

## Article

---

« Organisation des soins par cliniques psychiatriques spécialisées ou par cliniques de psychiatrie générale? Un débat entre Louis Guérette et Jean-Pierre Rodriguez »

David Robitaille

*Santé mentale au Québec*, vol. 24, n° 2, 1999, p. 159-181.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/013017ar>

DOI: 10.7202/013017ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)



## Organisation des soins par cliniques psychiatriques spécialisées ou par cliniques de psychiatrie générale ? Un débat entre Louis Guérette et Jean-Pierre Rodriguez

---

David Robitaille\*

L'auteur rapporte le point de vue des docteurs Louis Guérette et Jean-Pierre Rodriguez, psychiatres l'un au Pavillon Notre-Dame du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), l'autre au Pavillon Albert-Prévost (PAP) de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, sur la place des cliniques psychiatriques spécialisées dans l'organisation des soins en psychiatrie. Le D<sup>r</sup> Guérette, qui pratique en psychiatrie générale, estime que les cliniques spécialisées ne sont pas un mode approprié de distribution des soins. Le D<sup>r</sup> Rodriguez, rétorquant aux arguments du D<sup>r</sup> Guérette, présente le système d'organisation par cliniques spécialisées mis en place au PAP. Les questions posées par l'auteur et les réponses des deux cliniciens sont rapportées. Finalement, l'auteur, médecin résident en psychiatrie, présente son point de vue personnel et ses réflexions.

À l'hiver 1999, au Pavillon Notre-Dame du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), un débat a lieu entre Louis Guérette, psychiatre au Pavillon Notre-Dame, et Jean-Pierre Rodriguez, psychiatre au Pavillon Albert-Prévost (PAP) de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, sur l'un des nombreux aspects de l'organisation des soins en psychiatrie. Ce débat faisait suite à un article paru dans *Prisme* sous la plume du D<sup>r</sup> Guérette : La clinique spécialisée n'est pas un mode approprié de distribution des soins (Guérette, 1996) et à quelques autres écrits précédents. Le D<sup>r</sup> Rodriguez avait été invité à apporter des contre-arguments et à présenter le système de distribution nouvellement mis en place au PAP. Le présent article reprend l'essentiel de cette discussion au bénéfice des lecteurs de *Santé mentale au Québec*.

L'auteur a rencontré les deux cliniciens et, dans le but de poursuivre la réflexion, des questions leur ont été soumises par écrit, puis leurs réponses recueillies par écrit pour l'un (L. G.) et au cours d'une entrevue pour l'autre (J.-P. R.). Le texte de leur position respective

---

\* Médecin résident en psychiatrie, Université de Montréal.

leur a été soumis pour validation et commentaires. Soulignons que les propos recueillis sont les opinions personnelles des deux psychiatres. Aussi, les deux penseurs-cliniciens pratiquent dans des milieux ayant chacun son histoire et sa culture organisationnelle spécifiques.

De multiples questions pertinentes au choix d'un mode de distribution des soins seront abordées, mais l'article n'aborde pas tous les aspects de l'organisation des soins en psychiatrie. Certains lecteurs verront des liens avec d'autres débats survenus lors des différentes phases du mouvement de désinstitutionnalisation et du virage ambulatoire, dont une polémique lancée par le Dr François Borgeat dans un écrit critiquant l'usage de la sectorisation en psychiatrie au Québec en 1994 (Borgeat, 1994; Renaud et al., 1995).

L'organisation des soins en psychiatrie est un sujet qui peut être aride. Pour clarifier les enjeux et le vocabulaire utilisé, voici une description de trois modèles possibles d'organisation de ces soins. Il ne s'agit pas de modèles explicitement reconnus dans la littérature mais d'une synthèse qui vise à clarifier le présent texte.

*Modèle 1* : cliniques de psychiatrie générale uniquement. Référé par un médecin généraliste, ou directement à sa demande, le patient est évalué puis traité par les membres d'une équipe multidisciplinaire de psychiatrie. Cette équipe est en général constituée de professionnels en psychiatrie, en soins infirmiers, en travail social, en psychologie, en ergothérapie. Tous peuvent partager une étendue variable de tâches, selon un modèle interdisciplinaire de partage des tâches ou non. Tous les patients référés ne peuvent être évalués ou traités que par une équipe de psychiatrie générale, il n'existe pas de cliniques spécialisées.

*Modèle 2* : cliniques de psychiatrie générale et cliniques psychiatriques spécialisées. Porte d'entrée en deuxième ligne, les cliniques de psychiatrie générale assurent le suivi au long cours de toute la clientèle. En troisième ligne et au besoin seulement, des cliniques psychiatriques spécialisées (selon le diagnostic ou l'approche thérapeutique) font profiter les équipes générales de leur expertise via des consultations. Elles ne prennent en charge le traitement que ponctuellement, puis retournent le patient à l'équipe générale en deuxième ligne. Les cliniciens y œuvrant peuvent travailler en équipe ou pas, selon un modèle interdisciplinaire de partage des tâches ou non. Ces cliniques ne suivent pas en général de clientèle qui ne soit suivie par une des cliniques de psychiatrie générale.

*Modèle 3* : cliniques psychiatriques spécialisées seulement. Porte d'entrée exclusive en deuxième ligne psychiatrique, les patients y sont référés par les cliniciens de la première ligne. Elles se divisent le

traitement des différentes psychopathologies possibles. Elles assurent le suivi au long cours de l'ensemble des patients dont elles ont fait le traitement, sauf s'ils sont retournés à la charge d'omnipraticiens en première ligne. Ces cliniques peuvent être spécialisées selon un diagnostic spécifique, un spectre de diagnostics, ou le type d'approche thérapeutique utilisée. Les cliniciens y œuvrant peuvent travailler en équipe ou pas, selon un modèle interdisciplinaire de partage des tâches ou non. Il n'existe pas de cliniques de psychiatrie générale, tout le travail étant divisé entre un nombre variable de cliniques spécialisées.

### **Position du D<sup>r</sup> Guérette**

Le D<sup>r</sup> Guérette se dit en faveur des cliniques psychiatriques spécialisées, mais seulement quand elles sont placées en dérivation d'un système régulier de distribution des soins (cliniques de psychiatrie générale en première ligne), et pour accueillir des patients souffrant de pathologies trop rares ou trop complexes pour espérer trouver facilement un traitement adéquat dans chaque point de service du réseau. Comme il l'écrivait dans *Prisme*, le modèle optimal est celui où « les équipes de psychiatrie générale réfèrent aux cliniques spécialisées en cas de besoin et reprennent éventuellement leurs patients par la suite ». Il est contre la tendance que certains pourraient envisager d'organiser l'ensemble du réseau de soins psychiatriques en cliniques spécialisées. « Ce qui doit être débattu n'est pas la pertinence des cliniques spécialisées (tous sont d'accord), mais que tout le système en devienne un de cliniques psychiatriques spécialisées, ce qui a été promulgué par l'Université [...] dans des buts de promouvoir l'excellence, d'augmenter les publications et d'obtenir des subventions. » À son avis, les cliniques psychiatriques spécialisées vues comme porte d'entrée exclusive et obligatoire du système, c'est néfaste pour les patients, les soignants et la société.

D'abord, le modèle des cliniques spécialisées en première ligne (modèle 3) serait néfaste pour le patient : *réductionniste*, il encourage la connaissance de la maladie au détriment de la connaissance de la personne. Il serait beaucoup plus difficile de maintenir une vision humaniste s'attardant à la personne, à sa personnalité, à la relation thérapeutique. « En psychiatrie, au contraire d'en chirurgie, avant de rechercher un super-spécialiste dont les intérêts sont centrés sur la maladie dont je souffre, je chercherais plutôt un praticien sensible et perspicace, à l'esprit large, imaginatif et bien pourvu, en espérant que l'Université en ait produit assez pour tout le monde. »

Le D<sup>r</sup> Guérette aborde ainsi la question de la spécialisation. Pour lui, on peut avoir un savoir suffisamment étendu en psychiatrie pour

traiter optimalement la majorité des troubles mentaux, sans qu'il y ait matière à se spécialiser en un domaine particulier, et il y aurait de grands bénéfices à avoir une pratique diversifiée et intégrative. « Il faut accepter d'être des psychiatres généralistes et surtout des humanistes (intégrant les connaissances scientifiques au sens large, mises au service de la personne). Or cette conception du travail est encore trop négligée ; et un accent trop appuyé sur la valeur des cliniques spécialisées risquerait de l'affaiblir encore. ».

« Il n'y a pas de traitements spécialisés en psychiatrie qui demandent tant de spécialisation, dit-il, ni de thérapie si complexe et fine que tous ne peuvent la pratiquer. » « Il est relativement bénin, ajoute-t-il, que le désir des étudiants d'obtenir des certitudes entraîne les enseignants à croire à la certitude dans leur pratique, mais il serait malin que l'Université en vienne à enseigner la certitude en psychiatrie, ce qui risque davantage de se produire à l'intérieur d'un réseau qui ne serait organisé qu'en cliniques spécialisées [modèle 3]. » Il mentionne aussi « l'influence de ces "experts" qu'on encense et qui n'hésitent pas à se prononcer sur des sujets divers dans lesquels ils n'ont plus la moindre compétence. »

Le modèle 3 serait aussi néfaste pour les patients car il crée l'*exclusion* : les cas difficiles, désagréables, trop compliqués risquent d'être rejetés, exclus. Il n'y aurait pas d'obligation de traiter ces patients par chacune des cliniques. Comme la co-morbidité est élevée, surgiraient des difficultés d'attribution et des conflits potentiels entre ces cliniques. Le modèle de psychiatrie générale ne comporte pas ces risques si les psychiatres ont l'obligation de maintenir à un minimum les listes d'attente et sont responsables du suivi de leurs cas.

Le modèle 3 serait inutilement *compliqué* et partiellement en opposition avec la continuité des soins, le patient devant passer, lors de son évaluation psychiatrique, par une étape inutile avant attribution à une clinique particulière, et n'étant pas ensuite traité par celui qui l'a évalué : « C'est un phénomène universel qu'il y ait quelque chose qui s'installe du processus thérapeutique au moment de l'évaluation et c'est une erreur de le dissocier artificiellement au nom des valeurs universitaires. » Il y a de plus le risque d'une erreur de diagnostic lors de l'évaluation psychiatrique (préféablement un processus au long cours), puis d'une orientation vers une clinique spécialisée n'y correspondant pas qui doit alors retransférer le patient à une autre. Le système de soins de l'établissement court aussi le risque d'être incomplet car il serait alors impossible de créer assez de cliniques différentes pour couvrir les 17 catégories diagnostiques du DSM-IV, sans compter le piège d'ouvrir d'innombrables cliniques représentant chacune une des approches théra-

peutiques existantes (modèles 2 ou 3). Certains patients souffrant de pathologies auxquelles on n'aurait pas attribué de clinique particulière seraient alors exclus et laissés sans aide.

Ensuite, le dispositif des cliniques spécialisées vu comme mode unique d'organisation des soins (modèle 3) serait néfaste pour les soignants parce qu'il *réduit l'envergure* du psychiatre clinicien qui y pratique. « Il enlève des occasions de développement [au psychiatre], il limite sa vision de la problématique humaine à une conception sur-spécialisée nécessairement réductrice... » L'utilisation exclusive du modèle médical mènerait au scientisme, au détriment de l'humanisme : « [Le travail en clinique spécialisée] pousse le clinicien à ne pas voir la pathologie qu'il a devant lui comme la manifestation de la nature humaine mais plutôt comme une pathologie avec ses idiosyncrasies ; il limite sa vision des problématiques humaines. »

Un modèle d'organisation où coexisteraient cliniques de psychiatrie générale et cliniques spécialisées (modèle 2) *dévaloriserait le travail du clinicien généraliste* qui prend la responsabilité des soins peu importe le diagnostic, et qui aurait fait fonctionner le système de soins depuis toujours. Référant les patients souffrant de troubles spécifiques, il verrait ses compétences et la diversité de sa pratique appauvries par la présence des cliniques spécialisées. À longue échéance, le réseau des soins psychiatriques ne serait composé que d'un ensemble de soignants hyper-spécialisés n'ayant plus de compétences ni de vision globales.

Finalement, le modèle privilégiant les cliniques spécialisées (modèle 3) serait néfaste pour la communauté car il est *anti-pédagogique* : la formation en milieu spécialisé ne fournirait pas l'exposition clinique et l'expertise au traitement pour toute la variété de pathologies qui surviennent inopinément chez les patients en bureau général, d'où des difficultés à faire face à la réalité clinique de la psychiatrie générale. Aussi, cette formation ne préparerait pas au mode d'organisation différent auquel les jeunes psychiatres feront face dans les milieux non spécialisés. « Pour le jeune psychiatre formé en milieu spécialisé, il y a un gros risque de burn-out, de dévalorisation, de désenchantement, de découragement au moment d'aller travailler en milieu général. Il ne peut être comme il l'a appris en milieu spécialisé. »

Selon le D<sup>r</sup> Guérette, le modèle des cliniques spécialisées comme porte d'entrée exclusive (modèle 3) répond d'abord à des objectifs universitaires : favoriser la formation et la recherche. Cependant l'adoption de ce dispositif peut se faire au détriment des objectifs cliniques des hôpitaux et des régies régionales qui visent une distribution optimale des soins. Le D<sup>r</sup> Guérette écrivait dans *Prisme* : « Ce qui empoisonne le

problème et qui n'a jamais été franchement abordé jusqu'ici [...], c'est la confusion qui s'est créée à la suite du double mandat des hôpitaux universitaires, soit 1) celui d'assurer des soins rapides, efficaces, appropriés et complets à toute la population qu'ils desservent, et 2) celui de développer simultanément la recherche dans des domaines de pointe. » Il ajoute maintenant : « L'Université se montre indifférente aux besoins cliniques des institutions hospitalières, comme on peut le voir dans ses exigences excessives d'embauche de psychiatres par les départements hospitaliers et sur laquelle elle a un droit de veto. La Régie, par ailleurs, n'accepte pas facilement de considérer la charge d'enseignement d'un hôpital universitaire comme une partie aussi légitime que, disons, la population de son secteur. Comme toujours c'est au clinicien de faire les frais de l'ignorance mutuelle de ces deux bureaucraties, qui se croient seules au monde. »

L'efficacité du système de soins au PAP s'est grandement améliorée depuis sa transformation. Mais les améliorations sont-elles dues spécifiquement au nouveau mode d'organisation par modules spécialisés (modèle 3) ? « Ce n'est pas le passage de la clinique de psychiatrie générale à la clinique spécialisée qui est nécessairement la cause de toutes les améliorations survenues au PAP, mais plutôt l'électrochoc qui a fait que les gens se sont mobilisés. On pourrait très bien imaginer une institution sclérosée fonctionnant selon un modèle de cliniques spécialisées qui se mettrait à fonctionner efficacement selon un modèle de psychiatrie générale. Les transformations survenues au PAP sont excellentes pour la population, mais il ne faut pas en faire la démonstration de la supériorité du modèle par cliniques spécialisées (modèle 3). »

En somme, selon le D<sup>r</sup> Guérette, le modèle d'organisation des soins par cliniques de psychiatrie générale (modèle 1) paraît offrir plus d'efficacité, de flexibilité, de vision globale et humaniste, rendant justice à la complexité de la problématique humaine, sans compromettre la compétence des psychiatres et la qualité des soins. Les faiblesses alléguées du modèle de psychiatrie générale (longues listes d'attente, manque de traitements spécialisés appropriés, manque de vie universitaire), ne seront pas corrigées par le modèle des cliniques spécialisées ; et il serait possible d'y remédier à l'intérieur du système actuel. Le fonctionnement interdisciplinaire, avec partage de la prise en charge des traitements par l'ensemble des intervenants et responsabilité d'un bassin de population, peut être optimal, mais on n'a pas fait les efforts nécessaires pour le développer suffisamment. Il est possible de maîtriser l'ensemble des traitements nécessaires à une pratique de psychiatrie générale. Finalement, il est possible d'intéresser les psychiatres à

l'excellence et à la connaissance, d'animer une vie académique riche sans changer de mode d'organisation des soins.

### **Position du D<sup>r</sup> Rodriguez**

Le D<sup>r</sup> Rodriguez rétorque au D<sup>r</sup> Guérette que « la psychiatrie spécialisée n'est pas si horrible. » Selon lui, la plupart des accusations portées contre ce mode d'organisation des soins (modèle 3 essentiellement et, parfois, des critiques étendues aux cliniques spécialisées du modèle 2) ne représentent pas des problèmes inhérents au modèle, mais sont davantage liées aux individus qui y œuvrent et à la complexité des pathologies. Il mentionne qu'il existe trois ou quatre modèles d'organisation des soins qui tous peuvent être adéquats, suivant le contexte. Selon lui, le modèle des cliniques spécialisées (modèle 3) présente de multiples avantages, principalement en milieu universitaire. Voici les contre-arguments du D<sup>r</sup> Rodriguez :

Le fonctionnement au sein des cliniques spécialisées respecte les principes de base et les valeurs importantes de la psychiatrie moderne : le modèle bio-psycho-social, la continuité des soins, l'intégration interne-externe, la multidisciplinarité, la vocation communautaire, l'intégration des volets clinique-académique-recherche, l'obligation de prise en charge, la position en deuxième ligne, l'humanisme, l'autoévaluation permanente. Le travail interdisciplinaire est tout à fait possible avec la même répartition des responsabilités, la même collaboration, la même vision holistique, la même approche humaniste que dans un autre modèle. La considération de la personne y est assurée, et scientisme ou vision réductionniste y sont rejetés. La non-observance de ces principes ne tient pas à un modèle quel qu'il soit, mais plutôt à des facteurs individuels et politico-administratifs. « Quant à l'intellectualisme, il est l'apanage des individus plus que d'un modèle en soi. »

Ce modèle d'organisation des soins permet l'acquisition d'un niveau de connaissances et d'expertise très élevé. Il a même l'avantage de permettre à certains professionnels de développer des expertises particulières qui ne pourraient être disponibles si l'équipe voyait tous les types de psychopathologie. La compétence clinique n'est aucunement fonction du mode d'organisation, mais bien des individus et d'un milieu académique stimulant. « L'élitisme peut aussi être sain... »

Le fonctionnement en cliniques spécialisées favorise l'augmentation de la qualité des soins, de l'efficacité et de l'efficience, de la qualité de l'enseignement, des possibilités de recherche. Il est basé sur les mêmes valeurs éthiques que la psychiatrie générale et même plus :

« Diminuer la souffrance avec plus de compétences, de rapidité, d'efficacité sont aussi des valeurs humanistes. »

Les cliniques spécialisées ne sont *pas en soi un système incomplet qui favoriserait l'exclusion*. Au PAP, elles couvrent un vaste champ de psychopathologies des domaines psychotique, affectif, relationnel, et autres. Très peu de pathologies ne sont pas couvertes, et la plupart d'entre elles ne nécessitent pas de soins psychiatriques. Ces patients sont en général pris en charge dans les services de première ligne comme les C.L.SC. et les omnipraticiens. « Les services psychiatriques, il faut le mentionner, ne sont pas tenus d'offrir des traitements pour tous les problèmes de santé mentale, comme par exemple les problèmes de couple. » Contrairement aux cliniques spécialisées du modèle 2 qui ont une vocation très pointue, le modèle du PAP fonctionne, pour un volet, selon la notion de spectre de pathologies (l'autre volet concerne les approches thérapeutiques spécifiques). Par exemple, le module des troubles psychotiques traite des patients souffrant de la schizophrénie, du trouble schizo-affectif, du trouble délirant, des psychoses toxiques, ou des personnalités schizotypique ou schizoïde. La prise en charge du traitement étant globale, lorsque se manifeste la comorbidité si fréquente, l'équipe soignante s'occupe aussi de ces autres aspects. Si nécessaire, lorsque la co-morbidité est complexe, une consultation ponctuelle peut être demandée à une autre clinique psychiatrique spécialisée. « Par ailleurs, le fait d'exercer en clinique spécialisée n'entraîne pas obligatoirement une amnésie pour le reste de la psychiatrie. »

La complexité du dispositif de soins au PAP n'est pas si grande et elle *ne nuit pas aux patients*. Toute demande de soins est évaluée au module d'évaluation-liaison (MEL). Les cliniques spécialisées sont responsables du traitement de tous les patients qui leurs sont référés ; *la continuité des soins est donc assurée*. Rétrospectivement, le taux de diagnostics erronés après le passage au MEL est très bas. Lorsque cela se produit et qu'exceptionnellement le trouble diagnostiqué ne correspond pas au programme, les patients sont souvent traités à même le programme ayant reçu la référence, avec ou sans consultation auprès de l'équipe d'un autre programme. À la suite de la référence du MEL à un programme spécialisé, l'évaluation se poursuit effectivement à l'intérieur de ce programme, parfois sur une longue période, comme dans tout autre système de soins. L'étape d'évaluation supplémentaire que représente le MEL n'exige pas beaucoup de temps et la satisfaction des patients reste très élevée. Le fait que la personne qui les évalue initialement ne sera pas le thérapeute au long cours est explicité d'emblée et ne

semble pas leur nuire beaucoup. «La continuité des soins n'est pas nécessairement la continuité des thérapeutes.»

Le D<sup>r</sup> Guérette oppose psychiatrie générale et psychiatrie spécialisée entre autres pour souligner que le psychiatre généraliste risque de se trouver dévalorisé. Or dans le modèle du PAP tous les psychiatres ont développé des connaissances et des compétences plus spécifiques, ce qui élimine les comparaisons. Le mode d'organisation qui favorise la comparaison est plutôt celui qui entretient côte à côte psychiatrie générale et psychiatrie spécialisée (modèle 2).

### **Questions**

**D. R. :** Docteur Guérette, quels sont les défauts potentiels, les écueils, les pièges que peut receler le mode d'organisation des soins de psychiatrie générale (modèle 1) au niveau des patients, de l'organisation locale, régionale, nationale ?

**L. G. :** Le réquisitoire qui précède contre les cliniques spécialisées accumule bien entendu tous les vices potentiels de ce modèle (modèle 3), vices qu'il ne cause pas nécessairement à lui seul dans tous les cas. Disons plutôt qu'il risque d'en favoriser l'éclosion. À l'inverse, le système basé sur une organisation de psychiatrie générale (modèle 1) comporte aussi ses dangers. Sous-équipé en personnel, comme ce fut souvent le cas, il risque d'engendrer l'épuisement et le désenchantement des membres. Mal encadré par des structures académiques qui sont devenues, comme maintenant, avec la bénédiction universitaire, le prolongement des sections de marketing des compagnies pharmaceutiques, l'inertie intellectuelle et l'ignorance peuvent plus facilement s'y installer que dans des cliniques spécialisées.

**D. R. :** Quels moyens avez-vous mis en place au fil des ans pour pallier ces inconvénients du mode d'organisation de soins dans lequel vous pratiquez ?

**L. G. :** Des activités académiques dont peuvent bénéficier toutes les couches professionnelles du système sont un bon moyen de maintenir la compétence. La responsabilisation individuelle totale comme thérapeute principal au sein de l'équipe multidisciplinaire, indépendamment des affiliations corporatives, est aussi une bonne façon de maintenir le moral des intervenants et d'accroître leur stimulation et leur curiosité. La tendance à rechercher une diversité de problèmes cliniques au lieu de s'en tenir toujours aux mêmes pathologies contribue aussi à maintenir le thérapeute en éveil et favorise son développement professionnel autant que personnel. Cette question, très intéressante, pourrait être développée davantage.

**D. R. :** Y a-t-il des avantages intrinsèques au mode d'organisation par cliniques spécialisées (modèle 3) qui vous seraient utiles, que vous enchiez ?

**L. G. :** Je ne l'envie pas personnellement, mais je puis imaginer que certains trouvent une certaine fierté à devenir « l'expert » de la schizophrénie, de la phobie, etc... (bien qu'on pourrait mettre en doute l'existence réelle de cette expertise, les taux de succès du traitement des pathologies psychiatriques ne me paraissant pas nécessairement varier tellement en fonction des sur-spécialisations des intervenants). Je ne nie pas qu'il y ait une grande satisfaction à sentir qu'on serre de près une problématique clinique ou scientifique, qu'on se tient à date, qu'on peut discuter de la littérature avec compétence. Je dirai seulement que la clinique spécialisée n'est pas la seule voie vers ces plaisirs. Il est même désirable que dans un modèle général les intervenants se choisissent des sujets d'excellence qu'ils approfondissent à leur gré, et même qu'ils changent ces pointes d'intérêt au hasard des arrivages cliniques.

**D. R. :** Docteur Rodriguez, quels sont les défauts potentiels, les écueils, les pièges que peut receler le mode d'organisation des soins par cliniques spécialisées (modèle 3) au niveau des patients, de l'organisation locale, régionale, nationale ?

**J.-P. R. :** Le système de soins par cliniques spécialisées ne comporte pas plus d'écueils ou de pièges spécifiques, selon moi. Il fonctionne selon les mêmes principes que nous avons déjà énoncés, présente les mêmes problèmes potentiels que dans tout autre système de soins. Les propos du D<sup>r</sup> Guérette mettent en évidence à peu près tous les reproches et les craintes qu'il est possible d'avoir face à un mode d'organisation selon le modèle 3. Je crois qu'il y a là de multiples idées préconçues, dont je crois avoir démontré qu'elles ne sont pas fondées, au moins pour ce qui est de la pratique au PAP. Le système que nous avons adopté fait face cependant, comme le système de psychiatrie générale, à un manque de ressources et parfois à des compétences défaillantes, mais il ne s'agit pas de défauts particuliers au modèle par cliniques spécialisées.

Nous devons évoquer, par contre, le risque de sur-spécialisation à outrance : si les cliniques spécialisées ne s'organisaient pas autour de larges spectres de pathologies et devenaient très pointues, il pourrait apparaître une certaine exclusion. Rappelons-nous que l'exclusion peut aussi apparaître dans les autres modèles.

Finalement, il serait possible que les étudiants reçoivent une exposition clinique limitée, bien qu'ils semblent être exposés à un éventail large de pathologies à l'intérieur des différents modules du PAP

et au cours de leurs activités au MEL, à l'urgence et potentiellement au programme d'intervention de crise et à l'unité de traitement transitoire. (En fait, nous pourrions dire que ces dernières ressources à l'intérieur de l'hôpital ont une pratique de psychiatrie générale où tous les types de pathologies peuvent être retrouvés.) Nous avons peu de recul actuellement concernant cet aspect et il serait intéressant de demander l'avis des résidents eux-mêmes. L'enseignement me semble, en somme, plus pointu à l'intérieur du nouveau système au PAP. Les étudiants n'auront pas de problèmes à fonctionner en milieu général car les modèles de compréhension, le mode de fonctionnement en équipe, le système de valeurs et de pratiques sont les mêmes.

**D. R. :** Y a-t-il des avantages intrinsèques au mode d'organisation de psychiatrie générale (modèle 1) qui vous seraient utiles, que vous enveniez ?

**J.-P. R. :** Non, je ne l'envie pas. Il me semble y avoir de multiples avantages à pratiquer en clinique spécialisée. Il y a cependant aussi un deuil à faire de certains aspects cliniques. Il faut faire le deuil d'un certain désir d'omnipotence et accepter qu'il sera difficile de maintenir des compétences qui soient à la fine pointe face à d'autres pathologies. Les modèles 2 et 3 favorisent donc peut-être l'abandon de certaines compétences, mais il est possible de maintenir une compétence de base par le traitement de multiples troubles en co-morbidité et par les évaluations à l'urgence. Probablement que nos compétences diagnostiques sont maintenues et que, s'il y a perte, ce serait davantage au niveau de compétences thérapeutiques pointues face à certaines pathologies. En pratique, cela n'a pas posé de problèmes au PAP. Je vous fais remarquer que tous les psychiatres ont dû mettre de côté une partie de leur pratique générale antérieure et qu'à ce niveau nous sommes tous sur le même pied.

Un écueil pourrait se manifester lorsqu'on met sur pied un département fonctionnant sur un modèle de cliniques spécialisées. Au cours des nombreuses discussions et réflexions ayant préparé la réorganisation des soins chez nous, certains ont été tentés de préserver une partie des cliniques de psychiatrie générale en parallèle à l'ouverture des modules spécialisés. S'il y avait coexistence de cliniques de psychiatrie générale et de cliniques spécialisées suivant chacune sa population de patients (ce qui ne correspond ni au modèle 2 ni au modèle 3), il y aurait vraiment un risque de dévalorisation des cliniciens en psychiatrie générale, de conflits administratifs et affectifs, et d'apparition d'une psychiatrie à deux vitesses. Il semble s'agir d'un des pièges à souligner, qui rejoint une inquiétude du D<sup>r</sup> Guérette.

**D. R. :** À quelles conditions particulières d'un milieu un modèle serait-il plus adapté que l'autre ? S'il y avait disparité entre un modèle d'organisation par cliniques spécialisées (modèle 3) en milieu universitaire et de psychiatrie générale (modèle 1) hors des grands centres, les nouveaux psychiatres ne seraient-ils pas confrontés à des difficultés d'intégration devant une pratique d'un style différent ?

**L. G. :** Si le modèle psychiatrique spécialisé n'est certainement pas adapté au contexte des régions, par contre le modèle de psychiatrie générale pourrait tenir honorablement sa place universitaire. Ceci tient surtout à la philosophie et aux efforts que l'administration universitaire accepte de consentir en sa faveur.

Les étudiants « généralisés » s'adapteraient certainement mieux à un milieu « spécialisé » que des étudiants « spécialisés » à un milieu « généralisé ». Quoi qu'on en dise, la résidence est une période où l'on doit faire un apprentissage de base, apprendre une langue qui soit assez riche et flexible pour comprendre et exprimer toutes les nuances de la réalité clinique ultérieure. Plus le vocabulaire en est riche, plus expressif sera l'individu par la suite. L'apprentissage de base dans des cliniques spécialisées est-il vraiment la formation la plus indiquée pour l'avenir professionnel de l'individu ? J'en doute car ce n'est pas une langue très riche. Mais, bien entendu, on peut croire le contraire si on considère la psychiatrie comme une discipline super-spécialisée de connaissances fines et complexes s'ajoutant à la formation de base de l'externat qui serait alors supposément la langue « maternelle » dont je parle plus haut. Mais personne ne croit sérieusement, à mon avis, que la formation psychiatrique offerte à l'externat puisse répondre à ce critère. Bref, quand on parle bien la langue, on peut dire tout ce qu'on veut.

Je crois fermement à une formation psychiatrique globale qui permette de traiter optimalement un vaste registre de pathologies. Si, au niveau universitaire, on croit que ce n'est pas possible, et qu'il faut former essentiellement des psychiatres sur-spécialisés qui se sont partagé les domaines de la psychiatrie, qu'est-ce qu'on pense de la formation qu'on donne pour aller pratiquer en région ? Dans de multiples régions, il n'y aura pas suffisamment de psychiatres pour créer un système de cliniques spécialisées. Les jeunes psychiatres auront de sérieuses difficultés à pratiquer comme ils l'auront appris en milieu universitaire.

**J.-P. R. :** Le modèle 3 est applicable même en région, s'il y a assez de psychiatres pour justifier la séparation du travail et la spécialisation. Même avec seulement quatre ou cinq psychiatres dans un département,

le modèle 3, pris dans un sens un peu moins strict, m'apparaîtrait une manière adéquate de travailler. Il est alors important d'utiliser des spectres peut-être plus larges de pathologies pour limiter l'exclusion lorsqu'il y a un nombre faible de psychiatres. En somme, la pratique psychiatrique au PAP diffère peu, si ce n'est pour la restriction diagnostique. Ses avantages sont la formation académique et la recherche. Les psychiatres formés en milieu spécialisé auront d'excellentes compétences et connaissances qui s'adapteront à une pratique générale car ils auront travaillé selon les mêmes principes de base que leurs collègues.

**D. R. :** Le modèle d'organisation influence-t-il le risque de démotivation et d'épuisement devant la demande (qui excède les ressources disponibles), la lourdeur des cas et la chronicité ? Comment y répondre dans l'un et l'autre modèles ?

**L. G. :** Je crois fermement, pour les hôpitaux universitaires en particulier, qu'une pratique saine de l'évaluation rapide, de l'éclectisme thérapeutique, du décloisonnement professionnel, avec bien entendu des ressources gérées intelligemment, ferait disparaître ces problèmes. La même chose d'ailleurs dans les milieux non universitaires où des psychiatres ainsi formés iraient travailler.

**J.-P. R. :** Les psychiatres et autres cliniciens seront submergés par le travail et les responsabilités s'il y a manque de ressources, peu importe le modèle. Ce risque n'est pas relié au modèle en tant que tel.

**D. R. :** Le modèle d'organisation influence-t-il le risque d'insatisfaction face à la vie académique ? Comment y répondre dans un modèle d'organisation comme dans l'autre ?

**L.G. :** L'insatisfaction académique est un syndrome qui peut être soigné facilement dans toute bibliothèque et avec un peu d'initiative. Le seul problème, c'est que la bibliothèque ne distribue pas de sandwiches, ne paie pas de voyages en avion, ne confère pas de titre universitaire. Il peut y avoir autant de richesse et d'excellence en cliniques de psychiatrie générale, notamment dans un domaine qui est notoirement déficient aujourd'hui, surtout depuis que les compagnies pharmaceutiques nous ont achetés, l'humanisme et la considération de la personne... Il faut d'abord, pour avoir une meilleure vie académique, arracher l'enseignement à l'influence de ces compagnies, puis en augmenter le contenu. Le nouveau programme de rémunération mixte prévoit d'ailleurs des jours de ressourcement (congrès, etc..) subventionnés par la RAMQ.

**J.-P. R. :** Là encore, la satisfaction ou l'insatisfaction académique n'a pas à voir avec le modèle, mais, premièrement, avec le dynamisme des gens en place. Deuxièmement, elles ont à voir avec la disponibilité des

ressources qui, tout le monde le sait, nous font cruellement défaut. Troisièmement, il y aura satisfaction s'il y a compétence, peu importe le modèle. Et il y aura compétence s'il y a exposition académique et clinique. C'est encore souvent un facteur individuel, mais on ne peut faire l'impasse d'une certaine spécialisation lorsqu'il s'agit d'être compétent dans un domaine, à moins de s'appeler Louis Guérette... ce qui, je pense, est tout de même une exception... heureuse.

Si nous regardons l'exemple du PAP, nous avons en quelques années réussi à mettre sur pied une vie académique plus riche et plus satisfaisante. L'appréciation des résidents en fait foi. Sans augmentation des ressources. Par ailleurs, on constate que cela correspond au changement de modèle. Il est évident qu'on ne peut, bien qu'il soit tentant de le faire, tirer de causalité directe. Mais il est sûr que cela n'a pas nui. On peut tout de même spéculer que plus il y a de personnes spécialisées, plus il y a de chances que l'enseignement soit de plus haute qualité, du moins quant au contenu. Quant aux compagnies pharmaceutiques, il s'agit d'un sujet complexe, et je ne suis pas prêt à leur jeter la première pierre ni la dernière. Elles prennent la place qu'on veut bien leur laisser. Autrement dit, la responsabilité nous incombe d'accepter ou de refuser ce qui nous est proposé. Elles ont comblé un vide, avec globalement, je pense, des résultats tout de même positifs. Vide que nous avons laissé se développer. À nous de faire mieux.

**D. R. :** Comment la recherche pourrait-elle se développer de manière suffisante pour le milieu académique à l'intérieur du modèle d'organisation de psychiatrie générale (modèle 1) ?

**L. G. :** Bonne question. Même à l'intérieur des cliniques dites spécialisées, peut-on dire que la recherche brille de façon exceptionnelle ? La question reste complexe et sa solution tient peut-être plutôt dans un véritable institut de recherche fondamentale, bien alimenté, qui développerait des liens plus étroits avec les cliniques de psychiatrie générale universitaires, tout en y maintenant certains programmes de recherche clinique pour que les étudiants et les intervenants puissent eux aussi participer à la recherche et parce que c'est là qu'on trouve la masse de patients. Mais l'*impetus* inspiré devrait venir un peu plus de l'institut de recherche. Dans une petite société pauvre, on ne peut pas se permettre de saupoudrer l'argent partout, ni non plus de trop éloigner les instituts des autres professionnels.

**J.-P. R. :** Dans un modèle de psychiatrie spécialisée, la recherche est facilitée surtout par la simplification du processus de recrutement des patients, qui sont plus facilement accessibles et par la concentration des ressources. Dans un système de psychiatrie générale, la recherche est

davantage restreinte à des thèmes généraux, plus qualitative, plus limitée. Il est possible d'y organiser la recherche, la structure ne l'empêche pas, mais c'est plus difficile.

**D. R. :** Docteur Guérette, quelle est votre réaction par rapport aux propos du D<sup>r</sup> Rodriguez selon qui il serait tout à fait possible de travailler en clinique spécialisée tout en respectant les valeurs et principes essentiels à la psychiatrie moderne (minimisation de l'exclusion, continuité des soins, travail interdisciplinaire, humanisme et non scientisme, contacts avec la communauté) ?

**L. G. :** Je suis d'accord en général. Dans un débat, on cherche généralement à magnifier les différences entre deux positions pour mieux les identifier, à démoniser parfois l'adversaire, à ne pas tenir compte de l'application des concepts dans une réalité qui est nécessairement dialectique (Hegel...). Sur le terrain, je ne doute pas que les praticiens cherchent à réaliser dans la mesure de leur compréhension cette dialectique. Ce sont les idéologues, les administrateurs décollés de la réalité et les penseurs professionnels (et les debaters comme nous deux, naturellement) qui tendent à rigidifier ces modèles. Au fond, le D<sup>r</sup> Rodriguez et moi avons plus de choses qui nous rapprochent que de choses qui nous séparent. Ce n'est pas nécessairement le cas avec les penseurs-administrateurs.

**D. R. :** Docteur Guérette, le mode d'organisation par cliniques de psychiatrie générale (modèle 1) limite-t-il le développement d'expertises particulières chez les psychiatres ?

**L. G. :** Non. Il n'y a pas d'opposition à ce qu'un psychiatre généraliste développe une expertise particulière par ses propres efforts, ou encore qu'une véritable clinique spécialisée (paraphilies, troubles conjugaux, etc... ou même recherche, bien entendu) se greffe à temps partiel sur la clinique de psychiatrie générale. C'est tout à fait souhaitable.

**D. R. :** Docteur Guérette, quels liens faites-vous entre le débat actuel et le débat remettant en question la sectorisation lancé par D<sup>r</sup> Borgeat en 1994 ?

**L. G. :** Il y a certainement une communauté idéologique de base entre ces deux positions favorisées par le docteur Borgeat. Bien qu'il n'y ait pas nécessairement de parenté directe entre la déssectorisation et la sur-spécialisation, elles couchent certainement dans le même lit de façon plus confortable. La déssectorisation rendrait encore plus probable et facile le développement de cliniques sur-spécialisées. Mais il faudrait alors craindre une situation plutôt catastrophique pour la distribution des soins.

Depuis le début de la polémique lancée par l'article du D<sup>r</sup> Borgeat, l'argument principal était que le système de psychiatrie générale (modèle 1) ne fonctionnait pas. Or, s'il y a eu de longues listes d'attente, ce n'est pas à cause d'un système psychiatrique général, mais parce qu'il n'y a pas eu de volonté politique d'aller en rechercher les causes et de faire marcher le système. La sectorisation n'a pas éliminé l'exclusion car les thérapeutes refusaient des patients. Les hôpitaux ne se sont pas occupés de forcer les psychiatres qu'ils engageaient à voir des patients. La psychiatrie générale est le système le plus efficace pour donner des services rapides, complets, éclectiques à toute une population, à condition qu'on s'occupe de la faire marcher. L'Université a poussé le modèle des cliniques spécialisées (modèle 3) pour de mauvaises raisons. Les vices du système ne sont pas nécessairement causés par la psychiatrie générale (modèle 1) et ne seront pas nécessairement guéris par la clinique spécialisée (modèle 3).

**D. R. :** Docteur Rodriguez, n'est-il pas possible de développer des expertises particulières en clinique psychiatrique générale (au sein du modèle 1), en fonction des besoins de la communauté et des intérêts des cliniciens ?

**J.-P. R. :** Certainement, mais elles seront limitées.

**D. R. :** Docteur Rodriguez, qu'est-ce qui a poussé à la transformation du mode d'organisation des soins au Pavillon Albert-Prévost (adoption du modèle 3) ?

**J.-P. R. :** Le système ne marchait plus. Les listes d'attentes étaient devenues exagérément longues, le personnel était démotivé, le PAP n'arrivait plus à intéresser un nombre important de résidents. Vint la remise en cause de la sectorisation par le D<sup>r</sup> Borgeat ainsi que la critique de certaines pratiques. On avait perdu de vue certains objectifs initiaux, dont la prévention qui apparaissait difficile, voire impossible. Les équipes de psychiatrie générale se positionnaient en première et en deuxième lignes, court-circuitaient des omnipraticiens et se retrouvaient engorgées et sans ressources. Il y eut aussi prédominance de l'approche sociale, dévalorisation du diagnostic, isolement du reste du monde médical, isolement de certaines équipes, maintien difficile des connaissances dans tous les domaines, un certain nivellement des connaissances et une mésadaptation à la recherche clinique. Il y avait un besoin de remise en question et d'un remaniement des pratiques. Nous avons le choix entre améliorer le modèle de psychiatrie générale (modèle 1) ou de changer de modèle.

**D. R. :** Docteur Rodriguez, le D<sup>r</sup> Guérette émet l'hypothèse que les améliorations importantes apportées à l'accessibilité et à la qualité des

soins au PAP depuis la transformation du dispositif de soins pourraient ne pas s'expliquer par l'adoption d'un modèle par cliniques spécialisées surtout, mais par un projet nouveau, mobilisateur et organisateur, qu'en pensez-vous ?

**J.-P. R. :** Oui, c'est possible. L'accessibilité des soins au PAP ne pouvait que s'améliorer.

**D. R. :** Docteur Rodriguez, les liens des équipes des programmes spécialisés du Pavillon Albert-Prévost avec les intervenants communautaires ne sont-ils pas plus difficiles à développer et à maintenir dans un mode d'organisation par cliniques spécialisées (modèle 3) ? Ceux-ci ne peuvent-ils pas avoir une impression de déshumanisation ?

**J.-P. R. :** Les liens avec les ressources communautaires, les C.L.S.C. et les omnipraticiens sont excellents actuellement. Près de la moitié des patients sont retournés aux ressources de première ligne après consultation au MEL. Il n'y a jamais eu autant de psychiatrie communautaire au PAP qu'actuellement, étant donné que les psychiatres et les autres cliniciens sont moins débordés par la tâche. Bien entendu, certains préjugés sont présents face aux cliniques spécialisées, mais les gens prennent vite conscience de la qualité des soins offerts, de nos connaissances et surtout de notre disponibilité plus grande. Notre fonctionnement n'a par ailleurs pas changé pour ce qui est des contacts avec les ressources communautaires. Nous nous relierons à elles de la même manière, et maintenons le même humanisme.

**D. R. :** Certains praticiens peuvent se sentir débordés par la somme de connaissances à acquérir et par le travail nécessaire pour rester à la fine pointe des traitements dans un cadre de pratique générale. Peuvent-ils choisir d'aller pratiquer en clinique spécialisée (modèles 2 ou 3) pour concentrer leur expertise, ou doivent-ils répondre d'abord au besoin de la population d'avoir accès à des cliniciens en psychiatrie générale (modèles 1 ou 2) ?

**L. G. :** C'est une erreur de croire que la masse de connaissances à acquérir soit si volumineuse. Elle est par contre très redondante, confuse, parfois transmise dans l'obscurité par des enseignants peu enclins à la synthèse ou créant plus ou moins consciemment la complexité pour maintenir une illusion de grand savoir. La clarté et la synthèse sont des qualités à posséder, mais encore faut-il aussi vouloir sincèrement les développer pour les mettre au service de l'intégration des connaissances et de la personne (cf. Jacques Maritain, *Distinguer pour unir*). Il existe des moyens universitaires d'accroître l'intégration des connaissances (Guérette, 1997).

**J.-P. R. :** Il est devenu de plus en plus difficile de maintenir ses connaissances à jour, surtout depuis l'essor important des neurosciences. Une manière de faire face à cette difficulté est bien sûr de se spécialiser. Au moment où les connaissances à acquérir sont en très grande quantité et que les traitements sont de plus en plus spécifiques et complexes, il peut alors devenir plus facile de connaître à fond la littérature et d'appliquer des traitements récents et optimaux.

## **Conclusion**

Au cours de ce débat, les reproches ou mises en garde faits à un modèle ou à l'autre de distribution des soins font surtout ressortir la nécessité de mettre en pratique certaines valeurs essentielles à la psychiatrie moderne : le modèle bio-psycho-social, le travail interdisciplinaire, la vocation communautaire, l'humanisme, l'obligation de prise en charge, la minimisation de l'exclusion, la continuité des soins, le positionnement en deuxième ligne, l'intégration interne-externe, l'intégration des volets clinique-académique-recherche et l'autoévaluation permanente. Les différents modèles d'organisation peuvent présenter quelques avantages les uns par rapport aux autres, s'adapter plus particulièrement à certains besoins (selon la clientèle, le milieu universitaire ou non, la place donnée à la recherche) ou à des préférences des psychiatres, mais ils semblent tous permettre d'atteindre un niveau de connaissances, une accessibilité, un éventail et une qualité des soins optimaux. L'expérience de deux penseurs-cliniciens nous montre que des solutions peuvent être trouvées à certains écueils particuliers à un modèle ou à l'autre. En somme, bien que les opinions restent éloignées sur de multiples points, il est possible de conclure que bien des modèles peuvent être implantés, mais pas n'importe comment.

Il importe d'être précautionneux dans l'analyse des propos des docteurs Guérette et Rodriguez et de faire quelques mises en garde. Tout d'abord, le contexte du débat devrait être explicité. Leurs propos émergent de situations spécifiques. Il serait important, pour que le lecteur puisse juger de la possibilité de les généraliser à d'autres contextes cliniques, de décrire les caractéristiques des deux centres hospitaliers où ces modèles de distribution des soins sont implantés. Sinon, les deux docteurs pourraient être encensés pour leur opinion d'expert, et des inférences fausses, être tirées de leurs propos, un risque qui rejoint une préoccupation du D<sup>r</sup> Guérette. L'analyse devrait être poussée jusqu'au point de décrire l'histoire et la culture organisationnelle de chacun des centres, de même que les pratiques et opinions des cliniciens y travaillant. C'était probablement connu ou sous-entendu lors de la

présentation du D<sup>r</sup> Rodriguez au CHUM, mais devrait être approfondi. La compétition entre le CHUM et le Pavillon Albert-Prévost pour obtenir une place de choix dans le réseau académique de la psychiatrie lié à l'Université de Montréal est à mentionner, par exemple. Elle a probablement augmenté la polarisation du débat. Les opinions de penseurs-cliniciens d'autres milieux, notamment dans le réseau psychiatrique relié à l'Université McGill où plusieurs cliniques spécialisées sont implantées depuis de nombreuses années, pourraient aussi être recueillies en vue d'approfondir le débat.

Ensuite, les propos recueillis sont les opinions personnelles de deux psychiatres. Il est important de chercher à vérifier certaines de leurs impressions ou affirmations. Il n'a aucunement été démontré ici que l'accessibilité, la qualité et l'étendue des soins et services soient meilleures dans un modèle que dans l'autre. Aussi, quelle preuve y a-t-il qu'il y ait plus de facilité à faire de la recherche dans un modèle par cliniques spécialisées (modèle 2 ou 3)? On n'a pas mesuré non plus la quantité de projets de recherche, de chercheurs, de subventions et de publications de ces établissements. Sur quoi repose l'opinion du D<sup>r</sup> Guérette selon laquelle la formation en milieu spécialisé ne fournirait pas l'exposition clinique et l'expertise au traitement de toute la variété des pathologies psychiatriques, et ainsi serait anti-pédagogique? Bien des facteurs contribuent au risque de burn-out, de dévalorisation en début de pratique: la formation en milieu spécialisé en serait-elle la cause essentielle? Par ailleurs, sur quoi le D<sup>r</sup> Rodriguez se base-t-il pour affirmer que l'enseignement soit meilleur au PAP? Par quels moyens le mode d'organisation des soins en serait-il responsable? Il est bien connu que les chercheurs ayant charge de cours dans les universités ne dispensent pas toujours l'enseignement le plus adapté aux besoins des étudiants, souvent à cause d'aptitudes pédagogiques défaillantes mais aussi en raison d'intérêts académiques trop pointus. La même situation pourrait-elle se reproduire dans l'enseignement clinique en psychiatrie?

Le D<sup>r</sup> Guérette mentionne que l'humanisme peut être mis en péril dans un système où la distribution des soins est faite exclusivement par cliniques spécialisées. Le D<sup>r</sup> Rodriguez rétorque que la vision holistique et humaniste peut très bien être préservée au sein du modèle 3. Il serait important que soient définis les termes de vision holistique et d'humanisme et les pratiques qui en découlent. Nulle démonstration n'est faite que ces pratiques soient effectives dans leur milieu. Leur discours porte fréquemment sur la possibilité de donner des traitements optimaux, mais pas sur les interventions dont leurs patients ont besoin par suite de traitements visant à diminuer les symptômes. L'humanisme me semble

– au-delà du modèle médical habituel qui considère la maladie à traiter  
– la préoccupation de rejoindre la personne au-delà des symptômes. Il est possible de trouver dans la littérature des indications plus claires sur les pratiques reliées à l’humanisme en psychiatrie (Bachrach, 1996), dont des concepts enseignés par le D<sup>r</sup> Raymond Morissette, psychiatre à l’Hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine de Montréal. Un continuum d’implication thérapeutique peut être défini, où des fonctions humanistes claires apparaissent. À la suite du diagnostic et des traitements (diminuer les symptômes de la maladie) viennent la réadaptation (redonner les moyens d’agir, corriger ou compenser les déficits), puis la réhabilitation psychosociale (redonner le pouvoir d’agir, permettre de fonctionner en diminuant les handicaps, retour en communauté, optimiser l’autonomie, redonner de la dignité) et le suivi. Continuer à décrire les pratiques humanistes essentielles à la psychiatrie moderne et à évaluer leur mise en application permettra de vérifier si les différents modèles de distribution des soins mettent en pratique les valeurs humanistes et certainement d’offrir un enseignement plus structuré à ce sujet, ce qui rejoint une autre recommandation du D<sup>r</sup> Guérette.

Enfin, exerçant mes rôles de résident et d’auteur, j’avancerai quelques opinions. J’ai travaillé un an en psychiatrie générale au Pavillon Saint-Luc (où les soins sont organisées selon le modèle 1) du CHUM, puis entre autres en clinique spécialisée de psychosomatique à l’Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (au sein du modèle 3) et au Module de Psychothérapie Behaviorale de Louis-H.-Lafontaine, clinique spécialisée selon une approche thérapeutique au sein d’un département organisé selon le modèle 2. J’ai donc été exposé aux trois types de modèles discutés.

La *formation* en cliniques psychiatriques spécialisées me semble adéquate pour former des psychiatres généralistes compétents. L’exposition clinique m’y semble vaste et complète. Elle est à évaluer plus formellement dans les différents modèles, pour en juger de manière objective.

Il m’apparaît cependant essentiel *qu’une partie de l’apprentissage clinique se fasse en clinique de psychiatrie générale* pour en connaître les rouages et y développer les aptitudes nécessaires pour faire face à l’exposition clinique inattendue et à ce mode de fonctionnement. Certaines aptitudes particulières doivent donc être acquises en cours de résidence pour préparer les jeunes psychiatres à travailler en milieu non universitaire et en clinique de psychiatrie générale. En particulier, le travail interdisciplinaire en équipe ne fait pas partie du mode de fonctionnement de toutes les cliniques spécialisées, comme me l’ont

démontré mes expériences à Sacré-Cœur et à L.-H-Lafontaine. Je ne crois pas que l'on puisse laisser cet apprentissage au hasard. Il est capital que la formation au travail interdisciplinaire soit poussée, car c'est, il me semble, la capacité à s'intégrer à une équipe de travail qui déterminera le plus notre adaptation à un nouveau milieu de pratique, puis notre capacité à avoir une influence bénéfique sur la culture organisationnelle. Cet apprentissage est essentiel à la formation de psychiatres polyvalents qui pourront s'intégrer à des milieux organisés différemment.

Par ailleurs, les résidents *doivent prendre part aux discussions sur l'organisation des soins* afin de pouvoir jouer leur rôle de leader dans leur futur milieu de pratique. Il m'apparaît important que nous soyons formés comme des cliniciens qui défendent une accessibilité et une qualité des soins optimales pour les patients auprès des instances administratives, en jouant d'influence et en proposant des pratiques innovatrices. Le clivage présenté par le D<sup>r</sup> Guérette entre cliniciens et administrateurs est inhérent à leurs fonctions, mais la manière de le présenter doit inciter les jeunes cliniciens (comme les plus vieux) à s'impliquer de manière constructive.

Mon exposition à différents milieux me montre qu'il est tout à fait possible de maintenir des pratiques humanistes au sein de cliniques spécialisées. Cependant je suis d'opinion que *l'organisation par cliniques spécialisées peut mettre en péril les valeurs et les pratiques humanistes*. Les pièges me semblent plus nombreux dans le modèle 3 que dans les deux autres. Chaque spécificité ajoutée me paraît une frontière de plus. Plus il y a de frontières, plus le patient doit montrer son passeport, et plus complexe est la coordination entre les différentes structures de l'organisation. Le modèle 3 me semble calqué sur le modèle de compréhension « médicale » de la souffrance humaine, pour ne pas dire inspiré d'une vision de séparation industrielle des tâches dans un but de plus grande production. Or, la psychiatrie moderne doit considérer davantage que le seul modèle de compréhension médical si elle veut intégrer de véritables pratiques humanistes.

Enfin, je doute fort que les médecins généralistes puissent offrir des soins complets à une population psychiatrique ayant des déficits et des handicaps qui nécessitent davantage que les fonctions de traitement puis de suivi. Comment peuvent-ils offrir réadaptation et réhabilitation psychosociale ? Il leur est difficile d'avoir accès à d'autres professionnels en CLSC : en référer constamment aux bureaux privés pour ces services n'est pas réaliste et engendre des soins morcelés, et on n'a pas accès aux équipes en place dans les centres hospitaliers. Il est sain de

faire des partenariats, de réviser nos pratiques en considérant l'impossibilité pour la psychiatrie, actuellement, d'assurer toute la première ligne. Mais nous avons aussi le devoir de reconnaître que les pratiques optimales ne sont peut-être pas réalisables par les médecins généralistes.

Finalement, il importe de noter que le débat actuel porte sur un seul aspect de l'organisation des soins. Les modes de fonctionnement sont beaucoup plus complexes que la distinction entre clinique générale ou spécialisée. Quels critères d'admission à un programme utiliser ? (Et quelles questions éthiques font-ils apparaître ?) Jusqu'où porter la responsabilité du suivi des patients difficiles ? Quels autres mécanismes instaurer pour diminuer les listes d'attente, y compris de possibles pressions sur chacun des psychiatres ? Quel partage des tâches et responsabilités adopter en équipe multidisciplinaire ? Quelle place faire liens avec les autres intervenants de la communauté ? À la formation médicale continue ? Comment évaluer la qualité des actes ? Comment stimuler intérêts et efforts de recherche ? Comment améliorer la continuité entre interne, externe, urgence, alternatives à l'hospitalisation et ressources communautaires ? Les réflexions des docteurs Guérette et Rodriguez nous lancent sur des pistes et questions utiles pour élargir le débat.

## Références

- BACHRACH, L. L., 1996, Psychosocial rehabilitation and psychiatry: what are the boundaries ? *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 28-35.
- BERTELLI, C., MONDAY, J., 1999, Qui fait quoi le mieux ? La réforme des approches psychiatriques de secteur à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Pavillon Albert-Prévost, *La Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 28, 22-25.
- BORGEAT, F., 1994, Quelques inconvénients de la psychiatrie de secteur: un plaidoyer contre la sectorisation, *Revue canadienne de psychiatrie*, 39, 85-90.
- GUÉRETTE, L., 1997, La psychiatrie périra-t-elle écrasée sous son propre poids ? *Prisme*, 7, 3-4, 712-719.
- GUÉRETTE, L., 1996, La clinique spécialisée n'est pas un mode approprié de distribution des soins, *Prisme*, 6, 2-3.
- Plan de transformation des soins à l'Hôpital Louis-Hyppolite-Lafontaine*, 1998.
- RENAUD, S., BOUCHARD, C., GUERTIN, M., 1995, Quelques avantages de la psychiatrie de secteur: plaidoyer pour un dispositif de soins riche et varié, *Santé mentale au Québec*, XX, 1, 261-268.

## **ABSTRACT**

### **Organization of care : specialized psychiatric clinic or general psychiatric clinic ? – A debate between Louis Guérette and Jean-Pierre Rodriguez**

The author reports on the opinions of doctors Louis Guérette and Jean-Pierre Rodriguez, both psychiatrists – one working at the Pavillon Notre-Dame of the Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) – the other at the Pavillon Albert-Prévost (PAP) of the Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, – on the place of specialized psychiatric clinics in the organization of care in psychiatry. Dr Guérette who practices general psychiatry thinks specialized clinics are not an appropriate mode of care delivery. Dr Rodriguez, answering to Dr Guérette's arguments, presents the organizational system of specialized clinics put in place at the PAP. The questions raised by the author and the psychiatrists' answers are reported. Finally, the author, a resident doctor in psychiatry, presents his own personal opinion on the issue.

## **RESUMEN**

### **La organización de servicios por clínicas psiquiátricas especializadas o por clínicas de psiquiatría general ? Debate entre Louis Guérette et Jean-Pierre Rodriguez**

El autor nos rinde cuentas del punto de vista de los doctores Louis Guérette y Jean-Pierre Rodriguez, psiquiatras, uno del Pabellón Notre-Dame del Centro hospitalario universitario de Montreal (CHUM), el otro, del Pabellón Albert-Prévost (PAP) del hospital Sacré-Cœur de Montreal, sobre el papel de las clínicas psiquiátricas en la organización de los cuidado en psiquiatría. El Dr. Guérette, que practica en psiquiatría general, considera que las clínicas especializadas no representan la forma mas apropiada de distribución de cuidados. El Dr. Rodriguez, replica los argumentos del Dr. Guérette y presenta el sistema de organización por clínicas especializadas organizado en el PAP. Son explicadas las preguntas hechas por el autor y las respuestas de los dos profesionales. Finalmente, el autor que es un médico residente en psiquiatría, expone su punto de vista personal y sus reflexiones.