

FORUM JEUNES ET SANTÉ MENTALE 2019



CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE ACTUELLE AU QUÉBEC

AVIS ET MESURES RECOMMANDÉS

PAR DR. BENOIT CROTEAU

*Médecin psychiatre, Directeur de la Clinique des
Troubles Anxieux et de l'humeur (CTAH)*

Chicoutimi, Saguenay, 2019/05/13



TABLE DES MATIÈRES

	MISE EN CONTEXTE DE L'AUTEUR.....	4
A.	INTRODUCTION.....	5
B.	ÉTAT DE LA SITUATION.....	9
C.	LES FAILLES DE LA PRATIQUE EN PSYCHIATRIE.....	11
	ÉTUDES DE CAS.....	15
	██████████, 20 ANS.....	15
	██████████ 19 ANS.....	16
	██████████ 14 ANS.....	18
	██████████ 19 ANS.....	20
	██████████ 18 ANS.....	21
D.	LE RÔLE DE LA PSYCHIATRIE EN MÉDECINE.....	22
E.	RECOMMANDATIONS.....	25
	RÉFÉRENCES.....	29

MISE EN CONTEXTE DE L'AUTEUR

Je suis médecin-psychiatre depuis 23 ans. Après près d'un quart de siècle en pratique, je vis encore avec le sentiment que la spécialité médicale qu'est la psychiatrie ne joue pas du tout le rôle qu'elle devrait jouer en médecine. D'une part, elle s'est écartée de la science médicale en délaissant l'observation empirique et la rigueur de la démarche scientifique au profit d'une pseudo-science de la psyché, laquelle se trouve ainsi dénaturée et transformée en une multitude d'objets (troubles mentaux) constitués de façon consensuelle à partir de symptômes définis de façon superficielle. D'autre part, en s'éloignant du vécu singulier de l'expérience de l'être humain souffrant, elle a perdu son humanisme et ce pourquoi elle a pris naissance au début du XIX^e siècle.

Retrouver cet esprit originel de la psychiatrie, c'est ce qui m'a conduit à quitter la pratique hospitalière - application purement technique du savoir des « troubles mentaux » -, pour fonder une clinique spécialisée, humaine et à la mesure des besoins des personnes malades au niveau de leur psyché ou constitution nerveuse.

Cela fait toute la différence pour les patients.

Mais évidemment ce n'est pas suffisant. Au-delà de ce qui est dans le champ de ma portée, je constate le désastre : des êtres humains souffrant dans leur chair, recherchant de l'aide, se heurtant à la place à des mirages ou se faisant repousser dans un désert exempt d'humanité. Profondément touché par la série de tragédies qui a été médiatisée à l'automne et l'hiver dernier, c'est maintenant pour moi une exigence morale de m'engager socialement pour contribuer à la mise en place au Québec d'un système de prise en charge adéquat pour le traitement de la maladie psychiatrique.

J'exhorte tous les psychiatres qui font la même lecture de la réalité à se joindre à moi pour sortir la psychiatrie de cet état de stagnation, soutenue par une approche dogmatique ne reposant sur aucun fondement. Comme premier pas, je rédige ce mémoire à l'attention de la ministre de la Santé, Madame Mc Cann, dans le cadre du forum « Forum Jeunes et santé mentale (2019/05/13) ». J'y expose mon analyse de la défaillance des soins en psychiatrie et fait des recommandations précises sur les structures publiques devant être, selon mon point de vue, changées radicalement. Enfin, je dédie ce mémoire à [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED] et à tous les autres jeunes qui, comme eux, auraient pu éviter l'irréparable.



L'insuffisance de la psychiatrie clinique universitaire

Le psychiatre n'est-il pas un médecin philosophe à l'origine?

Avant même la naissance officielle de la psychiatrie comme science médicale et après sa naissance au XIX^e siècle, du moins, au tout début, on retrouve : Empédocle, Hippocrate, Platon, Aristote, Galien, Arété, Jaspers, Boss, Bollnow, Binswanger, Khun (découvreur de l'imipramine pour son action antidépressive) et bien d'autres. Auparavant, le psychiatre pensait. Or, il est perçu aujourd'hui comme un technicien. Et pourtant, son « domaine d'objets » l'oblige à être aussi un penseur. Le mode d'*être* de l'être humain n'étant pas le même que le mode d'*être* de la chose, il est nécessaire que, dans son rapport de savoir avec son « domaine d'objets », le psychiatre se pose la question du fondement de sa science et réfléchisse sur la méthode avec laquelle il s'y prend pour délimiter et définir son propre « domaine d'objet ».

Depuis le début du XX^e siècle le domaine d'objet de la psychiatrie est passé de la « psyché » au « mental » sur un fond de croyance : celle de l'objectivation de l'homme dont la psyché a été naïvement réduite à un ensemble d'opérations mentales floues alors que la maladie est devenue un trouble n'étant identifiable que par des symptômes. On parle à propos du « trouble mental » mais non de la « maladie » sous les symptômes. On parle de trouble mental sans aucune écoute du vécu singulier, du « pathos » de l'être humain souffrant, lequel est le point de départ véritable pour parler de maladie (voir Canguilhem dans « Le Normal et le pathologique », Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2015, 12^e édition).¹

Avec cette objectivation illusoire de l'être humain, la psychiatrie s'est dissoute en savoir du « trouble mental », lequel s'est compartimenté en plusieurs professions séparées les unes des autres : psychologie, service social, ergothérapie, neuropsychologie, psychiatrie. La psychiatrie sur le plan médical, ne soutenant la valeur de son « titre » que par la pharmacothérapie. Avec cette objectivation illusoire il y a eu progressivement un déplacement du pouvoir d'autorité médical de la psychiatrie axée sur la maladie vers le pouvoir politique du domaine que l'on appelait désormais celui des « troubles mentaux ». En effet, à partir du moment où l'on dit qu'il y a des troubles mentaux à la place de la maladie psychique et que ces troubles sont identifiés à partir d'une classification nosologique consensuelle basée sur la présence ou pas de symptômes, la psychiatrie perd la spécificité de son savoir. Cependant, on continue de se servir de son statut de « science médicale » pour marquer la notoriété des diagnostics « psychiatriques » consensuellement reconnus et définis à partir des normes et des valeurs de la société actuelle. C'est ce que Foucault appelle « Le Pouvoir Psychiatrique »².

Qu'est-ce que c'est au fond le pouvoir psychiatrique?

C'est un pouvoir disciplinaire, un pouvoir utilisé d'ailleurs par une multitude de professionnels pour gérer des individus et les diriger de manière à ne pas trop déranger le fonctionnement social, c'est-à-dire des activités nécessaires à la vie économique et politique. La maladie devient alors secondaire. Ce qui est premier c'est ce qui au fond dérange dans le « trouble mental » puisqu'il n'y est plus question de maladie. C'est ce qui se passe dans le mental et qui, de surcroît, dérange. Ce qui dérange au fond, c'est « l'insurrection de la volonté de l'individu » à travers la maladie (« trouble mental ») et cela, même dans les troubles sévères comme la schizophrénie. Et donc, le pouvoir psychiatrique c'est :

1) évaluer, dans le sens de « étiqueter » (TPL, TAG, TDAH, TO TDM, TAG...), le « malade au jardin des espèces »;

2) diriger les corps dirait Foucault, orienter dit-on ici avec le module d'évaluation-liaison (MEL). Avec l'objectivation illusoire de l'existence humaine on a transformé le malade en une chose techniquement

manœuvrable comme n'importe quelle chose de la nature.

La maladie n'est pas vue et le malade, inatteignable dans sa singularité existentielle, est stigmatisé et traité comme une marchandise.

La psychiatrie, quoiqu'on en dise, malgré la bonne volonté des psychiatres, est dépourvue d'humanité. Le malade est abandonné. Pendant plusieurs années au Québec, sur la base de cette approche obsolète et inappropriée de la maladie, on a sacrifié, avec les Plans d'action en santé mentale (PASM), les malades en se servant d'étiquettes de « troubles mentaux ». On a continué à former des psychiatres sur la base de dogmes et non de science. Au lieu de les outiller intellectuellement et de les encourager à la réflexion sur leur propre praxis, on leur a inculqué le savoir technique de « troubles mentaux » et on les a encouragés à développer la pensée moutonnaire.

Concernant ce déclin de la psychiatrie et de l'enseignement, je réfère le lecteur à un article paru en 2007 dans « *Schizophrenia Bulletin* »,³ dont l'auteure est Nancy Andreasen, psychiatre et chercheuse de grande renommée et érudite. Celle-ci décrit en quoi le DSM, abréviation anglaise du manuel « Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders » (la « Bible ») n'a pas de validité scientifique tout en soulignant la mort de la phénoménologie clinique. Je souligne aussi la sortie du Dr. Thomas Insel en 2013 qui, avant la parution du DSM 5, alors directeur de la recherche au NIMH (« National Institute of Mental Health »), avait décidé de ne plus utiliser les critères du DSM pour la recherche et de créer de nouvelles matrices de recherche pour favoriser l'avancement des études en psychiatrie. Il avait écrit : « Patients with mental disorders deserve better » (soit, en français : « Les patients souffrants de troubles mentaux méritent mieux »).

Et ici, au Québec, que fait-on?

On continue encore de monter des programmes de dépistage de « troubles mentaux » sur la base de critères non valides au lieu de soigner des malades avec une approche compréhensive et empirique. Si la formation des psychiatres se base sur une approche clinique non fondée du point de vue de la science et que des idéologies sont maintenues comme des vérités scientifiques, il devient alors difficile d'organiser la mise en place d'un dispositif de soins valables et efficaces en psychiatrie pour les malades.

Pour avancer avec assurance et détermination dans le domaine de la psychiatrie il va falloir aussi revoir son lexique et s'efforcer à définir des concepts qui soient plus clairs pour faciliter la réflexion critique et la recherche.

Il m'apparaît indispensable de faire quelques précisions préliminaires sur les « termes » régulièrement utilisés lorsque l'on parle de « santé mentale » et dont le sens est galvaudé ou tellement surchargé, qu'il ne veut plus rien dire de précis. Pour faire court, je suppose ici que la science médicale qu'est la psychiatrie, pire qu'une science molle, est devenue une idéologie dogmatique (on exclut ici les neurosciences) et que les termes qu'elle utilise sont équivoques. J'aborde ce sujet dans un autre ouvrage en cours, « La crise des fondements en psychiatrie et la question de ses concepts fondamentaux ».

Pour bien comprendre ici le propos de ce mémoire, il m'apparaît essentiel d'expliquer la signification originelle de la psychiatrie par rapport au terme mental.

Psychiatrie vient de l'association de *psyché* (énergie agissante ou principe de vie) et *iatros* (médecine) et veut dire médecine de la psyché, médecine de « ce qui se tient dans ses limites », principe de mouvement dans l'affection ou humeur (« se sentir »), la volonté (activation) et le cours de la pensée (accélération ou ralentissement) ; ces trois domaines étaient définis d'ailleurs par Kraepelin dans son traité « La folie maniaco-dépressive »⁴ comme éléments essentiels de la vie psychique : humeur (*Stimmung*), volonté (*Willen*) et cours de la pensée (*Störungen*). La psychiatrie est la science portant sur la nature vivante de la personne, de sa psyché ; elle devrait être comprise aujourd'hui comme la science du système nerveux dans ses relations avec les autres systèmes spécifiques du vivant évoluant constamment dans un effort d'équilibration de son énergie face à des sollicitations internes et externes (vulnérabilité-stress). La psyché n'est pas une chose séparée de la nature, elle est la nature elle-même. Elle n'est pas le « mental », qui veut dire *esprit*. La psychiatrie n'a absolument rien à voir avec la santé mentale. Par définition, la psychiatrie ne s'occupe pas de « ce qui se passe dans l'esprit des gens » ou de ce qui se passe dans leur entendement et qui influence, on ne sait trop comment l'humeur; elle est la science même de la nature psychique dont l'humeur est le fondement.

Il faut bien comprendre maintenant que la psychiatrie dans cette acception originale est presque inexistante aujourd'hui. La psychiatrie « officielle » ne se définit qu'à partir d'un paradigme scientifique obsolète, le bio-psycho-social, et se tient artificiellement en vie en s'accrochant à la psychologie, laquelle est aussi dépendante qu'elle de ce paradigme insuffisant.

B. ÉTAT DE LA SITUATION

En date du 6 mai 2019, la Presse a publié des données de l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS) qui nous démontre qu'au cours des dix dernières années, il y a eu une hausse de 75% de la fréquentation des urgences psychiatriques et une hausse de 65% des hospitalisations en psychiatrie chez les jeunes de 5 à 24 ans au pays. Au Québec, le taux d'hospitalisation est un peu inférieur à la moyenne canadienne avec 412 hospitalisations par tranche de 100 000 habitants contre 495 en moyenne pour le reste du Canada. Ce sont les jeunes de 15 à 17 ans qui sont les plus souvent hospitalisés. Comme le souligne la chercheuse de l'ISIS Christina Lawand, cette hausse ne signifie pas une augmentation du nombre de jeunes recevant un diagnostic de trouble mental puisque ce nombre est demeuré stable au cours des trois dernières décennies.

Est-ce que cela signifie qu'il y a moins de stigmatisation enchaîne-t-elle et que les jeunes consultent davantage lorsqu'ils en ont besoin?

J'é mets l'opinion que ça ne peut pas être le cas puisque l'inaccessibilité à des soins spécialisés efficaces et l'inanité du dispositif hospitalier actuel favorisent encore plus la stigmatisation des patients et freinent davantage l'envie d'aller consulter à l'hôpital. Les nombreux témoignages des jeunes qui ont consulté ou ont vécu l'hospitalisation psychiatrique ainsi que les témoignages des proches endeuillés indiquent au contraire l'in vraisemblance d'une telle hypothèse. À l'instar de madame Lawand, je suis d'avis que ces hausses de la fréquentation des urgences et des hospitalisations en psychiatrie reflètent une lacune énorme:

L'absence de services spécialisés de nature à répondre aux besoins que requiert la maladie psychiatrique au niveau de la communauté.

Les jeunes malades en attente pendant des mois pour des soins appropriés à leur maladie psychiatrique, finissent désespérés et en état de crise dans les urgences où ils ne sont pas nécessairement au bout de leur peine; où, s'ils ne sont pas hospitalisés, ils sont référés dans des cliniques externes, en psychologie ou dans d'autres services dans lesquelles la qualité d'expertise n'y est pas. Car en effet, la plupart des approches dans ces services s'appuient sur une science qui est confuse et conduit à des erreurs d'appréciations de la maladie. Plusieurs intervenants dans ces centres de services ne possèdent pas une formation à jour en évaluation du risque suicidaire et des maladies sous-jacentes.

Si tel est bien le cas, c'est-à-dire s'il y a bien une lacune énorme au niveau des services spécialisées en psychiatrie ambulatoire, c'est la démonstration même de l'échec total du Plan d'action Santé Mentale au Québec qui, depuis le premier plan en 2005 (*La force des liens*), misait sur un renforcement de la première ligne au détriment de la qualité des soins psychiatriques ambulatoires.

Les psychiatres sont renfermés à l'hôpital à faire les « gatekeepers », dirigeant les patients vers un contenant vide de soins appropriés ou vers une absence de services à l'extérieur.

À partir de la deuxième ligne, le seul point d'attache avec la communauté de la première ligne est le psychiatre-répondant. Il s'agit au fond d'un système de pacotille qui est couteux et qui, de surcroît, ne rehausse aucunement la prise en charge des jeunes souffrant d'un trouble psychiatrique. C'est un très mauvais choix d'investissement. Je dirais même que l'argent va grassement au psychiatre au détriment d'un financement approprié de soins directs aux patients. La conséquence majeure du PASM au Québec : éloigner encore plus le psychiatre de la souffrance psychique.

Absence de soins adéquats pour la maladie psychiatrique, et inanité du dispositif de soins à l'intérieur même du système hospitalier, tel est la réalité à laquelle se trouvent confrontés les jeunes patients happés par le déséquilibre profond de leur humeur (psyché).

Lorsqu'on parle de problèmes d'accessibilité à des soins de qualité en psychiatrie, de continuité de soins, de dépistage, de prévention, *c'est cette partie médicale qu'il faut cibler comme défaillante*. Il faut cesser de diluer la maladie psychiatrique dans le monde plus large et si lointain de la « santé mentale ».

Résumons maintenant quelques données factuelles :

- Au Québec, on compte encore en moyenne **3 suicides par jour** et pour chaque suicide environ **70 tentatives** de suicides.
- Les dernières données statistiques de 2016 indiquent **un taux de suicide trois fois plus élevé chez les garçons** et **un taux annuel stagnant au cours des 8 dernières années malgré deux plans d'action en Santé Mentale**.
- Le suicide est la **deuxième cause de mortalité chez les 15 à 29 ans au Québec**.
- Dans les pays développés, **90% des personnes qui se suicident présentent des troubles mentaux** (OSM et Commission en santé mentale du Canada).
- Selon une étude du Dr. Kochman, pédopsychiatre à Lille en France, « il a été observé que 50% des jeunes ayant souffert de bipolarité ont commis une tentative de suicide et que la présence de cyclothymie était le facteur le plus prédictif des tentatives de suicides et des comportements violents »⁵. Encore faut-il ici que la **bipolarité juvénile ou cyclothymie soit reconnue comme maladie psychiatrique** et non repoussée en trouble de la « volonté » derrière le concept de trouble de l'opposition (chez l'enfant) et de trouble de la personnalité limite (chez l'adulte, et parfois on force à partir de 15 ans).
- Dans cette même étude, il est démontré que **32% d'enfants dépressifs évoluent vers un trouble bipolaire** sur une période de suivi de 2 à 5 ans et 49% après 10 ans. 20% des adolescents dépressifs virent vers la bipolarité après 4 ans de suivi. La latence diagnostique chez les enfants (âge moyen 11 ans) est en moyenne de 4 ans pour la manie et de 3 ans pour la dépression. 90% des manies juvéniles sont positifs pour une histoire familiale de manie et de bipolarité. 29% des sujets bipolaires adultes ont présenté un épisode (hypo)maniaque typique dans leur enfance. La majorité des sujets dépressifs bipolaires adultes rapporte la présence des « hauts et des bas » dans leur nature ou tempérament, la notion de virage sous traitement antidépresseur et/ou une histoire familiale de bipolarité » Idem p.16.

Dans le Plan d'Action en Santé Mentale (PASM) 2015-2020, il est mentionné que **50% des maladies mentales apparaissent avant l'âge de 14 ans et 75% avant l'âge de 22 ans**. Mais où sont les mesures concrètes essentielles à développer au niveau de l'organisation des **équipes médicales** pour répondre convenablement à toutes ces particularités de l'enfance et de l'adolescence que l'on vient de nommer? **Ne brillent-elles pas par leur absence?**

Les mesures ne sont pas à la mesure des problèmes vécus pendant l'enfance et l'adolescence : un dépistage par des équipes non soutenues en première ligne ou démunies d'expertise; une cassure impardonnable dans les soins spécialisés en période de transition vers l'âge adulte. On parle de facteurs de risques psychosociaux, de

conditions sociales, de psychologie, mais on ne voit aucune solution provenant d'une perspective médicale des problèmes causés par la maladie psychiatrique, plus spécifiquement la maladie psychique dont le fondement est l'humeur. Assujettie au Plan d'action Santé Mentale, et devenue scientifiquement incompétente, la psychiatrie trahit son impuissance et son incapacité à réclamer et à mettre en place ce qu'il faut pour les patients. Je comprends bien que les psychiatres n'aient pas de baguette magique, mais que l'on cesse de suivre comme des moutons des programmes de traitement et des lignes directrices qui relèvent de la pensée magique ou de croyances, d'obscurantisme. On est au XXI^e siècle.

Au Québec, on n'observe pas la maladie psychiatrique pour mieux la connaître et la soigner suivant sa nature biologique; on classe les symptômes d'un individu dans une catégorie abstraite consensuelle que l'on nomme « trouble mental » et les expliquons de façon quasi mythologique à l'aide de théories plus ou moins échevelées. On ne reconnaît pas le suicide ou les comportements autodestructeurs (toxico, automutilation, compulsions) comme pouvant être une des conséquences de la maladie psychiatrique, mais comme la résultante d'un choix reposant sur l'évaluation de pensées, de quelque chose qui ne se passe que dans l'esprit, le mental.

On les banalise en phénomènes « psychologiques » leur valant l'étiquette de troubles mentaux légers ou modérés alors qu'ils sont dans les faits les plus graves et les plus complexes. Sur la base de ce présupposé, on maintient 90% des psychiatres à l'intérieur des établissements hospitaliers pour faire du marquage diagnostique et diriger les malades dans le désert. Un autre préjugé, encore plus grave, malheureusement porté par de nombreux psychiatres est celui affirmant qu'il ne peut y avoir de maladie affective ou trouble de l'humeur avant l'âge de 16 ans; préjugé qui a des conséquences dramatiques, voire tragiques dans notre société. (Voir les cas illustrés).

Tant que l'on poursuivra nos réflexions dans cet optique réducteur remplis de préjugés, nous nous heurterons à une absence d'avancée dans le domaine de la pratique de la psychiatrie. Il faut davantage interpeler les psychiatres dans l'élaboration des politiques nationales travaillant sur les conditions nécessaires à l'établissement de bonnes pratiques et il faut aussi que les psychiatres soient plus critiques et innovateurs quant à leur pratique et mettent leurs pieds à terre en sortant de leur tour hospitalière et en délaissant les vieux réflexes asilaires. La psychiatrie doit nécessairement redevenir une science médicale autonome. Elle ne doit plus être dépendante des politiques sociales; les PASM ont été fait sans apport médical proprement dit. Elle doit se rapprocher des autres sciences médicales tout en réfléchissant sur les fondements de sa méthode d'approche et de délimitation de son domaine d'objets.

C. LES FAILLES DE LA PRATIQUE EN PSYCHIATRIE ET SA RESPONSABILITÉ POUR LA FAIBLE PERFORMANCE EN TERMES DE SOINS ET PRÉVENTION

Si on dit que 90% des patients décédés de suicide présentaient des troubles mentaux (maladie psychiatrique) et que l'on a pu montrer que la majorité des patients ayant commis un suicide « ont été engagés dans des soins ou ont eu un contact récent avec les professionnels de la santé » ne faut-il pas alors en déduire, à partir de tels résultats, qu'il y a de sérieuses lacunes au niveau des soins en psychiatrie?

Et s'il y a des lacunes c'est aux psychiatres qu'il appartient de les identifier et de les corriger en assumant le rôle qui leur revient dans l'organisation plus large des services en santé mentale, cela sans avoir à se soumettre à une autre instance que celle de la science médicale.

Ce que l'on constate depuis les deux derniers Plan d'Action en Santé Mentale, voir depuis l'instauration d'une politique nationale en Santé Mentale (1989), c'est qu'il n'y a pas eu d'échanges harmonieux et fructueux entre la Direction de la Santé Mentale (DSM) et l'Association des psychiatres au Québec (AMPQ). Sans entrer dans les détails et les causes de cette dysharmonie, il faut tout de même essayer de comprendre pourquoi nous nous sommes rendus là, dans cette absence de communication aux dépens des patients souffrant de troubles psychiatriques.

Avec le recul de plusieurs années, on peut dire de façon rationnelle qu'avec la politisation de la santé mentale et l'absence d'une délimitation claire de son propre domaine d'étude qu'est la psyché, la psychiatrie s'est comportée comme une grande idéologie religieuse, c'est-à-dire de façon dogmatique, et, ce faisant, elle a mal servi la génétique, les neurosciences et la neuropharmacologie.

Elle a délaissé son statut de science et a laissé place à une psychologisation outrancière ainsi qu'à des considérations uniquement sociologiques et administratives l'évaluation, le traitement et le suivi des maladies psychiatriques. On a délaissé la démarche scientifique et empirique de la nature psychique pour une mosaïque bio-psycho-social qui, s'appuyant sur une conception abstraite des troubles mentaux définis essentiellement par des catégories de symptômes, s'est avérée après plus d'un demi-siècle, un échec monumental dans le domaine de la médecine. Malheureusement, il semble que les principaux intéressés, les psychiatres pour une bonne majorité, ne mesurent pas encore toute l'ampleur de cette erreur. Le paradigme bio-psycho-social de l'approche DSM a créé l'illusion d'un savoir objectif des troubles mentaux. Les ententes contractuelles, les conditions de travail et rémunérations sont négociées avec l'Association des psychiatres essentiellement dans le cadre d'une pratique en établissement, une pratique institutionnelle de type asilaire (on garde le modèle de l'asile ; classer et diriger les personnes non socialement fonctionnelles) : on évalue, on classe dans les différents troubles, et on dirige; dans le pire des cas on les judiciaire. La personne souffrante psychiquement dans tout son corps ne compte presque pas en fait. Le savoir du psychiatre se laisse malheureusement percevoir comme étant un « savoir du trouble mental ».

Ce qui est plus grave encore, la psychiatrie transformée en savoir des troubles mentaux conduit en pratique à des errances diagnostiques dont les conséquences peuvent se traduire en tragédie.

Par exemple, le trouble de la personnalité limite, sans fondement et sans validité scientifique, est appliqué à un phénomène clinique qu'il ne permet pas du tout de comprendre sur les bases d'un savoir médical; l'humeur instable avec hyperréactivité émotionnelle sera travestie en un problème de choix personnel pour lequel on va proposer des thérapies et des médicaments qui risquent seulement de l'aggraver, ou encore de l'ignorer complètement^{6,7}.

Tel est le cas aussi avec l'utilisation du trouble oppositionnel chez l'enfant avec ou sans TDAH : on ignore le trouble de l'humeur de l'enfant, la bipolarité juvénile ou cyclothymie, trouble qui se complexifie en syndrome complexe avec des symptômes d'attaque de panique, de trouble obsessionnel-compulsif, d'anxiété sociale, des problèmes d'addiction. Le déficit de l'attention et hyperactivité est une condition fréquemment associée à la bipolarité dans plusieurs études. Dans une de ces études 48% de patients identifiés avec une problématique de bipolarité répondaient aussi aux critères du TDAH par rapport à 25% pour le groupe DM et 12% pour le groupe contrôle. Ces patients avaient en commun la présence de traits tempéramentaux importants suivant : cyclothymie, irritabilité et anxiété⁸.

L'approche DSM ou savoir des troubles mentaux ne perçoit que des catégories de symptômes d'entités irréelles construites, pensées et séparées les unes des autres dans lesquelles elle va classer les patients sans avoir à comprendre leur *vécu* (historique médical et autre, génétique, santé, etc.). Ce n'est pas si important de les écouter; il ne s'agit que de dépister des symptômes; on dépiste des troubles et, donc, on cherche par des questions dirigées des réponses à nos questions qui vont permettre de faire la classification. Une fois celle-ci faite, on n'a qu'à diriger la personne vers le bon programme pour traiter le trouble, ce qui est nettement différent que de comprendre le vécu de la personne souffrante et de la soigner suivant la nature de sa maladie. On peut ainsi voir que la psychiatrie officielle de notre époque est dénuée d'une authentique pensée clinique et démarche scientifique; elle se comporte comme une religion avec ses dogmes, ses pontifes et ses préceptes, ce qui explique son état de stagnation depuis plus d'un demi-siècle.

La plus grande illustration de cette psychiatrie est justement l'utilisation répandue, aujourd'hui, du diagnostic de trouble de la personnalité limite, cette hystérie du XIX^e siècle, que l'on lance de façon condescendante et d'un air méprisant par l'appellation pompeuse de « TPL » au visage des personnes souffrant dans toute la profondeur de leur être. Comme si cela n'était pas suffisamment grossier, pour simplifier la tâche du clinicien, l'étiquette TPL peut être associée avec tous les autres, TAG, TDAH, TOC, TDM, TAB. Pour employer une expression au philosophe allemand Hegel « c'est la nuit où toutes les vaches sont noires ». Pour tout ça une seule recette, la thérapie de groupe pour trouble de personnalité; en fait, un programme disciplinaire pour corriger les « mauvaises conduites », les « mauvaises volontés », les « mauvais choix ». Le plus grand mythe de notre modernité : les patients souffrant de maladies psychiatriques agissent sous l'influence de leurs propres volontés jugées sous le prisme des normes sociales. La cause des problèmes psychiatriques doit trouver son explication dans les aberrations des conduites sociales de l'individu ou des proches.

Cette théorie de la personnalité limite est une énorme et dangereuse sottise justifiant à mon avis un rappel à l'ordre de la part de tout médecin psychiatre voulant sauver l'honneur de sa spécialité médicale et par le fait même assumer avec professionnalisme son rôle de soignant envers l'être humain en situation de déséquilibre psychique.

La théorie de la personnalité limite est au trouble de l'humeur ce que la mère schizophrénogénique a été il y a quelques années pour la schizophrénie. Elle est avallissante pour la personne qui en fait l'objet.

Il y a des psychiatres qui ont travaillé contre ce modèle réducteur de la psychiatrie. Pour en nommer que quelques-uns : Akiskal.HS, Angst. J, Koukopoulos. A Hantouche.E, Perugia. G, Ghaemi. N et bien d'autres. Le

problème en cette période instable est que lorsqu'il y a un changement de paradigme certains experts du milieu universitaire deviennent tout d'un coup des croyants et sont prêts à tous les subterfuges pour faire en sorte que l'on continue à penser selon les « règles » de leur savoir⁹. On a un triste exemple de cela ici au Québec avec la mise en place d'un programme national de « dépistage des troubles de personnalité limite » et de thérapie de groupe pour contrôler ce « fléau » et un manque d'empathie total pour les pauvres enfants et jeunes qui souffrent.

On leur inculque dans ces programmes qu'il faut apprendre à vivre avec leur souffrance à 10, 12 ou 20 ans quand dans d'autres spécialités on les traite même pour des problèmes plus légers. On sacrifie la jeunesse des personnes vulnérables sur le plan psychique. On les soustrait à cette période de leur jeunesse qui est merveilleuse en découverte et en plaisirs.

Au Québec, on a même l'indécence de souligner le motif économique et pragmatique qui, en quelque sorte, permet aux auteurs de ces programmes nationaux de dépistage de TPL de s'autojustifier en bon citoyen responsable, puisque ce trouble génère des coûts de soins et les patients qui en souffrent sont des grands consommateurs des urgences. C'est une honte. Ces « experts » en santé mentale de niveau universitaire justifient leur démarche en prétendant élaborer leur programme en se basant sur des « données probantes »; sur quoi au fond, sur des données du système med-écho. Ce système représente une banque de données à partir desquelles on trouve les codes de diagnostic des troubles de personnalité fait par les médecins travaillant dans les établissements hospitaliers (incluant les urgences). À partir de là on peut faire un estimé réaliste de la demande de services requis pour le diagnostic de Trouble de la personnalité limite (TPL), lequel n'est jamais questionné quant à ses origines et fondation. Or non seulement ce diagnostic ne correspond pas aux critères de scientificité mais il fait l'objet d'une appréciation strictement subjective et biaisé de l'évaluateur. C'est ce qu'on ose appeler des « données probantes »; on ne questionne plus la clinique mais on s'enrobe dans des certitudes figées qui relèvent d'un système de croyances.

Peu importe, on dépiste des troubles, ce que le patient a à dire de sa maladie importe peu¹⁰.

Au lieu de répondre convenablement aux patients qui demandent de l'aide, on fait passer à l'accueil Guichet d'Accès en Santé Mentale (GASM) des « grilles facilitant l'identification des personnes pouvant bénéficier du programme traits/trouble de la personnalité. Où est la rigueur scientifique ici? Comment se fait-il qu'un tel programme généré par quelques psychiatres autoproclamés dépositaire du savoir psychiatrique officielle puissent, sans aucun débat à l'intérieur des instituts, à l'abri de toute opposition, imposer de telles inepties en médecine et les rendre incontournables aux autorités médicales telles que le Collège des Médecin du Québec, et les universités. Où est la neutralité scientifique indispensable pour les avancés de la médecine et la protection du public? Est-on capable de départager ce qui relève de l'idéologie et ce qui relève de la science? Si non ne faut-il pas questionner cette paresse intellectuelle? Parce que, disons-le franchement, cette croyance au mythe du borderline fait de nombreuses victimes en psychiatrie.

En plus d'imposer aux malades cette croyance, on n'a aucun scrupule à utiliser cette catégorie de la personnalité limite pour englober les codes diagnostic référant à des diagnostics psychiatriques que ces experts n'ont jamais reconnus, le plus important d'entre eux étant la cyclothymie très bien décrite par Hecker et Khan à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle et qui décrit de façon médical et empirique un trouble de l'humeur.

On utilise cette imposture intellectuelle pour ramener sous silence la cyclothymie dans la catégorie illogique de personnalité pathologique : la doctrine doit survivre.

En résumé

La psychiatrie universitaire au Québec a délaissé la science pour emprunter une démarche clinique qui relève de la croyance et du conformisme aux normes dominantes de la société. Elle est plus le savoir des « troubles mentaux », entités construites et sans fondement ontologique, que la science de la psyché humaine dans sa dimension neurobiologique et suivant la perspective de l'organisme vivant comme un tout.

Son modèle bio-psycho-sociale qui est en discordance avec la phénoménologie clinique, vient légitimer des théories échevelées et fausses comme le trouble de la personnalité limite; il conduit aussi à produire des entités diagnostiques incohérentes ou impossibles comme celui de « l'état mixte » du DSM 5. À ce propos, il faut absolument lire: « Mixed features of depression: Why DSM-5 is Wrong (and so was DSM-IV) »¹¹. L'approche clinique DSM conduit le plus souvent à des errances diagnostiques qui sont désastreuses pour les patients. Je vais vous démontrer cela avec l'exposé de quelques cas réels et tragiques qui ont déjà été médiatisés et méritent de servir dans ce document très important.

L'exposé de ces cas ne vise pas à blâmer qui que ce soit. Il est un acte de lucidité d'un psychiatre engagé dans un exercice d'autocritique et déconstruction d'une spécialité médicale devenue stagnante et sclérosée dans ses fausses certitudes et dont la pratique ne sert aucunement le progrès de la médecine et le bien-être des malades.

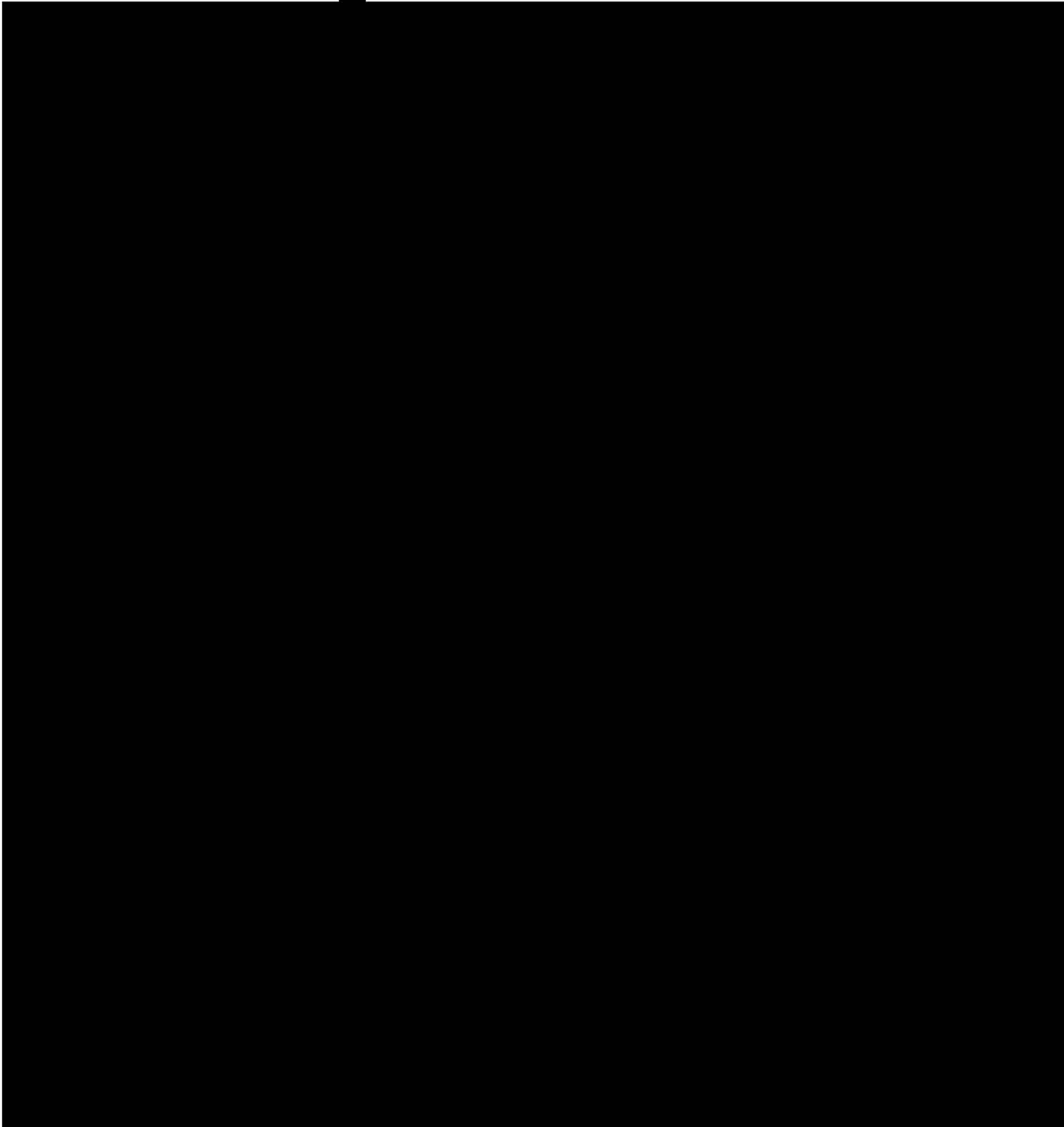
Lorsque l'on a un concept flou de la maladie psychiatrique, il est difficile de savoir comment il faut la soigner.

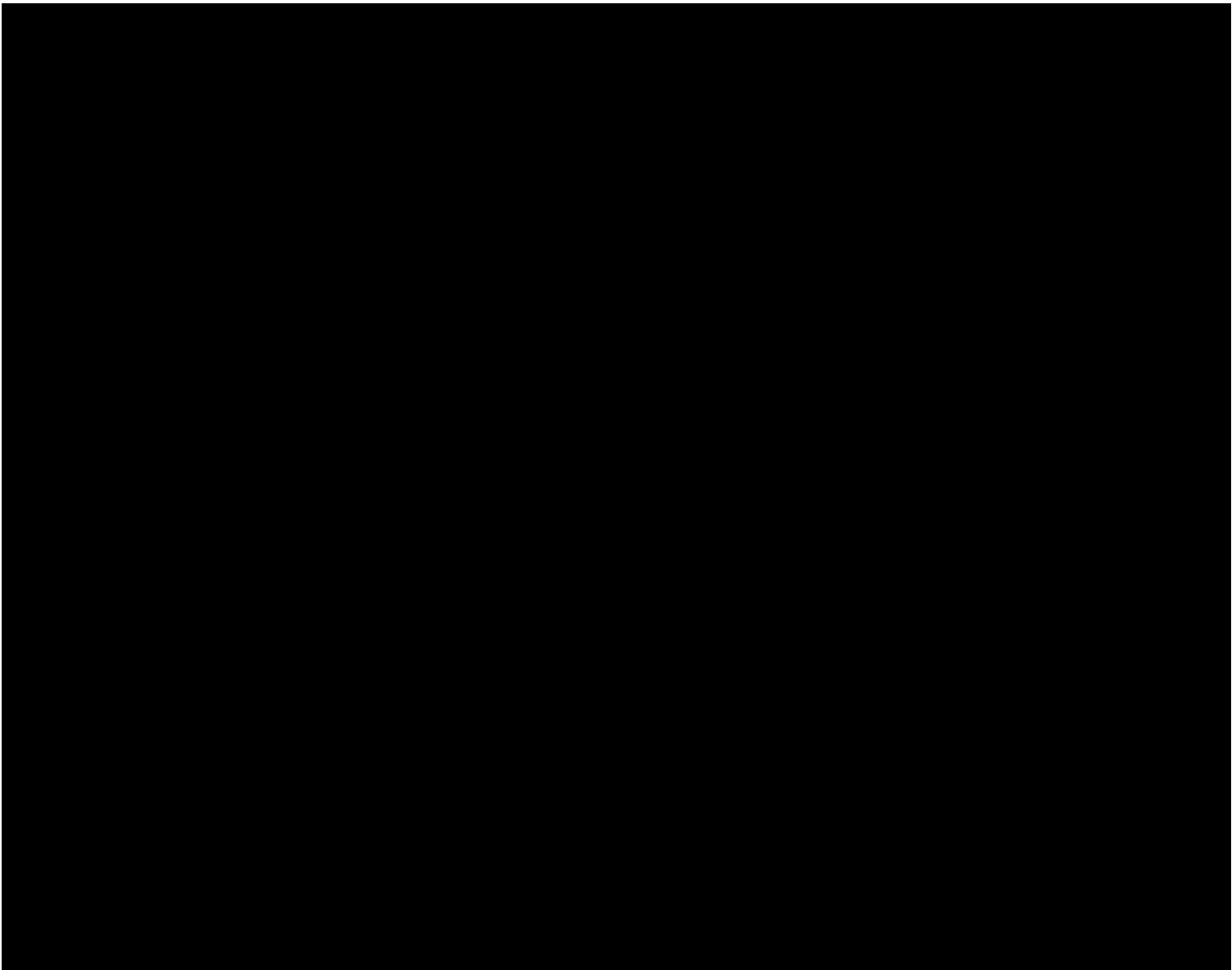


 20 ANS

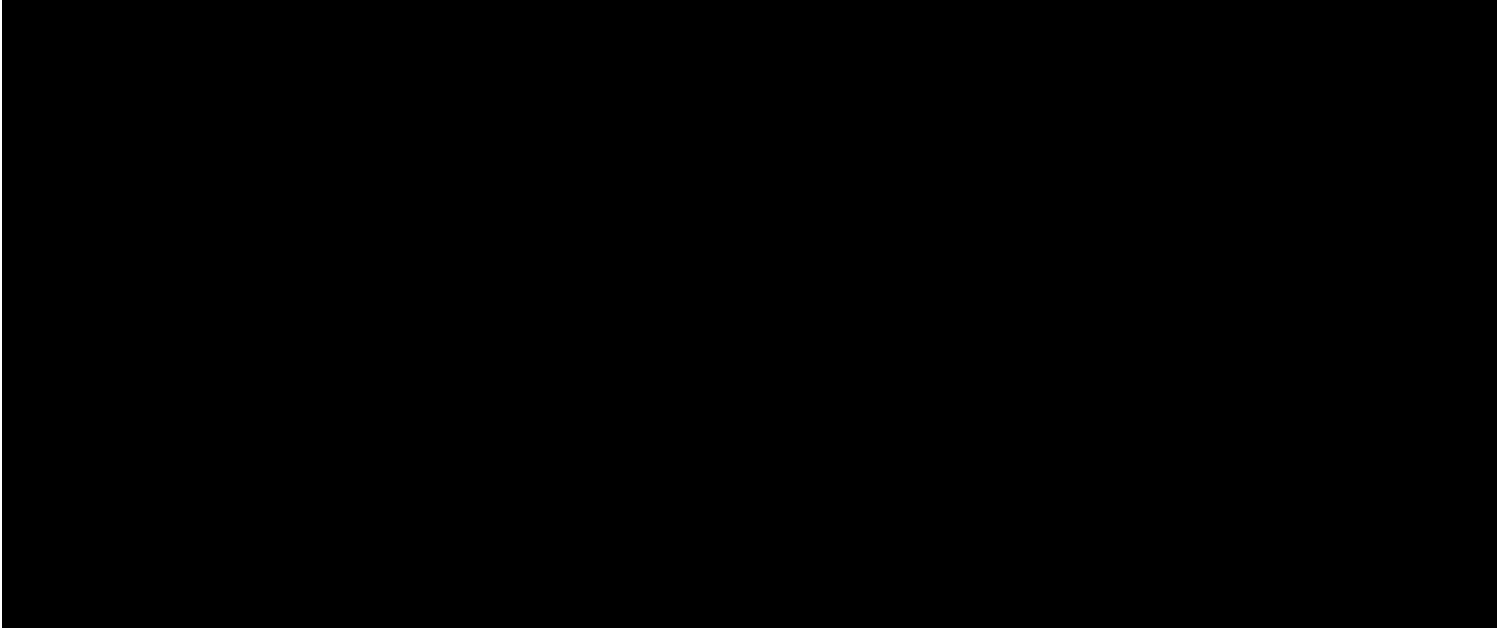


19 ANS

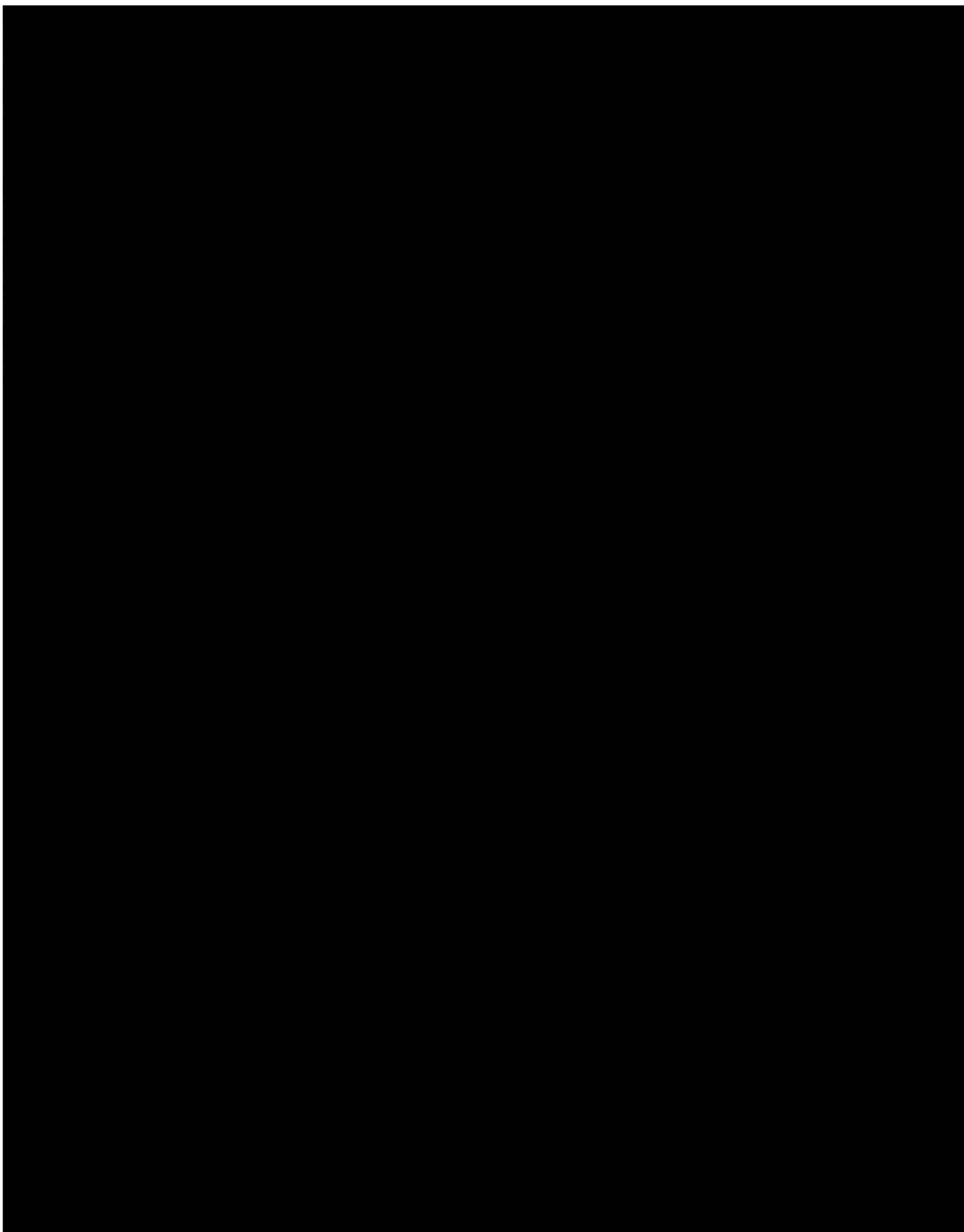




CONSTATS À FAIRE SUITE À CETTE TRAGÉDIE :

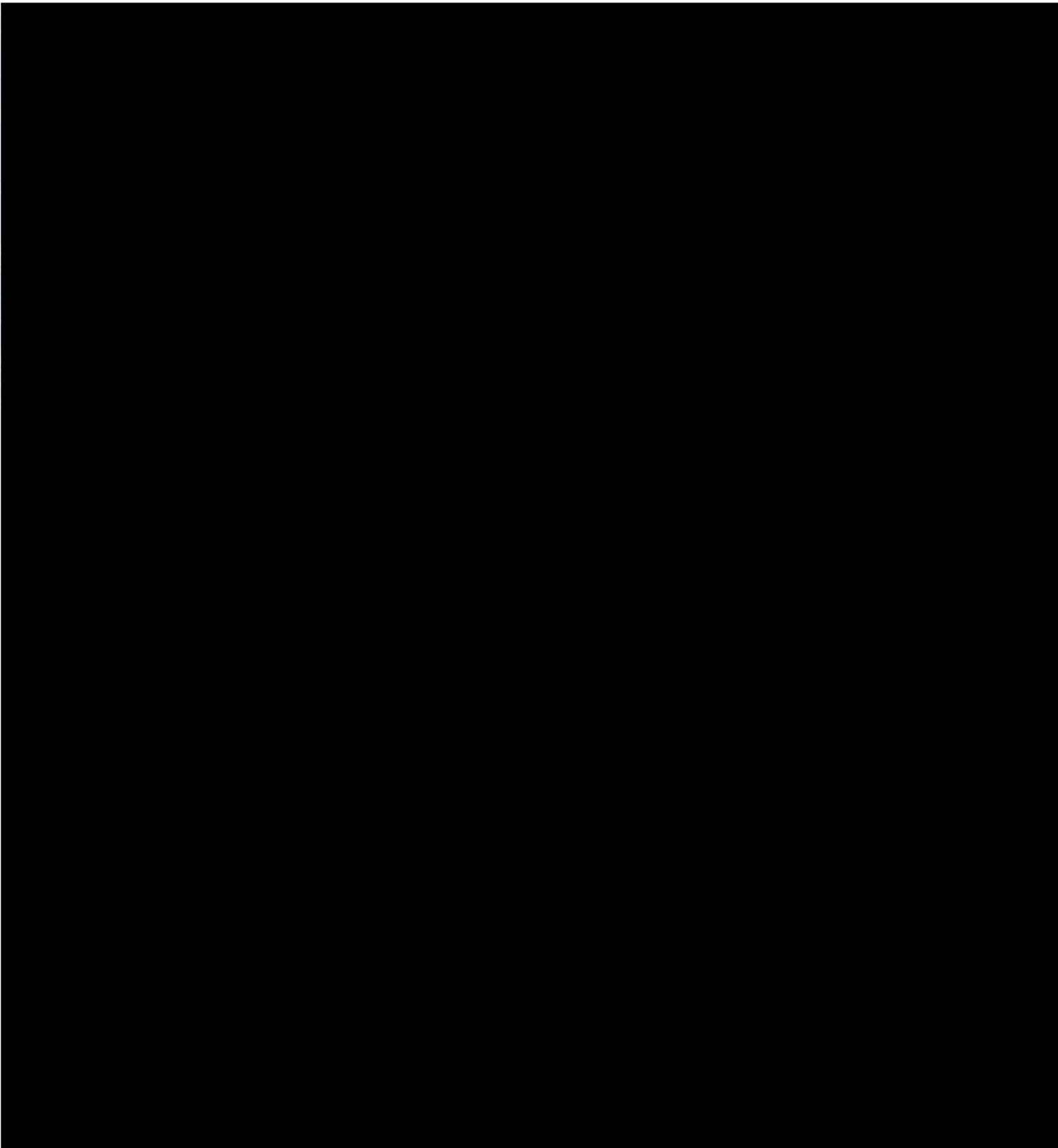


MARIANNE, 14 ANS



LES LEÇONS À TIRER DE CETTE TRAGÉDIE :

- Comme me le disait un ami psychiatre à Paris, « un enfant TDAH attachant c'est habituellement un trouble de l'humeur ». C'est une erreur en psychiatrie de séparer le cognitif et l'affectif, la psyché du soma. « Selon certains experts, 70 à 90 % des BPI souffriraient également d'un TDAH co-morbide (Trouble Déficit de l'Attention avec Hyperactivité). En fait, ils présentent les critères sémiologiques du TDAH mais pas nécessairement un double trouble. » (5) p. 94. « Les premières manifestations observables de la bipolarité ne sont pas celles que l'on rencontre chez les patients adultes. En analysant la période précédant la survenue des épisodes, on observe des dérèglements comportementaux comme des crises clastiques, des colères explosives, des manifestations de trouble de l'attention, des épisodes cycliques d'hyperactivité ou de gaieté bruyante. Ces dérèglements sont souvent associés à des épisodes dépressifs brefs et/ou majeurs ». Idem p 47-48
- En présence d'instabilité émotionnelle, sautes d'humeur, forte réactivité émotionnelle, irritabilité, éviter l'usage de psychostimulant ou de stimulant (AD) ou traiter avec non stimulant ou régulateurs de l'humeur, même avant 16 ans! Suivi psychiatrique spécialisé en première ligne.
- L'automutilation, le suicide sont des maladies à traiter.
- Il est impératif de prendre en charge avec leur entourage proche les jeunes souffrant de maladie affective et d'instaurer un réseau de communication étroit entre les intervenants : psychiatres, infirmières, psychoéducateurs, neuropsychologues, pharmaciens, intervenants communautaires et scolaires.
- La meilleure garantie pour vaincre la stigmatisation est de bâtir des équipes de prise en charge globale qui sont imputables sur le terrain et non des équipes d'évaluation et de traitement de troubles abstraits à l'intérieur d'un asile du XXI^e siècle, notre pratique hospitalière.
- Une fois le diagnostic posé, il est essentiel d'assurer le suivi à partir de l'intérieur même du dispositif de soins spécialisés et non pas en première ligne. Les interventions psychoéducatives auprès des enseignants est nécessaires et doivent être fournies par l'équipe qui demeure en contact avec les parents, la famille et l'enfant ou l'adolescent. Le cas échéant, le traitement pharmacologique doit être ordonné par le psychiatre responsable du suivi et coordonné avec le support de l'infirmière.



LES LEÇONS À TIRER DE CETTE TRAGÉDIE :

- Encore une fois, on doit en faire la mesure *sine qua non* de l'organisation des soins en psychiatrie : concentrer la majorité des effectifs en psychiatrie pour les 12-24 ans puis que c'est dans ce groupe d'âge que se concentre l'émergence des psychopathologies. On doit jumeler des psychiatres intéressés à ce groupe d'âge avec des pédopsychiatres pour constituer, en mode ambulatoire, des équipes

ultraspécialisées avec infirmières et psychoéducateurs.

- Aucun vide de services n'est permis dans ce groupe d'âge. Aucun trouble affectif ne doit être banalisé ou pris à la légère.
- Le mode « consultation » du psychiatre n'est pas à la mesure des besoins et surtout pas de la nature potentiellement explosive de l'humeur pour la clientèle juvénile.
- Le psychiatre doit être en mode de traitement actif et de coordination continue avec les autres intervenants au dossier du patient et avec ses proches.
- *Le diagnostic doit être médical* et non psychologique; il doit être le plus clair possible et non pas confus, incohérent, contradictoire, laissant place à des interventions pharmacologiques de nature à aggraver la condition médicale : exemple, usage de psychostimulant ou de stimulant dans les troubles de l'humeur ou d'antidépresseurs en cas de maladie bipolaire.
- Ne plus utiliser le diagnostic *inutile* et *dangereux* de TPL, avec sa conception pré-formiste de la personne révoquant à celle-ci sa dimension morale.

18 ANS

D. LE RÔLE DE LA PSYCHIATRIE EN MÉDECINE

Le Dr. Turecki, psychiatre et chercheur en suicide a fait une déclaration :

« Le plus alarmant c'est que cette situation existe depuis longtemps et que, comme société on fait très peu pour la contrer. S'il y avait une autre maladie qui tuait autant de gens, on serait déjà très mobilisés ».

Je suis bien d'accord avec cette affirmation. Mais elle aborde le problème par la négative, ce qui éloigne vite la responsabilité du psychiatre. Si je dis au contraire : le suicide est une maladie ou du moins l'aboutissement probable d'une maladie grave, alors se pose directement la question de la responsabilité de la psychiatrie en tant que science médicale.

Comment alors perçoit-elle cette maladie, qu'elle est son modèle scientifique de compréhension de la nature de la maladie? Et quels sont les moyens qu'elle est en mesure de développer avec cohérence?

Il appert de cette affirmation une évidence : il n'y a pas de concepts clairs dans la psychiatrie institutionnelle actuelle puisqu'elle dépend de présupposés métaphysiques non élucidés, dont la dichotomie psyché/soma forçant la psychologisation et socialisation outrancière de la nature même de la maladie. On soumet celle-ci à des modèles d'explications naïfs, superficiels et impossibles à soumettre à l'observation empirique et l'expérimentation. Les neurosciences deviennent aussi mal éclairées par le fait même. Avec les notions floues de la maladie héritée de la psychiatrie psychanalytique la psychiatrie universitaire a éloigné la psychiatrie clinique d'une approche scientifique. Elle a mis un frein à l'approche plus rigoureuse et prometteuse des pionniers de la psychiatrie à la fin du XIX^e siècle : Kahlbaum, Hecker, Kraepelin les plus grands représentants germaniques et Baillarger, Farlet, Denys, Khan du côté français (voir article de Kendler)¹². La pensée psychanalytique devenue socialement en position de domination a discrédité l'approche empirique et humaniste de Kraepelin (respect de la liberté, de la dignité morale de l'individu) l'associant faussement au réductionnisme biologique alors qu'elle-même se servait sans scrupule de la pharmacothérapie. La liberté, l'existence humaine est devenue un objet déterminé, une chose. Le « je » est représenté dans la première topique comme le CS-PC-IC et deuxième topique Moi-Sur-moi et le Ça. C'est le début de l'idéologie dogmatique avec les concepts de névrose, de psychose, et la majeure, d'état-limite ou « borderline », communément appelé ici TPL (Trouble de la personnalité limite).

En intronisant par exemple le Trouble de Personnalité Limite (TPL) dans le DSM III, l'APA (American Psychiatric Association) est venue éclipser de l'horizon clinique la bipolarité cyclothymique bien décrite par les premiers pionniers (nommés ci-haut) de la psychiatrie clinique basée sur une démarche empirique plus rigoureuse et qui définissait le trouble de l'humeur par la récurrence (voir article de Ghaemi) des épisodes thymiques¹³. Les caractéristiques essentielles de la cyclothymie dont les changements brutaux de l'humeur et de l'énergie, l'hyper-réactivité émotionnelle, l'hyperémotivité ont été dilués par des concepts flous dont l'application relèvent d'un jugement d'appréciation, donc relatifs et non universels. En fait la cyclothymie n'était pas incluse dans les deux premiers DSM malgré le fait que le terme avait déjà été introduit dans le discours des psychiatres dès 1877 (Hecker). Elle a été éclipsée pour deux raisons : la première est la domination de la conception psychanalytique de la psyché décentrant les psychiatres d'une approche empirique pour adopter une posture idéologique abstraite et contre-intuitive; la deuxième l'approche critériologique basée que sur la présence de symptômes. Conséquence de l'approche contre-intuitive : on construit des modèles théoriques qui ne permettent pas de comprendre la nature de l'humeur en termes de constitution et en termes d'évolution. La relation entre l'excitation maniaque et la mélancolie, la compréhension des états mixtes deviennent une chose impossible. Quant à la classification nosologique par symptômes, elle ne permet pas du tout de penser la complexité de la psyché de l'organisme dans sa relation aux sollicitations du monde (modèle vulnérabilité-stress), on est dans la logique dichotomique

du ou bien ou bien. Pour en voir une illustration exemplaire, on a qu'à voir comment le DSM 5 s'est pris pour définir les états-mixtes que la psychiatrie universitaire ne peut plus ignorer. C'est une conception tout à fait illogique, incohérente, comme la catégorie de personnalité pathologique.

C'est comme ça qu'après avoir intégré dans le DSM 1, la conception kraepelienne de la folie maniaco-dépressive (incluant états fondamentaux) est devenue dans le DSM 3, le « Trouble bipolaire » et qu'elle a été séparée du trouble dépressif comme un trouble à distinct. C'est le début de la destruction du fondement de la vie psychique, c'est-à-dire de l'humeur dont l'unité devient éclatée en une multitude de parcelles que l'on relie de façon stérile et malhabile entre elles avec le concept de « comorbidité ». Grâce aux travaux d'Akiskal¹⁴ qui considérait le trouble borderline comme un trouble sub-affectif la cyclothymie a été réintroduite aussi dans le DSM 3 mais peu importe, le paradigme scientifique de l'époque a fait en sorte que la cyclothymie est restée dans l'ombrage du trouble de la personnalité limite, un équivalent de l'hystérie du XIX^e siècle. Les psychiatres en position de pouvoir tentent coûte que coûte à cette époque de conserver leur paradigme de pensée; ils voient les règles du savoir se modifier et ils se comportent alors en idéologues dogmatiques, ils deviennent des croyants et jette l'anathème sur tous ceux qui s'opposent à leurs croyances. Et, croyez-moi, tous les moyens sont bons.

Alors, suite à ce long détour, on peut expliquer l'embarras relié à l'affirmation du Dr. Turecki.

Aujourd'hui la psychiatrie clinique en milieu universitaire vit une crise de ses fondements.

C'est difficile pour les psychiatres de prendre leur responsabilité et de trouver les moyens pour soigner de manière efficace et humaine la maladie psychiatrique, puisqu'il n'y a pas de science, pas de notions claires, leur domaine est mal délimité et la praxis est enseignée de façon dogmatique. La psychiatrie officielle, et non la psychiatrie authentique qui se définit étymologiquement comme médecine de la psyché (pulsion de vie, humeur), est devenue un **avatar de la religion**. Elle fonctionne comme une religion avec ses pontifes, ses missionnaires dévots, ses dogmes, ses préceptes. Les pontifes se drapent de leurs certitudes pour imposer leurs incantations tribales que représentent les lignes directrices, ces impératifs religieux de notre monde contemporain. Elle est enseignée dans les facultés de médecine comme la catéchèse; elle devient accusatrice et sadique face au moindre « écart de conduite ». Il ne faut surtout pas développer l'esprit critique chez les apprentis; il ne faut pas chercher à réfuter (Popper) et soumettre nos théories à des expériences cruciales pour les tester, mais les glorifier par des vérifications les rendant irréfutables. On est davantage en amour avec nos théories, nos dogmes, que passionnés par notre mission de soigner la souffrance humaine. Le TPL est réel martèle un des grands représentants de la doctrine. On pourrait compléter ainsi : le mal existe, il faut l'exorciser par la doctrine de la foi. La psychiatrie ne comprend pas, elle juge de façon condescendante. Elle n'écoute pas les parents accompagnant les enfants, elle les met même parfois en cause pour expliquer la souffrance de leurs proches et garde les « secrets » de son savoir. Elle est attentiste et se montre très avare pour donner des diagnostics clairs. Elle est sans fondements, elle est en crise, elle est démunie. Voilà pourquoi devant la maladie elle paraît impuissante dans ce système hyper-réglémenté et étouffant qu'est la Santé Mentale. Comme la religion, elle est stagnante. Un demi-siècle de stagnation. Voilà! Voilà ou nous en sommes. **Il y a une crise des fondements en psychiatrie. Ayons, nous tous, psychiatres, le courage de l'admettre, le courage de se servir de notre pensée pour faire avancer.**

Le rôle de la psychiatrie comme médecine de la psyché, ce n'est pas la science du mental. Il faut préciser ici le sens étymologique de ces deux mots, lesquels ont été transformés et vidés de leur signification à partir de la pensée scolastique et de la métaphysique cartésienne avec son dualisme de la *res extensa* et de la *res cogitans* où, justement la psyché, le sujet (opposé à l'objet) devient synonyme d'entendement.

La psyché dérive du grec ancien et signifiait l'énergie agissante; le terme a été transcrit en latin par entelechia (fait de se tenir dans ses limites). L'entéléchie devient l'essence de l'âme. Au sens aristotélien, elle signifie principe de vie. Dans le De anima (412 a), Aristote dit : la psyché est le mode d'être d'un vivant, devenant chez l'homme Logos¹⁵. « Pour les chrétiens le corps est le mal, le sensible, et l'âme doit être sauvée. La psyché est chosifiée : elle « n'est plus un mode d'être du vivant, mais devient quelque chose, une âme-substance »¹⁶. La

philosophie cartésienne a été influencée par ce langage de la scolastique et conçoit la psyché comme sujet, comme âme pensante. Mental du latin « mentalis », « mens = esprit ». En sanscrit, « manas » = entendement, c'est-à-dire qui s'exécute dans l'esprit. On peut voir ainsi la différence majeure entre les deux termes et leur portée sémantique qui en font des opposés plutôt que des synonymes comme c'est le cas aujourd'hui. Lorsque l'on parle de Santé Mentale on définit le mental comme étant le psychique. Ce qui est totalement faux. Si on dit que quelqu'un souffre d'un trouble mental on suppose qu'il y a quelque chose qui se passe dans l'esprit et qui agit sur le corps, causant les perturbations affectives. Si l'on dit que quelqu'un souffre d'un trouble psychique et que la psyché est comprise comme puissance de vie, affectivité au sens de « se sentir » à travers les tonalités affectives de l'humeur, on pointe nécessairement vers la nature neurobiologique du vivant humain (domaine de la science) qui par le « discours » ou Logos fait voir ce qui se passe en lui (le vécu). Sans qu'elle nous détermine dans nos propres possibilités d'être, c'est la vie – la psyché, l'humeur qui nous porte. Cela vaut pour toutes les maladies, la schizophrénie comme l'ensemble des autres troubles affectifs. Il arrive que, suivant des « singularités » de la nature (génétique, neuro et physiopathologiques) la vie qui nous porte altère notre vécu au point d'y limiter nos possibilités d'être. C'est ce que peut ressentir un patient profondément déprimé, il veut mais ne peut pas. Comme disait l'écrivain Romain Gary : « c'est la vie qui nous possède beaucoup plus que nous qui la contrôlons ». J'apprécie aussi cette phrase que Koukopoulos disait aussi à ses patients pour les rassurer : « ce n'est pas vous qui êtes bipolaire, c'est la vie ». ¹⁷

Je porte la vie comme ma facticité, ce que je n'ai pas choisi, ma naissance, ma constitution physique, ma constitution psychique (avec ses trois domaines homogènes suivant Kraepelin : cours de la pensée, humeur et volonté). Je la porte avec les sollicitations du milieu que je n'ai pas choisi (stress). Je la fais mienne et c'est à partir d'elle que je prends charge de mon être et me construit en me projetant vers mes propres possibilités d'être, ou de façon impropre vers les possibilités d'être du « on ». Le trouble est une altération de ma modalité d'être-au-monde par atteinte de l'équilibre de ma nature vivante. Ce n'est pas un trouble mental; ce n'est pas un trouble dont je suis responsable en tant qu'individu libre même si son expression est peut-être colorée par ma vision propre du monde. C'est une maladie neurobiologique.



E. RECOMMANDATIONS

1. Une révision du programme d'enseignement

Il s'agit d'une tâche considérable qui appartient aux directeurs et professeurs des Universités mais qui nécessite un certain recadrage de la part des doyens des facultés de médecine. Elle implique une prise de conscience de la crise des fondements actuelle en psychiatrie. Le premier objectif étant qu'elle **se repositionne en tant que science médicale**. Qu'elle soit soucieuse de s'appuyer sur des démarches rigoureuses répondant aux critères de scientificité et en même temps permettent les débats scientifiques en laissant place à la pensée critique. Actuellement il n'y a pas de rigueur scientifique en psychiatrie et l'attitude d'irréflexion règne tant chez les professeurs que chez les apprentis. Il n'y a pas de neutralité scientifique, tant dans les universités que dans les autorités supposées régler la pratique.

Les disciplines devraient comprendre la philosophie (en renaissance actuellement dans le domaine de la médecine et des sciences du vivant), les neurosciences, les spécialités médicales majeures (endocrinologie, immunologie, cardiologie, neurologie), l'épidémiologie, la psychothérapie psychiatrique existentielle. Le psychiatre est un médecin philosophe. **Ce n'est pas un technicien qui classe, à la façon d'un botaniste, des cas à gérer!** Les facultés de médecine doivent initier elles-mêmes cette réforme sous la pression d'une crise sociale qui va se faire sentir de façon plus virulente dans le contexte d'un laisser-faire. Pour ce faire, une commission pourrait être mise en place par le gouvernement.

2. Primauté des cliniques spécialisées avec infirmiers (ères) expérimentés, des psychologues et un système de réseautage flexible avec l'entourage proche, la pharmacie et les travailleurs communautaires et les centres de crise

Dans sa forme actuelle, l'hôpital est une nuisance pour les soins psychiatriques. L'infrastructure est inhumaine, dégradante, non respectueuse de la vie des jeunes patients qui s'y présentent et des parents qui les accompagnent. Les témoignages en ce sens pullulent comme des pissenlits lorsque j'écoute les patients parler. Il n'y a pas de place ni de moyens pour accueillir le jeune en souffrance. Le plus souvent, il est isolé des parents que l'on met en cause avant même d'avoir examiné l'enfant. En gérant le risque suicidaire on oublie l'individu (c'est la même chose pour l'adulte). Simple lieu de passage, l'enfant y ressort la plupart du temps sans prise en charge adéquate, placé sur des listes d'attente pour recevoir des services qui ne sont pas du tout à la mesure de ses besoins; ou encore, il sort avec des psychostimulants et des stimulants sans supervision médicale, ce qui conduit souvent à des catastrophes. Là aussi les témoignages sont nombreux.

Ce modèle n'est pas d'avant-garde; c'est encore le modèle institutionnel. La différence étant que l'on a sorti les patients des institutions en les laissant à eux-mêmes et qu'on a laissé les psychiatres à l'intérieur pour y gérer la « direction des patients ». Au lieu d'être prisonniers de l'institution ils sont prisonniers de leur maladie. Quand on les force à devenir doublement prisonniers, à la fois de leur maladie et de l'hôpital, avec le poids d'avoir à assumer en plus la responsabilité de leur maladie, il n'est pas étonnant qu'ils veuillent sortir à tout prix de l'hôpital et que les médecins soient alors obligés de se débattre avec les lois et la confidentialité. Enfin ce modèle est encore la meilleure façon de *stigmatiser* les patients. Il est à détruire entièrement. Le modèle d'hospitalisation est à repenser afin qu'il soit à la mesure des besoins de nos jeunes. Il ne doit pas non plus être la première porte d'entrée (urgence) vers les soins spécialisés, mais le renfort approprié lorsqu'il est nécessaire d'assurer une présence et un milieu sécuritaire. La disponibilité d'une présence qui écoute avec une observation bienveillante est plus utile qu'un observateur distant qui passe la majorité du temps à prendre des notes dans une boîte de verre et à ne faire qu'une brève visite médicale.

La mise en place de cabinets de psychiatries spécialisés en trouble de l'humeur et les cliniques pour jeunes psychotiques au sein même de la communauté avec psychiatres, infirmiers (ères), psychoéducateurs, équipes communautaires ou sentinelles est l'approche la plus garante pour lutter contre la *stigmatisation* et améliorer l'*accessibilité aux soins*. Le support informatique est indispensable pour assurer une efficacité du travail de l'équipe. La prise en charge globale évaluation, traitement et suivi est nécessaire pour diminuer le risque d'abandon du traitement par le patient.

3. Retrait du critère d'âge pour la prise en charge des adolescents et jeunes adultes de 13 à 24 ans et entrée directe en soins spécialisés

À partir du moment où il est reconnu que la majorité des troubles psychiatriques émergent avant l'âge de 22 ans (75%), il devient illogique d'organiser les soins en fonction du critère de l'âge adulte. Il est ainsi recommandé d'établir un dispositif de soins pour la catégorie d'âge 13 à 24 ans dans lequel les psychiatres et pédopsychiatres puissent travailler ensemble, tant en pratique ambulatoire quant milieu interne. L'accès aux soins spécialisée en psychiatrie ne doit pas être filtré par des mécanismes d'accès rigides et hypertrophiés par des règles idiotes. Un enfant en crise suicidaire ou en phase de dérégulation émotionnelle est une URGENCE, IL EST LA PRIORITÉ NUMÉRO 1. Le système actuel de traitement des cas de pédopsychiatrie est une stratégie pernicieuse qui ne fait qu'augmenter le risque de détérioration rapide de la condition psychiatrique de l'enfant, d'autant plus lorsque l'on garde à l'esprit le préjugé qu'avant 16 ans on ne peut pas poser de diagnostic de trouble de l'humeur ou de bipolarité.

4. Dépistage systématique de la bipolarité (juvénile) cyclothymique ou cyclothymie chez les jeunes avec symptômes complexes

Il est indispensable de ne pas percevoir la présence de symptômes psychiatriques comme des entités pathologiques en soi mais comme des modalités d'expression de l'humeur (énergie vitale) plus ou moins instable. L'anxiété et ses diverses formes, l'anxiété sociale, la panique, l'agoraphobie, le Trouble Obsessif-compulsif (TOC), sont comme le baromètre indiquant l'état de l'humeur. Chez le jeune patient, la présence de ces symptômes doit alerter toute personne soignante de l'émergence d'un trouble de l'humeur dont la complexité et la rapidité des cycles appellent une prise en charge rapide en soins psychiatriques spécialisés pour le dépistage et prise en charge de la bipolarité cyclothymique. Une prise en charge tardive de ce trouble ou sa méconnaissance comporte des risques de morbidité élevé dès l'adolescence : les comportements autodestructeurs, les tentatives de suicide, le suicide, les comportements addictifs, l'usage inconsidéré d'antidépresseurs ou de psychostimulants (en présence de TDAH) pouvant aggraver l'évolution du trouble de l'humeur. *Il est impérativement requis de ne pas confondre l'épisode actuel avec la nature du trouble dans sa marche; penser les rapports entre les épisodes et ne pas oublier que la marche du trouble de l'humeur est très différente chez l'enfant de ce qu'elle peut-être chez l'adulte.* Le dépistage de l'hypersensibilité-cyclothymie- bipolarité est la stratégie indispensable pour prévenir la morbidité chez l'enfant et diminuer le risque de suicide.

5. Retirer le diagnostic de trouble de personnalité limite en tant que diagnostic médical

Le trouble de la personnalité limite relève d'une imposture intellectuelle. Celle-ci consiste à identifier une réalité clinique de nature thymique (la psyché humaine) sans la nommer telle quelle en prenant soin de l'expliquer par une théorie complexe, complètement échevelée dans sa forme conceptuelle et logique et s'affirmant comme irréfutable. L'élaboration conceptuelle du TPL est l'interprétation de la bipolarité cyclothymique sous le prisme d'une réalité psychique séparée du soma, c'est-à-dire dépendante d'une conception de la psyché sous forme d'une réalité objective construite sur la base de *présupposés métaphysiques non élucidés*.

C'est un problème identique, que Pierre Khan, un pionnier de la psychiatrie française avec les Baillarger, Falret et Deny, avaient en 1910 dans un article exposant ses idées sur la cyclothymie comme

« *constitution spéciale* », sujet de son doctorat en médecine en 1909: « Aussi est-ce une erreur de qualifier d'hystériques des malades dont les troubles psychiques consistent surtout dans l'instabilité de l'humeur, l'excitation de leur pensée, l'extravagance de leurs actes; ces malades appartiennent au cadre nosologique de la manie, depuis les formes les plus atténuées qui sont d'observation journalière, jusqu'à celles plus graves qui relèvent de la pratique des asiles ou des maisons de santé »¹⁸

Le point de vue de Khan rejoignait aussi ceux de Khalbaum, Hecker (première définition clinique complète de la cyclothymie définie comme « *maladie circulaire de la sensibilité émotionnelle* »), et Kraepelin (constitution cyclothyme = état fondamental).

En plus de ne pas répondre aux *critères de scientificité*, le *concept de trouble de la personnalité est un concept incohérent et dangereux* parce qu'il extermine ce qu'il prétend sauver, la liberté. Il est dangereux surtout en raison des injustices épistémiques qu'il rend possible socialement par les jugements de valeur, les stigmatisations, les marginalisations, les intimidations le harcèlement, et surtout, par les errances diagnostiques de nature à causer des préjudices médicaux réelles et tragiques.

La reconnaissance formelle de la catégorie de personnalité pathologique en médecine, est une atteinte flagrante dirigé contre toute personne au sens juridique du terme. Elle est une atteinte à son intégrité suivant l'esprit de l'article 10 du code civil du Québec : « Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité » (Code Civil du Québec, Éditeur officiel du Québec, 2010). Aucune souffrance psychique – et psychique subite ne justifie qu'elle soit imputée à la libre volonté d'une existence humaine. Par conséquent, j'exhorte le Collège des Médecins du Québec (CMQ) à ne plus reconnaître le diagnostic de personnalité limite en tant que diagnostic médical. Après plus de deux cents ans de vie, des universitaires maintiennent encore l'obscurantisme relié aux explications moyen-âge de la psyché! J'invite aussi les juristes à se pencher sur les conséquences légales prévisibles à reconnaître comme éthiquement valable, ce diagnostic de trouble de la personnalité limite. Beaucoup trop de personnes ont subi, en plus de leur souffrance, des préjudices et des injustices socialement impardonnables; des troubles de l'humeur non traités adéquatement, aggravés par l'utilisation inappropriée d'antidépresseurs au lieu de régulateurs de l'humeur; la détérioration de leur état mental par l'émergence de complications médicales physiques, d'addictions des tentatives de suicides et suicides, atteinte à l'intégrité de la liberté individuelle (art. 10 du code civil)

Je rappelle aux patients qui ont été victimes de ce *marquage stigmatisant de TPL* qu'il leur est possible de prendre les procédures juridiques qu'ils ont à leur disposition pour faire retirer de leur dossier ce diagnostic dangereux et à ceux qui en ont subi des préjudices à se défendre avec toute la fermeté et la persévérance requises.

À NE JAMAIS OUBLIER : Chaque diagnostic de trouble de personnalité correspond, dans la majorité des cas, à un diagnostic de trouble de l'humeur non traité.

6. La psychiatrie doit relever sur le plan de l'administration publique de la santé publique et non des services sociaux

La psychiatrie doit se définir comme science médicale et revoir ses programmes de formation en tenant compte des développements au sein des différents courants de pensée dans son domaine au lieu d'être le porte-parole et le gardien d'une idéologie dogmatique, figée dans une Direction Santé Mentale agissant de façon totalitaire, sans aucune légitimité. Elle doit assurer son autonomie et jouer son rôle de leader auprès des autres instances décisionnelles des services sociaux pour construire un réseau de santé publique adéquat et à la mesure des besoins de la population.

7. Que l'Association des médecins psychiatres (AMPQ) permettent d'exposer davantage les débats et discussion de fonds sur la science théorique et pratique de la psychiatrie et défende clairement la liberté de la pensée critique. Que l'Association des médecins psychiatres du Québec s'engage à défendre davantage la neutralité et la rigueur scientifique et ne fasse aucun compromis

Le niveau de rigueur intellectuelle n'a jamais été aussi faible depuis les dernières années. Il ne faut pas nécessairement jeter le blâme sur les organisateurs d'événements académiques, mais il faut plutôt pointer cette évidence comme étant la source du problème : la psychiatrie universitaire est agonisante. Est-ce possible de lui redonner la place et la vie qu'elle mérite dans notre société. Je pense bien que oui. En autant que, tous et toutes, ayons l'humilité de reconnaître notre responsabilité pour sa performance aussi désolante. Les programmes actuels sont obsolètes. On ne peut pas trouver toujours des excuses ou réagir aux constats d'échec en jetant de la poudre aux yeux pour nous disculper face au public.

8. Soutien des autorités publiques pour un financement adéquat d'une réorganisation du dispositif psychiatrique auprès des jeunes efficace et efficiente

Les autorités gouvernementales devraient déterminer le financement des services aux patients en allouant des budgets qui tiennent compte des besoins reliés à la pratique médicale vs aux interventions sociales. La psychiatrie doit relever du budget de la santé et non des affaires sociales. Elle doit pouvoir travailler avec et à proximité de la recherche médicale, des neurosciences et de la neuropharmacologie.

RÉFÉRENCES

1. Georges Canguilhem. « Le Normal et le Pathologique », Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2015, 12^{ème} édition.
2. Michel Foucault. Le Pouvoir Psychiatrique, cours donnés au Collège de France,
3. Nancy C. Andreasen. DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences. *Schizophrenia Bulletin* vol. 33 no.1 pp 108-112, 2007 doi: 10.1093#schbul/ sb1054
4. Emil Kraepelin. Cent ans de psychiatrie *suivi de* La folie maniaco-dépressive, Mollat Éditeur, 1974. P. 238
5. Dr. Elie Hantouche, Barbara Houyvet, Caline Majdalani. Cyclothymie, Troubles bipolaires des enfants et adolescents au quotidien. Éditions J. Lyon, 2^o éd. Paris 2012, p. 71
6. Perugi G, Hantouche E, Vannucchi G, Pinto O. Cyclothymia reloaded: A reappraisal of the most misconceived affective disorder. *J Affect. Disord* 2015 sept 1; 183: 119-33. doi: 10.1016/j.jad.2015.05.004. Epub 2015 May 2013
7. Hatice HARMANI, Feryal ÇAM ÇELIKEL, liker ETIKAN. Comorbidity of Adult Attention Deficit and Hyperactivity Disorder in Bipolar and Unipolar Patients. *Noro Psikiyatrs Ars.* 2016Sep; 53(3): 257-262. Published online 2016 Sep 1. Doi: [10.5152/npa.2015.11328](https://doi.org/10.5152/npa.2015.11328)
8. Giulio Perugi, Elie Hantouche, Giulia Vannucchi. Diagnosis and Treatment of Cyclothymia: The Primacy of Treatment. *Curr Neuropharmacol.* 2017 Apr; 15(3): 372-379. Published on line 2017 Apr: <http://dx.doi.org/10.2174/1570159X14666160616120157>
 - : 10.1176/appi.Ajp.2016.16030375. Epub 2016 Aug 13
9. Thomas Kuhn. La structure des révolutions scientifiques. Poche 14 mai 2008
10. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay. Les troubles de la personnalité limite au Saguenay-Lac-St-Jean : prévalence et utilisation des services; Novembre 2016 et IUSMQ
11. Koukopoulos A, Sani G, Ghaemi SN. Mixed features of depression: Why Dsm-5 is wrong (and so was Dsm-IV). *Br J Psychiatry.* Jul 2013 (1) 3-5. doi: [10.1192/bip.112.124404](https://doi.org/10.1192/bip.112.124404)
12. Kendler KS, Engstrom EJ. From Kahlbaum, Hecker, and Kraepelin The Transition
 - Psychiatric Symptom Complexes to Empirical Disease Forms. *Am J Psychiatry* 2017 Feb 1; 174(2): 102-109. doi
13. Nassir. Ghaemi. Bipolar Spectrum : A Review of the Concept and a Vision of the Future. Department of psychiatry, Tufts Medical Center, Tufts University School Medicine, Boston, MA, USA. <http://dx.doi.org/10.4306/pi.201310.3.218>
14. Akiskal H. J, aff. Disorder, 1977
15. Aristote. Traité de l'âme
16. Martin Heidegger. Séminaires de Zurich, Édités par Médard Boss. Traduit de l'allemand par Caroline Gros. Éd. Gallimard, 2010. P 276
17. Pierre Khan. La cyclothymie. Revue médicale, Paris 1910.
18. Michel Foucault. Histoire de la folie à l'âge classique, Éd. Gallimard, Paris 1972