

VOLUME XLIV • NUMÉRO 2 • AUTOMNE 2019



santé mentale au Québec



Servir, aimer, espérer

Albert-Prévost depuis 100 ans et pour toujours

Directeur: François Lespérance

Directeur émérite: Yves Lecomte (TELUQ)

Rédactrice et rédacteur en chef: Mosaïque – Nadine Larivière (Université de Sherbrooke et CRIUSMM)
Thématiques – Marc Corbière (UQAM et CRIUSMM)

Comité de rédaction SMQ-2018: Leila Ben Amor, Charles Bonsack, Jean Caron, Marjory Clermont-Mathieu, Luigi De Benedictis, Martin Desseilles, Philippe Duverger, Marie-Josée Fleury, Nicolas Franck, Stéphane Guay, Marcel Jaeger, Louis Jehel, Steve Kisely, Pierre Lalonde, Tania Lecomte, Yves Lecomte, Alain Lesage, Gwénolé Loas, Thanh-Lan Ngô, Catherine Paquet, Jean-François Pelletier, Milena Pereira-Pondé, Hélène Provencher, Jean-Luc Roelandt, Jean-Jacques Ronald, Monique Séguin, Emmanuel Stip, Dominic Thibault, Constantin Tranulis, Jacques Tremblay, Martine Veilleux, John Ward

Responsable de la production: Jean-Marie Bioteau

Responsable du développement international: François Lespérance

Tableau de la couverture: Jean Boutin, gouache sur carton, 44,5 × 59 cm, non daté, sans titre
© Collection Les Impatients

Les Impatients est un organisme à but non lucratif dont la mission est d'aider les personnes atteintes de problèmes de santé mentale en leur offrant des ateliers d'expression artistique

Pour communiquer avec la revue :

Téléphone : 514-993-2448

Adresse électronique : smq@umontreal.ca

Site Internet : www.revue-smq.ca

Les articles de la revue *Santé mentale au Québec* sont répertoriés dans PubMed, Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Index de la santé des services sociaux, INIST (Pascal), International Bibliography of The Social Sciences, International Current Awareness Services, Repère, Social Work Research and Abstracts, Sociological Abstracts, e-psyche, LLC, BDSP (banque de données en santé publique).



Créée en septembre 1976, *Santé mentale au Québec* est une revue d'orientation psychosociale, elle publie des articles de recherche expérimentale et d'innovation sociale. Elle a pour principal objectif de répondre aux besoins de développement des connaissances scientifiques, universitaires et cliniques.

RETRACTION

Caractérisation des premiers épisodes de schizophrénie à partir de bases de données administratives de santé jumelées. [Characterization of First Episodes of Schizophrenia from Combined Administrative Databases]. Beaudoin, M., Potvin, S., Dellazizzo, L., Surprenant, M., Lesage, A., Vanasse, A., Ngamini-Ngui, A.† et Dumais, A. *Santé mentale au Québec.* 2018 Fall; 43(2): 83-105.PMID: 32338687

It is with regret that we request the withdraw of this article on the basis of an error in data transmission that occurred in the process of writing this paper following the passing away of the senior analyst, the late A Ngui-Ngamini. We recently obtained a new and more recent database, and after a quick review, we found that the rates of absence of mental health disorders diagnosis in the past seven years before first diagnosis of schizophrenia were much lower than stated in the article, around 20% instead of the reported rate of 65%. The original databases for this article have been deleted as per the ethics committee original acceptance of the research protocol. However, we retrieved the following figure from our deceased colleague's files.

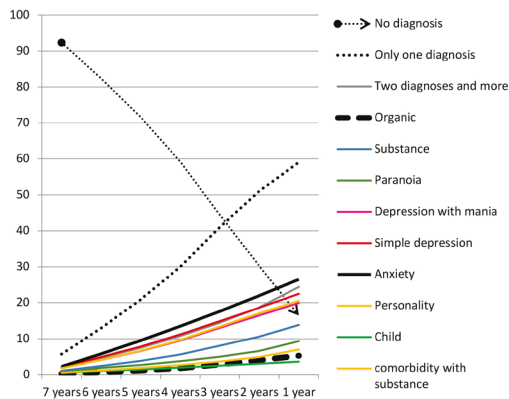


Figure 1: Presence of another mental health disorder diagnosis in the 7 years preceding the first diagnosis of schizophrenia

This graphic gives a very different picture than the figure 2 in the original paper where for men and women, across 3 age groups, the range of no diagnosis in the past 7 years before 1st diagnosis of schizophrenia was about 65%, whereby it is 20% in the present figure 1. Personality disorders, anxiety, maniac-depressive disorders, depression, paranoid disorder and substance use disorders all made a contribution between 10-20% each; co-morbidities among disorders were identified in 25% of the studied population.

This result doesn't change our main conclusion but strengthens it. Indeed, this new result calls for better detection of common mental disorders in primary care context for all age groups since it could allow earlier intervention in the course of schizophrenia and it could facilitate referral to specialist care for cases presenting more severe forms of psychotic disorders. Finally, our research group intends to analyze the new database and share its analysis when funding will be available.

Senior authors:

Alain Lesage, Alain Vanasse, Stéphane Potvin and Alexandre Dumais



**santé
mentale
au Québec**

**Servir, aimer, espérer
Albert-Prévost depuis 100 ans
et pour toujours**

Le dossier du présent numéro a été coordonné par
Thanh-Lan Ngô, François Lespérance,
Nathalie Shamlan et Christiane Bertelli

Les lecteurs et lectrices sont invités à consulter le site Internet de
Santé mentale au Québec à l'adresse suivante :
www.revue-smq.ca

Vous pouvez maintenant consulter en ligne l'intégralité des articles
publiés depuis 1976 sur les sites suivants :
<http://www.erudit.org/revue/smq>

Sommaire

- 9 **Éditorial. Prévost, le Département universitaire de psychiatrie et d'addictologie et l'evidence-based medicine**
François Lespérance, directeur
- 15 **Présentation**
Christiane Bertelli, Nathalie Shamlian et Thanh-Lan Ngô
- 23 **L'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost : cent ans d'histoire**
Magalie Lussier-Valade, Claudine Tremblay-Jolicoeur, Christiane Bertelli, Guy Blouin, Pierre Brouillette, Denis Laurendeau, Jean-Pierre Rodriguez et Jean Leblanc
- 39 **Charlotte Tassé et Bernadette Lépine, fondatrices à part entière de l'Institut Albert-Prévost**
Alexandre Klein
- 53 **De la neurologie à la psychanalyse : évolutions et continuité du modèle de prise en charge psychothérapeutique du Sanatorium Prévost**
Alexandre Klein
- 69 **De la psychanalyse à la psychothérapie psychodynamique à Albert-Prévost**
Claude Blondeau et Wilfrid Reid
- 89 **La thérapie cognitivo-comportementale dans les cliniques spécialisées du Pavillon Albert-Prévost dans les 50 dernières années : innovations et évolution**
Thanh-Lan Ngô, Louis Chaloult, Pierre Fortier, Jacques Monday, Julie Jomphe, Julie Turcotte, Donald Bouthillier et France Bérubé
- 111 **www.psychopap.com : améliorer l'accès à la psychothérapie par le transfert des connaissances aux patients et aux futurs thérapeutes**
Magalie Lussier-Valade, Thanh-Lan Ngô et Jean Leblanc

- 137 **L'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost, au centre d'un projet musical intersectoriel et novateur**
Jeanne-Marie Alexandre et Marie-Hélène Tanguay
- 145 **L'evidence-based medicine, un projet épistémologique et éthique en porte-à-faux avec la psychiatrie?**
Alexis Thibault
- 163 **Troubles psychotiques et troubles du sommeil : revue de la littérature**
Magalie Lussier-Valade, Alex Desautels et Roger Godbout
- 195 **L'attachement et la mentalisation en pédopsychiatrie : une fenêtre sur le fonctionnement des enfants et de leurs parents**
Karine Dubois-Comtois, Éléonore Sabourin-Guardo, Julie Achim, Alain Lebel et Miguel M. Terradas
- 219 **Dilemmes des médecins traitants lors du retour au travail de personnes aux prises avec un trouble mental courant : illustration par des vignettes cliniques**
Fabienne Boileau-Falardeau, Jean-Robert Turcotte, Paul-André Lafleur et Marc Corbière
- 239 **La gérontopsychiatrie à l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost : favoriser la résilience des patients âgés grâce à la psychiatrie positive**
Nathalie Shamlian, Claude Bergeron et Anne Decary

ÉDITORIAL

Prévost, le Département universitaire de psychiatrie et d'addictologie et l'*evidence-based medicine*

François Lespérance, directeur

*Département de psychiatrie et d'addictologie
Université de Montréal*

Le Département universitaire de psychiatrie et d'addictologie et la revue *Santé mentale au Québec* sont fiers de s'associer au Département de psychiatrie du CIUSSS de Nord-de-l'Île-de-Montréal pour souligner les 100 ans du Sanatorium Prévost devenu l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost (HSMAP). L'histoire de cette institution est indissociable de celle de la psychiatrie au Québec; quelques débats idéologiques bien sentis, des luttes de pouvoirs récurrentes entre médecins et gestionnaires, des fusions imposées, l'émergence, l'apogée puis le déclin de modèles dominants explicatifs des troubles mentaux, tels que la psychanalyse et la neurobiologie en sont la preuve. On note aussi le besoin de revendiquer un statut distinct par rapport aux autres disciplines médicales, notamment dans la distanciation physique des installations de l'HSMAP, mais aussi dans son discours épistémologique tel qu'élaboré dans l'article d'Alexis Thibault.

À la lecture des 12 articles, force est de reconnaître que Prévost s'est distingué dès le début par son expertise clinique et son enseignement des diverses écoles de psychothérapies. Et l'avenir s'annonce prometteur, comme en témoigne la qualité des articles issus des plus «jeunes intervenants». Cette force indéniable de Prévost s'illustre aussi par la qualité de la formation des résidents au sein de nos programmes de spécialités et surspécialités, une grande source de fierté

pour le Département universitaire de psychiatrie et d'addictologie de l'Université de Montréal. Cela nous permet ainsi d'assurer la maîtrise par les psychiatres des modalités psychothérapeutiques fondées sur les données probantes (*evidence-based medicine*, EBM), essentielles pour exceller dans l'accompagnement des personnes aux prises avec un trouble mental, sur le plan médical et celui de leur rétablissement. Prévost contribue ainsi au rayonnement du Département universitaire, à son identité et à notre sentiment d'appartenance.

C'est aussi une occasion d'aller plus loin, en devenant un centre d'excellence en innovation et en recherche sur les psychothérapies en contexte de soins psychiatriques. Je pense notamment aux enjeux de la spécificité de la contribution des psychiatres à l'offre de soins psychothérapeutiques dans un contexte de soins publics et interdisciplinaires, en tenant compte d'indications thérapeutiques en croissance constante. N'oublions pas d'évaluer les nouvelles approches d'apprentissage dans un contexte d'explosion des besoins de formation, de démocratiser l'accès aux services en psychiatrie et d'appliquer les nouvelles méthodes de prestation de psychothérapies, incluant l'Internet et l'intelligence artificielle, comme évoqué par les Drs Blondeau et Reid ainsi que les Drs Lussier-Valade, Ngô et Leblanc.

L'importance accordée à l'excellence en psychothérapie dans ce numéro spécial soulignant les 100 ans de Prévost, ne doit pas nous faire oublier la contribution exceptionnelle des médecins et professionnels de l'Hôpital du Sacré-Cœur à la recherche sur le sommeil et l'enseignement en psychosomatique.

À titre de directeur du Département universitaire et chercheur, je ne pouvais m'empêcher de réagir à l'article d'Alexis Thibault intitulé : ***L'evidence-based medicine, un projet épistémologique et éthique en porte-à-faux avec la psychiatrie ?***

L'auteur présente l'EBM comme une approche scientifique réductionniste assujettissant la psychiatrie à une entreprise médico-technologique écrasant les autres savoirs. Il laisse aussi entendre que la psychiatrie, étant indubitablement différente des autres disciplines médicales, devrait se doter de son propre cadre épistémologique, considérant l'EBM comme particulièrement inadaptée pour guider nos pratiques cliniques, où «subjectivité, contextes et valeurs» devraient occuper la place qui leur revient.

Dans un article publié en 2017 dans *The Lancet*, Djulbegovic et Guyatt ont résumé les fondements de l'EBM et son évolution au cours des 25 dernières années. Ce qui se trouve au centre de l'épistémologie

de l'EBM c'est que ce qui est raisonnable ou justifiable dans la pratique de la médecine dépend de la confiance que nous pouvons avoir dans les connaissances sur lesquelles nous basons nos décisions et dans quelles mesures ces connaissances ont été acquises, analysées, rapportées de manière crédible (Djulgovic et coll., 2017). L'EBM suggère effectivement aux cliniciens de donner plus de valeur aux revues systématiques d'essais cliniques randomisés que d'un seul essai clinique ou encore d'études observationnelles, et encore moins sur celle acquises sur la base de son expérience personnelle. L'EBM est par ailleurs préoccupée de la qualité des évidences concernant la représentativité tant ethnique que raciale et de considérer justement les valeurs des patients dans la prise des décisions partagées.

Ainsi, l'intérêt de l'EBM est que les connaissances sont colligées, analysées et rapportées en utilisant des règles convenues, reconnues et transparentes. Cela permet d'évaluer plus objectivement la qualité de l'activité professionnelle – est-elle fondée sur les standards reconnus par les pairs? – et de réduire les risques que certains «savoirs» soient utilisés pour justifier des actes professionnels sans fondement scientifique.

Le propos est d'ailleurs assez peu critique sur les risques éthiques et, pour la santé des patients, de fonder une pratique de la psychiatrie davantage sur ces autres «savoirs-vérité que sont les intuitions, expériences et valeurs des cliniciens...». Quels sont les risques éthiques d'une rencontre professionnelle fortement déterminée par les valeurs et les croyances du prestataire de soins qui, du haut de son autorité professionnelle, pourrait être insensible aux valeurs du patient? Quels sont les risques que nos biais cognitifs, moraux ou culturels embrouillent, à notre insu et malgré notre bienveillance et professionnalisme, notre analyse et notre jugement? Certes, les données probantes sont de qualités variables et donnent rarement des réponses définitives, tranchées et sans ambiguïtés. Mais qu'en est-il de la qualité des valeurs personnelles des praticiens? Comment rendre imputables les cliniciens de leurs décisions basées sur leurs valeurs politiques, culturelles et morales? Le risque n'est-il pas d'une psychiatrie encore plus prescriptive sur le plan social, basée, selon les pays et les cultures, sur les valeurs socialement acceptables?

La réponse se trouve dans la nécessité d'intégrer ces autres «savoirs-vérité» dans le projet de l'EBM, d'étudier leurs contributions dans la pratique clinique et l'organisation des soins de santé. Prenez par exemple cet article décrivant l'utilisation de l'intuition, le *gut-feeling* des cliniciens de première ligne dans leur évaluation d'enfant à risque

d'abus. Il essaie d'étudier justement la complexité de concilier les données probantes et une démarche clinique dans un contexte réel de soins (Erisman et coll., 2020).

L'émergence de nouveau devis de recherche, dont les essais cliniques randomisés de patient unique (*single patient, n-of-1 trial*), pourrait permettre de répondre aux nombreuses questions scientifiques non résolues par les essais cliniques randomisés comparant des groupes de patients, tel que décrit élégamment par Davidson et coll. Sa dissémination sera facilitée par l'ubiquité éventuelle des technologies mobiles, des dossiers électroniques et de l'Internet dans l'accès au diagnostic, au suivi et à l'implantation de plusieurs modalités thérapeutiques. C'est une approche qui permet d'évaluer ces séquences d'essais-erreurs d'une variété d'interventions somatiques et psychologiques, si fréquentes en pratique clinique, mais réalisées, documentées et partagées en réduisant les risques de biais et une méthode balisée (Marwick et coll., 2018).

Questionner aussi fondamentalement la contribution de l'EBM à l'amélioration de la qualité des soins au point de revendiquer pour la psychiatrie un cadre épistémologique distinct risque aussi de marginaliser davantage la psychiatrie et la santé mentale des autres champs de la médecine. L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESS) aurait-elle recommandé un accès beaucoup plus large aux psychothérapies si elle n'avait pu appuyer ses décisions sur les nombreuses méta-analyses qui ont documenté leurs efficacités (Lapalme et coll., 2017)?

N'est-ce pas l'ensemble des disciplines médicales qui doit se doter d'un cadre épistémologique à l'intérieur duquel l'intuition, l'expérience et les valeurs culturelles ont leur place devenant aussi une source de données probantes, mesurées et discutées en utilisant une démarche scientifique transparente et reconnue? C'est d'ailleurs ce à quoi l'EBM, loin de l'image réductionniste qu'on voudrait lui coller, s'emploie déjà depuis un certain temps.

En conclusion, ce numéro spécial de la revue SMQ soulignant le centenaire de Prévost est l'occasion de célébrer la contribution exceptionnelle des artisans de cette institution à l'enseignement, et notamment celui des psychothérapies, à l'innovation clinique et à la recherche. Je profite de cette tribune unique offerte par la revue *Santé mentale au Québec*, pour souligner l'importance de la diffusion des connaissances dans notre mission académique et d'avoir des lieux de débats ouverts sur les enjeux qui nous concernent.

RÉFÉRENCES

- Blondeau, C. et Reid, W. (2019). De la psychanalyse à la psychothérapie psychodynamique à Albert-Prévost. *Santé mentale au Québec*, 44(2).
- Davidson, K.W., Peacock, J., Kronish, I.M. et Edmonson, D. (2014). Personalizing Behavioral Interventions Through Single-Patient (N-of-1) Trials. *Social and personality psychology compass*, 8 (2014), 408-421. doi:10.1111/spc3.12121
- Djulbegovic, B. et Guyatt, G.H. (2017). Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. *Lancet*, 390(10092), 415-423. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31592-6. Epub 2017 Feb 17. PMID: 28215660.
- Erisman, J.C., de Sabbata, K., Zuiderent-Jerak, T. et Syurina E.V. (2020). Navigating complexity of child abuse through intuition and evidence-based guidelines: a mix-methods study among child and youth healthcare practitioners. *BMC Fam Pract.* 21(1), 157. doi: 10.1186/s12875-020-01226-6. PMID: 32738894; PMCID: PMC7395977.c)
- Lapalme, M. (dir.), Moreault, B., Fansi, A. et Jehanno, C. (2017). *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).
<https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/acces-equitable-aux-services-de-psychotherapie-au-quebec.html>
- Lussier-Valade, M., Ngô, T. L et Leblanc, J. (2019). www.psychopap.com: améliorer l'accès à la psychothérapie par le transfert des connaissances aux patients et aux futurs thérapeutes. *Santé mentale au Québec*, 44(2).
- Marwick, K.F.M., Stevenson, A.J., Davies, C. et Lawrie, S.M. (2018). Application of n-of-1 treatment trials in schizophrenia: systematic review. *Br J Psychiatry*, 213(2), 502. doi: 10.1192/bjp.2018.117. Epub 2018 Jun 11. PMID: 29888682
- Thibault, A. (2019). *L'evidence-based medicine*, un projet épistémologique et éthique en porte-à-faux avec la psychiatrie? *Santé mentale au Québec*, 44(2).

Présentation

Christiane Bertelli^a

Nathalie Shamlian^b

Thanh-Lan Ngô^c



Où en sommes-nous ?

Depuis sa fondation en 1919, Albert-Prévost a vécu plusieurs métamorphoses sans jamais y laisser son âme. Du Sanatorium des débuts, au bord de la belle Rivière-des-Prairies dans un parc verdoyant, il est devenu Institut, puis Pavillon de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et enfin, en 2015, Hôpital en santé mentale Albert-Prévost. L'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost est maintenant membre d'un vaste département de psychiatrie, celui du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, et a fêté en 2019 son centième anniversaire. Il venait d'éprouver, avec la Loi 10 constitutive des CISSS et des CIUSSS, le dernier épisode de son histoire qui forçait une alliance avec la pédopsychiatrie de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, la psychiatrie de l'Hôpital Jean-Talon et celle de l'Hôpital Fleury, et les équipes de santé mentale des CLSC. Toutes les composantes de ce grand ensemble ont vacillé avec la crainte pour chacune de perdre son identité propre. Sous le choc, aucun collègue ne

-
- M.D., FRCPC, Professeur adjoint de clinique, chef du Département de psychiatrie CIUSSS NIM.
 - M.D., FRCPC. Professeur adjoint de clinique, chef de programme de gérotopsychiatrie - Directrice adjointe des activités académiques, volet adulte et personne âgée, Département de psychiatrie, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital en santé mentale Albert-Prévost.
 - M.D., M. Sc. FRCPC, psychiatre, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal – Professeur agrégé de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal.

voulait s'engager dans la réorganisation. Plusieurs ont pris leur retraite. Cinq ans plus tard – c'est bien peu dans l'histoire d'Albert-Prévost – il a su, grâce à sa réputation, aller chercher du sang neuf dans toutes ses composantes. Le mot d'ordre est toujours d'accueillir et d'humaniser l'accès en particulier à notre urgence grâce à la Fondation de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Comme le dit bien un pair aidant: «La reconnaissance de l'ampleur des problèmes de santé mentale dans la société est gagnée [...] la bataille contre la stigmatisation est en voie d'être gagnée [...] la bataille, maintenant, c'est l'accès à des services pertinents dont la psychothérapie.»

Albert-Prévost au-delà de 2015... Albert-Prévost a été, est et sera un précurseur dans l'avancement des connaissances et des services offerts à nos patients. Albert-Prévost va continuer à partager son expertise et à former la relève dans le cadre de notre Département universitaire de psychiatrie et d'addictologie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Cependant, il ne faudrait jamais oublier que dans un système public des services insuffisamment financés ne sont pas accessibles et pertinents. Des représentations devront être faites avec insistance auprès du gouvernement pour que la santé mentale et la psychiatrie aient la place qui leur revient.

Présentation des articles

Les articles contenus dans ce numéro thématique créé en l'honneur des 100 ans de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost (HSMAP) mettent en lumière son passé et son présent, ses racines et ses axes de développement.

Ainsi, Dre Magalie Lussier-Valade a fait un résumé élégant de la conférence d'ouverture des célébrations du centenaire de l'Institution, présentée par des psychiatres qui ont marqué **l'histoire de la psychiatrie** au Québec et qui ont enseigné leur métier à des générations de résidents du Québec. Dr Alexandre Klein, historien, propose également deux articles sur l'histoire de l'HSMAP, dont un qui décrit la contribution essentielle de Charlotte Tassé, infirmière et fidèle collaboratrice du fondateur de l'Institution, et l'autre qui présente les premiers médecins qui ont œuvré à l'HSMAP et façonné son devenir. On apprend dans ce trio d'articles que l'HSMAP a toujours été un dispositif de soins innovateur, axé sur l'enseignement des traitements à la fine pointe des connaissances. Il a ainsi hébergé la première école de gardes-malades auxiliaires du Québec (Charlotte Tassé), le premier

cours de perfectionnement en *nursing* psychiatrique pour les infirmières professionnelles (Charlotte Tassé), été un des trois premiers établissements hospitaliers canadiens à recevoir l'accréditation de l'American Psychiatric Association, proposé le premier service de pédopsychiatrie en dehors des enseignes d'un hôpital ou d'un asile (Ernest Tétreault), le premier service dédié aux adolescents (Robert Buies), la première équipe d'urgence psychiatrique à domicile (Jacques Drouin), la première clinique externe de gérontopsychiatrie (Bernard Gauthier), le premier Module d'évaluation liaison (Bernard Gauthier), le premier dispositif des soins spécialisés en psychiatrie au Québec (décrit dans Farand et coll., 1999; Bertelli, 1999), la première clinique externe québécoise spécialisée dans le traitement des troubles de personnalité et le plus ancien hôpital de jour psychiatrique encore en fonction (Christiane Bertelli).

Le **travail en interdisciplinarité**, tel que présenté dans l'article de Dr Klein sur la contribution de garde Tassé, celui des Drs Ngô, Chaloult, Fortier, Monday, Jomphe, Turcotte, Bouthillier et Bérubé sur l'histoire de la thérapie cognitivo-comportementale à l'HSMAP et celui de Mmes Alexandre et Tanguay, sur le projet musical élaboré par des membres de l'hôpital en collaboration avec le Cégep de Saint-Laurent pour favoriser le rétablissement des patients hospitalisés en psychiatrie, a permis de concevoir des programmes qui répondaient de façon holistique, pertinente et créative aux besoins des patients. Les liens que l'HSMAP a toujours cherché à tisser avec le reste de la communauté ont aussi permis d'élargir son champ d'action hors des murs de l'Institution (p. ex. par la création de l'organisme Revivre, partenariat entre Dr Brian Bexton et d'autres psychiatres de l'HSMAP et des patients souffrant de maladies affectives et troubles anxieux).

Son ouverture vers les autres disciplines continue d'enrichir sa conception de la pratique de la psychiatrie et la qualité des soins prodigués aux patients. L'enrichissement de la **psychiatrie par l'étude des humanités** est une des particularités de l'HSMAP. Des exemples sont la postface du Dr Camille Laurin (plus tard ministre et père de la Loi 101) de l'ouvrage dénonciateur des conditions de traitement inhumaines à l'asile psychiatrique *Les fous crient au secours*, l'essai *Soigner, aimer* du Dre Ouanessa Younsi (2016) finaliste des Prix littéraires du Gouverneur général qui fait le pont entre la littérature et le métier de psychiatre, le cours *Science psychiatrique et humanité* développé par les Drs Vincenzo Di Nicola, Ouanessa Younsi et Alexis Thibault, philosophe-psychiatre, auteur d'un article sur l'*evidence based*

medicine qu'il décrit comme un projet épistémologique et éthique en porte-à-faux avec la psychiatrie. Ces réalisations sont en phase avec le développement récent de la recherche intersectorielle à l'HSMAP, un des axes prioritaires de développement qui s'ajoute aux autres secteurs d'excellence, dont l'enseignement de la psychothérapie et l'étude du sommeil.

Lieu d'enseignement pour les résidents et *fellows* en psychiatrie depuis 1958, Prévost accueille régulièrement la moitié du contingent du programme de résidence en psychiatrie de l'Université de Montréal dans ses stages. Il est, entre autres, considéré comme un **lieu d'excellence pour l'enseignement de la psychothérapie**. Dès sa création, le Sanatorium a joué un rôle de pionnier dans le développement de la psychiatrie au Québec en y introduisant les approches thérapeutiques les plus reconnues aux États-Unis et en Europe à cette époque. Le docteur Camille Laurin a joué un rôle de premier plan à ce moment-là, en assurant la transition entre traitement par compassion et thérapie spécifiquement appuyée sur les problématiques psychiatriques rencontrées et sur les modalités de traitement en constante évolution à cette époque. Un des pôles majeurs d'attraction de l'Institution a longtemps été l'enseignement de la psychanalyse, entre autres, à l'Unité de psychothérapie psychanalytique qu'il a créée en 1985 (on surnommait même le PAP la « Mecque de la psychanalyse francophone québécoise »). L'article des Drs Blondeau et Reid décrit les origines et l'évolution de ce projet clinique et pédagogique (déjà partiellement abordé dans Reid et Amyot, 2015 et Desgroseilliers, 2001). Dans les années 1980 et 1990, d'autres types de psychothérapies ont pris leur place dans la pratique clinique courante et le cursus de l'enseignement en psychothérapie psychiatrique pour permettre aux professionnels de la santé d'offrir le bon traitement au bon patient au bon moment en enrichissant leur arsenal thérapeutique. C'est ainsi qu'en 1997, le Centre de psychothérapie fut créé pour enseigner l'ensemble des psychothérapies basées sur des données probantes. D'autres numéros de la revue *Santé mentale au Québec* ont déjà présenté le développement de l'enseignement en thérapie interpersonnelle (Leblanc et Streit, dir., 2008), de la thérapie systémique et familiale (Bertelli et Bélisle, 2004), de la pleine conscience (Ngô, 2013). Ce numéro présente l'article des Dre Ngô et coll. sur l'histoire de la thérapie cognitivo-comportementale à l'HSMAP, en particulier ses innovations au niveau de la recherche, de la programmation clinique et de l'enseignement. Un autre article, écrit par les Drs Lussier-Valade, Ngô et Leblanc décrit le dernier projet du Centre de

psychothérapie, www.psychopap.com, un site web créé en l'honneur des 100 ans de l'HSMAP. Sa mission est de favoriser le transfert de connaissances au sujet de tous les types de psychothérapies basés sur des données probantes, et ce, par le biais de la technologie.

Le **Centre d'études avancées du sommeil (CÉAMS)**, autre pôle majeur de rayonnement du Département, est un centre d'excellence en recherche reconnu mondialement. Son histoire a été décrite en détail dans un article paru dans un autre numéro de la présente revue (Montplaisir, 2015). Un article sur la schizophrénie et le sommeil écrit par Dre Lussier-Valade en collaboration avec les Drs Godbout et Desautels du CÉAMS illustre comment le partage d'expertises entre les cliniciens et chercheurs en sommeil et autres troubles mentaux pourra continuer à enrichir l'efficacité et l'efficience des interventions offertes aux patients dans les années futures, et ce, tant sur les unités d'hospitalisation que dans les cliniques ambulatoires et en première ligne.

Une dernière particularité de l'HSMAP qui contribue à son développement et son caractère innovateur par la rencontre entre les champs d'expertise c'est qu'il s'agit de l'unique dispositif de soins psychiatriques québécois à **offrir des soins aux individus de 0 à 100 ans et à l'ensemble des pathologies psychiatriques incluant la médecine psychosomatique et la médecine du travail**. Les articles des Drs Dubois-Comtois, Sabourin-Guardo, Achim, Lebel et Terradas sur l'attachement et l'utilisation de la thérapie basée sur la mentalisation pour améliorer les capacités parentales en pédopsychiatrie, des Drs Shamlian, Bergeron et Decary sur la psychiatrie positive pour favoriser la résilience chez les personnes âgées et des Drs Boileau-Falardeau, Turcotte, Lafleur et Corbière sur les dilemmes des médecins traitants lors du retour au travail des personnes souffrant de troubles mentaux sont des manifestations du soin constant des cliniciens et chercheurs de l'HSMAP d'offrir des soins accessibles, adaptés aux patients qui se présentent dans ses cliniques afin de favoriser non seulement leur rétablissement, mais aussi leur épanouissement.

Conclusion et perspectives d'avenir

Ce milieu de santé mentale et de psychiatrie, comme vous le verrez au fil des articles, s'est construit dès le départ grâce au dévouement d'hommes et de femmes passionnés par les questions de santé mentale et de troubles psychiatriques, qui se sont dépassés pour penser et bâtir, jour après jour, une organisation permettant de prendre soin des

patients parmi les plus vulnérables et souvent oubliés du système de santé.

La transmission des connaissances, l'implication dans la formation et le savoir-faire des étudiants, leur exposition à différents modèles de soin, leur accueil chaleureux et le soutien pour développer un savoir-être authentique essentiel à la pratique de la psychiatrie sont au cœur de la mission de cet établissement. Sources d'avenir, ces derniers apportent, en retour, enthousiasme, énergie et créativité à notre milieu.

Notre avenir, ce deuxième centenaire que nous abordons avec confiance et créativité, sera nécessairement celui du développement de la recherche. De nombreux psychiatres et professionnels se sont investis au cours des années dans une recherche clinique de qualité. Les efforts des différents directeurs de l'enseignement en font foi, particulièrement ceux du Dr Amyot qui a réussi, avec de proches collaborateurs, à créer la chaire de psychopharmacologie et à initier celle de schizophrénie en collaboration avec le Dr Rodriguez, auxquels se sont joints les Drs Lalonde et Stip pour en finaliser la création en septembre 2003. À l'image de ces différents protagonistes, dans les années à venir nous devons mettre en place une infrastructure et une culture de la recherche qui soutiendront le développement d'une expertise et d'un savoir-faire durables. Notre développement devra s'effectuer tant au niveau de notre chaire de psychopharmacologie que de la recherche en psychothérapie dans le cadre de notre Centre de psychothérapie que de la recherche évaluative sur les services.

Notre avenir tiendra bien sûr compte des nouvelles technologies disponibles, en particulier la téléconsultation, pour offrir des soins plus variés et plus accessibles tout en étant sécuritaires.

Contrepoids nécessaire, nous désirons continuer à favoriser une réflexion riche sur les humanités et leur impact sur la clinique. Le développement d'un comité clinique humaniste permettra à l'ensemble des psychiatres et professionnels de santé mentale de bénéficier des lumières de nos collègues spécialisés en éthique et en philosophie, reflet de notre désir toujours renouvelé d'une capacité autoréflexive et d'une volonté d'ouverture à de nouvelles formes de soins adaptés aux besoins de nos patients et aux changements de la société.

Ces besoins nouveaux déterminent notre volonté de continuer à développer des services modernes et adaptés par rapport à l'enjeu des troubles de dépendance et d'usage de substances. De la même façon, la pathologie psychiatrique en lien avec le milieu de travail représente un domaine de grande souffrance qui nécessite le développement d'une

expertise et de services adaptés, processus déjà en cours. Aussi, dans cette société fondée sur le multiculturalisme en général, dans un secteur très multiculturel sur l'île de Montréal en particulier, notre expertise en ethnopsychiatrie et psychiatrie transculturelle est appelée à prendre un essor majeur.

Dans chacun de nos programmes, de l'urgence à la consultation-liaison, de la gérontopsychiatrie à la pédopsychiatrie, de l'enseignement au centre de recherche, des projets créatifs de modernisation des soins sont en cours de réflexion ou en train d'être mis en place. Avec l'aide et les idées tant des patients partenaires que de leurs proches aidants et des ressources de la communauté, c'est une offre de soins élargie, innovatrice et inclusive qui s'annonce.

Grâce à l'apport créatif des collègues ainsi que l'implication solidaire et passionnée de tous les acteurs tant au niveau clinique qu'administratif jour après jour, nous construirons ensemble pour les prochains cent ans et plus longtemps encore une Institution qui concentre à bien des égards le meilleur de chacun d'entre nous, et ce, pour servir les patients les plus vulnérables avec la devise qui nous définit « Servir, Aimer, Espérer ».

RÉFÉRENCES

- Bertelli, C. (1999). Le nouveau dispositif de soins pour adultes du Pavillon Albert-Prévost. *Santé mentale au Québec*, 24(2), 74-89.
- Bertelli, C. et Bélisle, M. C. (2004). Interventions de crise chez les patients aux prises avec un trouble de personnalité limite. Partie 2: Thérapies systémique et familiale. *Santé mentale au Québec*, 29(2), 253-266.
- Desgroseilliers, R. (2001). L'histoire de la psychanalyse à Albert-Prevost. *Filigrane*, 10(1), 6-22.
- Farand, L., Champagne, F., Amyot, A., Denis, J. L. et Contandriopoulos, A. P. (1999). Évaluation de la réforme des services psychiatriques destinés aux adultes au pavillon Albert-Prévost 1. *Santé mentale au Québec*, 24(2), 90-125.
- Montplaisir, J. (2015). La médecine du sommeil: 1965-2015. *Santé mentale au Québec*, 40(2), 239-255.
- Ngô, T. L. (2013). Présentation: pleine conscience et psychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 9-17.
- Reid, W. et Amyot, A. (2015). Le rôle des psychanalystes dans l'histoire du Département de psychiatrie de l'Université de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 40(2), 93-106.
- Streit, U. et Leblanc, J. (2008). La psychothérapie interpersonnelle: bien au-delà de ses premières applications. *Santé mentale au Québec*, 33(2), 7-29.
- Younsi, O. (2016). *Soigner, aimer*. Montréal, Canada: Mémoire d'encrier.

L'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost : cent ans d'histoire

Magalie Lussier-Valade^a

Claudine Tremblay-Jolicoeur^b

Christiane Bertelli^c

Guy Blouin^d

Pierre Brouillette^e

Denis Laurendeau^f

Jean-Pierre Rodriguez^g

Jean Leblanc^h

RÉSUMÉ Si le PAP m'était conté... 2019 a vu s'inscrire dans les annales de l'histoire du Québec les cent ans de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost, pionnier des soins psychiatriques. Un siècle et une Institution marqués par plusieurs périodes

-
- a. M.D., FRCPC, psychiatre-fellow King's College London.
 - b. M.D., FRCPC, psychiatre, HSMAP - Professeur adjoint de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal.
 - c. M.D., FRCPC, psychiatre, chef du département de psychiatrie, directrice médicale des Programmes en santé mentale et dépendance du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal - Professeur adjoint de clinique, Département de Psychiatrie et d'Addictologie, Université de Montréal.
 - d. M.D., FRCPC, psychiatre, ex-professeur, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal.
 - e. B. Ph, B. Éd., M.A., Ph. D., orthopédagogue, Hôpital en santé mentale Albert-Prévost
 - f. M.D., FRCPC, psychiatre, ex-professeur, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal.
 - g. M.D., FRCPC, psychiatre, HSMAP - Professeur adjoint de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal.
 - h. M.D., FRCPC, psychiatre, HSMAP - Professeur agrégé de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal.

de révolution (tranquille ou non), dont l'expression la plus concrète peut être vue dans les nombreux changements de nom de l'établissement, de sanatorium à hôpital en santé mentale, reflétant un contexte social, politique et surtout administratif fluctuant. Bien que le mandat principal d'Albert-Prévost, celui de soigner les plus vulnérables, demeure encore relativement immuable, il a dû s'adapter à la stable instabilité dans lequel ont évolué et se sont construits le Québec et son système de santé au cours des cent dernières années. Différents acteurs et penseurs s'y sont succédé, d'opinions et d'orientations variées (et parfois conflictuelles), mais unis dans leur désir de protéger l'identité d'Albert-Prévost et d'assurer sa pérennité. Ainsi, malgré les contraintes et pressions extérieures, l'Institution a tenu et continue à tenir moult rôles dans le système de santé québécois: outre le traitement et la réadaptation de patients, il a également contribué à la formation de nombreux psychiatres et professionnels de la santé qui rayonnent maintenant dans tout le Québec.

Ce récit se veut une façon de revenir aux origines de cette Institution, ses balbutiements, échecs et réussites, dont la collection forme l'histoire d'un pionnier de la psychiatrie moderne du Québec.

De 1919 à aujourd'hui, l'évolution se poursuit.

MOTS CLÉS Pavillon Albert-Prévost, Camille Laurin, psychiatrie, Québec

L'Hôpital en Santé mentale Albert-Prévost: stories from the first 100 years

ABSTRACT Objectives In the context of the 100th anniversary celebrations of the Hôpital en santé mentale Albert-Prévost, the present article retraces the history of this pioneering institution in the provision of psychiatric care in the province of Québec.

Methods Multiple psychiatrists and health-care professionals who once worked or are still working at Albert-Prévost were interviewed to record their recollection of how psychiatric care was delivered as knowledge about mental illness progressed and how different defining historical events concerning the administration of this institution unfolded. Private and public archives as well as articles documenting the history of this institution were consulted in order to contextualize the participants' experiences.

Results A brief exploration of the historical and political context that led to the creation of the Sanatorium Albert-Prévost is provided. The key administrative, political and sociological issues are described at each critical period as well as the interplay between the growing knowledge base about the causes and treatments of psychiatric problems and different models of provision of care as different generations of clinicians search for an optimal practice and organisation of care. Its triple mission of care, teaching and research is described.

Conclusion The Hôpital en santé mentale Albert-Prévost has contributed in a significant manner in the shaping of mental health care provision in Québec and several physicians and other health care professionals who have worked there, throughout the past century, have been key contributors to the social, educational, cultural and political advances in this province.

KEYWORDS Pavillon Albert-Prévost, Camille Laurin, psychiatry, Québec

Il était une fois Prévost, de l'homme à l'Hôpital en santé mentale

Soulager la souffrance ou la prévenir, ce souci anime le fondateur de l'Institution, qui porte aujourd'hui encore son nom. Le Dr Albert Prévost (1881-1926), Montréalais de naissance, n'y reste initialement que le temps d'obtenir son titre de médecin à l'Université Laval de Montréal¹. En 1907, il quitte sa ville natale pour l'Europe, animé par le désir de devenir « interne des hôpitaux » (*Pavillon Albert-Prévost, album souvenir*, 1994). C'est à Paris que son intérêt vers les fonctions nerveuses de l'humain le motive plutôt à poursuivre des études de neurologie, durant lesquelles il côtoie de grands noms de la médecine, figurant encore aujourd'hui dans les manuels (Desgroseillers, 2001; Grenier, 2005; Leblanc, 2019). Au cours de ses études, il combine la recherche en laboratoire sur la physiologie et l'anatomie du cerveau, et l'observation clinique à l'Hôpital de la Salpêtrière. Il y rencontre Pierre Janet, homme aux nombreux chapeaux (à la fois médecin, philosophe et psychologue), qui lui communique sa vision intégrative des troubles mentaux et de la psychologie. Par la suite, Prévost obtient le titre de médecin légiste de l'Université de Paris (Grenier, 2005; Leblanc, 2019; *Pavillon Albert-Prévost, album souvenir*, 1994).

À la suite de ses grandes études européennes, Prévost retourne en 1913 dans son Montréal natal et y fait la plus grande partie de sa carrière. Il y est à la fois médecin, enseignant et administrateur/gestionnaire, d'abord comme agrégé de neurologie à la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal, puis comme chargé de l'enseignement de la pathologie nerveuse à l'Hôpital Notre-Dame, où il est également nommé chef du service de neurologie. Premier titulaire de la chaire de

1. Il s'agit plus exactement d'une succursale de l'Université Laval à Montréal, qui deviendra l'Université de Montréal en 1920. <https://www.ulaval.ca/notre-universite/origine-et-histoire>

neurologie de l'Université Laval, il est également sollicité pour son expertise en tant que médecin légiste, appelé à témoigner dans plusieurs causes, notamment celle de Marie-Anne Houde, belle-mère d'Aurore, l'enfant martyre du Québec (Grenier, 2005; Leblanc, 2019; *Pavillon Albert-Prévost, album souvenir*, 1994).

Malgré toutes ses réussites, les ambitions et intérêts cliniques de Prévost se heurtent à la culture hospitalière de l'époque, reflet de la vision de la communauté médicale d'alors, qui préconise l'exclusion des patients souffrant de troubles « psychologiques et psychiatriques ». Ces dispositions dictent alors des critères sévères d'inclusion en milieu hospitalier, gardant effectivement les « aliénés dans les asiles ». En réponse aux dictats de l'époque, Albert Prévost fait l'acquisition de la maison d'un important homme d'affaires montréalais (de la famille Grothé), où il offre des soins « psychiatriques », des années avant la reconnaissance officielle de la psychiatrie au Québec, en 1955 (Desgroseillers, 2001; Leblanc, 2019). C'est ainsi que naît, le 27 juillet 1919, le Sanatorium Prévost, qui se consacre aux soins des oubliés, des individus souffrant de névroses, de psychoses, de toxicomanie et de neurasthénies (Leblanc, 2019; Aubry, 1922; *Pavillon Albert-Prévost, album souvenir*, 1994).

Du Sanatorium à l'Institut

Respecté pour sa compétence autant que son dévouement, Prévost réunit autour de lui de nombreux collègues qui l'accompagnent dans cette aventure innovatrice. Parmi ceux-ci, Mme Charlotte Tassé (1893-1974), infirmière ayant déjà travaillé avec Dr Prévost à l'Hôpital Notre-Dame. C'est à 25 ans, après son cours de perfectionnement au Bellevue Hospital à New York, qu'elle devient garde-malade en chef du Sanatorium Prévost et adjointe de son fondateur. Elle y crée une école d'infirmières dès sa première année de travail et en assure la direction jusqu'à sa fermeture en 1947, contribuant ainsi à la formation de 58 jeunes infirmières. Elle fonde en 1950 la première école de gardes-malades auxiliaires du Québec, puis, trois ans plus tard, conçoit un cours de perfectionnement en *nursing* psychiatrique pour les infirmières professionnelles. Elle est alors secondée dans ses tâches par Bernadette Lépine (1903-1964), son ancienne étudiante (Leblanc, 2019; *Pavillon Albert-Prévost, album souvenir*, 1994). Leur dévouement et leur compétence jettent les bases d'une forte présence infirmière au Sanatorium, qui perdure encore aujourd'hui.

Accompagné de sa fidèle collaboratrice, le Dr Prévost poursuit sa mission de soins (à la fois médicaux et psychologiques) ainsi que la recherche. Il recrute à cet effet les frères Charles-Antoine (radiologiste) et Edgar (neurologue) Langlois en 1921, qui forment avec lui le cœur de l'équipe clinique, permettant la mise en place des pratiques médicales les plus avancées de l'époque (alliant les traitements médicaux à la psychothérapie et la thérapie de milieu). Parallèlement, Mme Tassé s'assure de la qualité des soins infirmiers et préconise le « calme, le repos, le respect de la personne, l'approche optimiste, l'activation par la réadaptation (ergothérapie), la déculpabilisation, l'air pur, la musique, les valeurs chrétiennes, etc. » (Leblanc, 2019). Ces soins d'avant-garde, encore inédits en sol canadien, permettent au Sanatorium d'acquérir une grande notoriété.

Au pavillon principal du Sanatorium (surnommé le pavillon bleu), où peuvent être soignés 10 patients, Prévost ajoute le pavillon rouge (1921), ce qui permet alors d'accueillir 23, puis 35 patients en 1923 (Leblanc, 2019; *Pavillon Albert-Prévost, album souvenir*, 1994). L'ajout des pavillons vert (1946) et blanc (1947) portera éventuellement ce nombre à 87 (*Pavillon Albert-Prévost, album souvenir*, 1994).

En 1926, la carrière de Dr Prévost s'arrête prématurément avec son décès des suites d'un accident de voiture (Grenier, 2005). Malgré la consternation qui règne parmi les endeuillés, les collègues d'Albert Prévost veillent à ce que l'Institution poursuive sa mission en dépit de la perte de son fondateur. Jadis premier interne accueilli au Sanatorium, Dr Edgar Langlois prend la relève de son mentor, à la fois comme directeur médical de l'établissement et comme chef du service de neurologie de l'Hôpital Notre-Dame. L'administration du Sanatorium repose alors sur une corporation de médecins, avec à sa tête la sœur d'Albert Prévost, Mme Heva Prévost-Auger, qui assure la présidence jusqu'en 1930. Les deux autres femmes de tête du Sanatorium, les infirmières Tassé et Lépine, s'illustrent durant cette période de transition. Lorsque la précarité financière de l'établissement laisse peser la menace de fermeture, elles en font l'acquisition en 1945 et en assurent la direction, soutenues par un conseil d'administration alors exclusivement féminin (et sans représentant du corps médical) (Desgroseillers, 2001; *Pavillon Albert-Prévost, album souvenir*, 1994). Sous leur gouvernance, le Sanatorium peut poursuivre son évolution. L'obtention de subventions des gouvernements provincial et fédéral permet l'agrandissement du bâtiment qui accueille en 1955 160 patients (*Pavillon Albert-Prévost, album souvenir*, 1994).

Le Sanatorium, porté par la détermination de Mme Tassé, devient ainsi l'Institut Albert-Prévost (IAP), reflétant sa vocation universitaire (Bibliothèque et Archives nationales du Québec [BAnQ], 2006; Desgroseillers, 2001).

Durant ces remaniements administratifs, Albert-Prévost continue d'évoluer dans un contexte clinique en éclosion. La communauté médicale adopte peu à peu la vision du Dr Albert Prévost: la maladie mentale n'est plus forcément vue comme une fatalité. De la malaria-thérapie (1917) à l'électroconvulsivothérapie (ECT-1938), en passant par la lobotomie et les cures de sommeil sous barbituriques (1930), les standards du traitement psychiatrique font alors face à une révolution, et certains de ces traitements (malaria-thérapie, électroconvulsivothérapie) font partie des nouveaux traitements adoptés au Sanatorium. Le Sanatorium se dote de sa première clinique externe en août 1951 (dirigée par Dr Fernand Côté), juste à temps pour l'arrivée des neuroleptiques (la chlorpromazine) en 1952-53 et des antidépresseurs (1955), qui facilitent le traitement en communauté des patients (Duprey, 2011; Leblanc, 2019). Réputé comme un lieu de haut savoir, l'Institut obtient en septembre 1955 son accréditation comme centre d'enseignement de l'Université de Montréal et Dr Karl Stern devient son premier directeur scientifique (Desgroseillers, 2001; Leblanc, 2019; *Pavillon Albert-Prévost, album souvenir*, 1994).

Dorénavant investi d'une triple mission de soins, de recherche et d'enseignement, l'IAP raffine ses services, en partie grâce à l'arrivée d'une équipe de psychiatres, dont Dr Camille Laurin (1922-1999), psychanalyste et (futur) homme politique (Picard, 2003). En juillet 1958, l'établissement accueille ses trois premiers résidents en psychiatrie et en 1961, ouvre ses portes aux étudiants en médecine, alors que les stages en psychiatrie deviennent obligatoires dans le cursus universitaire (BAnQ, 2006; Leblanc, 2019). Cette même année marque également l'obtention de l'accréditation de l'*American Psychiatric Association* (APA) de l'Institut, honneur détenu par seulement trois établissements hospitaliers canadiens à ce moment (*Pavillon Albert-Prévost, album souvenir*, 1994).

De 1964 à 1966, le Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent voit le jour (précurseur des cliniques spécialisées) dans la « Maison rouge », sous la direction de Dr Ernest Tétreault (Bossé, 2001). Outre les jolies briques rouges qui lui valent son nom, cet établissement représente le premier service de pédopsychiatrie en dehors des enseignes d'un hôpital ou asile. En 1966, l'arrivée de Dr Robert Buies

permet l'ajout d'un centre interne et d'un centre de jour « adopsychiatriques » : il s'agit du premier service dédié aux adolescents, qui étaient auparavant hospitalisés avec les adultes ou en pédiatrie (Bossé, 2001; Laurendeau, 2019a). Outre les soins cliniques, les dirigeants du service offrent également un enseignement de qualité, sous l'œil attentif du Dr Julien Bigras (Bossé, 2001; Laurendeau, 2019a).

Durant les années soixante, la culture psychiatrique québécoise est fortement influencée par les pratiques états-uniennes et françaises, lieux de formation de plusieurs des psychiatres œuvrant à l'IAP. La psychanalyse et les idées de Freud y règnent donc et cette modalité psychothérapeutique est massivement intégrée au traitement offert à l'Institut (Bossé, 2001; Desgroseillers, 2001). À l'image de la société québécoise de l'époque, les changements de mœurs et le délaissement des pratiques traditionnelles ne se font pas sans heurts. S'affrontent alors les visions de Charlotte Tassé, fervente partisane du statu quo, et celles des médecins dirigés par Camille Laurin (alors directeur scientifique). Il faut se souvenir que cette époque coïncide avec la publication de *Les fous crient au secours* de Jean-Charles Pagé (1961), qui livre un témoignage virulent sur son expérience « à l'asile », l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Ce livre, qui remet en cause l'administration des communautés religieuses, fait alors un tel tollé que la Commission d'Étude des Hôpitaux psychiatriques (Bédard, 1962) est mise sur pied afin de faire enquête. Le rapport émis est peu reluisant : le gouvernement et les communautés religieuses sont pointés du doigt et un appel au changement est fait afin que le statut du patient psychiatrique soit équivalent à celui du patient « ordinaire » (Desgroseillers, 2001; Duprey, 2011; Wallot, 1979). Bien que l'IAP échappe aux critiques, plutôt décrit comme un modèle des soins psychiatriques, ses dirigeantes, menées par Mme Tassé, ne pardonnent pas au Dr Laurin d'avoir signé la post-face (aussi nuancée soit-elle) du livre de Pagé (Desgroseillers, 2001; Lesage, 2015a).

L'impasse découlant de ce conflit paralyse les soins à l'Institut et une Commission d'enquête doit être mise en place pour dénouer la situation : le Rapport Régnier de 1964 donne alors raison au parti du Dr Laurin, décrivant « l'ingérence » des administratrices dans les soins prescrits (Regnier, 1964; Desgroseillers, 2001; Klein, 2018; Leblanc, 2019). La charte de l'IAP est ensuite modifiée, entraînant une réorganisation des structures médico-administratives (*Pavillon Albert-Prévost, album souvenir*, 1994). Charlotte Tassé et Bernadette Lépine donnent leur démission, mais préservent leur statut de membres de la

corporation et du conseil d'administration de l'Institut (BAnQ, 2006; Desgroseillers, 2001). Malgré la discorde, les soignants maintiennent leur dévouement et motivation envers leurs patients.

Les courants cliniques à l'Institut

Parallèlement au règne de la psychanalyse, certaines approches « idéalistes » teintent, à différents degrés, les pratiques à l'IAP. Parmi celles-ci se retrouvent le concept de l'hôpital psychiatrique en tant que « communauté thérapeutique » partiellement gérée par les patients (Jones, 1953), le courant « antipsychiatrique » qui voit les symptômes psychotiques en tant que réponse à son entourage (Laing, Cooper, Deleuze et Guattari) et la vision de Szasz (1960, 2008), qui considère la maladie mentale comme un concept désignant plusieurs problèmes de la vie (versus un fait établi). Bien que ces courants cliniques n'aient pas supplanté la psychanalyse ni été appliqués dans leur entièreté à l'IAP, ils s'accordaient à la philosophie du milieu, selon laquelle la médicalisation du trouble mental ne doit pas faire oublier les difficultés contextuelles du patient (Desgroseillers, 2001; Leblanc, 2019; Lesage, 2015a; Szasz, 1960). Fidèle à la vision de son fondateur, la culture clinique de l'Institut préconise une approche centrée sur la personne et non pas uniquement sur la pathologie. La réadaptation du patient doit s'inscrire dans son contexte de vie et ne se limite pas seulement à une éradication de symptômes. La fin des années soixante à Albert-Prévost est ainsi influencée par le développement des *Community Mental Health Centers* américains qui vise à rapprocher les intervenants de la communauté. La première équipe d'Urgence psychiatrique à domicile est mise en place à l'IAP en 1965 par le Dr Jacques Drouin, formé à Boston. Au même moment, la psychiatrie de secteur, popularisée en France par Philippe Paumelle, combine le traitement individuel et le développement de ressources thérapeutiques dans le milieu de vie de la personne. Cette approche trouve écho à l'IAP suite au passage à Montréal du Dr Paumelle, de 1966 à 1967, et plusieurs résidents en psychiatrie et infirmières de l'établissement le suivent à Paris pour y être formés (Desgroseillers, 2001; Leblanc, 2019).

Parmi ceux-ci, le Dr Jean Bossé, qui revient à Montréal en 1966 imprégné de cet enseignement (combiné à sa formation psychanalytique) et convaincu qu'« une psychiatrie infantile éclairée et compétente était une prévention pour l'adulte de demain » (Bossé, 1985; Gignac et coll., 2015). Il devient porteur de la création d'une clinique

pédopsychiatrique multidisciplinaire de secteur à Laval. Ce modèle, combinant l'approche psychanalytique et celle des soins de communauté, se répand dans plusieurs autres secteurs de Montréal (Bossé, 2001; Laurendeau, 2019a). De plus, sous l'impulsion du Dr Arthur Amyot, plusieurs équipes multidisciplinaires «volantes» se déplacent de façon bimensuelle vers la région éloignée de l'Abitibi afin d'offrir des soins et de soutenir les équipes locales (Rodriguez, 2019). Grâce aux avancées technologiques, au début des années 2000, ces évaluations et discussions de cas se feront plusieurs fois par mois, par visioconférence.

Ces années, qui collectivement représentent la première grande période d'Albert-Prévost, sont ainsi dédiées au rejet du traitement «asilaire» au profit du développement de la psychiatrie communautaire, avec la création d'un réseau de cliniques de secteur. Ces remaniements visent alors à accroître l'accessibilité aux soins et à faciliter la proximité des soignants avec les enjeux psychiatriques, mais également sociaux des patients (Duprey, 2011; Jonard, 1973; Wallot, 1979).

Cependant, un vent de révolution s'annonce sur la scène politique, remettant en cause les structures administratives et le partage des pouvoirs.

De l'Institut au Pavillon

Il est facile, sous la loupe de l'«ici-maintenant», d'oublier que toute crise n'est pas la première. Si le contexte politico-administratif (et donc clinique) n'est pas des plus reluisants à l'heure actuelle, il ne faut pas oublier que l'Albert-Prévost d'aujourd'hui s'est construit en réponse aux crises et instabilités des années 70.

En effet, la situation économique québécoise déplorable des années 60-70 ouvre la porte aux mouvements de contestation et protestation, qui s'expriment à diverses intensités, des plus pacifistes aux plus violentes. Ce contexte extérieur ne peut qu'influencer la culture de milieu de l'IAP, qui perd notamment en 1970 Dr Camille Laurin, ce dernier poursuivant alors ses aspirations politiques et échangeant (temporairement) ses fonctions de psychiatre pour celles de député du Parti Québécois (*Pavillon Albert-Prévost, album souvenir*, 1994; Picard, 2003; Simard, 2010).

La société québécoise fait alors face à une multitude de crises: crise d'Octobre avec la Loi des mesures de guerre, arrivée de l'assurance-maladie et grève des médecins spécialistes en guise de contestation (avec réponse rapide de l'Assemblée nationale les sommant de retourner

au travail) et grèves du Front commun (regroupant trois centrales syndicales, CSN, FTQ et CEQ) (Cournoyer, 2001; Desgroseillers, 2001; Rodriguez, 2019). Alors que l'insatisfaction face au gouvernement libéral croît, Albert-Prévost est vu par certains, à tort ou pas, comme un micro-système reflétant la situation politique, l'égérie des revendications (Rodriguez, 2019).

Les rapports du Comité exécutif du Conseil des médecins (alors présidé par Dr Arthur Amyot) de 1971 démontrent d'ailleurs des rapports tendus avec l'Administration. Les tentatives du Comité exécutif de participer à la conception et application de politiques de soins sont perçues comme des menaces d'ingérence par les instances administratives en place. Les tensions et désaccords croissent et culminent au printemps 1971, opposant le Comité d'Administration aux médecins, représentants syndicaux et résidents en psychiatrie. Ces derniers demandent alors la démission des principaux membres du Comité administrateur, afin de pouvoir faire de l'IAP un milieu plus démocratique et compatible avec l'approche de psychiatrie communautaire (Rodriguez, 2019).

Le tumulte caractérisant ces négociations (ou confrontations) fragilise la situation de l'IAP: multiples débrayages, injonctions de retour immédiat au travail, accusations d'outrage au Tribunal et emprisonnement des chefs syndicaux entraînent la révolte dans l'enceinte de l'établissement. Les employés décident alors d'occuper les lieux, bloquant effectivement l'entrée aux gestionnaires pendant quatre jours. Malgré la volonté des syndiqués (et l'appui des médecins, qui cherchent à concilier soins des patients et soutien aux employés), l'escouade antiémeute qui envahit l'Institut le 16 mai 1972 réussit à expulser ses occupants. Lorsque la poussière retombe, cinq infirmières et 12 employés sont suspendus ou renvoyés (Rioux, 1996). Parmi les médecins, quatre membres du Comité exécutif, Dr Amyot, Dr Villard, Dr Léal et Dr Mauriello, sont suspendus puis renvoyés par le Conseil d'administration de l'IAP. Parmi les reproches émis par le ministre de la Santé, Claude Castonguay, celui de s'être associés aux syndiqués et d'avoir négligé la protection des patients (alors qu'en fait, les soins de ceux-ci avaient été assurés). Toujours selon le ministre, la situation est telle à l'IAP que seule une restructuration majeure s'impose (Desgroseillers, 2001; Rodriguez, 2019).

Il y a donc, en 1973, fusion avec l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal, dont l'Institut devient le département de psychiatrie, adoptant par le fait même le nom de Pavillon Albert-Prévost (PAP). L'année marque

également le retour du Dr Amyot, qui après son exil forcé, devient chef du PAP, poste qu'il occupe avec brio jusqu'en 1981 (période où il devient directeur du Département de psychiatrie de l'Université de Montréal) (Rodriguez, 2019).

La fusion (contrainte) avec Sacré-Cœur est tolérée, mais les psychiatres rejettent l'assimilation totale ainsi que l'abandon des bâtiments d'origine au profit d'un nouveau pavillon sur les terrains de Sacré-Cœur. Malgré la modernité et les avantages que fait miroiter l'Administration, les psychiatres se mobilisent afin de poursuivre la mission d'Albert-Prévost là où elle avait débuté, dans les lieux déjà porteurs d'une histoire riche, faisant la preuve de leur alliance devant l'adversité.

Ce n'est que plusieurs années plus tard, en 1985, que le débat est clos (temporairement) par le retour de Camille Laurin, figure tutélaire du PAP (Rodriguez, 2019). Il devient chef du Département de psychiatrie jusqu'en 1994, moment où il retourne en politique, élu comme député et nommé Représentant régional de Montréal (*Pavillon Albert-Prévost, album souvenir*, 1994); Simard, 2010).

L'irréductible Albert-Prévost, maintenant Pavillon, continue son évolution, malgré son identité malmenée et son indépendance fragilisée. C'est au courant des années 80 que certaines lacunes des cliniques de secteurs deviennent plus évidentes, notamment quant à la possibilité d'offrir un traitement spécialisé, tandis que les soins plus généraux, avec la présence accrue des omnipraticiens et équipes de santé mentale en première ligne, se développent. L'apparition dans d'autres milieux de cliniques psychiatriques spécialisées motive les cliniciens du PAP à demander un comité de réflexion, qui voit le jour en 1990. Ce comité, présidé par le docteur Jean Leblanc, a pour mandat de se pencher sur la façon de répondre aux besoins spécifiques des patients tout en composant avec l'impossibilité d'accroître les ressources disponibles. Des populations particulières nécessitant des soins adaptés à leur problématique sont ainsi identifiées, mais la situation budgétaire implique également de faire des choix. Le PAP est divisé, certains prônant le maintien d'équipes générales et d'autres désirant l'instauration d'équipes spécialisées. C'est finalement Dr Laurin qui tranche en faveur des cliniques spécialisées et met sur pied un comité d'implantation de ce projet en 1993, présidé par Dr Dumont (Blouin, 2019).

Ce virage innovateur transforme le dispositif de soins, qui se regroupent dorénavant en cliniques s'organisant autour du concept de programmes visant à offrir à chaque population clinique les traitements les plus appropriés à leur(s) condition(s). C'est ainsi que voient

le jour les programmes de gérontopsychiatrie, des premiers épisodes psychotiques, des troubles psychotiques, des maladies affectives et des troubles anxieux. À ceux-ci s'ajoute également le premier programme ambulatoire structuré de traitement des troubles de la personnalité au Québec en milieu francophone, fondé par Dre Christiane Bertelli. À l'exception de la clinique de gérontopsychiatrie, première au Québec et déjà implantée en 1990 sous les soins du Dr Bernard Gauthier, ces programmes se développent graduellement à partir de 1994 (Blouin, 2019).

Entre-temps, dans les années 70 et 80, le PAP-Pédo devient un lieu de formation recherché par les résidents en psychiatrie et les stagiaires de toutes les disciplines. Le service se développe en quatre points de service comprenant des cliniques externes couvrant le nord-ouest de Montréal et tout Laval, un centre de jour pour enfants d'âge préscolaire et un centre des adolescents multifonctions (hôpital de jour, unité d'hospitalisation, clinique externe), le tout regroupant plus de 70 employés (Bossé, 2001; Laurendeau, 2019a). Par la suite, la pédopsychiatrie connaît également une modification de ses pratiques, les cliniciens optant pour une division des services selon les trois périodes du développement (0-5, 6-12 et 13-18 ans) qui permet de s'adapter au fait que les psychopathologies ne sont pas encore cristallisées avec précision avant l'adolescence (Laurendeau, 2019b). Les services intrahospitaliers et hôpitaux de jour sont également restructurés selon le même modèle dans un souci de continuité des soins.

La réorganisation des soins est de plus complétée par une centralisation des évaluations des nouveaux patients (qui se faisaient avant dans les équipes de secteur) au Module d'Évaluation-Liaison, premier du genre au Québec. Imaginé par le docteur Bernard Gauthier (Doré-Gauthier et coll., 2019), ce modèle d'évaluation voit le jour grâce aux efforts du docteur Daniel Dumont.

Le succès de cette restructuration au PAP (dû en grande partie à la créativité des équipes cliniques devant le manque de ressources) sert alors de modèle aux autres instances de soins de la province (Blouin, 2019).

Du Pavillon à l'Hôpital en santé mentale

De façon plus contemporaine, 2015 annonce une nouvelle réforme, cette fois davantage administrative que clinique, avec une réorganisation du système de santé en Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et en Centres intégrés universitaires de santé et de

services sociaux (CIUSSS) et la fusion de plusieurs établissements (et des populations desservies par chacun). La Loi 10, se voulant une façon de simplifier l'accès aux soins et aux services (et d'économiser), implique l'abolition d'un palier administratif, soit les agences régionales et est décriée par les associations médicales. Elle ne laisse officiellement place qu'à deux lignes en santé : la première ligne, composée des groupes de médecine familiale et une ligne spécialisée, sous la gouvernance des CISSS-CIUSSS (Bertelli, 2019 ; Lesage 2015b). Le PAP se retrouve alors à l'intérieur du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-NIM pour les intimes) dans un amalgame dont font également partie l'Hôpital en santé mentale Rivière-des-Prairies, l'Hôpital Fleury, l'Hôpital Jean-Talon et bien entendu, l'Hôpital du Sacré-Cœur (Bertelli, 2019). L'ensemble des ressources en santé mentale sont intégrées dans un même Programme, incluant la gérontopsychiatrie et pédopsychiatrie (Bertelli, 2019 ; Lesage, 2015b). Une nouvelle cohabitation, un nouveau partage auquel le PAP, dorénavant rebaptisé Hôpital en santé mentale Albert-Prévost (HSMAP) doit s'adapter sans perdre son identité, mais sans s'aliéner ses nouveaux acolytes, sans sacrifier la qualité de ses soins, mais sans non plus épuiser les ressources du système...

Et surtout, sans oublier sa triple mission : l'enseignement à la relève, la recherche en psychiatrie et les soins aux plus vulnérables.

Un défi de taille pour les prochains cent ans.

Le mot de la fin suite...

Ce retour vers le commencement d'Albert-Prévost et vers l'émergence de sa mission est autant affaire d'hommes et de femmes que d'institutions, de tradition que d'innovations, de conflits que de cohabitation, conciliation et cocréation. Il nous emporte aux confins de la (pré) histoire d'Albert-Prévost, mais aussi de l'histoire de la psychiatrie au Québec. Les années passées montrent qu'Albert-Prévost, dans son essence, ne se limite pas à un bâtiment ou bien même à un groupe de personne : il devient plutôt incarnation d'un souci du soin, d'empathie et d'humanisme, principes qui conditionnent les rapports de réciprocité et de collaboration entre ses membres et la population.

Ainsi, Albert-Prévost, sous toutes ses itérations, célèbre ses cent ans. Un centenaire, déjà, depuis les premiers individus soignés sous son enseigne, un siècle qui sépare les premiers psychiatres et professionnels, cherchant à bâtir un lieu dédié à la santé mentale, des acteurs

actuels, œuvrant maintenant à assurer la pérennité et l'évolution d'Albert-Prévost.

Et ce, peu importe le nom qu'il portera.

RÉFÉRENCES

- Aubry, L. (1922). Une œuvre médicale moderne – Le Sanatorium Prévost. *La Revue Moderne*, 15 sept. 1922.
- Bédard, D., Lazure, D. et Roberts, C. A. (1962). *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*. Ministère de la Santé du Québec.
- Bertelli, C. (2019). Albert-Prévost Au-delà de 2015. Dans C. Bertelli et N. Shamlian (resp.), *Rien de ce qui est humain ne m'est étranger* [symposium]. Colloque Le centenaire de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost, d'hier à demain. Montréal, Canada: Hôpital en santé mentale Albert-Prévost.
- Biron, L. et Léger, M. (2006-2007). *Charlotte Tassé et l'Institut Albert-Prévost: l'œuvre d'une femme de tête*. Fonds Charlotte Tassé, Bibliothèque et Archives nationales du Québec. https://www.banq.qc.ca/histoire_quebec/parcours_thematiques/CharlotteTasse/Formation/fi_serie01.jsp
- Blouin, G. (2019, 2 octobre). Réflexion et mise en place du modèle des approches spécifiques (1992-2015). Dans C. Bertelli et N. Shamlian (resp.), *Rien de ce qui est humain ne m'est étranger* [symposium]. Colloque Le centenaire de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost, d'hier à demain. Montréal, Canada: Hôpital en santé mentale Albert-Prévost.
- Bossé, J. (2001). Présence de la psychanalyse à la clinique de l'enfance et de l'adolescence du Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur ou une expérience de pratique psychanalytique institutionnelle. *Filigrane*, 10(1), 34-51.
- Bossé, J. (1985). Si Prévost m'était conté: petite histoire de la Maison Rouge. Conférence donnée au Service de l'enfance et adolescence de l'Institut Albert-Prévost.
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal. (1994). *Pavillon Albert-Prévost, album souvenir* [document inédit]. Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.
- Commission d'enquête sur l'administration de l'Institut Albert Prévost. (1964) *Rapport de la Commission d'enquête sur l'administration de l'Institut Albert Prévost quant à son personnel médical et hospitalier* (désormais *Rapport Régnier*). Montréal, Commission d'enquête sur l'administration de l'Institut Albert Prévost. https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?idn=72880
- Cournoyer, J. (2001). *Mémoire du Québec de 1534 à nos jours*. Montréal, Canada: Stanké.
- Desgroseillers, R. (2001). L'histoire de la psychanalyse à Albert-Prévost. *Filigrane*, 10(1), 6-37.
- Doré-Gauthier, V., Ngô, T.-L. et Leblanc, J. (2019). *Hommage au professeur Bernard Gauthier*. Association des professeures et professeurs retraités de

- l'Université de Montréal. http://www.aprum.umontreal.ca/Disparus/Gauthier_B.pdf
- Duprey, C. (2011). La révolution psychiatrique au Québec, 1950-1962. De l'asile à la psychiatrie communautaire et l'open-door. *Histoire sociale/Social history*, 44(88), 355-384.
- Gignac, M., Boileau, B., Bedwani, C., DiNicola, V., Gauthier, Y., Lévesque, A. et Morissette, L. (2015). La croisée des chemins, 50 ans de soins aux enfants. *Santé mentale au Québec*, 40(2), 191-203. <https://doi.org/10.7202/1033051ar>
- Grenier, G. (2005). Prévost, Albert. Dans *Dictionnaire biographique du Canada*, vol. 15. Université Laval/University of Toronto. http://www.biographi.ca/fr/bio/prevost_albert_15F.html
- Jonard, G. (1973). La psychiatrie de secteur. *Feuillets psychiatriques de Liège*, 188-208.
- Jones, M. (1953) *The Therapeutic Community: A New Treatment Method in Psychiatry*. New York, NY: Basic Books.
- Klein, A. (2018). À propos des relations entre infirmières, médecins et gouvernements. *L'histoire de la commission Régnier (1962-1964)*. HistoireEngagée.ca. <http://histoireengagee.ca/a-propos-des-relations-entre-infirmieres-medecins-et-gouvernements-lhistoire-de-la-commission-regnier-1962-1964/>
- Laurendeau, D. (2019a, 2 octobre). Pédopsychiatrie: Naissance, enfance et adolescence du service (1964-1990). Dans C. Bertelli et N. Shamlian (resp.), *Rien de ce qui est humain ne m'est étranger* [symposium]. Colloque Le centenaire de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost, d'hier à demain. Montréal, Canada: Hôpital en santé mentale Albert-Prévost.
- Laurendeau, D. (2019b, 2 octobre). Pédopsychiatrie: l'âge mûr du service (1990-2015). Dans C. Bertelli et N. Shamlian (resp.), *Rien de ce qui est humain ne m'est étranger* [symposium]. Colloque Le centenaire de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost, d'hier à demain. Montréal, Canada: Hôpital en santé mentale Albert-Prévost.
- Leblanc, J. (2019, 2 octobre). Du Sanatorium à l'Institut (1919-1970). Dans C. Bertelli et N. Shamlian (resp.), *Rien de ce qui est humain ne m'est étranger* [symposium]. Colloque Le centenaire de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost, d'hier à demain. Montréal, Canada: Hôpital en santé mentale Albert-Prévost.
- Lesage, A. (2015a). 50 ans de service public pour les politiques et l'organisation des services de psychiatrie communautaire au Québec: Partie I. *Santé mentale au Québec*, 40(2), 121-135. <https://doi.org/10.7202/1033046ar>
- Lesage, A. (2015b). 50 ans de service public pour les politiques et l'organisation des services de psychiatrie communautaire au Québec: Partie II (2003-2015 et suite). *Santé mentale au Québec*, 40(2), 137-149.
- Pagé, J.-C. (1961). *Les fous crient au secours!* Montréal, Canada: Les Éditions du jour.
- Picard, J.-C. (2003). *Camille Laurin, l'homme debout*. Montréal, Canada: Boréal.

- Rioux, M. (1996). *Un Institut fort occupé*. Le quotidien du congrès, 21 mai, 5. https://www.csn.qc.ca/wp-content/uploads/2018/02/quotidien_congrescsn_19960521.pdf
- Rodriguez, J.-P. (2019, 2 octobre). 1972-1992 De l'Institut au Pavillon. Dans C. Bertelli et N. Shamlan (resp.), *Rien de ce qui est humain ne m'est étranger* [symposium]. Colloque Le centenaire de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévoist, d'hier à demain. Montréal, Canada : Hôpital en santé mentale Albert-Prévoist.
- Simard, J.-F. (2010). *L'œuvre de Camille Laurin. La politique publique comme instrument de l'innovation sociale*. Québec, Canada : Presses de l'Université Laval.
- Szasz, T. (1960). The Myth of Mental Illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.
- Szasz, T. (2008). Debunking antipsychiatry: Laing, law, and Largactil. *Current Psychology*, 27(2), 79-101.
- Wallot, H. (1979). Perspective sur l'histoire québécoise de la psychiatrie: le cas de l'asile de Québec. *Santé mentale au Québec*, 4(1), 102-122. <https://doi.org/10.7202/030051ar>

Charlotte Tassé et Bernadette Lépine, fondatrices à part entière de l'Institut Albert-Prévost

Alexandre Klein^a

RÉSUMÉ En septembre 1919, quelques semaines seulement après son ouverture, le sanatorium du Dr Albert Prévost accueillait sa toute première garde-malade. Charlotte Tassé n'avait alors que 26 ans. Elle revenait de six mois de spécialisation aux États-Unis et intégrait la petite institution de soins pour malades nerveux pour seulement deux semaines. Elle y restera finalement 44 ans! Rapidement devenue indispensable au Dr Prévost, alors occupé par ses importantes responsabilités au sein de l'Université de Montréal et de l'Hôpital Notre-Dame, la jeune garde s'imposa en effet comme le cœur même de cette petite maison de santé. À la mort du neurologue, en 1926, c'est d'ailleurs elle qui assura la continuité du bon fonctionnement de l'institution, avec l'aide d'une nouvelle recrue, une jeune garde-malade du nom de Bernadette Lépine. Vingt ans plus tard, en 1945, les deux femmes sauvèrent même l'institution de la faillite en la rachetant sur leurs fonds propres. Elles transformèrent alors profondément son organisation et renforcèrent son offre de formation, réussissant, en quelques années seulement, à en faire l'un des principaux et des plus avant-gardistes centres de soins et de formation psychiatriques du Québec. Mais l'arrivée à la fin des années 1950 d'un jeune et ambitieux psychiatre du nom de Camille Laurin allait bousculer la stabilité établie de l'établissement, et progressivement faire oublier le rôle central qu'y jouèrent les gardes-malades. C'est sur l'histoire de ces femmes et de leur contribution majeure à l'histoire de l'Institut Albert-Prévost que cet article entend revenir.

MOTS CLÉS sanatorium Albert Prévost, gardes-malades, histoire, psychiatrie, patrimoine

a. Ph. D., coordonnateur de l'Unité de recherche sur l'histoire du *nursing* (URHN-NHRU), Université d'Ottawa.

Charlotte Tassé and Bernadette Lépine, Fully-Fledged Founders of l'Institut Albert-Prévost

ABSTRACT In September 1919, just a few weeks after its opening, Dr. Albert Prévost's sanatorium welcomed its first nurse. Charlotte Tassé was only 26 years old. She was coming back from six months of specialized training in the US and had accepted to help for only two weeks. She will stay 44 years! Quickly becoming essential to Dr. Prévost, who was very busy with his responsibilities at the Université de Montréal and l'Hôpital Notre-Dame, the young nurse established herself as the heart of this small mental health facility. When the neurologist died, in 1926, she ensured that the sanatorium survived, helped by a new young recruit named Bernadette Lépine. Twenty years after, in 1945, the two nurses saved the institution from bankruptcy by buying it with their own funds. Then, they deeply transformed its organisation and reinforced its training offer, managing to transform it, in only a few years, into one of the most important and avant-garde mental health care and training centers in Québec. However, the arrival of a young and ambitious psychiatrist named Camille Laurin, at the end of the 1950s, compromised the long-standing stability of the institution and then contributed to the underestimation of the role of these nurses to its survival. Based on the study of unpublished archives, this paper relates the story of these women and their major contribution to the history of Albert-Prévost Institut.

KEYWORDS sanatorium Albert-Prévost, nurses, history, psychiatry, heritage

Au cours des trois dernières décennies, l'histoire de la psychiatrie, qui s'était jusqu'alors principalement intéressée aux médecins, à leurs grandes découvertes théoriques ou à leurs apparentes victoires thérapeutiques, a vu émerger des approches différentes, des objets nouveaux et des regards inédits. On a ainsi vu se multiplier, notamment, des travaux sur les patients psychiatisés, sur les lieux d'accueil autres que les asiles, sur l'administration publique de la folie ou sur les différents acteurs du soin. Parmi ces derniers, un corps professionnel, pourtant essentiel à la prise en charge de la maladie mentale, est néanmoins resté, jusqu'alors, dans l'ombre des études historiques: celui des infirmiers et des infirmières.

Traditionnellement considérées comme des subalternes, simples exécutantes aux ordres des médecins, les infirmières¹ n'ont que rarement intéressé les historiens de la médecine. Il revient surtout aux historiennes des femmes d'avoir étudié, en particulier dans le monde

1. Nous privilégions ici le féminin, car elles ont été et restent encore majoritairement des femmes.

francophone, ces travailleuses à part entière de la santé. Pourtant, rares sont celles qui ont porté leur attention sur les infirmières psychiatriques, minorité au sein de la minorité. Au Québec, on doit à Marie-Claude Thifault d'avoir engagé ce mouvement avec ses études sur les religieuses hospitalières œuvrant à l'Hôpital de Saint-Jean-de-Dieu (Thifault, 2010, 2011, 2013; Thifault et Desmeules, 2012). Mais on compte encore sur les doigts d'une seule main les historiennes et les historiens québécois s'intéressant aux infirmières de la folie².

Or, cette absence des infirmières dans l'histoire de la psychiatrie pose problème en ce qu'elle laisse dans l'ombre un pan important de l'histoire de la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux. En effet, contrairement aux médecins qui ne passaient souvent que quelques heures, voire parfois en simple coup de vent, dans les institutions pour rencontrer les malades, les infirmières assuraient, elles, toute la gestion quotidienne des patients et des établissements. Elles étaient les soignantes les plus présentes aux côtés des malades, et donc les plus au fait de l'évolution des symptômes, de l'efficacité des thérapeutiques employées, et par conséquent des possibilités de rétablissement et de sortie. Autrement dit, elles étaient, et sont encore souvent, les plus importants rouages de la prise en charge psychiatrique.

Dans le cas particulier de l'Institut Albert-Prévost, cette absence est encore plus problématique, car outre la gestion quotidienne des malades et de l'institution, les infirmières ont assuré l'administration, le développement et surtout la survie de l'établissement. Sans Charlotte Tassé (1893-1974) et sa comparse Bernadette Lépine (1903-1964), il y a en effet très peu de chance que ce sanatorium ouvert en 1919 dans Cartierville, au nord de l'île de Montréal, ait pu, d'une part, perdurer jusqu'à aujourd'hui, mais surtout, d'autre part, s'imposer comme l'un des principaux centres de formation et de soin de santé mentale du Québec. C'est ce que nous souhaitons rappeler dans cet article qui décrira, pas à pas, et à partir d'archives pour beaucoup inédites³, la

-
2. Comme nous avons pu le constater lors du colloque *Les infirmières de la folie. Histoire et évolution des soins infirmiers en psychiatrie au sein de l'espace francophone* que nous avons organisé au sein du 85^e congrès de l'ACFAS à l'Université McGill, le 8 mai 2017.
 3. Outre les archives de Charlotte Tassé conservées à la BANQ du Vieux-Montréal, nous avons dépouillé les archives conservées auparavant dans la bibliothèque du Pavillon Albert-Prévost ainsi que celles de plusieurs psychiatres de l'institution. Nous nous sommes également appuyé sur le dépouillement de diverses revues scientifiques (notamment *La Garde-malade canadienne-française* et

contribution essentielle de ces deux femmes au fonctionnement, à l'évolution et à la sauvegarde de l'Institut Albert-Prévost.

La femme de la maison

Lorsqu'il inaugura en juillet 1919 son sanatorium, le Dr Albert Prévost (1881-1926) était déjà au sommet de sa carrière. Diplômé de l'Université Laval à Montréal⁴ en 1907, il s'était ensuite spécialisé à Paris, à la fois en médecine légale et en neurologie, avant de revenir à Montréal, à la fin de l'année 1913, pour intégrer le dispensaire des maladies nerveuses de l'Hôpital Notre-Dame. Nommé agrégé de neurologie dans la faculté de médecine de son alma mater en mai 1914, il avait également obtenu, dans le même temps, un poste de médecin consultant à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Mais c'est en 1918 que sa carrière connut véritablement un tournant, aussi important qu'inattendu (Grenier, 2003). La mort de l'aliéniste Georges Villeneuve (1862-1918) le propulsa en effet à la direction du service de neurologie de l'Hôpital Notre-Dame, puis, le 8 avril 1918, à la tête de la toute première chaire de neurologie de la succursale de l'Université Laval à Montréal, créée à la suite de la division en trois de celle de Villeneuve. Il devint ainsi le principal représentant de la neurologie québécoise de langue française à Montréal.

L'objectif de sa petite institution privée, installée dans une maison bourgeoise sur le bord de la rivière des Prairies et pouvant accueillir jusqu'à dix malades, était d'offrir à de riches patients souffrant de troubles nerveux ou de maladies de l'alimentation des cures associant psychothérapie, repos, et, au besoin, électrothérapie. Ils étaient en effet nombreux les soldats à revenir transformés par leur expérience de la guerre ou les bourgeois à ne pas souhaiter envoyer leur femme ou leur enfant névrosés dans l'asile déjà surpeuplé et surtout public de Saint-Jean-de-Dieu. Dans le calme confortable de cette bâtisse de trois étages entièrement rénovée (et garantie sans maladies mentales ni contagieuses selon la publicité!), le Dr Prévost accueillait donc en toute discrétion les malades des riches familles québécoises.

l'Union médicale du Canada) et de plusieurs quotidiens québécois (*Le Devoir*, *La Presse*, *The Gazette*). Cette recherche a été financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC - CIHR) dans le cadre du projet «Des institutions et des femmes: Évolution du nursing psychiatrique au Québec, 1912-1974» dirigé par Marie-Claude Thifault.

4. Il s'agit plus exactement d'une succursale de l'Université Laval à Montréal, qui deviendra l'Université de Montréal en 1920.

Seulement, le neurologue était un homme occupé. Dès l'ouverture du Sanatorium, il chercha donc une garde-malade pour tenir la maison et veiller sur ses patients. Il souhaitait qu'elle soit âgée d'au moins 35 ans⁵ et qu'elle possède une certaine expérience. Apparemment, les candidatures n'affluèrent pas, puisque c'est une jeune garde de 26 ans, n'ayant pas les cinq années d'expérience exigées par Prévost, qui accepta, après beaucoup d'hésitation, d'intégrer le Sanatorium. Le 17 septembre 1919, Charlotte Tassé faisait ainsi son entrée dans l'établissement du boulevard Gouin, pour deux semaines seulement. Elle y restera 44 ans.

Née le 2 mai 1893 à Saint-Georges d'Henryville, un petit village de la vallée du Richelieu proche de la frontière avec les États-Unis, Charlotte Tassé avait étudié chez les Religieuses de la Présentation de Marie, avant d'intégrer, à la suite de sa sœur Liliane, l'École d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame (Klein, 2018a). Après trois ans de formation, elle en était sortie diplômée en janvier 1917⁶, puis avait exercé comme infirmière privée, à Montréal et dans sa proche région. Mais la jeune garde-malade avait de l'ambition, et elle décida donc de partir se spécialiser en psychiatrie à l'Hôpital Bellevue de New York au cours de l'année 1918. De retour à Montréal à l'automne, elle poursuivit son activité privée, jusqu'à accepter l'offre du Dr Prévost.

On ne sait si c'est elle qui convainquit le médecin, ou si c'est le Dr Prévost qui y vit un moyen de la retenir tout en s'offrant du personnel qualifié à peu de frais, mais une chose est sûre, cinq semaines seulement après son arrivée, Charlotte Tassé inaugurait une école d'infirmières au sein du sanatorium. Son objectif était d'y former des soignantes aptes à prendre en charge « ces patients nerveux, parfois difficiles à satisfaire, mais toujours si captivants par la variété de leurs symptômes » (Anonyme, 1929). Et la sélection y était rude. Sur les sept premières inscrites, seules quatre graduèrent finalement en 1922⁷. Parmi elles, Aline Chênevert qui intégra alors le Sanatorium à titre de garde-malade. Il faut dire que, rapidement, Charlotte Tassé se trouva à son tour assez occupée. En plus de diriger l'École⁸ et d'y enseigner, la

5. Curriculum Vitae, BAnQ, Centre d'archives de Montréal, fonds Charlotte Tassé, P307, S1 SS1 D2, 2, f.1.

6. Dossier Charlotte Tassé. Archives de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal.

7. Gardes-malades admises au Sanatorium Prévost inc., BAnQ, Centre d'archives de Montréal, fonds Charlotte Tassé, P307, S2 SS2 D1.

8. Jusqu'à sa fermeture en 1947, l'École, reconnue par l'Université de Montréal et l'Association des infirmières de la Province de Québec en 1934, formera pas moins de 58 gardes-malades.

garde-malade, devenue de fait garde-malade en chef, devait gérer une institution qui, à partir de 1921 et l'achat par le Dr Prévost d'un nouveau bâtiment voisin du premier, pouvait accueillir jusqu'à 23 malades.

Véritable « âme » (Montpetit, 1926) de la maison, Charlotte Tassé allait voir son rôle s'accroître après le décès du Dr Prévost, en juillet 1926 des suites d'un accident de voiture. Le Dr Edgar Langlois (1893-1941), qui travaillait avec Prévost depuis les débuts du sanatorium, reprit certes la direction médicale de l'établissement, mais il hérita également des charges de son maître à l'Hôpital Notre-Dame, et par conséquent de son emploi du temps chargé. La sœur du fondateur, Mme Heva Prévost-Auger accepta alors de l'appuyer en assurant la gestion financière de la maison, du moins jusqu'à ce que sa santé l'oblige à se retirer en 1930. Mais surtout, quelques semaines à peine après le décès du Dr Prévost, une ancienne étudiante de l'école du sanatorium, une certaine Bernadette Lépine, revint à Cartierville pour intégrer l'équipe de gardes-malades. Elle allait rapidement devenir la principale alliée de garde Tassé.

Une fidèle alliée face aux épreuves

Née à Saint-Liguori en 1903, Bernadette Lépine avait fait ses études secondaires à Montréal, chez les religieuses, avant d'intégrer l'École d'infirmières de Sainte-Justine, qu'elle quitta après deux ans seulement pour rejoindre celle du sanatorium Prévost. Elle en sortit diplômée en 1925, puis exerça, elle aussi, quelques mois, comme garde-malade privée⁹. En novembre 1926, elle réintégra finalement son établissement de formation à titre d'assistante de Charlotte Tassé, se voyant notamment confier des responsabilités d'instructrice et de surveillante générale au sein de l'École de gardes-malades. Elle ne devait plus quitter le sanatorium.

L'appui de Bernadette Lépine s'avéra en effet rapidement indispensable à Tassé dont les responsabilités se multipliaient. À la fin de l'année 1927, elle fut nommée à la tête d'une nouvelle revue, intitulée *La Garde-malade canadienne-française*, qui faisait suite à *La Veilleuse*, publiée pendant trois ans par les Sœurs de la Charité de Montréal (Cohen et Vaillancourt, 1997). Puis, l'année suivante, elle rejoignit le comité d'organisation du Congrès international des infirmières qui devait se

9. Curriculum Vitae de Bernadette Lépine, BANQ, Centre d'archives de Montréal, fonds Charlotte Tassé, P307, S3 SS1 D3, 2.

tenir à Montréal au mois de juillet. Il faut dire qu'elle avait mené pendant plusieurs semaines une intense campagne dans sa nouvelle revue pour que des gardes-malades francophones soient intégrées à une organisation qui n'était jusqu'alors qu'anglophone. *La Garde-malade canadienne-française* et sa directrice étaient déjà devenues des références pour les gardes-malades francophones du Canada¹⁰, ce qui participait également au rayonnement du Sanatorium, dont l'équipe soignante s'était d'ailleurs renforcée avec l'arrivée en 1928 du Dr Jean Saucier (1899-1968), puis en 1930 du Dr Roma Amyot (1899-1980). Pour mieux assister sa camarade, Bernadette Lépine partit donc se former, en 1930, pendant six mois au Medical Center de New York, afin d'obtenir, elle aussi, un certificat en nursing psychiatrique¹¹.

Mais la crise économique qui frappa durement l'Amérique du Nord à la fin de 1929 menaça rapidement l'avenir de l'institution. Cette dernière vivait en effet uniquement grâce à sa clientèle aisée. Pour attirer de nouveaux patients, l'établissement multiplia donc les annonces publicitaires, que ce soit dans *La Garde-malade canadienne-française*, ou dans son pendant médical, *L'Union médicale du Canada*. Cela lui permit de survivre quelques années encore¹², mais, à la fin des années 1930, la situation financière de l'établissement était des plus précaires. Charlotte Tassé, qui était définitivement le cœur même du Sanatorium Prévost, bien qu'elle n'en soit officiellement qu'une simple employée¹³, engagea alors des démarches auprès du gouvernement de Québec pour transformer le statut de l'institution et ainsi assurer sa sauvegarde. Dès 1937, elle envoya des courriers et des documents en ce sens au ministre de la Santé Albiny Paquette (1888-1978), ainsi qu'au Premier ministre Maurice Duplessis (1890-1959)¹⁴. Mais il fallut attendre près de huit ans pour que des décisions soient effectivement prises.

10. La section examen de la *Garde-Malade canadienne-française*, qui présente les questions d'examens des différentes écoles de gardes-malades de la province, connaît notamment un vif succès qui conduit Charlotte Tassé à publier en 1937 un *Manuel des questions et réponses d'examens des gardes-malades*, qui fera l'objet de plusieurs rééditions.

11. Curriculum Vitae de Bernadette Lépine, BAnQ, Centre d'archives de Montréal, P307, S3 SS1 D3 2.

12. D'autant qu'en 1935, Charlotte Tassé était parvenue à obtenir 25 000 dollars du gouvernement provincial (Documents financiers. BAnQ, Centre d'archives de Montréal, fonds Charlotte Tassé, P307 S2 SS1 D3.)

13. En 1930, Mme Prévost-Auger avait vendu ses parts aux docteurs Langlois (Edgar et Charles). Tassé ne possédait encore aucune action.

14. Voir à ce propos la série de lettres conservées dans le Fonds Charlotte Tassé (BAnQ, Centre d'archives de Montréal, P307, S2 SS1 D2 1).

En attendant, les difficultés financières n'empêchaient pas le Sanatorium de continuer à innover, notamment en matière d'enseignement. En 1938, une formation inédite fut mise en place. Composée de 22 leçons de neurologie et de psychiatrie données par les médecins de l'établissement, elle permettait à des infirmières diplômées ou des étudiantes de troisième année d'obtenir un certificat (Anonyme, 1938a) de neuropsychiatrie, sans avoir besoin pour cela de se rendre aux États-Unis. Sur les 45 infirmières qui suivirent ces cours, 17 participèrent à l'examen final et 16 obtinrent finalement leur certificat (Anonyme, 1938b). Mais un nouveau coup dur vint frapper l'institution lorsque, en février 1941, le docteur Langlois décéda subitement, des suites d'une rapide maladie. Une partie de ses actions fut alors redistribuée aux Drs Amyot et Saucier ainsi qu'aux gardes Lépine et Tassé¹⁵ qui devenaient pour la première fois détentrices d'une partie du Sanatorium. Mais ce décès soudain mit surtout à nouveau en lumière le fait que l'avenir du Sanatorium ne pouvait uniquement reposer sur les épaules de quelques-uns ou quelques-unes. Pour assurer sa pérennité, il fallait engager des changements profonds. D'autant que les finances étaient alors au plus bas¹⁶. La fin de la guerre vit, à ce titre, s'ouvrir une ère nouvelle.

L'ère des gardes-malades

Le 17 mai 1945, l'enregistrement des lettres patentes concrétisait la transformation du Sanatorium en « corporation sans intention de faire un gain pécuniaire »¹⁷. La manœuvre administrative engagée huit ans plus tôt par les gardes Tassé et Lépine avait finalement fonctionné. Grâce à un prêt effectué auprès de la Banque Canadienne Nationale, pour lequel elles avaient donné leurs polices d'assurance et leur salaire en garantie, les gardes-malades purent racheter les parts du Dr Langlois, puis celles des Drs Saucier et Amyot, avant de revendre l'ensemble du Sanatorium Prévost inc. à la corporation « Sanatorium Prévost » nou-

15. Livre d'actions, Archives du Pavillon Albert-Prévost, sans cote.

16. En juillet 1945, le budget du Sanatorium ne présentait un excédent que de 305 dollars, alors même que l'Institution avait toujours 65 000 dollars d'hypothèques et 10 000 de dettes sur ses comptes courants (Documents financiers. BAnQ, Centre d'archives de Montréal, fonds Charlotte Tassé, P307 S2 SS1 D3 et Faits importants de l'Institut Albert-Prévost, 1919-1962. BAnQ, Centre d'archives de Montréal, fonds Charlotte Tassé, P 307, S3 SS1, D1, f. 3).

17. Documents constitutifs. BAnQ, Centre d'archives de Montréal, fonds Charlotte Tassé, P307 S2 SS1 D2.

vement créée. Passant ainsi du statut d'institution privée à celui d'organisme à but non lucratif, le Sanatorium pouvait désormais recevoir des malades de l'Assistance publique, ainsi que des subventions et des financements gouvernementaux. Mais surtout ce nouveau statut permit à Tassé et Lépine de totalement réorganiser l'institution selon leurs vues et leurs désirs. Elles créèrent un conseil d'administration entièrement composé de femmes laïques, infirmières ou non, et totalement indépendant du bureau médical dont la direction fut confiée à Jean Saucier et Roma Amyot. Le Sanatorium Prévost devenait ainsi le premier hôpital du Québec entièrement dirigé par des gardes-malades laïques.

Pour marquer l'entrée dans cette nouvelle ère, Tassé et Lépine engagèrent rapidement, grâce à l'argent obtenu du gouvernement provincial, la rénovation et l'agrandissement de l'établissement. En deux ans, ce ne sont pas moins de trois nouveaux bâtiments (le pavillon vert, le pavillon blanc et la maison rouge) qui furent acquis ou construits par le Sanatorium dont la capacité passa alors à 87 lits. Les ambitions pédagogiques de sa nouvelle directrice connurent également un renouveau. Pour remplacer l'École de gardes-malades, fermée en 1947 pour des raisons qui restent encore obscures à ce jour, Charlotte Tassé inaugura le 4 septembre 1950, au sein du Sanatorium, une école de gardes-malades auxiliaires, la toute première du Québec. Ce n'était pas une simple école qui voyait ainsi le jour, mais bien une nouvelle profession permettant de répondre, notamment, au besoin de main-d'œuvre que connaissaient alors les hôpitaux québécois. Nouvelle profession dont Charlotte Tassé avait entièrement pensé le champ de pratiques, mais aussi les symboles (notamment l'abeille travaillante et les deux S pour « S'oublier pour soulager »). Le 25 juin 1951, Anne-Marie Simard, Yvette Auger et Cécile Pagé sortaient diplômées de cette nouvelle école, devenant ainsi les toutes premières infirmières auxiliaires du Québec (Anonyme, 1951a).

En août de la même année, le Sanatorium inaugurait sa clinique externe, en présence du maire de Montréal et de son archevêque, mais aussi du doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et du ministre provincial de la Santé. Placée sous la direction du Dr Fernand Côté, alors en charge de la psychiatrie à l'Université de Montréal, cette clinique accueillait des malades deux avant-midi par semaine (Côté, 1951). Ainsi, dix ans avant l'engagement des premières politiques de désinstitutionnalisation, le Sanatorium proposait déjà un dispositif de prise en charge hors les murs et d'accompagnement

des malades des plus avant-gardistes. En octobre de la même année, définitivement riche en événements, Tassé et Lépine recevaient le psychiatre français Henri Ey (1900-1977), père de la conception organodynamique, pour une série de 12 conférences et de deux causeries (Anonyme, 1951b). Il s'agissait alors, en invitant le célèbre psychiatre de Bonneval, de faire de la publicité au Sanatorium, mais aussi d'affirmer sa place centrale dans l'univers de la psychiatrie francophone au Québec.

La volonté de ses directrices de faire du Sanatorium un centre de formation psychiatrique d'avant-garde fut à nouveau affichée en 1953, avec la création d'un cours permanent de perfectionnement en psychiatrie à l'attention des infirmières graduées. Cette formation de 157 heures, délivrée par des infirmières et des psychiatres de l'institution, et reconnue par l'Université de Montréal, s'achevait par la réalisation d'une thèse et sa défense devant un jury (Anonyme, 1953). Le mercredi 13 octobre 1954, Rachel Gagnon, seule infirmière à avoir mené à son terme sa formation, recevait des mains de Wilbrod Bonin (1906-1963), le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, son certificat de perfectionnement en psychiatrie (Anonyme, 1954). Elle devenait ainsi la première infirmière psychiatrique du Québec, récipiendaire d'un diplôme reconnu par l'université.

Quelques semaines auparavant, le Sanatorium avait inauguré son tout nouveau centre psychiatrique, un imposant building dont Bernadette Lépine avait entièrement supervisé la réalisation et qui accueillait désormais tous les services médicaux, de l'électroencéphalographie à l'atelier d'artisanat pour la thérapie d'occupation en passant par le Centre récréatif (Lépine, 1955a). Le Sanatorium était désormais doté de 160 lits, dont 50 à destination des malades du Bien-être social. Renommé Institut Albert-Prévost en janvier 1955, il concrétisa son rapprochement avec le monde universitaire en obtenant en septembre son accréditation comme centre d'enseignement de l'Université de Montréal. Un premier directeur scientifique fut nommé à cette occasion, en la personne de Karl Stern (1906-1975), célèbre psychiatre et psychanalyste d'origine allemande collaborant déjà depuis quelque temps avec l'institution. Promis dix ans plus tôt à la fermeture, l'établissement vivait alors son âge d'or, comme le confirma la remise, en juin de la même année, du prix de l'Association d'Hygiène mentale du Canada pour la province de Québec à Charlotte Tassé, pour ses accomplissements en faveur de la prise en charge de la santé mentale (Lépine, 1955b).

De l'âge d'or à la crise

Mais cet âge d'or ne devait pas durer. L'arrivée en 1957 à l'Institut du jeune et ambitieux psychiatre Camille Laurin (1922-1999), fraîchement revenu de Paris et chaudement recommandé par Wilbrod Bonin, allait semer le trouble au sein du fonctionnement harmonieux de l'établissement. Quelques mois seulement après son arrivée, le directeur scientifique Karl Stern démissionna, du fait notamment de désaccords avec Laurin (Desgroseilliers, 2001), ce qui permit à ce dernier de devenir psychiatre en chef dès 1958. Au cours des mois qui suivirent, il recruta de nombreux nouveaux psychiatres, en accord avec ses vues psychanalytiques et réformatrices. L'ambition de Laurin était claire : il voulait engager une réforme profonde de la psychiatrie québécoise (Klein, 2018b) – tant d'un point de vue théorique en délaissant la neuropsychiatrie traditionnelle pour des approches combinées plus dynamiques et appuyées sur la psychanalyse, que d'un point de vue institutionnel en renforçant le rôle des psychiatres dans l'organisation et la gestion des établissements – et entendait pour ce faire utiliser l'Institut comme son laboratoire. Il souhaitait notamment que les psychiatres puissent avoir leur mot à dire dans la gestion de l'institution. Dès lors, il entra rapidement en conflit avec le conseil d'administration, et en particulier avec Charlotte Tassé. Le conseil voyait en effet d'un mauvais œil les demandes insistantes des psychiatres à être représentés en son sein, tandis que ces derniers n'acceptaient pas que les infirmières se mêlent des affaires médicales. Tout au long de l'année 1961, la tension monta entre les deux fortes personnalités qu'étaient Laurin et Tassé.

La goutte d'eau qui fit déborder le vase fut la parution en août 1961 du livre de Jean-Charles Pagé, *Les fous crient au secours*, dans lequel cet ancien malade alcoolique dénonçait les conditions indignes de son internement à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. La critique implicite des communautés religieuses qui apparaissait dans la postface du livre que signait Laurin, comme dans le débat public qui s'engagea ensuite (débat qui mena à la mise en place de la commission Bédard et à la réforme du système de santé mentale québécois), déplut profondément à Charlotte Tassé qui regrettait de voir le nom de l'Institut Albert-Prévost associé à ces reproches. D'autant que Laurin, qui avait pris soin d'informer le Tout-Montréal de la parution de ce livre pour s'assurer de son retentissement, n'avait apparemment pas pris la peine d'en parler à Charlotte Tassé.

Les tensions s'exacerbèrent au cours des semaines et mois qui suivirent¹⁸ jusqu'à ce que l'administration annonce, en janvier 1962, la suspension de l'enseignement médical, et avec lui des psychiatres mutins. Cette décision transporta le conflit sur la scène publique et rapidement politique. Face aux unes de journaux qui se multipliaient sur la crise de Prévost, le gouvernement fut contraint d'agir. Après une tentative de médiation ratée, il annonça, le 10 juillet 1962 par la voix du ministre de la Santé, la suspension du conseil d'administration de l'Institut, la nomination d'un administrateur par intérim (un certain Jean Thomas Pogany) et la création d'une commission d'enquête confiée au juge André Régnier (1896-1982). Les gardes Tassé et Lépine furent immédiatement écartées de l'administration de l'Institut, alors confiée aux psychiatres par le nouvel administrateur, et assignées à résidence dans leurs chambres. Un recours judiciaire permit de repousser l'engagement de la commission d'enquête, tandis que les échanges par médias interposés se poursuivaient. Le 2 juin 1963, deux jours avant l'engagement de l'enquête, les gardes Tassé et Lépine remettaient finalement publiquement leur démission. Il fallut attendre le 4 juin 1964 pour que le rapport de la commission Régnier soit rendu public. Entre temps, le 1^{er} février 1964, Bernadette Lépine s'était éteinte à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

L'effacement puis l'oubli

Finalement, le gouvernement Lesage choisit de ne pas suivre les recommandations du rapport Régnier et confia la gestion de l'Institut aux psychiatres menés par Laurin. Ce dernier fut nommé directeur médical et Pogany directeur général. Charlotte Tassé garda sa place de membre à vie au sein du conseil d'administration, mais la position était essentiellement honorifique, puisque le gouvernement nommait désormais quatre des sept autres membres du conseil. Elle continua néanmoins à assister, parfois, aux réunions du conseil, tout en suivant, de loin – elle avait quitté l'Institut en 1963 pour s'installer dans un appartement du boulevard Laurentien – la vie de son institution. Elle n'assista pas aux célébrations du cinquantenaire du Sanatorium qui se déroulèrent à l'automne 1969. Sa santé était alors de plus en plus fragile, mais surtout elle avait pris comme le pire des affronts l'invitation que lui avait

18. Pour plus de détails sur les épisodes successifs de ce conflit, voir notre article Klein, 2018c.

envoyée Camille Laurin¹⁹. D'autant que les problèmes se multipliaient à l'Institut depuis son départ. Rapidement, la gestion de Laurin et Pogany avait fait l'objet de critiques au point que les postes des deux hommes avaient été réattribués. Mais cela n'avait pas fait cesser les crises de gouvernance qui se répétèrent jusqu'à ce que le ministère des Affaires sociales décide, à la sortie de la grande grève de 1972, de fusionner l'Institut avec l'Hôpital du Sacré-Cœur. Quand, sous le nom de Pavillon Albert-Prévost, l'Institut devint finalement, en 1973, le Département de psychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur, Charlotte Tassé avait alors 80 ans et vivait ses derniers jours. Elle s'éteignit en effet le 29 juillet 1974 à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Malgré les nombreux hommages qui furent publiés dans la presse à la suite de son décès, son nom sombra rapidement dans l'oubli. L'histoire de la psychiatrie québécoise, et particulièrement des événements des années 1960, qui commença à être écrite au cours des années 1980²⁰, mit surtout de l'avant les psychiatres. Il faut dire aussi que Camille Laurin (1986) lui-même contribua à l'édification du récit de ce qu'on appela une « Révolution tranquille au chapitre de la psychiatrie ». Rien d'étonnant donc à ce que le rôle des gardes-malades et notamment de Charlotte Tassé et Bernadette Lépine ait été alors minimisé, voire injustement dénigré. Sans elles, pourtant, le sanatorium du Dr Prévost ne célébrerait certainement pas aujourd'hui son centenaire.

RÉFÉRENCES

- Anonyme. (1929). Historique de la treizième école de gardes-malades canadiennes-françaises: le Sanatorium Prévost de Cartierville. *La Garde-malade canadienne-française*, janvier 1929, 26-27.
- Anonyme. (1938a). *La Garde-malade canadienne-française*, août 1938, 421.
- Anonyme. (1938b). *La Garde-malade canadienne-française*, mai 1938, 278.
- Anonyme. (1951a). *La Garde-malade canadienne-française*, septembre 1951, 31-32.
- Anonyme. (1951b). *La Garde-malade canadienne-française*, décembre 1951, 35-47.
- Anonyme. (1953). *La Garde-malade canadienne-française*, octobre 1953.
- Anonyme. (1954). Première collation de diplôme du cours de perfectionnement en psychiatrie au Sanatorium Prévost. *La Garde-malade canadienne-française*, novembre 1954, 37-38

19. Lettre de Charlotte Tassé à Camille Laurin du 22 octobre 1969. BAnQ, Centre d'archives de Montréal, fonds Charlotte Tassé, P307 S3 SS2 D1, 6/14.

20. Notamment par Françoise Boudreau (1984).

- Boudreau, F. (1984). *De l'asile à la santé mentale. Les soins psychiatriques: histoire et institutions*. Montréal, Canada: St-Martin.
- Cohen, Y. et Vaillancourt, É. (1997). L'identité professionnelle des infirmières canadiennes-françaises à travers leurs revues (1924-1956). *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 50(4), 537-570.
- Côté, F. (1951). Clinique externe de psychiatrie au Sanatorium Prévost. *La Garde-malade canadienne-française*, septembre 1951, 33-35.
- Desgroseilliers, R. (2001). L'histoire de la psychanalyse à Albert-Prévost. *Filigrane*, 10(1), 6-37.
- Grenier, G. (2003). PRÉVOST, ALBERT. *Dictionnaire biographique du Canada*, vol. 15, http://www.biographi.ca/fr/bio/prevost_albert_15F.html.
- Klein, A. (2018a). Charlotte Tassé (1893-1974), infatigable promotrice du modèle de la garde-malade canadienne-française. *Recherche en soins infirmiers*, 134, 78-93.
- Klein, A. (2018b). Préparer la révolution psychiatrique depuis Paris. Camille Laurin et l'histoire médicale française au service de la réforme du système québécois de santé mentale. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 71(3-4), 87-110.
- Klein, A. (2018c). À propos des relations entre infirmières, médecins et gouvernements. L'histoire de la commission Régnier (1962-1964). *Histoire engagée*, <http://histoireengagee.ca/?p=8046>
- Laurin, C. (1986). La maladie mentale: un défi à notre conscience collective. *Santé mentale au Québec*, 11(1), 105-116.
- Lépine, B. (1955a). L'évolution du Sanatorium Prévost. *La Garde-malade canadienne-française*, Janvier 1955, 24-29.
- Lépine, B. (1955b). Infirmière à l'Honneur. *La Garde-malade canadienne-française*, Juin 1955, 11-14.
- Montpetit, É. (1926). Albert Prévost. *Revue trimestrielle canadienne*, 19 septembre 1926, p. 361-367.
- Thifault, M.-C. (2010). Le *nursing* psychiatrique à l'École de gardes-malades de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu: «le côté spirituel en tête du côté technique». *Scientia canadensis*, 33(1), 95-118.
- Thifault, M.-C. (2011). Aperçu historique. Les pratiques *nursing* dans le traitement des maladies nerveuses et mentales à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. *L'infirmière clinicienne, revue francophone internationale*, 8(2), 1-7.
- Thifault, M.-C. (2013). «Où la charité règne, le succès est assuré!» Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 1901-1962. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 65(2-3), 179-201.
- Thifault, M.-C. et Desmeules, M. (2012). Du traitement moral à l'occupation thérapeutique. Le rôle inusité de l'infirmière psychiatrique à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu: 1912-1962. Dans M.-C. Thifault (dir.), *L'incontournable caste des femmes. Histoire des services de santé au Québec et au Canada* (p. 229-250). Canada: Presses de l'Université d'Ottawa.

De la neurologie à la psychanalyse : évolutions et continuité du modèle de prise en charge psychothérapeutique du Sanatorium Prévost

Alexandre Klein^a

RÉSUMÉ Dès son ouverture, en juillet 1919, le sanatorium du Dr Albert Prévost (1881-1926) chercha à se démarquer des autres institutions de soins de la province en proposant une offre thérapeutique essentiellement axée sur la psychothérapie. Loin de l'effervescence des grands asiles surpeuplés ou du recours privilégié aux traitements physiques proposés par les autres cliniques privées, le Dr Albert Prévost voulait une institution où il pourrait pratiquer cette nouvelle forme de prise en charge qu'il avait découverte à Paris et qui était de plus en plus en vogue aux États-Unis. Cette volonté de faire du sanatorium une institution à l'avant-garde de la science de l'esprit perdura, même après le décès de son fondateur. En effet, le Sanatorium Prévost, devenu en 1955 l'Institut Albert-Prévost, fut, tout au long de son existence, un espace d'expérimentations et de valorisation des dernières découvertes des sciences psychiatriques. C'est ce que nous montrerons dans cet article en suivant les parcours et réalisations de ses principaux médecins, depuis les fondateurs de la neuropsychiatrie québécoise de langue française que furent Albert Prévost, Edgar Langlois (1893-1941), Roma Amyot (1899-1980) et Jean Saucier (1899-1968), jusqu'aux premiers psychanalystes du Québec qu'étaient Karl Stern (1906-1975), Victorin Voyer (1917-1975) ou Camille Laurin (1922-1999). Nous verrons ainsi que le Sanatorium Albert-Prévost a toujours été à la pointe de la science psychiatrique, et ce, tout en conservant, au fil des décennies, l'approche psychothérapeutique singulière, centrée sur l'accompagnement des patients, autour de laquelle il avait vu le jour.

a. Ph. D., coordonnateur de l'Unité de recherche sur l'histoire du *nursing* (URHN-NHRU), Université d'Ottawa.

MOTS CLÉS Sanatorium Prévost, avant-garde, psychothérapie, histoire, science psychiatrique

From Neurology to Psychoanalysis: Evolutions and Continuity of the Psychotherapeutic Care Model of the Sanatorium Prévost

ABSTRACT Since its opening, in July 1919, Dr. Albert Prévost's sanatorium tried to stand out from others' health care institutions, by offering a therapeutic mainly based on psychotherapy. Eschewing big and overcrowded asylums or physical therapies, as electrotherapy, used in others private clinics, Dr. Albert Prévost (1881-1926) wanted an institution where he could practice this new form of care he had discovered in Paris and which was yet more and more in vogue in the US. This determination to keep the sanatorium at the avant-garde of the science of spirit remained, even after Prévost's death. Indeed, the Sanatorium Prévost, which became the Institut Albert-Prévost in 1955, has been during all its existence, a space of experimentation and valorization of the psychiatric sciences' latest discoveries. This is what we will seek to demonstrate in this paper by following the path and realisations of the sanatorium main physicians, from the founders of francophone Québec neurology like Albert Prévost, Edgar Langlois (1893-1941), Roma Amyot (1899-1980) and Jean Saucier (1899-1968) to the first Québec psychoanalysts Karl Stern (1906-1975), Victorin Voyer (1917-1975) or Camille Laurin (1922-1999). We will demonstrate that the Sanatorium Albert-Prévost has always been at the cutting edge of psychiatric science, while following its own psychotherapeutic approach, centered on the patients' care, present since its foundation.

KEYWORDS Sanatorium Prévost, avant-garde, psychotherapy, history, psychiatric science

Parmi les archives déposées à la Bibliothèque nationale du Québec¹ par Charlotte Tassé (1893-1974)², quelque temps avant son décès, figure l'un des tout premiers – si ce n'est le premier – pamphlets publicitaires du Sanatorium Prévost inc³. Relié d'un simple fil de laine, ce livret d'une vingtaine de pages, daté du tout début des années 1920, présente le nouveau centre de soins en images, mais aussi en quelques mots. On y apprend ainsi que le sanatorium n'accepte aucune maladie mentale ou

-
1. Et aujourd'hui conservées au Centre d'archives de Montréal de Bibliothèque et Archives nationales du Québec sous le nom de « Fonds Charlotte Tassé » (P307).
 2. Sur le rôle de Charlotte Tassé dans l'histoire du Sanatorium Prévost, nous renvoyons à notre article paru dans ce même numéro: « Charlotte Tassé et Bernadette Lépine, fondatrices à part entière de l'Institut Albert-Prévost ».
 3. BAnQ, Centre d'archives de Montréal, Fonds Charlotte Tassé, P 307, S3 SS1 D1.

contagieuse ni aucun malade violent, mais uniquement des personnes atteintes de neurasthénie, de phobie, de dépression, de surmenage, d'épuisement, de troubles neurologiques (comme la paraplégie, les névrites et la maladie de Parkinson) ou encore de maladies de la nutrition (comme le diabète ou le rhumatisme chronique). Et on y découvre surtout l'offre thérapeutique originale de cette petite clinique privée ouverte quelques mois auparavant aux abords de la rivière des Prairies.

Au cœur du dispositif de soins proposé par le Dr Albert Prévost se trouve en effet une nouvelle technique de prise en charge qui se développe depuis quelques années en Europe comme aux États-Unis: la psychothérapie. Certes, l'établissement offre également – c'est le Dr Charles-A. Langlois qui en a la charge – des traitements par agents physiques comme l'hydrothérapie, les massages et la gymnastique. Il pourra même, précise le pamphlet, proposer des séances d'électrothérapie dès que le département d'électricité médicale sera ouvert. Mais la première et principale ressource thérapeutique du petit centre de soins reste la psychothérapie. Les rédacteurs du livret prennent d'ailleurs le temps d'explicitier le rôle et les apports de cette technique encore peu connue au Québec.

Ils expliquent notamment qu'il est désormais établi que de nombreuses maladies d'apparence organique ont en fait pour origine un « déséquilibre dans les fonctions nerveuses ou un mauvais état moral du sujet » et que, dès lors, la psychothérapie s'impose comme « un moyen de guérison qu'il n'est plus permis de négliger ». Elle est même « devenue aujourd'hui l'un des agents thérapeutiques les plus efficaces » précisent-ils, tout en rappelant, probablement pour ne pas effrayer une clientèle potentiellement méfiante à l'égard d'une thérapie peu connue reposant essentiellement sur l'accompagnement, que son administration est « [n]aturellement combinée à une médication appropriée ». C'est en tout cas cette nouvelle méthode thérapeutique que le Dr Prévost met à disposition de ses clients, affirmant ainsi ce qui restera, pour le siècle à venir, la marque de fabrique de son institution.

En effet, tout au long de son existence, le Sanatorium Prévost⁴ s'est distingué par la double ambition que résumait parfaitement ce petit livret: il a constamment proposé une prise en charge à la fois à la pointe

4. Nous aborderons surtout, dans le cadre de cet article, l'histoire du Sanatorium en tant qu'établissement privé autonome. Sans être exclu, son devenir, après son rattachement en 1973 à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal (et donc au secteur public), ne sera ici qu'esquissé.

de « l'état actuel des connaissances médicales », et au sein de laquelle les malades sont « suivis pas à pas, encouragés, aidés moralement autant que physiquement ». Autrement dit, tout en suivant, voire parfois en contribuant à, l'évolution des pratiques psychiatriques comme des modèles étiologiques, le Sanatorium Prévost a su conserver, au fil des décennies, cette approche « psychothérapeutique » d'accompagnement des malades à laquelle il attachait dès le départ « une grande importance ». C'est ce que nous entendons démontrer dans les pages qui suivent.

Pour ce faire, nous nous attarderons, dans une perspective essentiellement internaliste (Grimoult, 2003)⁵ et à partir d'archives pour beaucoup inédites⁶, sur le parcours des principaux médecins du Sanatorium ainsi que sur les publicités produites par l'établissement afin d'analyser l'évolution de son offre thérapeutique. Nous pourrions ainsi démontrer que, de la neurologie à la psychanalyse, le sanatorium du Dr Prévost a toujours été un lieu d'expérimentation et d'avant-garde psychiatriques, et ce, sans jamais abandonner l'approche thérapeutique singulière autour de laquelle il a vu le jour.

Albert Prévost

Si le Dr Prévost avait choisi de privilégier la psychothérapie comme cœur de l'offre thérapeutique de son sanatorium, c'est avant tout parce qu'il s'était formé à cette nouvelle pratique de soin lors de ses études à Paris. En effet, à la suite de l'obtention de son diplôme de médecine, à la succursale de l'Université Laval à Montréal en 1907 (Grenier, 2003), Albert Prévost avait décidé de poursuivre sa formation en France afin d'obtenir le fameux titre d'« interne des hôpitaux de Paris ». Mais les choses ne s'étaient pas déroulées comme prévu et c'est finalement dans les bras de la neurologie qu'il était tombé.

Il faut dire que la capitale française était alors l'un des principaux pôles de la neurologie mondiale. À l'Hôpital de la Salpêtrière, les élèves de Jean-Martin Charcot (1825-1893) et d'Alfred Vulpian (1826-1887) continuaient en effet à faire rayonner le savoir-faire français pour

5. De ce fait, nous n'aborderons guère la possible influence des réformes successives du système de santé mentale québécois sur l'évolution de l'établissement et de sa doctrine de prise en charge.

6. Notamment les archives de l'institution sauvegardées par Charlotte Tassé et aujourd'hui conservées dans un fonds à son nom au Centre d'archives de Montréal de Bibliothèque et Archives nationales du Québec sous la cote P 307.

l'observation clinique. C'est là, auprès de Pierre Marie (1853-1940) et de Joseph Babinski (1857-1932), mais surtout aux côtés de Jules Déjerine (1849-1917) et d'André Thomas (1867-1963) que Prévost se forma tant aux mystères de l'anatomie et de la physiologie cérébrales, qu'aux techniques de la prise en charge psychothérapeutique⁷. Sa bibliothèque, aujourd'hui conservée à l'Université de Montréal⁸, témoigne de cette forte influence de l'école psychothérapeutique française. On y retrouve le fameux ouvrage de Déjerine et Ernest Glaucker (1876-1924) sur *Les Manifestations fonctionnelles des psychonévroses, leur traitement par la psychothérapie* (1911), ainsi que la *Psychothérapie* de Thomas (1912), mais aussi les travaux du « père » de la psychothérapie, le Nancéien Hippolyte Bernheim (1840-1919). Y figurent également tous les grands noms de la psychologie scientifique naissante, de Théodule Ribot (1839-1916) à Édouard Toulouse (1865-1947) en passant par Alfred Binet (1857-1911), Édouard Claparède (1873-1940) ou Pierre Janet (1859-1947). À cela s'ajoute également une grande collection d'ouvrages de criminologie et de psychiatrie légale.

Car c'est avec le diplôme de « Médecin légiste de l'Université de Paris », obtenu suite à une formation à l'Infirmierie du dépôt de la Préfecture de police aux côtés des aliénistes Ernest Dupré (1862-1921) et Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934), que Prévost revint à Montréal à la fin de l'année 1913. Embauché, dès l'année suivante, au Dispensaire des maladies nerveuses de l'Hôpital Notre-Dame, il fut également nommé, dans la foulée, médecin consultant à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. De ces différentes expériences professionnelles, Prévost tira rapidement un constat simple : il manquait au Québec un lieu d'accueil pour malades nerveux apte à permettre leur prise en charge psychothérapeutique. Certes, il existait à Trois-Rivières, depuis 1896, un sanatorium, créé par un certain Charles-Nuna De Blois (1867-1952), qui offrait des traitements combinant repos, électrothérapie et hydrothérapie (Goulet et Rousseau, 1987), sur le modèle de la cure inventée par le neurologue états-unien Silas Weir Mitchell (1829-1914). Mais la psychothérapie en était absente. Quant aux grands asiles, comme l'Hôpital de Saint-Jean-de-Dieu de Montréal,

7. Jules Dejerine était un fervent défenseur de l'approche psychothérapeutique dans le traitement des psychonévroses (Poirier, 2019).

8. Plus précisément à la Bibliothèque des livres rares et collections spéciales de l'Université de Montréal, sous le nom de « Collection Langlois ». Pour plus de détails sur ce transfert, voir Klein, 2018c.

leur surpopulation chronique associée à la diversité pathologique des malades accueillis, à un sous-financement constant et donc à un manque régulier de personnels qualifiés, ne permettait pas d'assurer un suivi individuel personnalisé sur le long terme. Il convenait donc, aux yeux du Dr Prévost, de mettre en place une offre de soins psychothérapeutiques pour les malades nerveux de Montréal et du reste du Québec. C'est pour cette raison qu'il ouvrit, le 27 juillet 1919, un peu plus d'un an après avoir été nommé directeur du Service de neurologie de l'Hôpital Notre-Dame, puis titulaire de la toute première chaire de neurologie de la succursale de l'Université Laval à Montréal, son petit sanatorium privé sur le boulevard Gouin. Malheureusement, il ne devait y œuvrer que quelques années seulement, puisqu'il décéda prématurément, des suites d'un accident de voiture (Grenier, 2003), le 4 juillet 1926.

Edgar Langlois

À la mort du Dr Prévost, c'est son élève le Dr Edgar Langlois qui prit la tête de l'organisation médicale du Sanatorium. Le nouveau pamphlet publicitaire de l'établissement, bilingue et produit quelque part entre 1926 et 1928, reprenait les mêmes descriptifs que celui du début de la décennie⁹. Une photographie pleine page du fondateur avait simplement été ajoutée au début du livret, avant la présentation de la nouvelle direction placée sous la responsabilité de sa sœur Mme H. Prévost-Auger. La description des thérapeutiques restait la même. Il faut dire qu'Edgar Langlois s'inscrivait dans la droite lignée de son maître Prévost. Diplômé comme lui de la succursale de l'Université Laval à Montréal, où il avait obtenu son doctorat en 1917, c'est à l'Hôtel-Dieu de Montréal, puis au Sanatorium Prévost dès son ouverture, qu'il avait réalisé son internat. En 1919, il était également devenu l'assistant de Prévost au Dispensaire de neurologie de l'Hôpital Notre-Dame. C'est, précise Roma Amyot dans la nécrologie qu'il rédigea pour *l'Union médicale du Canada* en 1941, « par les conseils et les leçons de son Maître qu'il acquit des connaissances étendues en pathologie nerveuse, l'expérience et la maîtrise qui donnent la délicate compétence à traiter les nerveux » (Amyot, 1941). « Élève immédiat de Prévost », Langlois fut « par-dessus tout », poursuit-il, « l'héritier d'un patrimoine spirituel, le continuateur d'une attitude morale bien définie du neurologue à

9. BAnQ, Centre d'archives de Montréal, Fonds Charlotte Tassé, P 307, S3 SS1 D1.

l'égard de son malade». Cette tradition, ajoute le neurologue, «comporte un respect inaliénable du malade, une sympathie compréhensive et communicative pour ses souffrances morales, qui captent la confiance et procurent un sentiment de sécurité et d'optimisme». On retrouve ici la fameuse approche psychothérapeutique d'accompagnement individualisé dont le premier pamphlet publicitaire du Sanatorium se faisait l'écho. Langlois s'est en effet attaché à la maintenir vivante après la mort de son maître, tant dans le Service de neurologie de l'Hôpital Notre-Dame où il lui succéda que dans son établissement privé de Cartierville.

Cela n'empêcha pourtant en rien le Sanatorium d'étoffer son offre thérapeutique à mesure de l'avancée des connaissances neuropsychiatriques. Bien au contraire. Au cours des années 1930, un nouveau dépliant publicitaire entièrement revu paraissait, qui mettait de l'avant, sur la première page et en grosses lettres, l'offre de malariathérapie que proposait désormais le Sanatorium. L'Autrichien Julius Wagner-Jauregg (1857-1940), qui avait inventé cette technique en 1917 pour soigner la paralysie causée par la neurosyphilis, avait reçu en 1927 le prix Nobel de médecine pour sa découverte. Le Sanatorium s'affichait donc, à nouveau, comme étant à la pointe de la science psychiatrique de son époque, et ce, sans négliger l'accompagnement individuel qui faisait sa singularité. Dans la section «traitement» du pamphlet, l'adjectif «individuel» avait en effet été ajouté pour spécifier la nature de la prise en charge offerte, qui reposait toujours sur de la psychothérapie, des régimes, de l'électrothérapie, de l'hydrothérapie, mais aussi désormais sur de la thérapie d'occupation et des rayons ultra-violets. Le tout dans un «milieu sympathique et familial», sans «aliénés, ni contagieux», qui n'a aucune des «caractéristiques de l'hôpital» et qui est pourvu de «tout le confort moderne». Pour assurer le bon fonctionnement de son institution, dont l'offre thérapeutique s'était largement accrue, le Dr Langlois recruta deux nouveaux médecins, deux jeunes neurologues avec qui il avait publié, en 1930, un *Manuel de neuropsychiatrie* rapidement devenu une référence.

Jean Saucier et Roma Amyot

Jean Saucier et Roma Amyot avaient un parcours assez similaire. Tous deux avaient obtenu leur diplôme de médecine à l'Université de Montréal, en 1922 pour le premier, en 1924 pour le second. Saucier était ensuite parti réaliser son internat en psychiatrie au Worcester

State Hospital, au Massachusetts, avant d'intégrer en 1924 l'Hôpital Saint-Michel-Archange de Québec en tant que résident. Amyot, lui, avait été interne à l'Hôpital de la Miséricorde, puis à l'Hôpital Notre-Dame avant de rejoindre, en 1925, le sanatorium du Dr Prévost. Les deux jeunes médecins s'étaient ensuite envolés pour Paris, grâce aux bourses d'Europe du gouvernement provincial¹⁰. Suivant les traces de Prévost, ils avaient étudié avec André Thomas à l'Hôpital Saint-Joseph et avec de Clérambault à l'Infirmierie spéciale de la Préfecture de police. Saucier avait également eu la chance de côtoyer Babinski à la Pitié, Georges Guillain (1876-1961) à la Salpêtrière, ainsi qu'Augusta Déjerine-Klumpke (1859-1927), avant d'être reçu « Docteur en médecine de l'Université de Paris » en 1927 avec une thèse sur la névrite hypertrophique. Amyot, lui, avait soutenu sa thèse sur les « Convulsions des moignons d'amputés » trois ans plus tard. De retour à Montréal, ils avaient tous les deux rejoint le Dr Langlois à la clinique de neurologie de l'Hôpital Notre-Dame et au Sanatorium, d'abord comme assistant-bénévole¹¹. À partir de 1928 pour Saucier et de 1930 pour Amyot, leur destin était donc lié à celui du Sanatorium, dont ils allaient grandement contribuer à la renommée autant qu'à l'évolution.

Les nombreux articles que les deux hommes ont publiés tout au long de leur carrière¹² laissent entrevoir leur intérêt constant pour les techniques thérapeutiques d'avant-garde que ce soit la malariathérapie (Amyot, 1935), les cures à l'insuline ou au Cardiazol (Amyot, 1939), les inhalations d'azote (Saucier, 1940), la leucotomie frontale (Amyot, 1944), ou encore le Demerol (Saucier, 1945a). Or, plusieurs de ces découvertes ont eu tôt fait de se retrouver dans l'offre thérapeutique du sanatorium, dès lors qu'elles étaient jugées efficaces. Ainsi, dans les années 1930, Saucier s'intéressa à la « pyrothérapie » (Saucier, 1931; 1938). Or, une publicité pour le sanatorium parue dans *La Gardemalade canadienne-française* en février 1937 précise que l'« établissement de psychothérapie » propose désormais un « traitement individuel des affections du système nerveux » incluant les habituelles cures de

10. Voir à ce propos, Gagnon et Goulet, 2011.

11. Toutes ces informations sont issues des dossiers des Drs Saucier et Amyot conservés dans les Archives de l'Hôpital Notre-Dame. Je remercie Marthe Larochelle pour m'avoir permis d'en prendre connaissance.

12. Une bibliographie complète est accessible dans le dossier Jean Saucier du Fonds Édouard Desjardins aux Archives de l'Université de Montréal (P 0022/N). Pour les publications du Dr Amyot, une liste assez complète est présentée dans son dossier aux Archives de l'Hôpital Notre-Dame.

repos, régimes et électrothérapie, mais aussi la malariathérapie et « toutes pyrétothérapies »¹³. Même chose avec les électrochocs – cette thérapeutique psychiatrique inventée par Ugo Cerletti (1877-1963) et Lucio Bini (1908-1964) en 1938 et déjà bien implantée aux États-Unis – auxquels Saucier consacre un premier article en 1943 (Saucier, 1943), puis un second deux ans plus tard. Dans ce dernier, il affirme que cette technique, qu’il semble désormais utiliser régulièrement, obtient un bon taux de réussite, notamment chez les maniaco-dépressifs (Saucier, 1945b). Et, à nouveau, la technique nouvelle fait son chemin jusqu’au Sanatorium, ainsi qu’en témoigne une publicité parue dans l’*Union médicale du Canada* de décembre 1950, précisant que l’« établissement demeure toujours consacré au traitement INDIVIDUEL des affections neuropsychiatriques en cure libre » incluant la pyrétothérapie, mais aussi désormais les électrochocs et l’insulinothérapie¹⁴. L’ajout, ici en capitales, de l’adjectif « individuel », qui est alors devenu commun dans les annonces du Sanatorium, renvoie à cet accompagnement psychothérapeutique particulier qui fait la singularité de l’établissement et que Saucier et Amyot ont, eux aussi et chacun à leur manière, fait leur.

Pour ce dernier, on en trouve trace dans un rapport qu’il produit en 1962, à titre de président du bureau médical de l’Hôpital Notre-Dame. Il y rappelle qu’il convient toujours d’adapter les évolutions de la science médicale aux « concepts et [...] principes inaliénables de la médecine humaine et humanitaire », avant de préciser : « C’est le programme que le corps médical de cette maison veut poursuivre pour être à l’avant-poste de la profession tout en demeurant étroitement lié aux malades qu’ils ont à traiter » (Amyot, 1962, p. 35). Affirmation qui semble valoir tant pour l’hôpital public que pour le Sanatorium qu’il venait alors tout juste de quitter. Saucier, quant à lui, révéla d’une manière inattendue, au cours d’une conférence donnée devant l’Alliance française de Montréal en 1956, son attachement à l’accompagnement individuel des malades. Rappelant qu’il était venu à la psychiatrie depuis la neurologie, il fit ensuite amende honorable, en rompant explicitement avec ses maîtres neurologues pour qui toute maladie mentale était une maladie du cerveau. Il se plaça alors sous les auspices des psychanalystes et psychothérapeutes Charles Baudouin (1893-1963), Franz Alexander (1891-1964), Pierre Janet ou Carl Gustav Jung (1875-1961) pour réaffirmer la place centrale de l’inconscient

13. *La Garde-Malade canadienne-française*, février 1937, p. 49.

14. *Union médicale du Canada*, décembre 1950, p. LVI.

individuel comme moteur de la vie psychique (Saucier, 1956) et inviter la psychiatrie à prendre en charge cette singularité. Surprenant retournement théorique de la part de celui qui reste l'un des plus importants neurologues québécois de langue française (Goulet, 2011). Il faut dire aussi que le Sanatorium Prévost, dont Saucier et Amyot avaient pris la tête en 1941 avant d'en diriger le bureau médical suite au rachat de l'institution par ses infirmières en 1945¹⁵, s'était lui aussi progressivement converti à cette psychanalyse que le Québec avait découverte, non sans a priori, à la sortie de la guerre.

Karl Stern et Victorin Voyer

L'un des premiers à introduire la psychanalyse à Prévost fut le psychiatre d'origine allemande Karl Stern. Arrivé à Montréal en juin 1939, avant d'être recruté par l'Université McGill en 1944, il apparaît dans la liste des neuropsychiatres du bureau médical du Sanatorium dès juin 1947¹⁶. Or, il est déjà, à ce moment, un psychanalyste accompli. Il avait en effet débuté, en 1932 en Allemagne, une analyse et travaillait depuis son arrivée à McGill avec Miguel Prados (1894-1969), un immigré espagnol fondateur en 1946 du Montreal Psychoanalytic Club auquel Stern participait également (Burston, 2016). C'est d'ailleurs avec Prados qu'il réalisera sa seconde analyse au début des années 1950, juste avant de publier, en 1954, une étude critique de la psychanalyse freudienne à la lumière des enseignements catholiques intitulée *The Third Revolution*. Or, dès l'année suivante, Stern était nommé psychiatre en chef de l'Institut Albert-Prévost (le tout nouveau nom du Sanatorium). Il amena avec lui son ami et ancien étudiant de McGill, Victorin Voyer, avec qui il travaillait à la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa et au St-Mary's Hospital. Voyer était lui aussi un fervent défenseur de la psychanalyse, qu'il avait découverte lors de sa formation à l'Hôpital Sainte-Anne à Paris. D'ailleurs, dès son retour à Montréal, il entama une collaboration avec Noël Mailloux (1909-1997), l'autre fondateur du Montreal Psychoanalytic Club, au sein du Centre d'orientation, un des premiers programmes au Canada à dispenser un enseignement en psychothérapie psychanalytique (Van Gijseghem, 1991).

15. Voir à ce propos notre article sur Charlotte Tassé et Bernadette Lépine dans ce même numéro.

16. Compte rendu de la première assemblée du bureau médical du 30 juin 1947, BANQ, Centre d'archives de Montréal, Fonds Charlotte Tassé, P 307, S3 SS3 D1 2.

La page de la neuropsychiatrie semblait donc bel et bien être en train de se tourner à Prévost au profit de la psychanalyse. Les jeunes médecins ne s’y trompaient d’ailleurs pas. En décembre 1947 déjà, Roger R. Lemieux (1919-20??), plus intéressé par la psychanalyse que par la neuropsychiatrie qu’il avait connue à Saint-Jean-De-Dieu (Lemieux, 1995), avait fait une demande pour devenir médecin résident ou interne au sanatorium (demande refusée faute de place)¹⁷. En juin de l’année suivante, c’est le jeune Jean-Baptiste Boulanger (1922-2000), futur fondateur de la Société canadienne de psychanalyse (1957) et de la Société psychanalytique de Montréal (1969), alors tout juste diplômé de l’Université de Montréal, qui devenait résident pour deux ans¹⁸. Pourtant, cela ne voulait pas dire que la psychanalyse s’imposait pour autant contre les autres formes de traitement. Au contraire, Stern, comme Voyer¹⁹, était attaché à la pluralité de l’offre de soins du Sanatorium. C’est ce que nous révèle une lettre qu’il envoya à Charlotte Tassé, la directrice de l’Institut, en janvier 1957²⁰, alors que l’administration du Sanatorium envisageait de recruter un nouveau psychiatre, un certain Camille Laurin, que le doyen de la Faculté de médecine de l’Université de Montréal Wilbrod Bonin (1906-1963) lui avait fortement recommandé. Dans cette lettre, Stern invitait Tassé à expliquer à Laurin, avant de l’accueillir comme boursier, que peu de patients de l’Institut étaient alors « des candidats à la psychanalyse pure » et qu’il ne devait pas s’attendre à pratiquer uniquement la psychanalyse, à l’instar de « beaucoup de jeunes gens qui ont fait leur entraînement exclusivement en Europe ». Au contraire, précisait Stern, « nous faisons beaucoup de psychiatrie générale, c’est-à-dire des thérapies mixtes (psychothérapie combinée au traitement physique), des thérapies pharmaceutiques et aussi des thérapies purement physiques ». Si Laurin envisageait donc de ne se vouer qu’à la psychanalyse, expliquait le psychiatre en chef, « nous nous heurterions, je crois, à une déception mutuelle ». Et,

17. Deuxième assemblée du conseil exécutif tenue au Sanatorium Prévost le 4 décembre 1947, BAnQ, Centre d’archives de Montréal, Fonds Charlotte Tassé, P 307, S3 SS3 D1 2.

18. Quatrième assemblée du conseil exécutif tenue au Cercle universitaire le 4 juin 1948, BAnQ, Centre d’archives de Montréal, Fonds Charlotte Tassé, P 307, S3 SS3 D1 2.

19. En 1957, Voyer publiait un article sur l’insulinothérapie dans l’*Union médicale du Canada* (Voyer, Racine, Waterkeyn, 1957).

20. Lettre de K. Stern à C. Tassé, 4 janvier 1957, BAnQ, Centre d’archives de Montréal, Fonds Charlotte Tassé, P 307, S3 SS3 D2 (2-4).

apparemment, déception il y eut, puisqu'à la fin de 1957, quelques mois seulement après l'arrivée de Laurin à l'Institut, Stern démissionna.

Camille Laurin

Stern avait en fait, en partie, vu juste. Camille Laurin, dont l'ambition affichée était de réformer la psychiatrie québécoise francophone, avait compris que Prévost pouvait devenir le centre de soins psychiatrique francophone à la pointe de la science psychiatrique moderne qu'il rêvait de créer depuis son départ pour Boston en 1951 (Picard, 2003). Or, à ses yeux, et comme il l'avait détaillé dans une série d'articles parus dans *L'Union médicale du Canada*, la psychiatrie moderne était indissociable de la psychanalyse (Klein, 2018a). D'ailleurs, son premier geste de psychiatre en chef – poste auquel il avait succédé à Stern dès 1958 – fut de recruter des psychiatres formés à la psychanalyse, dont Roger Lemieux, Julien Bigras (1932-1989), René Major (1932-), Jean-Baptiste Boulanger et Pierre Lefebvre (1922-2008). La transformation de l'Institut fut si rapide que lorsque Pierre Doucet (1932-2014) revint en 1962 de Paris, il choisit de faire carrière à Prévost, car l'Institut était déjà devenu «La Mecque de la psychanalyse» (Doucet, 2015)! Laurin avait en effet définitivement ancré la démarche freudienne à Prévost, en faisant de l'Institut le principal centre médical de formation psychanalytique du Québec. Ce fut d'ailleurs l'un des points d'opposition entre Laurin et Charlotte Tassé, lors de la crise qui agita l'Institut entre 1961 et 1963²¹. Cette dernière lui reprochait en effet de favoriser l'enseignement de la psychanalyse à la prise en charge effective des malades (Dutrisac, 1963). Mais il avait aussi inscrit la psychanalyse au cœur du dispositif de prise en charge des malades accueillis. Comme il le précisa en 1993, dans une rétrospective des activités de l'Institut, c'est bien «la grille psychanalytique [qui était désormais utilisée] pour la formulation psychopathologique» (Laurin, 1993, p. 59). La page de la neuropsychiatrie était définitivement tournée et ce serait désormais le drapeau de la psychanalyse qui flotterait sur l'Institut Albert-Prévost, et ce même après le départ de Laurin à la fin des années 1960 et le rattachement de l'ancien sanatorium à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal en 1973²².

21. Voir à ce propos notre article sur Charlotte Tassé et Bernadette Lépine dans ce volume, ainsi que Klein, 2018b.

22. Sur les causes et les modalités de ce rattachement, voir Desgroseilliers, 2001, notamment p. 25-26.

Pour autant, cela ne voulait pas dire que l'offre thérapeutique de l'Institut puis du Pavillon Albert-Prévost allait se limiter à la psychanalyse. Au contraire, les expérimentations sur les neuroleptiques se poursuivirent et se multiplièrent²³, le recours à la thérapie occupationnelle ou au service des travailleuses sociales fut accru, des séances de psychothérapie de groupe furent mises en place et des démarches de psychothérapie institutionnelle instaurées. Puis, plus tard, vint le temps de la psychiatrie communautaire et des secteurs, suivi par celui des programmes de clientèle, avant que ne se renforce l'influence des neurosciences et que ne s'imposent finalement les thérapies cognitives et comportementales. Mais toujours la psychanalyse resta présente, formant une sorte de cadre général au développement de cette offre thérapeutique ou de services. Tout comme le cadre psychothérapeutique avait permis d'accueillir les nouveautés de la science psychiatrique au cours de la première moitié du XX^e siècle, le cadre psychanalytique assurait désormais la cohabitation de modalités de prise en charge diverses, parfois opposées, mais le plus souvent complémentaires. Ce doublement du modèle psychothérapeutique par le modèle psychanalytique fut d'ailleurs, en quelque sorte, confirmé par l'ouverture en 1985, au sein du Pavillon Albert-Prévost et à l'initiative du Dr Laurin revenu le diriger après plusieurs années en politique, d'une Unité de psychothérapie psychanalytique. Cette réalisation institutionnelle venait en effet concrétiser la direction prise par les équipes du Pavillon depuis plus de deux décennies et que le colloque *Psychiatrie-psychanalyse : pour une fécondation réciproque*, organisé l'année précédente par les Drs Arthur Amyot, Jean Leblanc et Wilfrid Reid, avait célébré.

Pour les psychiatres de Prévost d'alors, nul doute en effet que l'approche psychanalytique permettait d'enrichir le travail psychiatrique, notamment dans le cadre de démarches psychothérapeutiques. Comme le dira d'ailleurs Pierre Doucet dans le compte rendu qu'il fit des actes du colloque de 1984 : « La psychothérapie d'orientation psychanalytique demeure un des instruments qui nous permettent de faire une psychiatrie plus complète » (Doucet, 1985). Mais ce lien fort entre psychiatrie et psychanalyse, qui n'avait déjà pas été accepté sans heurt (Desgroseillers, 2001), allait se déliter après le départ en 1994 de son instigateur, Camille Laurin. La parution en 1996, pour le 75^e anniversaire du Sanatorium, de l'ouvrage *La psychothérapie*

23. En 1961, un important colloque sur *Le système extrapyramidal et les neuroleptiques* fut même organisé par Camille Laurin et Jean-Marc Bordeleau.

psychanalytique: une diversité de champs cliniques (Doucet et Reid, 1996), dans lequel Pierre Doucet et Wilfrid Reid étaient pourtant parvenus à réunir les contributions d'une quarantaine de collègues de l'institution, marquait déjà, comme l'a bien perçu René Desgroseillers (2001), la fin d'une époque.

Le modèle psychothérapeutique de Prévost : une approche singulière en héritage

Depuis une vingtaine d'années, il semble en effet que le Pavillon cherche tant bien que mal à maintenir son identité et son unité, alors même qu'il poursuit une hyperspécialisation des soins qui favorise la multiplication des pôles et des approches, et ce, tout en devant constamment s'adapter aux réformes multiples et successives du système de santé québécois. À l'heure de son centenaire, il est donc sans doute bon pour lui de se rappeler que tous les soignants qui s'y sont succédé n'ont eu, au-delà de leurs appartenances théoriques parfois divergentes ou de leurs ambitions possiblement contradictoires, qu'un seul et même souci : celui d'offrir à leurs malades la meilleure prise en charge possible. D'ailleurs, c'est cet attachement à l'accompagnement individuel des patients, ce « respect inaliénable du malade » qui implique « une sympathie compréhensive et communicative pour ses souffrances morales » (Amyot, 1941), qui a permis au petit sanatorium de devenir l'important hôpital de santé mentale qu'il est aujourd'hui. Cette approche psychothérapeutique, inscrite dans l'ADN de l'établissement depuis sa formation, ainsi que nous avons tenté de le montrer dans les pages qui précèdent, lui a en effet permis de s'imposer comme un centre psychiatrique à la pointe des nouvelles techniques et approches scientifiques tout en conservant son unité et son identité de maison de soins accueillante et chaleureuse. À l'heure où le Sanatorium Prévost célèbre son centenaire, le rappel de ce qui fit sa singularité autant que son originalité doit permettre – du moins l'espérons-nous – d'assurer sa pérennité et d'inscrire son développement à venir dans la continuité des gestes de ces soignants et soignantes qui, à la suite du Dr Albert Prévost, ont œuvré, jour après jour, année après année, pour offrir à chaque malade accueilli une prise en charge adaptée qui respecte tant les critères de la science psychiatrique en cours que sa propre singularité et donc sa dignité et son histoire.

RÉFÉRENCES

- Amyot, R. (1935). L'examen du liquide céphalo-rachidien et le diagnostic de la syphilis nerveuse. Action de la malariathérapie sur le liquide céphalo-rachidien des paralytiques-généraux. *Union médicale du Canada*, 64, juillet 1935, p. 794-799.
- Amyot, R. (1939). Traitements modernes dans la démence précoce. *Union médicale du Canada*, 68, septembre 1939, p. 989-990.
- Amyot, R. (1941). Le Docteur Edgar Langlois. *Union médicale du Canada*, 70, mars 1941, p. 341-342.
- Amyot, R. (1944). La leucotomie frontale en psychiatrie. *Union médicale du Canada*, 73, mars 1944, p. 273-274.
- Amyot, R. (1962). Rapport du service de neuropsychiatrie. *Rapport annuel de l'Hôpital Notre-Dame*, p. 32-35.
- Burston, D. (2016). *A Forgotten Freudian: The Passion of Karl Stern*. London, R.-U.: Karnac.
- Desgroseillers R. (2001). L'histoire de la psychanalyse à Albert-Prévost. *Filigrane*, 10(1), p. 6-37.
- Doucet, P. (1985). Compte rendu de « Amyot, A., Leblanc, J. et Reid, W. (eds.) 1985, *Psychiatrie-Psychanalyse. Jalons pour une fécondation réciproque*, Gaëtan Morin, Chicoutimi, 338 pages ». *Santé mentale au Québec*, 10(2), p. 189-192.
- Doucet, P., Reid, W. (dir.) (1996) *La psychothérapie psychanalytique, une diversité de champs cliniques*. Montréal, Canada : Gaëtan Morin.
- Doucet, P. (2015). Devenir psychiatre au Québec dans les années 1950-1960. *Santé mentale au Québec*, 40(2), p. 35-49.
- Dutrisac, C. (1963). La doctrine freudienne prenait trop d'envergure. *La Presse*, 31 août 1963, p. 6.
- Gagnon, R. et Goulet, D. (2011). Les « boursiers d'Europe », 1920-1959 : la formation d'une élite scientifique au Québec. *Bulletin d'histoire politique*, 20(1), 60-71.
- Goulet, D. (2011). *Histoire de la neurologie au Québec*. Montréal, Canada : Carte Blanche.
- Goulet, D. et Rousseau, G. (1987). L'émergence de l'électrothérapie au Québec, 1890-1910. *Bulletin d'histoire de l'électricité*, 9, p. 155-172.
- Grenier, G. (2003). PRÉVOST, ALBERT. *Dictionnaire biographique du Canada*, vol. 15, http://www.biographi.ca/fr/bio/prevost_albert_15F.html.
- Grimoult, C. (2003). Internalisme contre externalisme. Dans : C. Grimoult, *Histoire de l'histoire des sciences: Historiographie de l'évolutionnisme dans le monde francophone* (pp. 139-144). Genève, Suisse : Librairie Droz.
- Klein, A. (2018a). Préparer la révolution psychiatrique depuis Paris. Camille Laurin et l'histoire médicale française au service de la réforme du système québécois de santé mentale. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 71(3-4), p. 87-110.

- Klein, A. (2018b). À propos des relations entre infirmières, médecins et gouvernements. L'histoire de la commission Régnier (1962-1964). *Histoire Engagée*, 22 mars 2018, [en ligne], <http://histoireengagee.ca/?p=8046>
- Klein, A. (2018c). Chronique d'archives : Des fonds à préserver. L'engagement de l'historien.ne pour la sauvegarde du patrimoine archivistique. *Histoire Engagée*, 11 octobre 2018, [en ligne], <http://histoireengagee.ca/des-fonds-a-preserver-lengagement-de-lhistorien-ne-pour-la-sauvegarde-du-patrimoine-archivistique/>
- Laperrière, R. (2006). Formation et transmission : la passion des origines. Entrevue avec Jean Bossé. *Filigrane*, 15(1), p. 38-56.
- Laurin, C. (1993). Aujourd'hui : l'hôpital ultraspécialisé en psychiatrie. Dans Hôpital du Sacré-Cœur, *Semaine scientifique et culturelle, 17 au 22 octobre 1993*, p. 57-65.
- Lemieux, R. R. (1995). *Accueillir la folie*. Montréal, Canada : Noir sur Blanc.
- Picard, J.-C. (2003). *Camille Laurin. L'homme debout*. Montréal, Canada : Boréal.
- Poirier, J. (2019). *Psychonévroses et psychothérapie selon Jules Dejerine (1849-1917)*. Montceaux-les-Meaux, France : Éditions Fiacre.
- Saucier, J. (1931). La pyrothérapie dans la paralysie générale. Les dernières acquisitions : le soufre et la diathermie. *Union médicale du Canada*, 60, avril 1931, p. 247-252.
- Saucier, J. (1938). Note préliminaire sur l'électropyrexie dans le traitement de la chorée. *Union médicale du Canada*, 67, décembre 1938, p. 1273-1277.
- Saucier, J. (1940). On traite maintenant la schizophrénie par les inhalations d'azote. *Union médicale du Canada*, 69, avril 1940, p. 393-394.
- Saucier, J. (1943). L'électro-choc, nouvelle méthode de thérapeutique psychiatrique. *Union médicale du Canada*, 72, juillet 1943, p. 824-825.
- Saucier, J. (1945a). Un nouvel agent analgésique, antispasmodique et sédatif : le démérol. *Union médicale du Canada*, 73, décembre 1945, p. 1519-1520.
- Saucier, J. (1945b). Les nouveautés en neuro-psychiatrie. *Union médicale du Canada*, 74, décembre 1945, 1682-1686.
- Saucier, J. (1956). La psychiatrie et la tolérance qu'elle inspire. *Union médicale du Canada*, 85, novembre 1956, p. 1301-1312.
- Van Gijseghe, H. (1991). Historique du programme de formation à la psychothérapie psychanalytique du Centre d'orientation et réflexions sur la psychanalyse d'aujourd'hui. *Revue canadienne de psycho-éducation*, 20(1), p. 75-91.
- Voyer, V., Racine, R. et M. Waterloeyn (1957). Insulinothérapie avec alidase en plusieurs injections. *Union médicale du Canada*, 86, août 1957, p. 862.

De la psychanalyse à la psychothérapie psychodynamique à Albert-Prévost

Claude Blondeau^a

Wilfrid Reid^b

RÉSUMÉ Objectifs Cet article décrit dans un premier temps les contributions du Dr Camille Laurin au développement des services psychiatriques à Albert-Prévost et plus spécifiquement le rôle qu'il a joué dans la promotion de la psychanalyse comme pensée ordonnatrice des soins thérapeutiques dans ce milieu. Dans un deuxième temps, la pratique de la psychothérapie psychodynamique est abordée à partir des enjeux contemporains liés à la médecine basée sur les données probantes, les neurosciences et le développement des technologies de la communication. Les modalités actuelles d'enseignement de l'approche psychodynamique à Albert-Prévost sont également introduites.

Méthode Dans la première partie, une recherche biographique a été effectuée. Dans la seconde, une revue de la littérature a été présentée.

Résultats Dr Camille Laurin a joué un rôle de premier plan dans le développement de la pensée psychanalytique à Albert-Prévost. Son héritage demeure bien vivant ainsi qu'en témoignent les divers stages et activités de formation offerts dans ce domaine au Centre de psychothérapie de cette institution. L'efficacité de la psychothérapie dynamique comme méthode de traitement est confirmée depuis maintenant plusieurs années. Les neurosciences et la psychanalyse bénéficient d'une ouverture à un dialogue interdisciplinaire. Le développement des technologies de la communication et de l'intelligence artificielle est appelé à modifier éventuellement la pratique de la psychothérapie.

a. M.D. psychiatre, M. Ps., professeur adjoint de clinique au Département de psychiatrie et d'addictologie de l'Université de Montréal.

b. M.D. psychiatre et psychanalyste, professeur agrégé de clinique au Département de psychiatrie et d'addictologie de l'Université de Montréal; membre émérite de la Société psychanalytique de Montréal.

Conclusion Les principes théoriques associés à la psychanalyse sont encore aujourd'hui enseignés à tous les résidents en psychiatrie de l'Université de Montréal. Dr Camille Laurin a joué un rôle essentiel dans le développement de cette approche à Albert-Prévost et plus généralement au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

MOTS CLÉS modernisation, organisation des soins, culture psychiatrique, enseignement, thérapie dynamique brève, psychothérapie psychodynamique, psychanalyse, neurosciences, nouvelles technologies des communications

From psychoanalysis to psychodynamic psychotherapy at Albert-Prévost

ABSTRACT Objectives The goal of this paper was first to review the contributions of Dr. Camille Laurin in the development of psychiatric services at Albert-Prévost, and more specifically the role he played in promoting psychoanalysis as a modality of thinking which informs the various therapeutic measures with psychic caring and therapeutic relationship as a main focus. Psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy are currently taught; this teaching is informed by the contemporary challenges posed by the evidence-based medicine, the neuroscience and the recent technological developments in the field of communication.

Methods In the first section of this article, a biographical research was completed. In the second section, a brief review of literature was conducted for each topic discussed.

Results Dr. Camille Laurin played a major role in the development of psychoanalytic thinking at Albert-Prévost. His heritage is still alive, mainly in the different courses and training activities offered at the Psychotherapy Center of this institution. The efficacy of the psychodynamic psychotherapy as a treatment has now been confirmed for many years. Even if neuroscience and psychoanalysis are two totally different fields of investigation, each of those disciplines can benefit from an open dialogue. The development of new communication technologies and artificial intelligence could eventually modify the practice of psychotherapy.

Conclusion Psychoanalysis in its basic theoretical tenets are still widely taught to psychiatric students who mostly apply its principles when they practice psychodynamic psychotherapy. Dr. Camille Laurin played a significant role in promoting this approach at Albert-Prévost and more generally at the Department of psychiatry and addictions of the Université de Montréal.

KEYWORDS modernisation, care organisation, psychiatric culture, teaching, brief dynamic psychotherapy, psychodynamic psychotherapy, psychoanalysis, neuroscience, new communications technologies

Introduction

Albert-Prévost, dans sa forme actuelle, prend naissance à la fin des années cinquante du siècle dernier. Au départ, c'est l'œuvre d'un homme, le Dr Camille Laurin, certes un homme hors du commun dans une période hors du commun. Nous sommes à l'aube de la Révolution tranquille qui produira un changement d'époque pour le Québec. Nous assisterons, en psychiatrie, à une profonde réforme de l'organisation des soins dans l'ensemble de la province. Grâce à Camille Laurin, Albert-Prévost deviendra le fer de lance de cette réforme.

ORIGINE

Camille Laurin a longuement mûri son projet. Si ce projet est nourri par la pensée psychanalytique, il ne situe d'aucune manière la psychanalyse en extériorité par rapport à la psychiatrie ; nous y reviendrons.

Fait assez peu imaginable aujourd'hui, Camille Laurin aura, pour mentor, Wilbrod Bonin, élu doyen de la Faculté de médecine de Montréal en 1950 au moment Camille Laurin débute sa résidence en psychiatrie. Il n'existe alors aucune formation psychiatrique post-graduée en milieu francophone au Québec. Après une année de résidence en milieu anglophone à Montréal, grâce à une bourse d'études obtenue par l'entremise de Wilbrod Bonin, durant deux ans, Camille Laurin participera au programme de résidence du Boston State Hospital pour ensuite poursuivre sa formation en France. Il entretiendra une correspondance soutenue avec son mentor tout au long de sa formation psychiatrique et psychanalytique d'une durée de sept ans. Ce dernier confiera à Camille Laurin une activité « d'éclaireur » (Picard, 2003), l'incitant à répertorier les avancées repérées dans l'organisation des soins psychiatriques aux États-Unis comme en France, voire en Europe. Après quatre années de séjour à Paris où il complétera simultanément sa formation psychiatrique et psychanalytique, il sera de retour au Québec en 1957.

La réalisation du projet

Camille Laurin est d'emblée nommé chargé d'enseignement de la psychiatrie à l'Université par le Dr Bonin. À ce titre, Camille Laurin pose les jalons de l'enseignement actuel de la psychiatrie à la Faculté de Médecine tant au prégradué qu'au postgradué. Il instaure pour les

résidents le « Certificat d'études supérieures en psychiatrie » (Reid, Amyot, 2015).

Dès 1958, Albert-Prévost recevra ses premiers résidents pour une durée de deux ans. Le programme offrira un encadrement clinique soutenu auprès de psychiatres qui auront, pour la plupart, une formation psychanalytique. Cet encadrement théorico-clinique sera accompagné d'un programme de formation à la psychothérapie psychodynamique avec le suivi de deux patients et deux supervisions hebdomadaires. Cela deviendra par la suite le « Programme réseau de formation à la psychothérapie » du département universitaire.

D'emblée, l'activité académique y sera très vivante. Durant de nombreuses années, Dr Jean-Louis Langlois, psychiatre et psychanalyste animera, pour les résidents, un séminaire du vendredi qui portera sur la pensée analytique. Par la suite, l'un de nous (W.R.) depuis maintenant plus de 40 ans, tiendra un séminaire hebdomadaire qui deviendra au fil des ans *Le Gabbard* (Gabbard, 2014). Ce séminaire initiera les résidents de deuxième année à la pensée et l'expérience de l'inconscient. En pédopsychiatrie, le Dr Jean Bossé, psychiatre et psychanalyste, offrira longtemps un séminaire sur l'écoute psychanalytique. Ce séminaire ouvert sur l'extérieur marquera le milieu psy durant plus d'une génération.

Dès le départ, Camille Laurin aura le souci d'entretenir une vie académique très riche. Rapidement il procédera à l'invitation de professeurs étrangers ; parmi ses premiers invités figureront Jean Laplanche et André Green. Cette initiative prendra bientôt la forme de La Quinzaine scientifique annuelle Albert-Prévost. Débutée formellement à la fin des années 60, cette Quinzaine poursuivra son cours jusqu'à l'aube de l'an 2000. L'invité fera un séjour d'une semaine à Prévost. La semaine suivante, il sera présent dans les différents départements universitaires du réseau. Nous y verrons tour à tour les figures marquantes de la psychanalyse francophone : Grunberger, McDougall, Aulagnier, Bergeret, Racamier, Anzieu, Cramer, Brusset, Cahn, Roussillon et plusieurs autres. L'un de nous (W.R.) prendra le relais de Camille Laurin comme coresponsable de la Quinzaine durant près de 20 ans, de concert tour à tour avec les Drs Arthur Amyot, Jean Leblanc et Pierre Verrier.

Pour souligner le cinquantième anniversaire d'Albert-Prévost en 1969, Camille Laurin, avec la collaboration de Pierre Doucet, organisera un congrès international de cinq jours, portant sur les « Problématiques de la psychose ». Ce congrès, réunissant les grands noms de l'époque d'Europe et d'Amérique, fera l'objet d'une publication (Doucet et

Laurin, 1969). Par la suite, les Drs Amyot, Leblanc et Reid organiseront un deuxième congrès international intitulé « Psychiatrie-Psychanalyse, jalons pour une fécondation réciproque ». D'une durée de trois jours et demi, ce congrès consacrera six demi-journées à des thèmes divers, soit la psychose, les organisations limites, la psychiatrie du nourrisson, la psychosomatique, la psychiatrie de secteur, l'enseignement ainsi qu'une matinée de synthèse; chacune des demi-journées donnant lieu à une conférence d'un États-Uniens, un Européen et un Québécois (Amyot, Leblanc, Reid 1985).

En 1961, Jean-Charles Pagé, un ancien patient de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, publie *Les fous crient au secours!*, un livre à charge contre les méthodes thérapeutiques d'un autre âge. Camille Laurin y rédige une postface qui dénonce un système vétuste de soins psychiatriques (Reid, Amyot, 2015). Suivra la création de la Commission Bédard sur la situation des hôpitaux psychiatriques. Son rapport proposera un virage majeur dans l'organisation des services psychiatriques. Docteur Bédard présentera à l'époque Albert-Prévost comme étant une « oasis de science dans le désert » de la psychiatrie québécoise.

Mais, dirons-nous, qu'en est-il, à Prévost, du rôle de la psychanalyse dans le quotidien? Certes, Camille Laurin recrutera un groupe de jeunes psychiatres psychanalystes. Pratiquera-t-on, pour autant, des cures analytiques à Albert-Prévost? Ici surgit un malentendu qui aura la vie dure. Camille Laurin ne situe pas la psychanalyse en extériorité par rapport à la psychiatrie, disions-nous. La psychanalyse comporte à la fois une théorie portant sur le fonctionnement et partant sur le dysfonctionnement psychique de même qu'une méthode de traitement de ce dysfonctionnement.

Dans une lettre à Wilbrod Bonin en 1952, Camille Laurin tente de rendre compte des facteurs qui, selon lui, concourent à la qualité du dispositif thérapeutique du Boston State Hospital. Il décrit, entre autres facteurs, de la part de l'équipe soignante « la participation à un fonds commun de principes de base ». Au départ, la pensée analytique, davantage sans doute que la méthode analytique, fait office de « fonds commun de principes de base », de pensée ordonnatrice. Tel le levain dans la pâte, cette pensée ordonnatrice devient le ferment éthique de l'activité thérapeutique.

Camille Laurin aura le souci d'une organisation des soins à l'échelle humaine; il introduira une culture psychiatrique qui diffusera dans toute l'activité thérapeutique de l'Institution. Cette culture humaniste sous-jacente à la pensée analytique mettant l'accent sur une psychiatrie

qui, sans négliger le biologique, aura le souci du soin psychique et de la relation thérapeutique. Cette pensée ordonnatrice d'abord psychanalytique prendra ultérieurement tout naturellement une forme plurielle; elle n'en conservera pas moins le souci d'un soin porté par une pensée ordonnatrice qui n'aura qu'à devenir plus différenciée. Dans une lettre à Wilbrod Bonin, Camille Laurin appelle de ses vœux « un éclectisme ouvert et rigoureux ». Afin de demeurer vivante, cette culture psychiatrique aura comme composante intrinsèque un mandat d'enseignement. Le souci d'une vie académique très active, avec à la clé, des publications, sera inscrit dans l'ADN d'Albert-Prévost. Il est d'ailleurs un événement assez significatif de l'intérêt pour la pensée psychanalytique et la publication. En 1996, une quarantaine de cliniciens d'Albert-Prévost participent à la rédaction d'un ouvrage collectif intitulé *La psychothérapie psychanalytique: une diversité de champs cliniques*, sous la direction de Pierre Doucet et Wilfrid Reid (1996). Cet ouvrage vaudra à ses deux codirecteurs le prix de la réalisation de l'année de l'Association des médecins psychiatres du Québec, prix devenu l'année suivante le prix Camille-Laurin.

DÉVELOPPEMENT

Par la suite, la psychanalyse y connaîtra un nouveau développement. Au milieu des années quatre-vingt, une nouvelle étape est franchie à cet égard. Camille Laurin reprend du collier à la direction du Département; il recrute Dre Bernadette Tanguay, psychiatre et psychanalyste, à titre de directrice de l'Unité de psychothérapie psychanalytique.

Cette Unité recevra des stagiaires; en particulier, elle offrira une formation clinique à des professionnels provenant de disciplines non cliniques telles que la philosophie, la sociologie, l'anthropologie: ce qui leur donnera accès à la formation psychanalytique à l'Institut psychanalytique de Montréal. L'activité de l'Unité sera centrée sur un séminaire du premier entretien comme préalable à une démarche analytique. Ce séminaire apparaîtra dans la foulée d'un séminaire antérieur sur le même thème. Ce dernier, dirigé par le Dr Roger Dufresne, psychiatre et psychanalyste, sera longtemps très recherché dans le milieu « psy ». L'Unité de psychothérapie psychanalytique organisera deux colloques. Le premier aura d'ailleurs pour thème le premier entretien; le second portera sur la recherche en psychanalyse. Deux publications (Tanguay, 1991 et 1994) seront les fruits de ces colloques.

Création du Centre de psychothérapie du Pavillon Albert-Prévost

En 1997, l'Unité de psychothérapie psychanalytique fait place à la création du Centre de psychothérapie du Pavillon Albert-Prévost. Dre Christiane Bertelli, à titre de chef du Département de psychiatrie, invite l'un de nous (W.R.) à prendre la direction du Centre : ce dernier occupera ce poste jusqu'en 2018. Le Centre logera d'emblée à l'enseigne du pluralisme théorique. Son organigramme comportera quatre modules, soit les modules cognitivo-comportemental, interpersonnel, psychodynamique et systémique. Les premiers responsables de ces modules seront respectivement les Drs Louis Chaloult, Jean Leblanc, Wilfrid Reid et Mme Marie Émond, travailleuse sociale.

Durant une vingtaine d'années, le Centre tiendra quatre réunions scientifiques annuelles dont chacun des modules, à tour de rôle, assumera la responsabilité. Ce sera un peu l'héritage culturel de Camille Laurin, son souci pour « un éclectisme ouvert et rigoureux ». Le Centre offrira aux résidents des stages très recherchés dans les divers modules et pourra à l'occasion y offrir un fellowship. Enfin, le Centre aura le souci d'alimenter la vie académique d'Albert-Prévost. Durant près de 20 ans, il organisera un colloque annuel, en alternance, sous l'égide des différents modules du Centre. Ces colloques annuels mettront à contribution tant le corps professoral du réseau de l'Université de Montréal que des invités de l'extérieur tels les Drs Vassilis Kapsambelis, Anthony Bateman, Nicolas de Coulon, Maurice Berger, Scott Stuart, Paula Ravitz et plusieurs autres. Ces colloques recevront toujours un écho très favorable dans le milieu « psy ».

ÉTAT ACTUEL

La psychothérapie basée sur la transitionnalité

Dans une institution publique de soins tenue d'offrir des services au tout venant de la psychiatrie seule la psychothérapie brève peut sembler compatible avec le mandat de l'institution. Ainsi, au module psychodynamique du Centre, l'un de nous (W.R.) a développé un modèle de thérapie brève basée sur la transitionnalité. Ce modèle prend acte du fait que les résistances au processus analytique ne portent pas uniquement sur les contenus de l'activité psychique, mais d'abord et avant tout sur l'activité psychique elle-même : ainsi tout autant sinon davantage sur le contenant que sur le contenu de l'activité psychique. Dès lors, nous devons mettre l'accent sur l'articulation contenant-contenu.

Cette psychothérapie de fréquence hebdomadaire, d'une durée d'un an, prend appui sur la construction de passerelles entre les pensées de Freud, Winnicott et Green (Reid, 2008).

La psychothérapie psychodynamique est une grande expérience de la pensée. Dans les résistances au processus analytique, au-delà des résistances relevant des contenus de pensée, la pratique contemporaine met en évidence les résistances liées à l'activité de pensée elle-même dans ses modalités problématiques. Le concept d'inconscient est le concept fondamental de la psychanalyse. Freud nous enseigne que l'inconscient est régi par les processus primaires; outre les pensées inconscientes, il comporte avant tout une logique formelle de la pensée qui lui est propre; l'inconscient ne peut distinguer «la vérité et une fiction fortement investie d'affect» (Freud, 1956) de même qu'il ne peut différencier «le désir et l'accomplissement du désir» (Freud, 1911).

Pour un bon fonctionnement psychique, soit un fonctionnement dit «névrotico-normal», les processus secondaires régissant le préconscient-conscient se doivent, quant à eux, de distinguer le fait et le fantasme, la réalité de pensée et la réalité effective externe, le désir et l'accomplissement du désir. Au départ, nous sommes, dès lors, d'emblée en présence de deux logiques formelles de la pensée qui s'opposent fondamentalement; il existe ainsi un rapport de pure opposition entre l'inconscient et le préconscient-conscient. Or le modèle névrotico-normal de fonctionnement demande un rapport paradoxal d'opposition/collaboration entre l'inconscient et le préconscient/conscient. Winnicott (1971) nous enseigne que ce rapport d'opposition/collaboration exige l'émergence d'une médiation opérée par des processus intermédiaires, dits «processus transitionnels», à la frontière dedans/dehors et des «processus tertiaires» (Green, 1990) à la frontière entre l'inconscient et le préconscient-conscient. Paradoxalement, ces processus intermédiaires comportent simultanément la logique hallucinatoire, soit une non-distinction de l'objet du dedans et l'objet du dehors et une logique non hallucinatoire, soit une distinction de l'objet du dedans et de l'objet du dehors. En bref, dans les processus primaires, l'objet, si dedans, est aussi dehors. Dans les processus secondaires, au départ du travail psychique portant sur l'examen de réalité, dans les conditions optimales, l'objet est seulement dedans. Dans les processus intermédiaires, soit tertiaires et transitionnels, paradoxalement, l'objet est «seulement dedans, aussi dehors».

La présence d'un environnement primitif suffisamment bon est nécessaire pour l'émergence des processus transitionnels qui sont l'apa-

nage de l'organisation névrotico-normale de la psyché. Pour Winnicott, l'environnement est, non pas producteur, mais « facilitateur » d'un travail psychique inconscient propre à l'individu, un travail de transformation des processus primaires. Ce travail définit le mouvement de maturation affective qui conduit à l'émergence des processus transitionnels. Dans la clinique contemporaine, un très grand nombre de patients, à des degrés divers, présentent une organisation non névrotique, soit une organisation psychique où la transitionnalité n'est pas advenue.

Dès lors, le but de la méthode analytique est moins, sur un mode classique, « la levée de l'amnésie infantile » ou « retrouver le tableau oublié des années de l'enfance », mais plutôt, dans un premier temps, de « faciliter » l'émergence des processus transitionnels. Il s'agit « d'autoriser l'enfance à se constituer en mémoire fictionnelle » (Green, 1990). Cela implique un infléchissement des principaux paramètres de la méthode analytique (Reid, 2008), à savoir la primauté du contre-transfert sur le transfert, du présent sur le passé, enfin la primauté de l'élaboration psychique sur la prise de conscience.

Pour déterminer les « indications » de la psychothérapie basée sur la transitionnalité, au Centre, nous pratiquons « le modèle des quatre séances », introduit par Edmond Gilliéron (2004), psychiatre et psychanalyste de Lausanne, et ce, dans une modalité quelque peu modifiée. Pour nous, il s'agit moins de mettre l'accent sur la réponse à une interprétation initiale, mais plutôt d'offrir au patient « l'expérience » du cadre analytique, soit fondamentalement l'expérience d'un rapport à un objet présent/absent où l'initiative de l'échange est totalement remise au patient sur le modèle de la libre association qui est la « règle fondamentale » de la méthode analytique.

L'expérience de ce mode relationnel unique en son genre est celui qui aura cours d'emblée lors des « quatre séances ». Ainsi, d'entrée de jeu, nous offrons au patient la méthode de travail dont il fera ultérieurement l'expérience dans une psychothérapie éventuelle. Côté patient, cela permet un consentement plus éclairé pour la suite des choses. Côté thérapeute, nous observons dans quelle mesure le patient peut, sinon « utiliser » le cadre pour une certaine avancée thérapeutique, du moins tolérer le cadre qui prive le patient de ses défenses relationnelles courantes par rapport à sa conflictualité inconsciente. Or la capacité de tolérer cette privation est un préalable à l'exploration de ces défenses.

Le « quatre séances » est pour nous l'équivalent du « tapis roulant » du cardiologue. Là où ce dernier veut essentiellement mettre en mouvement l'activité cardiaque, nous visons, au-delà du contenu du

discours, à mettre en mouvement l'activité psychique. Par ailleurs, à titre de repère en vue d'une consultation au module psychodynamique, nous invitons les collègues à observer dans quelle mesure le patient a le sentiment que le fait de parler de lui serait susceptible de l'aider : ce qui est un signe avant-coureur d'une certaine curiosité pour son activité psychique propre.

Enseignement de la thérapie psychodynamique

Si les fondements théoriques de la psychanalyse occupent une place significative dans l'enseignement de la psychothérapie aux résidents en psychiatrie, la formation pratique s'articule surtout autour de la thérapie psychodynamique, une approche dérivée essentiellement de la psychanalyse, mais qui en diffère sur quelques points : durée du traitement plus brève, nombre de séances se limitant généralement à une ou deux par semaine, détermination d'un focus de traitement parfois plus explicite ; utilisation du face-à-face plutôt que du dispositif divan-fauteuil et participation souvent plus active du thérapeute.

Quarante-cinq heures de cours théoriques axés sur l'approche psychodynamique sont actuellement offertes aux résidents juniors en psychiatrie (année 1 et 2). Plus tard, dans leur formation (années 4 et 5), les résidents intéressés à approfondir leurs connaissances et aptitudes dans le domaine peuvent s'inscrire à un stage optionnel d'une durée de 6 à 12 mois au module psychodynamique du Centre de psychothérapie du Pavillon Albert-Prévost. Cette formation comprend 4 heures hebdomadaires de supervision. Toutes les séances de thérapie sont enregistrées sur vidéo. Le visionnement d'extraits choisis lors des rencontres de supervision permet aux résidents en formation de développer leurs habiletés à divers titres : 1) repérage des manifestations de l'inconscient ; 2) élaboration d'hypothèses psychodynamiques en fonction des divers modèles théoriques ; 3) formulation d'interventions adaptées à la situation du patient ; 4) prise en compte des effets des interventions. Le recours au médium vidéo favorise également la prise de conscience des résistances du thérapeute et autres enjeux contre-transférentiels, qui peuvent alors être plus facilement explorés durant les rencontres de supervision. Le stagiaire est également encouragé à visionner des séances vidéo illustrant le travail de différents thérapeutes plus expérimentés : ce qui lui offre un support identificatoire pour étayer son développement. Certains extraits de films ou de séries télévisées (p. ex. *In treatment* ou *Au secours de Béatrice*), sont finale-

ment utilisés pour illustrer certains concepts plus spécifiques. Les étudiants sont également encouragés à s'engager dans une démarche de psychothérapie personnelle, un élément essentiel à la formation de tout thérapeute dynamique.

Dans les formulations psychodynamiques qu'ils élaborent, les résidents sont invités à prendre en compte les enjeux biologiques et sociaux contribuant à la problématique de leur patient (Perry, 1987), même si ces derniers ne constituent pas le focus principal de discussion durant le stage. Les traitements psychopharmacologiques, le plus souvent administrés par un autre médecin, sont également abordés dans une perspective holistique qui inclut la dimension psychanalytique (Gorman, 2016). Le travail sur le rêve, quant à lui, est abordé initialement sous l'angle classique freudien (Freud, 1900) ; auquel s'ajoutent ensuite des perspectives plus contemporaines (Glucksman, 2001 ; Hill, 2004).

Considérant la sévérité des pathologies auxquelles les résidents sont souvent confrontés dans leurs suivis psychothérapeutiques, le modèle Y (Goldberg, 2013) est utilisé dans l'enseignement. Ce modèle prend en compte à la fois les interventions communes à toutes les approches de thérapie (la base du Y, où l'on retrouve les techniques de validation ou les encouragements à l'élaboration, par exemple) et celles qui sont plus spécifiques à l'approche psychanalytique (les branches du Y, où l'interprétation plus classique trouve sa place, par exemple). L'étudiant est ainsi invité à privilégier des interventions à visée plus « soutenante » ou « exploratoire » en fonction du moment du suivi et de la sévérité de la pathologie à laquelle il est confronté, certains patients ayant besoin de ressentir plus concrètement la présence du thérapeute pour se lancer dans le travail associatif (Roussillon, 2005).

Toutes les places disponibles pour ce stage, soit deux résidents par période, sont comblées, de fait, jusqu'en 2022. À noter également que les psychiatres superviseurs du module psychodynamique reçoivent régulièrement des demandes de références de la part de résidents évoluant dans d'autres milieux qui souhaitent entreprendre une psychanalyse formelle ou une thérapie psychodynamique : un autre signe de l'intérêt persistant pour cette approche thérapeutique.

Le module psychodynamique du Centre de psychothérapie offre également un programme de *fellowship* d'une durée d'un an aux psychiatres finissants. Trois médecins, dont une psychiatre de France, en ont bénéficié au cours des dernières années.

Une formation continue de deux ans centrée sur les théories psychodynamiques est aussi offerte à tous les cliniciens soucieux de développer leurs connaissances et leurs compétences dans le domaine. Ce programme qui existe depuis 2004, comprend, dans sa forme actuelle, 10 journées de formation par année et met à contribution divers formateurs (psychiatres et/ou psychanalystes pour la plupart) du réseau hospitalier montréalais. Sur un mode optionnel, des activités régulières de supervision complètent cet enseignement théorique. À chaque édition, ce programme accueille des participants de toutes les régions du Québec.

Si l'approche psychanalytique garde une place bien vivante au sein du corpus de formation des résidents, son enseignement sera potentiellement influencé dans le futur par certains développements contemporains que nous allons maintenant esquisser.

Recherche et données probantes

La recherche concernant l'efficacité et les applications potentielles de la thérapie psychodynamique a connu un développement considérable au cours des dernières années, et ce, malgré les problèmes méthodologiques inhérents à l'étude de cette approche (Yakeley, 2014). Son efficacité a été démontrée dans le traitement de diverses pathologies (Constantinidès, 2011; Leichsenring, 2004 et 2015; Fonagy, 2015) et cela, en comparaison avec la thérapie cognitivo-comportementale (Driessen, 2015), une approche plus souvent étudiée. Plus récemment, une méta-analyse de Briggs (2019) a démontré l'efficacité de l'approche psychodynamique pour réduire les tentatives de suicide et les gestes de nature automutilatoire. Dans une étude longitudinale de cinq ans incluant des sujets ayant traversé un premier épisode dépressif, Rosso (2019) a pour sa part démontré une réduction marquée de la récurrence des symptômes dépressifs chez les patients traités par la thérapie psychodynamique par rapport à ceux traités uniquement par la médication.

Même l'efficacité de la psychanalyse classique (2 à 5 séances par semaine), longtemps imperméable à toute investigation systématique de recherche, a été étudiée au cours des dernières années, avec des résultats favorables probants : par exemple, la méta-analyse de de Maat (2013) regroupant 14 études (principalement des études de cohorte) et 603 patients atteints de pathologies complexes (en moyenne, 77 % des patients souffraient d'un trouble dépressif, 50 % d'un trouble anxieux et 47 % présentaient un trouble de la personnalité comme comorbidité),

a démontré une taille de l'effet (d de Cohen) de 1,27 (95 % CI, 1,03-1,50; $p < ,01$) pré/postpsychanalyse en regard de l'amélioration des symptômes et des traits de personnalité pathologiques, avec des effets persistants mesurés quant aux deux issues sur une année au suivi (taille de l'effet de 1,46 pour le suivi; 95 % CI, 1,08-1,83; $p < ,01$).

Certains auteurs ont également tenté une manualisation relative de l'approche psychodynamique. Cabaniss (2016) dans sa forme plus générale; Busch (2012) pour le traitement de la dépression; et Bateman (2016) et Clarkin (2016) pour le traitement des troubles de la personnalité limite. Chacun de ces auteurs propose une approche balisée pour la pratique de la thérapie, en focalisant sur des enjeux psychodynamiques propres à certaines pathologies (p. ex. déficits de mentalisation pour le trouble borderline ou blessure narcissique chez certains patients déprimés). Ces initiatives pourraient éventuellement faciliter le développement de la recherche dans le domaine.

Les guerres de clochers qui ont longtemps fait rage entre les tenants des divers modèles théoriques semblent également tempérées dans certains milieux par la reconnaissance de « facteurs communs » comme agent déterminant de changement dans toute démarche de psychothérapie (Norcross 2002; Wampold, 2015; Mulder, 2017). La prise en considération de ces données peut, dans une certaine mesure, influencer la manière d'enseigner la psychothérapie aux résidents (Goldberg, 2013) comme un art qui mobilise certes le savoir, le savoir-faire, mais surtout le savoir-être (Lecomte, 2004 et 1999). Nous avons là l'ouverture d'un champ notionnel qui permet d'entreprendre une réflexion sur les similitudes et les distinctions entre ces termes selon les divers modèles théoriques.

Neurosciences et psychanalyse

Freud aurait sans doute témoigné d'un grand intérêt pour les développements récents dans le champ des neurosciences. Comme l'on sait, il a d'abord été neurologue avant de fonder la psychanalyse; et a souvent appelé de ses vœux et laissé entrevoir la découverte éventuelle de certains substrats neurobiologiques permettant d'étayer ses élaborations théoriques (Freud, 1916). Dans ce sens, les travaux récents de Carhart-Harris (2008 et 2010) tentent de présenter des corrélats neuroscientifiques à certains concepts freudiens.

Depuis 1990, Panksepp et Solms développent pour leur part une nouvelle approche visant à établir un dialogue fécond entre la psychanalyse

et les neurosciences (Panksepp, 2012) : la neuropsychanalyse. Cette approche de la réalité psychique offre un angle neurobiologique nouveau pour aborder certains concepts psychanalytiques. L'on pense, par exemple, à la notion de refoulement, récemment étudiée par la recherche sur la consolidation partielle des mémoires déclaratives secondaires à des atteintes hippocampiques dans le contexte de traumatismes en bas âge (LeDoux, 1996). Comment peut-on articuler la notion de refoulement, notion centrale en psychanalyse et celle des modalités diverses d'inscription de l'information dans l'hippocampe? S'ouvre ainsi un champ de réflexion autour de la mémoire et des traces laissées par un passé qui demeure «*impassé*» (Scarfone, 2014).

La découverte des neurones miroirs (Pellegrino, 1992; Rizzolatti, 1996) vient, pour sa part, étayer les approches intersubjectives en psychanalyse où l'effet thérapeutique résulterait davantage de l'expérience affective vécue dans le lien d'attachement avec le thérapeute et les résonances corporelles potentielles qui lui sont associées. La métaphore archéologique freudienne pour illustrer le travail de psychothérapie et l'importance jadis accordée à l'interprétation sont ainsi relativisées pour faire une place à des conceptualisations où le thérapeute et le patient se trouvent engagés dans une matrice relationnelle dont la nature même est porteuse de changement.

Les récentes recherches dans le domaine de l'épigénétique (Meaney, 2010) ont quant à elles révélé comment la qualité des soins maternels en bas âge peut altérer l'expression de certains gènes et modifier le développement ultérieur de l'individu, une découverte qui vient étayer neurobiologiquement près d'un siècle de travaux en psychanalyse. Caspi (2003) a démontré pour sa part le rôle protecteur de certains gènes dans le développement de la dépression.

Nouvelles technologies

Un autre changement qui pourra éventuellement modifier la manière de pratiquer la thérapie, incluant la thérapie psychodynamique, concerne le développement marqué des technologies de la communication au cours des dernières décennies.

Dans un contexte d'effritement progressif des ressources et d'accès limité à la psychothérapie, pour des raisons financières ou simplement géographiques, l'offre de traitement par Internet pourrait connaître un essor plus marqué dans un avenir rapproché.

Des guides d'autosoins d'orientation psychodynamiques sont déjà disponibles depuis quelques années (p. ex. Silverberg, 2005), dont certains en français (Young, 1995), essentiellement sous la forme de bibliothérapie, sans intervention directe d'un thérapeute. Plus récemment, une psychothérapie d'orientation psychodynamique administrée via Internet a toutefois été développée par Johansson (2013b). Ce traitement implique l'utilisation d'un autoguide par le patient auquel s'ajoute le support hebdomadaire d'un thérapeute par courriel. Dans un essai randomisé-contrôlé utilisant un guide psychodynamique d'autosoins sur Internet pour le traitement du trouble dépressif majeur, Johansson (2012) a démontré que cet outil d'intervention (neuf modules « en ligne » avec contacts virtuels occasionnels avec un thérapeute) est significativement plus efficace pour diminuer les symptômes (mesurés à partir de l'Inventaire de la dépression de Beck) que les seules interventions de support et de psychoéducation offertes durant la même période de dix semaines (taille de l'effet [d de Cohen] de 1,11; 95 % CI, 0,67-1,56; $p < ,01$). Andersson (2012) a pour sa part démontré dans une étude clinique contrôlée randomisée qu'un guide d'autosoins psychodynamique sur Internet présentait une efficacité similaire à celle d'un guide d'autosoins de type cognitif comportemental pour le traitement du trouble d'anxiété.

De façon intéressante, une méta-analyse de Cuijpers (2010) relève que l'usage de certains guides d'autosoins avec support d'un thérapeute par courriel est aussi efficace qu'un suivi similaire en face à face pour le traitement de troubles anxieux et dépressifs de sévérité légère à modérée.

Au-delà des guides d'autosoins, de plus en plus de suivis psychothérapeutiques formels et de supervision s'effectuent à distance, via de nouvelles plateformes d'échanges virtuels qui facilitent l'accessibilité et permettent d'éviter les discontinuités dans les suivis : par exemple, si un patient doit s'absenter pour un séjour à l'étranger. Si elles comportent des avantages indéniables, ces nouvelles modalités d'échanges « 2D » soulèvent aussi de multiples questions concernant la confidentialité, les indications, les modifications potentielles du transfert qu'elles entraînent ou encore les nouvelles formes de résistances qu'elles sollicitent (Juhos, 2019). Certains travaux semblent toutefois montrer que l'essentiel du processus analytique pourrait néanmoins être préservé grâce à l'activation des neurones miroirs, entre autres, qui pallieraient l'absence de certaines modalités perceptuelles inhérentes au caractère « virtuel » de la relation (Merchant, 2016).

Enfin, le développement exponentiel des technologies de l'intelligence artificielle risque de bouleverser l'offre de psychothérapie de façon sensible au cours des prochaines années (Broadbent, 2017; Fiske, 2019). Plusieurs applications fonctionnant principalement par messages textes (Wysa, Tess, Woebot, Sara, etc.) existent déjà pour aborder les problèmes d'anxiété et de dépression, tandis que de véritables robots ou avatar de thérapeutes sont en développement pour aborder des problèmes psychiatriques tels que l'autisme, la schizophrénie ou la démence: par exemple, la peluche robotisée Paro en forme de bébé phoque pour diminuer l'anxiété. Si certains travaux laissent entrevoir que les patients se dévoilent plus facilement lorsqu'ils interagissent avec une machine plutôt qu'avec un être humain (Miner, 2017), il est cependant permis de se demander quelle place occuperont ces thérapeutes virtuels dans un futur qui ne relève déjà plus de la science-fiction.

Quel avenir pour la thérapie psychodynamique

Malgré la diversification de l'offre psychothérapeutique des dernières décennies, la psychanalyse offre encore aujourd'hui un espace d'écoute singulier et une expérience d'introspection unique (Yakeley, 2018). Les élaborations théoriques qui la sous-tendent comptent parmi les modèles explicatifs les plus complets à ce jour pour explorer la complexité inhérente à la réalité psychique. Si certains contestent encore aujourd'hui sa place en psychiatrie (Paris, 2017), nombreux sont ceux qui défendent toujours sa pertinence (Cortina, 2016; Scarfone, 1999; Perron, 2013). La vitalité de son enseignement, les données probantes qui la supportent et la diversification renouvelée de ses applications laissent toutefois présager un avenir pérenne pour cette approche.

RÉFÉRENCES

- Amyot, A., Leblanc, J. et Reid, W. (1985). *Psychiatrie-psychanalyse: jalons pour une fécondation réciproque*. Montréal, Canada: Gaëtan Morin.
- Andersson, G., Paxling, B., Roch-Norlund, P., Östman, G., Norgren, A., Almlöv, J. et Silverberg, F. (2012). Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral guided self-help for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatic*, 81, 6, 344-355.
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders*. R.-U.: Oxford University Press.

- Briggs, S., Netuveli, G., Gould, N., Gkaravella, A., Gluckman, N.S., Kangogyere, P. et Lindner, R. (2019). The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis. *British journal of psychiatry*, 214, 320-328.
- Broadbent, E. (2017). Interactions with robots: the truths we reveal about ourselves. *Annual review of psychology*, 68, 627-652.
- Bush, F.N., Milrod, B.L., Singer, M.B. et Aronson, A.C. (2012). *Manual of panic focused psychodynamic psychotherapy*, Psychoanalytic inquiry book series (volume 36).
- Cabaniss, D.L., Cherry, S., Douglas, C.J. et Schwartz, A.E. (2016). *Psychodynamic psychotherapy: a clinical manual (deuxième édition)*. Chichester, R.-U.: Wiley Blackwell.
- Carhart-Harris, R.L., Mauberg, H.S., Malizia, A.L., Nutt, D. (2008). Mourning and melancholia revisited: correspondences between principles of Freudian metapsychology and empirical findings in neuropsychiatry. *Annals of general psychiatry*, 7(9), 1-23.
- Carhart-Harris, R.L., Friston, K.J. (2010). The default-mode, ego-functions and free-energy: a neurobiological account of Freudian ideas. *Brain*, 133, 1265-1283.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T.E., Taylor, A., Craig, I.W., Harrington, H. et Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301, 5631, 386-389.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E. et Kernberg, O.F. (2016). *Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations*. Washington DC: American psychiatric association.
- Constantinidès, P., Blondeau, C. et Drapeau, M. (2011). La psychothérapie dynamique dans la pratique psychiatrique: est-ce efficace?. *Annales médico-psychologiques*, 169, 348-353.
- Cortina, M. (2016). Quo vadis? The future of psychoanalysis. *Psychoanalytic review*, 103, 6.
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J. et Andresson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological medicine*, 40(12), 1943-1957.
- Doucet, P. et Laurin, C. (1969). *Problématiques de la psychose*, Tome 1, Séances plénières, Tome 2, Discussion, Excerpta Medica Foundation.
- Doucet, P. et Reid, W. (1996). *La psychothérapie psychanalytique: une diversité de champs cliniques*, sous la direction de Pierre Doucet et Wilfrid Reid. Montréal, Canada: Gaëtan Morin éditeur.
- Driessen, E., Van Henricus, L., Peen, J., Don, F.J., Kool, S., Westra, D. et Dekker, J.J. (2015). Therapist-rated outcomes in a randomized clinical trial comparing cognitive behavioral therapy and psychodynamic therapy for depression. *Journal of affective disorders*, 170, 112-118.

- Fiske, A., Henningsen, P. et Buyx, A. (2019). Your robot therapist will see you now: ethical implications of embodied artificial intelligence in psychiatry, psychology and psychotherapy. *Journal of medical internet research*, 21(5), 1-19.
- Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World psychiatry*, 14, 137-150.
- Freud S. (1956). Lettre à Wilhelm Fliess du 21/09/1897, In *La naissance de la psychanalyse*. Paris: Presses universitaires de France (PUF).
- Freud, S. (1900). L'interprétation du rêve, dans *Œuvres complètes de Freud*, vol. 4. Paris: Presses universitaires de France (PUF).
- Freud, S. (1911). Formulations sur les deux principes de l'advenir psychique, *Œuvres complètes de Freud*, vol. 11. Paris: Presses universitaires de France (PUF).
- Freud, S. (1915-1917). Leçons d'introduction à la psychanalyse, dans *Œuvres complètes de Freud*, vol.14. Paris: Presses universitaires de France (PUF).
- Gabbard, G.-O. (2014). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Gilliéron, E. (2004). *Le premier entretien en psychothérapie*. Paris, France: Dunod.
- Glucksman, M.L. (2001). The dream: a psychodynamically informative instrument. *Journal of psychotherapy practice and research*, 10(4), 223-230.
- Goldberg, D.A., Plakum, E.M. (2013). Teaching psychodynamic psychotherapy with de Y model. *Psychodynamic psychiatry*, 41(1), 111-125.
- Gorman, J.M. (2016). Combining psychodynamic psychotherapy and psychopharmacology. *Psychodynamic psychotherapy*, 44(2), 183-210.
- Green, A. (1990). *La folie privée. Psychanalyse des cas limites*. Paris, France: Gallimard.
- Hill, C.E. (2004). *Dream work in therapy: Facilitating exploration, insight, and action*, Washington, DC: American psychological association.
- Johansson, R., Ekbladh, S., Hebert, A., Lindström, M., Möller, S., Pettit, E. et Andersson, G. (2012). Psychodynamic guided self-help for adult depression through the internet: a randomized controlled trial. *PlosOne*, 7, 5.
- Johansson, R., Frederick, R.J. et Andersson, G. (2013b). Using the internet to provide psychodynamic psychotherapy. *Psychodynamic psychiatry*, 41(4), 513-540.
- Juhos, C. et Mészáros, J. (2019). Psychoanalytic psychotherapy and its supervision via videoconference: experience, questions and dilemmas. *The American journal of psychoanalysis*, 79(4), 555-576.
- Lecomte C. (1999). Face à la complexité et à l'incertitude: l'impossibilité de se défaire de soi. *Revue québécoise de psychologie*, 20 (2), 37-63.
- Lecomte C, Savard, R., Drouin, M.-S. et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25 (3), 73-102.

- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Leichsenring, F., Rabung, S. et Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 61, 1208-1216.
- Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M.J., Abbass, A., Barber, J.P., Keefe, J.R. et Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *Lancet psychiatry*, 2(7), 648-660.
- de Maat, S., de Jonghe, F., de Kraker, R., Leichsenring, F., Abbass, A., Luyten, P. et Dekker, J. (2013). The current state of the empirical evidence for psychoanalysis: a meta-analytic approach. *Harvard review of psychiatry*, 21(3), 107-137.
- Merchant, J. (2016). The use of Skype in analysis and training: a research and literature review. *The journal of analytical psychology*, 61(3), 309-328.
- Meaney, M.J. (2010). Epigenetics and the biological definition of gene x environment interactions. *Child development*, 81(1), 41-79.
- Miner, A.S., Milstein, A. et Hancock, J.T. (2017). Talking to machines about personal mental health problems. *JAMA*, 318, 13.
- Mulder, R., Murray, G. et Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. *Lancet psychiatry*, 4(12), 953-962.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that works: therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, NY: Oxford University Press.
- Panksepp, J. et Solms, M. (2012). What is neuropsych psychoanalysis?, Clinically relevant studies of the minded brain. *Trends in cognitive sciences*, 16, 1.
- Paris, J. (2017). Is psychoanalysis still relevant to psychiatry?. *The Canadian journal of psychiatry*, 65(5), 308-312.
- Pellegrino, G., Fadiga, L., Fogassi, L., Gallese, V. et Rizzolatti, G. (1992). Understanding motor events: a neurophysiological study. *Experimental brain research*, 91, 176-180.
- Perron, R. (2013). *Une psychanalyse: pourquoi?*. Paris, France: Dunod.
- Perry, S., Cooper, A.M. et Michels, R. (1987). The psychodynamic formulation: Its purpose, structure and clinical application. *American journal of psychiatry*, 144, 543-550.
- Picard, J.-C. (2003). *Camille Laurin, l'homme debout*. Montréal, Canada: Boréal.
- Reid, W. (2008). Un nouveau regard sur la pulsion, le trauma et la méthode analytique, Première partie: une théorie de la psyché. *Filigrane*, 17(1), 68-94.
- Reid, W. (2008). Un nouveau regard sur la pulsion, le trauma et la méthode analytique, Deuxième partie: une théorie de la méthode *Filigrane*, 17(2), 70-98.
- Reid, W. et Amyot, A. (2015). Le rôle des psychanalystes dans l'histoire du Département de psychiatrie de l'Université de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 40(2), 93-106.

- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V. et Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive brain research*, 3(2), 131-141.
- Rosso, G., Aragno, E., Cuomo, A., Fagiolini, A., Di Salvo, G. et Maina, G. (2019). Five-year follow-up of first-episode depression treated with psychodynamic psychotherapy or antidepressants. *Psychiatric research*, 275, 27-30.
- Roussillon, R. (2005). La « conversation » psychanalytique: un divan en latence. *Revue française de psychanalyse*, 2(69), 365-381.
- Scarfone, D. (1999). *Oublier Freud?*. Montréal, Canada: Boréal.
- Scarfone, D. (2014). L'impassé: actualité de l'inconscient. *Revue française de psychanalyse*, 5 (78), 1357-1428.
- Silverberg, F. (2005). *Make de leap: a practical guide to breaking the patterns that hold you back*. New York, NY: Marlowe et Co.
- Tanguay, B. (1991). *Les voies de la recherche clinique en psychanalyse*, avec la collaboration de Jean Bergeret. Québec, Canada: Méridien; Toulouse, France: Presses universitaires du Mirail.
- Tanguay, B. (1994). *Le premier entretien et l'écoute psychanalytique*, avec la collaboration de Jean-Luc Donnet. Québec, Canada: Méridien; Toulouse, France: Presses universitaires du Mirail.
- Wampold, B.E., Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy works* (deuxième édition). Abingdon R.-U.: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Connaissances de l'inconscient. Paris, France: Gallimard.
- Yakeley, J. (2014). Psychodynamic psychotherapy: developing the evidence base. *Advances in psychiatric treatment*, 20, 269-279.
- Yakeley, J. (2018). Psychoanalysis in modern mental health practice. *Lancet psychiatry*, 5, 443-450.
- Young, J.E. et coll. (1995). *Je réinvente ma vie: vous valez mieux que vous ne pensez*. Montréal, Canada: Éditions de l'Homme.
- Yovell, Y., Solms, M. et Fotopoulou, A. (2015). The case for neuropsychanalysis: why a dialogue with neuroscience is necessary but not sufficient for psychoanalysis. *The international journal of psychoanalysis*, 96, 1515-1553.

La thérapie cognitivo-comportementale dans les cliniques spécialisées du Pavillon Albert-Prévost dans les 50 dernières années : innovations et évolution

Thanh-Lan Ngô^a

Louis Chaloult^b

Pierre Fortier^c

Jacques Monday^d

Julie Jomphe^e

Julie Turcotte^f

Donald Bouthillier^g

France Bérubé^h

-
- a. M.D., M. Sc. FRCPC, psychiatre, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal – Professeur agrégé de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal.
 - b. M.D., FRCPC, psychiatre, ex-professeur adjoint de clinique au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal.
 - c. MA., ergothérapeute, psychologue, psychothérapeute – Professeur adjoint de clinique, École de réadaptation, Université de Montréal - Chargé de cours, Département de psychologie, UQAM.
 - d. M.D., FRCPC, psychiatre, ex-professeur titulaire au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal.
 - e. MD, FRCPC, psychiatre, CISSS Lanaudière – Chargée d'enseignement de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal.
 - f. M.D., M. Sc. FRCPC, psychiatre, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal – Professeur adjoint de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal.
 - g. Ph. D., psychologue – Chargé de cours, Département de psychologie, Université de Montréal.
 - h. B. Sc., ergothérapeute, Clinique des maladies affectives et Clinique Cartierville, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

RÉSUMÉ Le Pavillon Albert-Prévost (PAP) a joué un rôle de premier plan dans le développement d'une psychiatrie moderne. Cette institution de soins et d'enseignement en santé mentale a été profondément marquée par la pensée freudienne et a longtemps été considérée comme un lieu phare de l'enseignement de la psychanalyse en milieu hospitalier au Québec. Mais le PAP a aussi su intégrer au fil des ans d'autres approches thérapeutiques, basées sur les données probantes. Si l'arrivée de cliniciens novateurs dans les années 1980, a permis la sensibilisation du milieu à d'autres approches thérapeutiques, la transformation du dispositif de soins en cliniques spécialisées, en 1994, marque un point décisif dans le développement de la thérapie cognitivo-comportementale, mais surtout dans son intégration dans le traitement quotidien de patients souffrant de problématiques diverses et dans son enseignement à des générations de cliniciens.

MOTS CLÉS thérapie cognitivo-comportementale, pleine conscience, MBCT, relaxation, psychose, anxiété généralisée, état de stress posttraumatique, thérapie comportementale dialectique, Pavillon Albert-Prévost, Hôpital Sacré-Cœur de Montréal, Québec

Cognitive-behavioral therapy at the Pavillon Albert-Prévost's specialized outpatient clinics during the last 50 years: innovations and evolution

ABSTRACT The Pavillon Albert-Prévost (PAP) has played a leading role in the development of modern psychiatry in the province of Québec. It has also been, in the francophone milieu, the teaching hospital that was the most deeply influenced by psychoanalytic theories. The arrival of somatic approaches, particularly biofeedback and relaxation, in the Psychosomatic medicine and consultation-liaison service, as introduced by Dr. Jacques Monday in the 1970s, was initially greeted with great scepticism by the majority of his colleagues at PAP. In the 1980s and 1990s, Dr. Camille Laurin, then head of the department, invited Dr. Louis Chaloult to offer a clinical supervision seminar to mental health professionals. Drs. Chaloult and Monday trained generations of clinicians in cognitive behavior therapy and relaxation therapy as, over time, these approaches both practical, efficient and effective became more widely practiced and recommended by practice guidelines in psychiatry. Dr. Chaloult with the help of Dr. Jean Goulet developed a CBT teaching curriculum for residents in psychiatry and other health care professionals, wrote an influential textbook on CBT, co-developed a widely consulted website www.tccmontreal.com providing CBT practice guides for clinicians and patients alike, became one of the first psychiatrists acting as a *psychiatre répondant* in CLSCs (teaching CBT to other members of the team in order to provide CBT in primary care), co-developed the Centre de Psychothérapie at the PAP to promote cross theoretical training in psychotherapy for residents in psychiatry and interns of other mental healthcare disciplines. In this spirit, Dre. Thanh-Lan Ngô contributed to

these endeavors and co-created with Dr. Jean Leblanc and Dre. Magalie Lussier-Valade another website www.psychopap.com dedicated to the transfer of knowledge in CBT as well as other forms of psychotherapy in order to celebrate 100 years of teaching in psychiatry at the PAP. Following the creation of specialised outpatient clinics in 1994, CBT was more widely offered and developed as a standard of care. These influential programs include those of three psychologists Dr Michel Dugas' Generalised anxiety disorder model, Pascale Brillon's teaching of trauma focussed CBT (with three books on the subject, Dr Richard Fleet's research on emergency room presentation of panic disorder. This collaborative teaching and research program included Dre. Julie Turcotte and Dr. Pierre Savard, both specialised in CBT and instrumental in training generations of psychiatrists in evidence-based treatments for severe refractory disorders. At the Early psychosis clinic, an innovative program of CBT modules adapted to the functional and symptomatic impairment level of the heterogeneous clientele was developed by Pierre Fortier and Dr. Jean-Pierre Mottard. At the Readaptation for Psychosis program, France Bérubé and Jocelyne St-Onge, offered auditory hallucinations group, metacognitive therapy, the integrated psychotherapy programme. At the Personality disorder clinic, dialectical behavior therapy groups were offered by Julie Jomphe who trained many cohorts of residents, offered adaptations to families (Family connections), adolescents, and children (in schools). At the Psychosomatic service Donald Bouthillier treated somatisation disorders with affective-cognitive behavioral therapy for somatization disorder. And finally, at the Mood disorder clinic, Drs. Ngô, Bernard Gauthier, Léon Maurice Larouche, Anne-Sophie Boulanger along with Manon Quesnel, Renée Leblanc and colleagues offered a sequential program of CBT approaches to treat severe and refractory mood disorders.

KEYWORDS cognitive-behavior therapy, Pavillon Albert-Prévost, Michel Dugas, Pascale Brillon, Pierre Fortier, Jacques Monday, Louis Chaloult

Le Pavillon Albert-Prévost (PAP) a joué un rôle de premier plan dans le développement d'une psychiatrie moderne au Québec et il a également été, en milieu francophone, l'Institution de soins et d'enseignement qui a été la plus profondément marquée par la pensée freudienne. Étant considérée à une époque comme la Mecque de la psychanalyse au Québec, l'arrivée de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est initialement accueillie avec scepticisme, mais avec l'arrivée des cliniques spécialisées à la suite de la réforme du dispositif de soins du Pavillon Albert-Prévost en 1994, elle fait partie intégrante d'une programmation clinique basée sur les données probantes auxquelles des générations de résidents en psychiatrie et autres stagiaires sont exposées et formées dans les cliniques et à travers le Centre de Psychothérapie

qui offre des formations spécialisées en psychothérapie aux étudiants et aux professionnels en pratique. Le présent article décrira l'évolution de la pratique, l'enseignement et la recherche en TCC dans un milieu de soins et d'enseignement psychiatrique spécialisés au cours de la dernière demi-décennie. En continuité avec la mission de transfert des connaissances du PAP, il sera accompagné de matériel complémentaire qui permettra d'appliquer certaines de ces approches dans différents contextes cliniques.

À partir des années 1970 : la TCC au service de médecine psychosomatique (Jacques Monday, Donald Bouthillier, Lyne Marchand)

En 1972-73, il y a fusion de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal (HSCM) avec l'Institut Albert-Prévost et on fonde le Service de psychosomatique dont les assises seront au 5^e étage à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal. Dès l'ouverture, on y accueille deux résidents et le Service devient un centre d'enseignement et de recherches cliniques. Les trois patrons psychiatres, Henri-Paul Villard, Jean Lapierre et Claude Saint-Laurent font preuve d'un grand dynamisme.

On institue les *Matinées psychosomatiques*, lieux de rencontres et d'échanges scientifiques aux deux mois avec les autres professionnels intéressés à la psychosomatique. Y participent des psychiatres et des professionnels des réseaux hospitaliers des universités Montréal, McGill, Laval et Sherbrooke. C'est au cours de ces événements que les membres de l'équipe sont sensibilisés aux approches « autogènes » et de relaxation progressive, et font la rencontre de Wolfgang Luthe (1922-1985) qui œuvre dans le réseau McGill et qui travaille intimement avec Johannes Heinrich Schultz (1884-1970). Ils sont tous deux créateurs de la thérapie autogène dite aussi d'autodécontraction concentrative. À l'époque, dans le service de psychosomatique, Jean Lapierre forme les deux résidents en stage (Pierre Morin et Jacques Monday) qui, eux, formeront tous les membres cliniciens du service : infirmières, psychologue, travailleuse sociale, ergothérapeute. L'approche par relaxation (thérapie autogène et relaxation progressive de Jacobson) ajoutera une flèche importante au carquois thérapeutique pour traiter le patient psychosomatique, souvent peu accessible à l'approche par anamnèse associative et à la thérapie d'inspiration psychanalytique nécessitant une capacité de verbalisation dont il est parfois plus ou moins bien pourvu. Dr Monday, un des protégés de Dr Luthe, traduit le premier

volume de l'ouvrage en 6 volumes portant sur le training autogène (Shultz et Luthe, 1959). Il traite des cas selon l'organosynthèse et la méditation autogène (plutôt que seulement par les exercices standards).

Dr Monday avait déjà fait une présentation au Pavillon Albert-Prévost (PAP) sur la relaxation pendant sa résidence achevée en 1975. À l'époque, le PAP avait été critiqué par des résidents, car la vision des cliniciens qui y œuvrait était exclusivement psychanalytique. Dans ce contexte, sa première présentation comme patron au PAP sur la relaxation progressive de Jacobson et sur la thérapie autogène de Schultz et Luthe est mal reçue, probablement parce que mal comprise, perçue comme menaçante, avec trop d'inconnus, voire peu sérieuse et frivole. Le présentateur est interrompu après 12 minutes, est chahuté et ne peut pas s'exprimer clairement. Il garde un souvenir amer de cette rencontre alors que son but était d'inviter à une ouverture d'esprit à quelque chose de nouveau, de présenter une approche différente, prometteuse. Son but n'était ni de convertir à une parole ou un ordre nouveau, mais de sensibiliser à une approche différente de celle exclusive d'inspiration analytique, difficilement accessible aux patients « alexithymiques ». L'alexithymie (*a lexis thymos*: une émotion sans mots) étant une caractéristique fréquemment rencontrée chez la clientèle psychosomatique. Le présentateur se voulait sensibilisant, éclairant: il s'est senti menaçant, bousculant un ordre établi, une vérité absolue... et rejeté. Ce fut une mauvaise expérience qui fut reprise plus tard après avoir été présentée avec plus de succès en d'autres milieux scientifiques que celui du PAP d'alors et différemment.

Soutenu par Dr Yvon Gauthier, directeur du Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, Dr Monday organise des présentations et des séminaires sur les approches cognitives et comportementales. Il achète une machine de biofeedback¹ qui sera utilisée par Dr Louis Chaloult à la Polyclinique Concorde et l'Hôpital Cité-de-la-Santé dans ses travaux de recherche et en clinique.

En 1999, Dr Donald Bouthillier, psychologue, se joint à la clinique externe du service de médecine psychosomatique afin d'offrir des psychothérapies d'approche cognitive comportementale aux patients

1. La machine de biofeedback capte et amplifie l'information transmise par l'organisme (température corporelle, rythme cardiaque, activité musculaire, ondes cérébrales, etc.) et les traduit en signaux auditifs ou visuels. Témoin de ces signaux, le patient parvient ainsi à décoder les messages de son corps. Avec l'aide du thérapeute, il peut ensuite apprendre à moduler ses propres réactions physiologiques.

souffrant de troubles somatoformes. Il est formé notamment à l'Unité de thérapie comportementale de l'Hôpital Douglas et au centre de recherche Fernand Seguin à plusieurs protocoles de traitement TCC dans le cadre d'études cliniques sur le traitement du trouble obsessionnel compulsif avec Dr Kieron O'Connor, psychologue. Les patients souffrants d'hypocondrie et de délire somatique se voient offrir une TCC issue des travaux de Salkovskis et des innovations de Kieron O'Connor. En 2006, les travaux d'Allen et Woolfolk (2006) ouvrent la porte sur un premier traitement TCC spécifique au trouble de somatisation ciblant spécifiquement des facteurs psychologiques à la somatisation tels que la sensibilité au stress, l'alexithymie, les conduites de maladie et l'amplification somatique. En 2014, Dre Lyne Marchand, psychologue en fonction depuis 2005, ajoutera à la palette de services, un groupe de gestion de la douleur basée sur les principes de l'ACT issu des travaux Dr Frédérick Dionne, psychologue.

À partir des années 1980 : la TCC au Centre de psychothérapie et à la Clinique des maladies affectives (Louis Chaloult, Jean Goulet et Thanh-Lan Ngô)

Ayant d'abord pratiqué comme médecin de famille dans les années 1960, Dr Louis Chaloult se spécialise en psychiatrie puis travaille au sein du programme de psychosomatique de l'Hôpital Cité-de-la-Santé de Laval (HCSL) et à la Polyclinique Concorde. Il y fait usage de la machine de biofeedback achetée par le Dr Monday lors de son passage à Cité-de-la-Santé. Il publie, avec Dr François Borgeat, sur le stress, le biofeedback et la relaxation (Chaloult, Borgeat et Elie, 1988), est coauteur d'une émission de télévision en 1984 intitulée *Mieux vivre en douceur* sur le stress et les techniques pour le contrôler (biofeedback, relaxation, musicothérapie) et produit des enregistrements de détente subliminale qui sont diffusés sur CIME-FM pendant 10 ans (1977-1987) (Borgeat et Chaloult, 1985).

Dr Louis Chaloult se forme en TCC d'abord à l'occasion d'un séminaire organisé au Pavillon Albert-Prévost par le Dr Jacques Monday en 1974 avec Dr Yves Lamontagne qui revient de son *fellowship* en thérapie comportementale au Maudsley Hospital avec Isaak Marks. La rigueur et la clarté de l'approche comportementale (exposition pour les troubles anxieux) plaisent à l'ancien omnipraticien qu'il est. Par la suite, ayant lu *A New Guide to Rational Living* de Albert Ellis et Robert Harper (1975), il se fait superviser par Dr Lucien Auger un des premiers auteurs

en psychothérapie émotive rationnelle (PER) au Québec. Il est séduit par le côté pratique et la facilité d'accès de cette approche qui contraste avec l'approche psychodynamique adoptée par la majorité à l'époque. Cet intérêt pour la PER le conduit à la thérapie cognitive de Aaron Beck démontrée efficace par un grand nombre d'études cliniques. Il assiste à un congrès à Oxford en 1983 où Ellis et Beck débattent, puis à des formations sur la TCC offertes par Olivier Chambon et Jean Cottraux à l'occasion de la Quinzaine scientifique organisée au PAP par Dr Arthur Amyot. Il organise ensuite un séminaire avec le Docteur Gilbert Pinard, formé au Beck Institute à l'HCSL en 1987.

Ayant appliqué cette thérapie de façon soutenue et répétée et ayant constaté son efficacité pour un grand nombre de pathologies, il l'enseigne aux médecins et aux autres professionnels de la santé. Il le fait d'abord de 1980 à 1990, comme responsable de l'enseignement de la psychiatrie aux résidents en médecine familiale de l'HCSL, puis de 1990 à 1998 aux résidents en psychiatrie de l'Université de Montréal lorsque le Dr Jacques Monday lui demande d'animer un séminaire hebdomadaire combinant l'enseignement théorique et pratique de la TCC au Service de Psychosomatique de l'HSCM. En 1998, la Dre Christiane Bertelli, chef du PAP, lui propose d'assumer la responsabilité des cours théoriques sur la TCC à l'intention de l'ensemble des résidents en psychiatrie de l'Université de Montréal. Il monte alors un bloc de cours de 45 h sur la TCC avec le Dr Jean Goulet reconnu pour l'excellence de sa pédagogie et son sens de l'organisation. Dr Goulet travaille avec Dr Chaloult à Cité-de-la-Santé depuis les années 1980 et s'initie à la TCC avec lui. Il donne une centaine de formations en TCC seul, parfois avec Dr Chaloult puis Dre Thanh-Lan Ngô, de retour de formation complémentaire en TCC en 2002 (ayant complété un *fellowship* au Oxford Cognitive Therapy Center et une maîtrise en TCC à King's College à Londres), à la demande de plusieurs centres hospitaliers et cliniques médicales à travers la province. À partir de 1996, les Drs Chaloult puis Goulet supervisent, comme psychiatres répondants, des cliniciens intéressés à se former en TCC aux Centre local de services communautaires (CLSC) des Mille-Îles et Jean-Olivier-Chénier afin de leur permettre d'offrir cette approche aux patients en première ligne. Parmi, ceux-ci, on retrouve les Dres Marie-France Pannetier et Sanda Kaufman, omnipraticiennes. Dre Pannetier avec sa collègue Dre Danièle Pelletier, offrent un programme de thérapies de groupe de TCC au CLSC (gestion du stress, activation comportementale, thérapie cognitive, thérapie cognitive basée sur la

pleine conscience, thérapie d'acceptation et d'engagement, thérapie des schémas).

Ils élaborent ensemble, dès 2000, un programme de formation en TCC dans le cadre de l'offre de formation continue du Centre de psychothérapie du Pavillon Albert-Prévost. Ce programme s'adresse aux professionnels de la santé et aux médecins. C'est dans ce cadre que des centaines de cliniciens sont formés en TCC, dont Régine Denesle, psychothérapeute au Centre d'étude avancée en médecine du sommeil de l'HSCM qui y propose, par la suite, des groupes de TCC de l'insomnie. Ces groupes sont maintenant animés par Mélanie Vendette, psychologue.

Dr Chaloult enseigne aussi la TCC avec Dr François Borgeat à l'Université de Lausanne en Suisse dans les années 1990 lorsque celui-ci y devient directeur de Département de psychiatrie adulte.

Dr Chaloult avait, pour ces diverses formations, commencé à rédiger des notes de cours qui deviennent, en 2008, un livre de référence en TCC largement cité et utilisé au collégial et à l'université pour enseigner la TCC (Chaloult et coll., 2008). Ce livre, *La thérapie cognitivo-comportementale* est rédigé en collaboration avec les Drs Ngô et Goulet ainsi que Pierre Cousineau, un psychologue, qui avait longtemps travaillé à Cité-de-la-Santé. S'étant formé en thérapie des schémas avec Jeffrey Young, il est devenu l'un des seuls formateurs de cette approche au Québec. Le livre reçoit le prix de la réalisation de l'année décerné par l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) en 2009.

En 2013, les Drs Goulet et Chaloult, assistés par la Dre Ngô, créent un site internet dédié au transfert de connaissances en TCC: www.tccmontreal.com. Ce site propose, gratuitement, des guides de pratique de TCC que Dr Chaloult a élaborés depuis les années 1990, avec plusieurs collègues, principalement Dr Goulet. Ces guides offrent une information concise, pratique et à jour sur l'évaluation, le traitement pharmacologique et TCC de plusieurs troubles mentaux. Ce site reçoit lui aussi le prix de la réalisation de l'année par l'AMPQ et est largement consulté par les cliniciens et les patients de la francophonie (plus de 750 000 clics à date). Ces guides sont aussi utilisés dans des programmes de maîtrise et de doctorat partout dans la francophonie et sont cités dans des énoncés de pratique internationaux (Riemann et coll., 2017). Ils sont enseignés dans le programme de médecine familiale et de psychiatrie à l'Université de Montréal. Ils sont cités dans la presse populaire, entre autres, parce qu'on y trouve des guides d'autosoins pour les patients (Therrien, G., 2018).

Sur le plan organisationnel, Dr Chaloult participe à la fondation, en 1997, du Centre de psychothérapie du Pavillon Albert-Prévost qui se spécialise dans l'enseignement de la psychothérapie (analytique, cognitivo-comportementale, systémique et interpersonnelle) et dont la philosophie est le partage de connaissances entre les différents courants de psychothérapie et l'interdisciplinarité dans l'offre de service en psychothérapie. Ce centre accueille depuis ses débuts des résidents seniors, internes en psychologie et *fellow* qui souhaitent se spécialiser en psychothérapie.

Ayant quitté l'Hôpital Cité-de-la-Santé en 1999, Dr Chaloult travaille au Service de psychosomatique, à la Clinique des troubles anxieux puis à la Clinique des maladies affectives du PAP. Il y supervise jusqu'en 2010 des résidents, des médecins et autres professionnels de la santé et offre de la TCC en individuel aux patients souffrant de maladies affectives réfractaires.

Dre Thanh-Lan Ngô, en collaboration avec des médecins (Drs Bernard Gauthier, Léon-Maurice Larouche, Anne Sophie Boulanger, Ouanessa Younsi, François Trottier-Duclos), des infirmières (Line Roy, Manon Quesnel, Marie-France Turgeon, Elena Guzu), deux psychologues (Renée Leblanc et Dre Annie Latrémouille-Viau) et deux ergothérapeutes (Chantal Gruslin et France Bérubé), prennent la relève sur le plan clinique en offrant dès 2002 une programmation séquentielle de psychothérapie de groupe surtout de TCC de la 2^e et 3^e vague pour des maladies affectives réfractaires dont des protocoles sont disponibles en annexe à cet article (psychoéducation de la dépression et du trouble bipolaire, réACTtivation comportementale, TCC, thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, thérapie dialectique comportementale transdiagnostique et, à travers les années, thérapie centrée sur la compassion, thérapie des schémas et thérapie centrée sur les familles) et un séminaire de formation en TCC. Dre Ngô, au terme d'une formation en thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) au Center for Mindfulness studies de Toronto devient mentor dans cette approche, forme les résidents et autres cliniciens qui souhaitent devenir accrédités dans cette approche et, entre autres, est rédactrice invitée d'un numéro spécial portant sur *La Pleine conscience et la Psychiatrie* de la revue Santé mentale au Québec en 2013. Cet ouvrage, un travail de collaboration avec d'autres cliniciens et chercheurs qui offrent des TCC dites de la troisième vague au Québec et ailleurs, obtient le prix de la réalisation de l'année de l'AMPQ en 2015. Par la suite, en 2019, pour célébrer les 100 ans du PAP, elle codirige avec les Drs Magalie Lussier-

Valade et Jean Leblanc, une équipe de psychiatres du PAP qui lance un nouveau site web www.psychopap.com offrant des miniguides de pratique pour différents types de psychothérapie et des ressources d'autothérapie pour les patients.

Après le départ de Dr Chaloult du PAP en 2010, la responsabilité du module de TCC du Centre de psychothérapie est assumée tour à tour par les Drs Ngô, M^{me} Quesnel, infirmière clinicienne qui a été formée par Dr Chaloult, qui anime plusieurs groupes de TCC et qui offre plusieurs formations en TCC dans différents hôpitaux et à l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale, et Dre Anne-Sophie Boulanger de retour de *fellowship* en TCC à l'Université McGill en 2016. Celle-ci assume également la responsabilité, avec le Dr Goulet du bloc d'enseignement des troubles anxieux au sein de la résidence en psychiatrie et s'implique dans l'enseignement de la TCC au PAP ainsi que dans le transfert des connaissances en TCC via www.psychopap.com.

À partir des années 1990 : la TCC à la Clinique des troubles anxieux (Michel Dugas, Pascale Brillon, Pierre Savard et Julie Turcotte)

Après l'instauration du dispositif de soins en cliniques spécialisées en 1994, chacune de celles-ci s'est penchée, à partir de revues de littérature, sur ce que devraient être les soins à offrir à leur clientèle pour obtenir des résultats optimaux. C'est donc tout naturellement que la Clinique des troubles anxieux a orienté son approche vers la thérapie cognitivo-comportementale. Elle est fondée par les Drs Lucie Fortin et Léon Maurice Larouche. Dre Fortin avait complété pendant sa résidence une formation d'un an à la Clinique de thérapie comportementale sous la supervision des Drs Frédéric Grunberg, André Marchand et Jean-Marie Boisvert. Recrutée par Dr Camille Laurin, Dre Fortin menait des projets de recherche avec Réjean Fontaine à l'Hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine et au Pavillon Albert-Prévost au début des années 1990. Le Dr Larouche, pour sa part, avait lors de sa formation de résidence dans les années 1970, été en contact avec le Dr Albert Ellis, fondateur de l'approche Émotivo-Rationnelle, proche cousine de la TCC. Il avait un intérêt particulier pour la TCC de l'état de stress posttraumatique (Larouche, 1999) et il est devenu par la suite, l'un des premiers cliniciens à enseigner et pratiquer le Système psychothérapie basé sur l'analyse cognitivo-comportementale (CBASP), la thérapie

cognitive basée sur la pleine conscience et l'autocompassion en pleine conscience au Québec. Ensemble, avec Nicole Roberge, infirmière, et Dre Chantal Cordeau, omnipraticienne, ils formèrent un groupe de cosupervision de TCC. Cette approche était de plus en plus acceptée au PAP même si certains psychanalystes en déploraient la simplicité, la comparant à un traitement que des omnipraticiens offriraient, plutôt que des psychiatres.

À la fin des années 1990, l'équipe recrute des psychiatres ayant une solide formation en TCC, et des psychologues spécialisés en TCC des troubles anxieux. Les Drs Louis Chaloult, Pierre Savard, Julie Turcotte et plus récemment la Dre Anne-Sophie Boulanger, se sont tous dévoués à superviser les résidents en psychiatrie désirant développer leurs aptitudes et connaissances en TCC tout en publiant plusieurs articles (Anderson et coll., 2012; Dugas et coll., 2007, 2010; Koerner et coll., 2004) et donnant maintes formations aux omnipraticiens et autres professionnels souhaitant maîtriser cette approche.

L'apport des psychologues travaillant à la Clinique des troubles anxieux au développement de la TCC à Montréal ne saurait être assez souligné. Les Dr Richard Fleet, psychologue, Julie Turcotte et Pierre Savard, psychiatres, ont contribué aux efforts de développement de la TCC pour les patients souffrant de trouble panique avec agoraphobie (Fleet et coll., 1996) ou encore pour aider ceux désirant se sevrer des benzodiazépines, en collaborant à des projets de recherche de l'Institut Fernand-Séguin (O'Connor et coll., 2003, 2004). Le Dr Michel Dugas, psychologue, récipiendaire en 2017 du prix Donald O'Hebb de la Société de psychologie canadienne pour son travail exceptionnel dans le domaine des troubles anxieux, a continué de développer des protocoles de traitement pour les patients souffrant de trouble d'anxiété généralisée (TAG) et d'étudier leur efficacité, en collaboration avec les Drs Julie Turcotte, Pierre Savard, Éric Bugeaud et Thu-Van Dao, tous psychiatres. Ces protocoles de traitement sont maintenant devenus la norme de soins dans ce domaine au niveau international (NICE, 2011). Nous ne saurions passer sous silence la grande contribution de la Dre Pascale Brillon, Ph. D. en psychologie, pour ce qui est de diffuser les dernières connaissances quant à l'évaluation et au traitement du trouble de stress posttraumatique (TSPT). En effet, en plus de rédiger 3 livres sur le TSPT qui font référence dans la francophonie: *Se relever d'un traumatisme: réapprendre à vivre et à faire confiance* (2010), *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique* (2013), et *Quand la mort est traumatique. Passer du choc à la sérénité* (2012), la Dre Brillon a offert

plus de 500 ateliers partout dans le monde sur le traitement du TSPT, tout en continuant d'avoir une pratique clinique et de superviser internes en psychologie et résidents en psychiatrie en stage à la Clinique. Les Dres Alisson Arbour-Poirier, Joanne Labrecque, Geneviève Gauthier et Annie Latrémouille-Viau, psychologues, continuent à présent la tradition d'excellence dans la TCC des troubles anxieux réfractaires. Plus récemment, des groupes basés sur ACT pour l'anxiété sociale et des groupes de gestion des émotions basés, entre autres, sur la thérapie comportementale dialectique en préparation à la thérapie individuelle pour les troubles anxieux sévères et réfractaires sont proposés.

À partir des années 1990 : la TCC dans le traitement et la réadaptation des premiers épisodes psychotiques chez les jeunes adultes, à la Clinique du Dr Jean-Pierre Mottard (Pierre Fortier)

Dans la foulée de la réorganisation du Département de psychiatrie de l'HSC en cliniques spécialisées, une équipe dirigée par le Dr Jean-Pierre Mottard, fut chargée d'élaborer un programme d'interventions pour les jeunes adultes âgés de 18 à 30 ans souffrant d'un premier épisode psychotique lié au spectre de la schizophrénie. Dr Mottard, Dr Jean-Pierre Rodriguez et Pierre Fortier s'inspirèrent alors des travaux du Dr McGorry (1997) en Australie; de Falloon et coll. (1996) en Angleterre; de Liberman, (1989) aux États-Unis; de McGlashan et Johannessen, (1996) en Norvège et plusieurs autres, pour élaborer le programme selon les données probantes et les meilleures pratiques. Il s'ensuivit les principes suivants : 1) une prise en charge d'une durée de deux à cinq ans afin de traiter adéquatement les symptômes de la schizophrénie et les comorbidités associées ainsi que pour améliorer de façon optimale le fonctionnement social et occupationnel; 2) un traitement aussi précoce que possible pour diminuer la durée de la psychose non traitée; 3) une relation thérapeutique significative et durable; 4) un suivi médical et pharmacologique continu et personnalisé; 5) des interventions auprès des familles et des proches; 6) des interventions individuelles et de groupe selon l'approche cognitivo-comportementale. Dans sa forme la plus achevée, le programme de thérapie d'approche cognitivo-comportementale (TCC) de la clinique externe se compose de trois volets relativement distincts (Fortier et Mottard, 2005).

Le premier est la TCC pour la psychose. L'approche et les techniques utilisées s'inspirent principalement des travaux de Kingdon et

Turkington (2005) et de Chadwick, Birchwood et Tower (1996). Les séances individuelles hebdomadaires s'accompagnent d'exercices à réaliser dans l'environnement du client. Le plan d'intervention est personnalisé suite à l'analyse fonctionnelle. La psychothérapie se pratique en complémentarité avec les effets des neuroleptiques. Dans un premier temps, il s'agit d'amener le client à accepter l'idée que les hallucinations et les croyances interprétatives qui les accompagnent demeureront un certain temps. Le thérapeute l'aide à composer avec l'expérience psychotique tout en l'encourageant à s'engager dans son traitement et dans des actions simples lui permettant d'agir sur le contexte dans lequel les symptômes se manifestent. Il l'incite à collaborer avec lui et l'équipe pour réduire au maximum les symptômes psychotiques. Le thérapeute utilise des stratégies éducatives pour aider le client à comprendre les phénomènes hallucinatoires, les croyances interprétatives et les différentes options thérapeutiques. Par la suite, il enseigne au client les techniques d'autocontrôle regroupées en stratégies cognitives, comportementales, sensorielles ou physiologiques favorisant un meilleur contrôle sur ce qu'il perçoit et ressent, tout en facilitant son engagement dans des activités significatives malgré la présence des symptômes psychotiques. Des exercices de défusion cognitive et de distanciation peuvent également bonifier ces interventions. Lorsque les symptômes psychotiques diminuent, l'exposition à des techniques d'intervention plus exigeantes devient possible. Il s'agit de stratégies telles que l'analyse critique et la remise en cause du contenu des hallucinations et des idées délirantes visant à semer des doutes et à générer des idées et croyances alternatives; ainsi que des séances planifiées d'exposition *in vivo*/épreuve de la réalité qui consistent à exposer le client à l'expérience psychotique sans fuir, jusqu'à une réduction significative de l'anxiété. Tout en permettant l'habituation, cette dernière stratégie facilite la prise de conscience que les conséquences redoutées et prédites par les voix et les croyances délirantes ne se produiront pas.

Le second volet du programme TCC s'adresse aux symptômes négatifs et plus particulièrement à l'avolition, l'anhédonie et l'asocialité qui conduisent à un appauvrissement des activités de la vie quotidienne et productive. Ce volet s'inspire de la thérapie par l'activation comportementale de Jacobson, Martell et Dimidjian, (2001) adaptée aux symptômes négatifs avec l'apport des modèles de Liberman et coll. (1989) et de Rector, Beck et Stolar, (2005). La TCC a pour objectif d'aider le client à modifier graduellement ses habitudes de vie par l'instauration de

meilleures routines de vie avec l'ajout de tâches, d'activités sociales, d'exercices physiques et de loisirs, en dépit de son manque de motivation et de volonté. Les rencontres hebdomadaires qui s'étendent jusqu'à 6 mois consistent à définir avec lui quelques objectifs simples et à planifier les tâches ou les activités qu'il accepte de réaliser dans son milieu de vie. Un retour sur les devoirs est effectué à chaque séance. L'objectif ultime est que le client retrouve une vie active en s'engageant dans des activités significatives selon ses valeurs.

Le troisième volet est la TCC de groupe axée principalement sur le développement de compétences sociales. Chaque année, 32 clients du programme participent à la TCC de groupe. Il se divise en quatre sous-programmes définis selon un continuum de niveaux de fonctionnement cognitif et social allant de faible à élevé. Chaque groupe est constitué de 8 participants de même niveau fonctionnel. Cette structure permet d'adapter le processus thérapeutique et le contenu des séances à leurs besoins spécifiques. Les rencontres hebdomadaires de deux heures, qui sont dirigées par un psychothérapeute et un ergothérapeute, débutent en septembre et se terminent en juin. Le contenu du programme de chacun des groupes s'enchaîne selon une séquence déterminée. Les groupes comportent des séances éducatives; d'exposition à l'anxiété sociale; d'entraînement aux habiletés de communication et de développement de compétences sociales. La TCC est adaptée au processus de résolution du premier épisode psychotique et d'intégration sociale et aux activités productives. Les exercices à domicile sont élaborés par les deux thérapeutes pivots.

Comme une forte proportion des jeunes psychotiques présentent des troubles concomitants tels qu'un trouble anxieux, un trouble obsessionnel compulsif, un trouble dépressif majeur et autres, la clinique offre également de la TCC spécifique à ces problématiques.

L'équipe actuelle des Drs Jean-Gabriel Daneault et Chantal Sansfaçon, psychiatres, Edith Lefebvre, ergothérapeute et psychothérapeute, ainsi que Chantal Gruslin, ergothérapeute, prend la relève pour offrir ce programme intégré efficient et efficace.

À partir des années 1990 : le programme de réadaptation à la Clinique des troubles psychotiques sévères et persistants (France Bérubé et Jocelyne St-Onge)

Les difficultés vécues par cette clientèle sont multiples : idées de persécution, méfiance, hallucinations, trouble du jugement, difficulté à

exprimer leur pensée, baisse de motivation, retrait social, difficulté de planification, d'organisation, de prise de décision, de concentration et de mémoire de travail. Des problèmes de comorbidité dont l'abus de substance, des symptômes dépressifs, de l'anxiété sociale, les attaques de panique et les troubles de personnalité associés. La majorité a également vécu plusieurs échecs tant à l'école qu'au travail. Considérant la recherche et les données probantes, de nombreuses interventions individuelles et de groupe de réadaptation en ergothérapie ont été implantées afin de répondre aux besoins spécifiques de la clientèle. On propose une offre de services variés dont :

1. Le groupe IPT (*Integrated psychological therapy-réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive*) qui comporte plusieurs modules à complexité croissante. Les activités d'apprentissage incluent la psychoéducation, le jeu de rôle, la résolution de problèmes, la rétroaction et les exercices in vivo. Plusieurs études expérimentales ont vérifié l'efficacité du programme IPT au cours des 25 dernières années. Entre autres, Müller et coll. (2007) en ont fait un bilan dans une méta-analyse;
2. Un groupe abordant les cognitions sociales. Ce groupe d'entraînement des habiletés métacognitives a été élaboré par Morritz et Woodward (2007) et ses principaux objectifs sont d'améliorer la capacité à comprendre les intentions d'autrui, de comprendre les facteurs qui influencent la mémoire et d'arriver à formuler différentes hypothèses face à une situation;
3. Un groupe pour améliorer les capacités nécessaires pour vivre de façon autonome en appartement. Celui-ci aborde différents thèmes de la vie domestiques, la cuisine, le budget, les loisirs et les transports;
4. Un groupe portant sur les hallucinations auditives afin de rétablir une vie significative malgré la présence de symptômes de la maladie, partager l'expérience des voix et développer des stratégies cognitives d'adaptation.

À partir des années 2000 : la thérapie comportementale dialectique à la Clinique des troubles relationnels (Julie Jomphe)

Dre Julie Jomphe coanimait des groupes de thérapie comportementale dialectique (TCD) avec Mme Janie Guenette, ergothérapeute, depuis que celle-ci avait perdu sa cothérapeute dans une clinique externe de l'Hôpital Pierre-Legardeur au début des années 2000. Énergisée par la pratique de cette thérapie qui augmentait son efficacité comme

thérapeute et le plaisir dans son travail, elle a ensuite contribué à développer des services pour les patientes et les patients présentant un trouble de personnalité limite, de même qu'à l'enseignement de cette thérapie recommandée par les énoncés de pratique (NICE, 2009) et basée sur des données probantes (Stoffers-Winterling et coll., 2015) pour une clientèle à haute utilisation de services, à haute comorbidité et à hauts besoins.

En 2009, à la suite de plusieurs discussions avec la Dre Christiane Bertelli, fondatrice de la première clinique externe francophone spécialisée dans le traitement des troubles de personnalité au Québec, elle accepte d'offrir des groupes de TCD au Pavillon Albert-Prévost afin de permettre à la population desservie par cet hôpital d'avoir accès à une psychothérapie basée sur des données probantes et à des résidents en psychiatrie et tout autre professionnel de la santé intéressé d'être initiés à cette approche. Elle forme, entre autres, les Dres Ngô, qui importe ensuite cette approche à la clinique des maladies affectives, et Florence Chanut, chef médical de la clinique, qui souhaite élargir ses compétences (ayant, entre autres, animé un groupe ciblant l'état de stress posttraumatique en comorbidité avec l'abus de substances basé sur le protocole « À la recherche de sécurité » de Lisa Najavits (Najavits, 2002), et augmenter l'offre de services temporairement, éviter des ruptures de services, de même que « connaître de l'intérieur » cette approche et la promouvoir. Des infirmières (Daricard Boudreau, Mélanie Dallaire), ergothérapeutes (Winnie Daniel, Caroline Patenaude) et résidents se succèdent comme cothérapeute dans ces groupes. Ceci permet à 2 groupes de TCD d'être offerts en parallèle par une très petite équipe de professionnels. L'équipe est renforcée cette année par une psychiatre, Dre Andréanne Filion-Quenneville, formée au terme d'un *fellowship* en Suisse dans une clinique spécialisée dans le traitement des troubles de personnalité en TCD et en thérapie basée sur la mentalisation.

Au congrès de l'International Society for the Study of Personality Disorders (ISSPD) en 2015, Dre Jomphe s'initie aux ateliers Connexions familiales qui enseignent les compétences TCD aux familles des personnes souffrant de TPL ce qui permet à des patients considérés comme réfractaires au traitement de devenir « répondeurs au traitement » (Hoffman et coll., 2005). Accompagnée des membres de son équipe de Le Gardeur, elle se forme auprès d'Alan Fruzzetti, un des concepteurs de cette approche innovante. Habituellement, seulement offerte aux bénévoles formés plutôt qu'à des professionnels de la santé,

cette formation est maintenant offerte par l'organisation National Education Alliance for Borderline Personality Disorder (NEABPD) et Sashbear, qui chapeaute la formation au Canada aux autres professionnels de la santé qui pourront ensuite former des bénévoles. Avec Dre Chanut, elle contribue à la mise sur pied de ces ateliers au Pavillon Albert-Prévost en s'assurant que les bénévoles aient accès à des locaux au sein de l'hôpital. À date, 3 séries d'ateliers ont été offertes gratuitement à 45 familles.

Dre Jomphe développe actuellement des groupes de TCD-A à l'Hôpital Pierre-Legardeur pour agir de façon plus précoce, afin de diminuer la souffrance, les séquelles du TPL, les traumatismes et offrir une possibilité de changer la trajectoire de jeunes présentant un tel type de profil. Elle est formée par Alec Miller et Jill Rathus qui militent pour l'introduction de la TCD dans les écoles. Dans cette optique, elle offre ainsi, au Collège L'Assomption à l'automne 2019, des groupes de TCD-STEPS-A (enseignement des compétences comme matière scolaire) développés par James et Elizabeth Mazza (Mazza et coll., 2016). Des techniciennes en éducation spécialisées (TES) ciblent des élèves dans le besoin et assistent aux ateliers dans le but de pouvoir les redonner ensuite elles-mêmes. Les TES et les élèves témoignent beaucoup de reconnaissance, mentionnant la pertinence des outils et des ateliers. Elle fait un projet pilote au printemps 2019, dans une école primaire du secteur du PAP, l'Atelier, avec le concours d'un ergothérapeute, Pierre Thériault, et la directrice d'école, Kim Marleau. Elle offre aux parents de tous les élèves de même qu'aux élèves de maternelles, les bases des outils efficaces pour une saine gestion des émotions.

Pour son travail acharné et créatif au service des personnes souffrant de TPL, elle reçoit un prix de l'AMPQ pour l'excellence de son travail clinique au quotidien en 2018.

Conclusion

Initialement reconnu pour sa tradition d'excellence dans le traitement des pathologies psychiatriques graves par la psychanalyse dans les années 1950 et suivantes, le PAP devient, avec la transformation du dispositif de soins en programmes clientèle en 1994, un lieu où on développe, applique et enseigne des approches cognitivo-comportementales efficaces, efficientes et innovantes malgré une relative pauvreté des ressources en professionnels. Ces protocoles sont ensuite disséminés à travers le Québec et ailleurs par le biais d'ateliers de

formation, de supervision et de publications offertes, entre autres, gratuitement sur des sites internet dont la portée dépasse largement les murs de l'institution.

Matériel complémentaire sur

<https://www.psychopap.com/la-therapie-cognitivo-comportementale-dans-les-cliniques-specialisees-du-pavillon-albert-prevost-dans-les-50-dernieres-annees-innovations-et-evolution/>

Protocoles de groupe :

- Thérapie cognitivo-comportementale des troubles de l'humeur : [présentation PowerPoint](#) et [protocole](#) ;
- Thérapie comportementale dialectique transdiagnostique : [présentation PowerPoint](#) et [article](#) ;
- Thérapie d'acceptation et d'engagement : [présentation PowerPoint](#), [protocole](#) ;
- Activation comportementale : présentation PowerPoint, [protocole](#) (IUSMM), [texte d'introduction](#) (Melanie Fennell) ;
- Approche métacognitive de la psychose : [protocole](#) et [matériel pour les participants](#) ;
- [Hallucinations auditives](#) : [session 1](#), [session 2](#), [session 3](#), [session 4](#), [session 5](#), [session 6](#), [session 7](#), [session 8](#) ;
- Psychothérapie intégrée (de Brenner) : [protocole](#) ;
- MBCT : [présentation PowerPoint](#), [cahier du participant](#) ;
- Autocompassion : cahier du [participant](#) et de l'instructeur [1](#) et [2](#) (Léon Maurice Larouche et Manon Quesnel) ;
- Thérapie centrée sur les familles (trouble bipolaire) : [présentation PowerPoint](#), cahier du participant ;
- Guides de pratique TCC pour les thérapeutes : www.tccmontreal.com et www.psychopap.com ;
- Manuels/brochures/infographies pour les patients (Louis Chaloult, Jean Goulet, Thanh-Lan Ngô, Magalie Lussier-Valade) : www.tcc-montreal.com et www.psychopap.com ;

Présentations PowerPoint :

- Programme de la clinique des jeunes psychotiques (Pierre Fortier) : [présentation PowerPoint](#) et [article](#) sur les groupes ;
- La thérapie comportementale dialectique : présentations PowerPoint [adultes](#), [adolescents](#) et [article](#) sur les groupes (Julie Jomphe) ;
- Le [traitement de la somatisation par la TCC](#) (Donald Bouthillier) ;
- La relaxation : [cours](#), [exercices](#) et [lectures préalables](#) (Jacques Monday).

Articles sur la TCC pour les omnipraticiens :

- Bouthillier, G., Savard, P., Brillon, P. et Dugas, M. (2001). [La thérapie cognitivo-comportementale. Première partie : trois outils pratiques à utiliser au bureau](#). *Le clinicien* ;
- Bouthillier, G., Savard, P., Brillon, P. et Dugas, M. (2001). [Deuxième partie : l'exposition et la restructuration cognitive](#), *Le clinicien* ;
- Brillon, P. et Savard, P. (2002). [Aider une victime de traumatisme](#). *Le clinicien* ;
- Dugas, M., Leblanc, R., Savard, P., Gaudet, A. et Turcotte, J (2004). [Le trouble d'anxiété généralisée : ça se passe dans la tête ?](#) *Le clinicien* ;
- Gaudet, A., Savard, P. et Brillon, P. (2002). [L'insomnie](#). *Le clinicien* ;
- Savard, P. et Bugeaud, E. (2016). [Les troubles anxieux à l'ère du DSM-5](#). *Le clinicien plus*.

RÉFÉRENCES

- Anderson, K. G., Dugas, M. J., Koerner, N., Radomsky, A. S., Savard, P. et Turcotte, J. (2012). Interpretive style and intolerance of uncertainty in individuals with anxiety disorders: A focus on generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 26(8), 823-832.
- Borgeat, F. et Chaloult, L. (1985). Une expérience de détente par une méthode radiodiffusée. *Santé mentale au Canada*, 33(1), 11-14.
- Brillon, P. (2010). *Se relever d'un traumatisme: réapprendre à vivre et à faire confiance*. Montréal, Canada: Québecor.
- Brillon, P. (2012). *Quand la mort est traumatique*. Montréal, Canada: Québec-Livres.
- Brillon, P. (2013). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique: guide à l'intention des thérapeutes*. Montréal, Canada: Québec-Livres.

- Chadwick, P. D., Brichwood, M. et Tower, P. (1996). *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Chichester, R.-U.: John Wiley & Sons.
- Chalout, L., Borgeat, F. et Elie, R. (1988). Utilisation de suggestions préconscientes et conscientes combinées à des musiques comme technique de relaxation. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 33(8), 734-740.
- Chalout, L. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale: théorie et pratique*. Montréal, Canada: Gaëtan Morin.
- Dugas, M. J., Brillon, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Ladouceur, R., ... Gervais, N. J. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 41(1), 46-58.
- Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Laugesen, N., Robichaud, M., ... Koerner, N. (2007). Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behavior therapy*, 38(2), 169-178.
- Edwards, R. R., Dworkin, R. H., Sullivan, M. D., Turk, D. C. et Wasan, A. D. (2016). The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain. *The Journal of Pain*, 17(9), T70-T92.
- Ellis, A. et Harper, R. A. (1975). *A new guide to rational living*. North Hollywood, CA: Wilshire Books.
- Falloon, I. R. H., Kydd, R. R., Cooverdale, J. H. et Laidlaw, T. M. (1996). Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 271-282.
- Fleet, R. P., Dupuis, G., Marchand, A., Burelle, D., Arsenault, A. et Beitman, B. D. (1996). Panic disorder in emergency department chest pain patients: prevalence, comorbidity, suicidal ideation, and physician recognition. *The American journal of medicine*, 101(4), 371-380.
- Fortier, P. et Mottard, J. P. (2005). Approches cognitivo-comportementales de groupe dans la prise en charge précoce de jeunes adultes schizophrènes. *PSN*, 3(1), S53-S68.
- Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., Neiditch, E. R., Penney, D., Bruce, M. L., ... Struening, E. (2005). Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family process*, 44(2), 217-225.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. et Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Jomphe, J. (2013). La thérapie comportementale dialectique: recension des écrits scientifiques sur les groupes et applications dans une clinique de psychiatrie générale. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 83-109.
- Koerner, N., Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J. et Marchand, A. (2004). The Economic Burden of Anxiety Disorders in Canada. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 45(3), 191.

- Kingdon, D. G. et Turkington, D. (2005). *Cognitive Therapy of Schizophrenia*. New York, NY : Guilford Press.
- Larouche, L. M. (1999). Troubles reliés au stress intense. Dans P. Lalonde, J. Aubut, F. Grunberg et coll. (Eds.), *Psychiatrie clinique: une approche biopsychosociale, Tome I: Introduction et syndromes cliniques* (p. 378-395). Montréal, Canada : Gaëtan Morin.
- Liberman, R. P., DeRisi, W. P. et Mueser, K. T. (1989). *Social Skills Training for Psychiatric Patients*. New York, NY : Permamon Press.
- Mazza, J. J., Dexter-Mazza, E. T., Miller, A. L., Rathus, J. H. et Murphy, H. E. (2016). *DBT? Skills in Schools: Skills Training for Emotional Problem Solving for Adolescents Dbt Steps-a*. New York, NY : Guilford Publications.
- McGlashan, T. H. et Johannessen, J. O. (1996). Early Detection and Intervention With Schizophrenia: Rationale, *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 201-222.
- McGorry, P. D. (1997). *The Early Psychosis Training pack, EPPIC Program*. Melbourne, Australie : EPPIC Statewide Services.
- Moritz, S. et Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current opinion in psychiatry*, 20(6), 619-625.
- Müller, D., Roder, V. et Brenner, H. D. (2007). Effectiveness of Integrated Psychological Therapy for schizophrenia patients: A meta-analysis including 28 independent studies. *Nervenarzt*, 78(1), 62-73.
- Najavits, L. (2002). À la recherche de la sécurité: *Guide de traitement de l'ÉSPT et de l'abus de substances*. New York, NY : Guilford Press.
- Ngô, T.L. (2013). Pleine conscience et psychiatrie. *Santé mentale au Québec*. 38(2), 7-313.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2011). *Generalised anxiety disorder in adults: management in primary, secondary and community care*. Leicester, R.-U. : British Psychological Society.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2009). *Borderline personality disorder: treatment and management*. Leicester, R.-U. : British Psychological Society.
- O'Connor, K. P., Marchand, A., Bélanger, L., Mainguy, N., Landry, P., Savard, P., ... Lachance, L. (2004). Psychological distress and adaptational problems associated with benzodiazepine withdrawal and outcome: a replication. *Addictive behaviors*, 29(3), 583-593.
- O'Connor, K., Marchand, A., Brousseau, L., Mainguy, N., Landry, P., Savard, P., ... Robillard, S. (2003). Évaluation d'un programme d'aide au succès de sevrage des benzodiazépines. *Santé mentale au Québec*, 28(2), 121-148.
- Rector, N. A., Beck, A. T. et Stolar, N. (2005). The negative symptoms of schizophrenia: a cognitive perspective. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(5), 247-257.

- Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groselj, L., Ellis, J. G., ... Hertenstein, E. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of sleep research*, 26(6), 675-700.
- Shultz, J. H. et Luthe, W. (1959). *Autogenic training: A psychophysiologic approach in psychotherapy*. New York, NY: Grune & Stratton.
- Stoffers-Winterling, J. M., Völm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N. et Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8).
- Therrien, G. (2018, octobre). *Si vous cherchez le sommeil*. Cyberpresse. Récupéré le 14 février 2020 http://mi.lapresse.ca/screens/d14422b4-b69f-4fb9-b7fa-8d8846842668__7C___0.html
- Woolfolk, R. L. et Allen, L. A. (2006). *Treating somatization: A cognitive-behavioral approach*. New York: Guilford Press.

www.psychopap.com : améliorer l'accès à la psychothérapie par le transfert des connaissances aux patients et aux futurs thérapeutes

Magalie Lussier-Valade^a

Thanh-Lan Ngô^b

Jean Leblanc^c

RÉSUMÉ La psychothérapie est un traitement efficace pour plusieurs troubles mentaux. Elle est, toutefois, peu accessible pour différentes raisons, dont son coût, la façon de l'offrir et la disponibilité locale des thérapeutes. Par ailleurs, l'accès à la formation en psychothérapie pour les futurs thérapeutes peut être compliqué par différents facteurs incluant le manque de ressources adaptées à différents contextes de pratique et la difficulté à obtenir une supervision. Dans ce contexte, un site web offrant des documents d'autothérapie aux patients, des miniguides de formation dans différents types de psychothérapies basées sur des données probantes, des suggestions d'articles et livres phares, des capsules vidéo expliquant les principes sous-tendant différents modèles théoriques et démontrant des techniques de psychothérapie, pourrait bénéficier autant aux patients qu'aux psychothérapeutes débutants.

L'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost (HSMAP), impliqué dès ses origines dans la formation et la pratique de la psychothérapie, a conçu un tel outil pour célébrer son centenaire, le site www.psychopap.com. Le présent article propose de

-
- a. M.D., FRCPC, psychiatre-fellow King's College London.
 - b. M.D., M. Sc. FRCPC, psychiatre, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal - Professeur agrégé de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal.
 - c. M.D., FRCPC, psychiatre, HSMAP - Professeur agrégé de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal.

décrire la genèse et le déploiement de ce projet de transmission de connaissances en psychothérapie en décrivant d'abord le contexte et l'implication des membres de l'HSMAP dans l'enseignement de la psychothérapie puis une brève recension des écrits concernant l'autothérapie pour les troubles mentaux, l'utilisation des ordinateurs/Internet pour l'enseignement de la psychothérapie et comment ces données ont été appliquées dans la création de www.psychopap.com.

MOTS CLÉS Hôpital en santé mentale Albert-Prévost, psychothérapies, modèles d'apprentissage, autothérapie, autosoin, transfert des connaissances, enseignement, technologies

www.psychopap.com: Improving Access to Psychotherapy Through Knowledge Transfer

ABSTRACT Objective This article is an overview of the creation and development of www.psychopap.com, a website designed to provide psychotherapy-related material to patients and clinicians. Unveiled in 2019, it is affiliated with the Hôpital en santé mentale Albert-Prévost.

Methods To illustrate the pertinence of this initiative, the article briefly reviews current literature on self-therapy and psychotherapy training before presenting the main components of www.psychopap.com.

Results Literature shows that psychotherapy is a well-accepted and efficient treatment but that limited resources hinder its use. Self-therapy, mainly delivered through technology, has been described as an interesting way to improve access to psychotherapy for patients. Moreover, technology can also play an important role in psychotherapy training, with many e-programs showing promise. In the light of those results, www.psychopap.com offers self-therapy resources (brochures, infographics) for patients as well as training material for future or budding therapists (introduction guides, testimonials from therapists, videos, lists of textbooks, and courses).

Conclusion This article discusses how www.psychopap.com can contribute to the knowledge transfer in order to improve access to psychotherapy for patients and to offer learning possibilities to trainees in psychiatry and other clinicians. In the current healthcare system, innovative ways of delivering and teaching psychotherapy are crucial to improve access.

KEYWORDS Hôpital en santé mentale Albert-Prévost, psychotherapy, learning models, self-therapy, self-help, knowledge transfer, teaching, technology

L'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost (HSMAP), aussi appelé Pavillon Albert-Prévost (PAP), a développé au plus haut point, dès ses origines en 1919 les approches dites de psychothérapie, selon les champs d'expertises de ses membres et selon les données probantes disponibles.

C'est ainsi que la tradition psychothérapeutique du PAP a débuté par une forme de psychothérapie de milieu, incluant, entre autres, bienveillance, calme, revalorisation et musique, pour ensuite évoluer, avec l'arrivée du docteur Camille Laurin en 1958, vers une approche plus spécifique d'inspiration psychanalytique. Outre cette mission de soins cliniques, le PAP s'est également dédié à l'enseignement de futurs psychothérapeutes et a donc participé à la formation de nombreuses générations de psychanalystes (Des Groseillers, 2001) par l'implication de ses membres dans la création et les activités de la Société psychanalytique de Montréal (Bossé, 2001), la création du Certificat d'études supérieures en psychiatrie de l'Université de Montréal par Dr Laurin, la Quinzaine scientifique annuelle d'Albert-Prévost, de grands colloques à dimension internationale dont, en 1969, *La Problématique de la psychose* (Doucet, 1969) et en 1984, *Psychiatrie-psychanalyse: jalons pour une fécondation réciproque* (Amyot, 1985). Par la suite, des initiatives d'enseignement plus formelles ont été mises en place, comme la création du premier programme d'enseignement de la psychothérapie par Dr Yvon Gauthier, les séminaires de psychanalyse et la création de l'Unité de psychothérapie psychanalytique du PAP en 1985, sous la direction de Dre Bernadette Tanguay. En 1997, sur la recommandation de Dre Christiane Bertelli, cette unité devient le Centre de Psychothérapie du PAP, dirigé par Dr Wilfrid Reid, dont la mission est de favoriser la formation et la pratique de la psychothérapie et qui, pour tenir compte du pluralisme des modèles théoriques, comporte quatre modules d'enseignement soit le cognitivo-comportemental, l'interpersonnel, le psychodynamique et le systémique.

Malgré la tradition psychothérapeutique bien établie du PAP, force est de constater que le contexte actuel du système de santé et les exigences croissantes de formation en psychiatrie réclament une révision du concept de la psychothérapie et sa dissémination. En effet, les besoins croissants de la population en matière de psychothérapie ainsi que la rareté relative des psychothérapeutes disponibles engendrent un climat de pénurie se répercutant sur les soins cliniques. Ce manque de ressources est d'autant plus frappant que les exigences de formation des professionnels de santé sont en perpétuelle augmentation : de façon similaire aux patients, les psychiatres en formation doivent eux aussi attendre un psychothérapeute mentor disponible.

Dans cette optique, et pour célébrer les 100 ans de l'HSMAP, en continuité avec sa mission d'enseignement de la psychothérapie et d'accessibilité à des soins de qualité, une équipe de professeurs du

Département de psychiatrie de l'Université de Montréal (les coauteurs de l'article, en collaboration avec des collègues experts en psychothérapie) crée, en 2019, le site internet www.psychopap.com. PsychoPAP, encore à ses débuts, se veut un véhicule d'autothérapie et d'enseignement dans le but de faciliter l'accessibilité et la pérennité de la psychothérapie. Afin de mieux comprendre son contexte de genèse et son mandat, certains principes d'autothérapie ainsi qu'un survol des méthodes électroniques d'enseignement en psychothérapie seront d'abord présentés.

FIGURE 1

Page d'accueil du site PsychoPAP (www.psychopap.com)



Objectifs

- Démontrer la nécessité de l'autothérapie dans le contexte de pénurie de ressources professionnelles;
- Décrire les principes sous-tendant l'autothérapie;
- Résumer les indications de l'autothérapie;
- Décrire les exigences de formation en psychothérapie;
- Décrire l'utilisation de l'apprentissage électronique pour l'enseignement de la psychothérapie;
- Présenter PsychoPAP et son double mandat de ressource en autothérapie et en enseignement de psychothérapie;
- Présenter l'utilité d'initiatives telles que PsychoPAP dans le système de santé actuel.

Psychothérapie : des modèles traditionnels à l'autothérapie

Besoins croissants et manque de ressources

Malgré la reconnaissance croissante des professionnels en santé mentale que la psychothérapie est un outil indispensable et l'engouement des patients face à cette modalité de traitement, le système de santé actuel peine à répondre à la demande. Une enquête a démontré que 1,6 million de Canadiens étaient insatisfaits quant aux soins obtenus en santé mentale et que parmi ceux-ci, plus du tiers déplorait l'accès difficile ou absent à la psychothérapie (Sunderland et Findlay, 2013). Devant les lacunes des modèles traditionnels de distribution des soins psychothérapeutiques, force est de reconnaître que la situation décrit un besoin criant d'innovation dans la façon de les dispenser.

Toute modification durable du système de santé passe par des changements de pratiques portés par les équipes locales, de concert avec les patients, et doit s'inscrire dans une infrastructure gouvernementale réceptive (Bohmer, 2016). Ce fut le cas au Royaume-Uni avec le programme *Improving Access to Psychological Therapies* qui, suite à son implantation en 2008, a permis d'améliorer l'accessibilité aux soins de psychothérapie. Cette réforme, qui a inspiré son pendant québécois, le Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM), a permis de déterminer que la mobilisation des professionnels et l'augmentation de l'offre des psychothérapeutes étaient les principaux instruments permettant d'accroître l'accès (Commission de la santé mentale du Canada, 2018).

Devant la réalité de la pénurie croissante des psychothérapeutes et des longs délais avant d'accéder à ceux-ci, nécessité est de considérer le patient lui-même comme un fournisseur de services, bien qu'avec certaines limites. Le PQPTM, sans désigner concrètement le patient comme fournisseur de soins, inclut les autosoins dirigés dans son modèle de traitement en étapes (Santé et Services sociaux du Québec, 2019).

Parallèlement aux particularités d'un système de santé imparfait, un mouvement prend également de l'ampleur en médecine, celui de *l'empowerment* du patient qui devient patient partenaire, principe actif de ses soins. Ce nouveau rôle lui permet de s'intégrer dans l'élaboration et l'application de son traitement et facilite le développement de l'autothérapie, permettant au thérapeute de s'affranchir de certains dogmes cliniques et administratifs, immuables au sein des modèles traditionnels de psychothérapie. Il peut certes sembler paradoxal d'évoquer la possibilité qu'en thérapie, le thérapeute ne soit pas

toujours indispensable, mais ce mouvement vers l'autonomisation du patient s'accorde bien avec certaines particularités de la santé mentale. Contrairement aux autres disciplines médicales, cette dernière se veut plus accessible – un partenariat est privilégié. Sans nécessairement s'intéresser aux nombreux processus complexes par lesquels le cerveau donne naissance à la psyché et aux comportements, le patient se montre souvent avide de compréhension et d'appropriation de son vécu. Il suffit de mettre le pied dans le rayon « psychologie populaire » de toute librairie pour voir l'intérêt de la population pour ce pan du domaine de la santé. Cette « acculturation psychothérapeutique » n'est pas sans valeur : bien qu'il puisse ne pas le maîtriser complètement, le patient est porteur d'une compréhension de son espace émotionnel et, pour plusieurs difficultés, notamment les symptômes anxio-dépressifs légers/modérés, la transmission d'outils de psychothérapie lui permettrait de le naviguer plus aisément. Du cercle des spécialistes au domaine public, le processus psychothérapeutique évolue. Le patient peut, dans certaines circonstances, être considéré comme cothérapeute, statut que les programmes de thérapie par Internet ou par applications intelligentes (*apps*) lui confèrent automatiquement.

Le patient comme thérapeute

L'autothérapie est définie comme un traitement psychologique standardisé visant l'éducation thérapeutique du patient et lui offrant divers exercices (Éthier, 2018) afin de pallier certaines difficultés (le plus souvent de l'ordre de l'anxiété et de la dépression, bien qu'il existe également des programmes ciblant d'autres problématiques, comme les troubles alimentaires) (Carlbring et coll., 2017; Loucas et coll., 2014). Outre l'accessibilité de ces traitements, ils ont l'avantage d'être peu coûteux et pourraient diminuer la résistance à aller chercher de l'aide causée par la stigmatisation associée aux problématiques de santé mentale (Cavanagh et coll., 2014; Karyotaki et coll., 2017), ce qui serait particulièrement intéressant pour les populations réticentes aux demandes d'aide classiques, comme les adolescents (McLellan et coll., 2019). Récemment, les formats utilisant la technologie, comme l'Internet, les enregistrements audio et vidéo et *apps*, ont été mis de l'avant, mais la forme papier, c'est-à-dire la bibliothérapie, est souvent la plus utilisée (Farrand et Woodford, 2013). L'autothérapie peut également différer selon le type et l'intensité du soutien offert par un professionnel de la santé (aucun, par courriel, téléphone ou face à face) (Éthier, 2018). Bien qu'il soit généralement rapporté dans la littérature que l'ajout

d'un support professionnel serait supérieur et diminuerait l'attrition, des études récentes rapportent un effet nul, voire inverse, possiblement en lien avec le type de problématique ciblée (Andersson et coll., 2017; Éthier, 2018; Königsbauer et coll., 2017; Mains et Scogin, 2003).

Actuellement, la littérature touche majoritairement les troubles dépressifs et anxieux et il n'est donc pas étonnant de constater que la plupart des études d'efficacité portent sur les modèles d'autothérapie d'orientation cognitivo-comportementale, traitement psychologique de première ligne pour ces pathologies. Bien que moins étudiée, l'autothérapie pour les troubles psychotiques, également d'orientation cognitivo-comportementale, est en développement avec des résultats préliminaires positifs, notamment sur le plan de l'acceptabilité par les patients (Rüegg et coll., 2018). Plusieurs données encourageantes existent également pour les troubles alimentaires et les comorbidités physiques (Kumar et coll., 2017). Lors de la thérapie, le patient est invité à compléter différents modules portant sur les mêmes sujets qui auraient été abordés avec un thérapeute, soit ceux de psychoéducation, activation comportementale, tableau d'enregistrement des pensées, restructuration cognitive, etc. (Carlbring et coll., 2017).

Malgré des tailles d'effet généralement modérées lorsque l'autothérapie est comparée aux traitements usuels, liste d'attente ou absence de traitement (Karyotaki et coll., 2017), les résultats sont plus hétérogènes lorsqu'elle est confrontée aux protocoles de psychothérapie en face à face, desquels elle est dérivée. Certaines méta-analyses font néanmoins état d'une efficacité équivalente entre les deux formats pour un vaste ensemble de conditions psychiatriques et de plaintes somatiques (Andrews et coll., 2018; Carlbring et coll., 2017; Olthius et coll., 2015). Ces résultats sont appuyés par une autre méta-analyse portant sur l'efficacité de l'autothérapie cognitivo-comportementale guidée et non guidée pour les troubles dépressifs caractérisés, d'anxiété sociale, panique et d'anxiété généralisée, qui rapporte une taille d'effet élevée (0,8) avec un nombre de sujets à traiter (*NNT*) de 2,34 (Andrews et coll., 2018). Les résultats dans la population pédiatrique sont comparables, avec une taille d'effet moyenne (0,72) et un *NNT* de 2,56 (Ebert et coll., 2015).

L'efficacité de l'autothérapie est quelque peu tempérée lorsque les méta-analyses ne considèrent que les interventions sans soutien professionnel, avec des *NNT* entre 6 et 8 pour obtenir une diminution de 50 % des symptômes anxio-dépressifs (Cuijpers et coll., 2011; Karyotaki et coll., 2017). Ces résultats d'apparence modeste prennent néanmoins

toute leur importance clinique lorsque le faible coût de ces interventions et leur grande accessibilité sont mis en lumière.

Lire pour guérir

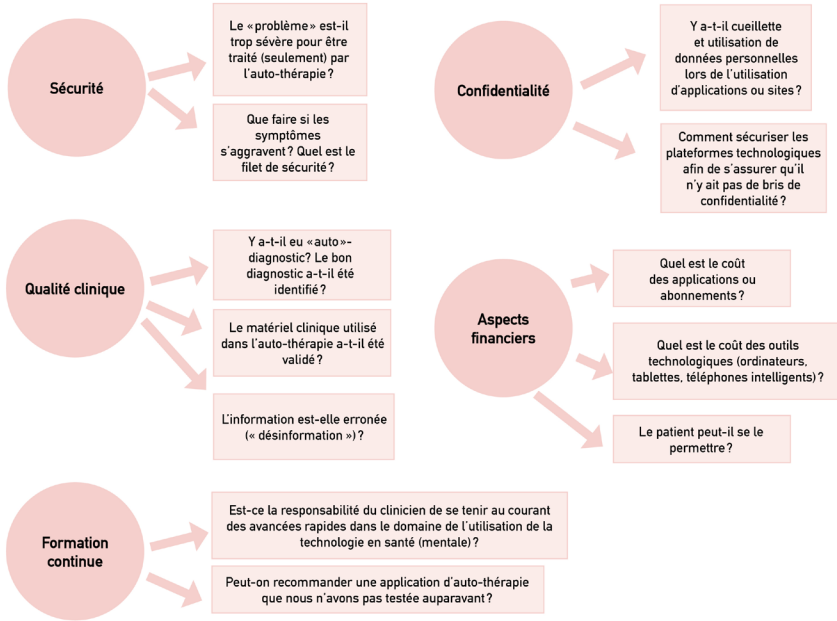
Bien que la majorité des études de la dernière décennie porte sur l'autothérapie utilisant la technologie, la bibliothérapie, c'est-à-dire l'usage d'un ensemble de lecture sélectionnées comme outil de soins (Ouaknin, 1994), préserve encore sa place. Les livres, comme la psychothérapie, traitent des problèmes fondamentaux de la vie et offrent aux patients la liberté d'en extirper ce qu'ils veulent et d'y revenir au rythme qu'ils auront privilégié.

La bibliothérapie englobe trois catégories de livres : les ouvrages orientés sur les considérations « psychologiques », comme les livres de développement personnel ou de vulgarisation scientifique, les livres d'autotraitement, incluant les protocoles manualisés adaptés au patient sans thérapeute et les livres de répertoire « classique » comme les livres de fiction ou biographie, entre autres (Ouaknin, 1994). L'efficacité des deux premières catégories, pour la dépression, par exemple, est appuyée par des revues systématiques et méta-analyses dans la population adulte, malgré un taux de rechute plus élevé qu'avec l'approche traditionnelle (Gualano et coll., 2017) ou chez les adolescents (Yuan et coll., 2018). Elles sont les deux catégories les plus employées en clinique, probablement car elles s'apparentent dans leurs principes à la psychothérapie standard. Le répertoire classique demeure un outil dont les vertus thérapeutiques sont souvent ignorées. Pourtant, la composante cathartique du roman est réelle et permet de faire l'expérience d'émotions à travers le prisme protecteur de la fiction. Le patient peut retrouver dans ses lectures des exemples de souffrance similaire à la sienne : auparavant isolé, l'individu devient ainsi membre d'une collectivité, et, sans rien enlever à la singularité de son vécu, l'universalité de ses émotions peut venir tempérer leur intensité (Bonnet, 2009).

Malgré les emprunts réussis aux interventions en face à face, les principes théoriques et thérapeutiques supportant l'efficacité de l'autothérapie demandent à être précisés, tout comme les individus susceptibles (ou pas) d'en bénéficier. Il est également important que les cliniciens et les patients demeurent prudents face aux enjeux éthiques et dangers potentiels reliés à l'utilisation des technologies et qu'ils gardent en tête certaines questions avant de recommander ou d'utiliser ces outils (figure 2). Cependant, dans le contexte actuel de pénurie de professionnels de la santé mentale, des initiatives créatives sont de mise.

FIGURE 2

Questions cliniques à considérer avant d'utiliser ou recommander les technologies en santé mentale (Inspirée de Lal et Adair, 2014).



PsychoPAP : thérapies et technologies

C'est dans cet espace, à la lisière entre l'efficacité des méthodes psychothérapeutiques traditionnelles et le besoin d'innovation ayant mené au développement de l'autothérapie que PsychoPAP prend toute sa pertinence clinique. Inauguré en 2019, pour le centenaire de son institution mère, l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost (HSMAP), ce site internet (www.psychopap.com) dessert deux pôles de mandats : à une extrémité, la transmission des connaissances didactiques en psychothérapie et à l'autre, l'élaboration et le partage d'informations médicales fiables et adaptées à la population générale, par exemple des feuillets explicatifs sur différentes problématiques, guides d'autosoins, répertoire de ressources d'autosoins et capsules vidéo ou audio, entre autres. C'est ce deuxième pôle qui s'inscrit dans la tradition de l'autothérapie et qui permet au patient de s'affranchir en quelque sorte, du courroux des pénuries et listes d'attente. Le développement de PsychoPAP sera décrit plus en détail dans la dernière partie de cet article.

Bien que l'autothérapie puisse s'avérer une alternative intéressante pour certains patients, il n'appartient pas à ces derniers de pallier les limites du système de santé. Il demeure donc essentiel de réfléchir également sur la formation de nouveaux psychothérapeutes et des moyens de l'améliorer.

Formation et enseignement de la psychothérapie

Pourquoi enseigner la psychothérapie ?

La psychothérapie est un traitement efficace et efficient des troubles mentaux (Cuijpers, 2013a; Cuijpers, 2013b; Leichsenring et Rabung, 2011; Miklowitz, 2007; Rector et Beck, 2012) qui fait partie de nombreux guides de pratique (American Psychiatric Association, 2017). Elle aide le clinicien à prendre conscience du contre-transfert et des états d'esprit et de comportement du patient qui influencent sa présentation clinique, son évaluation et son plan de traitement. Elle permet ainsi de poser le bon diagnostic et d'offrir un traitement efficace (Gabbard, 2009). Elle améliore également la compréhension des patients (Shapiro et coll., 2016), qui, devant un choix, préfèrent la psychothérapie. Ce respect de leur préférence pourrait permettre une meilleure rétention et issue thérapeutique (Mergl et coll., 2011).

Enfin, le psychiatre-psychothérapeute, souvent exposé à des pathologies complexes et comorbides, possède une expertise particulière combinant sa formation médicale et une connaissance des théories psychologiques, lui permettant ainsi d'offrir un traitement holistique (Malhi et coll., 2015). C'est ce qui amène les psychiatres canadiens à pratiquer régulièrement la psychothérapie (80,9 % des psychiatres en Colombie-Britannique selon Hadjipavlou et coll., 2015 et 92 % des psychiatres canadiens selon Lescsz et coll., 2002) et ce qui explique qu'elle soit un élément intégral de l'identité et des attentes de pratique des résidents en psychiatrie (Sudak et Goldberg, 2012; Hadjipavlou et Ogrodniczuk, 2007). Devant sa popularité croissante et les indications de son efficacité, il n'est pas étonnant que les exigences de formation en psychothérapie soient également en augmentation.

Croissance des exigences de pratique et de formation en psychothérapie

Depuis les années 2010, une augmentation des exigences de formation en psychothérapie basée sur des données probantes est notée. Au Canada, les exigences de la formation spécialisée en psychiatrie du

Collège Royal des médecins et chirurgiens (2015) sont de 32 semaines d'expérience en psychothérapie. L'Association canadienne de Psychiatrie (Leverette et coll., 2009) recommande que les psychiatres aient une maîtrise en thérapie de soutien, intervention de crise, thérapie cognitivo-comportementale, thérapie psychodynamique et thérapie familiale. Les psychiatres doivent également être compétents en thérapies comportementales, dialectique comportementale, de groupe, interpersonnelle et avoir une connaissance théorique de la thérapie dynamique brève, interventions de pleine conscience, entretien motivationnel et relaxation.

Au Québec, le Règlement sur le permis de psychothérapeute (Code des professions) C-26, r.222.1 confère aux médecins le titre de psychothérapeute, mais requiert :

- 765 heures de formation théorique ;
- 600 heures de stage en psychothérapie – 300 heures de traitement direct, 100 heures de supervision individuelle, 200 heures autre.

Une réflexion doit donc être faite quant à la façon d'offrir une formation permettant l'acquisition de compétences compte tenu de la relative rareté des ressources, c'est-à-dire des professeurs experts en psychothérapie ayant du temps libéré, et des exigences de formation des résidents. Des méthodes innovatrices doivent maintenant être mises de l'avant.

L'apprentissage électronique en médecine

Dans ce contexte de pénurie, l'apprentissage électronique comporte plusieurs avantages (tableau 1).

Il existe deux types d'apprentissages électroniques : le système de tutorat basé sur l'ordinateur et l'environnement d'apprentissage basé sur l'ordinateur. Dans le premier type, l'approche pédagogique est objectiviste/comportementale et l'autoapprentissage est favorisé avec l'utilisation de vidéos. Par exemple, dans le système Calipso (Williams et Whitfield, 2001), l'étudiant regarde des vidéos de patients décrivant des symptômes psychiatriques et doit ensuite répondre à des questions enseignant à poser un diagnostic et à déterminer un traitement (p. ex. « Quelles questions demanderiez-vous pour préciser le diagnostic et améliorer le traitement ? »). Selon une étude comparant 80 étudiants utilisant Calipso et 86 allant aux cours habituels, les résultats lors d'un examen (type QCM) sont similaires pour les deux groupes, mais ceux ayant consulté Calipso performant mieux à l'examen mental.

TABLEAU 1

Avantages en médecine de l'apprentissage électronique

Efficace	Pertinent	Accessible
<ul style="list-style-type: none"> • Formation sur place et via Internet permettent d'acquérir des connaissances et des compétences cliniques via des simulations (Ruiz, 2006). • Améliore la capacité et la confiance du résident qui prescrit des médicaments (Gorindo, 2011). 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilité des pré/posttests qui permettent de formuler des objectifs clairs pour l'apprentissage (Roediger, 2006). • Apprentissage par résolution de problème ou basé sur des cas (Berger, 2004; Roediger, 2006). 	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporation des outils multimédias (comme des vidéo clips que l'étudiant peut regarder autant de fois que nécessaire) améliore la rétention du matériel (Loftus, 1985; Averbuch, 2009) et la satisfaction de l'apprenant (Roediger, 2006), permet le modelage (Peters, 1978) et la généralisation à travers l'exposition à une variété de cas (Davis, 2009). • Permet d'accommoder des horaires et contextes géographiques variés (Blackmore, 2008; Hickey, 2017).

Le deuxième type est l'environnement d'apprentissage basé sur l'ordinateur, comprenant des outils qui créent des opportunités d'apprentissage pour que l'étudiant apprenne à construire ses propres solutions à des problèmes concrets. Il s'agit d'une approche constructiviste de l'apprentissage. Caspar et collaborateurs (2004) rapportent, dans une étude comprenant 34 étudiants en psychothérapie, que lorsque ceux-ci utilisent un programme basé sur la cohérence en conceptualisation de cas – COCACO, ils ont des meilleures performances qu'un groupe contrôle après quatre séances.

L'apprentissage électronique dans l'enseignement de la psychothérapie

Ayant constaté l'intérêt des systèmes d'apprentissages électroniques en médecine, des chercheurs ont réfléchi à son application en psychothérapie. Pour ce faire, une compréhension de l'enseignement traditionnel de la psychothérapie s'imposait.

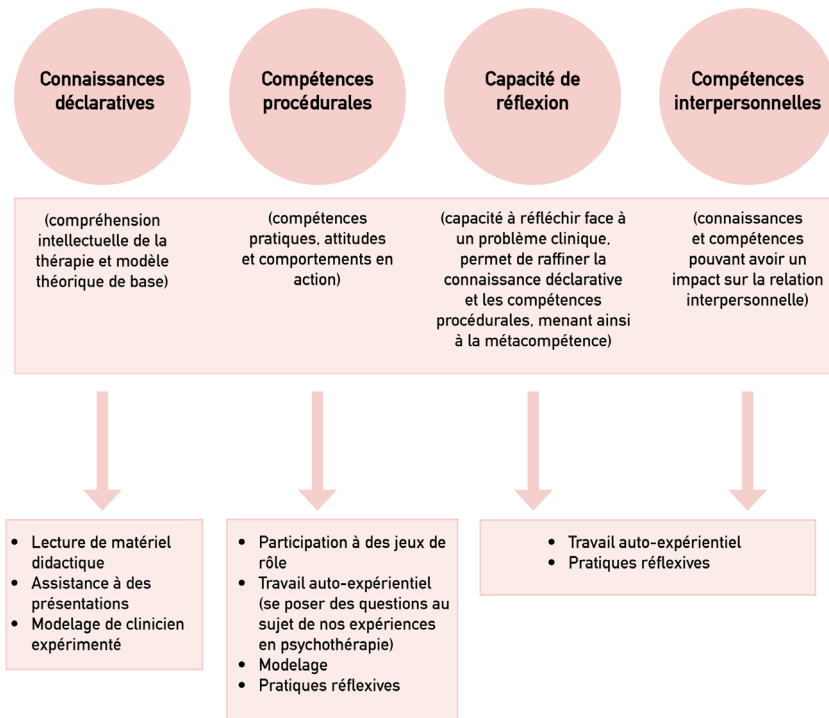
Il est déjà reconnu que la compétence du thérapeute est associée à une meilleure issue pour le patient (Grey et coll., 2008; Kuyken et Tsvirikos, 2009; Trepka et coll., 2004) et que l'enseignement améliore la compétence du thérapeute (Mannix et coll., 2006; Milne et coll., 1999; Sholomskas et coll., 2005), même si n'est pas toujours le cas (King

et coll., 2002 ; Walters, 2005). Une question demeure cependant : « Quelle formation, donnée par qui, est la plus efficace, pour quel étudiant qui acquiert une connaissance ou compétence spécifiques, dans quel contexte et à quel coût ? » (Schacht, 1984).

Afin d'y répondre, 120 thérapeutes d'expérience en thérapie cognitive-comportementale ont été consultés et ont conclu que différentes méthodes d'apprentissage permettent d'acquérir et de raffiner les compétences (Bennett-Levy et coll., 2009) (figure 3) :

FIGURE 3

Méthodes d'apprentissage selon les compétences visées



Par ailleurs, la mise en pratique des concepts avec des patients, l'expérience de cothérapie et la supervision restent nécessaires (Rakovshik et coll., 2016 ; Sholomskas, 2005 ; Rakovshik et coll., 2010) pour vérifier que l'étudiant est en mesure d'adhérer au traitement et afin qu'il puisse recevoir une rétroaction constructive. En effet, selon la théorie de l'apprentissage social de Vygotsky (1978), un échafaudage est requis pour

consolider l'apprentissage: si la supervision est retirée trop tôt, les compétences se détériorent.

L'enseignement de la psychothérapie assisté par ordinateur

Le transfert des connaissances (c'est-à-dire les compétences en psychothérapie) est le processus systématique par lequel les compétences, techniques, modèles et approches développées en recherche sont enseignées et appliquées par les cliniciens (McCarty et coll., 1998). Traditionnellement, l'enseignement de la psychothérapie manualisée combine un séminaire didactique intensif (révision des manuels de thérapie, jeux de rôle et exercices pratiques) ainsi qu'un mentorat et supervision par un thérapeute d'expérience (Crits-Christoph et coll., 1998; Rounsaville et coll., 1986). Cette formation aboutit à la certification lorsque le thérapeute démontre les compétences requises (DeRubeis et coll., 1982; Waltz et coll., 1993; Weissman et coll., 1982). Ces méthodes sont malheureusement chronophages et coûteuses, tandis que des méthodes moins onéreuses, comme la lecture de manuels, sont peu appréciées des cliniciens (Addis, 2002) et ont peu d'impact significatif sur la capacité d'appliquer le traitement (Dimeff et coll., 2009; Herschell et coll., 2009).

L'apprentissage basé sur l'ordinateur peut offrir une façon pratique et relativement peu coûteuse de former des cliniciens compétents. Il peut également être plus facilement adapté à la variété des milieux de traitement et des expériences cliniques. Il existe moult méthodes de formation assistée par ordinateur (p. ex. salles de cours virtuelles, visioconférence, prestation de thérapie assistée par ordinateur), mais la plus étudiée est l'apprentissage interactif et multimédia basé sur l'ordinateur (Weingardt, 2004). Les avantages et les désavantages de l'apprentissage électronique appliqué à la psychothérapie sont présentés dans le tableau 2.

Tel que revu par Larson et coll. (2009), un tel programme d'apprentissage doit enseigner la théorie et permettre de voir une application pratique réaliste. Quatre conditions sous-tendent une issue positive: l'enseignement doit capter l'attention, être perçu comme pertinent et augmenter la confiance de l'étudiant et la satisfaction du travail accompli (Keller, 1987). Tel que suggéré par Bohlin et coll. (1993), afin d'appliquer ces principes à l'apprentissage par ordinateur, il faut:

1. Permettre à l'apprenant de contrôler la taille des unités d'apprentissage avant d'évaluer ses connaissances;
2. Présenter une rétroaction qui fait le lien entre le succès de l'étudiant et l'effort déployé et offrir un soutien à l'étudiant qui comprend qu'il peut pratiquer jusqu'à ce qu'il maîtrise la matière.

TABLEAU 2

Avantages et désavantages de l'apprentissage électronique appliqué à la psychothérapie

Avantages	Désavantages
<ul style="list-style-type: none"> - Accommoder différents horaires; - Accommoder différents modes d'apprentissage pour augmenter l'engagement, la motivation et la rétention de la matière (p. ex. principe multimédia : graphiques et textes, matériel interactif qui favorise l'apprentissage actif); - Améliorer la satisfaction de l'étudiant; - Permettre une organisation de l'apprentissage (via les pré et posttests) pour guider l'étudiant (entre autres par des scénarios basés sur des buts qui stimulent l'intérêt et la motivation de l'apprenant; selon le principe de l'effet test, les tests améliorent la performance aux tests subséquents); - Accessibilité au besoin; - Améliorer l'auto-réflexion; - Faciliter l'exposition répétée et améliorer la consolidation à long terme et la rétention du matériel; - Exposition à des modèles (jeux de rôle selon les principes de l'apprentissage situé qui est similaire au contexte où il sera appliqué plus tard). 	<ul style="list-style-type: none"> - Patients simulés peuvent ne pas : <ul style="list-style-type: none"> • présenter les nuances de la pratique en psychothérapie , • démontrer les indices verbaux et non verbaux , • démontrer l'intensité et la variété des émotions , • créer le même degré de transfert-contre-transfert; - Travailler seul sans pouvoir discuter avec des collègues; - Discipline d'éviter de sauter des sections; - Concentration sur un écran d'ordinateur; - Être assis pendant de longues périodes; - Gérer les distractions et prioriser la formation si programme complété à domicile; - Difficultés techniques (p. ex. navigateur web désuet).

Basé sur Hickey, 2017 et Dimeff et coll., 2011 et Richmond et coll., 2016

Larson et coll. (2009), Weerasekera et coll. (2010), Hickey (2015) et Hickey et McAleer, (2017) suggèrent de construire un programme d'apprentissage électronique en permettant une certaine flexibilité, en maximisant l'engagement et en permettant à l'étudiant de choisir son niveau:

1. ABC de la théorie: texte/audio découpé en petites unités, équilibre entre les photos, graphiques et dessin humoristique;
2. Leçons apprises : questions fréquemment posées lors des séminaires;
3. Exposition à des modèles: vignettes audio et vidéoclips de jeux de rôle qui augmentent la variété de cas présentés;

4. Accès rapide à des ressources Internet pertinentes;
5. Accessibilité 24/24, 7/7;
6. Matériel imprimable pour patients;
7. Rétroaction immédiate: quiz et exercices permettant à l'étudiant d'être impliqué de façon active dans l'autoévaluation. Utilisation de questions aidant l'étudiant à analyser un problème personnel (pratique réflexive) et de jeux de rôle virtuels qui lui permettent d'appliquer ses connaissances en écrivant sa réponse et en la comparant à la réponse du programme.

Weerasekra (2010), qui a développé un programme d'apprentissage de la psychothérapie à l'Université McMaster, propose ensuite des séminaires et des supervisions afin que les résidents puissent appliquer la thérapie avec des patients pour permettre la reconnaissance de modèles, incluant le langage non verbal.

Les études tendent à démontrer l'efficacité de l'apprentissage de la psychothérapie assistée par ordinateur lorsqu'on la compare à la lecture d'un manuel ou l'assistance à un atelier/cours (tableau 3)

Création d'un site internet pour l'enseignement de la psychothérapie à l'occasion du centenaire de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost

Il était important d'abord de présenter le contexte actuel du système de santé, où les demandes de service demeurent supérieures à l'offre, afin de bien saisir les enjeux validant la création et le choix des mandats de PsychoPAP, site internet de transmission des connaissances en psychothérapie sous forme de miniguides de formation en thérapie pour les cliniciens et d'outils d'autosoins pour patients.

Ce projet suit les traces d'un site internet conçu par une autre équipe du Département (Jean Goulet, Louis Chaloult et Thanh-Lan Ngô), www.tccmontreal.com qui, depuis sa création en 2013, est une référence pour l'enseignement de la thérapie cognitivo-comportementale tant aux patients qu'aux thérapeutes. Ce site est aujourd'hui largement consulté partout dans la francophonie (plus de 750 000 clics et des témoignages positifs de professeurs et cliniciens oeuvrant partout dans la francophonie, dans la presse populaire et la littérature scientifique).

www.psychopap.com reprend cette formule, mais inclut toutes les psychothérapies basées sur des données probantes, chacune faisant l'objet d'une page incluant une description et un miniguide (pour cliniciens) avec les informations de base pour la débiter (théorie,

TABLEAU 3

Études cliniques contrôlées comparant l'apprentissage de la psychothérapie assistée par ordinateur et la lecture d'un manuel ou l'assistance à un atelier ou à un cours

Études	Nombre d'étudiants	Design de l'étude	Programme étudié	Condition contrôle	Résultats
Sholomskas et coll. (2005)	78	ACNA	Manuel et programme de formation TCC web interactif	Manuel, atelier de 3 jours et supervision (3 h)	Démonstration compétences TCC : séminaire + supervision > programme internet > manuel
Stein et coll. (2015)	36	ECA	Formation en ligne IPSRT	Atelier + supervision ou formation en ligne + supervision	Patients évaluent que les thérapeutes utilisent les techniques IPSRT dans les deux conditions
Dimeff et coll. (2011)	132	ECA	e-DBT	Manuel ou e-control	Étudiants préfèrent e-DBT (aidant, invitant) mais connaissance et autoefficacité équivalente à la fin du programme. 15 semaines plus tard, meilleure rétention, application et enseignement des compétences en clinique avec e-DBT.
Dimeff et coll. (2009)	150	ECA	e-DBT	Manuel ou atelier de 2 jours	Étudiants préfèrent e-DBT et l'atelier, e-DBT améliore plus la connaissance, les 3 méthodes améliorent la capacité à appliquer les techniques
Richmond et coll. (2016)	35	ECA	i-BeST	Atelier de 2 jours	Même niveau de connaissance, autoefficacité pour offrir l'intervention, compétence clinique 6 mois plus tard. Plus grande réduction des attitudes biomédicales chez les participants de l'atelier.
Hickey et coll. (2017)	21	ECNA	e-ISTDP	cours	Même niveau de connaissance

ECA : étude clinique aléatoire; ECNA : étude clinique non aléatoire; IPSRT : interpersonal social rhythm therapy; DBT : dialectical behavior therapy; iBeST : internet cognitive behavioral skills training program (douleur au dos); e-control : programme d'apprentissage de psychothérapie par ordinateur; e-ISTDP : internet intensive short term dynamic psychotherapy; IBT : internet based training in CBT.

déroulement, indications/contre-indications, techniques et outils). Les thérapeutes y retrouveront également des cours théoriques, des suggestions d'endroits où se former, une liste de livres et articles phares, des sites Internet et applications dédiés, une chaîne *YouTube* et un blogue où des thérapeutes discutent de leurs expériences. Dans un deuxième temps, l'équipe produira des vignettes cliniques, quiz et jeux de rôle pour enrichir l'expérience éducative. Elle créera des partenariats pour que les apprenants puissent obtenir des crédits de formation. La section grand public, décrite dans la section précédente, offre des outils d'autothérapie.

Traditions, innovation et www.psychopap.com

La psychothérapie représente une modalité de traitement efficace et bien acceptée. Cependant, elle demeure encore trop peu accessible et le contexte actuel de pénurie de ressources (principalement humaines) est peu compatible avec un accroissement rapide de l'offre de services. Bien qu'il soit important de préserver l'enseignement traditionnel de la psychothérapie, il devient nécessaire de lui adjoindre des méthodes alternatives, comme l'apprentissage via la technologie. En effet, la formation en ligne en psychothérapie est un outil intéressant pour améliorer le curriculum actuel. Le site internet www.psychopap.com s'inscrit dans ce mouvement et permet un apprentissage mixte, offrant déjà différentes ressources didactiques. PsychoPAP vise aussi à accroître l'accessibilité à la psychothérapie pour les patients par l'entremise de ressources d'autothérapie (brochures psychoéducatives, documents explicatifs et recensement d'*apps*, livres, vidéos et sites Internet). En développement constant, PsychoPAP se veut un outil complémentaire à la psychothérapie standard, dans le respect de la longue tradition psychothérapeutique de l'HSMAP.

RÉFÉRENCES

- Accreditation Council for Graduate Medical Education. (2015). *Program requirements for graduate medical education in psychiatry*. Récupéré le 16 février 2016 du site de l'ACGME: www.acgme.org
- Addis, M. E. (2002). Methods for disseminating research products and increasing evidence-based practice: promises, obstacles, and future directions. *American Psychological Association*, 9(4), 367-378.
- American Psychiatric Association (APA). 2010. *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, third edition*. Arlington, VA: APA.

- Amyot, A., Leblanc, J. et Reid, W. (1985). *Psychiatrie – psychanalyse: Jalons pour une fécondation réciproque*. Montréal, Canada: Gaëtan Morin.
- Andersson, G., Carlbring, P. et Hadjistavropoulos, H.D. (2017). Internet-Based Cognitive Behavior Therapy. Dans S.G. Hofmann et G.J.G. Asmundson (dir.), *The Science of Cognitive Behavioral Therapy* (1^{ère} éd., p. 531-549). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803457-6.00021-0>
- Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M.G., McEvoy, P., English, C.L. et Newby, J.M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 70-78.
- Bennett-Levy, J., McManus, F., Westling, B. E. et Fennell, M. (2009). Acquiring and refining CBT skills and competencies: which training methods are perceived to be most effective? *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 37(5), 571-583.
- Bohlin, R. M., Milheim, W. D. et Viechnicki, K. J. (1993). The development of a model for the design of motivational adult instruction in higher education. *Journal of Educational Technology Systems*, 22(1), 3-17.
- Bohmer, R.M.J. (2016). The Hard Work of Health Care Transformation. *New England Journal of Medicine*, 375(8), 709-711.
- Bonnet, P.-A. (2009). *La bibliothérapie en médecine générale* [thèse de doctorat, Faculté de médecine de Marseille]. <http://af.bibliothérapie.free.fr/These.pdf>
- Bossé, J. (2001). Présence de la psychanalyse à la clinique de l'enfance et de l'adolescence du Pavillon Albert-Prévos de l'Hôpital du Sacré-Cœur ou Une expérience de pratique psychanalytique institutionnelle. *Filigrane*, 10(1), 34-49.
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H et Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1-18.
- Caspar, F. (2004). Technological developments and applications in clinical psychology and psychotherapy: Summary and outlook. *Journal of clinical psychology*, 60(3), 347-349.
- Cavanagh, K., Strauss, C., Forder, L. et Jones, F. (2014). Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help? A systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 118-129.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Exigences de la formation spécialisée en psychiatrie. Version 2.0 [Internet]. Ottawa, ON: CRMCC; 2015 [mise à jour de 2012; cité le 11 avril 2014]. <http://www.royal-college.ca/rcsite/documents/ibd/psychiatry-str-f>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2018, août). *Améliorer l'accès aux services de psychothérapie: relier les leçons apprises de l'Australie et du Royaume-Uni au contexte canadien*. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2018-09/Ameliorer_laccès_aux_services_de_psychotherapie_2018.pdf

- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Chittams, J., Barber, J. P., Beck, A. T., Frank, A. ... Woody, G. (1998). Training in cognitive, supportive-expressive, and drug counseling therapies for cocaine dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(3), 484-492.
- Cuijpers, P., Donker, T., Johansson, R., Mohr, D.C., van Straten, A. et Andersson, G. (2011). Self-Guided Psychological Treatment for Depressive Symptoms: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* 6(6), e21274.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S.L., Andersson, G., Beekman, A.T. et Reynolds, C.F. (2013a). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry* 12(2):137-148. <https://doi.org/10.1002/wps.20038>
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson G., Quigley, L., Kleiboer, A. et Dobson, K.S. (2013b). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 58(7), 376-385. <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Evans, M. D. et Bemis, K. M. (1982). Can psychotherapies for depression be discriminated? A systematic investigation of cognitive therapy and interpersonal therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50(5), 744-756. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.50.5.744>
- Des Groseillers, R. (2001). L'histoire de la psychanalyse à Albert-Prévost. *Filigrane*, 10(1), 6-37.
- Dimeff, L. A., Koerner, K., Woodcock, E. A., Beadnell, B., Brown, M. Z., Skutch, J. M. ... Harned, M. S. (2009). Which training method works best? A randomized controlled trial comparing three methods of training clinicians in dialectical behavior therapy skills. *Behaviour research and therapy*, 47(11), 921-930. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.011>
- Doucet, P. et Laurin, C. (dir.). (1969). *Problems of Psychosis – Problématique de la psychose*. Excerpta Medica Foundation.
- Ebert, D.D., Zarski, A.-C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M. et Riper, H. (2015). Internet and Computer-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Youth: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Outcome Trials. *PLoS ONE* 10(3), e0119895. doi: 10.1371/journal.pone.0119895
- Éthier, C. (2018). *Évaluer les effets d'un programme de bibliothérapie basé sur la thérapie d'acceptation et d'engagement dans le traitement de l'anxiété: un protocole à cas uniques* [thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognitio. <http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/8545>
- Farrand, P. et Woodford, L. (2013). Impact of support on the effectiveness of written cognitive behavioural self-help: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 182-195. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.001>
- Gabbard, G.O. (2009). *Textbook of Psychotherapeutic Treatments*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- Grey, N., Salkovskis, P., Quigley, A., Clark, D. M. et Ehlers, A. (2008). Dissemination of Cognitive Therapy for Panic Disorder in Primary Care. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 36(5), 509-520. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004694>
- Gualano, M. R., Bert, F., Martorana, M., Voglino, G., Andriolo, V., Thomas, R. ... Siliquini, R. (2017). The long-term effects of bibliotherapy in depression treatment: Systematic review of randomized clinical trials. *Clinical psychology review*, 58, 49-58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.006>
- Hadjipavlou, G., Hernandez, C. A. et Ogrodniczuk, J. S. (2015). Psychotherapy in Contemporary Psychiatric Practice. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(6), 294-300. <https://doi.org/10.1177/070674371506000609>
- Hadjipavlou, G. et Ogrodniczuk, J. S. (2007). A national survey of Canadian psychiatry residents' perceptions of psychotherapy training. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 52(11), 710-717. <https://doi.org/10.1177/070674370705201105>
- Herschell, A. D., McNeil, C. B., Urquiza, A. J., McGrath, J. M., Zebell, N. M., Timmer, S. G. et Porter, A. (2009). Evaluation of a treatment manual and workshops for disseminating, parent-child interaction therapy. *Administration and policy in mental health*, 36(1), 63-81. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0194-7>
- Hickey, C., McAleer, S. J. et Khalili, D. (2015). E-learning and traditional approaches in psychotherapy education: Comparison. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 48-52. <https://pdfs.semanticscholar.org/192c/cacd1f727f2a8a56e1453455adf69bed5f2d.pdf>
- Hickey, C. et McAleer, S. (2017). Competence in Psychotherapy: The Role of E-Learning. *Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 41(1), 20-23. <https://doi.org/10.1007/s40596-015-0443-5>
- Karyotaki, E., Riper, H., Twisk, J., Hoogendoorn, A., Kleiboer, A., Mira, A. ... Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Self-guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depressive Symptoms: A Meta-analysis of Individual Participant Data. *JAMA psychiatry*, 74(4), 351-359. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0044>
- Keller, J. M. (1987). Development and use of the ARCS model of instructional design. *Journal of instructional development*, 10(3), 2-10. <https://ocw.tudelft.nl/wp-content/uploads/Development-and-Use-of-the-ARCS-Model-of-Instructional-Design.pdf>
- King, M., Davidson, O., Taylor, F., Haines, A., Sharp, D. et Turner, R. (2002). Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 324, 947-952. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7343.947>

- Königbauer, J., Letsch, J., Doeblner, P., Ebert, D. et Baumeister, H. (2017). Internet- and mobile-based depression interventions for people with diagnosed depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 223, p. 28-40. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.021>
- Kumar, V., Sattar, Y., Bseiso, A., Khan, S. et Rutkowsky, I.H. (2017). The Effectiveness of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Treatment of Psychiatric Disorders. *Cureus*, 9(8), e1626. <https://doi.org/10.7759/cureus.1626>
- Kuyken, W. et Tsivrikos, D. (2009). Therapist competence, comorbidity and cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychotherapy and psychosomatics*, 78(1), 42-48. <https://doi.org/10.1159/000172619>
- Lal, S. et Adair, C.E. (2014). E-Mental Health: A Rapid Review of the Literature. *Psychiatric Services*, 65(1), 24-32. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300009>
- Larson, M. J., Amodeo, M., Storti, S. A., Steketee, G., Blitzman, G. et Smith, L. (2009). A novel CBT web course for the substance abuse workforce: Community counselors' perceptions. *Substance Abuse*, 30(1), 26-39. <https://doi.org/10.1080/08897070802611741>
- Leichsenring, F. et Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 199(1), 15-22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.082776>
- Leszcz, M., Mackenzie, R., Atkinson, M.J. et Wiesenenthal, S.R. (2002). Canadian psychiatrists' use of psychotherapy. *Canadian Psychiatric Association Bulletin*. Oct:28-31. https://www.academia.edu/14409035/Part_V_Canadian_Psychiatrists_Use_of_Psychotherapy
- Leverette, J. S., Hnatko, G.S. et Persad, E. (2009). *Approaches to postgraduate education in psychiatry in Canada: What educators and residents need to know*. Ottawa, Canada: Canadian Psychiatric Association
- Loucas C.E, Fairburn C.G, Whittington C, Pennant M.E, Stockton S, Kendall T. (2014). E-therapy in the treatment and prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 63: 122-131. doi:10.1016/j.brat.2014.09.011
- Malhi, G. S., Bassett, D., Boyce, P., Bryant, R., Fitzgerald, P. B., Fritz, K. ... Singh, A. B. (2015). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 49(12), 1087-1206. <https://doi.org/10.1177/0004867415617657>
- Mains, L. A. et Scogin, F. R. (2003). The effectiveness of self-administered treatments: A practice-friendly review of the research. *Journal of Clinical Psychology*, 59(2), 237-246. <https://doi.org/10.1002/jclp.10145>
- Mannix, K. A., Blackburn, I. M., Garland, A., Gracie, J., Moorey, S., Reid, B. ... Scott, J. (2006). Effectiveness of brief training in cognitive behaviour therapy techniques for palliative care practitioners. *Palliative medicine*, 20(6), 579-584. <https://doi.org/10.1177/0269216306071058>

- McCarty, D., Greenlick, M. R. et Lamb, S. (dir.). (1998). *Bridging the gap between practice and research: Forging partnerships with community-based drug and alcohol treatment*. Washington, DC: National Academies Press.
- McLellan, L.F., Fitzpatrick, S., Schniering, C.A. et Rapee, R.M. (2019). Self-Help Treatment of Childhood Anxiety Disorders. Dans Farrell, L.J., Ollendick, T.H. et Muris, P. (dir.), *Innovations in CBT for Childhood Anxiety, OCD, and PTSD: Improving Access and Outcomes*, (1^{ère} éd., p.52-72). Cambridge, R.-U.: Cambridge University Press.
- Mergl, R., Henkel, V., Allgaier, A. K., Kramer, D., Hautzinger, M., Kohlen, R. ... Hegerl, U. (2011). Are treatment preferences relevant in response to serotonergic antidepressants and cognitive-behavioral therapy in depressed primary care patients? Results from a randomized controlled trial including a patients' choice arm. *Psychotherapy and psychosomatics*, 80(1), 39-47. doi:10.1159/000318772
- Miklowitz D.J. (2007). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *American journal of psychiatry*, 165(11):1408-1419. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040488>
- Milne, D., Dickson, S., Blackburn, I. M. et James, I. (1999). All in the head? A content analysis of cognitive therapy by trainees and experts. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 203-214. <https://www.questia.com/library/journal/1P3-1474560331/all-in-the-head-a-content-analysis-of-cognitive-therapy>
- Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A. et Stewart, S. H. (2015). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, (3), CD011565. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011565>
- Ouaknin, M.-A. (1994). *Bibliothérapie. Lire c'est guérir*. Paris, France: Seuil.
- Rakovshik, S. G. et McManus, F. (2010). Establishing evidence-based training in cognitive behavioral therapy: A review of current empirical findings and theoretical guidance. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 496-516. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.004>
- Rakovshik, S. G., McManus, F., Vazquez-Montes, M., Muse, K. et Ougrin, D. Is supervision necessary? Examining the effects of internet-based CBT training with and without supervision [corrections publiées dans J Consult Clin Psychol. 2016 Dec; 84(12):1093]. *J Consult Clin Psychol*. 2016; 84(3):191-199. doi:10.1037/ccp0000079
- Rector, N. A. et Beck, A. T. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(5), 278-287. <https://doi.org/10.1097/00005053-200105000-00002>
- Rounsaville, B. J., Chevron, E. S., Weissman, M. M., Prusoff, B. A. et Frank, E. (1986). Training therapists to perform interpersonal psychotherapy in clinical trials. *Comprehensive psychiatry*, 27(4), 364-371. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(86\)90012-x](https://doi.org/10.1016/0010-440x(86)90012-x)

- Rüegg, N., Moritz, S., Berger, T., Lüdtke, T. et Westermann, S. (2018). An internet-based intervention for people with psychosis (EviBaS): study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 18(102). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1644-8>
- Santé et Services sociaux du Québec. (2019, 29 octobre). *Programme québécois pour les troubles mentaux: des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-mentale/programme-quebecois-pour-les-troubles-mentaux/>
- Schacht, T. E. (1984). Towards a rational clinical training program. *The Clinical Psychologist*, 37, 26-27. <https://psycnet.apa.org/record/1984-13295-001>
- Shapiro, Y., John, N., Scott, R. et Tomy, N. (2016). Psychotherapy and its role in psychiatric practice: A position paper. I. Psychiatry as a psychobiological discipline. *Journal of psychiatric practice*, 22(3), 221-231. <https://doi.org/10.1097/PRA.000000000000159>
- Sholomskas, D. E., Syracuse-Siewert, G., Rousanville, B. J., Ball, S. A., Nuro, K. F. et Carroll, K. M. (2005). We don't train in vain: a dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioural therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 106-115. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.106>
- Sudak, D. M. et Goldberg, D. A. (2012). Trends in psychotherapy training: a national survey of psychiatry residency training. *Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 36(5), 369-373. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.11030057>
- Sunderland, A. et Findlay, L.C. (2013). *Besoins perçus de soins de santé mentale au Canada: résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (2012)*. Rapports sur la santé, 24(9), 3-11. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2013009/article/11863-fra.pdf?st=j0K1VPbA>
- Trepka, C., Rees, A., Shapiro, D., Hardy, G. et Barkham, M. (2004). Therapist competence and outcome of cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 143-157. <https://doi.org/10.1023/B:COTR.0000021536.39173.66>
- Vygotsky, L. (1978). Interaction between learning and development. Dans M. Gauvain et M. Cole (dir.). *Readings on the development of children* (2^e éd. P. 29-36). W. H. Freeman and Company. https://innovation.umn.edu/igdi/wp-content/uploads/sites/37/2018/08/Interaction_Between_Learning_and_Development.pdf
- Walters, S. T., Matson, S. A., Baer, J. S. et Ziedonis, M. D. (2005). Effectiveness of workshop training for psychosocial addiction: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29(4), 283-293. <https://doi.org/10.1016/j.josat.2005.08.006>

- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K. et Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: assessment of adherence and competence. *Journal of consulting and clinical psychology, 61*(4), 620-630. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.61.4.620>
- Weerasekera, P., Manring, J. et Lynn, D. J. (2010). Psychotherapy training for residents: reconciling requirements with evidence-based, competency-focused practice. *Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry, 34*(1), 5-12. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.34.1.5>
- Weingardt, K. R. (2004). The role of instructional design and technology in the dissemination of empirically supported, manual-based therapies. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 313-331. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1093/clipsy.bph087>
- Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. et Chevron, E. (1982). Training psychotherapists to participate in psychotherapy outcome studies. *The American journal of psychiatry, 139*(11), 1442-1446. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.11.1442>
- Williams, C. et Whitfield, G. (2001). Written and computer-based self-help treatments for depression. *British medical bulletin, 57*, 133-144. <https://doi.org/10.1093/bmb/57.1.133>
- Yuan, S., Zhou, X., Zhang, Y., Zhang, H., Pu, J., Yang, L. ... Xie, P. (2018). Comparative efficacy and acceptability of bibliotherapy for depression and anxiety disorders in children and adolescents: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 14*, 353-365. <https://doi.org/10.2147/NDT.S152747>

L'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost, au centre d'un projet musical intersectoriel et novateur

Jeanne-Marie Alexandre^a

Marie-Hélène Tanguay^b

RÉSUMÉ Né de la volonté d'un généreux donateur et de ses enfants d'honorer la mémoire d'un être cher, une équipe regroupant des représentants de la Fondation de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (FHSCM), des employés de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost (HSMAP), des administrateurs du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal et du Collège d'enseignement général et professionnel (CÉGEP) de Saint-Laurent s'est constituée pour offrir des prestations musicales étudiantes à la clientèle de l'HSMAP. Des duos de formation différente (classique, populaire et jazz), composés d'étudiants et d'étudiantes instrumentistes, ont ainsi été sélectionnés pour jouer sur une base hebdomadaire et en alternance, sur deux étages de l'hôpital.

Cet article souhaite raconter comment s'est organisé un projet novateur et intersectoriel visant à offrir un simple moment d'écoute musicale à la clientèle hospitalisée de l'HSMAP, et quels impacts positifs peuvent être dégagés à ce jour.

Regard sur un projet, au départ bien personnel, mais aux impacts bien collectifs.

MOTS CLÉS animation musicale, musicothérapie, santé mentale, patients psychiatriés, projet interdisciplinaire

a. Jeanne-Marie Alexandre: Chef de service, Enseignement, simulation et service documentaire, direction de la recherche, de l'enseignement et de l'innovation - CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

b. Marie-Hélène Tanguay: Enseignante en soins infirmiers, CEGEP de Saint-Laurent et assistante-infirmière-chef aux soins intensifs HSMAP, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

The Hôpital en santé mentale Albert-Prévost, at the Centre of an Innovative and Intersectoral Music Project

ABSTRACT Born out of the desire of a generous donor and his children to honour the memory of a loved one, a team of representatives from Montréal Sacré-Cœur Hospital Foundation (MSCHF), employees of the Hôpital en santé mentale Albert-Prévost (HSMAP), and administrators of both Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal and Collège d'enseignement général et professionnel (CÉGEP) de Saint-Laurent was formed to offer musical scholar performances to the HSMAP's clientele. Duos of different backgrounds (classical, popular and jazz), made up of student musicians, were selected to play on a weekly basis, alternating between two floors of the hospital.

This article wishes to recount how an innovative and intersectoral project was organized to offer a simple moment of musical listening to HSMAP's hospitalized clientele, and what positive impacts have been identified to date.

A look at a project that was initially very personal, but with a very collective impact.

KEYWORDS musical animation, music therapy, mental health, mental health patients, interdisciplinary project

Réunir des gens d'univers, de professions et d'âges différents autour d'un projet qui fait du bien, voilà le défi que s'est donné un petit groupe de personnes dans le cadre d'un projet né du souhait d'un donateur mélomane. Un souhait tout simple : offrir de la musique à une clientèle hospitalisée d'un établissement de soins en santé mentale. Juste de la musique, lors des périodes plus tranquilles, parfois trop tranquilles. Pas d'intervention thérapeutique ni d'évaluation clinique. Juste de la musique, pour les oreilles et pour le cœur.

C'est ce simple souhait qui a incité le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de l'Île-de-Montréal et la Fondation de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (FHSCM) à mettre sur pied, en juin 2018, un programme d'animation musicale à l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost (HSMAP).

Rapidement la Fondation a fait appel aux musiciens de la Société pour les arts en milieu de santé (SAMS) afin d'offrir de l'animation musicale à la clientèle de l'Hôpital les dimanches et durant les périodes de vacances. La rencontre souhaitée entre la musique et la santé mentale se réalisait.

S'est ensuite imposé le désir d'ajouter un souffle de jeunesse à l'idée et d'y inscrire un volet enseignement et apprentissage.

Au projet de concerts offerts par le SAMS s'est alors greffée une collaboration avec le milieu académique et le Collège d'enseignement général et professionnel (CÉGEP) de Saint-Laurent. Le résultat: des duos composés d'étudiantes et d'étudiants instrumentistes du niveau collégial (musiques classique, populaire et jazz), sélectionnés et formés pour jouer en alternance tous les mercredis soir sur deux étages de l'établissement, auprès d'une clientèle hospitalisée pour des troubles psychotiques ou des troubles de l'humeur.

Les lignes qui suivent retracent la coconstruction de cette partie de programme d'animation musicale.

Avant d'en arriver à ce résultat se dressaient plusieurs étapes de coconstruction, animées par un profond désir de faire le bien et un grand esprit d'ouverture. Dès le départ, plusieurs constats se sont imposés d'eux-mêmes: une institution disposée à accueillir un projet innovant malgré certaines appréhensions, des personnes impliquées et engagées, mais aucun programme officiel dans lequel inscrire le projet, pas de liens formels entre le programme de musique et celui de soins infirmiers, ni aucune formation en place pour préparer des étudiants en musique à côtoyer un milieu de santé mentale.

L'action concrète devait s'articuler autour d'une intention simple, mais claire: mener à bien ce projet, une étape à la fois.

Rassembler les bonnes personnes dès le début

Il fallait d'abord que l'idée se fasse connaître. Du donateur à une responsable de la Fondation, à un gestionnaire de l'Hôpital en santé mentale, celle-ci a fait son chemin jusqu'aux oreilles des équipes de soins et du service de l'enseignement, qui a fait le lien avec ses partenaires académiques. Avec beaucoup d'ouverture, de créativité et de souplesse, des représentants des tous ces milieux se sont rassemblés et ont décidé de coconstruire et de porter le projet, ensemble et jusqu'au bout.

Une étape à la fois

Il fallait également formuler un objectif raisonnable pour pouvoir se lancer. Malgré les ambitions de l'initiative, il était essentiel de ne pas se laisser emporter par des idées de grandeur. L'important était plutôt d'entretenir une vision suffisamment souple du projet pour pouvoir observer, écouter et s'ajuster en cours de route. L'idée d'un projet pilote

sur un trimestre est ainsi apparue comme la meilleure option de départ. À la fin du trimestre, un événement de remise de bourses serait organisé pour faire un retour sur le projet pilote, souligner formellement l'implication des étudiants et créer le lien avec le donateur et sa famille.

L'étape suivante du projet était de formaliser le financement pour le bénéfice des étudiants impliqués en l'inscrivant officiellement dans un programme de bourses dont le nom irait de soi: les Bourses de l'harmonie Joanne Martens, nom de la défunte épouse du donateur. Quelques semaines plus tard, le Cégep diffusait le programme auquel plusieurs jeunes répondaient spontanément. La rencontre improbable, mais souhaitée, entre des étudiants en musique et le milieu de la santé mentale s'amorçait.

La poursuite du projet dépendait maintenant de la formation et de la préparation adéquate des jeunes musiciens qui s'apprêtaient à jouer dans l'environnement singulier qu'est un hôpital en santé mentale. Mais tout était à portée de main pour que cette étape de préparation prenne forme. Le Cégep avait la chance d'avoir parmi son personnel enseignant en musique une membre de la SAMS. Grâce à la collaboration de cette enseignante, une formation obligatoire de trois heures a d'abord été offerte aux étudiants. La seconde partie de la formation est, quant à elle, venue naturellement des milieux académiques et cliniques, sous une forme totalement innovante. Ce serait les étudiants en soins infirmiers en stage à l'HSMAP et leur enseignante qui transmettraient les notions de base en santé mentale aux étudiants en musique. Au projet d'animation musicale s'ajoutait alors un projet interdisciplinaire et pédagogique! La première journée de stage des étudiants en soins infirmiers a donc été, en partie, consacrée à donner la formation aux étudiants-musiciens sur les différentes pathologies psychiatriques. Les jeunes ont aussi été renseignés quant aux attitudes à adopter avec la clientèle pour dissiper les appréhensions et les préparer à performer dans un contexte favorable leur permettant de livrer leur performance en toute quiétude, sachant que les comportements plus ou moins adaptés des usagers seraient encadrés. Par la suite, une visite de l'hôpital et des unités est venue clore cette rencontre entre les cohortes musique et soins infirmiers du Collège pour que tous puissent se familiariser avec les lieux.

Parallèlement, le milieu clinique devait aussi se préparer à accueillir des musiciens en dehors des activités régulières. Le projet brisait assurément la routine, en plus d'interférer avec les habitudes du personnel de soins et de la clientèle, mais la présence des musiciens du SAMS

avait déjà permis d'ouvrir quelques portes. Pour préserver la proximité souhaitée entre les étudiants et la clientèle lors des prestations, l'encadrement devait être discret et sécuritaire. La notion d'imprévisibilité en santé mentale, par exemple un comportement d'agitation ou d'agressivité, constitue une réalité où une intervention rapide du personnel s'impose en tout temps. La collaboration des étudiants en soins infirmiers s'est avérée un atout positif. Mandatés par leur enseignante, ils assuraient une présence bienveillante dans la salle de concert afin d'offrir un répit aux équipes soignantes et encadraient les comportements inappropriés potentiels. Il pouvait arriver, par exemple, qu'un patient souhaite engager une conversation avec les concertistes durant la prestation ou désire jouer avec leurs instruments. Cette collaboration leur offrait aussi une occasion privilégiée d'observer davantage l'éventail des symptômes cliniques se manifestant dans le cadre des diverses pathologies étudiées durant leurs cours et les bienfaits de la musique sur la clientèle. La présence constante et très précieuse d'un bénévole, recruté par la Fondation, venait également soutenir les équipes et la clientèle lors des concerts.

À la fin des cycles de concert, les étudiants des programmes de musique et de soins infirmiers devaient se soumettre à un exercice de rétroaction. Dans une optique de consolidation des apprentissages, il s'avérait important, voire essentiel, d'élever au même rang l'activité en elle-même et le retour sur l'activité.

Depuis ce premier trimestre pilote, de nouvelles cohortes de boursiers poursuivent les concerts et les calendriers sont élaborés pour les trimestres de l'hiver et du printemps 2020. Le programme de bourses a également été présenté lors du colloque *Musique et psychiatrie: orchestrer la rencontre* les 13 et 14 février 2020 à Lausanne en Suisse (voir lien du colloque à la fin de l'article). La présentation qui mettait l'emphase sur la collaboration des étudiants en musique, des équipes soignantes et des patients a suscité beaucoup d'intérêt de la part des participants présents sur place et risque fort de voir le jour de l'autre côté de l'Atlantique!

Des retombées positives pour tous les secteurs

Quelles observations peut-on faire de ces premiers mois de concerts offerts par les étudiants?

Nous pouvons déjà affirmer que ce projet d'animation musicale a atteint son objectif premier : celui d'offrir des concerts réguliers à une

clientèle hospitalisée en milieu de santé mentale. Une clientèle souvent vulnérable.

Bien que la présence de la clientèle hospitalisée aux prestations ait fluctué au gré des états de santé et des humeurs de chacun, l'écoute attentive et la complicité qui se sont installées entre les musiciens et les spectateurs étaient significatives lors de chaque concert. La clientèle fredonnait, échangeait parfois quelques mots avec les musiciens, certains patients se laissaient même aller à danser au son de la musique.

Cette activité musicale marque sans aucun doute une pause dans la maladie en permettant de créer des liens et de briser l'isolement de la clientèle hospitalisée. Selon les équipes soignantes sur place, ces concerts sortent certains patients de leur solitude. Pour d'autres, la musique leur fait manifester des émotions qui ne viennent pas autrement. De petits signes remarquables durant les concerts, comme un sourire, peuvent être l'amorce d'un rétablissement.

Les commentaires des équipes de soins recueillis dans les formulaires d'appréciations distribués suite aux concerts vont dans le même sens : « La musique fait parfois office de PRN (*pro re nata*, ou médication au besoin) », « Les concerts permettent un contact et un échange non menaçant avec une clientèle renfermée et difficile d'approche », « La musique crée un climat plus convivial sur les unités le temps d'un spectacle ».

Pour les étudiants musiciens, c'est un projet qui les amène à l'essentiel : être écoutés pour ce qu'ils sont et ce qu'ils jouent. Un moment que certains comparent à celui de jouer autour d'un feu de camp pour des amis. C'est aussi une occasion pour eux de développer une autre vision de la santé mentale.

Et puis, il reste le groupe de représentants des différents milieux, impliqués depuis le début. Pour eux, le constat est unanime : « Que du bonheur ! » Le bonheur de bâtir un projet, de son émergence à sa concrétisation, sous le regard bienveillant et approuvateur du donateur. Le bonheur d'oser et de tracer un nouveau chemin de collaboration. Et le bonheur de poursuivre et de constater les bienfaits concrets de l'initiative.

Véritable pont entre l'engagement social, l'éducation, la santé et l'art, ce projet a permis de soutenir le talent de jeunes musiciens, en plus de donner à des étudiants en soins infirmiers une occasion d'augmenter leur capacité d'engagement et d'empathie auprès de cette clientèle souvent victime d'idées préconçues. Il a aussi favorisé l'ouverture à la différence et contribué à réduire les préjugés envers la maladie

mentale en permettant la création de partenariats et l'éclosion d'une nouvelle forme d'enseignement interdisciplinaire.

Le bilan d'une intersectorialité pertinente et enrichissante s'impose de lui-même. Et si la réussite de ce projet résidait dans cette intersectorialité, dans la force de la diversité du groupe et dans l'ouverture d'un milieu prêt à innover, oser et soutenir ces élans rassembleurs qui font du bien à l'âme ?

RÉFÉRENCE

Haute école spécialisée de Suisse occidentale (2020). Colloque *Musique et psychiatrie: orchestrer la rencontre* (13 et 14 février).

<https://www.hes-so.ch/fr/colloque-musique-psychiatrie-15485.html#:~:text=La%20Haute%20Ecole%20de%20Musique,13%20et%2014%20f%C3%A9vrier%202020.>

L'evidence-based medicine, un projet épistémologique et éthique en porte-à-faux avec la psychiatrie ?

Alexis Thibault^a

RÉSUMÉ Le discours psychiatrique contemporain dominant repose principalement sur un paradigme médico-technologique où la souffrance mentale est conceptualisée comme un « mécanisme défectueux » qui nécessite une « réparation » grâce à l'arsenal médical. Dans ce contexte, l'*evidence-based medicine* (EBM) a donc été largement adopté par la psychiatrie à la fin des années 90. L'EBM est une proposition qui vise à influencer et même légiférer la prise de décisions cliniques en mettant de l'avant l'idée d'une hiérarchie des évidences, où le savoir tiré d'essais contrôlés randomisés (ECR) et de méta-analyses a préséance sur les informations tirées d'autres sources. Ainsi, comme l'EBM favorise ces outils de création de savoir (ECRs et méta-analyses), il en découle que le savoir qui compte véritablement dans le paradigme EBM est celui qui est mesurable et spécifique; deux conditions préalables nécessaires pour l'utilisation même de ces outils. En conséquence, l'EBM diminue la valeur et va même jusqu'à ignorer d'autres formes d'évidences, de savoir et de justifications pour la prise de décisions cliniques. Du point de vue éthique, le concept EBM soutient que la « bonne chose à faire » est d'appliquer le savoir produit par l'EBM dans le contexte clinique. Les autres formes de savoir pouvant être impliquées dans la prise de décisions cliniques, mais qui ne peuvent pas être étudiées via l'EBM, sont dévalorisées d'un point de vue éthique. La littérature révisée et explorée ici considère donc que l'EBM est mal adapté à la réalité de la pratique psychiatrique. L'EBM ne peut pas, par définition, prendre en compte les spécificités de la discipline, notamment pour ce qui est des diagnostics psychiatriques; leur complexité rend les évidences produites par l'EBM d'une validité questionable. Le concept ne peut pas non plus tenir compte des spécificités des thérapeutiques

a. MD, M. Sc., Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal.

psychiatriques. Les facteurs thérapeutiques non spécifiques, ceux discrédités par l'EBM, sont cruciaux pour les soins de santé mentale. Également, les observations portant sur des aspects de l'esprit, sur des expériences subjectives, ne sont que bien incorrectement traduites en résultats statistiques, mesurables et spécifiques. Ces observations amènent le présent essai à considérer qu'il serait peut-être préférable pour la psychiatrie, de rejeter la « hiérarchie des évidences » de l'EBM, et de développer son propre « système des savoirs ». Celui-ci devrait prendre en compte la position épistémologique unique de la psychiatrie, où subjectivité, contextes, et valeurs pourraient occuper de façon légitime la place qui leur revient dans la prise de décisions cliniques en psychiatrie. Bien qu'une alternative à l'EBM en psychiatrie n'ait pas encore été établie, la littérature, et ce papier pointent vers l'idée d'un « système des savoirs » plus flexible que ce qu'offre l'EBM en termes épistémologiques, où les aspects éthiques reliés à la discipline, incluant l'éthique du savoir, l'éthique de « ce qui compte comme évidence », revêtent une importance cruciale.

MOTS CLÉS psychiatrie basée sur les évidences, épistémologie, éthique, données probantes

Is evidence-based medicine killing psychiatry softly? A critical review of “evidence-based psychiatry” from an epistemological and ethical perspective

ABSTRACT Current mainstream psychiatric discourse and practice rely mostly on a dominant technological paradigm where mental distress is understood as a “faulty mechanism” which needs “fixing” through medical means. As such, evidence-based medicine (EBM), a recent medical concept which encourages technological knowledge and hence technological understanding and interventions, was embraced by contemporary psychiatry. EBM is a proposition which seeks to regulate clinical decision-making by putting forth the idea of a hierarchy of evidence, where information yielded from randomized controlled trials (RCTs) and meta-analyses have definite precedence over other forms or sources of information. Thus, because EBM favors these evidence-producing tools, RCTs and meta-analyses, it purports that the knowledge that counts is that which is measurable and specific; necessary conditions for its detection by such tools. In so doing, EBM devalues and arguably even ignores other forms of evidence and warrants for clinical decision-making. From the standpoint of ethics, it purports that the “right” thing to do is to apply the evidence produced by EBM in a clinical setting. Other forms of evidence and relevant information regarding clinical decision-making which cannot be produced or measured by EBM are ethically devalued. Reviewed literature in the field of philosophy of psychiatry thus argues that EBM is ill-suited for psychiatry. It has a reductive view of the epistemological and related ethical issues regarding psychiatric practice. It cannot, by design, account for the specificities of psychiatry,

notably in terms of diagnoses; their complexity easily renders the evidence created by EBM of questionable validity. It also cannot account for the specificities of psychiatric therapeutics. Outcomes related to the mind are incorrectly translated into specific and measurable results, and amongst other points, non-specific therapeutic factors, the ones discredited by EBM, are core to mental health care: nonsense. This leads the current critical review to consider that psychiatry would perhaps benefit from the development of its own evidentiary framework, taking into account its unique epistemological position, where subjectivity, context and values cannot be downplayed in the hierarchy of evidence, in the hierarchy of warrants for decision-making. This discussion inevitably raises the question of the object of study of psychiatry, which appears to be somewhat different than that of medicine. It also forces a conversation on the goals of psychiatry; they appear more complex than the achievement of measurable and specific health outcomes. Although a definite alternative to EBM in psychiatry has yet to be established, the literature, and this paper, point towards the idea of a more flexible evidentiary framework for psychiatry, one where ethical issues, including the ethics of what counts as evidence, should be of crucial importance.

KEYWORDS evidence-based psychiatry, epistemology, ethics

I. La psychiatrie comme entreprise médico-technologique

La psychiatrie occidentale traditionnelle s'est développée, au 19^e siècle à partir de la profession médicale moderne préexistante, pour en devenir une sous-discipline, préoccupée par la recherche de causes et solutions à la « folie », phénomène qui appartenait désormais au royaume du médical, à sa sphère d'intervention (Foucault, 1989; Hopton, 2006; Markovà et Berrios, 2012). Tout comme la médecine, la science psychiatrique post-Lumières a épousé un paradigme « technologique »¹, une situation où l'expérience du patient, sa souffrance, les troubles mentaux sont compris comme étant le résultat d'un « mécanisme défectueux » (Bracken et Thomas, 2005). Ce « mécanisme défectueux », qu'il soit biologique (les neurocircuits) ou psychologique (la régression, la distorsion cognitive), est la cause, universelle, acontextuelle, du trouble ou de la souffrance. Les interventions dites « technologiques » (une médication, une analyse comportementale), toutes aussi universelles et

1. Dans la littérature critique, le terme « technologique » est utilisé pour qualifier une forme de savoir, de raisonnement, et non pas pour son sens usuel où il fait une référence directe à la « technologie » (p. ex. les ordinateurs, etc.), bien que les deux sens soient reliés (cf. texte principal ci-haut pour plus d'explications).

acontextuelles, sont les moyens par lesquels toute souffrance mentale peut effectivement être soulagée (Bracken et Thomas, 2013). Lorsque ce raisonnement technologique prévaut, la pratique psychiatrique peut être comprise comme étant une série de défis techniques visant à résoudre des problèmes spécifiques, distincts et mesurables, où l'humain n'est pris en compte que dans la mesure où il est l'objet affligé de ce « mécanisme défectueux ». Il s'en suit que les valeurs, les opinions, les relations et les contextes, tous des aspects des soins et savoirs psychiatriques, tous non technologiques de par leur nature, ne sont pas complètement ignorés, mais présentés comme d'une importance seulement secondaire à cette notion du « mécanisme défectueux » (Phillips, 2009 ; Thomas, Bracken et Timimi, 2013).

Il n'est pas surprenant, alors, que la psychiatrie, comme entreprise médico-technologique moderne, ait adopté le mouvement de l'*evidence-based medicine*² (EBM). L'EBM est aussi un produit du discours médico-technologique, qui vise justement à trouver des solutions à ces défis technologiques, dont le but bien spécifique est de « découvrir » l'universel, l'acontextuel, l'objectif, le mesurable et le spécifique. Il est probable que ce sont justement les qualités médico-technologiques de l'EBM qui ont assuré le succès du concept au sein de la communauté psychiatrique de la fin du siècle dernier ; l'EBM semblait apporter des solutions aux problèmes perçus de validité, fiabilité et objectivité de la sphère psychiatrique (Geddes, 1996 ; Gray, 2008). Toutefois, l'EBM, avec ses idées sur ce qui compte comme « évidences » et « savoirs », et avec son avis sur ce qui doit être considéré comme de « bonnes pratiques », impose discrètement un projet épistémologique et éthique qui soulève des problématiques spécifiques pour la psychiatrie. C'est ce qui sera exploré dans l'essai qui suit. Au fil d'une revue critique de la littérature, puisant dans des monographies et articles de psychiatrie critique, d'épistémologie et d'éthique, une analyse conceptuelle de l'EBM sera présentée. Elle sera suivie d'une exploration des problématiques créées par l'application de l'EBM au champ psychiatrique. Enfin, des alterna-

2. L'expression *evidence-based medicine* (EBM) est volontairement laissée telle quelle, en anglais, car elle n'est que traduite bien imparfaitement par les expressions « médecines basées les preuves » ou « médecine basées sur les données probantes », particulièrement pour une analyse conceptuelle de l'EBM, où le terme *evidence* reflète beaucoup plus exactement le projet épistémologique de l'EBM. *Evidence* fait appel aux concepts de « savoir », et « vérité » de façon beaucoup plus évidente que « données probantes », par exemple.

tives récemment réfléchies seront survolées afin d'offrir de possibles pistes de solutions.

II. Evidence-based medicine : un projet épistémologique et éthique

Sackett et coll. (1996), un des fondateurs de l'EBM écrivait : « l'*evidence-based medicine* est l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures évidences³ pour la prise de décision clinique en ce qui concerne les soins de patients individuels »⁴. Au cœur de cette définition, qui apparaît pleine de bon sens, reposait l'idée qu'il existait un fossé entre les évidences qui provenaient de la recherche empirique, et ce que le clinicien moyen faisait lorsqu'il rencontrait un patient avec un problème donné (J. R. Geddes et Harrison, 1997). Pour les créateurs de l'EBM du début des années 90, la médecine pré-EBM était une pratique biaisée et non rigoureuse, largement déconnectée de la littérature empirique, basée sur des opinions d'experts non fiables quant aux diagnostics, traitements et résultats (EBMWG, 1992; Guyatt, 1991). Un nouveau « paradigme » (EBMWG, 1992, 2420) était nécessaire; le but sous-jacent étant de « diminuer l'importance et le rôle de l'intuition, l'expérience clinique non systématique et la justification physiopathologique dans la prise de décision clinique et de plutôt souligner l'importance de l'appréciation des évidences provenant de la recherche clinique »⁵.

Dans les faits, toutefois, telles que détaillées dans les documents fondateurs de l'EBM et exposé entre autres par Gupta (2012; 2014) durant les premières années d'existence de l'EBM, l'« intuition », l'« expérience clinique », et la « justification physiopathologique » ne semblaient tout simplement pas considérées dans la « hiérarchie des évidences ». Les évidences provenant d'études contrôlées randomisées (ECR) et de méta-analyses d'ECR trônaient au sommet de cette hiérarchie, suivis

3. Cf. note sur l'utilisation du terme *evidence-based medicine*. Il m'apparaît que le terme *evidence* en anglais ne se traduit pas de façon tout à fait adéquate; les termes « données probantes » ou « preuves » en changeant la signification. J'ai donc fait le choix de maintenir le terme *evidence* dans sa forme francisée « évidences ».

4. *Evidence-based medicine is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients.*

5. *De-emphasize intuition, unsystematic clinical experience, and pathophysiologic rationale as sufficient grounds for clinical decision-making and stress the examination of evidence from clinical research.*

des évidences provenant d'autres études au design empirique. Toutes autres «évidences», toutes autres formes de savoir et toutes autres justifications qui étaient traditionnellement et dans la réalité du quotidien légitimement prises en comptes dans un contexte clinique, étaient exclues du modèle, modèle qui se voulait après tout être un «algorithme de prise de décisions cliniques» (Sackett et coll., 1996).

La réaction à cette proposition, et particulièrement à l'idée centrale de la hiérarchie des évidences, fut vive. De nombreuses critiques et défenses subséquentes ont depuis les 20 dernières années été écrites sur ce point (Gupta, 2014). Par exemple, au fil des contestations et des années, les créateurs de l'EBM ont réintégré les autres formes d'évidences précédemment exclues (intuition, expérience clinique, physiopathologie) au bas de la hiérarchie des évidences. Sous la pression, l'EBM a même éventuellement évolué et accueilli l'idée, en théorie, de la «prise de décision partagée», considérant finalement le rôle des valeurs, des croyances, des opinions et de la culture des patients, pour une prise de décision clinique judicieuse (Upshur 2006, Gupta 2014). Toutefois, comme décrit par Tonnelli (2006), les supporteurs de l'EBM sont demeurés curieusement silencieux sur la façon d'«intégrer» ces «nouveaux» éléments à la «hiérarchie des évidences».

Ces concessions des autorités du courant ont donc amené un flou, une instabilité et même une possible vacuité conceptuelle de l'EBM. Ainsi, il est argumenté qu'en élargissant leurs propositions initiales, les fondateurs de l'EBM ont lentement dénaturalisé leur concept initial de hiérarchie des évidences en mode «RCT-ou-rien», la seule réelle innovation qu'ils amenaient à la discussion sur le sujet de la prise de décision clinique. Ainsi, l'évaluation critique de la littérature et la recherche clinique et épidémiologique existaient bien avant les années 1990, et les cliniciens «intégraient» déjà les résultats de ces recherches aux autres formes de savoirs qu'ils possédaient, et aux savoirs (valeurs, expériences) détenus par leurs patients, afin de pratiquer la discipline, et ce bien avant la venue de l'EBM (Williams et Garner, 2002). L'idée de l'EBM comme nouveau paradigme de pratique guidant la prise de décision clinique *at the bedside* est donc *prima facie* questionnable. Toutefois, la hiérarchie des évidences, même dans sa version édulcorée, demeure un concept majeur de l'EBM et a eu et a toujours une influence importante dans la théorie et la pratique médicale et psychiatrique, à tout le moins nord-américaine (Gupta, 2014).

Cette influence n'est pas banale. En priorisant les évidences provenant de la recherche pour la prise de décision clinique, il devient évi-

dent que l'EBM sanctifie la validité interne et l'empirisme comme voie royale vers le « savoir », la « vérité », au détriment des autres types de savoir précités, au détriment des savoirs-vérité que sont les intuitions, expériences et valeurs des cliniciens et patients, que sont les narratifs personnels et que sont les contextes sociaux, politiques et économiques (Buetow et Kenealy, 2000 ; Fernandez et coll., 2015 ; Geanellos et Wilson, 2006 ; Greenhalgh, 1999 ; Williams et Garner, 2002). Alors que cette supériorité du savoir empirique est présentée comme naturelle, objective, Loughlin (2006) souligne que ce discours est lui-même basé sur des postulats saturés de subjectivité. Entre autres, ce « régime de la vérité »⁶ (Holmes et Gagnon, 2008) est sous-tendu par une forte allégeance au positivisme, où seuls les énoncés vérifiables empiriquement sont considérés comme des savoirs pertinents (Goldenberg, 2006). Les narratifs des patients, par exemple, pourraient être considérés plus véridiques et pertinents pour la prise de décision clinique, dans un modèle alternatif. Par ailleurs, le concept EBM repose également sur la théorie éthique du conséquentialisme, l'idée que la valeur morale d'une action repose dans la quantité de l'utilité (ou non-utilité) de cette action particulière (Gupta, 2009). Ces régimes positiviste et conséquentialiste, qui régulent, partagent et départment le vrai du faux, et le bon du moins bon, respectivement, présentent des conséquences majeures pour la médecine et la psychiatrie. Ils se traduisent, lorsqu'intégrés dans l'EBM, en une situation où seuls les résultats et indices sanitaires⁷ empiriquement évaluables sont valides et valables. Inévitablement, dans l'EBM, ces résultats doivent être mesurables, et même facilement mesurables, le reste étant dévalué d'un point de vue épistémologique et éthique, faute de pouvoir être facilement empiriquement étudié (et donc publié, disséminé, etc.), faute de savoir parler le discours technologique, avec encore une fois des conséquences majeures sur le savoir et la pratique psychiatrique. En ce sens, en appréciant la littérature jusqu'ici rapportée, il est possible d'affirmer que l'EBM suppose et dicte que pour rétablir la santé d'un individu, il faut prendre des décisions relevant d'abord de l'empirisme, basées sur des données, provenant de groupes étudiés, où l'importance est de viser et d'atteindre un résultat spécifique facilement mesurable. L'EBM est donc non seulement un projet sur la pragmatique des soins de santé, mais également un projet qui vise à réformer l'épistémologie et l'éthique

6. *Regime of truth.*

7. J'ai ici traduit *health outcomes* par « résultats et indices sanitaires ».

médicale. Le concept a des propositions, peut-être des diktats, sur ce qu'est le « savoir » et le « bien », même si cela est minimisé par les partisans de l'EBM (Djulbegovic, Guyatt et Ashcroft, 2009), qui répondent que l'EBM a été développé par des cliniciens, et non des philosophes, pour des cliniciens.

III. L'evidence-based medicine peut-il prendre compte de la complexité psychiatrique ?

L'EBM est un projet qui touche à la fois à la théorie et à la pratique médicale et psychiatrique, à son épistémologie et à son éthique. Via sa hiérarchie des évidences, le concept présente une idée stricte quant à ce qui devrait être considéré comme une information ou un savoir valable pour la prise de décision clinique. Toutefois, la psychiatrie détient probablement ses propres idées quant à ce qui devrait être considéré comme une évidence, comme un « savoir » pertinent pour un patient donné, afin de pouvoir prendre une « bonne » décision ou afin d'agir avec « éthique ». L'EBM promeut une vision incomplète du processus qu'est la prise de décision clinique dans le bureau d'entrevue du médecin. L'EBM, à travers cette idée de la hiérarchie des évidences, impose ses buts et ses valeurs, sa vision de la santé et du succès thérapeutique. Est-ce que les objectifs de la psychiatrie, ses valeurs, et la façon dont elle voit les soins et la guérison sont compatibles avec l'agenda que lui impose l'EBM ? Rien n'est moins clair ; cela est mis en lumière lorsque les tensions qu'amène l'application de l'EBM en psychiatrie sont explorées. Les bénéfices que peut apporter l'EBM aux soins psychiatriques sont moins évidents comparativement aux bénéfices que le courant peut apporter à la médecine physique (Levine et Fink, 2003). Son bien-fondé lorsqu'appliqué au domaine des troubles mentaux est légitimement contesté ; la nature des troubles mentaux et conséquemment les caractéristiques de la pratique clinique et des traitements associés sont peu adaptées pour le concept d'EBM.

D'abord, en ce qui concerne particulièrement le sujet des diagnostics psychiatriques, il doit être souligné que l'EBM nécessite, et donc assume que les diagnostics étudiés sont valides, discrets, avec une stabilité pronostique et une homogénéité intragroupe lors de la réalisation d'études empiriques (Bolton, 2008a ; Maier, 2006). Toutefois, la discipline psychiatrique ne peut assurer cela. Les diagnostics psychiatriques évoluent et changent constamment ; il ne suffit que de porter un regard sur l'histoire récente de diagnostics variés tels la dépression,

le stress posttraumatique, ou de nombreux troubles de l'enfance, pour mesurer l'ampleur de leur instabilité historique et conceptuelle. Les troubles psychiatriques sont constamment façonnés, constitués, par les réalités sociales, les attentes culturelles, ainsi que les pressions de natures économiques, commerciales, politiques (Bolton, 2008b ; Sedgwick, 1982). Même la schizophrénie, le diagnostic par excellence de la psychiatrie, présente lui-même une variabilité intracatégorielle, marquée par une importante incertitude pronostique (Moncrieff, 2009). L'endémicité des chevauchements diagnostiques en psychiatrie qui mène souvent à un taux faramineux de comorbidité diagnostique, et la reconnaissance par le DSM de la qualité dimensionnelle des troubles psychiatriques, parlent de l'absence ou de l'impossibilité de diagnostics bien délimités, circonscrits (Moncrieff, 2008 ; APA, 2013). Ces caractéristiques des diagnostics psychiatriques sont des composantes fondamentales de ce qu'est la souffrance mentale et donc de ce qu'est la psychiatrie, à tout le moins tant que cette souffrance est comprise et classifiée en termes d'émotions, de cognitions, de comportements, de subjectivité, par opposition à une compréhension et classification biomédicale, génétique ou encore neurologique. Puisque l'EBM est une philosophie qui offre une hiérarchisation des évidences avec une primauté quant à la validité du savoir produit par les ECRs et les méta-analyses, et puisque ces outils de production du savoir nécessitent dans leur développement et leur application des diagnostics stables et circonscrits, la validité du savoir produit par ces outils, et donc par l'EBM, est une validité intrinsèque questionnable dans le contexte psychiatrique. Le questionnement sur la validité du savoir produit par l'EBM se complique d'ailleurs davantage lorsque l'on considère que la nature et la définition même de ce qu'est un trouble mental sont toujours matière à débat (Bolton, 2008b ; Sedgwick, 1982 ; Wakefield, 1992). Cette recherche de validité, de la vérité, par l'EBM dans la sphère du psychiatrique, est donc entachée dès le départ ; la variable indépendante, le diagnostic, ne se prêtant déjà plus au jeu. À cette problématique s'ajoute l'application subséquente, que souhaite l'EBM, de savoirs issus d'un groupe (hétérogène et instable) à un seul individu ; la validité est davantage entachée.

S'attardant ensuite aux soins psychiatriques, il a été noté que la base conceptuelle de l'EBM n'est pas appropriée pour des régimes thérapeutiques complexes, longs ou avec de multiples étapes, considérant, entre autres, les contraintes d'argent et de temps (Gupta, 2007 ; Polychronis, Miles et Bentley, 1996). Or, de tels traitements forment

une large portion de l'arsenal thérapeutique psychiatrique, et sont tout à fait adaptés à la nature chronique, changeante et l'évolution complexe, en dents-de-scie, de beaucoup de troubles psychiatriques (Maier, 2006). Aussi, il faut rappeler que l'EBM présuppose une quantification des résultats pour mesurer le succès ou non d'un type d'intervention. Cette quantification se fait bien difficilement et de façon inadéquate lorsque le sujet d'étude porte sur des aspects de l'esprit : les émotions, les croyances, la signification, l'expérience résistent à la mesure (Gupta, 2007 ; Morstyn, 2013). Inévitablement, l'EBM, avec son agenda épistémologique, parce qu'il nécessite des sujets et résultats mesurables et spécifiques, favorise le développement d'une version de la psychiatrie qui est davantage comportementaliste et technicisée, où ce qui a trait à l'esprit, le subjectif et le non mesurable, est nécessairement discursivement déprécié. Thomas, Bracken et Timimi (2012) soutiennent de façon convaincante, après révision de la littérature sur la dépression et ses traitements, que les aspects non spécifiques et non techniques des soins et pratiques en santé mentale – le contexte social et culturel, les valeurs, les relations humaines, l'alliance, la confiance, l'espoir, la médiation du narratif – sont des aspects essentiels et cardinaux des soins psychiatriques tels que soulignés par d'autres recherches (Lambert, 2013), mais sont exactement ce que l'EBM, à travers sa hiérarchie des évidences, son discours technologique, vise à exclure ou à dévaluer en les présentant comme des effets placebo ou des facteurs non spécifiques. Cela apparaît contestable pour un concept adopté pour identifier le meilleur moyen de soulager les patients souffrant de troubles psychiatriques.

En poursuivant cette réflexion, d'autres inquiétudes se dessinent. Il apparaît que l'EBM en psychiatrie a inévitablement une influence quant aux procédures thérapeutiques étudiées, à celles considérées efficaces, et donc à celles offertes aux patients (Möller, 2012). Cela est vrai pour les traitements psychopharmacologiques, et peut-être même plus pour les psychothérapeutiques ; la psychothérapie présente de nombreuses et importantes barrières intrinsèques (itérative, multiétapes, avec des buts variés), et extrinsèques (coût, temps) à l'étude empirique (Falkum, 2009 ; Moller et Maier, 2010 ; Norcross, Beutler et Levant, 2006). Il est possible d'avancer que le discours EBM désavantage cette forme de traitement, ou encore qu'il influence le type de psychothérapie qui est étudié et donc valorisé. Par exemple, une thérapie cognitivo-comportementale court terme manualisée est plus facilement étudiable empiriquement qu'une thérapie éclectique long terme, et sera donc reconnue

plus valide, légitime. Il en découle que l'EBM, de par son impact sur le discours autour des traitements, en ce sens où le concept détermine ce qui compte comme efficace ou « prouvé par la science », a des conséquences subséquentes sur l'organisation des soins de santé mentale et les politiques publiques (Möller, 2012).

Il est possible de conclure, considérant les particularités en regard des diagnostics et traitements en psychiatrie, que l'EBM est probablement utile dans une minorité de problèmes présentés aux psychiatres (Maier, 2006). Cette observation est liée au fait que la psychiatrie est complexe, parsemée de zones grises, et qu'elle a une position épistémologique unique, différente de celle de la médecine, s'alimentant des savoirs de multiples traditions comme l'anthropologie, la phénoménologie et la psychologie. La discipline s'est développée ainsi, car les troubles et la détresse qu'elle cherche à soulager appellent toujours, actuellement, à des notions de culture (valeurs, attentes et règles culturelles communes), d'expérience humaine et de subjectivité (APA, 2013). La psychiatrie ne devrait probablement pas se chercher une validité, ou une légitimité dans un concept qui est maladapté à sa réalité. Gupta (2007) suggère que « la psychiatrie devra possiblement développer ses propres standards de rigueur et de validité ».⁸

IV. La prise de décision clinique en psychiatrie : des alternatives à l'EBM sont-elles possibles ?

Plusieurs auteurs, donc, semblent être en désaccord avec l'agenda épistémologique de l'EBM en psychiatrie, qui offre une primauté, voire une quasi-exclusivité, aux données-savoirs provenant des ECRs, méta-analyses ou autres méthodes de recherche clinique et épidémiologique. Ils argumentent que l'EBM est en manque de validité lorsqu'appliqué au champ psychiatrique. Ces auteurs et cet essai « ne sont pas en désaccord avec la science ou l'empirisme ». Ils sont en désaccord avec l'EBM comme paradigme, qui, privilégiant quasi exclusivement le savoir extrapolé de grands groupes d'études, où ce qui est mesuré ne peut être que « technologique », ne crée peut-être pas la psychiatrie la plus valide et, en conséquence, la plus valable. Quelques auteurs abordés croient que d'autres sources et formes de savoirs devraient, parfois, avoir préséance ; le savoir que détient le patient, par exemple, peut parfois être le savoir le plus juste et le plus utile. Il apparaît que la

8. *Psychiatry may have to develop its own standards for rigour and validity.*

psychiatrie, et la « bonne psychiatrie », autant au sens épistémologique qu'éthique du terme « bonne », n'est pas nécessairement une affaire d'atteinte de résultats et d'indices sanitaires tel qu'envisagé par l'EBM.

Certains de ces auteurs ont initié des réflexions qui nous aident à réfléchir une théorie épistémologique et éthique qui serait plus adaptée aux savoirs et aux pratiques psychiatriques que la « hiérarchie des évidences ».

Gupta, dans *Is Evidence-based psychiatry ethical?* (2014), et autres ouvrages précédemment cités, semble concevoir la psychiatrie comme une entreprise d'abord éthique, et seulement ensuite empirique. Sans que cela ne soit exactement ses propos, elle semble avancer que les savoirs pertinents de la discipline devraient être débattus avec un cadre éthique en tête, plutôt que de laisser l'EBM nous dicter ce qu'il vaut la peine de savoir, et donc ce qu'il vaut la peine de faire. En s'attardant à sa perspective, il me semble que la question n'est pas tellement d'en savoir le plus possible d'un point de vue empirique pour arriver à faire le maximum de bien, mais bien d'avoir comme première question celle de faire le bien, les savoirs pour y arriver pouvant être variés et valorisés selon la quantité de bien qu'ils font.

De leur côté, Bracken et Thomas, dans leur *Postpsychiatry* (2005), entre autres, seraient probablement sympathiques aux réflexions de Gupta; ceux-ci ne voient pas nécessairement la psychiatrie comme un projet d'abord scientifique ou technologique, mais bien comme un projet fondamentalement moral. Une de leur contribution consiste à amener l'idée que les buts, et donc les savoirs et soins de la psychiatrie, devraient être sujets à un processus démocratique, où les utilisateurs de soins devraient pouvoir se prononcer. Les organismes menés par ces utilisateurs devraient avoir la possibilité de participer aux décisions quant aux pratiques psychiatriques qui sont utilisées et jugées les meilleures et donc, par ricochet, aux savoirs qui devraient être considérés importants.

Tonelli, offrant une perspective différente, explique, dans une série d'articles (Tonelli, 2006, 2009, 2010), que la « casuistique » devrait guider la pratique de la discipline. Pour lui, les buts et valeurs de la pratique ne sont pas nécessairement fixes, ils sont cas-dépendant. Ainsi, aucun type d'évidence ou « justification » pour la prise de décision clinique ne présente une supériorité définitive par rapport à d'autres; la pertinence de ces savoirs est entièrement relative au cas clinique. Loughlin (2006), commentant sur le sujet, souligne, avec raison, que la casuistique reconnaît l'importance des contextes, signi-

fications et valeurs des protagonistes. Cette approche déstructurée me semble toutefois être d'un moindre intérêt pour la psychiatrie, comme j'estime que la discipline gagnerait beaucoup à discuter et chercher un cadre théorique épistémologique et éthique commun et unique, en réplique à la mainmise actuelle de l'EBM sur les savoirs et la démarche éthique de la sphère psychiatrique.

Il serait également important de mentionner que des approches et théories telles celles d'Adolf Meyer (Meyer et Lief, 1948), les approches systémiques, ou bien narratives, ou encore les approches herméneutiques ou phénoménologiques, bien que non élaborées en réaction à l'EBM, ont possiblement toutes des éléments de réponses dans la recherche d'un système de prise de décision clinique psychiatrique plus juste d'un point de vue épistémologique et éthique.

V. Conclusion

En prenant en considération les travaux et réflexions exposées, il apparaît impératif de répliquer à l'emprise du courant EBM sur l'état actuel des savoirs psychiatriques. Le conflit entre la psychiatrie et l'EBM est l'occasion pour la psychiatrie de se doter de son propre « système des savoirs ». La psychiatrie pourrait choisir pour elle-même les savoirs pertinents pour ses patients; se mettre des règles pour elle-même concernant ces savoirs et décider comment ces savoirs s'articulent pour une pratique qui offre le maximum de bien. Au risque d'être redondant, cela ne veut pas dire que la psychiatrie devrait se débarrasser du savoir empirique tel que produit par les ECR, par exemple. Il ne faudrait pas comprendre que cet essai fait la promotion d'une psychiatrie contre la science ou l'empirisme. L'« EBM » n'est pas équivalent à « science » ou à « données empiriques »; l'EBM est un paradigme de pratique clinique aux impacts questionnables sur la pondération de nos savoirs et donc sur les bienfaits de nos pratiques. La psychiatrie, toutefois, dans sa complexité, se doit d'inclure et de valoriser, en plus des savoirs validés empiriquement par les outils actuellement à notre disposition, d'autres formes de savoirs, ce que le concept d'EBM, avec sa vision positiviste restreinte, ne permet pas véritablement.

Ainsi, cette idée de « système des savoirs », évitant du même coup le terme « hiérarchie » et mettant ainsi l'accent sur la vision contingente et non linéaire des savoirs psychiatriques, devrait se développer avec différents questionnements en tête, qui influencent l'importance relative des savoirs. La question de l'objet d'étude (cerveau, personne, etc.)

de la psychiatrie et celle des objectifs de la discipline psychiatrique (si le but n'est pas l'amélioration d'indices sanitaires, quel est-il?) sont majeures. La question de l'autorité et de l'expertise, c'est-à-dire qui décide de ce qui est considéré comme valide et valable, est tout aussi importante; la pluralité des expertises (patients partenaires, utilisateurs de soins, survivants, psychologues, omnipraticiens, psychiatres, autres professionnels) devrait certainement être centrale, puisqu'elle teinte profondément le processus de pondération des savoirs. Toutefois, la question la plus importante semble être celle du bien. La construction de ce « système des savoirs » devrait être sous-tendue par des considérations éthiques, « l'éthique donc de ce qui compte comme savoirs ». Cela serait certainement un pied de nez aux différentes forces discursives exerçant une pression pour la médico-technologisation de la psychiatrie. Une psychiatrie qui désire s'affranchir de l'EBM, son tout dernier dialecte technologique, devrait se repenser comme une entreprise d'abord et avant tout éthique. Cette idée est loin d'être saugrenue, plusieurs acteurs appellent à la réforme, ils crient au secours : la *human rights-based psychiatry* débarque (ONU, 2007).

RÉFÉRENCES

- APA, A. P. A. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Bolton, D. (2008a). The epistemology of randomized, controlled trials and application in psychiatry. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 15(2), 159-165.
- Bolton, D. (2008b). *What is mental disorder?: an essay in philosophy, science, and values*. Oxford, R.-U.: Oxford University Press.
- Bracken, P. et Thomas, P. (2013). Challenges to the Modernist Identity of Psychiatry: User Empowerment and Recovery (Chapter 11). In M. D. KWM Fulford, Richard G.T. Gipps, George Graham, John Z. Sadler, Giovanni Stanghellini, and Tim Thornton (Ed.), *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* (pp. 123-138). Oxford, R.-U.: Oxford University Press.
- Bracken, P. et Thomas, P. (2005). *Postpsychiatry*. Oxford, N. Y.: Oxford University Press.
- Buetow, S. et Kenealy, T. (2000). Evidence-based medicine: the need for a new definition. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 6(2), 85-92. doi:10.1046/j.1365-2753.2000.00237.x
- Djulbegovic, B., Guyatt, G. H. et Ashcroft, R. E. (2009). Epistemologic inquiries in evidence-based medicine. *Cancer Control*, 16(2), 158-168.
- EBMWG, E.-B. M. W. G. (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *Jama*, 268(17), 2420.

- Falkum, E. (2009). Phronesis and Techne: The Debate on Evidence-Based Medicine in Psychiatry and Psychotherapy. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology, 15*(2), 141-149.
- Fernandez, A., Sturmberg, J., Lukersmith, S., Madden, R., Torkfar, G., Colagiuri, R. et Salvador-Carulla, L. (2015). Evidence-based medicine: is it a bridge too far? *Health Res Policy Syst, 13*, 66. doi:10.1186/s12961-015-0057-0
- Foucault, M. (1989). *Madness and civilization: a history of insanity in the Age of Reason*. London, R.-U.: Routledge.
- Fulford, K. B. (2008). Values-based practice: from the real to the really practical. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology, 15*(2), 183-185.
- Fulford, K. W. (2011). The value of evidence and evidence of values: bringing together values-based and evidence-based practice in policy and service development in mental health. *J Eval Clin Pract, 17*(5), 976-987. doi:10.1111/j.1365-2753.2011.01732.x
- Geanellos, R. et Wilson, C. (2006). Building bridges: knowledge production, publication and use. Commentary on Tonelli (2006), Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 12*(3), 248-256. doi:10.1111/j.1365-2753.2006.00592.x
- Geddes, J. (1996). On the need for evidence-based psychiatry. *Evidence Based Medicine, 1*(7), 199-200.
- Geddes, J. R. et Harrison, P. J. (1997). Closing the gap between research and practice. *The British Journal of Psychiatry, 171*(3), 220-225. doi:10.1192/bjp.171.3.220
- Goldenberg, M. J. (2006). On evidence and evidence-based medicine: lessons from the philosophy of science. *Social Science & Medicine, 62*(11), 2621-2632.
- Gray, G. E. (2008). *Concise guide to evidence-based psychiatry*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Greenhalgh, T. (1999). Narrative based medicine in evidence-based world. *Bmj, 318*(7179), 323-325. doi:10.1136/bmj.318.7179.323
- Gupta, M. (2007). Does evidence-based medicine apply to psychiatry? *Theor Med Bioeth, 28*(2), 103-120. doi:10.1007/s11017-007-9029-x
- Gupta, M. (2009). Ethics and evidence in psychiatric practice. *Perspect Biol Med, 52*(2), 276-288. doi:10.1353/pbm.0.0081
- Gupta, M. (2011). Values-based practice and bioethics: close friends rather than distant relatives. Commentary on "Fulford (2011). The value of evidence and evidence of values: bringing together values-based and evidence-based practice in policy and service development in mental health". *J Eval Clin Pract, 17*(5), 992-995. doi:10.1111/j.1365-2753.2011.01734.x
- Gupta, M. (2012). Evidence-based medicine: we ought to practise it, but we still do not know why. *J Eval Clin Pract, 18*(5), 1111-1112. doi:10.1111/j.1365-2753.2012.01928.x

- Gupta, M. (2014). *Is evidence-based psychiatry ethical?* Oxford, R.-U.: Oxford University Press.
- Guyatt, G. (1991). Evidence-based medicine. *ACP J Club*, 114, A16.
- Holmes, D. et Gagnon, M. (2008). Evidence to practice and practice to evidence: misunderstanding the epistemic incommensurability. A commentary on Isaac & Franceschi (2008). *J Eval Clin Pract*, 14(5), 663-664. doi:10.1111/j.1365-2753.2008.01092.x
- Hopton, J. (2006). The future of critical psychiatry. *Critical Social Policy*, 26(1), 57-73.
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42-51. <https://doi.org/10.1037/a0030682>
- Levine, R., & Fink, M. (2003). The case against evidence-based principles in psychiatry. *Medical Hypotheses*, 67(2), 401-410. doi:10.1016/j.mehy.2006.02.025
- Loughlin, M. (2006). The future for medical epistemology? Commentary on Tonelli (2006), Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 12, 248-256. *J Eval Clin Pract*, 12(3), 289-291. doi:10.1111/j.1365-2753.2006.00589.x
- Maier, T. (2006). Evidence-based psychiatry: understanding the limitations of a method. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(3), 325-329.
- Marková, I. S. et Berrios, G. E. (2012). Epistemology of psychiatry. *Psychopathology*, 45(4), 220-227. doi:10.1159/000331599
- Meyer, A. et Lief, A. E. (1948). The commonsense psychiatry of Dr. Adolf Meyer: Fifty-two selected papers
- Möller, H.-J. (2012). How close is evidence to truth in evidence-based treatment of mental disorders? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(4), 277-289. doi:10.1007/s00406-011-0273-8
- Moller, H. J. et Maier, W. (2010). Evidence-based medicine in psychopharmacotherapy: possibilities, problems and limitations. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 260(1), 25-39. doi:10.1007/s00406-009-0070-9
- Moncrieff, J. (2008). The myth of the chemical cure. In *The Myth of the Chemical Cure* (pp. 217-224). London, R.-U.: Palgrave Macmillan.
- Moncrieff, J. (2009). A critique of the dopamine hypothesis of schizophrenia and psychosis. *Harv Rev Psychiatry*, 17(3), 214-225. doi:10.1080/10673220902979896
- Morstyn, R. (2013). Escaping the behavioural “spin” of evidence-based psychiatry: Merleau-Ponty’s ontology of truth. *Australas Psychiatry*, 21(4), 311-314. doi:10.1177/1039856213486216
- Norcross, J. C., Beutler, L. E. et Levant, R. F. (2006). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- ONU. (2007). Convention relative aux droits des personnes handicapées. (<https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>). Visité le 26 juillet 2020).

- Phillips, J. (2009). Introduction. In J. Phillips (Ed.), *Philosophical Perspectives on Technology and Psychiatry* (pp. 1-19). Oxford, R.-U.: Oxford University Press.
- Polychronis, A., Miles, A. et Bentley, P. (1996). Evidence-based medicine: reference? Dogma? Neologism? New orthodoxy? *J Eval Clin Pract*, 2(1), 1-3.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. et Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Bmj*, 312(7023), 71-72. doi:10.1136/bmj.312.7023.71
- Sedgwick, P. (1982). *Psycho Politics*. New York, N.Y.: Harper & Row.
- Thomas, P., Bracken, P. et Timimi, S. (2012). The anomalies of evidence-based medicine in psychiatry: time to rethink the basis of mental health practice. *Mental Health Review Journal*, 17(3), 152-162. doi:doi:10.1108/13619321211287265
- Thomas, P., Bracken, P. et Timimi, S. (2013). The Limits of Evidence-Based Medicine in Psychiatry. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 19(4), 295-308.
- Tonelli, M. R. (1998). The philosophical limits of evidence-based medicine. *Academic Medicine*, 73(12), 1234-1240.
- Tonelli, M. R. (2006). Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches. *J Eval Clin Pract*, 12(3), 248-256. doi:10.1111/j.1365-2753.2004.00551.x
- Tonelli, M. R. (2009). Evidence-free medicine: forgoing evidence in clinical decision-making. *Perspect Biol Med*, 52(2), 319-331. doi:10.1353/pbm.0.0087
- Tonelli, M. R. (2010). The challenge of evidence in clinical medicine. *J Eval Clin Pract*, 16(2), 384-389. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01405.x
- Upshur, R. E. 2006. "The complex, the exhausted and the personal: reflections on the relationship between evidence-based medicine and casuistry. Commentary on Tonelli (2006), Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches.", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12: 281-288.
- Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47(3), 373.
- Williams, D. D. R. et Garner, J. (2002). The case against "the evidence": a different perspective on evidence-based medicine. *The British Journal of Psychiatry*, 180(1), 8-12. doi:10.1192/bjp.180.1.8

Troubles psychotiques et troubles du sommeil : revue de la littérature

Magalie Lussier-Valade^a

Alex Desautels^b

Roger Godbout^c

RÉSUMÉ Contexte La disparition de la nomenclature des troubles du sommeil dits primaires ou secondaires, rendue obsolète par le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5), représente bien l'engouement académique actuel pour ce domaine de recherche. Il est de plus en plus reconnu que les troubles du sommeil sont plus que de simples conséquences d'un trouble psychiatrique et qu'ils peuvent persister malgré un traitement adéquat de la condition comorbide et même précéder ou exacerber cette dernière. Les troubles du sommeil dans les troubles psychotiques, très fréquents, sont donc devenus un sujet d'actualité, représentant une cible d'intervention jusqu'ici sous-estimée.

Objectif Cet article vise à présenter l'état des connaissances actuelles sur la relation entre les troubles du sommeil et les troubles psychotiques ainsi que sur l'utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour traiter les troubles du sommeil dans ce contexte.

Méthode L'article fait une recension narrative de la littérature pour décrire la relation bidirectionnelle entre la psychose et les troubles du sommeil, les corrélations cliniques et les traitements ciblant l'insomnie chez les patients psychotiques.

- a. M.D., FRCPC, psychiatre-fellow King's College London.
- b. M.D., FRCPC, Ph. D., neurologue, Service de neurologie, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, directeur du Centre d'études avancées en médecine du sommeil (CÉAMS), Professeur adjoint, Département de neurosciences, Université de Montréal.
- c. Ph. D., Psychologue, Laboratoire et clinique du sommeil, Hôpital-Rivières-des-Prairies, Professeur titulaire, Département de psychiatrie, Université de Montréal.

Résultats Malgré la présence d'une relation entre les troubles du sommeil et les troubles psychotiques, les mécanismes neuronaux, hormonaux et socioculturels régissant cette relation demeurent encore incertains. Bien que l'association reliant les troubles du sommeil et les troubles psychotiques demeure à clarifier, les études démontrent qu'elle serait bidirectionnelle et peut engendrer un cercle vicieux où ces deux composantes s'aggravent mutuellement. Dans ce contexte de comorbidités, les modèles unifiés en TCC deviennent un traitement de choix, à condition d'adapter les protocoles de TCC pour insomnie (TCC-i) à une population avec trouble psychotique (TCC-ip).

Conclusion Malgré la complexité de la relation entre les troubles psychotiques et ceux du sommeil, la TCC-i a été démontrée efficace pour traiter les troubles du sommeil dans une population psychotique et pourrait, dans certains cas, permettre d'alléger la symptomatologie psychotique. De futures études sur ce domaine pourraient permettre le développement de protocoles de thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles du sommeil mieux adaptés à la population avec troubles psychotiques.

MOTS CLÉS troubles psychotiques, schizophrénie, troubles du sommeil, insomnie, TCC, sommeil

Psychotic disorders and sleep disorders: A review

ABSTRACT Context Psychotic disorders are severe mental disorders that can cause a loss of contact with reality. Along with positive symptoms (delusions and hallucinations), they also encompass many other dysfunctions, such as sleep problems, which themselves can cause great distress and impairment in patients.

Objective To review current literature on the relationship between sleep disorders and psychosis, on the clinical impact of such a relationship, and the psychological treatment of sleep disorders in the context of psychosis.

Method Narrative overview of the literature synthesizing the findings about the relationship between psychosis and sleep disorders, and the psychological treatment of the latter, retrieved from searches of computerized databases, hand searches, and authoritative texts.

Results Evidence shows a bidirectional relationship between psychosis and sleep disorders. Despite many hypotheses involving genetics, hormones, or neuronal functions regarding the nature of this association, the exact mechanism remains elusive. However, sleep-related problems are an interesting therapeutic target to improve quality of life and psychotic symptoms and respond well to psychological interventions.

Conclusion Patients with psychotic disorders can benefit from CBT for insomnia, given a few adaptations to existing protocols. Additional studies are necessary to determine which patients are most likely to benefit from such interventions and to

clarify the relationship between psychosis and sleep disorders, and the clinical implications of them co-existing.

KEYWORDS psychotic disorders, schizophrenia, sleep disorders, insomnia, CBT, sleep

Introduction

Les troubles psychotiques sont des conditions sévères et généralement persistantes, évoluant sur un continuum de sévérité et touchant de 1 à 3% de la population (Lieberman et coll., 2006). Le terme psychose réfère à plusieurs diagnostics distincts, évoluant sur un gradient de sévérité, et se définit globalement par une perte de contact avec la réalité. Les perturbations du sommeil seraient possiblement impliquées dans la pathogenèse de plusieurs symptômes retrouvés dans la psychose (Freeman et coll., 2015). Dès leur première description clinique par Kraepelin en 1919, les troubles psychotiques ont été associés aux troubles du sommeil (Ferrarelli et Tononi, 2016) et ces derniers sont de plus en plus reconnus comme facteurs majeurs contribuant aux déficits liés aux psychoses et associés à une altération marquée du fonctionnement social et occupationnel. Les troubles du sommeil représentent également une cible de traitement auparavant négligée chez les gens souffrant de psychose et des interventions visant cette dimension peuvent avoir un impact significatif sur les symptômes psychotiques et le rétablissement (Freeman et coll., 2015). Le présent article fait une recension narrative de la littérature pour décrire la relation bidirectionnelle entre la psychose et les troubles du sommeil, les corrélations cliniques et les traitements ciblant l'insomnie chez les patients psychotiques.

Sommeil : petits rappels et généralités

La régulation du sommeil

Le sommeil est un processus actif, régi par plusieurs systèmes en interaction : neuronaux, hormonaux et socioculturels (Godbout, 2016). Chaque individu a son propre chronotype (type du soir, type du matin), déterminé par deux influences : a) l'horloge biologique circadienne, régulée par la transcription rythmique de certains gènes et par des synchroniseurs extrinsèques, les *zeitgebers* (comme la lumière ambiante et les exigences sociales); et b) la tolérance à la dette de sommeil accumulé depuis le réveil matinal (c.-à-d. la « pression homéostatique »). Le

cycle veille-sommeil est donc soumis à des facteurs physiologiques et psychologiques dont l'interaction confère à un individu un horaire et un besoin de sommeil qui lui sont spécifiques.

Les stades du sommeil

L'architecture du sommeil désigne la façon dont le sommeil est structuré à travers la nuit et peut être évaluée par polysomnographie. Le sommeil est constitué: a) d'une phase lente (aussi appelée *non-rapid eye movement* ou NREM) comprenant, en ordre croissant de profondeur de l'état de sommeil, les stades N1, N2 et N3); et b) d'une phase de sommeil paradoxal (aussi appelée REM). Ces deux phases alternent de façon cyclique au cours de la nuit et la composition de chaque cycle évolue au cours de la nuit: le sommeil lent profond (N3) est retrouvé presque exclusivement dans les deux premiers cycles de la nuit, tandis que le sommeil paradoxal prédomine dans la deuxième moitié de la nuit (Godbout, 2016).

L'alternance des périodes de sommeil lent profond-sommeil paradoxal se fait selon des mécanismes neuronaux complexes et finement régulés par plusieurs neurotransmetteurs dont ceux qui facilitent l'éveil (orexine, histamine, dopamine, noradrénaline, sérotonine, glutamate), ceux qui facilitent le sommeil (adénosine, acide gamma-aminobutyrique [GABA]) et ceux qui jouent sur les deux tableaux, comme l'acétylcholine.

Le sommeil en psychiatrie

Devant la complexité des systèmes et réseaux assurant la régulation du cycle du sommeil, il n'est pas étonnant de constater la myriade de présentations différentes des troubles du sommeil ainsi que leur grande prévalence, particulièrement dans la population psychiatrique. En 2013, la nécessité de considérer les troubles du sommeil comme des pathologies à part entière sous-tendait la nouvelle classification du DSM-5 pour les troubles de l'alternance veille-sommeil (DSM-5, 2013). L'ancienne dichotomie trouble primaire – trouble secondaire, démontrée obsolète et peu utile cliniquement, a été mise de côté au profit d'un investissement dans le traitement des troubles du sommeil indépendamment du traitement de la condition comorbide: bien qu'une amélioration de cette dernière demeure habituellement l'objectif principal, elle n'est souvent pas suffisante pour améliorer les perturbations du sommeil et les répercussions négatives d'un mauvais sommeil sur la qualité de vie.

Troubles psychotiques et troubles du sommeil : une relation bidirectionnelle ?

Kraepelin (1919) a été le premier à associer les troubles du sommeil aux troubles psychotiques, préconisant « le repos au lit, supervision et soutien au sommeil et à l'alimentation » comme dimension essentielle du traitement des troubles psychotiques. Par la suite, Bleuler a lui aussi remarqué que les dysfonctions du sommeil faisaient partie intégrante des troubles psychotiques, notant que « plusieurs patients refusent de dormir, car ils (...) craignent pour leur sécurité » (Ferrarelli et Tononi, 2016). Ce n'est pas un hasard si deux grands noms de l'histoire des troubles psychotiques ont mis de l'avant les distorsions du sommeil dans la présentation clinique et les interventions thérapeutiques. Les chercheurs ont longtemps été intrigués par la connexion entre la schizophrénie et les rêves, utilisant ceux-ci comme modèle de la psychose (Voss et coll., 2018). Les hallucinations et les rêves sont phénoménologiquement similaires, caractérisés par des expériences sensorielles vives qui n'appartiennent pas au domaine de la réalité, mais qui sont perçues comme réelles et dont le caractère bizarre n'est pas reconnu. Une hypothèse postulait alors que la psychose était une intrusion du sommeil paradoxal à l'état d'éveil (voir Seeman, 2017). Bien que cette hypothèse n'ait pas été reconnue (voir plus loin), les similitudes entre les symptômes des troubles du sommeil et ceux de la schizophrénie justifient l'intérêt encore présent pour l'association entre ces deux troubles (figure 1).

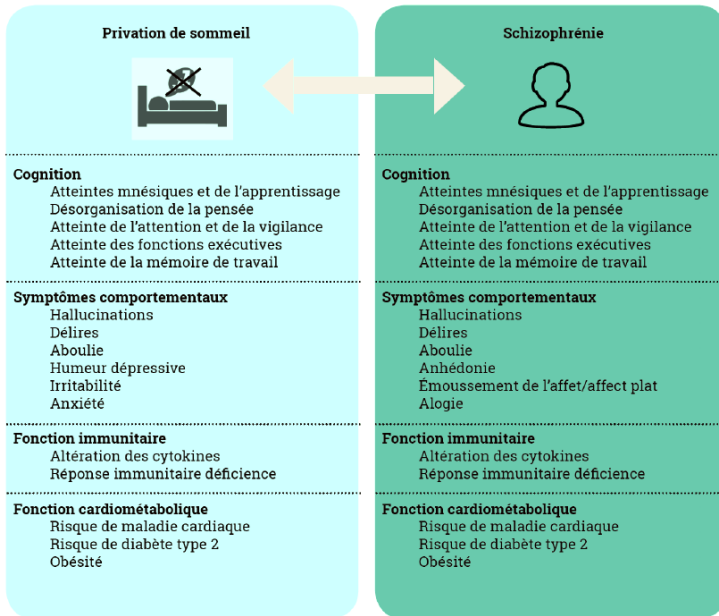
Les troubles du sommeil sont fréquents dans les populations atteintes de troubles psychotiques, allant jusqu'à atteindre des prévalences entre 30 et 80 % (Anderson, 2013 ; Benca et coll., 1992 ; Poulin et coll., 2010 ; Soehner et coll. 2013), selon le stade de la maladie¹, la sévérité des symptômes psychotiques, l'âge, le sexe et la présence ou absence de traitement pharmacologique (Cohrs, 2008).

Le degré de distorsion du sommeil semble également corrélé positivement avec la symptomatologie psychotique, les patients atteints de troubles sévères du sommeil (principalement l'insomnie) présentant souvent une majoration des symptômes positifs (Afonso et coll., 2011 ; Bauer et coll., 2006 ; Cohrs, 2008 ; Waters et coll., 2011). Une corrélation

1. Les auteurs ont observé des perturbations du sommeil (insomnie initiale et terminale, éveils nocturnes, pauvre efficacité du sommeil) chez 83 % des patients en phase aiguë et 47 % en phase chronique (Cohrs, 2008).

FIGURE 1

Similitudes cliniques entre la privation de sommeil et la schizophrénie (adapté de Pocivavsek et Rowland, 2018)



négative entre le nombre d'heures de sommeil à l'admission sur une unité psychiatrique et la durée de séjour hospitalier a aussi été observée, tout comme le fait qu'une fluctuation importante des paramètres du sommeil (comme le temps total de sommeil) d'une nuit à l'autre était fortement associée à une décompensation psychotique (Langsrud et coll., 2016). Il n'est donc pas étonnant que les patients avec troubles psychotiques souffrant d'insomnie rapportent de faibles scores dans tous les domaines de qualité de vie, même après ajustement pour les facteurs tels que la dépression et la détresse (Ritsner et coll., 2004).

La insomnie provoque l'apparition de symptômes psychotiques dans la population générale

La perte de sommeil chez les gens en bonne santé affecte le fonctionnement cérébral et peut entraîner des symptômes psychiatriques (incluant hallucinations, délires et perturbations de l'humeur) (Waters et coll., 2018), des atteintes cognitive (Fortier-Brochu et coll., 2012) et immunitaire (Besedovsky et coll., 2019) ainsi qu'une augmentation du

risque de développer des maladies chroniques (Liu et coll., 2013). Ces caractéristiques sont similaires à celles retrouvées dans la schizophrénie et la privation de sommeil chez les sujets non cliniques a donc été utilisée en laboratoire comme modèle de psychose (figure 1) (Pocivavsek et Rowland, 2018). Les études épidémiologiques suggèrent aussi que l'association entre les perturbations du sommeil et l'exacerbation de symptômes psychotiques pourrait être, du moins en partie, une relation de causalité (Freeman et coll., 2012; Freeman et coll., 2009; Koyanagi et coll., 2015; Sheaves et coll., 2016). Les données tirées du *2000 British National Psychiatric Morbidity Survey*, regroupant plus de 8 000 individus, démontraient un risque de paranoïa 2 à 3 fois plus élevé en présence d'insomnie (Freeman et coll., 2010), relation répliquée lors d'analyses subséquentes (Freeman et coll., 2010b; Freeman et coll., 2012). De plus, chez les individus ne souffrant pas de psychose, mais étant considérés à ultra-haut risque, les troubles du sommeil sont des facteurs de prédiction de l'apparition et de la persistance d'expériences psychotiques (Lee et coll., 2012; Lunsford-Avery et coll., 2015) ainsi que de la transition vers la psychose (Ruhrmann et coll., 2010). Ces individus présentent des épisodes d'expériences similaires à la psychose, mais qui en diffèrent par leur intensité, fréquence ou durée. La persistance de ces expériences a été identifiée comme un facteur de risque pour le développement de la psychose, illustrant l'importance de reconnaître et d'intervenir précocement (Bradley et coll., 2017). Plusieurs cliniciens étant raisonnablement réticents à traiter ces individus avec des antipsychotiques, les interventions visant à consolider le sommeil, comme la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-i), demeurent intéressantes puisque les gens ayant été traités pour l'insomnie diminuent leur risque de rencontrer les critères d'un risque ultra-haut pour la psychose (Freeman et coll., 2017).

Plusieurs auteurs ont tenté de reproduire ces résultats en contexte expérimental, en étudiant l'effet d'une privation de sommeil chez des individus sans histoire de trouble psychotique, permettant de démontrer qu'une privation ou diminution de sommeil peut engendrer des symptômes similaires à la psychose (paranoïa, hallucinations auditives, distorsions perceptuelles, désorganisation cognitive ou déficit d'inhibition latente), particulièrement chez les individus qui en présentaient plus à l'état de base. Cependant, malgré l'augmentation de tels symptômes, aucun n'atteignait un niveau clinique. De plus, le faible nombre de participants ainsi que certaines contradictions sur le plan des résultats (bien que chaque étude concluait à une augmentation

de symptômes similaires à la psychose, ceux-ci différaient entre les études) témoignent d'une association actuellement ténue (Hurdziel et coll., 2015; Kahn-Green et coll., 2007; Petrovsky et coll., 2014; Reeve et coll., 2017). Il a cependant été suggéré que l'association entre la diminution du sommeil et symptômes psychotiques ferait l'objet d'une médiation par les affects négatifs, comme l'anxiété ou la dépression (Reeve et coll., 2017; Reeve et coll., 2018). Il est d'ailleurs reconnu que l'insomnie est une cause d'anxiété, de dépression, d'erreur de raisonnement et d'anomalies perceptuelles (Freeman et coll., 2015; Myers et coll., 2011), facteurs qui exacerbent eux-mêmes le risque de paranoïa (Freeman, 2007).

Un essai randomisé contrôlé visant à déterminer si le traitement de l'insomnie (par un programme de TCC-i en ligne, Sleepio) pouvait mener à une diminution de la paranoïa et des hallucinations² dans une population non psychotique (1 891 étudiants universitaires). Ce programme interactif, composé de 6 séances de 20 minutes, était accessible par ordinateur ou téléphone intelligent et était personnalisé selon un algorithme suite à l'évaluation initiale. Malgré un taux d'abandon élevé (18 % ont complété les 6 séances), l'intervention était associée avec une diminution significative de l'insomnie, de la paranoïa et des hallucinations (Freeman et coll., 2017).

Mécanismes physiopathologiques reliant les troubles du sommeil et les troubles psychotiques

Les mécanismes physiopathologiques précis expliquant la forte prévalence de perturbations du sommeil dans les populations avec troubles psychotiques sont encore inconnus, mais des perturbations du rythme circadien et de l'homéostasie du sommeil ont été observées. Il est également intéressant de noter que la signalisation dopaminergique via les récepteurs D2 a été associée avec la régulation circadienne par les produits protéiniques de certains des gènes de l'horloge circadienne. Il est donc suggéré que des polymorphismes de ces gènes menant à une transmission dopaminergique aberrante seraient impliqués non seulement dans la pathophysiologie de la schizophrénie, mais également dans les troubles du sommeil retrouvés dans cette population (Takao

2. Ces paramètres ont été évalués par les outils suivants: « Green et coll. Paranoid Thought Scales (GPTS), partie B » pour la paranoïa (principalement les idées de persécution) et « Specific Psychotic Experience Questionnaire (sous-échelle des hallucinations) » pour les hallucinations (Freeman et coll., 2017).

et coll., 2007). Il est généralement accepté qu'une augmentation de la synthèse et de la sécrétion de la dopamine dans le striatum est associée aux symptômes positifs de la schizophrénie, tandis que les symptômes négatifs et cognitifs seraient associés à une hypodopaminergie dans le cortex préfrontal dorsolatéral. De même, plusieurs autres neurotransmetteurs impliqués dans le cycle sommeil-éveil et dans la transition entre le sommeil lent et le sommeil paradoxal sont également perturbés dans les troubles psychotiques, comme de hauts taux d'acétylcholine (ACh), de faibles taux de sérotonine (5-HT) et des taux élevés de GABA (Dzirasa et coll., 2006; Kantrowitz et coll., 2009; Rao et coll., 1994). Cette relation pourrait être impliquée dans l'apparition de troubles du sommeil avant même la décompensation psychotique ou même pendant les prodromes (Diaz et coll., 2017) et dans la forte prévalence de perturbation de l'architecture du sommeil dans les troubles psychotiques. L'hypothèse selon laquelle l'hyperdopaminergie pourrait jouer un rôle dans la pathophysiologie des troubles du sommeil dans la schizophrénie est appuyée par des études pharmacologiques: les agonistes des récepteurs D2 comme la bromocriptine augmentent l'éveil et diminuent le sommeil tandis que les antagonistes sélectifs D2 favorisent plutôt le sommeil (léger) dans les modèles animaux (Kamath, 2015). Habituellement, le sommeil paradoxal est facilité par l'activité de neurones cholinergiques qui lui sont spécifiques et inhibé par les neurones 5-HT et noradrénergiques du tronc cérébral (Hobson et coll., 1998). Il a donc été proposé que la diminution du délai d'apparition du sommeil paradoxal telle que constatée dans la schizophrénie pourrait être reliée à une neurotransmission cholinergique accrue ou à une neurotransmission 5-HT et noradrénergique diminuée, formant l'hypothèse d'un débalancement cholinergique/aminergique comparable à ce qui a été proposé pour la dépression (Janowsky et coll., 1972).

Profils des troubles du sommeil dans la population atteinte de troubles psychotiques

Architecture et cycle du sommeil

Bien que la grande majorité des études démontrent une plus grande prévalence de troubles du sommeil dans la population avec troubles psychotiques, les résultats varient souvent quant à la nature même de ces anomalies, sans doute à cause de l'utilisation de méthodes différentes. Le tableau 1 résume les trois méta-analyses publiées à ce jour

TABLEAU 1

Résumé des méta-analyses sur les troubles du sommeil dans la schizophrénie

MÉTA-ANALYSE	# D'ÉTUDES ET PATIENTS INCLUS	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
BENCA et coll. (1992)	12 études (3 avec groupe contrôle) 239 individus	↓ TST, ↓ SE et ↑ LS ↓ SLP vs groupe contrôle	<ul style="list-style-type: none"> • Une minorité des études incluait un groupe contrôle. • ↓ LATSP : avec études contrôlées seulement • ↑ densité MORs : toutes les études (via analyse secondaire)
CHOUINARD et coll. (2004)	20 études 321 individus avec schizophrénie 331 individus du groupe contrôle	<p>Groupe schizophrénie vs groupe contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ↓ TST, ↓ ES, ↑ LS <p>Groupe schizophrénie (AP-naïf) vs groupe contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ↑ TEN, ↓ N2 	↓ TST, ↓ ES et ↑ LS étaient exacerbés pour le groupe dont le traitement avait été interrompu.
CHAN et coll. (2017)	31 études 574 patients avec schizophrénie (âge moyen 29,3 ans) et 515 contrôles (âge moyen 27,8 ans). Hommes : 80,0% des patients et 78,6% du groupe contrôle (informations disponibles pour 28 études).	<p>Groupe schizophrénie vs groupe contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ↓ TST • ↓ ES • ↓ SP • ↓ LATSP • ↓ N3, N4, SLP • ↑ LS • ↑ TEN • ↑ N1 • ↑ densité MORs • Données contradictoires sur ondes delta et fuseaux du sommeil. • Absence de données sur complexes k 	<p>Durée de la maladie : 3 ans ou moins ou plus de 3 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 3 ans : ↑LS, ↓ES, ↑%N1, ↓LATSP, pas assez d'études pour déterminer si ↓%SP • > 3 ans : LS, ↓ES, ↑%N1, ↑LATSP, ↓%SP, ↓%SLP <p>Statut médication antipsychotique : naïfs, sevrés, traités</p> <ul style="list-style-type: none"> • naïf : ↓TST, ↑LS, ↓ES, ↑TEN • Sevré : ↓TST, ↑LS, ↓ES, ↑TEN, ↑%N1, ↓%N2, N3, N4 et SLP, ↓LATSP. • Traité : ↑LS, ↓%SP, ↑%N2 <p>-Durée du sevrage des neuroleptiques (< 2 semaines, 3-7 semaines, > 8 semaines) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <2 sem : ↓TST, LS, ↓ES, TEN, ↓LATSP. • 3-7 sem : ↓TST, LS, ↓ES, TEN, %N1, ↓%N2, ↓LATSP • >8 sem : ↓TST, LS, ↓ES et TEN

(TST : temps de sommeil total ; ES : efficacité du sommeil ; LS = latence du sommeil ; SLP : sommeil lent profond ; LATSP : latence du sommeil paradoxal ; densité MORs = densité des mouvements oculaires rapides en SP ; TEN : temps d'éveils nocturnes ; N1 = sommeil lent léger de stade 1 ; N2 : sommeil lent léger de stade 1 ; N3 : sommeil lent profond de stades 3 + 4.

TABLEAU 2

Synthèse des profils d’anomalies du sommeil chez les personnes atteintes de psychose

Architecture du sommeil			Autres paramètres du sommeil					Rythmes circadiens
Sommeil lent léger	Sommeil lent profond (SLP)	Sommeil paradoxal (SP)	Latence du sommeil (LS)	Temps sommeil total (TST)	Temps d'éveils nocturnes (TEN)	Efficacité du sommeil (ES)	Temps passé au lit	
↑ durée stade N1		Apparition plus rapide du SP						Inversion du cycle veille-sommeil, retard ou avance du début de la période principale de sommeil
↓ durée stade N2	↓	Absence de rebond de SP suite à une privation	↑	↓	↑	Faible	↑	Taux anormaux de mélatonine durant la nuit/disparition du pic vespéral
		↑/↓ densité MOR						Perte de synchronisation entre sécrétion de mélatonine, cycle éveil-sommeil et cycle lumière-noirceur
↓ fuseaux de sommeil								

Latence du sommeil (SL): temps nécessaire pour s’endormir; **Temps de sommeil total (TST)**: somme des minutes passées dans un de stades de sommeil; **période de sommeil**: durée de temps écoulé entre l’endormissement et le réveil final (incluant les réveils nocturnes); **Temps d’éveils nocturne (TEN)**: durée de temps éveillé entre le moment d’endormissement et le réveil final; **Efficacité du sommeil (ES)**: (TST/période de sommeil) * 100.

alors que le tableau 2 rend compte de la synthèse des différents profils d’anomalies du sommeil faite à partir de la littérature scientifique.

L’état actuel des connaissances démontre que les individus atteints de psychose présentent des altérations marquées du sommeil qui se manifestent principalement par des difficultés d’induction et de maintien du sommeil, mais également par un débalancement du rythme circadien (Bromundt et coll., 2011; Diaz et coll., 2017; Ferrarelli et col. l, 2007; Franzen et coll., 2017; Sasidharan et coll., 2017; Soehner et coll., 2013; Waters et Manoach, 2012), lequel peut se manifester par un retard ou avance de phase de la période principale de sommeil ou par une perte de synchronisation avec le cycle lumière-obscurité. Cette perte de l’horaire circadien peut être marquée chez les patients qui ont un rythme de vie incompatible avec le maintien d’un emploi ou

d'activités sociales. Plusieurs études ont tenté d'éclaircir les anomalies circadiennes chez les patients avec troubles psychotiques, mais les résultats demeurent variés et ne permettent pas un consensus. Parmi les patients présentant des rythmes circadiens aberrants, certains avaient une production de mélatonine normale (Wirz-Justine, 1997) tandis que d'autres montraient des perturbations de sécrétion de mélatonine (Afonso et coll., 2011).

La ou les causes de ces perturbations reflètent possiblement une perte de sensibilité aux *zeitgebers*, perturbant ainsi la routine veille-sommeil. Dans certains cas, un cycle différent de 24 heures pourrait alors émerger à cause de cette diminution de la sensibilité aux indices externes (Bersani et coll., 2012). Suite à la découverte d'anomalies de la sécrétion de mélatonine chez plusieurs patients, des études ont été faites sur les polymorphismes des gènes liés à cette hormone. Cela a permis d'identifier un rôle potentiel du gène du récepteur MT_1 de la mélatonine dans les troubles du sommeil de la schizophrénie (Park et coll., 2011). Des études dans les modèles animaux ont montré que la mélatonine pouvait interagir favorablement ou défavorablement avec la dopamine, ce qui suggère donc que des anomalies de la mélatonine pourraient jouer un rôle dans la pathophysiologie de la schizophrénie, en plus de son rôle déjà reconnu dans le cycle du sommeil (Monti et coll., 2013).

La polysomnographie est la méthode à privilégier pour analyser la structure interne d'une nuit de sommeil. Les données montrent que l'incapacité à s'endormir ainsi que la tendance à interrompre un stade de sommeil par un autre stade prévalent chez les patients schizophrènes (Benca et coll., 1992; Benson, 2006; Chouinard et coll., 2004; Kamath, 2015). Un recensement des trois méta-analyses existantes permet de mettre en évidence que les anomalies du sommeil les plus fréquemment retrouvées dans une population avec troubles psychotiques sont l'insomnie d'initiation (allongement de la latence au sommeil), une augmentation du temps d'éveil après l'endormissement résultant en une diminution de l'efficacité de sommeil et du temps total de sommeil. La méta-analyse de Chouinard et coll. (2004) fut la première à démontrer des différences selon l'absence ou la présence de traitement antipsychotique, notant un temps d'éveil après l'endormissement augmenté et une diminution du stade de sommeil N2 dans la population n'ayant jamais reçu de traitement antipsychotique. Il est donc possible que les traitements pharmacologiques induisent une normalisation à long terme des réveils nocturnes et du sommeil N2, bien qu'il semble également y avoir une amplification de certains autres

problèmes en lien avec des effets résiduels d'un sevrage des antipsychotiques (Chan et coll., 2017 ; Chouinard et coll., 2004). Outre la présence d'un traitement pharmacologique, plusieurs autres facteurs peuvent influencer les profils d'anomalies identifiés, tels que la phase de la maladie, le sous-type diagnostique ou les symptômes prédominants (Chan et coll., 2017).

La majorité des études montre un déficit du sommeil lent profond (stade N3) dans la schizophrénie. Cette anomalie refléterait un mécanisme par lequel il y aurait un élagage synaptique aberrant durant l'adolescence (Feinberg, 1982) empêchant le cortex préfrontal de générer les ondes EEG lentes propres à ce stade. Des études récentes ont démontré une association entre la production de ces ondes et le niveau de synchronisation des neurones corticaux, qui dépend de la force et densité synaptiques (Kurth et coll., 2010). Certains auteurs croient qu'une amélioration du sommeil lent profond chez les patients schizophrènes pourrait revêtir un avantage clinique significatif (Benson, 2006).

Les données polysomnographiques sont variables en ce qui a trait au sommeil paradoxal. La méta-analyse de Chan et coll. (2017) est la seule à déceler un raccourcissement du délai d'apparition de ce stade. La revue systématique de Benson et coll. (2005) et une méta-analyse (Chouinard et coll., 2004) n'ont pas montré d'augmentation ou diminution dans la durée du sommeil paradoxal chez les patients schizophrènes alors que la méta-analyse de Chan et coll. (2017) met en évidence une diminution seulement dans les sous-groupes de patients avec une maladie chronique (plus de 3 ans de maladie) et ceux qui sont sous traitement antipsychotique, laissant supposer encore une fois un effet secondaire dû à la médication.

Corrélations neurophysiologiques et structurales

Plusieurs études ont quantifié les ondes cérébrales durant le sommeil chez les patients avec schizophrénie, démontrant une diminution dans l'activité des ondes lentes, une augmentation de l'activité à haute fréquence beta et gamma chez les patients non médicamenteux (et corrélés avec les symptômes psychotiques) et une diminution du nombre et de l'amplitude des fuseaux du sommeil, suggérant ainsi une anomalie dans les circuits thalamo-réticulaire et thalamo-cortical (Kamath et coll., 2015). Ces anomalies différencieraient les patients souffrant de psychose des sujets sains, mais également de leurs parents du premier degré (Cosgrave et coll., 2018).

Autres troubles du sommeil

Syndrome d'apnées/hypopnées du sommeil

On suggère depuis longtemps que la prévalence du syndrome d'apnée/hypopnées du sommeil (SAHS) était plus élevée dans la population avec psychose que dans la population non clinique (Ancoli-Israel et coll., 1999; Benson et coll., 1994; Kalucy et coll., 2013; Sharafkhaneh et coll., 2005; Waters et coll., 2012; Wu et coll., 2020), possiblement en lien avec une incidence élevée d'obésité, de consommation d'alcool, de tabagisme et d'utilisation d'hypnotiques ou benzodiazépines (Waters et Manoach, 2012). Cependant, certains auteurs déplorent le manque d'études formelles dans ce domaine, qui explique des résultats contradictoires au sein de la littérature, avec des prévalences rapportées entre 1,6 et 52 % (Surani, 2014). Une revue systématique et méta-analyse faite récemment n'a d'ailleurs pas pu mettre en évidence une prévalence plus élevée de SAHS dans les troubles psychotiques que dans d'autres conditions psychiatriques (Gupta et coll., 2015; Stubbs et coll., 2016).

Rêves et cauchemars

La schizophrénie, de par ses symptômes entraînant une perte de contact avec la réalité, a longtemps fasciné chercheurs et cliniciens s'intéressant à l'onirologie. L'identification du sommeil paradoxal et son association avec la production de rêves en 1955 ont renforcé l'hypothèse d'une intrusion des mauvais rêves et des cauchemars dans l'état d'éveil chez les personnes schizophrènes. Il semble toutefois que l'expérience onirique des patients atteints de schizophrénie, qu'ils soient stabilisés avec neuroleptiques (Lusignan et coll., 2009, 2010) ou en phase aiguë d'un épisode psychotique (Lusignan et coll., 2005), ne se distingue guère de ceux des participants témoins, si ce n'est qu'elle tend à inclure un plus grand nombre de personnages étrangers que connus et que leurs récits sont plus courts (même suite à un contrôle du nombre de questions posées). Lorsque les participants ont à coter la bizarrerie de leurs rêves, ils les jugent moins bizarres que ne le font les sujets témoins (Lusignan et coll., 2009).

Il n'en demeure pas moins qu'une revue systématique a montré une association entre les mauvais rêves/cauchemars et les troubles mentaux, association qui ne serait qu'en partie expliquée par la prise de psychotropes (qui peuvent provoquer des rêves vivides chez certains). La relation avec les troubles psychotiques est moins claire, mais plusieurs études ont relevé une fréquence importante de cauchemars dans cette population (Chouinard et coll., 2002; Lusignan et coll., 2009;

Waters et coll., 2017) qui seraient associés à une plus grande sévérité de la maladie (Sheaves et coll., 2015) et à un risque accru de gestes suicidaires (en comorbidité avec l'insomnie) (Li et coll., 2015). La littérature suggère d'ailleurs que lorsque les cauchemars gagnent en intensité, ils pourraient être le prélude d'une décompensation psychotique (Levin et Daly, 1998). Parmi les parasomnies, la récurrence de cauchemars serait le meilleur facteur prédicteur d'une psychose à l'adolescence (Thompson et coll., 2015). *L'American Academy of Sleep Medicine* recommande comme traitement le prazosin (un antagoniste des récepteurs adrénérgiques alpha 1), mais également la TCC-i. Les traitements psychologiques des cauchemars semblent agir par l'augmentation du sentiment de contrôle, une diminution de la peur, la restauration du sommeil et la restructuration de croyances inappropriées (Seeman, 2017). La thérapie cognitivo-comportementale des cauchemars pour la population schizophrène est une avenue prometteuse de traitement (Sheaves et coll., 2019).

Mouvements involontaires liés au sommeil

Peu d'études existent sur la présence des troubles du mouvement au cours du sommeil chez les patients avec schizophrénie. Il semble toutefois que chez les patients sous traitement avec antipsychotiques, la prévalence du syndrome des jambes sans repos (SJSR) serait deux fois plus élevée que dans la population générale (Benson, 2015). Ce syndrome, ainsi que le trouble du mouvement périodique des membres (PLMD) peuvent être associés à l'insomnie et sont souvent peu reconnus chez les patients avec troubles psychotiques ou confondus avec l'acathisie (Pampoulova et coll., 2001). À l'heure actuelle, la littérature ne permet pas de confirmer si ces anomalies du mouvement s'inscrivent dans la pathologie de la schizophrénie ou s'ils sont une conséquence de l'hypodopaminergie induite par le traitement antipsychotique. Le SJSR et le PLMD répondent effectivement bien aux agonistes dopaminergiques, suggérant l'implication d'un déficit de dopamine dans leur pathophysiologie. Ce ne sont cependant pas tous les patients sous antipsychotiques qui développent ces anomalies et il a été proposé qu'une vulnérabilité génétique (possiblement comme un polymorphisme du gène BTBD9) serait nécessaire (Benson, 2015).

Corrélations cliniques

La corrélation clinique entre ce qui est observé en laboratoire de sommeil et les atteintes fonctionnelles d'un individu demeure à établir, bien que certaines perturbations, comme l'insomnie, sont reconnues comme symptômes précurseurs ou annonciateurs d'une décompensation psychotique ou rechute (Benson, 2006). Par ailleurs, le clinicien est souvent confronté à deux grands pôles de perturbations du cycle veille-sommeil dans la population avec schizophrénie : formes positives, caractérisées par des altérations du cycle importantes (réductions du temps de sommeil, difficultés d'endormissement, réveils fréquents, grande variation d'une nuit à l'autre) et les formes déficitaires, où il est possible d'observer une tendance à vouloir rester au lit ou une inversion du rythme circadien, qui peuvent être associés aux symptômes négatifs ou aux bizarreries comportementales (Vanelle, 2009).

Le tableau 3 résume les corrélations cliniques entre les troubles du sommeil et les dimensions de l'expérience psychotique.

L'importance d'une prise en charge globale

Ces données illustrent bien que les troubles du sommeil, bien qu'absents des critères diagnostiques des troubles psychotiques, ne peuvent être négligés dans le plan thérapeutique avec cette population. Il est primordial d'inclure les deux conditions dans les interventions, car les données actuelles suggèrent fortement que les troubles du sommeil exacerbent et maintiennent les symptômes psychotiques, qui à leur tour, vont perturber le sommeil, créant ainsi un cercle pathologique (Morgenthaler et coll., 2006 ; DSM-5, 2013 ; Winokur, 2015).

Les antipsychotiques, pierre angulaire du traitement des troubles psychotiques, sont généralement reconnus pour entraîner une amélioration du sommeil la nuit, mais parfois au prix d'une somnolence diurne. Des études par polysomnographie ont démontré une amélioration objective des paramètres du sommeil, sans toutefois atteindre la rémission totale : malgré une variation dans les résultats rapportés par la littérature, il semble que les antipsychotiques de 1^{ère} génération soit associés à une amélioration de l'induction et du maintien du sommeil, mais également à une inhibition du sommeil paradoxal, tandis que les antipsychotiques de seconde génération facilitent la consolidation du sommeil et augmentent les phases de sommeil profond lent et du sommeil paradoxal (Godbout et Lusignan, 2016). Leur utilisation

TABLEAU 3

Relation entre les symptômes cliniques et les variables du sommeil chez les patients avec schizophrénie

SÉVÉRITÉ CLINIQUE GLOBALE	<p>Augmentation du temps d'éveil après l'endormissement; Diminution du sommeil lent profond; Diminution de la latence du sommeil REM (Kempnaers et al., 1988; Tandon et coll., 1992; Thaker et coll., 1990). Amélioration du sommeil avec le traitement antipsychotique est un prédicteur de bon pronostic (Cohrs, 2008); Normalisation du sommeil coïncide souvent avec la rémission symptomatique (Yates, 2016).</p>
SYMPTÔMES POSITIFS	<p>Augmentation de la latence d'endormissement (Zarcone et coll., 1997); Augmentation de la densité des mouvements oculaires en sommeil REM (Feinberg et coll., 1965; Benson et Zarcone, 1993); Augmentation de l'activité haute fréquence à l'EEG (Tekell et coll., 2005; Kamath et coll., 2015); Diminution de l'efficacité du sommeil (Neylan et coll., 1992); Diminution du temps de latence du sommeil REM (Lauer et coll., 1997; Tandon et coll., 1992; Poulin et coll., 2003; Howland, R.H., 1997).</p>
SYMPTÔMES NÉGATIFS	<p>Diminution du sommeil lent profond; Diminution du temps de latence du sommeil REM; Diminution de l'activité à onde lente à l'EEG. (Ganguli et coll., 1987; Van Kammen et coll., 1988; Keshavan et coll., 1995; Keshavan et coll., 1995b; Kato et coll., 1999); Augmentation des symptômes négatifs corrélée avec une diminution de la durée et du pourcentage de sommeil profond et réduction du stade 4 du sommeil (Kamath et coll., 2015).</p>
ATTEINTE NEUROCOGNITIVE	<p>Les dysfonctions cognitives en corrélation avec les déficits du sommeil profond (Yang et Winkelman, 2006); Atteinte de la consolidation de l'apprentissage procédural qui se fait dans le sommeil (Manoach et coll., 2004); Corrélation négative entre la quantité de sommeil profond et le temps de réaction lors d'une tâche d'attention sélective (Forest et coll., 2006); Déficits du sommeil profond, l'atteinte du SE corrélés avec faibles résultats aux épreuves impliquant la mémoire déclarative (Göder et coll., 2004).</p>
RISQUE SUICIDAIRE	<p>Relation en U entre la durée du sommeil et les idées suicidaires (Monti et Monti, 2004); Corrélation entre la suicidalité et les variables du sommeil REM, avec une augmentation du sommeil REM et de son activité (Kamath et coll., 2015); Risque quatre fois plus élevé de gestes suicidaires en lien avec les perturbations du sommeil, risque onze fois plus élevé lorsque des cauchemars s'ajoutaient aux troubles du sommeil (Li et coll., 2016).</p>

comme hypnotique chez les populations exemptes de comorbidités psychiatriques n'est toutefois pas appuyée par la littérature.

Il est généralement accepté que le traitement avec antipsychotiques, de même que l'arrêt de ce traitement, affectent l'architecture du sommeil des patients avec psychose. Les études sur le sujet suggèrent fortement que les paramètres du sommeil varient selon les sous-types de traitement, leur durée ainsi que la durée depuis leur arrêt. Les patients n'ayant jamais reçu de traitement présentent des profils beaucoup plus homogènes que ceux ayant reçu des traitements (même cessés) (Chouinard et coll., 2004). Malgré la normalisation de certains paramètres du sommeil suite à l'introduction d'un antipsychotique, la médication est souvent peu efficace, génère trop d'effets secondaires ou est mal acceptée, d'où l'importance d'offrir des interventions différentes ciblant les problèmes du sommeil dans cette population. Dans ce contexte de comorbidités, particulièrement aussi intriquées que sont les troubles psychotiques et du sommeil, une approche comme la thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (TCC-i), est de mise.

L'approche de la TCC-i est particulièrement intéressante compte tenu du flou existant au sujet des mécanismes pathophysiologiques des troubles psychotiques et des troubles du sommeil et la relation existant entre les deux. Les manifestations de la psychose sont multiples et touchent les perceptions, les pensées, les émotions et les comportements des individus qui en sont atteints et peuvent entraîner des troubles du sommeil par plusieurs mécanismes neurobiologiques encore mal définis. La TCC-i permet donc de traiter la plainte indépendamment du mécanisme d'apparition du symptôme. De plus, une perte de sommeil est associée à des styles d'adaptation problématiques, incluant une préférence diminuée pour la réévaluation cognitive positive (Cohrs, 2008). Ce dernier point est cliniquement pertinent puisqu'il n'y a pas que des mécanismes biologiques qui expliquent l'évolution négative des troubles du sommeil chez les gens atteints de schizophrénie: en présence d'affects négatifs et de sommeil objectivement perturbé, la perception qu'à un individu de son sommeil (c.-à-d. l'évaluation subjective positive) sera un facteur de protection (Cosgrave et coll., 2016; Cosgrave et coll., 2018). Il devient donc essentiel de travailler les cognitions entourant le sommeil.

La TCC-i inclut des interventions éducatives (psychoéducation, hygiène du sommeil), comportementales (relaxation, restriction du sommeil, contrôle des stimuli, intention paradoxale) ou cognitives (identification et restructuration des distorsions cognitives et inquié-

tudes excessives à propos du sommeil) (Goulet et coll., 2013; Morin et coll., 2012; Morin et coll., 2003). La plus récente des méta-analyses regroupait 87 études et confirmait l'efficacité globale de la TCC-i pour traiter l'insomnie primaire (van Straten et coll., 2018).

La TCC-i pour les individus à ultra-haut risque de psychose

Comme les troubles du sommeil sont souvent présents dans la phase prodromique des troubles psychotiques et que ceux-ci sont des facteurs prédictifs de l'apparition et du maintien des expériences psychotiques chez les adolescents, leur conférant ainsi un risque « ultra-haut » de transition vers la psychose, le traitement des troubles du sommeil dans cette population pourrait potentiellement contribuer à prévenir cette évolution. Une étude pilote a démontré que les interventions TCC-i étaient réalisables et acceptables avec un groupe d'individus âgés entre 14 et 24 ans considérés à ultra-haut risque de psychose. Les interventions étaient adaptées à ce groupe particulier, abordant plus spécifiquement la restriction des appareils électroniques en soirée ou durant la nuit et établissant une hiérarchie des comportements favorisant le sommeil plutôt que le contrôle des stimuli strict (puisque les adolescents n'ont habituellement que leur chambre comme lieu personnel et intime, avec leur lit servant plusieurs fonctions). En plus d'une amélioration significative sur le plan des troubles du sommeil (large taille d'effet), des améliorations modestes à modérées ont été observées sur le bien-être psychologique et les expériences psychotiques. (Bradley et coll., 2017). Ces résultats ont par la suite été répliqués (Waite et coll., 2018).

La tcc-i pour les individus atteints de troubles psychotiques

Plusieurs études et méta-analyses ont démontré que la TCC-i génère des résultats positifs même lorsque l'insomnie est associée à d'autres conditions psychiatriques comme la psychose (Freeman et coll., 2015; Myers et coll., 2011). Les protocoles doivent cependant être adaptés à l'individu, au contenu de ses symptômes psychotiques ainsi qu'aux milieux dans lesquels il évolue.

Par exemple, il a été démontré que la durée d'une hospitalisation pouvait être en partie prédite par les troubles du sommeil chez les patients psychotiques (Langsrud et coll., 2016): il devient donc intéressant de proposer des adaptations au contexte hospitalier pouvant améliorer l'efficacité du traitement (Tsiachristas et coll., 2018). Sheaves et collègues (2017) ont ainsi conçu un protocole de TCC-i avec trois

adaptations: 1) optimisation de l'exposition à la lumière et noirceur pour stabiliser les rythmes circadiens; 2) discussion sur le sommeil et l'activité, mesurés par appareils ambulatoires, pour favoriser l'engagement des patients et leur motivation; et 3) administration des interventions dans un délai de 2 semaines (5 séances minimum). Les 20 patients ayant reçu ce modèle d'intervention, plutôt que le traitement standard, ont connu une amélioration plus rapide de leurs troubles du sommeil et ont également eu congé plus d'une semaine avant le groupe contrôle. Cette étude a démontré qu'il est possible d'offrir un traitement psychothérapeutique aux patients hospitalisés et que ceux-ci ont souvent la motivation d'y participer.

Bien que d'autres études soient nécessaires pour établir un protocole de TCC-i spécifique à la population avec psychose, il semble que les protocoles standards (avec certaines modifications – tableau 4) puissent être utilisés avec succès.

TABLEAU 4

Composantes clés de la thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie dans la population psychotique (inspirées de Chiu et coll., 2016 et de Goulet et coll., 2013)

STRATÉGIE DE TRAITEMENT	APPROCHE PRINCIPALE
ÉVALUATION	<p>Le journal du sommeil est utilisé pour déterminer le « mode » de sommeil quotidien.</p> <p>Actigraphie peut aussi être employée en complément si disponible (appareil permettant d'estimer les heures de sommeil par les périodes d'inactivité).</p> <p>Plusieurs patients avec psychose présenteront une réticence à discuter des problèmes de sommeil avec leur médecin (crainte que cela soit perçu comme une rechute psychotique ou qu'il y ait une augmentation de la médication).</p>
FORMULATION	<p>Développer une compréhension partagée des facteurs contribuant au développement et maintien des perturbations du sommeil.</p>
PSYCHOÉDUCATION	<p>Éducation sur le processus du sommeil et l'impact d'un mauvais sommeil.</p> <p>Il est important de mentionner que les troubles psychotiques ne sont pas obligatoirement accompagnés de troubles du sommeil et que ces derniers peuvent être traités efficacement.</p> <p>Il est également utile, lorsqu'approprié, d'expliquer que la médication antipsychotique n'est pas le traitement premier de l'insomnie.</p>

ÉDUCATION SUR L'HYGIÈNE DU SOMMEIL	<p>Intervention de psychoéducation spécifique abordant les facteurs comportementaux et environnementaux qui peuvent contribuer à la qualité et quantité du sommeil.</p> <p>Les patients psychotiques peuvent nécessiter des modifications majeures de leur environnement (achat d'un lit, de rideaux, prise en charge de milieux insalubre, gestion de la sécurité).</p>
CONTRÔLE DES STIMULI	<p>Le but de cette intervention est de solidifier l'association entre le lit et un sommeil de bonne qualité, en limitant le temps passé éveillé au lit (qui ne devrait être utilisé que pour le sommeil et activités sexuelles).</p> <p>Le patient est invité à n'aller au lit que lorsqu'il est fatigué et à quitter le lit s'il ne s'endort pas après 15 minutes. Le contrôle des stimuli identifie le besoin pour une routine de sommeil régulière.</p> <p>Il ne faut pas oublier que pour certains patients, le lit est associé avec des expériences traumatiques (psychotiques ou autres).</p>
RESTRICTION DU SOMMEIL	<p>Elle vise à diminuer la latence de sommeil et le temps d'éveil après l'endormissement en augmentant la dette du sommeil « sleep drive ». Le temps passé au lit est calqué au temps total moyen de sommeil et l'heure du coucher est repoussée. Au fur et à mesure que l'efficacité du sommeil augmente, le patient augmente la période de sommeil de 15 minutes pour augmenter progressivement le temps total de sommeil.</p> <p>Il peut être utile avec les patients psychotiques de mettre l'emphase l'optimisation des activités diurnes.</p>
RELAXATION	<p>Les techniques de relaxation, incluant la relaxation musculaire progressive et exercices de respiration, sont utilisées pour diminuer l'hypervigilance physiologique et émotionnelle et ainsi faciliter le sommeil.</p> <p>Attention à la fragilité de certains patients avec psychose face aux interventions de relaxation ou méditation. Stratégies de tolérance à la détresse peuvent être plus utiles.</p>
STRATÉGIES COGNITIVES	<p>Restructuration cognitive et expériences comportementales peuvent être utilisées pour mettre à l'épreuve les croyances spécifiques par rapport au sommeil. Elles peuvent également être utilisées pour diminuer l'impact des inquiétudes sur le sommeil.</p> <p>Même avec les gens atteints de psychose, les stratégies initiales touchent l'insomnie. Cependant, si nécessaire, des stratégies plus spécifiques à la psychose (TCCp) peuvent être utilisées par la suite.</p>

Conclusion

Les recherches récentes sur les troubles psychotiques ont permis de confirmer la grande prévalence des troubles du sommeil dans cette population et d'identifier les principaux profils des perturbations du cycle d'éveil/sommeil (malgré le manque de consensus). Bien que l'association reliant les troubles du sommeil et les troubles psychotiques demeure à clarifier, les études démontrent qu'elle serait bidirectionnelle et peut engendrer un cercle vicieux où ces deux composantes

s'aggravent mutuellement. En conséquence, les troubles du sommeil représentent une cible thérapeutique importante pour l'intervention sur les symptômes positifs et cognitifs. Dans ce contexte de comorbidités, les modèles unifiés en thérapie cognitivo-comportementales (TCC) pourraient être un traitement de choix, à condition d'adapter les protocoles de TCC-i à une population avec trouble psychotique (TCCip). Pourtant, alors que les mécanismes pathophysiologiques et corrélats neurobiologiques derrière cette relation sont de plus en plus étudiés, l'expérience subjective de ces troubles du sommeil chez les gens atteints de psychose demeure un sujet de recherche négligé. Il est raisonnable de penser que l'expérience des perturbations du sommeil dans ce groupe particulier peut différer de la population générale, en lien avec le large éventail des symptômes dont ils souffrent et les préjugés dont ils sont victimes. De futures études sur ce domaine pourraient permettre le développement de protocoles de thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles du sommeil adaptés à la population avec troubles psychotiques.

RÉFÉRENCES

- Afonso, P., Figueira, M.L. et Paiva, T. (2011). Sleep-promoting action of the endogenous melatonin in schizophrenia compared to healthy controls. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 15, 311-315.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ancoli-Israel, S., Martin, J., Jones, D.W. et coll. (1999). Sleep-disordered breathing and periodic limb movements in sleep in older patients with schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 45, 1426-1432.
- Anderson, K.N. et Bradley, A.J. (2013). Sleep disturbance in mental health problems and neurodegenerative disease. *Nat Sci Sleep*, 5, 61-75.
- Anderson, C. et Platten, C.R. (2011). Sleep deprivation lowers inhibition and enhances impulsivity to negative stimuli. *Behav Brain Res*, 217, 463-466.
- Bauer, M., Grof, P., Rasgon, N., Bschor, R. et coll. (2006). Temporal relation between sleep and mood in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 8(2), 160-167.
- Benca, R.M., Obermeyer, W.H., Thisted, R.A. et coll. (1992). Sleep and psychiatric disorders: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 651-668.
- Benson, K.L. (2015). Sleep in schizophrenia: pathology and treatment. *Sleep Med Clin*, 10(1), 49-55.
- Benson, K.L., Faull, K.F. et Zarcone, V.P. (1991). Evidence for the role of serotonin in the regulation of slow wave sleep in schizophrenia. *Sleep*, 14, 133-139.

- Benson, K.L. et Feinberg, I. (2010). Schizophrenia. In: Kryger, M.H., Roth, T., Dement, W.C., editors. Principles and practice of sleep medicine. 5th edition. Philadelphia: Elsevier Saunders; p. 1501-1511.
- Benson, K.L., Sullivan, E.V., Lim, K.O. et coll. Slow wave sleep and CT measures of brain morphology in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 60, 125-134.
- Benson, K. et Zarcone, V.P. (1993). REM sleep eye movement activity in schizophrenia and depression. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 474-482.
- Benson, K. et Zarcone, V.P. (1994). Schizophrenia. In: Kryger, M., Roth, T. and Dement, W., Eds., *Principles and Practices of Sleep Medicine*, Elsevier Limited, Philadelphia.
- Bersani, F.S., Iannitelli, A., Pacitti, F. et Bersani, G. (2012). Sleep and biorythm disturbances in schizophrenia, mood and anxiety disorders: a review. *Rivista di psichiatria*, 47(5), 365-375.
- Besedovsky L, Lange T et Haack M. (2019). The Sleep-Immune Crosstalk in Health and Disease. *Physiol Rev*, 99(3):1325-1380.
- Bradley, J., Freeman, D., Chadwick, E., Harvey, A.G., Mullins, B. et coll. (2017). Treating sleep problems in young people at ultra-high risk of psychosis: a feasibility case series. *Behav Cogn Psychother*, 30, 1-16.
- Bromundt, V., Köster, M., Georgiev-Kill, A., Opwis, K., Wirz-Justice, A., Stoppe, G. et coll. (2011). Sleep-wake cycles and cognitive functioning in schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 198, 269-276.
- Chiu, V.W., Harvey, R.H., Sloan, N.B., Ree, M., Lin, A., Janca, A. et Waters, F. (2015). Cognitive and behavioral factors associated with insomnia in inpatients with schizophrenia and related psychoses. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 203(10), 798-803.
- Chiu, V.W., Ree, M., Janca, A. et Waters, F. (2016). Sleep in schizophrenia: Exploring subjective experiences of sleep problems, and implications for treatment. *Psychiatric Quarterly*, 87(4), 633-648.
- Chouinard, S., Pampoulova, T., Poulin, J., Lecomte, Y. et coll. (2002). Dream characteristics in middle-aged, non hospitalized patients with chronic schizophrenia. *Sleep*, 25 (suppl.), A301-302.
- Chouinard, S., Poulin, J., Stip, E. et Godbout, R. (2004). Sleep in untreated patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 957-967.
- Cohrs, S. (2008). Sleep disturbances in patients with schizophrenia: impact and effect of antipsychotics. *CNS Drugs*, 22(11), 939-962.
- Cosgrave, J., Haines, R., van Heugten-van der Kloet, D., Purple, R., Porcheret, K., Foster, R. et Wulff, K. (2016). The interaction between subclinical psychotic experiences, insomnia and objective measures of sleep. *Schizophrenia Research*.
- Cosgrave, J., Wulff, K. et Gehrman, P. (2018). Sleep, circadian rhythms, and schizophrenia: where we are and where we need to go. *Curr Opin Psychiatry*, 31(3), 176-182. doi:10.1097/YCO.0000000000000419

- Daley, M., Morin, C.M., Le Blanc, M., Grégoir, J.P. et Savard, J. (2009). The economic burden of insomnia: direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. *Sleep*, 32, 55-64.
- Daley, M., Morin, C.M., Le Blanc, M., Grégoir, J.P. et Savard, J. (2009b). Insomnia and its relationship to health-care utilization, work absenteeism, productivity and accidents. *Sleep Med*, 10, 427-438.
- de Bruin, E.J., Bögels, S.M., Oort, F.J. et Meijer, A.M. (2015). Efficacy of cognitive behavioral therapy for insomnia in adolescents: a randomized controlled trial with internet therapy, group therapy and a waiting list condition. *Sleep*, 38, 1913-1926.
- Diaz, G.A., Costanzo, M.C., Rosas, M.E. et Arroyo, M.B. (2017). Sleep disorders in schizophrenia. A review of literature. *Theranostics of Brain Disorders*, 1(5), 555-575
- Dzirasa, K., Ribeiro, S., Costa, R., Santos, L.M., Lin, S.-C., Grosmark, A., Sotnikova, T.D., Gainetdinov, R.R., Caron, M.G. et Nicolelis, M.A.L. (2006). Dopaminergic control of sleep-wake states. *Journal of Neuroscience*, 26(41), 10577-10589.
- Ekirch, A.R. (2006). *At Days Close: Night in Times Past* (1^{ère} éd.). New York: W.W. Norton & Company.
- Feinberg, I., Koresko, R.L. et Gottlieb, F. (1965). Further observations on electrophysiological sleep patterns in schizophrenia. *Comp Psychiatry*, 6, 21-24.
- Feinberg I. (1982). Schizophrenia: caused by a fault in programmed synaptic elimination during adolescence?. *J Psychiatr Res*, 17(4), 319-334.
- Ferrarelli, F., Huber, R., Peterson, M.J., Massimini, M., Murphy, M., Riedner, B.A. et coll. (2007). Reduced sleep spindle activity in schizophrenia patients. *Am J Psychiatry*, 164(3), 483-492.
- Ferrarelli, F. et Tononi, G. (2016). What are sleep spindle deficits telling us about schizophrenia? *Biological Psychiatry*, 80, 577-578.
- Fortier-Brochu, E., Beaulieu-Bonneau, S., Ivers, H. et Morin, C.M. (2012). Insomnia and daytime cognitive performance: a meta-analysis. *Sleep Med Rev*, 16(1), 83-94.
- Franzen, P.L. et Buysse, D.J. (2017). Sleep in psychiatric disorders. In: Chokroverty, S. (éd), *Sleep Disorders Medicine*, Springer Science+ Business Media, New York.
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 27, 425-457.
- Freeman, D., Brugha, T., Meltzer, H., Jenkins, R., Stahl, D. et coll. (2010). Persecutory ideation and insomnia: findings from the second British National survey of psychiatry morbidity. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 1021-1026.
- Freeman, D., McManus, S., Brugha, T., Meltzer, H., Jenkins, R. et coll. (2010b). Concomitants of paranoia in the general population. *Psychological Medicine*, 1-14.
- Freeman, D., Stahl, D., McManus, S., Meltzer, H., Brugha, T. et coll. (2012). Insomnia, worry, anxiety and depression as predictors of the occurrence and

- persistence of paranoid thinking. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(8), 1195-1203.
- Freeman, D., Pugh, K., Vorontsova, N. et Southgate, L. (2009). Insomnia and paranoia. *Schizophrenia Research*, 108, 280-284.
- Freeman, D., Sheaves, B., Goodwin, G.M., Yu, L.-M., Nickless, A., Harrison, P.J. et coll. (2017). The effects of improving sleep on mental health (OASIS): a randomised controlled trial with mediation analysis. *Lancet Psychiatry*, 4, 749-758.
- Freeman, D., Waite, F., Startup, H., Myers, E., Lister, R. et coll. (2015). Efficacy of cognitive behavioural therapy for sleep improvement in patients with persistent delusions and hallucinations (BEST): a prospective, assessor-blind, randomised controlled pilot trial. *Lancet Psychiatry*, 2, 975-983.
- Ganguli, R., Reynolds, C.F.III. et Kupfer, D.J. (1987). EEG sleep in young, never medicated, schizophrenic patients: a comparison with delusional and non-delusional depressives and with healthy controls. *Arch Gen Psychiatry*, 44, 36-45.
- Godbout, R. (2016). Troubles du sommeil et de la vigilance. Dans P.Lalonde et G.-F. Pinard (Eds.), *Psychiatrie clinique Approche biopsychosociale* (pp. 714-749). Chenelière Éducation.
- Godbout, R., et Lusignan, F.-A. (2016). Le sommeil et les rêves dans la schizophrénie. *Santé mentale*, 205, 37-42.
- Goeree, R. et coll. (2005) « The economic burden of schizophrenia in Canada in 2004 », *Current Medical Research and Opinion*. Taylor & Francis, 21(12), 2017-2028.
- Goldman, M., Tandon, R., DeQuardo, J.R., Taylor, S.F. et coll. (1996). Biological predictors of 1-year outcome in schizophrenia in males and females. *Schizophrenia Research*, 21, 65-73.
- Goulet, J., Chaloult, L. et Ngô, T.L. (2013). Guide de pratique pour le traitement de l'insomnie.
- Gupta, M.A., Simpson, F.C. (2015). Obstructive sleep apnea and psychiatric disorders: a systematic review. *J Clin Sleep Med*, 11(2), 165-175.
- Hartmann, E. et Russ, D. (1979). Frequent nightmares and the vulnerability to schizophrenia: the personality of the nightmare sufferer. *Psychopharmacol Bull*, 15(1), 10-12.
- Hartmann, E., Russ, D., Oldfield, M., Sivan, I. et Cooper, S. (1987). Who has nightmares? The personality of the lifelong nightmare sufferer: relationship to schizophrenia and creativity? *Am J Psychiatry*, 138(6), 794-797.
- Hobson, J.A., Stickgold, R. et Pace-Schott, E.F. (1998). The neuropsychology of REM sleep dreaming. *Neuroreport*, 9, R1-14.
- Hoffman, R., Hendrickse, W., Rush, A.J. et coll. Slow-wave activity during non-REM sleep in men with schizophrenia and major depressive disorders. *Psychiatry Res*, 95, 215-225.

- Holmes, E.P., Corrigan, P.W., Knight, S. et Flaxman, J. (1995). Development of a sleep management program for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(2), 9-15.
- Howland, R.H. (1997). Sleep-onset rapid eye movement periods in neuropsychiatric disorders: implications for the pathophysiology of psychosis. *J Nerv Men Dis*, 185, 730-738.
- Hurdiel, R., Pez , T., Daugherty, J. et coll. (2015). Combined effects of sleep deprivation and strenuous exercise on cognitive performances during the North Face Ultra Trail du Mont Blanc (UTMB). *J Sports Sci*, 33, 670-674.
- Janowsky, D.E., El-Yousef, M.K., Davis, J.M. et Sekerke, H.J. (1972). A cholinergic-adrenergic hypothesis of mania and depression. *Lancet*, 2, 632-635.
- Kahn-Greene, E.T., Killgore, D.B., Kamimori, G.H., Balkin, T.J. et Killgore, W.D. (2007). The effects of sleep deprivation on symptoms of psychopathology in healthy adults. *Sleep Med*, 8, 215-221.
- Kalucy, M.J., Grunstein, R., Lambert, T. et Glozier, N. (2013). Obstruction sleep apnoea and schizophrenia—a research agenda. *Sleep Med Rev*, 17(5), 357-365.
- Kamath, J., Virdi, S. et Winokur, A. (2015). Sleep disturbances in schizophrenia. *Psychiatr Clin N Am*, 38, 777-792.
- Kantrowitz, J., Citrome, L. et Javitt, D. (2009). GABAB receptors, schizophrenia and sleep dysfunction. *CNS Drugs*, 23(8), 681-691.
- Kato, M., Kajimura, N., Okuma, T. et coll. (1999). Association between delta waves during sleep and negative symptoms in schizophrenia. *Neuropsychobiology*, 39, 165-172.
- Kempnaers, C., Kerkhofs, M., Linkowski, P. et coll. (1988). Sleep EEG variables in young schizophrenic and depressive patients. *Biol Psychiatry*, 24, 833-838.
- Keshavan, M.S., Miewald, J., Haas, G. et coll. (1995). Slow-wave sleep and symptomatology in schizophrenia and related psychotic disorders. *J Psychiatry Res*, 29, 303-314.
- Keshavan, M.S., Pettegrew, J.W., Reynolds, C.F.III. et coll. (1995). Biological correlates of slow wave sleep deficits in functional psychoses: 31P-magnetic resonance spectroscopy. *Psychiatry Res*, 57, 91-100.
- Keshavan, M.S., Reynolds, C.F.III., Ganguli, R. et coll. (1991). Electroencephalographic sleep and cerebral morphology in functional psychosis: a preliminary study with computed tomography. *Psychiatry Res*, 39, 293-301.
- Keshavan, M.S., Reynolds, C.F.III. et Miewald, J.M., et coll. Delta sleep deficits in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 443-448.
- Kessler, R.C. et Wang, P.S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annual Review of Public Health*, 29, 115-129.
- Koresko, R., Snyder, F. et Feinberg, I. Dream time in hallucinating and non-hallucinating schizophrenic patients. *Nature*, 199, 1118-1119.

- Koyanagi, A. et Stickley, A. (2015). The association between sleep problems and psychotic symptoms in the general population: a global perspective. *Sleep*, 38(12), 1875-1885.
- Kraepelin E., Barclay R.M. et Robertson G.M. (1919). *Dementia Præcox and Paraphrenia*. Edinburgh: E. & S. Livingstone.
- Kurth, S., Jenni, O. G., Riedner, B. A., Tononi, G., Carskadon, M. A. et Huber, R. (2010). Characteristics of sleep slow waves in children and adolescents. *Sleep*, 33(4), 475-480. <https://doi.org/10.1093/sleep/33.4.475>
- Langsrud, K., Vaaler, A.E., Kallestad, H. et Morken, G. (2016). Sleep patterns as a predictor for length of stay in a psychiatric intensive care unit. *Psychiatry Research*, 237, 252-256.
- Lauer, C.J., Schreiber, W., Pollmächer, T. et coll. Sleep in schizophrenia: a polysomnographic study on drug-naive patients. *Neuropsychopharmacology*, 16, 51-60.
- Lee, Y.J., Cho, S.-J., Cho, I.H., Jang, J.H. et Kim, S.J. (2012). The relationship between psychotic-like experiences and sleep disturbances in adolescents. *Sleep Medicine*, 13, 1021-1027.
- Levin, R. et Nielsen, T.A. (2007). Disturbed dreaming, posttraumatic stress disorder, and affect distress: a review and neurocognitive model. *Psychol Bull*, 133(3), 482-528.
- Li, S.X., Lam, S.P., Zhang, J. et coll. (2016). Sleep disturbances and suicide risk in an 8-year longitudinal study of schizophrenia-spectrum disorders. *Sleep*, 39(6), 1275-1282.
- Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO et coll. (2006). The American Psychiatric Publishing textbook of schizophrenia 1st ed. American Psychiatric Pub., Washington, DC, pp xvii, 435 p.
- Liu, Y., Croft, J.B., Wheaton, A.G. et coll. Association between perceived insufficient sleep, frequent mental distress, obesity and chronic diseases among US adults, 2009 behavioral risk factor surveillance system. *BMC Public Health* 13, 84 (2013). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-84>
- Lunsford-Avery, J.R., Le Bourgeois, M.K., Gupta, T. et Mittal, V.A. (2015). Actigraphic measured sleep disturbance predicts increased positive symptoms in adolescents at ultra high-risk for psychosis. *Schizophr Res*; published online March 26.
- Lusignan, F.A., Zadra, A., Dubuc, M.J., Daoust, A.M., Mottard, J.P. et Godbout, R. (2009). Dream content in chronically-treated persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 112, 164-173.
- Lusignan, F.A., Godbout, R., Dubuc, M.J., Daoust, A.M., Mottard, J.P. et Zadra, A. (2010). NonREM sleep mentation in chronically-treated persons with schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, 19(4), 977-985.
- Lusignan, F.A., Daoust, A.M., Stip, E. et Godbout, R. (2005). Dream content in drug-naive schizophrenia: a laboratory investigation. 18th Annual Meeting of the Association of Professional Sleep Societies, Denver (CO), June 18-23 2005. *Sleep* 2005, 28 (suppl.), A309-A310.

- Lyne, J., Quinlivan, L., Byrne, C.A., Malone, K. et Walsh, C. (2011). Sleep hygiene use in a psychiatry outpatient setting. *Irish Medical Journal*, 104(2), 49-50.
- Manoach, D.A., Cain, M.S., Vangel, M.G. et coll. (2004). A failure of sleep-dependent procedural learning in chronic, medicated schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 56, 951-956.
- Mansour, H.A., Wood, J., Logue, T. et coll. (2006). Association study of eight circadian genes with bipolar I disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia. *Genes Brain Behav*, 5, 150-157.
- Monti, J.M., BaHammam, A.S., Pandi-Perumal, S.R. et coll. (2013). Sleep and circadian rhythm dysregulation in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 43(2), 209-216.
- Monti, J.M. et Monti, D. (2004). Sleep in schizophrenia patients and the effects of antipsychotic drugs. *Sleep Med Rev*, 8(2), 133-148.
- Morgenthaler, T., Kramer, M., Alessi, C., Friedman, L., Boehlecke, B., Brown, T., Coleman, J., Kapur, V., Lee-Chiong, T., Owens, J., Pancer, J. et Swick, T. (2006). Practice Parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: An update. An American Academy of Sleep Medicine Report. *Sleep*, 29(11), 1415-1419.
- Morin, C.M. et Benca, R. (2012). Chronic insomnia. *Lancet*, 379(9821), 1129-1141.
- Morin, C.M., Espie, C.A. (2003). *Insomnia: a clinical guide to assessment and treatment*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Myers, E., Startup, H. et Freeman, D. (2011). Cognitive behavioural treatment of insomnia in individuals with persistent persecutory delusions: A pilot trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 42(3), 330-336.
- Myles, H., Myles, N., Antic, N.A., Adams, R., Chandratilleke, M., Liu, D., Mercer, J., Vakulin, A. et coll. (2016). Obstructive sleep apnea and schizophrenia: a systematic review to inform clinical practice. *Schizophrenia Research* 170, 220-225.
- Neylan, T.C., van Kammen, D.P., Kelley, M.E. et coll. (1992). Sleep in schizophrenic patients on and off haloperidol therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 643-649.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2015). *Managing long-term insomnia (>4 week)*. NICE Clinical Knowledge Summary.
- Pampoulova, T., Stip, E. et Godbout, R. (2001). Restless legs syndrome and neuroleptic-induced akathisia in schizophrenia: An exploratory study. International Congress on Schizophrenia Research, Whistler (British Columbia), April 28-May 02 2001. *Schizophrenia Research*, 49, (1-2, suppl.): 288.
- Peirson, S.N. et Foster, R.G. Sleep and circadian rhythm disruption in psychosis. In: Colwell, C.S. (éd) *Circadian Medicine*, First edition, 2015, John Wiley & Sons.
- Petrovsky, N., Ettinger, U., Hill, A. et coll. Sleep deprivation disrupts prepulse inhibition and induces psychosis-like symptoms in healthy humans, 2014. *J Neurosci*, 34, 9134-9140.

- Pocivavsek, A. et Rowland, L.M. (2018). Basic Neuroscience illuminates causal relationship between sleep and memory translating to schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 44(1), 7-14.
- Poulin, J., Daoust, A., Forest, G., Stip, E. et coll. (2003). Sleep architecture and its clinical correlates in first episode and neuroleptic-naïve patients with schizophrenia. *Schizophr Res*, 62, 147-153.
- Poulin, J., Chouinard, S, Pampoulova, T., Lecomte, Y., Stip, E. et Godbout, R. (2010). Sleep habits in middle-aged, non-hospitalized men and women with schizophrenia: a comparison with healthy controls. *Psychiatry Research*, 179(3), 274-278.
- Rao, M.L., Gross, G., Strebel, B., Halaris, A., Huber, G., Bräunig, P. et Marler, M. (1994). Circadian rhythm of tryptophan, serotonin, melatonin, and pituitary hormones in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 35(3), 151-163.
- Reeve, S., Emsley, R., Sheaves, B. et Freeman, D. (2017). Disrupting Sleep: the effects of sleep loss on psychotic experiences tested in an experimental study with mediation analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 662-671.
- Reeve, S., Nickless, A., Sheaves, B. et Freeman, D. (2018). Insomnia, negative affect, and psychotic experiences: Modelling pathways over time in a clinical observational study. *Psychiatry Research*, 269, 673-680.
doi: 10.1016/j.psychres.2018.08.090
- Ritsner, M., Kurs, R., Ponizovsky, A. et coll. (2004). Perceived quality of life in schizophrenia: relationships to sleep quality. *Qual Life Res*, 13(4), 783-791.
- Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., Salokangas, R.K.R., Heinimaa, M., Linszen, D. et coll. (2010). Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective European prediction of psychosis study. *Archives of General Psychiatry*, 67, 241-251.
- Sadock, B. J., Kaplan, H. I. e Sadock, V. A. (2014). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (11th ed.). Philadelphia: Wolter
- Sasidharan, A., Kumar, S., Kumar Nair, A., Lukosem A,m Marigowda, V., John, J.P. et Kutty, B.M. (2017). Further evidences for sleep instability and impaired spindle-delta dynamics in schizophrenia: a whole-night polysomnography study with neuroloop-gain and sleep-cycle analysis. *Sleep Medicine*, 38, 1-13.
- Schlarb, A.A., Liddle, C. C. et Hautzinger, M. (2010). JuSt—a multimodal program for treatment of insomnia in adolescents: a pilot study. *Nature and Science of Sleep*, 3, 13-20.
- Schwartz, M.D., Kilduff, T.S. (2015). The neurobiology of sleep and wakefulness. *Psychiatr Clin N Am*, 38, 615-644.
- Seeman, M.V. (2017). Sleep, Nightmares and schizophrenia. *Journal of Sleep Disorders and Management*, 3(1), 017.
- Sharafkhaneh, A., Giray, N., Richardson, P. et coll. (2005). Association of psychiatric disorders and sleep apnea in a large cohort. *Sleep*, 28, 1405-1411.

- Sheaves, B., Onwumere, J., Keen, N. et Kuipers, E. (2009). Nightmare in schizophrenic and depressed patients. *Eur J Psychiatry*, 23, 177-183.
- Sheaves, B. et coll. Nightmares in patients with psychosis: the relation with sleep, psychotic, affective, and cognitive symptoms. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2015; 60(8), 354-361.
- Sheaves, B., Holmes, E. A., Rek, S., Taylor, K. M., Nickless, A., Waite, F., Germain, A., Espie, C. A., Harrison, P. J., Foster, R. et Freeman, D. (2019). Cognitive Behavioural Therapy for Nightmares for Patients with Persecutory Delusions (Nites): An Assessor-Blind, Pilot Randomized Controlled Trial. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 64(10), 686-696.
- Sheaves B., Bebbington P. E., Goodwin G. M., Harrison P. J., Espie C. A., Foster R. G. et Freeman D. (2016). Insomnia and hallucinations in the general population: findings from the 2000 and 2007 British Psychiatric Morbidity Surveys. *Psychiatry Research*, 241, 141-146.
- Soehner, A.M., Kaplan, K.A. et Harvey, A.G. (2013). Insomnia comorbid to severe psychiatric illness. *Sleep Med Clin*; 8(3), 361-371.
- Stahl, S.M., Mignon, L. et Meyer, J.M. (2009). Which comes first: atypical anti-psychotic treatment or cardiometabolic risk? *Acta Psychiatr Scand*, 119(3), 171-179.
- Steger, B. (2003). Getting Away with Sleep: Social and Cultural Aspects of Dozing in Parliament. *Social Science Japan Journal*, 6(2), 181-197.
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Veronese, N., Solmi, M., Gaughran, F., Manu, P. et coll. (2016). The prevalence and predictors of obstructive sleep apnea in major depressive disorder, bipolar disorder and schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 197, 259-267.
- Surani, S.R. (2014). Diabetes, sleep apnea, obesity and cardiovascular disease: why not address them together? *World J Diabetes*, 5(3), 381-384.
- Takao, T., Tachikawa, H., Kawanishi, T. et coll. (2007). CLOCK gene T3111C polymorphism is associated with Japanese schizophrenics: a preliminary study. *Eur Neuropsychopharmacol*, 17, 273-276.
- Tandon, R., Shipley, J.E., Taylor, S. et coll. (1992). Electroencephalographic sleep abnormalities in schizophrenia: relationship to positive/negative symptoms and prior neuroleptic treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 185-194.
- Taylor, S.F., Tandon, R., Shipley, J.E. et coll. Sleep onset REM periods in schizophrenic patients. *Biol Psychiatry*, 30, 205-209.
- Tekell, J.L., Hoffman, R., Hendrickse, W. et coll. (2005). High frequency EEG activity during sleep: characteristics in schizophrenia and depression. *Clin EEG Neurosci*, 36, 25-35.
- Thaker, G.K., Wagman, A.M.I. et Tamminga, C.A. (1990). Sleep polygraphy in schizophrenia: methodological issues. *Biol Psychiatry*, 28, 240-246.
- Thompson, A., Lereya, S.Y., Lewis, S., Zammit, L.S., Fisher, L. et coll. (2015). Childhood sleep disturbance and risk of psychotic experiences at 18: UK birth cohort. *Br J Psychiatry*, 207, 23-29.

- Tsiachristas, A., Waite, F., Freeman, D. et Luengo-Fernandez, R. (2018). Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy for sleep disorder added to usual care in patients with schizophrenia: the BEST study. *BJPsych open*, 4(3), 126-135.
- Vanelle, J.M. (2009). Schizophrénie et rythmes circadiens. *L'Encéphale, Supplément 2*, S80-83.
- Van Kammen, D.P., Van Kammen, W.M., Peters, J. et coll. (1988). Decreased slow-wave sleep and enlarged lateral ventricles in schizophrenia. *Neuro-psychopharmacology*, 1, 265-271.
- Van Straten, A., van der Zweerde, T., Kleiboer, A., Cuijpers, P., Morin, C.M. et Lancee, J. (2018). Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.smrv.2017.02.001>
- Voss, U., D'Agostino, A., Kolibius, L., Klimke, A., Scarone, S. et Hobson, J. A. (2018). Insight and Dissociation in Lucid Dreaming and Psychosis. *Frontiers in Psychology*, 9, 2164.
- Waite, F., Bradley, J., Chadwick, E., Reeve, S., Bird, J.C. et Freeman, D. (2018). The experience of sleep problems and their treatment in young people at ultra-high risk of psychosis: a thematic analysis. *Front. Psychiatry*, 9(35). doi:10.3389/fpsyt.2018.00375
- Waters, F., Sinclair, C., Rock, D., Jablensky, A., Foster, R.G. et Wulff, K. (2011). Daily variations in sleep-wake patterns and severity of psychopathology: a pilot study in community-dwelling individuals with chronic schizophrenia. *Psychiatry Research*, 187(1-2), 304-306, doi: 10.1016/j.psychres.2011.01.006
- Waters, F., Chiu, V., Atkinson, A. et Blom, J. D. (2018). Severe sleep deprivation causes hallucinations and a gradual progression toward psychosis with increasing time awake. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 303.
- Waters, F., Chiu, V., Janca, S., Atkinson, A. et Ree, M. (2015). Preferences for different insomnia treatment options in people with schizophrenia and related psychoses: A qualitative study. *Frontiers in Psychology*.
- Waters, F. et Manoach, D.S. (2012). Sleep dysfunctions in schizophrenia: a practical review. *Open Journal of Psychiatry*, 2, 384-392.
- Waters, F., Faulkner, D., Naik, N. et coll. (2012). Effects of polypharmacy on sleep in psychiatric inpatients. *Schizophrenia Research*, 139, 225-228.
- Waters, F., Moretto, U. et Dang-Vu, T.T. (2017). Psychiatric illness and parasomnias: a systematic review. *Curr Psychiatry Rep*, 19 (37).
- Winokur, A. (2015). The relationship between sleep disturbances and psychiatric disorders: introduction and overview. *Psychiatr Clin N Am*, 38; 603-614.
- Wu, Y.Y., Chang, E.T., Yang, Y.C., Chen, S.F., Hsu, C.Y. et Shen, Y.C. (2020) Risk of obstructive sleep apnea in patients with schizophrenia: a nationwide population-based cohort study [published online ahead of print, 2020 May 13]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Doi:10.1007/s00127-020-01870-4

- Wulff, K., Dijk, D.-J., Middleton, B., Foster, R.G. et Joyce, E.M. (2012). Sleep and circadian rhythm disruption in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 200, 308-316.
- Yang, C. et Winkelman, J. (2006). Clinical significance of sleep EEG abnormalities in chronic schizophrenia. *Schiz Res*, 82, 251-260.
- Zarcone, V.P. et Benson, K.L. (1997). BPRS symptom factors and sleep variables in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 66, 111-120.
- Zarcone, V.P., Benson K.L. et Berger, P.A. Abnormal rapid eye movement latencies in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 44, 45-48.

L'attachement et la mentalisation en pédopsychiatrie : une fenêtre sur le fonctionnement des enfants et de leurs parents

Karine Dubois-Comtois^a

Éléonore Sabourin-Guardo^b

Julie Achim^c

Alain Lebel^d

Miguel M. Terradas^e

RÉSUMÉ Le travail auprès de la clientèle en pédopsychiatrie et les défis qu'il pose amènent à revoir les pratiques cliniques afin de prendre en compte de façon systématique les notions d'attachement et de mentalisation chez les enfants et leurs parents. L'article traite d'abord des concepts d'attachement et de mentalisation et fait un résumé de l'état des connaissances sur ces derniers. Il est ensuite question

-
- a. Ph. D., professeure titulaire, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières. Psychologue en pédopsychiatrie et chercheure régulière, Centre de recherche du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.
 - b. B. Sc., étudiante au doctorat en psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.
 - c. Ph. D., psychologue clinicienne et professeure agrégée, Département de psychologie, Université de Sherbrooke – Campus de Longueuil. Chercheure associée, Centre de recherche du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
 - d. M.D., Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital en Santé Mentale Albert-Prévost, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Professeur agrégé de clinique, Faculté de médecine, Département de psychiatrie, Université de Montréal.
 - e. Ph. D., psychologue clinicien et professeur agrégé, Département de psychologie, Université de Sherbrooke – Campus de Longueuil. Chercheur régulier, Institut universitaire Jeunes en difficulté – CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

d'un projet de recherche développé en pédopsychiatrie à la clinique spécialisée 0-5 ans de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost (HSMAP). Nous présentons les résultats préliminaires de cette recherche de même que les défis rencontrés dans l'implantation du projet. Enfin, nous développons sur la façon d'aborder le travail clinique en considérant de manière systématique l'attachement et la mentalisation dans l'évaluation et l'intervention auprès des familles référées en pédopsychiatrie.

MOTS CLÉS attachement, mentalisation, pédopsychiatrie, enfants, parents

Attachment and Mentalization in Child Psychiatry: A Window Into Children and Parents Functioning

ABSTRACT Objectives Mental health professionals who work with children face various challenges, requiring them to consider factors that aim to promote healthy adaptation in their clients. There is a growing body of literature showing that child attachment pattern, as well as mentalizing ability in both children and their parents, are related to various indicators of well-being including mental health. However, studies assessing these constructs in clinical samples are sparse.

Method Forty-nine children (2-6 years of age) and their parents were recruited through the *Clinique spécialisée 0-5 ans of the Hôpital en santé mentale Albert-Prévost (HSMAP)*. A two-hour laboratory visit was carried out where parents and children completed individual and parent-child dyad tasks and filled out questionnaires. Various dimensions of parent and child functioning were assessed including the mother-child attachment relationship and parents' mentalization ability.

Results Preliminary results indicated that child attachment pattern was related to children's behavioral and executive functioning as well as parents' psychiatric symptoms and parenting-related stress. Moreover, parents in our sample had lower levels of mentalizing abilities than those found in normative samples. Parents' mentalizing ability was related to the presence of psychiatric symptoms, parenting-related stress, and a history stressful life events.

Conclusion These results highlight the need for mental health professionals working in a child psychiatric clinic to consider the child's attachment pattern and the mentalization ability of children and their parents, throughout the assessment process and subsequent implementation of interventions. In the last section of the manuscript, we present different ways we have integrated these concepts into our clinical work with children and parents referred to HSMAP.

KEYWORDS attachment, mentalization, child psychiatry, children, parents.

Introduction

Chez les jeunes enfants, les études épidémiologiques estiment la prévalence de troubles de santé mentale entre 7 et 16 % pour les 0-3 ans et entre 13 et 27 % pour les 3-5 ans (Dougherty et coll., 2015 ; Skovgaard, 2010). Les premières années de la vie constituent une période sensible du développement où des changements substantiels s'opèrent sur les plans neurocognitifs et socioémotionnels, lesquels auront un impact important sur la santé mentale et l'adaptation ultérieure de l'individu (Troller-Renfree et Fox, 2017). Cette sensibilité développementale joue sur 2 niveaux. D'une part, elle est susceptible de fragiliser des enfants à risque de développer des problèmes de santé mentale, mais, d'autre part elle constitue une fenêtre privilégiée pour intervenir (ou prévenir ces difficultés) auprès des clientèles à risque. Pour y arriver, il importe non seulement de répertorier la nature des difficultés présentes chez ces enfants, mais également d'évaluer les mécanismes intimement liés à ces difficultés et pouvant constituer des facteurs de risque et de protection. À cet égard, l'attachement et la mentalisation constituent des facteurs de choix puisqu'ils sont associés à plusieurs dimensions de l'adaptation de l'individu (Fonagy et coll., 2003). Malgré leur pertinence, très peu d'études à ce jour ont évalué l'attachement et la mentalisation auprès d'un échantillon de jeunes enfants référés en pédopsychiatrie.

Attachement, mentalisation et santé mentale

Attachement et santé mentale

Le concept d'attachement réfère à la capacité du jeune enfant à être sécurisé et rassuré par son parent lorsqu'il se sent en détresse et une fois la détresse résorbée, à retourner explorer son environnement (van IJzendoorn et Bakermans-Kranenburg, 2019). Selon la théorie de l'attachement, ce sont les comportements parentaux quotidiens, et plus particulièrement ceux produits dans les moments de détresse, qui sont à la base du développement des modèles d'attachement chez l'enfant (Fearon et Belsky, 2016). Lorsque le parent se montre sensible à la détresse de son enfant et qu'il y répond de manière rapide et efficace, il favorise le développement d'un modèle d'attachement « sécurisant » et permet à son enfant de développer de bonnes capacités de régulation émotionnelle. À l'inverse, lorsque le parent adopte des comportements intrusifs, rejetants ou inconstants, il ne permet pas à l'enfant d'obtenir

le réconfort nécessaire et de résorber efficacement sa détresse, ce qui est associé au développement d'un modèle d'attachement « insécurisant » (évitant ou ambivalent). Certains parents manifestent de l'impuissance ou de l'hostilité face aux besoins affectifs de leur enfant. Ces comportements ont pour effet d'exacerber la détresse de l'enfant et de le maintenir dans un état de stress chronique qui est associé à des comportements d'attachement « désorganisé » ou « contrôlant » (Lyons-Ruth et Jacobvitz, 2016).

Des études empiriques ont confirmé les postulats de la théorie de l'attachement en montrant que :

- 1) les comportements parentaux sont liés aux modèles d'attachement des enfants (Koehn et Kerns, 2018) ;
- 2) l'attachement de l'enfant est lié à la morphologie cérébrale et aux habiletés neurocognitives (Bernier et coll., 2014; Hidalgo et coll., 2019), à des indicateurs de santé physique (Ehrlich et Cassidy, 2019), à la compréhension émotionnelle (Cooke et coll., 2016) et aux habiletés sociales (Fearon et coll., 2010) ;
- 3) l'attachement médiatise le lien entre les comportements parentaux et la présence de psychopathologie chez l'enfant (McGoron et coll., 2012; Yan et coll., 2017).

Des études évaluant l'efficacité d'interventions parent-enfant axées sur la théorie de l'attachement ont par ailleurs permis de démontrer un effet de causalité des comportements de sensibilité parentale sur l'attachement et le développement des enfants (Dubois-Comtois et coll., 2017; Moss et coll., 2011). Des études longitudinales ont quant à elles montré que l'attachement en bas âge prédit le fonctionnement global de l'individu à l'âge adulte (Englund et coll., 2011).

Ainsi, les études empiriques soutiennent l'importance de la relation d'attachement et des comportements parentaux sur les capacités d'adaptation de l'enfant. Malgré cela, très peu d'études se sont intéressées à l'attachement d'enfants référés en pédopsychiatrie. L'attachement « désorganisé/contrôlant », considéré comme étant le plus problématique puisqu'il se caractérise par un effondrement des stratégies comportementales et émotionnelles de l'enfant en contexte de stress, a été observé dans plus de la moitié d'un échantillon québécois d'enfants de 1-5 ans référés en pédopsychiatrie (53 % : Mubarak et coll., 2017) et d'un échantillon clinique britannique d'enfants de 4-9 ans (58 % : Green et coll., 2007). Un pourcentage de désorganisation légèrement inférieur a été obtenu auprès d'un échantillon clinique d'enfants américains de

3-6 ans (40% : Speltz et coll., 1990) alors qu'une étude australienne (1-7 ans) a observé un pourcentage similaire à celui d'échantillons tout-venant (16% : Huber et coll., 2015). À l'exception de cette dernière étude, l'attachement désorganisé semble surreprésenté dans les populations d'enfants référés en pédopsychiatrie. Il est toutefois nécessaire de poursuivre la recherche en contexte pédopsychiatrique compte tenu du nombre très limité d'études réalisées à ce jour. Bien qu'un certain nombre de mécanismes agissant comme facteurs de transmission intergénérationnelle des capacités d'adaptation du parent à l'enfant tels que les comportements parentaux et la sensibilité parentale ont été observés, ceux-ci s'avèrent incomplets pour expliquer l'adaptation de l'enfant et certains chercheurs proposent de regarder du côté de la mentalisation du parent (van IJzendoorn et Bakermans-Kranenburg, 2019).

Mentalisation et santé mentale

La mentalisation fait référence à l'habilité de l'individu à reconnaître que son comportement et celui des autres sont motivés par des états mentaux (p. ex. sentiments, pensées, intentions) sous-jacents (Fonagy et Target, 2006). Une bonne capacité de mentalisation (CM) permet à l'individu non seulement de comprendre que ses états mentaux se distinguent de ceux d'autrui, mais également que ceux-ci sont propres à chacun et caractérisent leur expérience subjective (Allen et coll., 2008 ; Fonagy et coll., 2002). Une CM optimale ne se manifeste donc pas seulement par une interprétation relativement juste des états mentaux régissant les comportements, mais surtout par la reconnaissance que l'interprétation des états mentaux d'autrui demeure hypothétique et qu'elle doit être validée auprès de lui (Allen et coll., 2008 ; Fonagy et coll., 2002). Certains individus peuvent présenter des déficits sur le plan de leur CM. Ceux-ci peuvent prendre la forme d'un manque d'intérêt pour les états mentaux (hypomentalisation) ou encore d'une tendance à surinterpréter le sens que pourrait prendre un comportement en y attribuant à outrance, des états mentaux qui pourraient le motiver (hypermentalisation) (Sharp et Venta, 2013). Compte tenu du fait que les déficits de mentalisation sont liés à des difficultés quant à la reconnaissance des états mentaux (chez soi et chez l'autre) et qu'ils se manifestent notamment dans la capacité à être en relation avec l'autre, les individus qui ont de faibles CM seraient plus à risque de présenter des difficultés sur les plans émotionnel et social (Allen et coll., 2008 ; Lawson et coll., 2013 ; Slade, 2005).

Une bonne CM permet au parent de considérer son enfant comme un être habité par des états mentaux qui lui sont propres et qui guident ses actions. Elle lui permet également d'être sensible aux signaux qu'émet l'enfant, de s'intéresser aux états mentaux qu'ils pourraient traduire et de les refléter adéquatement à l'enfant, permettant à ce dernier de mieux les comprendre et, éventuellement, de les réguler par lui-même (Allen et coll., 2008; Ensink et coll., 2019; Slade, 2005). Ce faisant, le parent permet également à l'enfant de donner du sens à ses propres réactions émotionnelles et comportementales ainsi qu'à celles des autres, ce qui contribue à optimiser son fonctionnement relationnel (Allen et coll., 2008; Midgley et coll., 2017). À l'inverse, une faible CM peut compliquer les interactions sociales de l'enfant qui sera davantage à risque de vivre de la confusion et des malentendus dans ses relations en raison de sa difficulté à interpréter adéquatement ses réactions et celle des autres (Allen et coll., 2008; Lawson et coll., 2013).

À ce jour, très peu d'études se sont penchées sur les liens existant entre la CM des enfants et les difficultés qu'ils présentent. Les résultats des quelques études s'y étant intéressées suggèrent qu'une plus faible CM chez l'enfant est liée à davantage de problèmes de comportement et de psychopathologies alors qu'une bonne CM est associée à moins de difficultés comportementales et de trouble de santé mentale (Ensink et coll., 2016; Fonagy et coll., 2003). Certains avancent également qu'une pauvre CM serait un facteur de risque important pour le développement de plusieurs psychopathologies (Sharp et Venta, 2013). Selon Sharp (2006), les enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme ou un trouble des conduites sont plus susceptibles de présenter des déficits de mentalisation. De tels déficits chez les parents ont également été associés au développement de psychopathologies chez leur enfant (Ensink et coll., 2016). Ces résultats témoignent de la pertinence d'évaluer la CM d'enfants et de parents issus d'échantillons cliniques afin de mieux saisir cet aspect de leur fonctionnement psychologique et relationnel.

Attachement et mentalisation d'enfants et de parents référés en pédopsychiatrie : une étude transversale

Afin de contribuer à l'avancement des connaissances et de mieux comprendre la réalité québécoise, nous avons développé un projet de recherche dont l'objectif était d'évaluer si les construits d'attachement et de mentalisation sont liés à différentes caractéristiques individuelles

et familiales de jeunes enfants consultant dans une clinique de pédopsychiatrie. Le projet de recherche a été approuvé par les comités éthiques du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-NÎM), de l'Université du Québec à Trois-Rivières et de l'Université de Sherbrooke.

La méthode

Participants. Tous les parents ayant fait une demande de consultation pour leur enfant âgé de 1 à 6 ans à l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost (HSMAP) du CIUSSS-NÎM entre 2013 et 2017 ont été sollicités pour participer avec leur enfant à la recherche. Les enfants présentant des atteintes sévères au niveau de la communication (p. ex. présence d'un trouble du langage sévère compromettant la capacité à s'exprimer de façon claire) ou ceux pour lesquels l'équipe soignante identifiait une contre-indication clinique à participer n'ont pas été sollicités (p. ex. situation de crise, trouble mental aigu chez l'un ou l'autre des parents, évaluations ordonnées par la cour [DPJ] fragilisant l'alliance thérapeutique). Au total, 49 enfants et leurs parents constituent cet échantillon clinique, ce qui correspond à 50 % des familles qui ont été sollicitées pour participer au projet de recherche. Compte tenu du fait que les familles en situation de crise ou celles pour lesquelles l'alliance thérapeutique est fragile n'ont pas été sollicitées pour participer à la recherche et considérant les caractéristiques sociodémographiques des participants présentées dans la section résultat, nous estimons que les participants recrutés font partie de la clientèle suivie en pédopsychiatrie présentant le moins de facteurs de risque.

Déroulement. Les familles ont été informées par les cliniciens de l'existence de la recherche. Celles ayant accepté que leurs coordonnées soient transférées à un assistant de recherche ont été contactées pour recevoir plus d'informations sur les modalités de la recherche. Une fois le consentement des parents obtenu, ceux-ci ont été convoqués avec leur enfant pour une rencontre d'environ 2 h lors de laquelle ils ont réalisé différentes tâches (activités individuelles pour l'enfant et les parents; activités dyadiques mère-enfant et père-enfant) afin d'évaluer la relation d'attachement mère-enfant, la CM des parents et plusieurs autres dimensions du fonctionnement psychologique des enfants et des parents. Les mesures retenues dans la recherche sont présentées au tableau 1.

TABLEAU 1

Résumé des principales variables évaluées dans la recherche

Instrument de mesure	Type d'instrument de mesure	Construits évalués	Type de variables
Situation étrangère (Ainsworth et coll., 1978) et procédure de séparation-réunion (Cassidy et coll., 1992; Main et Cassidy, 1988; Moss et coll., 2015)	Mesure observationnelle des comportements de l'enfant (1-7 ans) en présence de son parent	6 modèles d'attachement: – Sécurisant; – Évitant; – Ambivalent; – Désorganisé; – Contrôlant-punitif; – Contrôlant-attentionné.	– 1 variable catégorielle (6 groupes d'attachement) – 6 variables continues pour chacun des patrons d'attachement (échelles de 1 à 9; point de coupure à 5)
<i>Rating of infant-stranger engagement</i> (RISE; Riley et coll., 2005)	Mesure observationnelle des comportements de l'enfant (1-7 ans)	Comportements de recherche de proximité avec les étrangers	Score continu de 1 à 9 avec un point de coupure à 5
<i>Parent Development Interview-Revised</i> (PDI-R; Slade et coll., 2004) Échelle de cotation du fonctionnement réflexif du parent (Slade et coll., 2005)	Entrevue semi-structurée administrée au parent Échelle permettant d'évaluer la CMP du parent à partir du PDI-R	CMP du parent (mesure de la relation actuelle)	Score continu allant de -1 (refus de mentaliser) à 9 (CMP exceptionnelle)
<i>Parental Reflective Functioning Questionnaire</i> (PRFQ-1; Luyten et coll., 2009; Luyten et coll., 2017)	Questionnaire autorapporté rempli par le parent de 18 items	CMP du parent (mesure rétrospective) d'après trois échelles: – Prédominance des modes prémentaliser; – Certitude à l'égard des états mentaux; – Curiosité à l'égard des états mentaux.	Trois scores continus allant de 1 à 42
<i>Parenting Stress Index – Short Form</i> (PSI-SF; Abidin, 1995)	Questionnaire autorapporté rempli par le parent de 36 items	Niveau de stress parental global et 3 sous-échelles: – Détresse parentale – Enfant difficile – Interactions dysfonctionnelles	Scores continus variant de 12 à 60 pour les sous-échelles et 36 à 180 pour l'échelle globale
<i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI; Derogatis, 1993)	Questionnaire autorapporté rempli par le parent de 53 items	– 9 dimensions primaires de symptômes (p. ex. dépression, anxiété, hostilité) – 3 indices de fonctionnement général	Scores continus transformés en scores <i>T</i> (entre 34 et 80; point de coupure à 63)
<i>Child behavior checklist</i> (CBCL) version 1,5-5 ans (Achenbach et Rescorla, 2000) et version 6-18 ans (Achenbach et Rescorla, 2001)	Questionnaire rempli par le parent de 113 items	– Différentes sous-échelles de problèmes émotionnels et comportementaux (p. ex. anxiété/dépression, problèmes d'attention) – 3 échelles de fonctionnement général (intérieurisé, extériorisé, total)	Scores continus transformés en scores <i>T</i> (entre 28 et 100; point de coupure à 70 pour les sous-échelles et 63 pour les échelles générales)

<i>Minnesota executive function scale</i> (MEFS; Carlson et Zelazo, 2014)	Test de tri de carte/ changement dimensionnel réalisé avec l'enfant (2-7 ans)	Fonctions exécutives (flexibilité mentale)	Score continu correspondant au dernier niveau réussi par l'enfant (entre 0 et 7)
Événements de vie stressants (Lebel et coll., 2011)	Questionnaire autorapporté rempli par le parent	Différents événements stressants pouvant être vécus dans les familles	Présence/absence de l'événement depuis la naissance de l'enfant

Les résultats de la recherche

Les enfants participant à la recherche sont âgés en moyenne de 5,04 ans ($\bar{E}.T.$ = 1,23; Étendue = 2-6,9 ans) et 77 % d'entre eux sont des garçons. La proportion de garçons ayant recours à des services de santé en raison d'un problème de santé mentale au Canada en 2009-2010 était de 60 % (Agence de santé publique du Canada, 2015), ce qui est similaire à la proportion observée dans notre échantillon. Ils proviennent de familles biparentales dans 70 % des cas et le revenu familial médian se situe entre 60 000 \$ et 80 000 \$. Les enfants ont reçu en moyenne 2,2 diagnostics psychiatriques ($\bar{E}.T.$ = 1,86; Étendue = 0-7); 57,4 % d'entre eux ont plus d'un diagnostic. La fréquence des diagnostics est présentée au tableau 2. Lorsque questionnées sur la présence

TABLEAU 2

Fréquence des diagnostics des enfants de l'échantillon

Diagnostic psychiatrique	<i>N</i>	%
Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité	23	48,9
Trouble d'oppositionnel avec provocation	13	27,7
Trouble de langage	12	25,5
Trouble d'acquisition de la coordination	8	17
Trouble de modulation sensorielle	8	17
Trouble relationnel	7	14,9
Trouble du spectre de l'autisme	6	12,8
Syndrome Gilles de la Tourette	5	10,6
Trouble anxieux	5	10,6
Trouble d'anxiété de séparation	3	6,4
Énurésie/Encoprésie	3	6,4
Trouble du sommeil	2	4,3
Trouble réactionnel de l'attachement	2	4,3
Trouble de l'engagement social désinhibé	1	2,1
Trouble d'adaptation	1	2,1
Mutisme sélectif	1	2,1
Trouble de stress post-traumatique	0	0

Note. Les évaluations diagnostiques sont disponibles pour 47 participants.

de psychopathologie actuelle ou passée dans la famille, les mères ont identifié ces problèmes chez au moins un parent de l'enfant dans 75,5 % des cas, chez les grands-parents dans 63,3 % des cas et dans la fratrie dans 34,7 % des cas.

Les résultats préliminaires obtenus à ce jour ont permis de faire un certain nombre de constats quant aux liens entre l'adaptation des enfants et des parents et les construits d'attachement et de mentalisation.

Attachement. Les enfants qui présentent davantage de comportements d'attachement sécurisant présentent moins de problèmes de comportement extériorisés (Cournoyer, 2017) ou de recherche de proximité envers un étranger (Delbarre et coll., 2020 a). Ils obtiennent aussi de meilleurs résultats à une tâche de fonctions exécutives (résultat marginal; Cournoyer, 2017). La sécurité d'attachement chez l'enfant est également associée à moins de stress parental chez la mère (Delbarre et coll., 2020 b). À l'inverse, les enfants qui présentent davantage de comportements d'attachement désorganisé/contrôlant ont plus de comportements de recherche de proximité envers un étranger (Delbarre et coll., 2020 a) et plus de difficultés dans une tâche évaluant les fonctions exécutives (Cournoyer, 2017). Plus les comportements désorganisés/contrôlants sont présents, plus leur mère rapporte vivre du stress parental (Delbarre et coll., 2020 b). Quant aux comportements d'attachement insécurisants-organisés (évitant et ambivalent), ils ont été associés à plus de problèmes de comportement extériorisés chez l'enfant (marginal; Cournoyer, 2017) et à plus de dépression (marginal) et d'anxiété chez la mère (Delbarre et coll., 2020 b).

Mentalisation. Les entrevues permettant d'évaluer la CM parentale (CMP) n'ont été que partiellement codifiées jusqu'à maintenant et l'analyse des entrevues a été complétée pour 10 mères et 3 pères de l'échantillon. La CMP de ces 13 participants se situe à un niveau inférieur à celui observé dans la population normative (Urfer et coll., 2015). Les résultats font ressortir chez les parents évalués une difficulté à élaborer leur expérience interne de manière à ce qu'ils puissent l'utiliser pour comprendre et réguler ce qui les habite, ce qui habite leurs enfants ainsi que les interactions parent-enfant. En effet, bien qu'ils soient généralement capables de reconnaître et d'identifier leurs propres états mentaux et ceux de leur enfant, ils ont plus de mal à réfléchir et à saisir les liens qui pourraient exister entre cette expérience subjective d'une part, qu'il s'agisse de la leur ou de celle de leur enfant, et les comportements que chacun adopte ainsi que la nature de

leurs interactions d'autre part (Urfer et coll., 2015). En considérant les résultats obtenus par l'ensemble de l'échantillon au questionnaire évaluant la fonction réflexive parentale (ou CMP), des analyses corrélationnelles significatives nous ont permis de constater que plus les mères présentent des déficits sur le plan de leur CMP, plus elles rapportent des symptômes psychopathologiques (principalement de l'anxiété et de l'hostilité) et plus leur rôle parental occasionne de la détresse chez elles (Achim, 2019). Les mères ayant vécu davantage d'événements de vie stressants depuis la naissance de l'enfant ciblé par l'étude sont également plus susceptibles de présenter des déficits de mentalisation (Achim, 2019).

L'attachement et la mentalisation dans le travail clinique auprès des familles référées en pédopsychiatrie

Pertinence dans l'évaluation des enfants et des parents

La théorie de l'attachement et la notion de mentalisation, tout comme les travaux de recherche qui en découlent, montrent l'importance de l'observation pour comprendre les modèles relationnels parent-enfant. En contexte clinique, nous croyons qu'un regard devrait être posé sur la façon dont le parent porte attention aux besoins affectifs de son enfant et tente d'y répondre. Pour être sensible, la réponse du parent doit être suffisamment rapide et satisfaisante pour apaiser la détresse. Les cliniciens devraient également être vigilants face aux comportements atypiques et déstabilisants de certains parents à l'égard de leurs enfants. Des comportements d'impuissance (p. ex. figer, désengagement affectif) ou hostiles (p. ex. dénigrement, agressivité) peuvent être perturbants pour les enfants, exacerber leur insécurité et inhiber leur intérêt pour les états mentaux, craignant de se confronter à un univers mental apeurant (Lyons-Ruth et coll., 2013). Par ailleurs, la capacité de l'enfant à recourir à son parent lorsqu'il est en détresse et la façon dont il y parvient peuvent nous renseigner sur ses stratégies d'attachement. Le recours à des méthodes standardisées comme la « situation étrangère » (Ainsworth et al., 1978) est optimal pour observer le déploiement de ces stratégies, mais d'autres situations d'observation peuvent aussi être utiles aux cliniciens. Par exemple, les retrouvailles avec le parent quand l'enfant le rejoint dans la salle d'attente après avoir été éprouvé par une séance difficile peuvent être révélatrices de ses stratégies d'attachement.

Pour avoir accès à des observations valides en ayant recours à une méthode standardisée, l'équipe de la Clinique spécialisée d'évaluation

et d'intervention pour les 0-5 ans en pédopsychiatrie à l'HSMAP a développé une tâche appelée « entrevue relationnelle » qui s'inspire du Trilogie de Lausanne (Fivaz-Depeursinge, 2003). Le clinicien propose à l'un des parents de jouer librement avec son enfant pendant quelques minutes en laissant l'enfant mener le jeu; l'autre parent est incité à observer l'interaction. Les parents sont ensuite invités à inverser leurs rôles puis les deux parents sont invités à jouer ensemble avec l'enfant. Par la suite, le clinicien demande aux parents de partager leurs observations entre eux, en laissant l'enfant jouer seul. Ces différentes périodes d'interactions permettent aux cliniciens d'observer la qualité des interactions parent-enfant en contexte dyadique et triadique.

L'entrevue relationnelle est complétée par une discussion – inspirée de l'entrevue sur le fonctionnement réflexif du parent version mini (Ensink et coll., 2019) – où le clinicien et les parents partagent leurs observations des différents enjeux relationnels. Des questions sont posées aux parents pour accéder à leur perception de la personnalité de leur enfant, à leur compréhension de ses sentiments et des motifs sous-jacents à ses comportements, ainsi qu'à leur vision des implications de ces différents aspects sur la nature du lien parent-enfant. Cette discussion permet donc au clinicien d'observer la capacité des parents à considérer leurs états mentaux et ceux de leur enfant afin de mieux saisir le sens que prennent les comportements de chacun et la nature des enjeux qui se déploient au sein de leur relation.

D'autres outils d'évaluation, tels des questionnaires, tâches et entrevues standardisées peuvent être utilisés pour mieux comprendre la CM des enfants et de leurs parents (Luyten et coll., 2019). Le jeu de l'enfant ainsi que la narration qui en est faite s'avèrent également un outil précieux afin d'évaluer la CM de ce dernier (Midgley et coll., 2017; Terradas et Achim, 2013).

Pertinence dans l'intervention auprès des enfants et leur famille

Les interventions fondées sur la théorie de l'attachement ont généralement comme objectifs de favoriser la qualité de la relation parent-enfant et de soutenir l'émergence de comportements parentaux sensibles. Différentes interventions développées dans les dernières années ont montré leur efficacité à soutenir la relation parent-enfant et le développement de l'enfant (voir Steele et Steele, 2018). Un aperçu de certaines de ces interventions est présenté au tableau 3.

TABLEAU 3

Résumé des principales interventions fondées sur la théorie de l'attachement

Intervention	Objectifs	Modalité	Clientèle ciblée
<i>Nurse-family partnership</i> (NFP)	<ul style="list-style-type: none"> – Améliorer les comportements des mères susceptibles d'affecter la grossesse et le développement de l'enfant – Favoriser le développement de relations soutenantes avec l'entourage – Améliorer la communication parent-enfant par une meilleure compréhension des besoins de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> – Rencontres au domicile familial sur une période de 2 ans – Discussions avec le parent – Observation d'interactions parent-enfant 	<ul style="list-style-type: none"> – Mères en attente de leur premier enfant
<i>Attachment and biobehavioral catch-up</i> (ABC)	<ul style="list-style-type: none"> – Améliorer les capacités parentales à travers 3 objectifs: 1– Répondre adéquatement à la détresse de l'enfant; 2– Suivre l'enfant; 3– Offrir des soins non effrayants. 	<ul style="list-style-type: none"> – 10 rencontres d'intervention incluant 2 rencontres de consolidation des acquis – Discussions avec le parent et intervention dans l'ici et maintenant lorsque le parent interagit avec son enfant – Rétroaction vidéo de la semaine précédente 	<ul style="list-style-type: none"> – Enfants de 0-3 ans et leur parent
<i>Group attachment-based intervention</i> (GABI)	<ul style="list-style-type: none"> – Offrir un espace sécuritaire pour les enfants et les parents – Favoriser la fonction réflexive, l'accordage émotionnel et la régulation des affects – Comprendre les comportements parentaux dans une perspective intergénérationnelle – Favoriser les réponses sensibles aux besoins émotionnels 	<ul style="list-style-type: none"> – 26 rencontres d'interventions de 2 h découpées en 3 temps 1- 45 min. de psychothérapie familiale 2- 1h d'intervention de groupe avec les enfants et de groupe avec les parents 3- 15 min. de réunion parent-enfant – Un soutien 24/7 est également accessible au parent – La rétroaction vidéo est utilisée 	<ul style="list-style-type: none"> – Parents et leur enfant de 0-3 ans
<i>Video-feedback intervention to promote positive parenting and sensitive discipline</i> (VIPP-SD)	<ul style="list-style-type: none"> – Favoriser la sensibilité parentale – Promouvoir des comportements sensibles pendant la discipline 	<ul style="list-style-type: none"> – 4 rencontres d'intervention et 2 rencontres de consolidation des acquis – Discussions avec le parent et activités parent-enfant filmées – Rétroaction vidéo de la semaine précédente 	<ul style="list-style-type: none"> – Enfants de 0-6 ans et leur parent

<i>Attachment video-feedback intervention program (AVI) ou Intervention relationnelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Favoriser les comportements de sensibilité parentale – Aider le parent à devenir un meilleur observateur des besoins de son enfant 	<ul style="list-style-type: none"> – 8 rencontres d'intervention parent-enfant de 75 minutes – Discussion avec le parent – Activité parent-enfant filmée – Utilisation de la rétroaction vidéo pendant la rencontre 	<ul style="list-style-type: none"> – Enfants de 0-6 ans et leur parent
<i>Child-parent psychotherapy (CPP)</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Favoriser une relation parent-enfant sécurisante – Améliorer les réponses parentales et la réciprocité – Favoriser l'équilibre entre les besoins du parent et de l'enfant – Modifier les perceptions erronées du côté du parent et de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> – Rencontres de psychothérapie parent-enfant hebdomadaires sur une période de 10 à 12 mois – Rencontres d'une durée d'une heure incluant du jeu parent-enfant – Des rencontres individuelles avec le parent sont aussi prévues lorsque des traumatismes sont présents chez le parent 	<ul style="list-style-type: none"> – Enfants de 0-6 ans et leur parent
<i>Circle of security (COS)</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Favoriser la compréhension des besoins de l'enfant – Améliorer les habiletés observationnelles et inférentielles du parent – Comprendre l'impact des réponses du parent sur celles de son enfant – Apprendre à mieux réguler leurs émotions en réponse aux comportements de leur enfant – Développer des façons plus sensibles de répondre à leur enfant 	<ul style="list-style-type: none"> – Différentes modalités sont possibles : a) 20 rencontres d'intervention de groupe de parents de 75 minutes; b) 4 rencontres d'intervention mère-enfant à la maison. – L'intervention inclut des discussions et de la rétroaction vidéo 	<ul style="list-style-type: none"> – Parents d'enfants âgés de 0 à 7 ans
<i>Attachment-based family therapy (ABFT)</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Recadrage relationnel – Développer l'alliance avec le parent et l'adolescent – Réparer les enjeux d'attachement – Favoriser l'autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> – 12 à 16 rencontres d'intervention incluant des rencontres d'intervention individuelles et familiales 	<ul style="list-style-type: none"> – Adolescents dépressifs et suicidaires et leurs parents
<i>Connect: An attachment-based program for parents of teens</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Modifier la façon dont les parents perçoivent, comprennent et répondent aux comportements de leur adolescent – Favoriser la sensibilité parentale pour que le parent soit une figure de sécurité pour l'adolescent 	<ul style="list-style-type: none"> – 10 rencontres de groupes de 90 min. avec 8 à 14 parents – 2 rencontres de consolidation des acquis de 120 min. – Discussions, jeux de rôle et exercices de réflexion 	<ul style="list-style-type: none"> – Parents d'adolescents ayant un diagnostic psychiatrique

Note. Ces informations sont tirées du *Handbook of attachment-based intervention* (Steele et Steele, 2018). Le livre contient également d'autres interventions pertinentes fondées sur l'attachement.

Nous présentons plus en détail 2 de ces interventions pour lesquelles des cliniciens de l'HSMAP du CIUSSS-NÎM ont été formés ou en possèdent l'expertise. La première s'adresse à des groupes de parents alors que la seconde est offerte à la dyade parent-enfant.

Le cercle de sécurité (*Circle of Security* – COS; Woodhouse et coll., 2018) est une intervention de groupe de parents « manualisée » d'une durée de 8 semaines (75 minutes chacune) qui vise à aider le parent à mieux comprendre les besoins de son enfant, à devenir un meilleur observateur et à développer de nouvelles façons d'interagir avec son enfant pour être plus sensible à ses besoins de proximité et d'autonomie et à réparer les interactions qui auraient été moins sensibles. Pour ce faire, l'intervention propose des discussions à la suite du visionnement de séquences vidéo d'interactions parent-enfant lorsque le système d'attachement de l'enfant est activé. Les parents sont invités à faire des liens entre leurs propres représentations d'attachement, la façon dont ils se comportent à l'égard de leur enfant et les besoins de sécurité de ce dernier.

L'Intervention relationnelle (*Attachment Video-feedback Intervention* – AVI; Moss et coll., 2018) est une intervention dyadique « manualisée » d'une durée de 8 semaines (90 minutes chacune) où, en plus d'une discussion avec le parent sur différents thèmes en lien avec l'attachement, la dyade est invitée à réaliser une activité filmée d'une durée d'environ 5 à 10 minutes. Des consignes simples sont proposées au parent en début d'activité afin de l'aider à promouvoir des comportements sensibles à l'égard de son enfant. Une rétroaction vidéo est ensuite effectuée afin de permettre au parent de se voir avec son enfant et de réfléchir à ses comportements et à leur impact. Les comportements sensibles du parent et les moments de plaisirs partagés sont soulignés, permettant à la dyade d'entrevoir une nouvelle façon d'être en relation qui favorise le développement émotionnel de l'enfant.

Au cours des 10 dernières années, plusieurs des cliniciens de l'HSMAP du CIUSSS-NÎM ont développé un travail psychothérapeutique de groupe axé sur la mentalisation auprès des enfants (en sous-groupes d'âge de 4-5 ans, 6-9 ans ou 9-12 ans) et leurs parents (Dubois-Comtois et coll., 2020). La modalité de groupe est toute désignée pour soutenir le développement de la CM puisqu'elle implique la présence de plusieurs personnes qui échangent entre elles, multipliant *in situ* les occasions de mentaliser. Cette modalité thérapeutique permet de partager et d'entendre différents points de vue et de réfléchir à la façon dont les états mentaux de l'autre peuvent ne pas être perçus

ou compris adéquatement. En pouvant côtoyer et échanger avec des individus qui éprouvent des difficultés similaires aux leurs et grâce à la validation de leur expérience affective, nous observons dans notre pratique clinique que les groupes de psychothérapie centrés sur la mentalisation favorisent la régulation émotionnelle et comportementale des enfants, mais aussi celle de leurs parents. Cette modalité d'intervention de groupe axée sur la mentalisation, très prometteuse, est testée dans plusieurs projets de recherche auprès d'adolescents, de parents et de futurs parents (Byrne et coll., 2019; Griffiths et coll., 2019; Kalland et coll., 2016). Les résultats de ces projets seront disponibles dans les prochaines années et permettront de vérifier empiriquement l'efficacité de ce type d'intervention. Notons qu'une intervention (individuelle et groupale), visant la réduction de la consommation chez de nouvelles mères toxicomanes et privilégiant pour ce faire des techniques axées sur la mentalisation, a montré son efficacité afin d'améliorer la CMP de ces mères (Suchman et coll., 2012).

Pour certains enfants, un travail psychothérapeutique individuel apparaît également souhaitable et important. En effet, une diversité de difficultés, lacunes et manifestations symptomatiques justifient l'entreprise d'une psychothérapie individuelle: faible capacité à reconnaître la présence d'états mentaux chez soi ou chez autrui, régulations attentionnelle et affective déficitaires, confiance épistémique lacunaire, difficulté à élaborer un jeu symbolique (Achim, Lebel, Ensink et Senécal, 2020). De façon générale, la mise en place d'un tel processus se fait dans un second temps, après que des interventions dyadiques, familiales ou groupales aient eu lieu. Depuis plus de dix ans, nous préconisons des interventions basées sur la mentalisation afin de mieux tenir compte des difficultés multiples et complexes que présentent les enfants consultant au sein de notre service. En effet, nous avons constaté que bon nombre d'entre eux peinent à profiter d'interventions thérapeutiques plus « traditionnelles », ne possédant pas un appareil psychique suffisamment développé pour s'intéresser à leur monde interne (Achim, Lebel et Ensink, 2020; Achim et Terradas, 2015). Il nous semble donc primordial de travailler leur CM. Par l'adoption d'une posture mentalisante, le thérapeute cherche à offrir à l'enfant les conditions optimales au développement de cette capacité, conditions s'apparentant à celles qu'offre le parent mentalisant à son enfant (Achim et coll., 2020). Étant donné la présence fréquente de difficultés similaires chez les parents, un travail thérapeutique auprès d'eux est généralement réalisé de façon concomitante.

Conclusion

Les études dans le domaine de l'attachement et de la mentalisation, incluant nos propres travaux de recherche, semblent soutenir la pertinence de ces construits sur les plans scientifiques et cliniques. Au près d'une clientèle pédopsychiatrique, ces derniers sont particulièrement importants puisque les données préliminaires montrent que l'attachement tout comme la capacité de mentalisation peuvent être mis à l'épreuve chez les parents et les enfants fragilisés par des problèmes de santé mentale. Ainsi, il nous apparaît pertinent que ces construits soient considérés par les milieux cliniques dans leur offre de service en plus des modalités d'évaluation et d'intervention déjà disponibles dans ces milieux.

Le projet de recherche que nous avons développé dans les dernières années au Service de pédopsychiatrie de l'HSMAP nous a permis de constater que l'implantation de la recherche clinique en milieu pédopsychiatrique constitue un défi de taille. Elle se doit de trouver un juste équilibre, tenant compte à la fois de la rigueur scientifique nécessaire à l'obtention de résultats robustes et de la complexité des problématiques cliniques rencontrées. Au sein de notre équipe, la présence de chercheurs et de cliniciens nous a semblé essentielle pour y parvenir. Le fait que les chercheurs soient également cliniciens a facilité le dialogue et la compréhension des besoins sur le plan clinique de sorte que les exigences inhérentes à la recherche ne soient pas une source d'irritation importante pour le milieu clinique.

Malgré cela, la réalisation de recherche en pédopsychiatrie comporte son lot d'obstacles (Lebel, 2019). Un des obstacles rencontrés fut l'arrimage, pour les familles, entre les rencontres prévues par l'équipe clinique et l'équipe de recherche. La lourdeur du protocole scientifique a pu par moment être perçue par les familles comme un fardeau s'ajoutant aux visites cliniques, ce qui peut être lié au faible taux de participation. Ceci constitue d'ailleurs une limite de la recherche en ce qui concerne la représentativité de notre échantillon. Un autre défi fut pour les cliniciens d'avoir la recherche en tête au moment même où ils sont plutôt habités par un nombre important de considérations cliniques. Des rencontres régulières entre l'équipe de recherche et l'équipe clinique ont permis de résoudre ces difficultés et de faciliter le travail de collaboration.

Notre expérience nous a permis de constater que ce type d'initiative peut constituer un réel apport à l'amélioration des pratiques cliniques.

Faire de la recherche en milieu clinique permet de bénéficier de l'expertise des cliniciens qui y travaillent pour enrichir le protocole de recherche. À leur tour, les données issues de la recherche peuvent inspirer les cliniciens à adopter de nouvelles pratiques cliniques à la fine pointe des connaissances scientifiques.

Déclaration de liens d'intérêt

La recherche a été produite grâce à des fonds de recherche provenant de la Fondation de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et de la Fondation Daoussis, ainsi que des Fonds de recherche en santé du Québec octroyés à la première auteure.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les professionnels et les pédopsychiatres de la clinique spécialisée 0-5 ans de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost qui nous ont soutenus dans la réalisation de cette recherche. Nous remercions également chaleureusement l'ensemble des assistants de recherche qui ont été des plus dévoués à la réalisation de la recherche ainsi que Samantha Kenny pour la révision linguistique. Enfin, nos remerciements vont à l'ensemble des familles qui ont généreusement accepté de participer à la recherche.

RÉFÉRENCES

- Abidin, R.R. (1995). *The parenting stress index professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Achenbach, T. M. et Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M. et Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achim, J. (2019, octobre). *Fonction réflexive parentale et difficultés des jeunes enfants consultant en pédopsychiatrie: un premier portrait*. Communication orale présentée dans le cadre du colloque du centenaire de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost. Montréal, Canada.
- Achim, J., Lebel, A. et Ensink, K., (2020). Préambule. Dans J. Achim, A. Lebel et K. Ensink (Éds). *Mentaliser en contexte pédopsychiatrique: interventions thérapeutiques*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Achim, J., Lebel, A., Ensink, K. et Sénécal, I. (2020). La psychothérapie individuelle comme modalité d'intervention clinique pour favoriser la mentalisation: soutenir l'enfant à s'intéresser à sa subjectivité et à celle d'autrui

- psychothérapeutique auprès de l'enfant : modalité individuelle. Dans J. Achim, A. Lebel et K. Ensink (Éds). *Mentaliser en contexte pédopsychiatrique : interventions thérapeutiques*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Achim, J. et Terradas, M. M. (2015). Le travail clinique en contexte pédopsychiatrique : l'apport de la mentalisation à la pratique d'aujourd'hui. *Filigrane*, 24 (2), 79-92.
- Agence de la santé publique du Canada (2015). *Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales au Canada*. Ottawa, ON : ministère de la Santé.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. et Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford, R.-U. : Erlbaum.
- Allen, J. G., Fonagy, P. et Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC : American Psychiatric Association Publishing.
- Bernier, A., Beauchamp, M. H., Carlson, S. M. et Lalonde, G. (2015). A secure base from which to regulate: Attachment security in toddlerhood as a predictor of executive functioning at school entry. *Developmental psychology*, 51(9), 1177-1189.
- Byrne, G., Slead, M., Midgley, N., Fearon, R. M. P., Mein, C., Bateman, A. et Fonagy, P. (2019). Lighthouse parenting Programme: description and pilot evaluation of mentalization-based treatment (MBT) to address child maltreatment. *Clinical child psychology and psychiatry*, 24, 680-693.
- Carlson S.M., Zelazo P.D. (2014). *Minnesota Executive Function Scale—Test Manual*. Saint Paul, MN : Reflection Sciences.
- Cassidy, J. et Marvin, R.S., with the MacArthur Working Group on Attachment. (1992). Attachment organisation in 2½ to 4½ years olds: Coding manual. Manuel de codification non publié, University of Virginia.
- Cournoyer, A. (2017). *Problèmes de comportement d'enfants d'âge préscolaire référés en pédopsychiatrie : implication du rôle de l'attachement à la mère et du fonctionnement exécutif de l'enfant* (Essai doctoral, Université du Québec à Trois-Rivières).
- Delbarre, M., Dubois-Comtois, K., Achim, J. et Lebel, A. (2020 a). Comportements de désinhibition sociale et d'attachement d'enfants d'âge préscolaire consultant en pédopsychiatrie. *Revue Enfance*, 2020/2, 241-258.
- Delbarre, M., Dubois-Comtois, K., Achim, J. et Lebel, A. (2020 b). Comportements d'attachement d'enfants d'âge préscolaire consultant en pédopsychiatrie : lien avec des caractéristiques psychologiques maternelles. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 68, 100-105.
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory: BSI; Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN : Pearson.
- Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., Bernier, A., & Moss, E. (2017). Testing the limits: Extending attachment-based intervention effects to infant cognitive outcome and parental stress. *Development and Psychopathology*, 29, 565-574.

- Dubois-Comtois, K., Sénécal, I., Hould, R., Deschenaux, E. et Alain, G. (2020). La psychothérapie de groupe comme modalité d'intervention clinique pour favoriser la mentalisation : illustration du travail auprès des enfants et de leurs parents. Dans J. Achim, A. Lebel et K. Ensink (Éds), *Mentaliser en contexte pédiopsychiatrique : interventions thérapeutiques*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Dougherty, L. R., Leppert, K. A., Merwin, S. M., Smith, V. C., Bufferd, S. J. et Kushner, M. R. (2015). Advances and directions in preschool mental health research. *Child development perspectives*, 9(1), 14-19.
- Ehrlich, K. B. et Cassidy, J. (2019) Attachment and physical health: introduction to the special issue. *Attachment & human development*, 21(1), 1-4, doi: 10.1080/14616734.2018.1541512
- Englund, M. M., Kuo, S. I. C., Puig, J. et Collins, W. A. (2011). Early roots of adult competence: The significance of close relationships from infancy to early adulthood. *International journal of behavioral development*, 35(6), 490-496.
- Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L. et Fonagy, P. (2016). Maternal and child reflective functioning in the context of child sexual abuse: Pathways to depression and externalizing difficulties. *European journal of psychotraumatology*, 7. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v7.30611>
- Ensink, K., Borelli, J. L., Roy, J., Normandin, L., Slade, A. et Fonagy, P. (2019). Costs of not getting to know you: Lower levels of parental reflective functioning confer risk for maternal insensitivity and insecure infant attachment. *Infancy*, 24(2), 210-227.
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M. et Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child development*, 81(2), 435-456. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01405.x
- Fearon, R. M. P. et Belsky, J. (2016). Precursors of attachment security. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, Third edition* (pp. 291-313). New York, NY: The Guilford Press.
- Fivaz-Depeursinge, É. (2003). L'alliance coparentale et le développement affectif de l'enfant dans le triangle primaire. *Thérapie familiale*, 24(3), 267-273.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. et Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Fonagy, P. et Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of personality disorders*, 20, 544-576. doi: 10.1521/pedi.2006.20.6.544
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G. et Bateman, A. W. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic inquiry*, 23(3), 412-459.

- Green, J., Stanley, C. et Peters, S. (2007). Disorganized attachment representation and atypical parenting in young school age children with externalizing disorder. *Attachment & human development*, 9(3), 207-222.
- Griffiths, H., Duffy, F., Duffy, L., Brown, S., Hockaday, H., Eliasson, E., ... Schwannauer, M. (2019). Efficacy of Mentalization-based group therapy for adolescents: the results of a pilot randomised controlled trial. *BMC psychiatry*, 19(1), 167-179.
- Hidalgo, A. P. C., Muetzel, R., Luijk, M. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., El Marroun, H., Vernooij, M. W., ... Tiemeier, H. (2019). Observed infant-parent attachment and brain morphology in middle childhood—A population-based study. *Developmental cognitive neuroscience*, 40, 100724.
- Huber, A., McMahon, C. A. et Sweller, N. (2015). Efficacy of the 20-week circle of security intervention: Changes in caregiver reflective functioning, representations, and child attachment in an Australian clinical sample. *Infant mental health journal*, 36(6), 556-574.
- Kalland, M., Fagerlund, Å., von Koskull, M. et Pajulo, M. (2016). Families First: the development of a new mentalization-based group intervention for first-time parents to promote child development and family health. *Primary health care research & development*, 17(1), 3-17.
- Koehn, A. J. et Kerns, K. A. (2018). Parent—child attachment: Meta-analysis of associations with parenting behaviors in middle childhood and adolescence. *Attachment & human development*, 20(4), 378-405.
- Lawson, D. M., Davis, D. et Brandon, S. (2013). Treating complex trauma: Critical interventions with adults who experienced ongoing trauma in childhood. *Psychotherapy*, 50(3), 331-335.
- Lebel A., Lessard N., Achim J. et Dubois-Comtois K. (2011). *Questionnaire à l'attention des parents et tuteurs légaux*. Document inédit, Service de pédopsychiatrie, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Montréal, Canada.
- Lebel, A. (2019, octobre) L'apport de la recherche clinique à la pédopsychiatrie. Communication orale. Colloque du centenaire de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost. Montréal, Canada.
- Luyten, P., Malcorps, S., Fonagy, P. et Ensink, K. (2019). Assessment of mentalizing. Dans A. Bateman & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 37-62). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L. et Fonagy, P. (2017). The Parental Reflective Functioning Questionnaire: Development and preliminary validation. *PLoS ONE*, 12(5). e0176218. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176218>
- Luyten, P., Mayes, L., Sadler, L., Fonagy, P., Nicholls, S., Crowley, ... Slade, A. (2009). *The Parental Reflective Functioning Questionnaire -1 (PRFQ-1)*. Manuscrit non publié. Leuven, Belgium: University of Leuven.
- Lyons-Ruth, K., Bureau, J. F., Easterbrooks, M. A., Obsuth, I., Hennighausen, K. et Vulliez-Coady, L. (2013). Parsing the construct of maternal insensitivity: Distinct longitudinal pathways associated with early maternal withdrawal. *Attachment & human development*, 15(5-6), 562-582.

- Lyons-Ruth, K. et Jacobvitz, D. (2016). Attachment disorganization from infancy to adulthood: Neurobiological correlates, parenting contexts, and pathways to disorder. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, Third edition* (pp. 667-695). New York, NY: The Guilford Press.
- Main, M. et Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental psychology*, 24, 415-426.
- McGoron, L., Gleason, M. M., Smyke, A. T., Drury, S. S., Nelson III, C. A., Gregas, M. C., ... Zeanah, C. H. (2012). Recovering from early deprivation: attachment mediates effects of caregiving on psychopathology. *Journal of the american academy of child & adolescent psychiatry*, 51(7), 683-693.
- Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N. et Muller, N. (2017). The process of assessment in time-limited MBT-C. Dans *Mentalization-based treatment for children: A Time-Limited Approach* (pp. 105-132). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Moss, E., Lecompte, V. et Bureau, J.F. (2015). Preschool and Early School-Age Attachment Rating Scales (PARS). Manuel de codification non publié, Université du Québec à Montréal.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology*, 23, 195-210.
- Moss, E., Tarabulsy, G. M., DuboisComtois, K., Cyr, C., Bernier, A. et StLaurent, D. (2018). The attachment videofeedback intervention program: Development and validation. Dans H. Steele & M. Steele (Éds.), *Handbook of attachment-based interventions* (pp. 318-338). New York, NY: Guilford Publications.
- Mubarak, A., Cyr, C., St-André, M., Paquette, D., Emond-Nakamura, M., Boisjoly, L., ... Stikarovska, I. (2017). Child attachment and sensory regulation in psychiatric clinic-referred preschoolers. *Clinical child psychology and psychiatry*, 22(4), 572-587.
- Riley, C., Atlas-Corbett, A. et Lyons-Ruth, K. (2005). Rating of Infant-Stranger Engagement (RISE) coding system. Document non publié, Department of Psychiatry, Harvard Medical School at the Cambridge Hospital; Cambridge, MA.
- Sharp, C. (2006). Mentalizing problems in childhood disorders. *Handbook of mentalization-based treatments*, 201-212.
- Sharp, C. et Venta, A. (2013). Mentalizing problems in children and adolescents. In *Minding the child* (pp. 49-67). Milton Park, R.-U.: Routledge.
- Skovgaard, A. M. (2010). Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. *Danish medical bulletin*, 57(10), B4193.
- Slade, A., Bernbach, E., Grienberger, J., Levy, D. et Locker, A. (2004). *Addendum to Fonagy, Target, Steele & Steele Reflective Functioning Scoring Manual for use with the Parent Development Interview*. Manuscrit non publié. New York,

- NY: The City College and Graduate Center of the City University of New York.
- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D. et Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & human development*, 7(3), 283-298.
doi:10.1080/14616730500245880
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and human development*, 7(3), 269-281.
- Speltz, M. L., Greenberg, M. T. et Deklyen, M. (1990). Attachment in preschoolers with disruptive behavior: A comparison of clinic-referred and nonproblem children. *Development & psychopathology*, 2(1), 31-46.
- Steele, H. et Steele, M. (2018). *Handbook of attachment-based interventions*. New York, NY: Guilford Publications.
- Suchman, N., Pajulo, M., Kalland, M., DeCoste, C. et Mayes, L. (2012). At-risk mothers of infants and toddlers. Dans A. W. Bateman, & P. Fonagy (Éds.). *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 309-346). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Terradas, M. M. et Achim, J. (2013). «Arrête de faire semblant, on joue pour vrai!» Intégration de techniques basées sur la mentalisation à la psychothérapie d'enfants d'orientation psychanalytique. *La psychiatrie de l'enfant*, 56(2), 439-465.
- Troller-Renfree, S. et Fox, N. A. (2017). Sensitive periods of development: Implications for risk and resilience. Dans J. L. Luby (Éd.) *Handbook of preschool mental health: Development, disorders, and treatment, Second edition* (pp. 3-26). New York: The Guilford Press.
- Urfer, F. M., Achim, J., Terradas, M. M., Bisaillon, C., Dubois-Comtois, K. et Lebel, A. (2015). Fonction réflexive de parents d'enfants d'âge préscolaire consultant en pédopsychiatrie: une étude exploratoire. *Devenir*, 28(3), 149-178.
- van IJzendoorn, M. H. et Bakermans-Kranenburg, M. J. (2019). Bridges across the intergenerational transmission of attachment gap. *Current opinion in psychology*, 25, 31-36.
- Woodhouse, S. S., Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K. et Cassidy, J. (2018). The circle of security intervention: Design, research, and implementation. Dans H. Steele & M. Steele (Éds.), *Handbook of attachment-based interventions* (pp. 50-78). New York, NY: Guilford Publications.
- Yan, J., Han, Z. R., Tang, Y. et Zhang, X. (2017). Parental support for autonomy and child depressive symptoms in middle childhood: The mediating role of parent-child attachment. *Journal of child and family studies*, 26(7), 1970-1978.

Dilemmes des médecins traitants lors du retour au travail de personnes aux prises avec un trouble mental courant : illustration par des vignettes cliniques

Fabienne Boileau-Falardeau^a

Jean-Robert Turcotte^b

Paul-André Lafleur^c

Marc Corbière^d

RÉSUMÉ Introduction Les troubles mentaux courants (TMC) sont une des causes majeures d'invalidité au travail dans le monde. Plusieurs études démontrent que plus la durée de l'arrêt de travail est longue, plus minces sont les chances que la personne avec un TMC retourne au travail. Il est donc important que l'arrêt de travail soit d'une durée adéquate pour permettre à l'individu un rétablissement durable tout en diminuant les risques de rechute. Les médecins traitants ont un rôle important à jouer dans le cadre de la reprise professionnelle des personnes avec un TMC.

-
- a. M.D., FRCPC, candidate à la maîtrise en sciences biomédicales, Université de Montréal. Psychiatre, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.
 - b. M.D., MPH FRCPC; Psychiatre et professeur adjoint, Université de Montréal et CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.
 - c. M.D. Psychiatre légiste et professeur adjoint, Université de Montréal et CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.
 - d. Ph. D. Professeur titulaire au Département d'éducation et pédagogie - Counseling de carrière, Université du Québec à Montréal (UQAM); Chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM); Titulaire de la Chaire de recherche en santé mentale et travail, Fondation de l'IUSMM.

Objectif Cet article a comme principal objectif de présenter des vignettes cliniques supportées par la littérature relativement à la gestion par les médecins traitants de la reprise professionnelle de leurs patients avec un TMC.

Méthodologie Issues d'expériences cliniques, 3 vignettes cliniques illustrant plusieurs dilemmes que des médecins traitants peuvent rencontrer lors de la reprise professionnelle de leurs patients avec un TMC sont présentées. Les dilemmes sont soutenus par des articles publiés entre 2000 à 2020, provenant des bases de données *Medline* et *PsycInfo*.

Résultats et discussion Les 3 vignettes portent sur les dilemmes relatifs aux thèmes suivants : 1) l'évaluation du potentiel thérapeutique des arrêts de travail ; 2) le rôle d'expert octroyé aux médecins traitants et au processus d'évaluation de la capacité à travailler ; 3) les aspects administratifs liés à cette évaluation ; 4) la relation thérapeutique médecin-patient. La littérature nous indique que ce sont des dilemmes récurrents chez les médecins traitants dans le contexte de la gestion de la reprise professionnelle à la suite d'un TMC.

Conclusion La gestion des arrêts maladie chez les travailleurs avec un TMC par les médecins traitants comporte plusieurs dilemmes. Ces dilemmes mettent en lumière, entre autres, l'importance pour les médecins traitants de travailler en collaboration avec les autres acteurs et d'obtenir leur soutien et collaboration. Ces observations nous amènent à conduire une revue plus systématique de l'expérience des médecins traitants et de leurs besoins.

MOTS CLÉS incapacité au travail, retour au travail, trouble mental courant, médecin traitant

Dilemmas of Clinicians on the Return to Work of People with a Common Mental Disorder: Illustrated by Clinical Cases

ABSTRACT Introduction Common mental disorders (CMD) are one of the leading causes of workplace disability worldwide. Many studies show that the longer a person is on sick leave, the less likely they are returning to work. It is therefore important that the duration of a work absence be an adequate duration to allow the individual to make a lasting recovery while reducing the risk of relapse. Clinicians have an important role to play in the professional recovery of people with CMD.

Purpose The main objective of this article is to present clinical cases supported by the literature related to the management of return to work by clinicians treating their patients with CMD.

Methods Based on clinical observations, three clinical cases illustrating several dilemmas that clinicians may encounter when managing return to work of their patients with a CMD are presented. These dilemmas are supported by articles published between 2000 and 2020 from the *Medline* and *PsycInfo* databases.

Results and discussion Three clinical cases address dilemmas related to the following themes: 1) the assessment of the therapeutic potential of work absence,

2) the expert role given to clinicians and the process of assessing work disability, 3) the administrative aspects related to this assessment and 4) the impact of this assessment on therapeutic alliance between the clinician and his/her patient with CMD. The literature tells us that these are recurring dilemmas for clinicians when managing the return to work of their patients with CMD.

Conclusions There are several dilemmas in the management of sick leave among workers with CMD by clinicians. These dilemmas highlight, among other things, the importance for clinicians to work collaboratively with other stakeholders and to obtain their support and collaboration. These observations lead us to conduct a more systematic review of the experience of clinicians and their needs.

KEYWORDS work disability, return to work, common mental disorder, clinicians.

Introduction

Le tiers des Canadiens, soit environ 9,1 millions de personnes, satisfaisait aux critères d'au moins un des troubles mentaux suivants à un moment donné de leur vie : trouble dépressif, trouble bipolaire, trouble anxieux ou trouble lié à l'utilisation de substances (gouvernement du Canada, 2013). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en 2019, la dépression est la première cause d'incapacité dans le monde (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2019). Entre 2005 et 2015, soit en une décennie, il y a eu une augmentation de la prévalence de la dépression de 18 % (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2017). L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) rapporte que du tiers à la moitié des nouvelles demandes d'invalidité au travail sont liées à la maladie mentale (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2012).

Parmi les troubles mentaux, les troubles mentaux courants (TMC) font référence, dans la littérature spécialisée, aux troubles anxieux, troubles dépressifs et de l'adaptation (Corbière, Negrini et Dewa, 2013; Noordik, van Dijk, Nieuwenhuijsen et van der Klink, 2009). De plus, les personnes avec un TMC sont la plupart du temps des salariés qui ont développé un trouble durant leur activité professionnelle et, lorsqu'il y a un arrêt de travail, ces derniers conservent un lien d'emploi avec une organisation (Corbière et coll., 2015, 2013; Laflamme et Nadeau, 2011; Noordik et coll., 2009). La durée d'une absence maladie liée à un trouble mental peut être 2 fois plus longue qu'une absence pour un autre type de maladie (Dewa, 2017). En effet, la durée moyenne de l'absence pour toutes maladies confondues est de 34 jours, alors qu'elle est de 67 jours pour un trouble mental (Dewa, Chau et Dermer, 2010).

Concernant l'incapacité en tant que telle, plus longtemps une personne est absente du travail, moins elle est susceptible d'y retourner. Les statistiques démontrent que 50 % des personnes en arrêt de travail pendant 8 semaines ou plus n'y retourneront jamais (Steinberg, 2011). Ce pourcentage augmente à 85 % pour celles en arrêt de travail 6 mois ou plus (Steinberg, 2011).

Rôles des médecins traitants dans la reprise professionnelle de leurs patients avec un TMC

Plusieurs acteurs sont impliqués dans le retour au travail des personnes avec un TMC tels l'employeur, les cadres des ressources humaines, le supérieur immédiat, les collègues de travail, le syndicat, les psychologues et autres thérapeutes, le coordonnateur du retour au travail, les assureurs et le médecin traitant (Corbière et coll., 2020). Le médecin traitant est important pour les autres acteurs impliqués puisque c'est ce dernier qui fournit les rapports de progression de son patient; il officialise les incapacités en quelque sorte (Corbière et coll., 2020; Lederer, Loisel, Rivard et Champagne, 2014; Steinberg, 2011; Young et coll., 2005). Paradoxalement, ils n'ont reçu que peu ou pas de formation en santé mentale au travail durant leur curriculum universitaire et médical.

Le médecin traitant va également encourager le travailleur à communiquer avec les autres acteurs selon ses besoins et l'évolution (Corbière et coll., 2020). Concrètement, voici les 4 rôles qu'occupe le médecin traitant: a) faire l'évaluation, fournir un diagnostic et offrir des soins appropriés pour répondre à l'état de santé du travailleur en congé de maladie; b) développer une relation empathique avec son patient, être à l'écoute des besoins de son patient et l'impliquer dans le plan de traitement; c) fournir des recommandations d'intervention ou de service aux acteurs concernés; d) faire un suivi thérapeutique auprès du patient et s'assurer que les traitements favorisent son rétablissement (p. ex. prescription du retour au travail, établissement des limitations fonctionnelles¹ et restrictions fonctionnelles²) (Corbière et

-
1. Les limitations fonctionnelles sont des pertes ou des diminutions des fonctions corporelles – physiques, cognitives ou sensorielles – associées à la lésion professionnelle.
 2. Les restrictions fonctionnelles sont quant à elles des recommandations médicales visant à interdire ou à limiter, à des fins thérapeutiques ou préventives, l'exercice de certaines activités ou l'exécution de certains mouvements ou postures. Elles découlent des déficiences (IRSST, 1991).

coll., 2020; Dewa, Hees, Trojanowski et Schene, 2015; Wahlström et Alexanderson, 2004). Ces tâches sont assumées par le médecin traitant seul ou en collaboration avec d'autres professionnels de la santé (Dewa et coll., 2015; Wahlström et Alexanderson, 2004).

Relativement à leur rôle, plusieurs médecins traitants ont la perception d'être les « portiers » du système d'invalidité (Dewa et coll., 2015; Söderberg et Alexanderson, 2003) et expriment un manque de communication et de soutien de la part des autres acteurs impliqués (Foley, Thorley et Von Hout, 2013; Soklaridis, Tang, Cartmill, Cassidy et Andersen, 2011; Sylvain, Durand, Maillette et Lamothe, 2016). Certains médecins traitants vont aussi trouver difficile de gérer les attentes des autres acteurs et souhaiteraient un travail plus collaboratif (Soklaridis et coll., 2011). Dans ce sens, la littérature démontre bien l'évolution favorable d'une reprise professionnelle et la diminution du risque de rechute lorsqu'il y a une communication entre les acteurs ainsi qu'une cohésion dans la conduite à tenir auprès d'un patient avec un TMC (Anema et coll., 2006; Brijnath et coll., 2014; Hamm, Reiss, Paul et Bursztajn, 2007). Toutefois, le médecin est souvent confronté à des dilemmes lorsqu'il s'agit d'intervenir dans un processus de retour au travail chez un patient aux prises avec un TMC. Force est de constater que ces dilemmes sont souvent peu abordés dans la littérature.

Objectifs

L'objectif de cet article est de présenter 3 vignettes cliniques et les dilemmes associés que peuvent rencontrer des médecins traitants lors de la gestion de la reprise professionnelle d'un patient aux prises avec un TMC. Nous discuterons de ces vignettes en tentant de les appuyer avec la littérature. De futures pistes de recherche dans ce domaine d'étude seront également abordées.

Méthodologie

À partir des expériences cliniques en expertise médico-légale et en psychiatrie répondant au guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA) du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, plusieurs dilemmes ont été dégagés relativement à la gestion de la reprise professionnelle des personnes avec un TMC. De ces observations cliniques, les dilemmes récurrents ont été identifiés et présentés sous forme de

vignettes anonymisées. Une recherche dans la littérature a été par la suite effectuée pour appuyer ces dilemmes.

La recherche dans la littérature est basée sur une extraction des articles pertinents entre 2000 à 2020 en utilisant les bases de données *Medline* et *PsycInfo*.

Les recherches bibliographiques ont été effectuées en combinant les dérivatifs des descripteurs en langue anglaise suivants :

- *inability to work, work disability, work capacity evaluation, work capacity assessment, sick leave, disability leave, return to work, back to work, sickness certification;*
- *transient mental disorder, common mental disorder, depression, anxiety, adjustment disorder, affective disorder, mood disorder, bipolar disorder, substance-related disorder, substance disorder, transient situational disturbance;*
- *doctor, general practitioner, psychiatrist, family doctor, medical specialist, clinician.*

Résultats et discussions : présentation de vignettes cliniques suivies de discussions basées sur la littérature

Utiliser les arrêts de travail comme outil thérapeutique n'est pas une tâche facile et plusieurs dilemmes existent chez les médecins traitants. Dans ce contexte, nous présenterons, d'une part, 3 vignettes cliniques tirées d'observations cliniques en expertise médico-légale et auprès de médecins spécialistes répondants en psychiatrie au GASMA du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Par la suite, à partir de ces vignettes, nous aborderons 4 dilemmes présents chez les médecins traitants et associés notamment : 1) à l'évaluation du potentiel thérapeutique des arrêts de travail ; 2) au rôle d'expert octroyé aux médecins traitants et au processus d'évaluation de l'incapacité au travail ; 3) aux aspects administratifs découlant de cette évaluation ; 4) à la relation thérapeutique médecin-patient. Ces dilemmes seront appuyés par une recherche dans la littérature existante. Un retour sur les vignettes sera fait afin d'aborder des pistes de réflexion et des sujets potentiels de recherche.

1. Cas de Jean : dilemmes entre le rôle bénéfique du travail et celui de l'arrêt de travail

1.1 Présentation du cas de Jean

Jean travaille au sein d'une entreprise multinationale canadienne depuis 25 ans. Il a un dossier d'absentéisme pratiquement vierge. Il a 56 ans. Il se sent valorisé de travailler pour cette entreprise. Il a des problèmes conjugaux, le climat à la maison est difficile, sa conjointe est plutôt dominante alors qu'il est plutôt dépendant/passif. Pour lui, le travail est un refuge, il fait autant d'heures supplémentaires que possible pour ne pas être à la maison. Jean est un homme anxieux, un peu obsessionnel, un peu lent au travail ce qui excède ses collègues. Il a le même superviseur depuis 10 ans, ce dernier est légèrement plus jeune que Jean. Ils s'entendent bien. Même si Jean est moins rapide que les autres travailleurs, le superviseur est satisfait de ses services et pense que c'est un homme méticuleux et fiable. Pour Jean, le travail est très « thérapeutique », c'est ce qui maintient l'équilibre dans sa vie. Cependant, il y a des changements dans l'organisation, on implante de nouvelles normes pour améliorer l'efficacité. Dans la foulée de ces changements, le superviseur de Jean est remplacé. C'est un des jeunes collègues de Jean qui accède au poste de superviseur. Quelques semaines plus tard, il fait savoir à Jean que ce qu'il faisait avec fierté depuis 25 ans « n'est plus bon ». Il lui demande de s'adapter, d'aller plus vite. Jean devient très anxieux, ne dort plus la nuit, rumine constamment et anticipe la journée de travail du lendemain. Le milieu de travail « thérapeutique » devient un enfer. Jean voit son médecin qui le met en arrêt travail et qui lui prescrit un antidépresseur. Le médecin traitant essaie de maintenir l'arrêt de travail court, il est d'avis que « le travail c'est la santé ». Jean n'est pas un homme qui s'oppose et accepte le retour au travail. Il est capable de travailler quelques semaines, mais devant la pression, il redevient encore plus symptomatique que lors du premier arrêt de travail. Il revoit son médecin dans ce contexte.

1.2 Dilemmes relativement à l'évaluation du potentiel thérapeutique du travail et celui de l'arrêt de travail

Lorsqu'une personne est incapable d'accomplir les tâches liées à son emploi en raison des symptômes associés à un TMC, un arrêt de travail est indiqué. Plusieurs risques sont associés à un retour au travail prématuré chez un travailleur encore symptomatique telles que l'augmentation des blessures dues à un jugement et/ou attention diminués, la

diminution de la productivité, la détérioration des symptômes psychiatriques et le risque d'une perte d'emploi (Dewa et Lin, 2000 ; Steinberg, 2011). À l'opposé, il y a des risques associés au prolongement injustifié d'un arrêt de travail comme celui d'être en invalidité à long terme ou encore de renforcer un comportement d'évitement (Steinberg, 2011). De plus, il y a une augmentation du risque d'isolement et une diminution des activités significatives et constructives (Volker et coll., 2013).

Or, il a été observé que le traitement des troubles mentaux est lié à une augmentation de la productivité et à une réduction de l'incapacité au travail (Dewa, Thompson et Jacobs, 2011). Le travail peut être source de stress pour certains employés, mais pour d'autres, on peut constater une amélioration de leur état de santé psychologique après avoir trouvé un emploi ou après être retourné à leur poste. Le travail pourrait donc être perçu comme la pierre angulaire du rétablissement s'il se fait dans de bonnes conditions (Corbière, 2009). Ceci serait en partie dû à l'effet de se remettre en action, de retrouver son réseau social, du renforcement positif que leur statut professionnel apporte à leur estime de soi et à leur sentiment de valorisation au sein de la société (OECD et European Union, 2018).

1.3 De retour sur la vignette clinique

Dans la situation de Jean, le travail, qui était source de valorisation, fait actuellement apparaître une souffrance psychique chez cet homme qui avait déjà des fragilités obsessionnelles. Dans ce cas de figure, il serait judicieux que le supérieur immédiat soit sensibilisé à la fois aux difficultés de Jean et au grand potentiel de ce travailleur méticuleux et fiable. Un retour au travail dans les mêmes conditions, sans accommodation, a en effet généré une rechute des symptômes. Le médecin traitant peut se sentir démuni face à ce type de situation et peut être ambivalent à prescrire un arrêt de travail ou à conserver le maintien à l'emploi. Il peut aussi être incertain de la conduite à tenir avec son patient. Dans ce genre de situation, il aurait été important d'impliquer un professionnel en réadaptation. Ce professionnel de la réadaptation pourrait d'ailleurs établir le pont entre le médecin et le supérieur immédiat. Il pourrait également faire ressortir les enjeux de santé mentale au travail dans un esprit collaboratif pour pallier les difficultés rencontrées par le patient. La littérature démontre bien les impacts bénéfiques d'un retour et maintien à l'emploi lorsqu'il y a un travail collaboratif entre les acteurs (Brijnath et coll., 2014 ; Corbière et coll., 2018 ; Schnitzler, Kosny et Lifshen, 2018).

En somme, l'évaluation du potentiel thérapeutique d'un emploi peut être complexe. Le travail peut être source de valorisation, mais aussi de souffrance selon les conditions en place. Il est donc important pour le médecin traitant d'avoir le soutien des autres acteurs qui pourront l'aider dans cette analyse et qui pourront également offrir des services au patient.

2. Cas de Jeannette : dilemmes des médecins traitants quant à leur rôle d'expert dans l'évaluation de la capacité à travailler d'un patient avec un TMC

2.1 Présentation du cas de Jeannette

Dre Constant évalue sa patiente de longue date, Jeannette. Jeannette a 40 ans. Elle est infirmière dans un hôpital. Elle a 2 adolescents à la maison, son mari travaille beaucoup et il est souvent absent. Dans le cadre de son emploi, Jeannette est perçue comme celle qui se soucie de tous les détails, comme la « perfectionniste ». Depuis plusieurs mois, plusieurs infirmiers sont en arrêt maladie et elle doit faire du temps supplémentaire obligatoire. Elle demande souvent de l'aide qu'elle n'a pas. Jeannette développe un trouble anxieux et dépressif, elle a des difficultés de sommeil. Elle voit son médecin de famille, Dre Constant, dans le cadre d'une visite annuelle. Jeannette éclate en sanglots dans le bureau en racontant son histoire. Dre Constant, elle aussi mère de 2 adolescents, est très empathique et préconise un arrêt de travail pour Jeannette. Elle lui recommande de faire de l'exercice, de sortir de la maison et « de prendre soin d'elle », ce qu'elle fait. Quelques semaines plus tard, le médecin de l'employeur rencontre Jeannette. Il conclut que Jeannette a souffert d'un « léger trouble de l'adaptation », que son examen mental est « pratiquement normal » et qu'il n'y a aucune raison qui justifie un arrêt de travail. Il recommande donc un retour au travail en mentionnant qu'il ne faut pas « médicaliser le problème ». Dre Constant est furieuse et se sent invalidée.

2.2 Dilemmes des médecins traitants relativement à leur rôle d'expert dans l'évaluation de la capacité de leur patient à travailler

La subjectivité des pathologies psychiatriques rend la tâche complexe pour les médecins traitants puisqu'aucun laboratoire ou imagerie ne permet de confirmer un diagnostic psychiatrique (Brijnath et coll., 2014; Macdonald et coll., 2012). La subjectivité est également présente

lors d'une évaluation de la capacité d'un travailleur à exercer son emploi puisqu'une définition commune n'existe pas (Dewa et coll., 2015; OECD, 2010). Lederer et coll. (2014) ont tenté de conceptualiser une définition de l'incapacité au travail à travers une revue de littérature, mais ceci s'est avéré complexe.

L'évaluation par le médecin traitant de la capacité à travailler est ardue en raison de l'absence d'une définition commune ainsi que la nécessité de contextualiser les symptômes de son patient dans le cadre de son emploi et de statuer sur sa capacité à effectuer ses tâches au travail (Dewa et coll., 2015; Macdonald et coll., 2012; Okpaku, Sibulkin et Schenzler, 1994). Plus particulièrement, le médecin traitant doit déterminer les effets (positifs ou négatifs) de l'emploi sur la psyché du patient ainsi que les impacts (positifs ou négatifs) d'un arrêt de travail sur ce dernier (Macdonald et coll., 2012). Dans la plupart des cas, le médecin traitant a peu d'information sur la nature du métier de son patient et les tâches associées. Ces informations sont souvent obtenues via les propos du patient avec toute sa subjectivité. Le manque d'outils et d'échelles pouvant aider les médecins traitants dans leur évaluation vient aussi accentuer la subjectivité de leur évaluation (Pransky, Katz, Benjamin et Himmelstein, 2002). Par conséquent, il s'avère d'autant plus difficile d'évaluer les impacts des symptômes psychiatriques d'un patient sur son emploi, sur sa capacité à exercer ses fonctions et à assumer ses responsabilités professionnelles (Krohne et Brage, 2008). Ces éléments expliquent en partie l'hétérogénéité des évaluations des médecins traitants (Lederer et coll., 2014).

De plus, il y a généralement un manque de connaissances des lois et normes du travail ainsi que des politiques et accommodements possibles qu'un employeur pourrait mettre en place (Hussey, Hoddinott, Wilson, Dowell et Barbour, 2004; Laflamme, 2017; Macdonald et coll., 2012; Soklaridis et coll., 2011). Plus spécifiquement, les politiques de retour au travail de l'employeur, le processus de compensation, les mesures d'accommodements possibles, entre autres, sont souvent inconnus du médecin traitant. Ces éléments pourraient aider ce dernier dans son évaluation fine de la capacité à travailler de son patient, du suivi et du plan de traitement (Soklaridis et coll., 2011). Tous ces éléments font en sorte que les médecins traitants ont une difficulté à prévoir la durée de l'arrêt de travail ainsi que les modalités de retour au travail (Collie, Ruseckaite, Brijnath, Kosny et Mazza, 2013; Schnitzler et coll., 2018).

Pour plusieurs médecins traitants, l'évaluation de la capacité à travailler d'une personne avec un TMC est une source d'anxiété au

point où certains vont l'éviter (Brijnath et coll., 2014). La littérature fait ressortir plusieurs inconforts chez les médecins traitants, dont une insécurité liée à leur rôle d'expert (Schnitzler et coll., 2018; Soklaridis et coll., 2011). En effet, comme discuté, ce sont eux qui officialisent, via le certificat médical, l'incapacité au travail ainsi que la progression de leur patient. Cependant, malgré le statut d'expert qui leur est octroyé, plusieurs revendiquent le manque de formation pour mener à terme une évaluation fine de la capacité à travailler (Dell-Kuster et coll., 2014; Pransky et coll., 2002; Schnitzler et coll., 2018; Soklaridis et coll., 2011).

Outre l'inconfort associé à l'évaluation de la capacité en tant que telle, les médecins traitants se trouvent dans une position difficile lorsqu'il y a désaccord entre les acteurs relativement à l'indication d'un arrêt de travail ou pas (Schnitzler et coll., 2018). Cet inconfort se répercute également sur le patient et peut augmenter sa souffrance (Schnitzler et coll., 2018). Dans les cas de litige, les médecins traitants ont l'impression d'avoir une position d'adversaire avec les autres acteurs afin de défendre leur évaluation et leur prescription d'un arrêt de travail (Brijnath et coll., 2014; Schnitzler et coll., 2018).

2.3. Dilemmes des médecins traitants liés aux aspects administratifs découlant de l'évaluation de la capacité à travailler

Pour les médecins traitants, l'évaluation de la capacité à travailler exige beaucoup de temps puisqu'elle doit être effectuée en plus des autres tâches cliniques et médico-administratives (Soklaridis et coll., 2011). Le temps accordé à l'évaluation et au suivi d'un patient en arrêt de travail ou en processus de retour au travail est plus important en raison de la complexité de ces tâches. En plus de l'évaluation et du suivi, le traitement du patient avec un TMC peut être complexe, surtout lorsqu'il y a présence de difficultés psychosociales ou d'enjeux de personnalité s'ajoutant au tableau (Macdonald et coll., 2009, 2012). Également, les médecins traitants sont fréquemment obligés de remplir des formulaires d'incapacité au travail non standardisés et présentant souvent des questions évasives (Soklaridis et coll., 2011).

2.4 De retour sur la vignette clinique

Dans le cas de Jeannette, il est peut-être difficile de départager la composante psychologique associée au travail des autres problématiques psychosociales (Brijnath et coll., 2014). Certaines fragilités prémorbides peuvent venir compliquer le tableau et il peut être difficile de mettre en lumière les implications psychosociales qui se cachent

derrière des symptômes psychiatriques. Dans la complexité de son analyse, le médecin traitant doit se demander si la prescription d'un arrêt de travail est indiquée et s'il s'agit du meilleur traitement pour sa patiente. En outre, le médecin traitant doit posséder et expliquer les notions de limitations et restrictions fonctionnelles de sa patiente. Il est important pour ce dernier de faire la distinction entre ces deux concepts. En effet, les limitations fonctionnelles définissent ce qu'un patient ne peut faire en raison de son état alors que les restrictions fonctionnelles indiquent ce qu'un patient ne peut faire au risque, sinon, d'aggraver son état. Le médecin expert de son côté doit non seulement évaluer les limitations, mais toute la question de l'impact du travail sur la santé mentale du travailleur.

Par ailleurs, dans le cas de Jeannette, Dre Constant présente de la sympathie pour sa patiente et il lui est difficile d'avoir un regard objectif. Après que sa patiente ait été évaluée par un médecin indépendant, il semble que les deux acteurs n'ont, chacun dans leur bureau, regardé qu'une dimension du problème de santé de Jeannette. Dre Constant se sent invalidée relativement aux conclusions du médecin indépendant. Dans des cas comme celui-ci, il est important pour le médecin traitant d'obtenir de l'aide et du support quant à l'évaluation et à la conduite à tenir avec son patient. Lorsqu'il y a une conflictualité ou une diminution de l'objectivité dans l'évaluation d'une capacité à travailler d'un patient, il est important de trianguler avec un tiers neutre comme un collègue, un psychiatre répondant du guichet d'accès en santé mentale (GASMA) ou d'un médecin expert, mais encore faut-il que ces acteurs aient une bonne connaissance de la santé mentale au travail. Cette triangulation va tout de même offrir au médecin traitant un support et une distance pour lui permettre d'avoir plus d'objectivité face à la situation. Cela va aussi renforcer son sentiment de compétence.

Outre l'évaluation en tant que telle de la capacité d'une personne à occuper son emploi, plusieurs aspects administratifs chronophages viennent complexifier la tâche du médecin traitant tels les formulaires souvent complexes et non standardisés.

En conclusion, le rôle d'expert octroyé aux médecins traitants génère souvent un inconfort chez ces derniers en raison de la subjectivité liée à l'évaluation de la capacité à travailler de leur patient. En cas de désaccord entre les acteurs, les médecins traitants se retrouvent dans une position litigieuse et peuvent ressentir une invalidation relativement à leur évaluation et leur prescription d'un arrêt de travail. De

plus, plusieurs expriment le manque d'outils standardisés et de connaissances pour réaliser cette tâche.

3. Cas de Claire : dilemmes liés à la relation thérapeutique médecin-patient lorsqu'une évaluation de la capacité à travailler est en cause

3.1 Présentation du cas de Claire

Claire a 38 ans et travaille dans une banque. Elle est considérée comme une employée dynamique et elle est appréciée de son employeur. Elle vient de se séparer de son conjoint il y a 6 semaines. Ce n'est pas sa première rupture. Elle a le même médecin de famille depuis l'adolescence. Ce médecin la connaît bien et a généralement une bonne relation avec elle. Dans son dossier, ce médecin indique que sa patiente a des traits de personnalité limite. Il y a eu 2 arrêts de travail dans le passé, toujours dans le contexte d'une rupture amoureuse entraînant un état de crise. Lors de ces crises, Claire présente des symptômes anxieux et dépressifs ainsi que des idées suicidaires. Le premier arrêt de travail, il y a 7 ans, a duré 3 mois. Le médecin avait eu beaucoup de difficultés à retourner sa patiente au travail. Le 2^e arrêt de travail, il y a 2 ans, a duré presque 6 mois. Dans les 2 cas, la relation avec le médecin de famille a été mise à mal. Il y a eu beaucoup de protestations de la part de la patiente, du clivage. La patiente ne respecte pas le cadre et elle se présente souvent sans rendez-vous en menaçant son médecin de faire une plainte au collège des médecins s'il n'accepte pas de la recevoir dans son bureau. Le médecin de famille est très inquiet, il a peur que l'invalidité dure plusieurs mois. Il réalise bien que sa relation avec sa patiente est très fragile. Malgré cette relation fragile, il a réussi à la convaincre de se faire évaluer par un autre médecin extérieur et indépendant. De lui-même, le médecin traitant contacte la compagnie d'assurance et demande une évaluation par un psychiatre indépendant. Claire est vue par un psychiatre expert, il constate l'état anxieux et surtout les traits de personnalité limite. Lors de son évaluation, il prend en compte la rupture récente. Dans son rapport, il conseille de ne pas demander à la patiente de retourner immédiatement au travail. Il conseille l'ajout d'un ergothérapeute spécialisé en retour au travail pour aider Claire à s'activer. Il y a une discussion entre le psychiatre et l'ergothérapeute sur l'attitude à adopter, sur l'importance de valider la détresse de la patiente et sur le fait qu'on ne lui demande pas un retour

au travail immédiat. Claire accepte d'être vue par un psychologue pour travailler l'anxiété liée à la rupture récente. Le psychiatre suggère que le médecin de famille, l'ergothérapeute et la psychologue restent en contact. Une référence est faite vers une clinique spécialisée pour les troubles relationnels. La crise s'est estompée graduellement, les choses n'ont pas été faciles, mais le médecin a pu se dégager et ne pas être « le méchant » qui décide du retour au travail. Claire est finalement retournée travailler 3 mois plus tard.

3.2 Dilemmes liés à la relation médecin-patient dans le cadre d'une évaluation de la capacité à travailler

Le médecin traitant est celui qui assure le suivi de son patient non seulement dans un contexte d'arrêt de travail, mais également pour ses autres besoins médicaux. L'alliance thérapeutique se crée avec le temps et le médecin traitant a le désir de conserver un lien positif avec son patient dans le cadre de l'évaluation de la capacité au travail ainsi que lors de la gestion d'une reprise professionnelle (Foley et coll., 2013; Soklaridis et coll., 2011). Dans ce contexte, il y a souvent une négociation qui s'installe entre le médecin et son patient (Macdonald et coll., 2012). Le refus d'un arrêt de travail ou la prescription d'un retour au travail peut venir entacher cette relation thérapeutique parfois difficile à mettre en place. D'ailleurs, la présence d'un désaccord entre le médecin traitant et le patient relativement au moment où un retour au travail est envisagé expliquerait en partie d'éventuelles rechutes (Corbière et coll., 2018).

3.3 De retour sur la vignette clinique

Dans cette vignette, autant le médecin traitant que la patiente profitent des services spécialisés offerts par l'assureur de cette dernière. En général, les services fournis par l'assureur ou l'employeur sont appréciés des médecins traitants (Sylvain et coll., 2016). Ce type de service permet une prise de décision partagée entre les acteurs. En plus d'obtenir du support, ce travail collaboratif permet au médecin traitant de protéger l'alliance thérapeutique avec son patient.

En conclusion, l'évaluation de la capacité à travailler et la gestion de la reprise professionnelle génèrent des dilemmes chez le médecin traitant. En effet, ce dernier souhaite conserver une alliance thérapeutique avec son patient tout en exécutant une évaluation dont les conclusions pourraient être désagréables pour ce dernier.

La recherche sur la gestion de la reprise professionnelle par les médecins traitants des patients avec un TMC : perspectives d'avenir

La gestion de la reprise professionnelle chez les personnes avec un TMC est une problématique qui prend de l'ampleur et sur laquelle il est important de s'attarder. Dans les vignettes cliniques et les discussions associées, nous avons tenté de mettre en lumière certains dilemmes vécus par les médecins traitants. Le présent article n'est certainement pas exhaustif, mais il met en relief la nécessité d'une revue de la littérature plus approfondie afin, d'une part, de dégager les dilemmes des médecins traitants de façon plus systématique et d'autre part, d'émettre des suggestions pour les résoudre.

Parallèlement, nous sommes d'avis qu'outre une revue de littérature systématique, il est important de comprendre l'expérience et les besoins des médecins traitants avant de proposer des pistes d'action pour tenter de dénouer ces dilemmes. Dans ce contexte, un projet de recherche se déroulera sous peu dans les CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal et CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal afin de mettre en lumière la perspective des médecins traitants relativement à la gestion actuelle des incapacités au travail des patients avec un TMC. Une analyse des besoins des médecins traitants est prévue afin de développer éventuellement des outils ou des formations pour les aider dans l'accomplissement de leurs tâches complexes.

Conclusion

Dans les dernières décennies, la gestion de la reprise professionnelle d'un travailleur atteint d'un TMC est devenue une thématique préoccupante et qui occupe une place de plus en plus importante dans la pratique des médecins traitants de première et de deuxième ligne. L'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost n'a pas été épargné par cette réalité depuis sa fondation il y a déjà un siècle. L'inclusion de la santé mentale au travail comme un secteur de recherche et d'enseignement au sein de cette institution s'avère donc une voie intéressante à suivre afin d'avoir une meilleure compréhension de l'expérience des médecins traitants et de mieux répondre à leurs besoins et ceux de leurs patients.

RÉFÉRENCES

- Anema, J. R., Jettinghoff, K., Houtman, I. L. D., Schoemaker, C. G., Buijs, P. C. et van den Berg, R. (2006). Medical Care of Employees Long-Term Sick Listed Due to Mental Health Problems: A Cohort Study to Describe and Compare the Care of the Occupational Physician and the General Practitioner. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16(1), 41-52. doi:10.1007/s10926-005-9001-4
- Brijnath, B., Mazza, D., Singh, N., Kosny, A., Ruseckaite, R. et Collie, A. (2014). Mental health claims management and return to work: Qualitative insights from Melbourne, Australia. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(4), 766-776. doi:10.1007/s10926-014-9506-9
- Collie, A., Ruseckaite, R., Brijnath, B., Kosny, A. A. et Mazza, D. (2013). Sickness certification of workers compensation claimants by general practitioners in Victoria, 2003-2010. *Medical Journal of Australia*, 199(7), 480-483.
- Corbière, M. (2009). L'insertion socioprofessionnelle des personnes avec un trouble mental: la pierre angulaire du rétablissement. *Le partenaire*, 17(2), 6-7.
- Corbière, M., Bergeron, G., Negrini, A., Coutu, M.-F., Samson, E., Sauvé, G. et Lecomte, T. (2018). Employee Perceptions About Factors Influencing Their Return to Work After a Sick-leave Due to Depression. *Journal of Rehabilitation*, 84(3), 3-13.
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M.-F., Wathieu, E., Bouchard, R., Panaccio, A., ... Lecomte, T. (2020). Stakeholders' Role and Actions in the Return-to-Work Process of Workers on Sick-Leave Due to Common Mental Disorders: A Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. doi:10.1007/s10926-019-09861-2
- Corbière, M., Negrini, A. et Dewa, C. S. (2013). Mental health problems and mental disorders - Linked determinants to work participation and work functioning. Dans P. Loisel et J. R. Anema (dir.), *Handbook of work disability: prevention and management* (p. 267-289). New York: Springer.
- Corbière, M., Renard, M., St-Arnaud, L., Coutu, M.-F., Negrini, A., Sauvé, G. et Lecomte, T. (2015). Union perceptions of factors related to the return to work of employees with depression. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(2), 335-347. doi:10.1007/s10926-014-9542-5
- Dell-Kuster, S., Lauper, S., Koehler, J., Zwimpfer, J., Altermatt, B., Zwimpfer, T., ... Nordmann, J. (2014). Assessing work ability—A cross-sectional study of interrater agreement between disability claimants, treating physicians, and medical experts. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40(5), 493-501. doi:10.5271/sjweh.3440
- Dewa, C. S. (2017). Les coûts des troubles mentaux en milieu de travail peuvent-ils être réduits? *Santé mentale au Québec*, 42(2), 31-38. doi:10.7202/1041912ar
- Dewa, C. S., Chau, N. et Dermer, S. (2010). Examining the Comparative Incidence and Costs of Physical and Mental Health-Related Disabilities in an Employed Population: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(7), 758-762. doi:10.1097/JOM.0b013e3181e8cfb5

- Dewa, C. S., Hees, H., Trojanowski, L. et Schene, A. H. (2015). Clinician experiences assessing work disability related to mental disorders. *PloS one*, 10(3), e0119009. doi:10.1371/journal.pone.0119009
- Dewa, C. S. et Lin, E. (2000). Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *Social Science & Medicine*, 51(1), 41-50. doi:10.1016/S0277-9536(99)00431-1
- Dewa, C. S., Thompson, A. H. et Jacobs, P. (2011). The Association of Treatment of Depressive Episodes and Work Productivity. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(12), 743-750. doi:10.1177/070674371105601206
- Foley, M., Thorley, K. et Von Hout, M.-C. (2013). Sickness certification difficulties in Ireland—a GP focus group study. *Occupational Medicine*, 63(5), 369-372. doi:10.1093/occmed/kqt056
- Gouvernement du Canada, S. C. (2013, 18 septembre). Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/cite-fra.htm>
- Hamm, R. M., Reiss, D. M., Paul, R. K. et Bursztajn, H. J. (2007). Knocking at the wrong door: Insured workers' inadequate psychiatric care and workers' compensation claims. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(4-5), 416-426.
- Hussey, S., Hoddinott, P., Wilson, P., Dowell, J. et Barbour, R. (2004). Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *BMJ*, 328(7431), 88. doi:10.1136/bmj.37949.656389.EE
- IRSST (Québec). (1991). *Procédure d'intégration professionnelle à l'usage du conseiller en réadaptation*. Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.
- Krohne, K. et Brage, S. (2008). How GPs in Norway conceptualise functional ability: a focus group study. *British Journal of General Practice*, 58(557), 850. doi:10.3399/bjgp08X376131
- Laflamme, A.-M. (2017). Troubles mentaux et accommodement raisonnable au travail: les potentialités du droit québécois. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 39-56.
- Laflamme, A.-M. et Nadeau, J. (2011). Lois et mesures favorisant l'intégration et le maintien en emploi des personnes souffrant d'un trouble mental. Dans M. Corbière et M.-J. Durand (dir.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail: une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'interventions* (p. 41-75). Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Lederer, V., Loisel, P., Rivard, M. et Champagne, F. (2014). Exploring the Diversity of Conceptualizations of Work (Dis)ability: A Scoping Review of Published Definitions. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(2), 242-267. doi:10.1007/s10926-013-9459-4
- Macdonald, S., Maxwell, M., Wilson, P., Smith, M., Whittaker, W., Sutton, M. et Morrison, J. (2012). « A powerful intervention: general practitioners' use of

- sickness certification in depression». *BMC family practice*, 13(100967792), 82. doi:10.1186/1471-2296-13-82
- Macdonald, S., Morrison, J., Maxwell, M., Munoz-Arroyo, R., Power, A., Smith, M., ... Wilson, P. (2009). 'A coal face option': GPs' perspectives on the rise in antidepressant prescribing. *Br J Gen Pract*, 59(566), e299-e307.
- Noordik, E., van Dijk, F. J., Nieuwenhuijsen, K. et van der Klink, J. J. L. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of an exposure-based return-to-work programme for patients on sick leave due to common mental disorders: design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC public health*, 9(100968562), 140. doi:10.1186/1471-2458-9-140
- OECD. (2010). *Sickness, disability and work: Breaking the barriers: A synthesis of findings across OECD countries*. OECD publishing.
- OECD et European Union. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD. doi:10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Okpaku, S. O., Sibulkin, A. E. et Schenzler, C. (1994). Disability determinations for adults with mental disorders: Social Security Administration vs independent judgments. *American journal of public health*, 84(11), 1791-1795.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2012). *Sick on the job?: Myths and realities about mental health and work*. OECD Publishing Paris.
- Organisation mondiale de la Santé. (2019, 4 décembre). Principaux repères sur la dépression. Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2017, 30 mars). Dépression: parlons-en [communiqué de presse]. Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/detail/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>
- Pransky, G., Katz, J. N., Benjamin, K. et Himmelstein, J. (2002). Improving the physician role in evaluating work ability and managing disability: a survey of primary care practitioners. *Disability and Rehabilitation*, 24(16), 867-874. doi:10.1080/09638280210142176
- Schnitzler, L., Kosny, A. et Lifshen, M. (2018). Healthcare providers' experience with the management of mental health conditions in the context of Workers' Compensation. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 59(3), 449-462. doi:10.3233/WOR-182695
- Söderberg, E. et Alexanderson, K. (2003). Sickness certification practices of physicians: a review of the literature. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31(6), 460-474.
- Soklaridis, S., Tang, G., Cartmill, C., Cassidy, J. D. et Andersen, J. (2011). « Can you go back to work? »: Family physicians' experiences with assessing patients' functional ability to return to work. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 57(2), 202-209.
- Steinberg, J. (2011). Working with common psychiatric problems. Dans J. B. Talmage, J. M. Melhorn et M. H. Hyman (dir.), *AMA guides to the evaluation*

- of work ability and return to work* (2nd ed, p. 411-426). Chicago, Ill: American Medical Association.
- Sylvain, C., Durand, M.-J., Maillette, P. et Lamothe, L. (2016). How do general practitioners contribute to preventing long-term work disability of their patients suffering from depressive disorders? A qualitative study. *BMC family practice*, 17(100967792), 71. doi:10.1186/s12875-016-0459-2
- Volker, D., Vlasveld, M. C., Anema, J. R., Beekman, A. T. F., Hakkaart-van Roijen, L., Brouwers, E. P. M., ... van der Feltz-Cornelis, C. M. (2013). Blended E-health module on return to work embedded in collaborative occupational health care for common mental disorders: Design of a cluster randomized controlled trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9.
- Wahlström, R. et Alexanderson, K. (2004). Chapter 11. Physicians' sick-listing practices. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(63_suppl), 222-255. doi:10.1080/14034950410021916
- Young, A. E., Wasiak, R., Roessler, R. T., McPherson, K. M., Anema, J. R. et van Poppel, M. N. M. (2005). Return-to-Work Outcomes Following Work Disability: Stakeholder Motivations, Interests and Concerns. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 543-556. doi:10.1007/s10926-005-8033-0

La gérontopsychiatrie à l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost : favoriser la résilience des patients âgés grâce à la psychiatrie positive

Nathalie Shamlian^a

Caude Bergeron^b

Anne Decary^c

RÉSUMÉ La population québécoise est vieillissante, et ce phénomène ne fera que s'accroître au cours des prochaines décennies. Alors qu'en 2017 près d'une personne sur 5 appartenait au groupe des 65 ans et plus, il en sera ainsi pour le quart des Québécois en 2031, et près du tiers d'entre eux en 2061.

Par ailleurs, les trajectoires de vieillissement sont uniques à chacun et dépendront de différents facteurs, tels les vulnérabilités et forces de l'individu et son interaction avec les proches et la société. Malheureusement, la vieillesse s'illustre souvent comme un cumul de pertes dans différents registres. Cela crée des contraintes qui diminuent l'autonomie et augmentent la dépendance. La maladie peut confronter l'individu vieillissant à une diminution des capacités de réparation, et devenir un rappel de la mort inéluctable qui se rapproche et peut devenir parfois une certaine forme de traumatisme. Ce processus invite alors les soignants à réfléchir à un projet thérapeutique favorisant la résilience, concept qui va au-delà

-
- a. M.D., FRCPC. Professeur adjoint de clinique, chef de programme de gérontopsychiatrie - Directrice adjointe des activités académiques, volet adulte et personne âgée, Département de psychiatrie, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital en santé mentale Albert-Prévost.
 - b. M.D., FRCPC. Gérontopsychiatre, Institut universitaire en santé mentale de Montréal.
 - c. Ph. D. Neuropsychologue en gérontopsychiatrie, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

de l'ajustement à l'épreuve, et qui suggère un potentiel de développement et de rebond psychologique.

À l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost, la clientèle en gérontopsychiatrie cumule souvent une triple vulnérabilité : troubles cognitifs, incapacités physiques et maladie psychiatrique chronique ou *de novo*. Les besoins sont donc multiples et complexes.

C'est ainsi que dès 2017, nous avons élaboré une approche de psychiatrie positive dans notre service de gérontopsychiatrie. Notre objectif est de promouvoir le bien-être et la résilience de nos patients selon différents niveaux d'interventions positives. Les stratégies peuvent alors aller de la simple orientation positive pendant l'entretien psychiatrique à la psychothérapie positive, en passant par la psychoéducation, la bibliothérapie et la prescription de certaines interventions de psychologie positive (IPP).

MOTS CLÉS psychiatrie positive, psychologie positive, résilience, gérontopsychiatrie

Geriatric Psychiatry at the Hôpital en santé mentale Albert-Prévost: Fostering Patient Resilience Through Positive Psychiatry

ABSTRACT Quebec's population is aging, a situation that will only increase over the next decades. While in 2017 approximately 1 in 5 people belonged to the 65 and over the age group, this will be the case for a quarter of Quebecers in 2031, and almost a third of them by 2061.

The trajectories of aging are unique and depend on various factors, such as the vulnerabilities and strengths of the individual and his interaction with his loved ones and society.

Old age is often accompanied by a series of losses. This creates constraints that hamper autonomy. Disease can be very confronting for the aging individual with reduced capacities and become a reminder of an inevitable death approaching. It can sometimes become a certain form of trauma. This process challenges caregivers to think about a therapeutic projects promoting resilience, a concept that goes beyond adjustment, and that suggests potential for development and psychological rebound.

At Albert-Prévost Mental Health Hospital, geriatric psychiatry patients often have a triple vulnerability: cognitive impairment, physical disability and chronic or *de novo* psychiatric illness. Their needs are therefore multiple and complex.

This is how, in 2017, we developed a positive psychiatry approach in our geriatric psychiatry service. Our goal is to promote the well-being and resilience of our patients through different levels of positive intervention. The strategies can then range from simple positive orientation during the psychiatric interview to positive psychotherapy, including psychoeducation, bibliotherapy and the prescription of certain positive psychology intervention.

KEYWORDS positive psychiatry, positive psychology, resilience, geriatric psychiatry

UNE POPULATION VIEILLISSANTE

Le vieillissement de la population, phénomène sans précédent, va s'accroître au cours des prochaines décennies au Québec. Le vieillissement démographique se fait rapidement, dû en partie à la forte dénatalité qui a suivi le *baby-boom* et aussi à la hausse de l'espérance de vie (ministère de la Famille, 2018). Ainsi, en 2017, au Québec, près d'une personne sur 5 (19 %) appartenait au groupe des 65 ans et plus. Selon les projections officielles, le quart des Québécois en 2031, et près du tiers en 2061 appartiendront à ce même groupe.

Le vieillissement est un phénomène universel, auquel personne n'échappe, mais les trajectoires de vieillissement sont différentes pour chacun. Elles dépendent bien sûr des vulnérabilités et forces de l'individu, mais sont aussi fortement influencées par l'interaction avec les proches et la société (Hsu et Jones, 2012).

L'ampleur des problèmes de santé mentale chez les patients âgés est maintenant bien documentée. Selon l'Institut de la statistique du Québec, 15,7 % des personnes de 65 ans et plus rapportent un niveau élevé de détresse psychologique et 10 % d'entre elles rapportent vivre des journées assez ou extrêmement stressantes (Baraldi et coll., 2015). La même source indique qu'environ 1,3 % des 65 ans et plus auraient eu des idées suicidaires dans les 12 derniers mois. Bien que ces chiffres soient plus faibles que dans d'autres groupes d'âge, la situation demeure alarmante, car le taux de suicide accompli est plus grand chez les personnes âgées, en particulier chez les hommes très âgés (Levesque et coll., 2019). Il est probable que les chiffres sous-estiment la problématique de la maladie mentale et de la détresse psychologique chez les personnes âgées, entre autres, parce que celles-ci consultent moins et expriment différemment les symptômes qui permettent de détecter les troubles mentaux et de les traiter (Allan et coll., 2014). La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, quant à elle, statue sur le fait que la dépression majeure représente le problème de santé mentale le plus prévalent chez les personnes âgées et qu'elle ne devait pas être considérée comme un phénomène normal du vieillissement, mais bien comme une maladie traitable (Hogan et McCabe, 2006).

LE SERVICE DE GÉRONTOPSYCHIATRIE DE L'HÔPITAL EN SANTÉ MENTALE ALBERT-PRÉVOST

Dans l'optique d'offrir des soins adaptés et spécifiques à cette population vieillissante, dès 1978, une première clinique de psychiatrie gériatrique est inaugurée au sein du Département de psychiatrie du Pavillon Albert-Prévost. Elle est alors sous la responsabilité du docteur Bernard Gauthier, et ce, pendant 4 ans. Il aura été, dans ce domaine, un collègue visionnaire et précurseur. Il faudra cependant attendre 1986 pour que la Clinique de psychogériatrie ambulatoire puisse voir le jour. En 1995, sous le leadership dynamique du docteur Georges Aird, la Clinique est devenue le « Service de gérontopsychiatrie ». Il a pu offrir une gamme complète de services auprès des personnes âgées du territoire : hospitalisation, suivi en externe, évaluations de 3^e ligne auprès des psychiatres et gériatres du secteur, évaluations dans les ressources intermédiaires et centres hospitaliers de soins de longue durée, hospitalisation à domicile, psychiatres répondants auprès d'équipes de première ligne, etc.

La gérontopsychiatrie est promue officiellement surspécialité officielle par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en 2009. À l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost (HSMAP), les gérontopsychiatres participent depuis longtemps à la formation des externes, résidents en psychiatrie et futurs gérontopsychiatres, en plus d'accueillir de nombreux stagiaires en nursing, travail social, neuropsychologie, etc. L'interdisciplinarité est au cœur de la démarche et permet de soutenir de façon efficace patients, aidants, collègues professionnels et médecins de la communauté sur le chemin du rétablissement et de la réadaptation des patients âgés. La clientèle cumule souvent une triple vulnérabilité : troubles cognitifs, incapacités physiques et maladie psychiatrique chronique ou *de novo*. Les besoins sont donc multiples, complexes et s'inscrivent dans un contexte unique qui est celui du vieillissement de la clientèle.

LES ENJEUX PSYCHOLOGIQUES LIÉS AU VIEILLISSEMENT

Quels sont donc ces enjeux si spécifiques liés au fait de prendre de l'âge ? Erik Erikson a bien décrit, dans sa théorie du développement psychosocial, que le développement psychologique de l'humain se poursuit tout au long de sa vie, jusqu'à un âge avancé (Erikson, 1994). À chaque stade de développement, l'individu fait face à une crise pen-

dant laquelle des forces opposées s'affrontent. La résolution positive de la crise permet d'une part de développer une force fondamentale et spécifique à chaque stade qui contribue au développement d'une identité harmonieuse et, d'autre part, d'être mieux outillé pour affronter les défis du stade suivant. La théorie initiale a été construite autour de 8 stades dont le dernier spécifiquement visait le vieil âge. Il s'agit du stade « intégrité versus désespoir et dégoût » ; la résolution positive de ce conflit permettant de développer la sagesse.

En approchant la 9^e décennie, Erik Erikson et sa conjointe, Joan M. Erikson, font une expérience différente de la vieillesse.

At ninety we woke up in foreign territory... we soon began to face unavoidable-and certainly not amusing-realities... At ninety the vistas changed; the view ahead became limited and unclear. Death's door... now seemed just down the block. (Erikson et Erikson, 1998)

C'est ainsi qu'après le décès de son mari, Joan M. Erikson termine le travail amorcé par celui-ci. Dans le livre *The life cycle completed*, elle cherche à définir les vertus d'intégrité et de sagesse en termes plus concrets et plus opérationnels (Erikson et Erikson, 1998). Elle revisite le 8^e stade et en développe un 9^e. Elle situe ce 9^e stade vers les 80-90 ans, et mentionne qu'il s'agit d'un changement volontaire et choisi de perspective. L'adulte très âgé revisite alors chacun des stades précédents, et si ce 9^e stade est résolu positivement, il mène à la « gérontranscendance ». Le concept de gérontranscendance, d'abord décrit par Lars Tornstam, peut être défini comme « un changement de métaperspective, d'une vision moins matérialiste et rationnelle à une vision plus cosmique et transcendantale, suivi par une augmentation de la satisfaction face à la vie » (Tornstam, 2005). Ainsi, l'âge avancé pourrait être un moment propice pour s'ouvrir à une nouvelle expérience et vivre selon un cadre de référence différent, davantage axé sur le bien-être.

La vieillesse s'illustre par le cumul des pertes dans différents registres (Caradec, 2008; Cyrulnik et coll., 2014; Ribes, 2006). Ainsi, les pertes affectives (par exemple perte d'un conjoint, d'un enfant ou d'un animal) sont souvent centrales. Les pertes se manifestent aussi au niveau physique alors que les diminutions sensorielles, les restrictions de la mobilité et les difficultés cognitives diminuent l'autonomie et augmentent la dépendance. La maladie peut confronter l'individu vieillissant à une diminution des capacités de réparation et devenir un rappel de la mort inéluctable qui se rapproche. La perte de soi correspond selon Le Gouès, psychiquement, à cette mise en perspective de

la mort où l'individu réalise pleinement son statut de mortel et doit alors s'engager dans le travail du deuil de soi (Le Gouès, 2000). Kagan et Pellerin évoquent la spécificité de ces pertes lors du grand âge : leur multiplicité et leur répétitivité entraînant un travail de deuil permanent des pertes sur fond de deuil de soi et de mise à mal de l'identité menacée par la baisse de l'estime de soi (Cyrulnik et coll., 2014).

Vincent Caradec a quant à lui élaboré le concept de « déprise », qui décrit un processus actif de réorganisation des activités qui se produit au cours de l'avancée en âge, alors que les contraintes se multiplient (problèmes de santé, amoindrissement de l'énergie vitale, raréfaction des opportunités d'engagement, transformation des interactions avec autrui et conscience de sa finitude) (Caradec, 2008). Ce processus peut mettre en jeu 3 types de stratégies de reconversion par rapport aux activités : l'adaptation, l'abandon ou le réinvestissement. Cette trajectoire individuelle par rapport au vieillissement est nécessairement en lien avec l'état de santé est aussi fonction du contexte social qui favorise ou pas les opportunités d'engagement et de reconversion.

De plus, le fait de vieillir peut devenir pour certains individus confrontés à un cumul de pertes ou une chronicisation des deuils, une certaine forme de traumatisme. Certains auteurs distinguent les notions d'ajustement (*coping*) et de résilience lors du vieillissement (Cyrulnik et coll., 2014 ; Ribes, 2006). En effet, l'ajustement peut s'apparenter au concept de bien vieillir alors que la résilience survient lorsque cette adaptation n'est plus possible. Ainsi, la résilience ne peut se concevoir sans exposition à un trauma. Le traumatisme se définit selon Ribes par 3 caractéristiques : la sidération de la pensée confrontée à l'innommable, l'effraction de son intimité psychique et parfois physique aussi, et la rupture du lien social (Ribes, 2006). Selon Kagan et Pellerin, la résilience, si elle est bien documentée dans les situations dramatiques, peut aussi s'inscrire dans les situations d'adversité chronique auxquelles les personnes vieillissantes ne peuvent échapper (Cyrulnik et coll., 2014). Ces dernières doivent en effet à la fois s'adapter aux différentes pertes, dont la perte de soi, tout en investissant psychiquement cette fin de vie encore présente. L'intégrité psychique est menacée par cette injonction paradoxale. Delage évoque dès lors l'idée d'un « déclin résilient », soit la possibilité pour la personne âgée de développer de nouveaux potentiels malgré l'échéance à court terme de la mort (Cyrulnik et coll., 2014). Dans le même ouvrage, Gaucher et Ribes introduisent l'idée d'une approche psychodynamique en appui aux ressources internes (talents, créativité, compétences) du sujet âgé

(Cyrulnik et coll., 2014). Plutôt que la métaphore associant la vieillesse à un naufrage, ils suggèrent de substituer la vision d'un rebond psychologique.

Boris Cyrulnik décrit la résilience comme la « capacité à réussir, à vivre, à se développer en dépit de l'adversité » et explique que lors du vieillissement « cette résilience doit être considérée comme un réaménagement du monde mental altéré par les pertes » (Cyrulnik et coll., 2014). L'affect et le sens demeurent essentiels dans le processus de résilience, puisque le sujet âgé, en s'appuyant sur ses capacités de mentalisation et de verbalisation, va permettre de reconfigurer l'affect en donnant « sens » à l'événement. Selon Cyrulnik, ce processus ne peut réussir que si partagé avec un interlocuteur. L'activité narrative devient réparatrice lorsque le souvenir est partagé avec les figures d'attachement et que la dimension relationnelle, lorsque préservée, apparaît comme un facteur de résilience des plus importants. La religion, toujours selon Cyrulnik, devient un facteur de résilience en permettant de donner sens à la souffrance et en apportant du soutien par des rencontres et des rituels, favorisant ainsi un sentiment d'appartenance. Ribes décrit d'autres facteurs de résilience (Ribes, 2006). Parmi ceux-ci, notons les mécanismes de défense matures décrits par Vaillant (1985) : l'humour, la sublimation, la répression, l'altruisme et l'anticipation. Ils favorisent la socialisation et améliorent l'estime de soi. Le tuteur de résilience, de par sa présence, détermine un lieu de rencontre où échanges, élaboration psychique, créativité et mécanismes d'attachement peuvent se réactiver grâce au désir d'entendre et au rôle de facilitateur de l'apaisement des angoisses et peurs de la personne âgée (Gaucher et Ribes, 2014).

LA PSYCHIATRIE POSITIVE COMME PISTE DE SOLUTION

Face aux enjeux multiples du vieillissement décrits ci-haut et dans un contexte de rareté des ressources, la nécessité d'élaborer un projet thérapeutique pour bonifier l'offre de service et favoriser la résilience des patients âgés à l'HSMAP s'est rapidement imposée. C'est en recherchant une approche thérapeutique souple et compatible avec la pratique de la psychiatrie en milieu hospitalier que, dès 2017, notre réflexion s'est attardée aux enseignements de la psychologie positive et de la psychiatrie positive. Au-delà de la vision pessimiste et mortifère du vieillissement, ces approches ont semblé porteuses d'espoir à 2 niveaux. D'une part, en aidant à moduler l'appréciation et le regard du clinicien au sujet

du vieillissement, afin de devenir de meilleurs tuteurs de résilience. D'autre part, cette approche clinique simple, joyeuse, efficiente et pratique permet de renoncer au sentiment d'impuissance qui étreint si rapidement lorsque nous évoquons le vieillissement traumatique des patients et lorsque nous nous surprenons à imaginer le nôtre. Sur le chemin de la résilience, il nous a semblé que nous venions de trouver le véhicule pour devenir de meilleurs thérapeutes et pour faire avancer nos patients du même coup.

La psychiatrie positive est « la science et la pratique d'une psychiatrie qui cherche à comprendre et à promouvoir le bien-être via l'évaluation et la prescription d'interventions qui augmentent les facteurs psychosociaux positifs chez des individus qui ont un trouble de santé mentale, ou qui sont à risque d'en développer un » (Palmer, 2015). Elle se distingue du modèle « médical » de la psychiatrie, dans lequel la cible est habituellement uniquement le traitement des symptômes, plutôt que la promotion du bien-être, et où la prévention est trop souvent oubliée. Il ne s'agit toutefois pas d'une approche opposée à la psychiatrie dite « traditionnelle », mais bien d'une approche complémentaire. Ainsi, les traitements usuels, pharmacologiques ou non, des pathologies psychiatriques demeurent bien évidemment utilisés, mais seront bonifiés par cette approche. Ceci a pour objectif premier de permettre aux individus de tendre vers un meilleur état de santé globale, la santé étant « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (World Health Organization, 1997).

Parmi les psychiatres qui se sont intéressés à cette approche, le plus influent aura probablement été Dr Dilip V. Jeste, neuropsychiatre gériatrique (Jeste et coll., 2015). Il s'est lui-même inspiré des connaissances acquises dans le domaine de la psychologie positive, qui est en pleine effervescence depuis la fin des années 90. La psychologie positive est la science « qui étudie les conditions et les processus qui permettent aux individus, aux communautés et aux institutions de s'épanouir » (Gable et Haidt, 2005). Son fondateur est Martin Seligman, psychologue et ancien président de l'American Psychological Association (APA). Dès la fin des années 90, il a permis la mise place d'infrastructures et de financement spécifiquement pour la recherche en psychologie positive (Fowler et coll., 1999). Depuis ce temps, les écrits sur le sujet se sont multipliés et la psychologie positive est devenue un domaine de recherche et de pratique prenant de plus en plus d'ampleur, et ce, mondialement.

Parmi les concepts fondamentaux en psychologie positive, il y a d'abord l'hypothèse que tous les individus ont un désir et une capacité innés de bien-être et de croissance personnelle (Rashid et Seligman, 2018). La psychopathologie survient lorsque ces capacités sont contre-carrées par une détresse psychologique prolongée. De plus, en psychologie positive, les émotions positives et les forces de l'individu sont considérées comme aussi authentiques et au moins aussi importantes que les émotions négatives, les symptômes et les « faiblesses » de la personne. La relation thérapeutique est au cœur de la pratique d'une psychologie positive. Cette relation peut être construite à l'aide de l'exploration et de l'analyse des caractéristiques positives personnelles, et en sera d'autant plus solide.

En plus de ces principes de bases, 2 théories ont été développées et font partie intégrante des approches thérapeutiques en psychologie et psychiatrie positives : la théorie du bien-être PERMA (Seligman, 2012) et la théorie des forces de caractère (Peterson et Seligman, 2004). En voici les grandes lignes.

Selon la théorie PERMA, l'objet de la psychologie positive devrait être le bien-être. Alors que le bonheur serait défini essentiellement par la satisfaction face à la vie, le bien-être, quant à lui, est un concept plus large qui peut se définir selon 5 composantes. Ces composantes sont mesurables et un individu a le pouvoir de travailler sur chacune d'entre elles afin de s'épanouir. Ces 5 composantes forment, en anglais, l'acronyme PERMA (Seligman, 2012).

P – Émotions positives (*Positive emotions*)

Il est possible d'apprendre des habiletés pour amplifier l'intensité et la durée des émotions positives. En plus de la joie, le contentement, la fierté, la sérénité, l'espoir, l'optimisme, la confiance et la gratitude sont considérées comme des émotions qui augmentent le sentiment de bien-être.

E – Engagement (*Engagement*)

Le fait de se retrouver dans un état de concentration et de focalisation totale, aussi appelé *flow*, en s'immergeant dans des activités qui requièrent l'utilisation de nos propres forces, permet le développement d'une motivation intrinsèque et favorise l'épanouissement. Par exemple, plusieurs athlètes ou artistes décrivent que le fait de pratiquer leur sport ou art leur permet d'atteindre un état de bien-être, dans lequel ils perdent la notion du temps.

R – Relations personnelles positives (Relationships)

Il est primordial, pour s'épanouir, d'avoir des relations interpersonnelles positives, sécurisantes et basées sur la confiance. La qualité de ces relations est plus importante que la quantité.

M – Sens (Meaning)

Le fait d'avoir un sentiment d'appartenance ou sentiment de servir à quelque chose qui est plus grand que soi favorise également le bien-être. Certaines personnes peuvent tenter de répondre à des questions existentielles par la religion, la spiritualité ou encore la philosophie.

A – Réussite (Accomplishments)

Le fait d'atteinte des buts, de goûter à la réussite et au succès permet d'engendrer un sentiment de satisfaction et d'accomplissement également associé au bien-être.

Des études ont démontré que l'accomplissement dans certaines dimensions du PERMA est associé à de plus faibles taux de dépression et un plus grand degré de satisfaction dans la vie (Rashid et Seligman, 2018). En tant que clinicien, il est possible de proposer des interventions qui cibleront l'une ou l'autre de ces composantes, avec comme objectif d'augmenter le bien-être à long terme.

Selon la théorie des forces de caractère (Peterson et Seligman, 2004), les forces d'un individu devraient être explorées de manière systématique. Les forces de caractère sont définies comme des traits positifs, universellement valorisés, à travers toutes les cultures et les différentes époques. Elles sont à distinguer du talent, qui est qualité innée, fixe et utilisée de manière automatique. Il est possible de bâtir et de nourrir nos forces, en plus de les utiliser délibérément. Seligman et Peterson ont décrit 24 forces de caractère qu'ils ont regroupées sous 6 vertus :

Vertu	Forces de caractère
Sagesse et connaissance	Créativité, curiosité, ouverture d'esprit, amour de l'apprentissage, perspective
Courage	Bravoure, persévérance, authenticité, vitalité et entrain
Humanité	Amour, gentillesse, intelligence sociale
Justice	Travail d'équipe, sens de l'équité, leadership
Modération	Pardon, modestie, prudence, maîtrise de soi
Transcendance	Appréciation de la beauté et de l'excellence, gratitude, espoir et optimisme, humour, spiritualité

Dans une approche axée sur la psychologie positive, les forces et les émotions positives sont considérées comme étant aussi importantes et authentiques que les déficits ou les symptômes. Tout au long du suivi, le clinicien cherche alors activement à identifier les forces du patient, dans l'optique d'adapter les interventions et le traitement proposé. Ceci ne doit pas être fait au détriment de l'attention portée aux symptômes qui eux aussi doivent être explorés et abordés, mais permettra de voir la situation sous un autre angle.

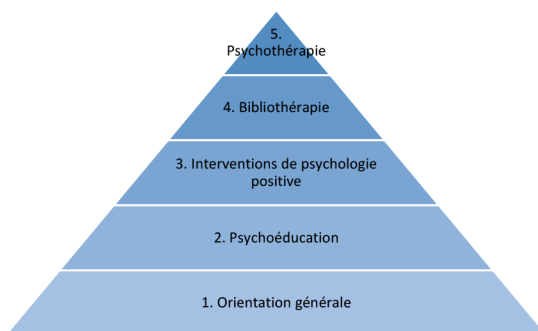
Des interventions en psychologie positive ont été démontrées efficaces pour augmenter le bien-être, à la fois chez une population saine et clinique (p. ex. des personnes souffrant de troubles dépressifs, troubles anxieux, de psychose, etc.) (Bolier et coll., 2013; Chakhssi et coll., 2018; Sin et Lyubomirsky, 2009), et ce, avec une taille d'effet de légère à modérée. Différents facteurs pourraient venir moduler l'efficacité des interventions de psychologie positive. Celles-ci seraient plus efficaces si utilisées sur une plus longue période, en présentiel et chez des patients initialement motivés et intéressés par cette approche (Sin et Lyubomirsky, 2009).

Quelques études ont également démontré les bénéfices d'interventions de psychologie positive spécifiquement dans la population âgée (Friedman et coll., 2017; Greenawalt et coll., 2019; Ho et coll., 2014; Proyer et coll., 2014; Ramírez et coll., 2014). Les résultats de ces travaux sont intéressants et prometteurs, mais comme il s'agit d'un domaine de recherche relativement récent, il faudra davantage d'études avec une méthodologie robuste (Stoner, 2019) afin d'en mesurer les réels bénéfices.

LA PSYCHIATRIE POSITIVE À L'HSMAP

Il nous semblait évident que les personnes qui se présentaient à nous pour recevoir de l'aide, devant souvent faire face à plusieurs pertes, pourraient bénéficier de cette philosophie de soins. Le traitement devant bien évidemment être individualisé, nous avons réalisé que selon la problématique, divers niveaux d'interventions pourraient être appliqués.

1. Orientation générale : D'abord, afin d'avoir une « orientation générale » basée sur les concepts fondamentaux de la psychologie positive, il faut s'intéresser à la personne dans son ensemble et ne pas concentrer le questionnaire uniquement sur la recherche de symptômes et de déficits. La prévention est également au cœur des concepts de



la psychologie positive, et les aspects préventifs feront ainsi partie d'une approche générale positive. De plus, à ce stade, il sera possible d'intégrer dans le plan de traitement des interventions simples pour améliorer le bien-être. Parmi celles démontrées comme efficaces, notons l'activité physique, la méditation pleine conscience, le yoga, etc.

2. Psychoéducation : Ensuite, alors que la psychoéducation sur la psychopathologie fait fréquemment partie intégrante d'un plan de traitement en santé mentale, nous croyons qu'il est aussi bénéfique d'inclure de la psychoéducation au sujet des éléments ayant été démontrés comme contribuant au bien-être, et au sujet des différentes manières de les appliquer.

3. Interventions de psychologie positive : Le niveau suivant d'intervention concerne la prescription d'interventions de psychologie positive (IPP). Une IPP est simplement une intervention qui cible spécifiquement le bien-être, les émotions et les cognitions positives. Traditionnellement, la majorité des interventions prescrites en psychiatrie étaient destinées à cibler les symptômes, et non à promouvoir le bien-être. De très nombreuses interventions de psychologie positive ont été décrites (Parks et Schueller, 2014). Par exemple, le journal de gratitude est une intervention ayant démontré une bonne efficacité et étant fréquemment utilisée. Il est demandé d'écrire, avant d'aller au lit, 3 choses s'étant produites dans la journée pour lesquelles il est possible d'être reconnaissant. Les IPP sont des interventions habituellement faciles à effectuer. Ceci les rend attrayantes et agréables à effectuer, ce qui contribuera à avoir un effet « autorenforceur » chez la personne qui les pratique.

4. Bibliothérapie : Puisque plusieurs livres de psychologie positive sont disponibles pour le grand public, de telles lectures peuvent aussi être intégrées dans le plan de traitement.

Quelques exemples de lectures à suggérer :

André, C. (2003). *Vivre heureux : psychologie du bonheur*. Paris, France : Odile Jacob.

Ben-Shahar, T. et André, C. (2008). *L'apprentissage du bonheur : principes, préceptes et rituels pour être heureux*. Paris, France : Belfond.

Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris, France : Odile Jacob.

Seligman, M., Vade, B. et André, C. (2013). *S'épanouir : Pour un nouvel art du bien-être*. Paris, France : Belfond.

5. Psychothérapie positive : Il est aussi possible d'intégrer des interventions de psychologie positive à d'autres types de thérapie (la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie psychodynamique brève ou la thérapie de résolution de problèmes, par exemple). Certains auteurs ont également proposé d'offrir une psychothérapie complètement basée sur des interventions de psychologie positive. Tayyab Rashid et Martin Seligman proposent une approche manualisée de la psychothérapie positive dans *Positive Psychotherapy: Clinician Manual* (Rashid et Seligman, 2018). Ils présentent ici une intervention en 15 séances, mais soulignent l'importance d'adapter chaque traitement individuellement et de tenir compte des aspects culturels en jeu.

Séances de psychothérapie positive proposées dans *Positive Psychotherapy: Clinician Manual*

Phase 1 :

Séance 1 – Introduction positive et journal de gratitude ;

Séance 2 – Forces de caractère et forces signatures ;

Séance 3 – Sagesse ;

Séance 4 – Une meilleure version de soi.

Phase 2 :

Séance 5 – Souvenirs ouverts et fermés ;

Séance 6 – Pardon ;

Séance 7 – Maximiser vs satisfaire ;

Séance 8 – Gratitude.

Phase 3 :

- Séance 9 – Espoir et optimisme ;
- Séance 10 – Croissance posttraumatique ;
- Séance 11 – Ralentir et savourer ;
- Séance 12 – Relations positives ;
- Séance 13 – Communication positive ;
- Séance 14 – Altruisme ;
- Séance 15 : Sens et objectifs.

En 2019, nous avons offert à la clinique externe de gérontopsychiatrie de l'HSMAP un groupe de psychothérapie positive, sur 6 séances, à des personnes âgées souffrant de symptômes anxio-dépressifs. Notre objectif est et de documenter de manière plus rigoureuse, grâce à des protocoles de recherche, l'efficacité de cette approche thérapeutique chez notre clientèle et de la rendre plus accessible.

Nous souhaitons ainsi poursuivre, à l'HSMAP, la mise en place de différents paliers d'interventions qui pouvaient être intégrés aisément à l'évaluation et au plan de traitement des patients, dans l'optique de créer des conditions favorables au traitement de la psychopathologie, bien sûr, mais également au développement des facteurs qui favorisent le bien-être, l'épanouissement et la résilience.

RÉFÉRENCES

- Allan, C., Valkanova, V. et Ebmeier, K. (2014). Depression in older people is underdiagnosed. *The Practitioner*, 258(1771), 19-22, 12-13.
- Baraldi, R., Bordeleau, M., Plante, N. et Joubert, K. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois: résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes-Santé mentale 2012 – Portrait chiffré*. Institut de la statistique du Québec.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F. et Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC public health*, 13(1), 119.
- Caradec, V. (2008). Vieillir au grand âge. *Recherche en soins infirmiers* (3), 28-41.
- Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M. et Bohlmeijer, E. T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 18(1), 211.
- Erikson, E. H. (1994). *Identity and the life cycle*. Ne York, NY: W. W. Norton & Company.

- Erikson, E. H. et Erikson, J. M. (1998). *The life cycle completed (extended version)*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Fowler, R. D., Seligman, M. E. et Koocher, G. P. (1999). The APA 1998 Annual Report. *American psychologist*, 54(8), 537.
- Friedman, E. M., Ruini, C., Foy, R., Jaros, L., Sampson, H. et Ryff, C. D. (2017). Lighten UP! A community-based group intervention to promote psychological well-being in older adults. *Aging & mental health*, 21(2), 199-205.
- Gable, S. L. et Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of general psychology*, 9(2), 103.
- Greenawalt, K. E., Orsega-Smith, E., Turner, J. L., Goodwin, S. et Rathie, E. J. (2019). The impact of “the art of happiness” class on community dwelling older adults: a positive psychology intervention. *Activities, Adaptation & Aging*, 43(2), 118-132.
- Ho, H. C., Yeung, D. Y. et Kwok, S. Y. (2014). Development and evaluation of the positive psychology intervention for older adults. *The Journal of Positive Psychology*, 9(3), 187-197.
- Hogan, D. et McCabe, L. (2006). *Lignes directrices nationales pour la santé mentale de la personne âgée: évaluation et prise en charge du délirium*. Toronto, Canada: Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées.
- Hsu, H.-C. et Jones, B. L. (2012). Multiple Trajectories of Successful Aging of Older and Younger Cohorts. *The Gerontologist*, 52(6), 843-856. <https://doi.org/10.1093/geront/gns005>
- Jeste, D. V., Palmer, B. W., Rettew, D. C. et Boardman, S. (2015). Positive psychiatry: its time has come. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(6), 675.
- Le Gouès, G. (2000). *L'âge et le principe de plaisir: introduction à la clinique tardive*. Paris, France: Dunod.
- Levesque, P., Pelletier, É. et Perron, P.-A. (2019). *Le suicide au Québec: 1981 à 2016: Mise à jour 2019*. Québec, Canada: Institut national de santé publique du Québec.
- Palmer, B. W. (2015). *Positive psychiatry: a clinical handbook*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Parks, A. C. et Schueller, S. (2014). *The Wiley Blackwell handbook of positive psychological interventions*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Peterson, C. et Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification* (Vol. 1). Oxford, R.-U.: Oxford University Press.
- Ploton, L. et Cyrulnik, B. (dir.) (2014). *Résilience et personnes âgées*. Paris, France: Odile Jacob
- Proyer, R. T., Gander, F., Wellenzohn, S. et Ruch, W. (2014). Positive psychology interventions in people aged 50-79 years: long-term effects of placebo-controlled online interventions on well-being and depression. *Aging & mental health*, 18(8), 997-1005.

- Ramírez, E., Ortega, A. R., Chamorro, A. et Colmenero, J. M. (2014). A program of positive intervention in the elderly: Memories, gratitude and forgiveness. *Aging & mental health*, 18(4), 463-470.
- Rashid, T. et Seligman, M. P. (2018). *Positive psychotherapy: Clinician manual*. Oxford, R.-U.:Oxford University Press.
- Ribes, G. (2006). Résilience et vieillissement. *Reliance* (3), 12-18.
- Seligman, M. E. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York, NY: Simon and Schuster.
- Sin, N. L. et Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 65(5), 467-487.
- Stoner, C. (2019). Positive psychiatry/psychology for older adults: a new and important movement but robust methodology is essential. *International psychogeriatrics*, 31(2), 163-165.
- Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging*. New York, NY: Springer.
- World Health Organization. (1997). Constitution de l'Organisation mondiale de la santé.

Servir, aimer, espérer

Albert-Prévost depuis 100 ans et pour toujours

Le dossier du présent numéro a été coordonné par Thanh-Lan Ngô,
François Lespérance, Nathalie Shamlan et Christiane Bertelli

ÉDITORIAL

François Lespérance
Directeur

PRÉSENTATION

Christiane Bertelli, Nathalie Shamlan
et Thanh-Lan Ngô

Magalie Lussier-Valade, Claudine Tremblay-Jolicoeur,
Christiane Bertelli, Guy Blouin, Pierre Brouillette,
Denis Laurendeau, Jean-Pierre Rodrigue et Jean Leblanc
L'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost :
cent ans d'histoire

Alexandre Klein
Charlotte Tassé et Bernadette Lépine,
fondatrices à part entière de l'Institut
Albert-Prévost

Alexandre Klein
De la neurologie à la psychanalyse : évolutions
et continuité du modèle de prise en charge
psychothérapeutique du Sanatorium Prévost

Claude Blondeau et Wilfrid Reid
De la psychanalyse à la psychothérapie
psychodynamique à Albert-Prévost

Thanh-Lan Ngô, Louis Chaloult, Pierre Fortier,
Jacques Monday, Julie Jomphe, Julie Turcotte,
Donald Bouthillier et France Bérubé
La thérapie cognitivo-comportementale
dans les cliniques spécialisées du Pavillon
Albert-Prévost dans les 50 dernières années :
innovations et évolution

Magalie Lussier-Valade, Thanh-Lan Ngô et Jean Leblanc
www.psychopap.com : améliorer l'accès
à la psychothérapie par le transfert
des connaissances aux patients et
aux futurs thérapeutes

Jeanne-Marie Alexandre et Marie-Hélène Tanguay
L'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost,
au centre d'un projet musical intersectoriel
et novateur

Alexis Thibault
L'evidence-based medicine, un projet
épistémologique et éthique en porte-à-faux
avec la psychiatrie ?

Magalie Lussier-Valade, Alex Desautels et Roger Godbout
Troubles psychotiques et troubles
du sommeil : revue de la littérature

Karine Dubois-Comtois, Éléonore Sabourin-Guardo,
Julie Achim, Alain Lebel et Miguel M. Terradas
L'attachement et la mentalisation en pédopsy-
chiatry : une fenêtre sur le fonctionnement
des enfants et de leurs parents

Fabienne Boileau-Falardeau, Jean-Robert Turcotte,
Paul-André Lafleur et Marc Corbière
Dilemmes des médecins traitants lors du
retour au travail de personnes aux prises
avec un trouble mental courant : illustration
par des vignettes cliniques

Nathalie Shamlan, Claude Bergeron et Anne Decary
La gérontopsychiatrie à l'Hôpital en santé
mentale Albert-Prévost : favoriser la résilience
des patients âgés grâce à la psychiatrie positive