes, que l'on retrouve aux articles 1 à 5 de la Loi, sont essentiellement basés sur des concepts de gestion moderne tels que la *reddition de comptes* ou l'*atteinte des résultats*. Pour un établissement du Réseau public, ces principes font partie intégrante de sa gouverne et ils constituent le « méta cadre » institutionnel dans lequel la psychothérapie viendra éventuellement prendre sa place.

Mais la gestion ne se résume pas qu'à l'application de quelques grands principes directeurs. Elle est aussi une forme de pensée organisée qui se décline en plusieurs types de processus. Bergeron (2001, p. 12) proposait par exemple de voir la gestion « [...] comme l'intégration efficace de la planification, de l'organisation, de la direction et du contrôle des ressources humaines, financières et matérielles pour atteindre des objectifs précis ».

En fait, tout comme pour la psychanalyse, les sciences de la gestion ont une histoire relativement récente. Celle-ci trouve en partie son origine dans les idées d'un certain Adam Smith (1723-1790), auteur, philosophe et économiste anglais du XVIII^e siècle. Père du libéralisme économique, il est considéré par plusieurs comme l'un des tout premiers à avoir énoncé le concept de *division du travail*. Dans son livre « Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations », Smith postule que l'efficacité des travailleurs se trouve grandement améliorée lorsque chacun d'eux se spécialise dans une étape précise du processus de production. Cette idée, qui sera reprise un peu plus tard par l'américain Frederick Taylor (1859-1915), donnera naissance à ce que l'on a appelé l'*organisation scientifique du travail*. Taylor constate

en réalité que le travail au sein des grandes entreprises reste mal structuré, trop soumis aux comportements aléatoires des individus qui les composent. Pour pallier cet inconvénient majeur du système de production, il prône une évaluation rigoureuse du travail de chacun afin d'en dégager un modèle le plus précis possible. En fait, c'est cette « modélisation » du travail à la fois en termes de temps et de processus qui donne aux travaux de Taylor son caractère scientifique. Appliquées en milieu industriel, les idées de Taylor ont induit des progrès considérables à une industrialisation déjà en pleine croissance. Mais c'est alors tout le caractère artisanal du travail de l'homme qui disparaît avec le temps.

À peu près à la même époque, Max Weber (1864-1920) formalise ce que l'on a appelé depuis le *courant bureaucratique* (Bergeron, 2001). Dans son esprit, la productivité d'une organisation devait être en relation directe avec sa capacité à pouvoir utiliser de manière rationnelle les ressources disponibles dans son environnement. Weber développe pour ce faire tout un ensemble de principes essentiels au bon fonctionnement d'une organisation. Il juge par exemple que l'application uniforme des normes et des règlements au sein de celle-ci est de nature à accroître sa productivité et son efficacité. D'une certaine façon, Weber est le père de nos organisations bureaucratiques modernes.

Au terme ce bref survol historique, que faut-il retenir ? Je propose deux lectures possibles. La première est qu'on peut très bien imaginer que les précurseurs de la gestion moderne avaient dès le départ l'idée d'un monde essentiellement gouverné par les principes de la Raison. Un Adam Smith, par exemple, n'a pu qu'être influencé par les idées des philosophes des Lumières de qui il était un contemporain. De plus, ce monde gouverné par les principes de la Raison est aussi un monde en pleine transformation. L'industrialisation qui naît en Angleterre vers les années 1750 va conduire à une exploitation de plus en plus grande des ressources tant humaines que matérielles ; il faut tirer parti au maximum du travail humain quel qu'en soit le coût. Avec Taylor, la perspective change. Il n'est plus question de laisser les choses *au hasard* : observation, quantification, planification et organisation sont les maîtres mots de la gestion moderne. En fait, on pourrait ajouter à sa suite que les *sciences de la gestion* sont une tentative d'appliquer aux affaires humaines un effort constant de rationalisation des ressources disponibles en vue d'atteindre un certain nombre de résultats, et ce, peu importe le domaine d'application. De cet effort naît un mode de pensée et une logique que j'appelle « la pensée gestionnaire ». C'est ce qui introduit mon deuxième point.

Dans la pensée gestionnaire, la psychothérapie quelle qu'elle soit est pensée comme un produit du travail humain et à ce titre, elle est soumise à l'intérieur d'une organisation aux mêmes impératifs de qualité, d'efficacité et de productivité que s'il s'agissait d'un bien manufacturé. La pensée gestionnaire est aussi animée par un impératif de prévisibilité et c'est ce qui fait qu'elle doit laisser le moins de choses possibles au hasard : c'est en fait l'idée maîtresse derrière le plan d'intervention. Toutefois, un tel impératif de prévisibilité met à mal les processus transitionnels nécessaires au processus thérapeutique, comme nous le verrons un peu plus loin.

De mon point de vue, c'est donc l'intégration de plus en plus grande de cette forme de pensée au sein des institutions de soins en santé mentale qui va accélérer le mouvement de transformation du modèle de soins qui existait jusque-là. Contrairement à une époque où le modèle de soins était essentiellement psychanalytique et déterminait notre façon d'intervenir auprès des patients, aujourd'hui c'est le *cadre de gestion* d'un établissement qui détermine une bonne partie de notre rapport au soin psychique. Mais cela complexifie le terrain de la pratique clinique où ces deux formes de pensée s'affrontent avec leur logique propre, dès lors que le clinicien d'orientation analytique cherche à mettre en place son propre cadre de soin.

L'utilisation du temps en psychothérapie

Dans le récit qu'il fait de son travail avec « L'homme aux loups » Freud suggère que l'analyste (ou le psychothérapeute) devrait pouvoir adopter une attitude similaire à celle de l'inconscient qui est « atemporelle ». Il ajoute aussi qu'il devrait renoncer à une « ambition à courte vue », surtout s'il rencontre des difficultés particulières avec son patient et s'il veut apprendre quelque chose d'utile à son sujet. D'une certaine façon, on pourrait dire que la logique qui sous-tend le dispositif de soin psychanalytique est du même ordre. Habituellement, hormis dans certaines formes de psychothérapie brève d'inspiration psychanalytique, il ne vient pas à l'esprit de l'analyste ou du thérapeute d'orientation analytique de fixer un délai à la terminaison de la cure ou du traitement⁶. En fait, celle-ci est plutôt déterminée par un certain nombre de paramètres qui lui sont à la fois internes et externes. Dans cette optique, on peut penser qu'un des aspects qui caractérise le mieux le traitement psychanalytique est celui de pouvoir se déployer dans un temps indéterminé. Or, dans le cadre institutionnel qui est le mien, cette logique du temps propre au processus psychanalytique va s'opposer à la logique temporelle des processus de gestion pour qui le rapport au temps

possède plutôt un caractère déterminé et prévisible. Comme le rapporte Zaloum (2014), on a souvent reproché à la psychanalyse de ne pas vouloir s'inscrire dans la rationalisation du soin. C'est-à-dire de ne pas suffisamment se préoccuper du contexte dans lequel elle s'inscrit, surtout lorsqu'il s'agit d'institution de soins publique. Mais on pourrait aussi renverser la proposition et faire valoir qu'en fait, ce qu'on lui reproche, c'est de ne pas vouloir s'inscrire dans une formule où le temps possède un caractère fini et dont le déploiement se fait de manière standard et prévisible. Dans le modèle actuel du soin psychique, le psychothérapeute d'orientation analytique se trouve ainsi dans la situation tout à fait paradoxale d'avoir à créer un processus de changement dans un temps *déterminé* alors que celui-ci prend nécessairement un temps *indéterminé*. Ces deux façons de voir illustrent parfaitement, selon moi, l'antinomie qui existe entre ces deux logiques qui sont au cœur même de ma pratique quotidienne. Nous verrons un peu plus loin comment ce même type de logique s'applique lorsque vient le temps d'élaborer un plan d'intervention dans le cadre d'un traitement avec l'enfant et/ou l'adolescent.

Par ailleurs, j'ai choisi d'isoler cette question du rapport au temps de son contexte d'existence plus large (mise en cause de la psychanalyse, de son efficacité, de sa scientificité, etc.) afin de mieux faire ressortir les points de friction qui existent entre une pratique d'inspiration psychanalytique et son contexte d'inscription en milieu institutionnel. En réalité, ces points de friction vont se cristalliser autour de la question du rapport au temps, c'est-à-dire du temps considéré comme une des mesures de l'efficacité et de la performance du traitement. L'extrait suivant nous renvoie à certains des principes fondamentaux qui déterminent en bonne partie mon cadre thérapeutique. Il est issu d'un cadre de gestion qui s'applique à l'intérieur du programme de santé mentale jeunesse pour tous les professionnels qui y travaillent. Il met de l'avant un type de traitement standardisé dont les balises temporelles sont connues à l'avance. Il suppose que les progrès du traitement sont mesurables et observables.

L'offre de service: le traitement.

La hiérarchisation des services de santé mentale reposant sur le développement de la première ligne, il s'ensuit la nécessité de diversifier les services offerts en 1^{ère} ligne en fonction des différentes problématiques de santé mentale. L'offre de service de l'équipe santé mentale jeunesse continuera donc à se déployer selon les modalités suivantes:

traitement des troubles mentaux qui inclut l'élaboration d'un plan d'intervention et douze (12) rencontres de suivi; la durée du traitement peut être réévaluée en fonction de l'atteinte des objectifs. (CSSS Ahuntsic Montréal Nord, 2014)

Dans ce court laps de temps et dans son enchâssement à l'intérieur des bornes bien définies du plan d'intervention, le « traitement analytique » a-t-il encore une chance d'exister? Certains auteurs en doutent. Pour Zaloum (2014), par exemple, la « possibilité de maintenir une pratique clinique essentiellement psychanalytique » (p. 37) réside dans le fait de pouvoir disposer d'un *temps suffisant* pour installer un processus de transfert. Elle définit le concept de *temps suffisant* comme le temps nécessaire pour établir un « transfert positif “suffisamment bon” » (p. 39). De son point de vue toujours, on ne saurait faire l'économie de rencontres assez rapprochées avec l'enfant pour pouvoir créer ce type de transfert. De la même manière, elle croit qu'une relation thérapeutique à durée déterminée ne saurait permettre d'atteindre cet objectif. Toutefois, si je me réfère aux principes de gestion qui encadrent ma pratique tels qu'ils ont été décrits un peu plus haut, il va de soi que les propositions de Zaloum ont peu de chance d'être entendues.

Pourtant, mon expérience de la psychothérapie avec de jeunes patients au sein d'un établissement de santé du réseau public m'amène à penser que certains succès y sont toujours possibles. Par exemple, j'ai pu constater à de nombreuses reprises comment de jeunes enfants, mais aussi des adolescents, ont pu tirer profit de nos rencontres. Pour certains, le traumatisme lié à la mort violente d'un parent et à l'absence de parole sur cet événement a pu être élaboré. Pour d'autres, l'échange autour de préoccupations du quotidien a lentement permis de mettre au jour des angoisses indicibles de morcellement. Cependant, je dois avouer que la plupart de ces succès ont été obtenus grâce à un travail de longue haleine avec eux. Si ces résultats ont pu être possibles, c'est aussi parce que je me suis prévalu de toute la marge de manœuvre que me laissait mon milieu de travail. J'ai ainsi utilisé à chaque fois les rencontres de réévaluation de ma « charge de cas » pour définir à nouveau avec mon gestionnaire les besoins de traitement de chaque enfant. C'est donc dire que j'ai été à même d'*élargir* le cadre de gestion préexistant et de l'adapter à ma méthode de travail avec les succès et les limites que cela suppose.

Je suis évidemment conscient de la précarité qu'une telle pratique engendre: un cadre thérapeutique qui tient à si peu pourrait basculer à tout moment, surtout quand il n'est pas inclus dans un méta-cadre institutionnel

qui le reconnaît et le soutient. Je ne pourrais pas non plus généraliser à partir de mon expérience et dire que l'ensemble des établissements du réseau de la santé publique offre au psychothérapeute d'orientation analytique les mêmes possibilités que j'ai eues jusqu'à maintenant. Je témoigne ici de mon expérience. Peut-être est-elle partagée par d'autres? Cela reste à voir.

Le plan d'intervention et son effet d'empiètement

Si je reviens maintenant à mon propos initial, j'aimerais mettre en lumière un second aspect de ma pratique qui rend difficile selon moi le travail de psychothérapie analytique dans un établissement comme le mien. Pour bien saisir ce dont je veux parler ici, il faut savoir que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (Loi 120 ou LSSSS) donne pour mandat à tous les établissements du réseau d'élaborer un plan d'intervention pour chacun des « usagers » qui y reçoit des services. Ce plan d'intervention, qui se veut le reflet des objectifs et des moyens qui sont mis en œuvre pour aider ceux-ci, doit être révisé de façon périodique (habituellement aux trois mois) afin de s'assurer de l'atteinte des objectifs et de la pertinence des moyens. Ainsi, comme tout autre professionnel qui offre des soins à un « usager », le psychothérapeute d'orientation analytique est tenu de répondre à cette obligation légale. Ne pas y consentir serait contraire à ses responsabilités professionnelles.

Toutefois, le problème avec une telle démarche, du moins de mon point de vue, est l'effet d'empiètement qu'elle provoque sur le processus thérapeutique. Par empiètement, j'entends ici l'effet que produit sur ce processus l'introduction d'un élément de la réalité extérieure; la répétition de cet effet dans le temps vient en compromettre la portée et en détourner le sens. Mon expérience m'a montré que la nécessité d'établir un plan d'intervention se révèle souvent dommageable pour le processus analytique. Curieusement, et pour une raison qui m'est inconnue, la littérature analytique reste totalement muette à cet égard.

En fait, tout réside dans la perspective que l'on adopte. La psychothérapie d'orientation analytique est un dispositif de travail spécifique qui demande le plus possible de se soustraire à la réalité factuelle pour se concentrer sur la réalité psychique du sujet. Cette *mise en suspens* temporaire de la réalité extérieure n'a pour but essentiel que de mieux recueillir et de mettre au jour certaines des manifestations les plus problématiques de la vie psychique d'un sujet afin qu'il puisse se les approprier et faire sens pour lui. Dans cette optique, tout ce qui constitue un rappel de la réalité extérieure

vient forcément faire effraction dans le processus de soin. Ainsi, en ramenant sur le devant de la scène des éléments de la réalité factuelle, le plan d'intervention agit dans le sens inverse de ce que souhaite le psychothérapeute d'orientation analytique. Alors que l'instauration du cadre analytique a pour but de favoriser l'émergence de contenus psychiques inconscients et préconscients, et donc d'un monde interne, le rappel de la réalité extérieure à intervalle régulier rend beaucoup plus difficile l'émergence de cette potentialité. C'est un peu comme si on demandait à un photographe travaillant dans une chambre noire d'ouvrir sa fenêtre sur l'extérieur sous prétexte d'y voir un peu plus clair. Tout le monde sait depuis l'apparition de la photographie que son développement en laboratoire demande le plus possible de travailler dans la pénombre: agir autrement mettrait en péril le travail de transformation de la pellicule en un support utilisable à d'autres fins par la suite. Pourtant personne ne songerait à traiter cette exigence de travail comme une frivolité!

Évidemment dans l'idée où le soin psychique doit répondre à certains des impératifs de gestion dont j'ai parlé plus tôt (rationalisation du temps, prévisibilité des moyens, etc.), il est clair que le plan d'intervention constitue un outil essentiel. Toutefois, dans la perspective qui est la mienne, le point de vue est radicalement différent. Si je ne peux me soustraire à son élaboration ni à sa production, j'essaie en revanche d'en limiter les effets sur le processus thérapeutique. Par exemple, dans les moments de rencontre avec l'enfant, j'essaie le plus possible de faire coïncider l'élaboration du plan d'intervention avec l'apparition de certains contenus préconscients qui peuvent être mis en lien avec sa souffrance et ses préoccupations du moment. À cet égard, plusieurs séances peuvent être nécessaires avant d'en arriver à un résultat satisfaisant. Autant que faire se peut, j'évite de remplacer un empiètement par un autre.

Gestion et psychanalyse : deux perspectives irréconciliables ?

Le courant actuel de rationalisation des soins en santé mentale est là pour rester et il m'apparaît évident que les logiques internes qui animent respectivement la théorie psychanalytique et la pensée gestionnaire sont aux antipodes l'une de l'autre. À moins de se désengager du réseau de santé public et de travailler essentiellement en marge de celui-ci, plusieurs cliniciens sont obligés de composer avec cette forme de pensée. Est-ce à dire que la fin de toute tentative d'exercer la psychothérapie d'orientation analytique en institution serait proche ?

Devant l'adversité, je crois qu'il faut faire preuve de créativité et de détermination. Et il nous faut aussi résoudre, d'une certaine façon, ce dilemme entre l'utilisation des ressources disponibles dans un réseau de service public et l'offre qui peut être faite du côté de la psychanalyse d'un traitement qui respecte certains de ses éléments les plus importants. J'ai décrit un peu plus tôt comment Zaloum (2014) voyait dans la possibilité d'établir un transfert suffisamment bon avec l'enfant (ou l'adulte) l'un des critères indispensables pour maintenir une pratique clinique essentiellement psychanalytique. La question du temps y était un élément indispensable dans la mesure où le modèle de référence sous-jacent était celui de la cure type avec la notion de transfert comme vecteur principal d'un processus de changement. Toutefois, les propositions de l'auteure soulèvent évidemment bien des questions sur ce qu'il convient d'appeler une « pratique essentiellement psychanalytique ». À cet égard, René Roussillon (1999) décrit très bien le dilemme qui se pose au clinicien d'orientation analytique lorsqu'il cherche à mettre en œuvre sa pratique au sein d'une institution publique. Ayant lui-même exercé longtemps dans un cadre institutionnel, il résume ici ce difficile travail de conciliation entre une pratique d'orientation psychanalytique et le cadre institutionnel dans lequel elle tente de trouver sa place :

Le contre-transfert institutionnel tend à dominer l'ensemble des modalités de traitement et à contraindre ses agents à adopter ses propres formations réactionnelles qui s'opposent au processus élaboratif et aux conditions de possibilité, au cadre de celui-ci⁷. [...] En effet, quelle que soit la pertinence des aménagements auxquels ils ont procédé pour adapter leur cadre aux particularités du processus psychique de leurs patients, il leur faut aussi prendre en compte le méta-cadre institutionnel qui les accueille et les définit socialement et, partant, symboliquement. Peut-on, dès lors, faire mieux que d'organiser des formations de compromis qui acceptent de faire des concessions sur l'idéal analytique pour tenter de sauvegarder quand même un certain jeu symbolique. Jusqu'où peut-on aller trop loin dans ce sens, et à partir de quel moment un tel travail peut-il encore être qualifié de psychanalytique? Telle est, sans doute, la question centrale à laquelle chaque praticien est, de fait, concrètement confronté et pour laquelle seul un creusement des fondements de la psychanalyse peut apporter un début de réponse. (p. 24)

Si je trouve les perspectives de Roussillon sur l'approfondissement de la méthode tout à fait intéressantes, elles ne couvrent malheureusement

qu'une partie du problème actuel. Comment concilier en effet les ressources humaines et matérielles disponibles dans un service public et une demande sans cesse croissante pour des services de qualité en santé mentale? Pour certains, il s'agit là de la quadrature du cercle. Pour ma part, je pense que les réponses qui ont été données jusqu'à maintenant à ce problème l'ont été essentiellement dans une seule perspective, c'est-à-dire celle de la rationalisation du soin psychique. Et ce, en bonne partie parce que nous avons déserté les espaces d'influence et de décision au sein de l'institution publique, là où il aurait pu être possible d'avoir une voix au chapitre à condition de s'y intéresser, bien sûr. Déjà en 1999, Carole Levert faisait un constat similaire au mien. Dans son article, « La psychanalyse au risque de l'institution », elle tenait les propos suivants :

Si certains psychanalystes tentent de s'approcher au plus près d'une écoute analytique, très peu pratiquent la psychanalyse stricto sensu dans un cadre institutionnel. Non seulement ceux qui la pratiquent sont-ils très rares, mais avant toute chose, très peu la défendent comme ayant droit de cité dans les institutions (hospitalières) par où une part de transmission pourrait s'opérer (ailleurs donc que dans les institutions psychanalytiques). (p. 85)

Malgré ce constat plutôt difficile, je trouve quand même une source d'inspiration potentielle dans le modèle de pratique qui nous est fourni par le Under Five Service de la Tavistock Clinic de Londres en Angleterre. Ce service de soins en santé mentale qui fait partie du réseau de santé public britannique arrive à trouver un juste équilibre entre des préoccupations cliniques propres aux praticiens de la psychanalyse et celles des gestionnaires d'un établissement de santé public. Sans entrer dans tous les détails de ce modèle de service, disons qu'il a été conçu pour répondre aux besoins des enfants de moins de cinq ans et de leurs parents aux prises avec des difficultés psychiques importantes. Le Under Five Service est composé d'une équipe de professionnels de plusieurs horizons et l'approche préconisée est centrée sur des interventions de courte durée (Quick-response psychoanalytically based interventions). Les interventions ne dépassent généralement pas cinq rencontres et se situent plutôt dans un contexte de crise familiale. Le critère des cinq rencontres peut être modifié selon les besoins et l'intervention peut se poursuivre au-delà de ce qui avait été pensé au départ. Cette souplesse du cadre fait partie intégrante de l'approche qui a été développée et on pourrait

presque dire qu'il s'agit ici d'un cadre *sur mesure* conçu pour s'adapter aux particularités des enfants et de leurs familles. L'attrait principal d'un tel modèle réside selon moi dans la possibilité qu'ont eue les praticiens de définir les modalités de leur cadre d'intervention et les principes sous-jacents à celui-ci.

Enfin, le Under five service semble avoir trouvé un juste équilibre entre l'allocation des ressources humaines et matérielles et le modèle d'intervention qui y est pratiqué. L'organisation et la répartition du travail semblent y avoir joué un rôle important dans la mesure où, malgré un contexte similaire aux nôtres, l'accessibilité et la fluidité des services auraient été maintenues.

Conclusion

Pour quiconque veut exercer la psychothérapie d'orientation analytique dans un CSSS, l'entreprise risque d'être assez difficile. Et c'est alors avec beaucoup de ténacité et de détermination qu'il devra affronter les limites de son milieu. En effet, j'ai voulu montrer dans cet article comment un ensemble de contraintes pesaient de tout leur poids sur la capacité du psychothérapeute à maintenir son cadre de travail spécifique. Les contraintes que j'ai voulu décrire dans ce texte sont des contraintes qui se situent en dehors du champ thérapeutique, mais dont les effets se font sentir jusqu'à lui. Par exemple, le courant des neurosciences n'est pas à proprement parler un courant de pensée issu de ce champ de connaissances. Pourtant, il exerce un pouvoir d'influence absolument monumental sur la façon qu'ont les « psys » d'envisager la maladie mentale et son traitement. Dans ce sens, j'ai essayé de montrer comment la modernisation de la pensée psychiatrique sous l'influence des neurosciences a conduit à une médicalisation accrue des soins psychiques à l'enfant. C'est ainsi que tout le travail de subjectivation et d'appropriation que tente la psychanalyse lorsqu'un sujet fait face à son symptôme a été mis à mal par ce processus. L'exemple que j'en ai donné à travers le modèle de l'expert est un cas de figure qui va dans le sens de mon idée principale. Mais il se peut aussi que d'autres cliniciens interprètent tout à fait différemment les idées de Kandel sur les neurosciences. Toutefois, je ne pense pas me tromper beaucoup en disant que c'est ce courant de pensée qui est actuellement dominant dans le monde de la santé mentale au Québec.

Le deuxième courant de pensée dont j'ai fait mention est issu des sciences de la gestion. Il s'inscrit dans un mouvement plus large de la société technocratique du xx^e siècle dont l'axe principal semble être la *rationalisation* des

comportements humains. Cet effort de rationalisation s'exerce aussi, évidemment, dans le champ de la psychothérapie et on pourrait dire qu'il agit comme un vecteur qui freine ou qui propulse certaines formes de psychothérapies plutôt que d'autres. À cet égard, les thérapies cognitives comportementales (TCC) sont probablement davantage *en phase* avec les exigences que pose la logique interne des processus de gestion (rationalisation du temps, prévisibilité des moyens, etc.), ce qui dans une perspective darwinienne leur confère un net avantage.

Ces deux facteurs combinés vont donc créer un environnement plus ou moins favorable à l'exercice de la psychothérapie psychanalytique en milieu institutionnel. Non pas que celui-ci soit ouvertement hostile à son endroit (bien que cela puisse être possible dans certains milieux), mais plutôt qu'en regard des modes de gestion qui y ont cours, la psychothérapie d'orientation psychanalytique perd de son à propos quand elle entre en conflit avec ce mode de pensée.

Devant ce constat peu réjouissant que faire? Il serait très malheureux à mon avis de baisser les bras et de se replier essentiellement sur une pratique libérale en cabinet privé: trop de psychothérapeutes d'orientation psychanalytique ou de psychanalystes de grande expérience ont quitté le réseau de la santé publique québécois pour vivre de leur métier en dehors des murs de l'institution. Ce faisant, ils ont aussi contribué à leur manière à la crise de transmission qui affecte la psychanalyse au Québec en ce début du XXI^e siècle. Il y a quelques années déjà, en 2010, René Roussillon réfléchissant à ces mêmes questions avançait l'idée que la psychanalyse ne survivrait pas si elle ne s'intéressait pas aux questions de santé publique, si elle continuait à désertier les hôpitaux, les prisons, les sans-abri, c'est-à-dire si elle quittait tous les lieux où s'exprime la souffrance narcissique identitaire qui est selon lui le mal de notre siècle. On peut être d'accord ou pas avec son point de vue. On peut envisager d'autres paradigmes pour l'avenir de la psychanalyse. Mais j'espère que nous ne renoncerons pas à prendre la place qui nous revient dans les institutions de santé publique. Des expériences ont cours dans d'autres pays, où à côté de d'autres approches thérapeutiques et en fonction des ressources limitées des établissements publics, la psychanalyse reste le dispositif de travail de nombreux psychothérapeutes d'enfants, d'adolescents et de familles. Ne pourrait-on pas s'en inspirer et repenser notre modèle de pratique en établissement? En attendant, face à mes collègues d'orientation analytique, j'ai toujours une certaine retenue lorsque je dois leur expliquer tous les compromis que je dois faire pour exercer mon

métier de psychothérapeute dans un CSSS. À ce moment-là, face à eux, j'ai moi aussi le sentiment de vivre un peu le *malaise de l'imposteur*.

Vincent Cardinal
vincent.cardinal.csssamn@sss.gouv.qc.ca

Notes

1. Centre de santé et de services sociaux. Cette appellation est celle qui existait au moment d'écrire cet article, c'est-à-dire avant le 01 avril 2015 où la loi 10 est venue modifier de façon importante l'organisation des services en santé et services sociaux au Québec. Depuis, les CSSS ont changé d'appellation pour devenir des CIUSS (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux) ou des CISS (Centre intégré de santé et services sociaux).
2. C'est à dessein que je fais référence au DSM IV puisque c'est celui qui existait au moment où l'auteur a écrit son article.
3. Mais aussi avec l'adolescent et l'adulte.
4. Né en novembre 1929, Kandel est originaire d'Autriche. Il a fui comme S. Freud les pogroms nazis en 1939. Il a fait sa formation de médecin et de psychiatre à la Medical school of l'Université de New-York en 1956. Il a reçu le prix Nobel de physiologie-médecine en 2000.
5. L'auteur du présent article souligne.
6. On sait que Freud préconisait de courtes analyses au début de sa pratique.
7. Peut-on penser ici au plan d'intervention?

Références

- Bergeron, P. (2001). *La gestion dynamique: concepts, méthodes et applications*. Boucherville: Gaétan Morin.
- Corin, E. (1996). Le mouvement de l'être. Impasses et défis des psychothérapies psychanalytiques dans le monde contemporain. *PRISME*, 6 (2-3), 333-349.
- Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic Montréal-Nord. (2014). *Le guichet d'accès en santé mentale jeunesse. Services ambulatoires de santé mentale*, 1-14.
- Emanuel, L. et Bradley, E. (dir.) (2008). *What Can the Matter Be?*. London: Karnac Books, The Tavistock clinic series.
- Freud, S. (1918). *Cinq psychanalyses*. Paris: Presses universitaires de France, 2008.
- Kandel, E. (2002). Un nouveau cadre conceptuel de travail pour la psychiatrie. *Évolution psychiatrique*, 61 (1), 12-39.
- Laperrière, R. (1999). Le malaise de l'imposteur. *Filigrane*, 8 (2), 88-99.
- Levert, C. (1999). La psychanalyse au risque de l'institution. *Filigrane*, 8 (2), 76-87.
- Roussillon, R. (1999). Un malaise signal d'alarme? *Filigrane*, 8 (1), 16-25.
- Roussillon, R. (2010). *L'évolution de nos conceptions sur la première enfance et leurs conséquences sur la cure*. Conférence publique 29 avril, Association des psychothérapeutes psychanalytiques du Québec, DVD 1-2.
- Zaloum, T. (2014). La préservation de l'essentiel dans l'espace clinique. *Filigrane*, 23 (1), 37-49.