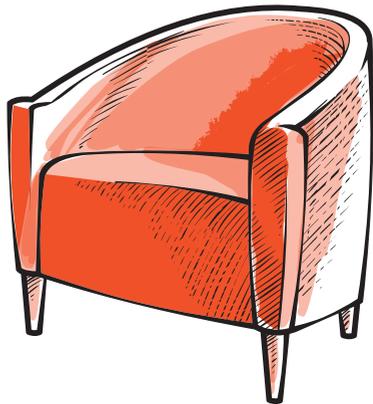
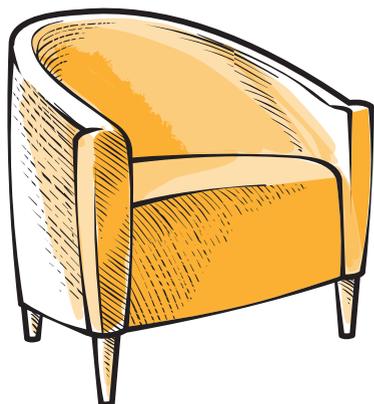


Dr DAVID GOLDBLOOM & Dr^e PIER BRYDEN

COMMENT PUIS-JE VOUS AIDER?

Journal d'un psychiatre



INTRODUCTION

« Eux, c'est nous »

Il y a près de 30 ans, un patient de l'unité de soins psychiatriques où je venais de commencer à travailler m'a abordé comme si nous avions été amis depuis toujours. Il était grand, maigre, pas rasé et portait un jean usé jusqu'à la corde ainsi qu'un haut de pyjama d'hôpital bleu pâle. Il avait les cheveux longs et emmêlés et il était évident qu'il n'avait pas pris de bain depuis un certain temps. J'ai adopté ma meilleure attitude de psychiatre (non menaçant, chaleureux mais pas familier, et ferme), et je m'apprêtais à lui dire que je n'étais pas son médecin, que nous ne nous étions jamais rencontrés, et que mon collègue, le Dr Buckingham, prendrait soin de lui.

« David Goldbloom ! J'avais entendu dire que tu étais entré à l'école de médecine. Comme c'est étonnant de te voir ici ! Te souviens-tu de moi ? »

Il y avait quelque chose, dans cette voix basse et traînante, qui m'était familier, mais je ne reconnaissais pas l'homme et je n'arrivais pas à le situer.

« Andrew. Andrew Balkos. On jouait au squash ensemble à l'université. »

Sa voix, sa taille et son sourire se sont alors réunis pour former le fantôme émacié de l'ancien joueur de squash musclé, âgé d'une vingtaine d'années, qui m'avait battu dans plusieurs tournois à l'université. Nous avons fait partie d'un groupe de jeunes hommes qui s'adonnaient à des sports et socialisaient avant de poursuivre leurs

études ou de trouver leur premier véritable emploi. Nous étions plutôt sûrs de nous, forts de notre instruction, de notre jeunesse et de notre santé, et nous croyions alors que nous atteindrions tous les objectifs que nous nous étions fixés. Je me suis souvenu qu'il avait ensuite décroché.

Habituellement, lorsque je rencontre par hasard d'anciens compagnons d'études, nous discutons du travail, de la famille et de voyages. Andrew m'a dit qu'il avait été admis dans le service depuis la salle d'urgence, la veille au soir. Il m'a expliqué qu'il était aux prises avec la maladie mentale depuis des années, et que ce n'était pas la première fois qu'il était hospitalisé.

Pendant que je louangeais le D^r Buckingham et les traitements offerts à l'hôpital, mon cerveau fonctionnait à toute vitesse. Il était difficile de faire le lien entre l'homme émacié et négligé qui paraissait facilement avoir 15 ans de plus que moi et le jeune homme viril contre lequel j'avais joué, dix ans plus tôt.

Quel que fût le trouble psychiatrique dont Andrew souffrait, cela avait complètement changé sa vie. Il m'a dit qu'il avait rompu les liens avec sa famille et qu'il ne s'était jamais marié. Il avait abandonné ses études et fait de petits boulots, mais à peine quelques années plus tard, il a commencé à avoir des épisodes de paranoïa et des hallucinations qui ont continué à le hanter, malgré ses efforts intermittents pour les calmer à l'aide de médicaments et de psychothérapies. Il habitait alors dans une maison de chambres à quelques pâtés de maisons de là, et survivait grâce à l'aide sociale. Ses seuls contacts sociaux, il les établissait avec les autres locataires de la maison de chambres et avec un travailleur social.

Je lui ai dit que j'étais désolé d'apprendre qu'il était malade et lui ai souhaité bonne chance avec son traitement. Je ne trouvais rien d'autre à lui dire. Ce que je ne lui ai pas mentionné, c'est à quel point j'étais désolé que, dix ans plus tôt, je n'aie pas été conscient des problèmes qu'il éprouvait. À cette époque, je ne connaissais rien à la maladie mentale.

Andrew m'a dit que de savoir que j'étais psychiatre à cet hôpital l'aiderait à faire confiance au D^r Buckingham et à ses recommandations en matière de traitement, chose qu'il avait eu de la difficulté à faire lors de ses hospitalisations précédentes. Je n'ai fait aucun commentaire à l'époque, mais en rétrospective, je me suis demandé pourquoi notre rencontre (la première en dix ans) avait eu cet effet sur lui. Je sais qu'il est resté jusqu'à ce que le D^r Buckingham le croie prêt à

recevoir son congé, et il a accepté tant les médicaments que les recommandations en matière de thérapie externe.

En y repensant, je crois que le fait de m'avoir connu en tant que personne, plutôt que simplement comme thérapeute, l'a aidé à me faire confiance et à considérer les psychiatres différemment, en général, y compris le Dr Buckingham. Je crois aussi que le fait de l'avoir rencontré avant qu'il ne soit malade a changé des choses. Nous nous étions connus seulement comme des jeunes hommes ayant des antécédents et des objectifs semblables et le même penchant pour les sports. Nous avons déjà été égaux sur le plan du potentiel. Je me demande si le fait de nous connaître dans une plus large mesure qu'en tant que simples patient et médecin a eu des répercussions sur ses relations avec les médecins, les infirmières et le travailleur social et lui a permis de leur faire davantage confiance.

Andrew a quitté l'hôpital deux semaines plus tard, et je n'ai pas entendu parler de lui depuis. Mais cette brève rencontre, au début de ma pratique clinique, est un rappel constant du fait que « eux, c'est nous ».

LORSQUE J'AI ENTREPRIS ma carrière en psychiatrie, en 1982, j'étais naïf face au choix que j'avais fait. Je ne me rendais pas compte alors que j'embrassais la spécialité la plus incomprise de la médecine, et celle dont on se méfiait le plus. Issu d'une famille de médecins et inspiré par mon beau-père, psychiatre, je supposais que tout le monde considérerait la psychiatrie comme je le faisais : la spécialité de la médecine qui comportait les diagnostics les plus complexes, les relations les plus profondes avec les patients et les plus éclatantes découvertes scientifiques.

Ma passion des débuts pour la psychiatrie ne s'est pas estompée au fil des ans, même si ma perspective de cette spécialité et la compréhension que j'en ai ont changé : la psychiatrie demeure pour moi la partie de la médecine la plus stimulante, éclectique et diversifiée. C'est aussi la plus ouverte à l'examen de différentes théories sur la maladie, de modèles explicatifs qui réunissent l'apport de la biologie, de la psychologie, de la culture et de la société en un tout cohérent. Je dis à mes résidents que toute l'instruction qu'ils ont reçue jusque-là, que ce soit en sciences, en sciences sociales ou en sciences humaines, leur servira à leur travail en psychiatrie, et qu'ils devront lire avec avidité dans toutes ces disciplines pour se tenir à jour dans un domaine qui s'étend constamment.

Plus égoïstement, la psychiatrie me fournit l'occasion de rencontrer de nouvelles personnes presque chaque jour, d'entendre leur histoire et de tenter de les aider. J'aime aussi la variété qu'offre mon travail : voir des patients présentant un éventail de troubles psychiatriques dans divers contextes, enseigner à des étudiants, collaborer avec des collègues de différentes disciplines, participer à la recherche, et prendre la parole en public sur la santé mentale et son traitement.

Cependant, 30 ans plus tard, je reconnais que des forces puissantes (tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de ma spécialité) adoptent la perception du public à l'égard de la psychiatrie et des psychiatres, et créent un climat de méfiance et de scepticisme concernant notre potentiel à aider les gens aux prises avec la maladie mentale.

Mais une partie de la méfiance du public a été suscitée par les psychiatres eux-mêmes. Il serait hypocrite de ne pas reconnaître le rôle que l'histoire même de la psychiatrie (ses modes, ses culs-de-sac thérapeutiques, ses violations de l'éthique et ses abus) a joué dans la création d'une image constamment négative, amplifiée par la culture populaire du cinéma et de la télévision, où patients et psychiatres sont soit tournés en ridicule, soit dénigrés. Il est aussi incontestable que l'étroite relation de la psychiatrie moderne avec l'industrie pharmaceutique a beaucoup nui à l'image d'intégrité de la recherche qui donne de la crédibilité à nos traitements. Aucun psychiatre de ma connaissance ne voudrait retourner à la période antérieure aux années 1950, alors qu'il n'existait aucun médicament efficace pour traiter l'anxiété, la dépression, la psychose et les manies ; ce serait comme d'avoir la nostalgie de la période antérieure aux antibiotiques en ce qui concerne les infections. Mais, aussi efficaces que soient les médicaments aujourd'hui, ils ne le sont pas encore assez. Nous devons trouver de nouvelles avenues pour le développement de médicaments. Parallèlement, nous avons besoin de pousser la recherche sur l'efficacité des interventions non médicamenteuses : la psychothérapie, bien sûr, mais aussi les interventions relatives au logement, à l'emploi, au soutien du revenu et à l'engagement social.

L'ambivalence que suscite la psychiatrie de nos jours provient en partie du fait que, sur les plans historique et juridique, elle avait la capacité et la responsabilité de confiner des personnes à l'hôpital contre leur gré et, dans certains cas, de les forcer à suivre un traitement. Dans la plupart des territoires, tous les médecins (et pas seulement les psychiatres) sont investis de ces pouvoirs, du moins pendant certaines périodes et dans certaines circonstances prévues

de façon stricte par la loi. Cela me fascine qu'un médecin de famille, un obstétricien ou un chirurgien puisse retenir un patient pendant 72 heures à l'hôpital pour permettre une évaluation psychiatrique et déterminer qu'il ne peut pas prendre de décision par lui-même, sans que cela provoque de débat public ou de protestations, alors que c'est ce qui se produit lorsque les psychiatres exercent les mêmes pouvoirs.

Je crois qu'aux préoccupations philosophiques des gens concernant le fait de priver quelqu'un de ses libertés civiles vient s'ajouter la crainte à l'égard du genre de maladie qui entraîne parfois la prise de telles mesures. Il n'y a pas plus grande menace à notre identité et à notre intégrité personnelle que la maladie mentale. Si vous vous fracturez une jambe, vous êtes encore vous-même. Si votre cerveau est attaqué, êtes-vous encore vous-même ?

Certains critiques soutiennent que les psychiatres ne font pas assez souvent appel à leurs pouvoirs pour retenir et traiter des patients, ce qui fait que des patients en phase aiguë passent à travers les mailles du filet et que leurs troubles ne sont décelés que lorsqu'ils frôlent la catastrophe. D'autres soutiennent que les psychiatres sont simplement des agents du contrôle social, traitant la non-conformité et la marginalité comme des maladies exigeant des interventions musclées.

La plupart des sociétés ont pour tradition d'isoler, d'éviter et de victimiser les gens atteints de maladies mentales. Mais la situation s'est énormément améliorée au cours du dernier siècle.

J'ai rencontré beaucoup trop de professionnels qui considèrent les patients psychiatriques et, dans une moindre mesure, ceux d'entre nous qui travaillent dans le domaine de la santé mentale avec suspicion, voire avec mépris. Et, malheureusement, mon expérience personnelle est appuyée par des études qui révèlent que des professionnels de la santé, et même certains professionnels de la santé mentale, ont une perception biaisée et négative des patients psychiatriques¹.

La force la plus puissante et la plus écrasante qui mine la confiance du public à l'égard de la psychiatrie découle peut-être de l'accumulation de désinformation, de mythes, de préjugés et de stigmates concernant les troubles psychiatriques et les gens qui en souffrent (sans parler de ceux qui les traitent), propagés par les médias traditionnels. On se rappelle facilement l'image négative d'un patient psychiatrique ou d'un psychiatre véhiculée par le cinéma ou la télévision (*Vol au-dessus d'un nid de coucou* en a été l'exemple pendant des générations),

mais il est plus ardu d'en trouver un exemple positif. Et les images positives comportent leurs propres problèmes. Les symptômes des patients sont souvent romancés et atténués afin de susciter la sympathie du public. Les professionnels de la santé mentale qui reçoivent un relatif assentiment sont le plus souvent des psychothérapeutes non médecins (contrairement aux « prescripteurs de pilules » ou aux sinistres psychiatres, qui démontrent le souci qu'ils ont de leurs patients en franchissant les limites professionnelles établies depuis longtemps).

Dernièrement, les médias populaires ont annoncé en fanfare les avancées des neurosciences en génétique et en imagerie cérébrale, ce qui peut être une arme à double tranchant. Ils traduisent l'excitation de la découverte, mais en laissant dans l'ombre les interventions plus banales qui ont un potentiel beaucoup plus fort d'effets importants et immédiats sur la qualité de vie et les perspectives de gens qui ont une maladie mentale : le logement, l'emploi, le réseau social et le niveau de soins cliniques approprié au besoin.

La conséquence la plus dangereuse de toutes ces forces (celles qui servent à stigmatiser les personnes souffrant de troubles psychiatriques et les professionnels de la santé qui les traitent, et qui considèrent les troubles psychiatriques comme n'étant pas de vraies maladies, et donc la psychiatrie comme n'étant pas une vraie médecine) est que beaucoup de gens qui souffrent sont trop effrayés pour consulter un psychiatre et entreprendre des traitements psychiatriques. Ils craignent davantage de prendre des médicaments, d'entreprendre une psychothérapie ou de songer à entrer à l'hôpital que leurs propres symptômes : les pensées suicidaires, les voix, dans leur tête, qui leur disent qu'ils se font suivre et épier, ou la peur que les palpitations cardiaques récurrentes et les essoufflements soient les signes d'une crise cardiaque plutôt que d'une attaque de panique. Au moment où ils sont dirigés vers un psychiatre, les patients peuvent avoir consulté des médecins ou des professionnels de la santé qui leur ont dit que leur combat exige une aide qui se situe au-delà des capacités de la médecine traditionnelle. Ou des parents ou des amis leur ont dit en hésitant qu'un psychiatre n'est qu'un revendeur de pilules et qu'ils devraient plutôt s'appuyer sur leurs amis, aller à l'église, faire de la course, du bénévolat, tout, sauf consulter un spécialiste connaissant les troubles psychiatriques.

L'ambitieux objectif de ce livre est de combattre cette crainte et d'assurer aux patients ainsi qu'à leur famille que s'ils ont besoin de

voir un psychiatre et de suivre un traitement, ils pourront consulter un médecin qui compte plusieurs années de formation et d'expérience en supervision, à qui l'on a enseigné à prendre soin de son propre bien-être et à prendre conscience des préjugés et des jugements professionnels et personnels afin de ne pas imposer ceux-ci, même par inadvertance, à ses patients. Les psychiatres formés aujourd'hui reçoivent des enseignements sur les abus antérieurs que la psychiatrie a infligés aux patients, dans le but de les sensibiliser aux risques qui peuvent accompagner la quête désespérée de meilleurs traitements par les patients et par les psychiatres, mais aussi sur les conflits d'intérêts qui entachent encore de nos jours la recherche en psychiatrie.

Ce livre n'est pas destiné à blanchir ou à simplifier à l'extrême la psychiatrie contemporaine. Il vise à donner un compte rendu honnête, éclairé et finalement personnel de troubles psychiatriques et de problèmes que les psychiatres ont à affronter lorsqu'ils tentent d'aider ceux qui souffrent, tout en décrivant les nombreux succès et points forts de cette spécialité. Ce faisant, nous espérons qu'il fournira aux éventuels patients, à leur famille et à leurs amis, ainsi qu'aux professionnels de la santé vers lesquels nous les dirigeons, l'occasion de connaître les psychiatres, la façon dont ils sont formés, la manière dont ils exercent leur profession, la façon dont ils font face aux tragédies et à l'horreur inhérentes au travail des médecins, ainsi que la nature de la preuve scientifique à l'appui de leurs diagnostics et des traitements qu'ils recommandent.

J'ai eu la chance extraordinaire d'avoir le D^r Pier Bryden comme coauteur. Nous nous sommes rencontrés il y a 20 ans, lorsque Pier était résidente de deuxième année en psychiatrie et que j'étais psychiatre membre du personnel ; je lui offrais alors une supervision occasionnelle au cours de sa formation. Pendant que nous écrivions ce livre ensemble, Pier et moi sommes revenus maintes fois sur le rôle crucial des différents types de confiance : entre le patient et le médecin, entre la psychiatrie et la société, entre les chercheurs et leurs sujets, et entre nous et nos lecteurs. Nous avons convenu que pour gagner la confiance de nos lecteurs, il serait important que je reconnaisse mes propres préjugés et jugements à propos de la psychiatrie.

Comme vous le constaterez en lisant, je suis loin d'être neutre, tant dans ma vie professionnelle que personnelle. Je peux parfois être insensible, arrogant, impatient et un incorrigible conteur de mauvaises blagues. Mais j'espère, à la suite de mon choix de carrière, être

devenu une meilleure personne, un meilleur médecin et un meilleur professeur que je ne l'aurais été autrement. C'est un choix qui a non seulement satisfait mon extraversion naturelle et ma curiosité à l'égard des gens, mais qui m'a aussi amené à mieux comprendre l'expérience des personnes qui souffrent de troubles psychiatriques et de leur famille. Cela m'a également permis de mieux me comprendre, en me forçant à reconnaître les limites de ce que je vais probablement réaliser, et de ce que la psychiatrie, en tant que spécialité, peut réaliser.

Pendant la rédaction de ce livre, il est arrivé dans ma vie personnelle des événements qui ont changé quelque peu mon point de vue sur la psychiatrie et sur la médecine en général, et qui m'ont changé moi-même. Pier et moi avons décidé d'incorporer les événements en question dans ce livre pour souligner les recoupements entre la vie des psychiatres et celle de leurs patients. L'introspection, de la part des psychiatres, les force à rester honnêtes et les aide à établir la confiance avec leurs patients. Plus que tout autre aspect de la relation patient-médecin, la confiance est essentielle pour que les patients demandent et acceptent l'aide de leur médecin.

Dans nos efforts pour mieux faire comprendre notre profession, Pier et moi vous présentons la première ligne de la psychiatrie moderne, soit l'intérieur de l'hôpital psychiatrique où je travaille, qui est le plus grand au Canada : sa salle des urgences, son unité de soins de courte durée, son unité des malades hospitalisés, son unité d'électrochocs et son unité de soins ambulatoires. Nous vous présenterons les infirmières, les travailleurs sociaux et les autres membres du personnel de première ligne, les psychiatres résidents (médecins qualifiés qui suivent cinq années supplémentaires de formation afin d'obtenir une spécialité en psychiatrie) et le personnel administratif avec lesquels je travaille quotidiennement afin d'assurer les soins auprès des quelque 30 000 patients qui sont suivis dans cet hôpital chaque année.

Nous nous pencherons sur les pratiques anciennes de la psychiatrie les plus ignominieuses, mais nous les contrebalancerons par les hauts faits de ses héros, hommes et femmes qui ont travaillé sans relâche, de façon inédite et avec un souci de l'éthique, pour faire avancer la recherche en psychiatrie, ainsi que les traitements humains et imaginatifs qui ont amélioré la qualité de vie des patients. Leurs histoires font partie de l'héritage de la psychiatrie.

Nous combinerons certaines des neurosciences les plus emballantes et des innovations moins futuristes, qui ont des applications

pratiques plus immédiates : la télépsychiatrie, les programmes de logement et les psychothérapies fondées sur des données probantes.

Et surtout, vous aurez l'occasion de « rencontrer » mes patients. (Certains sont réels et identifiés avec leur autorisation, et d'autres sont fictifs, créés à partir de nos nombreuses années d'expérience.) Dans ces pages, ils apparaissent souvent à des moments où je devais les persuader d'accepter de l'aide, mais où les obstacles qui les en empêchaient semblaient insurmontables.

J'ai plusieurs fois pensé à ma rencontre avec Andrew, au cours des 30 dernières années. La psychiatrie ne peut cependant pas encore répondre à la question essentielle sur le fait que nos vies aient pris des tangentes aussi différentes : pourquoi est-ce que j'exerce une profession que j'adore, que j'ai une famille qui me soutient, et la santé physique et mentale pour m'adonner à mes activités, alors que mon partenaire de squash de l'université a été affligé par la maladie mentale et tout ce qui en découle ?

Je vous invite avec plaisir à passer une semaine avec moi, en première ligne de la spécialité la plus incomprise de la médecine.

Médecine familiale

Dimanche

Ma mère se frotte les yeux. « Je ne comprends pas pourquoi j'ai autant de difficulté avec mes yeux ces jours-ci. Je vois tout le temps quelque chose qui bouge, comme un ventilateur dont les pales tourneraient. Nancy, qu'en penses-tu ? Est-ce que je devrais me faire examiner la vue ? »

Ma femme, Nancy, et moi bavardons après le repas avec mes parents, dans la salle familiale de notre maison, à Toronto. Mes parents sont venus nous rendre visite depuis Halifax pour le week-end. Nancy, qui est ophtalmologiste, prend étonnamment son temps pour répondre.

« J'ai quelques idées à ce sujet, Ruth, dit-elle enfin. Voulez-vous les entendre ? »

C'est l'un des moments où la vie ralentit, comme lorsque nous avons la certitude que notre voiture emboutira le véhicule devant nous ou qu'on nous fait le message que l'école de notre enfant vient de téléphoner, inopinément. Nous attendons (Nancy, mon père et moi : une ophtalmologiste, un pédiatre et un psychiatre, respectivement) que ma mère parle. Ma mère, très énergique, qui a reçu un diagnostic et des traitements pour un cancer du poumon il y a six mois (avec succès, croyions-nous), regarde ses mains avant de jeter un coup d'œil à mon père.

«J'aimerais entendre ce que tu en penses», répond ma mère.

Ma femme, qui est médecin, s'est tout de suite rendu compte que la détérioration de la vue de ma mère est fort probablement causée par le cancer du poumon qui se propage au cerveau. Nancy choisit ses mots avec soin. Tous les médecins ont reçu divers degrés de formation officielle ou acquis de l'expérience clinique dans l'annonce de mauvaises nouvelles : n'annoncez pas prématurément des mauvaises nouvelles avec certitude, avant que les analyses ne les aient confirmées. N'anéantissez pas l'espoir inutilement. Nancy parle de possibilités de métastases au cerveau, de la nécessité d'exclure certains diagnostics et de procéder de façon méthodique. Ainsi, le patient (en l'occurrence, ma mère) a le temps de se faire à l'idée qu'il pourrait entendre des choses qui lui auraient paru inimaginables auparavant.

Mauvaises nouvelles. C'est un aspect du travail des médecins qui nous sépare de tout le monde, sauf de notre entourage professionnel : infirmières, ambulanciers, policiers. Les médecins vivent dans un monde où les probabilités statistiques de mauvaises nouvelles sont inversées : nous voyons des enfants de sept ans souffrant d'une leucémie fatale, une mère de deux jeunes enfants tuée dans un accident de la route, un grand-père qui décède d'une crise cardiaque après un dîner familial au cours duquel il s'est plaint d'indigestion. Il devient difficile de garder une perspective équilibrée. Certains d'entre nous doivent faire de gros efforts pour se rappeler que les maux de tête ne sont pas tous des symptômes d'une tumeur au cerveau ou d'un AVC, ou que ce ne sont pas tous les enfants dont la température est élevée qui ont une méningite. D'autres persèverent en se fondant sur le postulat de leur propre immortalité, stratégie mal adaptée aux situations qui entraîne la prise de risques excessifs. Tous les médecins de ma génération se rappellent un ou deux professeurs célèbres qui fumaient sans arrêt entre les patients ou les chirurgies, même après des décennies d'accumulation de preuves démontrant l'extraordinaire capacité de la cigarette, non seulement de raccourcir la vie, mais aussi de rendre les derniers jours misérables.

Je serais plutôt du deuxième type, porté à croire que ma santé et celle des membres de ma famille seront florissantes, jusqu'à ce que je sois forcé, par des preuves irréfutables, de croire autre chose. Mes deux parents ont vécu des vies inhabituellement longues et ont été en santé jusqu'à l'approche des 90 ans, fait qui a porté mes deux frères et moi à avoir l'illusion que nous étions encore jeunes, alors que nous avons déjà atteint la cinquantaine et la soixantaine. Nous sommes

les enfants d'un pédiatre optimiste et d'une mère solide qui a fait carrière dans le bénévolat. Alors que nous grandissions en contractant les maladies infantiles habituelles, mon père faisait montre d'un sain déni, tandis que ma mère, non contaminée par quelque formation médicale que ce soit, considérait toutes les formes de maladie comme des défauts de caractère.

PLUS TARD, CE DIMANCHE SOIR, après la commode distraction causée par la rédaction et la télécopie par Nancy d'une lettre au médecin traitant de ma mère expliquant ses préoccupations et recommandant les étapes suivantes, après avoir devancé le vol de retour de mes parents et les avoir déposés à l'aéroport, je suis finalement seul avec ma femme.

« Comment vas-tu ? » me demande-t-elle.

Je sais qu'elle ne me jugera pas. « Bien, je crois. Tout est organisé. Il n'y a rien d'autre que nous puissions faire avant la scintigraphie. »

Nancy ne remet pas en question cette réponse ridiculement superficielle. Elle sait quand approfondir et quand me laisser mes illusions, du moins temporairement.

« Oui, nous allons en prendre bien soin. »

Je la serre dans mes bras, en pensant aux innombrables fois, dans ma vie, où Nancy m'a amené à reconnaître des sentiments auxquels je n'ai pas immédiatement accès. Cela peut sembler étrange qu'un psychiatre écrive cela, mais comme bon nombre de mes patients, de membres de ma famille et de collègues m'ont dit au fil des ans, je ne suis pas le psychiatre type.

Il n'y a rien comme la mort imminente d'un parent pour nous rappeler la nôtre, mais ce soir, je n'ai pas l'intention de laisser mes pensées enterrer ma mère ou moi-même prématurément. Alors que je prépare mes effets pour le lendemain, je me rends compte que je n'avais pas réfléchi depuis longtemps à la décision que j'ai prise, en 1980, d'opter pour la psychiatrie comme spécialité en médecine (ma version d'une entreprise familiale). On manque de psychiatres (à l'exception frappante et influente de mon beau-père, Nate Epstein) dans ma famille, et on a une profusion de pédiatres Goldbloom, étalée sur quatre générations. Étant donné mon tempérament, qui est notoirement extraverti, mon aversion pour l'introspection, mon amour du spectacle (particulièrement la comédie) et mon penchant général pour le bavardage, ma décision a étonné presque tous ceux qui me connaissaient. Ces jours-ci, cette décision retient mon attention

uniquement lorsqu'un étudiant en médecine enthousiaste ou qu'un résident en psychiatrie devant faire face à son choix de carrière me demande comment j'y suis parvenu. Ce soir, mes souvenirs m'évitent efficacement de réfléchir à ce que la semaine qui vient nous apportera.

LA PSYCHIATRIE EST UN DOMAINE BIEN PARTICULIER. Même si les médecins posent des questions que peu d'autres vous poseront au cours de votre vie (« Comment sont vos selles ? », « Buvez-vous ? ») et exploreront des orifices de votre corps auxquels personne d'autre n'aura jamais accès, les psychiatres ont un mandat encore plus inhabituel. Nous voulons connaître vos humeurs, vos pensées, vos préoccupations, vos relations, vos études et votre expérience du travail, et l'habitude de votre grand-mère de placer une feuille d'étain dans tous ses chapeaux pour éviter la surveillance électronique. Nous interrogeons couramment des policiers, des criminels et des sans-abri, et nous passons des heures, pendant notre service de nuit, à calmer des personnes qui se croient victimes d'une conspiration internationale ou qui sont convaincues que des scientifiques ou des extraterrestres ont implanté des haut-parleurs dans leur cerveau. Pendant la journée, nous pouvons avoir à traiter un homme d'affaires déprimé, un collégien en proie à une crise de panique ou un collègue médecin toxicomane.

Par ailleurs, le fait d'être psychiatre crée une importante barrière sociale, du moins au début. Au cours d'une réunion mondaine, lorsqu'on annonce qu'on est psychiatre, il s'ensuit souvent un silence embarrassé.

Même certains de nos patients sont troublés à l'annonce de notre profession. Très peu de gens souhaitent ou croient qu'eux ou leurs enfants auront un jour besoin de consulter un psychiatre. Certains patients entrent dans mon cabinet et répondent à mes premières questions avec l'enthousiasme de quelqu'un qui a été dirigé vers un parodontiste pour une chirurgie des gencives. Certains craignent qu'un mot qui leur a échappé les fasse « enfermer » ou qu'un traitement les transforme du tout au tout, de façon négative. D'autres éclatent en sanglots lorsqu'ils s'assoient dans mon cabinet pour la première fois, après avoir attendu trop longtemps pour parler de quelque chose qui les trouble profondément.

Mes collègues médecins ont aussi tendance à se montrer prudents. Les étudiants en médecine qui songent à s'orienter vers la psychiatrie essaient habituellement de le dissimuler à leurs superviseurs qui ne

sont pas psychiatres, présumant avec raison que cela jouera contre eux. « La vraie médecine ne te manquera-t-elle donc pas ? » Après une longue nuit de garde aux urgences, pendant mon internat, j'ai rencontré une amie à la cafétéria de l'hôpital. Elle était étonnée : « Je ne peux pas croire que tu sois en psychiatrie. Je ne pourrais pas y arriver. Je trouverais cela tellement déprimant... » Elle suivait sa formation en oncologie.

Et cela ne s'améliore pas une fois qu'on est en exercice. Il arrive souvent que des collègues forcés de nous consulter pour obtenir de l'aide à l'égard de leurs patients hospitalisés omettent d'en faire part aux patients. Résultat : lorsque nous arrivons à leur chevet, les familles sont horrifiées et veulent savoir pourquoi le Dr X a ressenti le besoin de nous consulter. Le plus grand compliment qu'un patient ou un collègue puisse faire à un psychiatre est : « Vous n'avez pas l'air d'un psy... »

Par le passé, les patients atteints de maladies mentales étaient isolés des autres patients, et internés dans des asiles ou dans de grands hôpitaux psychiatriques mornes, construits, comme les prisons, en périphérie des villes. La présence d'ailes psychiatriques dans des hôpitaux généraux est un phénomène relativement récent, soit depuis la Deuxième Guerre mondiale. Longtemps avant l'arrivée du cinéma et de la télévision, sans parler d'Internet, le roman *Jane Eyre*, de Charlotte Brontë, publié en 1847 et ayant connu un succès instantané, décrivait la première femme de M. Rochester comme une folle violente et pyromane, enfermée au grenier. La femme qui en prenait soin, Grace Poole, semblait avoir un comportement aussi instable qu'elle et manquait autant de savoir-vivre.

Cela ne s'est pas amélioré avec le temps. Au XX^e siècle, F. Scott Fitzgerald, dans son roman semi-autobiographique intitulé *Tendre est la nuit*, paru en 1934, décrit Dick Diver, un psychanalyste qui épouse sa patiente schizophrène (inspirée par la femme tourmentée de Fitzgerald, Zelda) et se détruit presque dans l'alcool. Plus récemment, *Vol au-dessus d'un nid de coucou*, *Frances* et *Une vie volée* (*Girl, Interrupted*) ont perpétué le thème des soignants qui ressemblent à leurs patients, au profil psychiatrique peu attrayant.

Ces portraits reposent toutefois sur une certaine réalité historique. Le passé de la psychiatrie a plus que sa juste part d'histoires d'horreur : depuis les asiles surpeuplés de la fin du XIX^e siècle où les patients n'étaient ni lavés ni soignés, jusqu'à la ruée effrénée et insouciance vers les psychochirurgies aux États-Unis et en Grande-Bretagne des années 1930 à 1950, et l'appui, après la guerre, du milieu psychanalytique

au concept cruel et non scientifique de la mère schizophrénogène. En ce sens, la psychiatrie partage des pans de son histoire avec le reste de la médecine, qui possède son propre répertoire de traitements horribles, avalisés avec enthousiasme, puis abandonnés par la suite.

Il y a un fond de vérité dans l'idée selon laquelle les psychiatres ont des choses en commun avec leurs patients. Les psychiatres ont plus de possibilités d'avoir fait face à la maladie mentale eux-mêmes ou chez des membres de leur famille, que les médecins d'autres spécialités. Cela n'a rien d'étonnant. Il est compréhensible que certains médecins qui ont fait du diabète insulinodépendant dans leur enfance, ou qui ont été témoins de cette maladie chez de proches parents, soient devenus endocrinologues, poussés par le besoin d'améliorer la compréhension et le traitement de cette maladie.

Les chercheurs en éducation décrivent les étudiants en médecine qui songent à faire carrière en psychiatrie comme étant plus réfléchis et réceptifs aux idées abstraites, aimant la complexité et se montrant davantage tolérants à l'ambiguïté que leurs collègues. Leur attitude est moins autoritaire; ils sont plus ouverts d'esprit, sont plus soucieux du bien-être social et ont une préférence pour les valeurs esthétiques. Il y a aussi de fortes probabilités que les psychiatres aient fait des études de premier cycle en arts ou en sciences humaines¹.

La plupart des gens ne comprennent pas ce que sont, et ce que ne sont pas, les psychiatres. Nous ne sommes pas essentiellement des psychothérapeutes, et cela crée de la confusion, chez le grand public, qui a de la difficulté à différencier les divers types de professionnels de la santé mentale.

Les psychologues sont habituellement diplômés d'un programme universitaire de maîtrise ou de doctorat, qui comporte l'acquisition de compétences en thérapie, l'étude du psychisme en santé, en détresse et malade, et de l'expertise dans l'évaluation des états et du fonctionnement du psychisme d'une personne.

Les travailleurs sociaux suivent également des programmes universitaires axés essentiellement sur les déterminants sociaux et culturels de la santé mentale et du fonctionnement mental, et ils acquièrent habituellement des compétences dans l'interprétation de la dynamique des familles, des systèmes et des relations, aux fins d'interventions visant le recouvrement de la santé.

D'autres thérapeutes peuvent suivre leur formation à l'extérieur des universités, dans le cadre de programmes ciblant plus étroitement

VOICI UN LIVRE REMPLI DE SAGESSE ET DE COMPASSION, destiné à ceux qui souffrent de maladie mentale et à ceux qui en prennent soin. De la schizophrénie au trouble de la personnalité limite en passant par le syndrome de stress post-traumatique et l'autisme, les auteurs explorent une gamme de problèmes mentaux sous l'angle des soins psychiatriques modernes.

«À quoi songent les psychiatres quand ils traitent des gens qui souffrent de maladie mentale? David Goldbloom et Pier Bryden ont écrit un livre qui répond à cette question avec humanisme. Cet ouvrage met également en lumière la nécessité que la société reconnaisse la maladie mentale et que les traitements requis par ceux qui en souffrent soient empreints de dignité.»

Yo-Yo Ma

LE D^r DAVID GOLDBLOOM est conseiller médical principal au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) et professeur de psychiatrie à l'Université de Toronto. Sa carrière a notamment porté sur les soins cliniques, l'éducation, la recherche et l'administration. Il est diplômé des universités Harvard, Oxford (boursier de la fondation Cecil Rhodes) et McGill. En 2007, il a été nommé vice-président du conseil de la Commission de la santé mentale du Canada, avant d'en assurer la présidence de 2012 à 2015. Il est Officier de l'Ordre du Canada.

Présidente d'un comité du Conseil médical du Canada, la D^{re} PIER BRYDEN est psychiatre, enseignante clinique et éducatrice au Service de psychiatrie de l'Hospital for Sick Children de Toronto. Directrice des études de premier cycle préalables au stage hospitalier, elle est aussi professeure agrégée à l'Université de Toronto. Elle est diplômée des universités de Toronto, Oxford et McMaster.