



Institut du
développement
de l'enfant
et de la famille

UN PAS ESSENTIEL VERS LA TRANSDISCIPLINARITÉ

Joël Monzée, Ph.D.

Docteur en neuroscience, psychopédagogue et éthicien

Anne-Isabelle Dionne, MD

Médecin omnipratricienne, experte en médecine préventive

Jean-Yves Dionne, B.Sc.

Pharmacien

Valérie Labbé, M.D.

Pédiatre



Octobre 2024





UN PAS ESSENTIEL VERS LA TRANSDISCIPLINARITÉ

Ce mémoire a été déposé à Me Sonia Lebel, ministre responsable de l'Administration gouvernementale et présidente du Conseil du trésor, dans le cadre des consultations entourant le PL67.

Il a également été transmis à Dr Lionel Carmant, ministre responsable des Services sociaux (ainsi que des initiatives et des programmes en santé mentale), ainsi qu'à Mme Pascale Déry, ministre des Études supérieures.

ISBN : 978-2-925470-02-1

Septembre 2024

© Joël Monzée, Anne-Isabelle Dionne, Jean-Yves Dionne et Valérie Labbé,
IDEF, 2024

Contact : info@institutdef.ca

Tout droit réservé, mais une reproduction partielle est autorisée si la source est clairement mentionnée. L'analyse critique présentée dans ce document engage uniquement l'auteur et ses collaborateurs.

Il est à souligner que l'implication des auteurs est entièrement bénévole, alors qu'ils ne présentent aucun conflit d'intérêts directs ou indirects.



L'OBSERVATOIRE DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE LA FAMILLE

Fondé au début des années 2000, l'*Institut du développement de l'enfant et de la famille* fût incorporé en 2009. Sa mission consistait à offrir des activités cliniques intégratives, des formations aux intervenants du monde de l'Éducation et du milieu de la Santé, ainsi que de contribuer à la recherche en neurosciences sociales et affectives. En 2017, l'IDEF a toutefois confié son département de formations à l'*Institut de psychologie et neurosciences*, alors que les interventions cliniques multidisciplinaires se sont progressivement restreintes à des collaborations ponctuelles. Durant l'automne 2023, l'Institut a transformé sa mission pour devenir un observatoire de la santé globale des enfants, des adolescents et des adultes, autant pour présenter des analyses de phénomènes influant sur la réalité des familles et des institutions publiques, que pour suggérer des pistes de solution afin d'améliorer la santé globale des jeunes et des moins jeunes.

En fait, un observatoire est un espace neutre proposant des analyses dénuées de conflits disciplinaires et corporatistes, tout en étant dégagés de l'emprise des lobbies du milieu industriel aussi nécessaire que parfois problématique au sein de la société civile. C'est ainsi que l'**Observatoire du développement de l'enfant et de la famille** souhaite, dans l'avenir, rédiger différentes analyses basées sur, d'une part, une recension des connaissances scientifiques dans une perspective néo-phénoménologique, mais aussi diverses expériences cliniques afin d'offrir une meilleure compréhension de la complexité de la vie en société et, d'autre part, une contribution aux débats contradictoires sur les enjeux, défis et stratégies d'intervention éducatives ou thérapeutiques dans une perspective multidisciplinaire.

Considérant les réalités actuelles touchant la qualité de vie des jeunes et des moins jeunes, cet engagement sociétal s'est imposé pour contribuer à sensibiliser les parties prenantes. Il s'agit également de sensibiliser les élus et les gestionnaires institutionnels aux aspects systémiques et d'encourager les initiatives éducatives ou thérapeutiques soutenant le développement global des jeunes et des moins jeunes. Enfin, cette implication contribuera à renforcer le droit de chaque personne à consentir de manière libre et éclairé à déterminer en pleine connaissance de cause les moyens qu'elle souhaite mettre en œuvre pour soutenir ou recouvrer une santé physique et mentale optimale pour soi-même ou les membres de sa famille.



TABLE DES MATIÈRES

<i>INTRODUCTION</i>	5
<i>LA SANTÉ INTÉGRATIVE ET L'INTERVENTION TRANSDISCIPLINAIRE</i>	9
<i>LE PARTAGE DES ACTES : CONTRIBUER À LA SANTÉ INTÉGRATIVE ET À LA TRANSDISCIPLINARITÉ DES INTERVENTIONS</i>	19
Le microbiote : prévention et soins curatifs	20
Favoriser une balance idéale du système hormonal	22
L'oncologie, un troisième exemple d'intervention multidisciplinaire	23
<i>LES ENJEUX TOUCHANTS LA SANTÉ MENTALE : ÉVITER LES PIÈGES DE LA MONODISCIPLINARITÉ</i>	25
La collaboration entre médecins et professionnels psychosociaux peut contribuer à mieux déterminer la direction thérapeutique	26
Est-ce qu'un test psychométrique est préférable à une évaluation différentielle?	31
La collaboration est perturbée par des phénomènes corporatistes	34
La limitation de l'expertise des psychothérapeutes non-psychologues	36
<i>NOTICES BIOGRAPHIQUES</i>	43
Joël Monzée, neuroscientifique et éthicien	43
Anne-Isabelle Dionne, médecin	43
Jean-Yves Dionne, pharmacien	44
Valérie Labbé, pédiatre	44
<i>PRINCIPALES RÉFÉRENCES</i>	45



INTRODUCTION

Sans hésitations, nous remercions la ministre l'Administration gouvernementale et présidente du Conseil du trésor, Me Sonia Lebel, pour cette initiative contribuant à décroiser les différents départements traitant de la santé des personnes.

Si le cloisonnement théorique s'est constitué au fil des années de manière concomitante avec le développement des spécialités issues de la recherche universitaire et l'augmentation des connaissances en physiologie, il a surtout donné lieu à des actes réservés à certaines professions dans les domaines de la santé pour protéger les personnes en situation de vulnérabilité. Malheureusement, cela a induit des enjeux corporatifs qui, parfois – pour ne pas dire souvent –, vont à l'encontre des besoins des individus vivant une perte d'autonomie transitoire ou chronique à cause d'une maladie. Cette dynamique nuit également à la compréhension systémique des systèmes physiologiques complexes et de l'adéquation des interventions visant l'amélioration de la santé des personnes souvent réduite à l'atténuation ou la disparition de symptômes associés avec les maladies.

Notre analyse de la situation et nos recommandations en regard du Projet de loi 67 (PL67) s'inscrivent dans une double perspective tant théorique que clinique. D'abord, la définition de la santé, telle que



décrite par l'*Organisation mondiale de la santé* (OMS) depuis sa constitution, est considérée comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »¹ Depuis quelques années, plusieurs auteurs se sont intéressés aux différentes sphères qui influent tant sur la conceptualisation que l'intervention transdisciplinaire favorisant la santé. Celle-ci s'articule autour de plusieurs

¹ *Organisation mondiale de la Santé, Définition de la santé par l'OMS, Préambule adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946, signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948 à la Constitution de l'OMS.*



aspects interdépendants et intégrés afin de soutenir, de maintenir, de soulager et d'éventuellement guérir les personnes qui se présentent à eux.

Selon le PL67, le jugement clinique du pharmacien² va mieux s'exercer en ce qui a trait, par exemple, à la prolongation des ordonnances établies préalablement par un médecin. Le pharmacien peut déjà diagnostiquer des maladies facilement reconnaissables comme le zona et prescrire des antibiotiques, mais il pourra désormais identifier les symptômes et traiter des maladies comme la conjonctivite, la pharyngite et les infections urinaires. En cas de maladie chronique comme le diabète ou l'hypertension, le pharmacien pourra prescrire une médication si la maladie a été préalablement diagnostiquée par un médecin. En outre, il pourra effectuer certains prélèvements, diagnostiquer et traiter des maladies à streptocoque, par exemples. Cela contribuera à soulager l'organisation des soins dans les GMF et les urgences.

Ainsi, l'objectif du PL67 est de contribuer à l'efficacité du système de santé pour améliorer les services offerts à la population³. Toutefois, il serait dommageable que le décloisonnement de certains actes précédemment exclusifs aux médecins n'ait, comme seule retombée concrète, qu'une augmentation du nombre de prescriptions de médicaments. Si les interventions curatives sont requises pour de nombreuses situations, les interventions préventives et la compréhension systémique des promoteurs, des déterminants et des différentes facettes de la santé se doivent d'être considérés pour éviter de maintenir la personne en situation de vulnérabilité physiologique ou psychique.

Par ailleurs, la posture sociale du médecin est souvent enviable et, pour des raisons plus axées sur les aspects corporatifs que le bien commun, le partage des actes réservés pourrait être encouragé par certains groupes non pas pour améliorer la qualité de la santé des individus, que ce soit pour maintenir et recouvrer la qualité de vie ou soulager des symptômes parfois envahissants,

² Actuellement, une ordonnance de trois mois pouvait être renouvelée par un pharmacien pour une seconde période de trois mois. Désormais, ce dernier pourra allonger la durée de la prescription. D'autres maladies voient la possibilité de recourir au jugement clinique du pharmacien pour éventuellement diagnostiquer ou prescrire des médicaments d'ordonnance.

³ Nous sommes conscients que le PL67 vise également à réduire les procédures d'accès à certains permis de pratique pour les personnes formées hors Québec, ainsi qu'autoriser la création d'OBNL pour certains professionnels. Toutefois, nous nous concentrerons sur les aspects de la santé physique et mentale, là où réside notre expertise.



mais pour des raisons que nous qualifierons de narcissiques. L'amélioration de la qualité de vie des patients et du bien commun doit rester l'unique objectif du Législateur. Nous expliquerons plus en détails dans ce mémoire certains enjeux qui animent les coulisses des revendications de ces groupes, afin d'éviter d'autres problématiques.

Enfin, il y a aussi la question des responsabilités qui vont avec les actes réservés actuellement aux médecins. Par exemple, le diagnostic d'un trouble mental est une chose. L'encouragement à considérer, recommander ou prescrire un psychotrope sont d'autres choses qui, actuellement, relèvent encore de la responsabilité du médecin. Ainsi, on peut se demander si les professionnels de la santé dûment accrédités pour poser un diagnostic seront disposés à assumer



une part de cette responsabilité si l'individu évalué mal évalué, est envahi par des effets secondaires ou exerce une pression⁴ sur le médecin pour recevoir une médication?

Il faudra donc que le Législateur puisse établir clairement qu'un jugement clinique se fasse uniquement dans le champ de compétences du professionnel de la santé, et ce, même si le protocole recommandé ou

établi par l'Institut national de la santé publique (INSPQ) et l'Institut de l'excellence en santé et services sociaux (INESSS) considère plusieurs options de traitement.

De plus, ce partage des responsabilités va immanquablement imposer une augmentation des cotisations annuelles pour assurer les professionnels nouvellement responsables. Est-ce que ces professionnels nouvellement en charge d'actes partagés seront disposés à assumer l'ensemble des retombées de la confiance que le Législateur leur accorde? De même, une autre question

⁴ Cette pression pourrait être directe (le patient veut une prescription d'un psychotrope) ou indirecte (l'entourage familial, scolaire ou professionnel, voire l'assureur, veulent que le patient soit traité avec une médication et non pas une psychothérapie, des interventions psychosociales ou des changements d'habitudes de vie).



se pose en regard des enquêtes, voire des poursuites au Conseil de discipline ou au Tribunal des professions, si la responsabilité est partagée par plusieurs professionnels de la santé dans le processus d'évaluation, d'orientation du traitement et de prescription d'un médicament ou de tout autre traitement qui nuirait à la santé de la personne vulnérable.

Enfin, qu'en est-il d'éventuels conflits d'intérêt si l'évaluateur et le vendeur d'une molécule est la même personne, et ce, sans oublier que l'industrie recourt parfois à des entreprises de communication pour financer des conférences animées par des professionnels de la santé à leurs collègues ou au grand-public, ce qui devrait faire également partie des considérations éthiques et légales dans la volonté d'élargir le partage des actes réservés actuellement aux médecins? Il faudra donc que le Législateur détermine clairement le champ des responsabilités partagées et que l'Office des professions soit invité à redéfinir les règles déontologiques sur lesquelles les syndicats des ordres professionnels pourront, ou non, questionner les membres.

Après avoir brièvement exposé les fondements de la médecine intégrative, notre mémoire va présenter, dans un premier temps, quelques éléments qui encouragent la modernisation du partage des actes réservés tout en considérant, dans un second temps, quelques enjeux qui touchent la santé mentale pour éviter que les bonnes intentions ne créent pas d'effets qui nuiraient aux jeunes et moins jeunes patientes et patients.

LA SANTÉ INTÉGRATIVE ET L'INTERVENTION TRANSDISCIPLINAIRE

Le PL67 va, de l'avis de plusieurs personnalités, encourager la collaboration entre professionnels de la santé, ce qui est une avancée considérable compte-tenu autant de la multiplicité des expertises en santé que la présence de tableaux cliniques complexes caractérisant certains individus en perte d'autonomie. En fait, l'interdisciplinarité concerne l'organisation du travail pour favoriser l'interaction entre différentes disciplines touchant la santé, afin de « *produire l'intégration des connaissances, des expertises et des contributions propres à chaque discipline dans un processus de résolution de problèmes complexes.* »⁵



Pour sa part, la médecine intégrative va un peu plus loin dans l'orientation des soins. Elle se présente comme une approche multidimensionnelle des soins de santé dans une perspective transdisciplinaire⁶.

Elle fusionne harmonieusement les pratiques médicales conventionnelles avec des thérapies complémentaires et alternatives dans le but de traiter non seulement la maladie, mais aussi la personne dans sa globalité et aussi dans une perspective d'optimisation de la santé. Plutôt que de se concentrer exclusivement sur le symptôme et de compartimenter tous les systèmes du corps, cette forme de médecine cherche à équilibrer le corps dans son ensemble, l'esprit et l'environnement de l'individu.

⁵ M Payette, *Interdisciplinarité : clarification des concepts*, *Interactions*, 2001, Vol.5(1),19-34.

⁶ B. Kligler et al., *Core Competencies in Integrative Medicine for Medical School Curricula: A Proposal*. *Academic Medicine. Special Themes: Educating for Competencies* 2004, 79(6), 521-31; *National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) / National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services. CAM Basics – What is CAM?*; D. Raker (dir.), *Integrative Medicine* (2e édition), Elsevier, Philadelphie, 2007; R. Snyderman et A. Weil, *Integrative Medicine: Bringing Medicine Back to Its Roots*, *Arch Intern Med*, 2002, vol. 162, 395-397; J Monzée, *L'usage immodéré des psychotropes chez les jeunes de 0 à 26 ans au québec: quel avenir pour les jeunes générations?*, ODEF, 2024.

Cette vision de la médecine repose sur une collaboration étroite entre différentes disciplines médicales et thérapeutiques, vouée à traiter les différentes sphères de la santé d'un individu allant de la santé spirituelle, psycho-émotionnelle et physique, ainsi que sur la base des valeurs profondes de chaque patient désirant opter davantage pour des approches thérapeutiques basées sur une compréhension multifactorielle tant de la santé que de la maladie pour associer, selon les besoins de la personne, les interventions naturopathiques et pharmaceutiques.

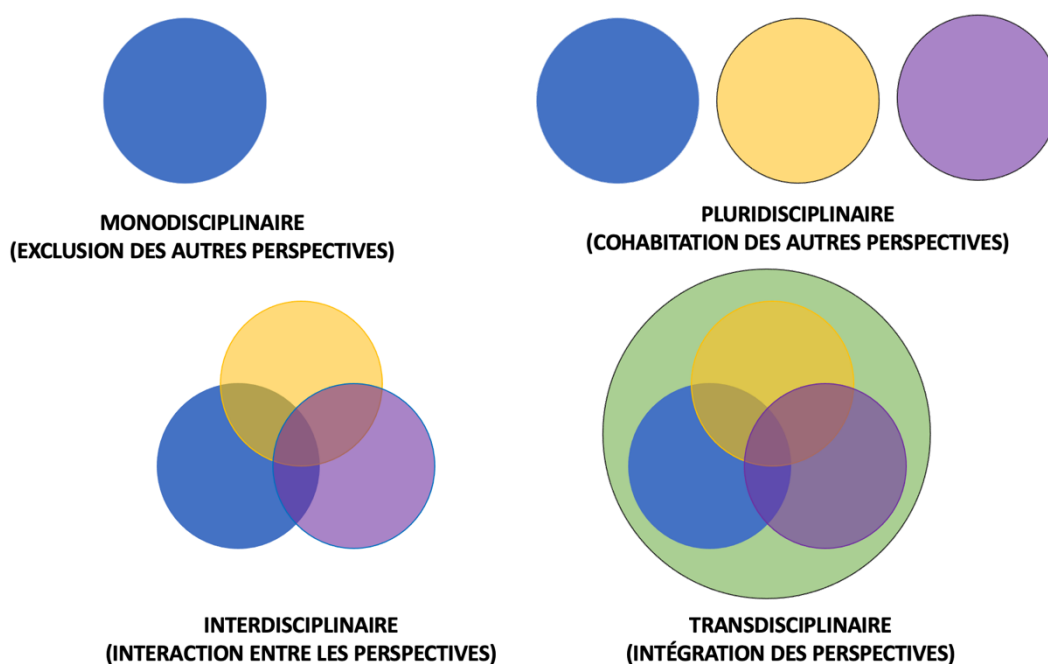


Figure 1 : les différents modes de compréhension de la santé (adapté de Choi et Pak, 2006⁷).

La synergie entre traitements modernes fondés sur des preuves scientifiques et approches traditionnelles permet d'optimiser la qualité de vie, tout en renforçant la capacité de guérison naturelle du corps (souvent réduite au concept de placebo) ou des habiletés affectives et cognitives (souvent réduite

⁷ BCK Choi et AWP Pak, *Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness*, *Clin Invest Med*, 2006, Vol.29(6):351-64.



à des adaptations dédaignées, alors que l'être humain est, par définition, mû par un cerveau à la recherche constante d'adaptation à son environnement et ses pensées, objectifs, idéaux, etc.).

Également, les aspects liés aux habitudes de vie, ainsi qu'aux environnements physique, social et économique, favorisant le bien-être de chaque individu, des éléments essentiels en termes de déterminant de la santé tel rappelé par l'*Institut national de la santé publique* (INSPQ)⁸, sont considérés dans une perspective d'intervention transdisciplinaire dynamique et adaptée au besoin de chaque individu. On parle dès lors de santé intégrative.

L'un des piliers de la médecine intégrative est l'idée que chaque patient est unique, et que les protocoles de soins doivent être personnalisés pour répondre aux besoins spécifiques de chacun, tenant compte de ses antécédents, de son mode de vie, et de son état émotionnel. Somme toute, il ne s'agit pas simplement d'éliminer un mal et de prescrire un traitement pharmaceutique pour tout symptôme exprimé par le patient, mais d'élever le bien-être global, en préconisant une prévention active axée sur l'optimisation des comportements et de l'environnement et une responsabilité partagée dans la gestion de la santé.

Cette pratique de la médecine, là où le patient devient le propre créateur de sa santé permet à la fois l'incarnation d'un rôle où la responsabilisation est de mise pour atteindre un état de bien-être. Le médecin, professionnel de la santé ou autre thérapeute devient alors un guide bienveillant afin de mobiliser le patient vers l'atteinte de ses objectifs santé, plutôt que d'imposer une vision d'expert parfois de façon patriarcale sur le parcours santé du patient, et ce, même si la théorie dominante, plus souvent liée au financement des recherches offrant des données probantes que la compréhension globale des différentes facettes et interactions de la santé.

La médecine intégrative vise à améliorer la santé globale de l'individu en combinant les meilleures pratiques issues de la médecine conventionnelle avec celles des médecines alternatives et complémentaires. Mais cette vision de la santé ne serait pas possible sans une approche multidisciplinaire qui englobe à la fois les soins curatifs et préventifs, en cherchant à équilibrer non seulement les aspects physiques de la santé, mais aussi les dimensions

⁸ <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante>

mentales, émotionnelles et spirituelles grâce à l'apport de plusieurs intervenants simultanément.

Les interventions thérapeutiques, dans une perspective de médecine intégrative, repose donc sur l'idée que le bien-être ne peut être atteint que par une approche collaborative impliquant plusieurs professions médicales et thérapeutiques en fonction des besoins du patient. Cette collaboration est essentielle, car chaque discipline apporte une expertise unique, permettant d'aborder la santé sous différents angles et surtout, en accord avec les valeurs et préférences de chaque patient qui se sent entendu, compris et endossé dans la réalisation de sa propre vision de la santé.

En combinant les avancées de la médecine scientifique moderne avec des approches holistiques, la médecine intégrative favorise une prévention proactive, réduit les risques de rechutes, et améliore la qualité de vie des patients sur le long terme. Récemment, Michelle Beidelschies et ses collaborateurs (2019)⁹ ont comparé le modèle de soins de médecine fonctionnelle (classiquement basée sur une approche intégrative de la santé) au modèle de soins standards prodigués en médecine familiale. Les patients suivis au centre de médecine fonctionnelle ont montré des améliorations significativement plus importantes que l'autre groupe pour plusieurs aspects de la santé que les patients appariés suivis au centre de médecine familiale.

Pour que la collaboration multidisciplinaire soit efficace, il est cependant nécessaire de surmonter les barrières culturelles et institutionnelles qui opposent les différentes professions de santé. Une communication fluide, un partage de données et une reconnaissance mutuelle des compétences de chacun sont indispensables pour créer une véritable équipe autour du patient. Par ailleurs, le partage de certains actes réservés, tel que proposé par le PL67, ne devrait pas « encourager



⁹ M Beidelschies et al. Association of the Functional Medicine Model of Care With Patient-Reported Health-Related Quality-of-Life Outcomes, *JAMA Netw Open*. 2019;2(10):e1914017.



les non-médecins à jouer au médecin », mais utiliser les ressources et l'expertise des différentes professions de la santé pour favoriser la collaboration et la prise en charge multidisciplinaire. Cela ne veut pas dire que les pharmaciens et les infirmière-cliniciennes ne devraient pas prescrire des médicaments, mais que les autres professions visées par le PL67 soient valorisées en fonction de leur expertise sans toutefois empiéter dans un champ d'expertise qui ne leur est pas imparti, comme nous l'expliquerons plus tard dans la section sur la santé mentale.

En fait, nous espérons que le PL67 pourra atténuer les nombreux irritants qui, dans le système de santé actuel, nuisent à la collaboration multidisciplinaire. Avec les connaissances scientifiques récentes, il semble que la « culture du travail en silo » soit encore trop souvent préconisée dans une croyance erronée d'efficacité. Le Législateur devrait donc encourager formellement les communautés de pratique multidisciplinaire pour favoriser le partage des perspectives complémentaires, mais aussi les informations pertinentes concernant les patients.

L'apparente « perte de temps » qui peut induire une certaine résistance des différents milieux est compensée par une meilleure prise en charge. En effet, le « dossier médical commun » n'est pas suffisant pour prendre la mesure et découvrir l'apport des interventions effectuées par chaque membre d'une équipe multidisciplinaire. Bien sûr, on peut craindre un manque de temps pour prendre connaissance des interventions effectuées par d'autres professionnels avec le patient afin de favoriser des actions complémentaires plutôt que redondantes mais, à termes, cela permettra une plus grande fluidité au sein de l'équipe et, conséquemment, une amélioration de l'efficacité de la prise en charge, alors que chacun interviendra auprès des patients avec une meilleure connaissance du champ d'expertise de leurs confrères et consœurs.

En d'autres mots, nous espérons que le PL67 pourra encourager une coopération interprofessionnelle efficace et vraie qui permettrait d'optimiser les résultats cliniques, tout en offrant aux patients une prise en charge plus complète, personnalisée et humaniste. Or, nous craignons que, si l'on n'y prend garde, le partage des actes réservés soit confiné dans une perspective de réorganisation des soins afin de permettre à la population un meilleur accès à interventions pharmacologiques et non pas dans une volonté d'augmenter l'efficacité du plan de traitement multidisciplinaire qui, à termes, pourrait réduire le nombre de personnes ayant besoin de soins de santé grâce à une



transformation de leurs habitudes de vie. D'ailleurs, l'Association des pharmaciens salariés (APPSQ)¹⁰ s'est inquiétée du fait que le PL67 ne fasse que de déplacer le problème d'accès à un médecin de famille vers les pharmacies pour obtenir un médicament ou une prolongation de l'ordonnance sans que les officines ne soient réorganisées. En effet, toutes les pharmacies ne disposent pas nécessairement d'un local permettant une évaluation dans le respect des règles de l'art en termes de confidentialité, par exemple¹¹.

Par ailleurs, Pierre Lavoie et Jean-François Harvey (2023)¹² rapportaient, dans une large revue des connaissances scientifiques et épidémiologiques, que les citoyennes et citoyens du Québec vivaient une dizaine d'années de plus que les voisins du Canada et des États-Unis. L'âge moyen du décès est similaire au Québec et dans les pays scandinaves. En revanche, l'entrée des individus dans le système de santé pour recevoir des soins au Québec est 10 à 15 ans plus précoce que dans les pays scandinaves.

C'est ainsi que les efforts de prévention et les interventions favorisant la santé intégrative permettront également de réduire la pression sur le système des soins de santé, d'en maximiser l'efficacité et de réduire la durée de prise en charge. Il faut s'assurer que le Législateur prenne en considération la vision intégrative de la santé qui préconise une collaboration multidisciplinaire en fonction des compétences et expertises souhaitées auprès du patient dans une optique d'optimisation de sa santé, réalité que le Québec peine à mettre en place de façon efficace dans la structure de soins actuelle.

Par ailleurs, les actes réservés, par définition, nécessitent un haut degré de compétence, d'expérience et de jugement clinique, que seuls certains professionnels de santé peuvent offrir de manière sécuritaire. Par exemple, les pharmaciens et les infirmières-cliniciennes sont dûment formés pour prescrire certains médicaments en première ligne ou pour comprendre les enjeux systémiques des interventions pharmacologiques.

¹⁰ <https://professionsante.ca/pl67-lappsq-exprime-certaines-reserves>

¹¹ *De manière anecdotique, mais cela illustre le problème, un des co-auteurs de ce mémoire a souffert d'un zona au printemps dernier sur le nerf cardiaque. Pour que le diagnostic puisse être posé par le pharmacien, il a dû se dévêtir partiellement, mais sans pression du professionnel, au comptoir pour montrer la présence caractéristique des cloques, car la pharmacie ne disposait pas d'un lieu propice.*

¹² P Lavoie et JF Harvey, *Faut que ça bouge : une approche différente du sport pour des jeunes en bonne santé*, Eds. de l'Homme, 2023.

En revanche, il apparaît préjudiciable qu'un psychologue, un sexologue ou un psychothérapeute puisse recommander une médication dans son rapport, car sa formation ne permet pas d'évaluer la pertinence d'un psychotrope ou de considérer les interventions médicamenteuses et, dans un nombre non-négligeable de situations, cela peut augmenter la pression sur le médecin à prescrire un psychotrope qui ne serait pas nécessairement à l'avantage du patient¹³. Cependant, ce professionnel de la santé peut être, comme nous le verrons plus loin, d'un grand secours pour faire une évaluation approfondie de l'état mental, des habitudes de vie passées et présentes, ainsi que des enjeux psychosociaux pour contribuer à poser un diagnostic différencier, notamment en suggérant une direction psychothérapeutique et des options psychosociales pour faciliter l'amélioration des ressources mentales.

Il faut savoir qu'on assiste, ces dernières années, à un exode de médecins qui, pour pratiquer la médecine fonctionnelle ou simplement prendre le temps de bien cerner les réels besoins de chaque patient, quittent les services publics

pour le privé. Bien sûr, la peur de représailles fait en sorte qu'ils n'expliquent pas nécessairement publiquement les réelles causes de leur départ des hôpitaux ou groupes-de-médecins-de-famille (GMF), mais c'est un problème en croissance qui contribue à compliquer l'organisation des soins

dans le système public. Le PL67 viendra peut-être compenser une partie de cet exode en facilitant le décloisonnement des soins de première ligne, avec éventuellement une prescription de médicaments, mais le problème restera présent.

¹³ J Monzée, *Médicaments et performance humaine*, Éd. Liber, 2010; J Monzée, *Évolution des connaissances biotechnologiques et pratiques psychothérapeutiques*, *Revue québécoise de psychologie*, 2012, vol. 33(2), 97-122; J Monzée (2024), *Op. Cit.*



Si le partage des actes-réservés réduirait la pression sur le système de santé en termes de ressources humaines, il ne faudrait pas que cela accentue celle sur les assurances. En d'autres termes, il serait hasardeux de confondre « vitesse » avec « précipitation », ce qu'une pratique multidisciplinaire permet de prévenir. En effet, l'élargissement des professionnels de la santé autorisés à poser certains actes actuellement réservés aux médecins pourrait entraîner une fragmentation des soins et une confusion dans les rôles professionnels. Cela pourrait également poser des enjeux en matière de responsabilité médicale et légale, surtout si la formation ou l'encadrement ne sont pas équivalents à ceux des professionnels d'origine.

De plus, bien que l'argument pour l'élargissement du partage des actes réservés soit souvent lié à l'amélioration de l'accès aux soins, en particulier dans les zones mal desservies, il est crucial de veiller à ce que cet accès ne se fasse pas au détriment de la qualité et de la sécurité des patients. Une expansion mal canalisée pourrait engendrer des situations où les professionnels sont amenés à exercer en dehors de leur champ de compétence.

L'élargissement des actes réservés pourrait définitivement affaiblir le cadre collaboratif en réduisant l'importance de la coopération interprofessionnelle, où chaque professionnel contribue dans son champ de compétence spécifique, alors que la création de communautés de pratique viendrait autant former les différents membres qu'encourager le rappel des aspects multifactoriels influant la santé globale. Outre un rôle non-négligeable en termes de formation continue, ces communautés permettraient, en outre, de s'assurer que les diagnostics posés soient congruents avec les règles de l'art en termes de diagnostics différenciés pour éviter une mauvaise orientation des soins.

Au lieu de se concentrer sur un partage des responsabilités, un élargissement centré uniquement sur le diagnostic et la prescription de médicaments pourrait brouiller les rôles et diluer les spécialisations. Ainsi, il serait plus sensé de mettre le focus sur la réorganisation du travail collaboratif multidisciplinaire dans un contexte de soins de santé intégrative en sollicitant l'expertise des professionnels adéquats et compétents dans leur champ de pratique pouvant intervenir au bon moment du parcours de soins du patient, plutôt que de permettre l'élargissement des actes réservés, réalité à risque de dérives.



En résumé, la médecine intégrative incarne une philosophie de soin centrée sur l'humain, où l'art et la science de la médecine convergent pour favoriser une guérison complète et durable, en alliant modernité scientifique et sagesse ancestrale. Cette vision de la médecine a un grand potentiel d'améliorer la santé de la population par une approche globale de la santé, de ses déterminants et des options à privilégier en termes de prévention et de thérapie. Dans une perspective intégrative, la collaboration multidisciplinaire revêt aussi une importance capitale pour offrir des soins optimaux aux patients.

Chaque professionnel de santé apporte une expertise unique qui, lorsqu'elle est harmonieusement coordonnée, permet d'aborder la complexité des pathologies de manière globale. Cette synergie des compétences favorise une prise en charge complète, en tenant compte non seulement des dimensions physiques, mais aussi psychologiques, sociales et environnementales de la santé.

Toutefois, cette approche ne doit pas exclure la possibilité de déléguer certains actes réservés, à condition que la délégation repose sur des critères stricts de compétence et de formation et que la qualité de collaboration multidisciplinaire n'en soit pas affectée. Un professionnel dûment qualifié et encadré peut, dans le respect de son champ d'exercice, réaliser certains actes spécifiques tout en maintenant un haut niveau de qualité et de sécurité des soins. Ainsi, l'équilibre entre spécialisation et délégation permet non seulement de fluidifier les parcours de soins, mais aussi de maximiser l'efficacité du travail d'équipe, tout en préservant l'intégrité des rôles et les responsabilités de chaque acteur du système de santé.

Comme le rappelait récemment le président du Collège des médecins (CMQ), Dr Mauril Gaudreau, en se félicitant de l'effort du Législateur dans le processus de partage de certains actes réservés, « *l'exercice des soins aux personnes ne relève pas juste des médecins. Les cas sont de plus en plus complexes. Une même personne peut avoir plusieurs maladies chroniques. Ça nécessite de travailler en équipe. On parle de plus en plus de la pratique future de la médecine. Elle se fera au sein d'équipes interdisciplinaires où les compétences*



complémentaires des différents professionnels seront reconnues et exploitées. »¹⁴

Tant le président du CMQ que celui de l'APPSQ souligne toutefois un problème lié à la rémunération de l'acte partagé posé. Le Législateur aura sans doute fort à faire pour trouver l'adéquation entre des honoraires justes et la capacité de payer du système public. L'élargissement des frais considérés par les assureurs peut-il être une solution pour réduire la pression sur le système public?

¹⁴ <https://professionsante.ca/nouveaux-pouvoirs-aux-professionnels-de-la-sante-un-pas-de-plus-en-faveur-linterdisciplinarite>



LE PARTAGE DES ACTES : CONTRIBUER À LA SANTÉ INTÉGRATIVE ET À LA TRANSDISCIPLINARITÉ DES INTERVENTIONS

Considérant la perspective de collaboration et de création de communautés de pratique dont nous avons discuté préalablement, nous pouvons illustrer, avec l'aide de trois exemples concrets¹⁵, comment une approche multidisciplinaire permettrait de mieux répondre aux besoins de la population en termes de prévention et d'intervention thérapeutique dans une situation de maladie chroniques.

En revanche, la collaboration de la prise en charge dans le respect des compétences de chaque professionnel peut s'avérer primordiale pour chaque patient. Par exemple, les *Centers for disease control and prevention* (CDC) documentent de plus en plus le lien entre les « adverse childhood experiences » (ACE) et les maladies chroniques survenant à l'âge adulte. Le médecin, l'infirmière-clinicienne et le pharmacien peuvent intervenir au niveau des troubles physiologiques affectant le microbiote ou le système hormonal, alors qu'une infirmière ou un psychothérapeute devrait se concentrer sur l'évaluation psychosociale et le traitement du trauma complexe de la personne.

Par ailleurs, d'autres professionnels de la santé et intervenants peuvent également contribuer à faciliter le maintien, l'amélioration ou le rétablissement des personnes malades. Certains sont déjà encadrés par un ordre professionnel, mais d'autres ne le sont pas (encore), ce qui réduit les options de collaborations multidisciplinaires dont certaines contribuent à soulager certains symptômes, donc pourrait réduire la pression sur l'organisation des soins et sur les finances du système de la santé public du Québec. Or, les professionnels de la santé sont parfois sermonnés par le Syndic de leur ordre pour avoir encouragé leurs patients à considérer une approche intégrative soutenant leur qualité de vie.

¹⁵ Nous décrivons les enjeux touchant notamment l'évaluation et le traitement du TDAH dans la section « santé mentale » de ce document, car le partage de l'acte diagnostic est à double tranchant dans le contexte actuel de la psychothérapie.



Le microbiote : prévention et soins curatifs

Le microbiote, autrefois négligé dans la médecine traditionnelle, est aujourd'hui reconnu comme un acteur central de la santé humaine. Composé de milliards de microorganismes – bactéries, virus, champignons et autres microbes – qui résident sur la peau, le tractus uro-génital, mais principalement dans le tractus intestinal, le microbiote forme un écosystème complexe et dynamique. Il assure une série de fonctions vitales, telles que la digestion des fibres, la synthèse de vitamines, la modulation du système immunitaire, et la protection contre les agents pathogènes.

L'équilibre de ce vaste réseau est donc essentiel pour le bon fonctionnement de l'organisme. Le déséquilibre du microbiote, ou dysbiose, survient lorsque la diversité et la richesse des microorganismes bénéfiques dans l'intestin sont altérées. Ce déséquilibre peut être causé par plusieurs facteurs, notamment une alimentation déséquilibrée et/ou transformée, la prise d'antibiotiques, le stress chronique, et l'exposition aux toxines environnementales. En cas de dysbiose, certaines bactéries pathogènes peuvent proliférer, perturbant les fonctions normales du microbiote et provoquant des effets néfastes pour la santé.

Les recherches contemporaines révèlent une corrélation directe entre la dysbiose et une multitude de maladies, tant physiques que mentales. Parmi celles-ci, citons les troubles digestifs comme le syndrome de l'intestin / côlon irritable (SII ou SCI), les maladies inflammatoires de l'intestin (MII), ainsi que des affections métaboliques telles que l'obésité et le diabète de type 2¹⁶. De plus, des études montrent que la dysbiose joue un rôle dans des troubles plus systémiques, comme les maladies auto-immunes, les allergies, et même les troubles neuropsychiatriques tels que la dépression et



¹⁶ RD Hills et al. *Gut Microbiome: Profound Implications for Diet and Disease*. *Nutrients*. 2019 Jul 16;11(7):1613; AK DeGruttola et al. *Understanding of Dysbiosis in Disease in Human and Animal Models*. *Inflamm Bowel Dis*. 2016 May;22(5):1137-50.



l'anxiété ainsi que des maladies neurodégénératives¹⁷. Ce lien étroit entre le microbiote et la santé globale souligne l'importance de maintenir son équilibre pour prévenir une cascade de pathologies.

Réparer et renforcer le microbiote intestinal ne peut se résumer à une intervention unique. C'est là qu'une approche multidisciplinaire devient essentielle, mobilisant plusieurs domaines de la médecine, de la nutrition et de la gestion du mode de vie, pour restaurer cet écosystème délicat. La nutrition constitue l'un des piliers les plus directs pour moduler le microbiote. Une alimentation riche en fibres, en prébiotiques et en aliments fermentés favorise la croissance des bactéries bénéfiques. Un(e) nutritionniste peut élaborer un plan alimentaire personnalisé visant à restaurer la diversité microbienne et à nourrir les bactéries protectrices, tout en évitant les aliments inflammatoires. Il est également bien établi que l'axe intestin-cerveau joue un rôle crucial dans la santé du microbiote. Le stress chronique, en activant l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien, modifie la perméabilité intestinale et perturbe l'équilibre bactérien¹⁸.

Ainsi, une prise en charge du stress par des pratiques comme la thérapie cognitive-comportementale, le yoga, la méditation ou des techniques de respiration octroyées par un(e) psychologue et/ou un(e) praticien(ne) en médecines alternatives peut contribuer à rétablir l'équilibre du microbiote en réduisant l'inflammation lié à l'état de stress. De plus, l'exercice physique régulier, surtout modéré à intense, a été démontré comme bénéfique pour la diversité du microbiote intestinal. Un programme d'activité personnalisé, élaboré par un(e) kinésologue peut également améliorer les fonctions métaboliques et digestives, renforçant ainsi le rôle protecteur du microbiote.

Le microbiote, bien qu'invisible à l'œil nu, constitue donc une véritable clé de voûte de la santé. L'aborder avec une stratégie multidisciplinaire est essentiel pour restaurer les déséquilibres qui compromettent la qualité de vie et prévenir les maladies chroniques liées à un désordre de cet écosystème fondamental.

¹⁷ C. Petersen et JL Round, *Defining dysbiosis and its influence on host immunity and disease*. *Cell Microbiol.* 2014 Jul;16(7):1024-33. X. Liu et al. *Correlation between the gut microbiome and neurodegenerative diseases: a review of metagenomics evidence*. *Neural Regen Res.* 2024 Apr;19(4):833-845; M. Clapp et al. *Gut microbiota's effect on mental health: The gut-brain axis*. *Clin Pract.* 2017 Sep 15;7(4):987.

¹⁸ JF Cryan et al. *The Microbiota-Gut-Brain Axis*. *Physiol Rev.* 2019 Oct 1;99(4):1877-2013.



FAVORISER UNE BALANCE IDÉALE DU SYSTÈME HORMONAL

Dans une perspective de médecine intégrative, le suivi des hormones, qu'il s'agisse de la ménopause chez les femmes ou du syndrome de déficit en testostérone (andropause) chez les hommes, exige une approche collaborative et multidisciplinaire pour améliorer la qualité des soins tout en optimisant l'efficacité des interventions. Bien que le diagnostic de ces conditions soit généralement simple et régi par des critères bien définis, la gestion de ces patients peut être complexe et chronophage pour les médecins. De ce fait, il est pertinent d'explorer une répartition stratégique des responsabilités au sein des équipes soignantes.

L'intégration des pharmaciens dans cette prise en charge initiale, en tant qu'acteurs clés au sein de l'équipe interdisciplinaire, pourrait alléger considérablement le fardeau du médecin tout en maintenant un niveau élevé de soins. Lorsqu'une personne rapporte des symptômes évocateurs d'un déséquilibre hormonal, le pharmacien, en partenariat avec le médecin, pourrait initier un protocole structuré de suivi : demander les tests appropriés, interpréter les résultats, prescrire les traitements initiaux, puis assurer les suivis et les ajustements de posologie nécessaires.

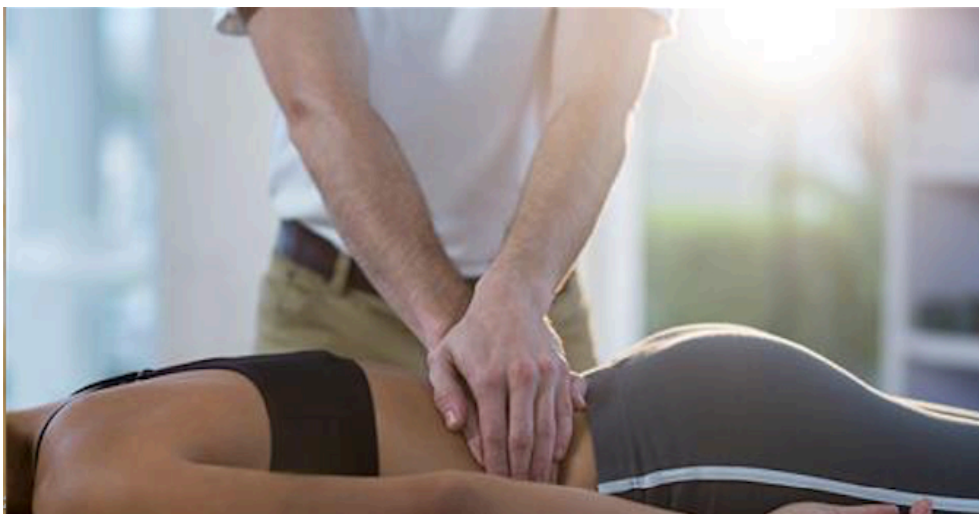
Cette collaboration fluide s'appuie sur l'expertise des pharmaciens en matière de gestion médicamenteuse et sur la capacité des médecins à intervenir dans des cas plus complexes ou lorsque des ajustements spécifiques sont nécessaires. Une telle délégation des tâches permettrait non seulement de libérer du temps pour les médecins, mais aussi d'améliorer l'accès aux soins pour les patients, en particulier ceux dont les symptômes peuvent être pris en charge efficacement dès les premières étapes.

L'approche multidisciplinaire inclurait également d'autres professionnels de la santé, comme les nutritionnistes et les spécialistes de la gestion du stress, en vue de fournir des interventions complémentaires adaptées aux besoins individuels des patients. Par exemple, la nutrition peut jouer un rôle crucial dans l'équilibre hormonal, tout comme la gestion du stress et l'activité physique, qui ont un impact significatif sur les systèmes endocriniens. Cette vision intégrative permettrait de soutenir le bien-être global du patient, tout en rendant les soins plus accessibles et coordonnés.

L'ONCOLOGIE, UN TROISIÈME EXEMPLE D'INTERVENTION MULTIDISCIPLINAIRE

Avant de discuter des enjeux touchant la santé mentale, un troisième exemple, parmi d'autres, permet de mieux appréhender comment la collaboration entre professionnels de la santé s'avère efficace pour optimiser le processus visant à soutenir et recouvrer la santé. L'effort fourni par le système de santé est intense au début, mais la prise en charge multidisciplinaire peut contribuer à réduire la pression sur l'organisation et les finances du système de santé universel en s'appuyant sur l'expertise de différents professionnels.

En effet, un(e) oncologue pourrait prescrire un traitement conventionnel comme la chimiothérapie pour traiter un cancer, tout en collaborant avec un(e)



nutritionniste pour renforcer le système immunitaire du patient à travers une alimentation comportant une densité nutritionnelle beaucoup plus riche et moins d'aliments pro-inflammatoires. Moins connu, mais offrant une contribution non-négligeable, un

acupuncteur peut contribuer à atténuer les effets secondaires liés aux traitements.

Il existe également des pratiques en massothérapie qui s'adressent spécifiquement à cette population. De même, un praticien en médecines douces ou naturopathe¹⁹ pourrait recommander des pratiques de méditation ou de gestion du stress pour améliorer le bien-être émotionnel et/ou des plantes ou suppléments nutritionnels pour traiter certains symptômes légers afin d'éviter la cascade thérapeutique pharmacologique tandis qu'un psychologue travaillerait sur l'aspect psychologique du processus de guérison.

¹⁹ Ce qui sous-entend l'urgence de légiférer cette profession dans le cadre de la réflexion quant à la Loi des professions, que les naturopathes soient désormais encadrés par un ordre professionnel ou que les autres professionnels puissent collaborer avec eux, même sans la création d'un nouvel ordre professionnel.



Cette synergie entre les professionnels est cruciale, car elle permet de traiter les multiples facettes d'une maladie, en s'attaquant aux causes profondes des symptômes (pouvant différer de personne en personne) et en favorisant une guérison durable grâce à l'adoption de comportements sains qui ont un aspect à la fois préventif et thérapeutique.



LES ENJEUX TOUCHANTS LA SANTÉ MENTALE : ÉVITER LES PIÈGES DE LA MONODISCIPLINARITÉ

Les difficultés vécues ou ressenties par de nombreuses personnes ne sont pas nouvelles, mais la crise sanitaire et la crise économique ont amplifié la vulnérabilité et la fragilité de beaucoup d'individus qui rencontrent les critères des affections psychiatriques. L'augmentation de la prévalence des troubles mentaux est continue depuis 20 ans, notamment chez les jeunes de 0 à 26 ans²⁰. Toutefois, il faudra s'assurer d'une vision intégrative des troubles mentaux en regard de l'ensemble des causes possibles qui peuvent induire les mêmes symptômes psychologiques ou psychosomatiques.

Si les outils, comme le DSM²¹, le PDM²² ou les tests psychométriques sont utiles, leur usage doit toutefois être considéré avec prudence car, comme de nombreuses études et différents reportages médiatiques l'ont illustré, les critères – souvent disponibles sur le Net – sont faciles à rencontrer. Si le concept de « urgence-conscience » peut aider le médecin à déterminer la sévérité des symptômes, il n'a pas toujours le temps nécessaire pour évaluer les différents paramètres et la qualité des déterminants de la santé mentale de ses patientes et patients. La collaboration avec d'autres professionnels de la santé (infirmières, psychologues et psychothérapeutes, sexologues, etc.) est de mise.

Par ailleurs, les CDC rassemblent de nombreux articles scientifiques et documentent comment l'accumulation d'adversités dans la vie, mais aussi le stress et l'anxiété du présent, sont des facteurs fragilisant les systèmes physiologiques et accentuant la sévérité des maladies chroniques. On peut donc difficilement séparer la « santé du corps » de la « santé du mental ». Beaucoup de personnes ont accumulés des expériences qu'ils ont vécues avec difficulté. Si, parfois, des psychotropes s'imposent pour éviter qu'une situation n'aggrave les symptômes, la collaboration avec les professionnels psychosociaux offre plusieurs ressources alternatives ou complémentaires à la médication.

²⁰ J Monzée (2024), *Op cit.*

²¹ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5* (5e éd.), Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2013

²² *Psychodynamic diagnostic manual – 2nd edition (PDM-2)*, World Psychiatry, 2015



Dans l'élargissement des responsabilités s'appuyant sur le partage de certains actes réservés, dont le pouvoir diagnostic, pour certains professionnels de la santé, il faut faire attention que chacun reste dans son champ de compétences comme nous l'avons évoqué précédemment. En d'autres mots, il serait potentiellement problématique pour le médecin que ses collègues ne fassent qu'encourager la prise de psychotropes au lieu de proposer des ressources qui font partie de leurs compétences, et ce, d'autant plus que les professionnels psychosociaux n'ont aucune formation adéquate sur les médicaments et leurs interactions, contrairement aux pharmaciens et infirmières-praticiennes.

LA COLLABORATION ENTRE MÉDECINS ET PROFESSIONNELS PSYCHOSOCIAUX PEUT CONTRIBUER À MIEUX DÉTERMINER LA DIRECTION THÉRAPEUTIQUE

La psychiatrie au sens large est une science clinique. Même si le diagnostic repose sur des indicateurs d'un trouble mental, la correspondance exacte entre l'expression (le symptôme) et l'origine neurologique (la dysfonction) n'est pas nécessairement clairement établie, et ce, même si la personne souffrante à clairement besoin d'aide, peut-être même de manière urgente.

De plus, certaines affections d'ordre purement médical ont un impact sur les sphères personnelles, familiales, professionnelles ou scolaires et sociales. Or, la version la plus récente du DSM a occulté les différents axes précédemment utilisés pour orienter l'intervention auprès d'une personne en difficulté. On peut





donc craindre que les précautions qu'imposait l'axe-3 (condition médicale), comme celles de l'axe-4 (stresseurs psychosociaux) et de l'axe-5 (aptitude à rester fonctionnel malgré les difficultés) ne soient plus prise suffisamment en considération dans le processus d'évaluation et, conséquemment, le diagnostic. À cet effet, l'INESSS se doit d'être interpellé par le Législateur en parallèle avec le partage du pouvoir psychiatrique.

Pour illustrer notre réflexion, nous allons utiliser deux troubles communs parmi la population, à savoir le TDAH et la dépression, ainsi que l'anxio-dépression, régulièrement traités avec des psychostimulants ou des antidépresseurs.

Il y aura bientôt six ans, quatre experts avaient publié des lettres ouvertes – co-signées par 45, puis 65 de leurs pairs – dans les médias pour exposer, d'une part, l'accroissement de la consommation de psychostimulants chez les mineurs et, d'autre part, des suggestions pour modérer la solution pharmacologique, notamment en rappelant que certains symptômes pouvaient avoir une origine différente qu'une problématique génétique²³. L'Association des pédiatres avait soutenu l'initiative de ces experts. Quelques mois plus tard, une commission parlementaire a essayé de mieux comprendre la problématique et suggéra des pistes pour réviser les pratiques cliniques²⁴.

Déjà en 2019, Pierre Poulin et ses co-auteurs²⁵ soulignaient que la formation en santé mentale, exception faite des psychiatres ou quelques médecins spécialisés, n'est pas assez considérée durant le parcours universitaire, et ce, même chez les pédiatres qui pourtant sont amenés à poser des diagnostics pédopsychiatriques et à proposer, voire à encourager, le recours aux psychotropes chez les enfants ou les adolescents. Cette situation, de même que l'orchestration des soins de santé (couverture d'assurance), incitent dès lors à prioriser les psychotropes²⁶.

²³ P Poulin et al., 45 pédiatres sonnent l'alarme contre le Ritalin, 31 janvier 2019; P Poulin et al., TDAH et médicaments: sommes-nous allés trop loin? Journal de Montréal, 19 février 2019; V. Labbé et al. Le TDAH et la consommation de psychostimulants et autres médicaments, mémoire à la commission de la Santé et des Services sociaux, 2019; P Poulin, TDAH: une réflexion québécoise s'impose, Journal de Montréal, 23 janvier 2023.

²⁴ Commission de la santé et des services sociaux, mandat d'initiative sur l'augmentation préoccupante de la consommation de psychostimulants chez les enfants et les jeunes en lien avec le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), Assemblée nationale du Québec, 2019.

²⁵ P Poulin et al. (2019a; 2023), Op Cit.; V Labbé et al. (2019), Op Cit.

²⁶ J Monzée (2024), op cit.



En mars dernier, un rapport exhaustif a présenté l'évolution de la consommation des psychotropes chez les 0-26 ans depuis 20 ans²⁷. Sans surprise, la prescription de médicaments pour normaliser les comportements des jeunes, mais aussi pour augmenter la performance sociale et scolaire, est en constante augmentation. Faut-il rappeler que, sans diagnostic, il ne peut pas y avoir de prescription de psychotropes, comme de tout médicament d'ailleurs? C'est ainsi que le fait d'autoriser des professionnels de la santé autre que les médecins, les pharmaciens et les infirmières, à poser un diagnostic pourrait faire en sorte d'augmenter encore plus le taux de prescription.

Si certaines affections psychiatriques semblent l'imposer de facto lorsque les symptômes sont envahissants ou que la personne représente un danger (pour elle-même ou pour autrui), il faut faire attention que l'élargissement du « pouvoir diagnostic » se fasse dans un cadre conscrit à la formation de la personne qui le pose et que ses recommandations n'accroissent pas la pression sur le prescripteur. Outre un enjeu financier pour les assurances, c'est surtout un souci d'assurer la meilleure direction possible à l'intervention thérapeutique.

En fait, le réflexe de proposer un psychotrope n'est pas toujours au service de la personne en difficulté. Pour comprendre cette affirmation, nous pouvons nous baser sur l'étude menée par Janet Currie et ses co-auteurs²⁸ pour le *National bureau of economic research* pour questionner l'éventuelle amélioration de la qualité de vie personnelle, familiale et scolaire des jeunes absorbant des psychostimulants en utilisant d'autres paramètres que les tests habituels mesurant la fréquence des comportements atypiques. Somme toute, est-ce que ces médicaments améliorent réellement les résultats éducatifs et comportementaux des enfants atteints de TDAH?

Currie et ses collaborateurs ont ainsi suivi une cohorte d'environ 16 000 enfants, principalement du Québec et de l'Ontario, afin de comparer les effets de la prise de psychostimulants en fonction des programmes sociaux particuliers. Les enfants étaient suivis dès le dépistage des difficultés familiales ou scolaires et jusqu'à l'âge de 16 ans. Ils ont été évalués par des tests neuropsychologiques de trois à sept fois durant leur participation à l'étude. Les chercheurs décrivent huit problématiques qui devraient interpeller les professionnels de la santé, les

²⁷ J Monzée (2024), *op cit.*

²⁸ J Currie et al. *Do stimulant medications improve educational and behavioral outcomes for children with ADHD?* *J Health Econ.*, 2014, vol.37, 58-69.



décideurs, les intervenants scolaires et, bien sûr, les parents. Comparant deux groupes de jeunes (recevant ou non une médication), les chercheurs ont constaté chez ceux qui étaient sous-psychostimulants :

1. plus de souffrance psychologique, alors que les enfants se disent malheureux;
2. une augmentation de l'anxiété;
3. une diminution de la qualité de la relation avec les parents, surtout chez les filles;
4. une nette diminution de la réussite scolaire alors que même si, au début, cela semble aller un peu mieux, ils constatent que, rapidement, l'apprentissage devient plus problématique qu'avant la prise de médicaments, ce qui impose une augmentation de la dose, voire une double dose (école et maison) pour rencontrer les attentes scolaires et parentales;
5. une augmentation des redoublements et une diminution de la qualité des apprentissages en mathématiques, surtout chez les garçons;
6. une augmentation du décrochage scolaire et de la marginalisation, principalement chez les garçons;
7. une augmentation des problèmes et des troubles émotionnels, surtout chez les filles;
8. une diminution des efforts des établissements en matière d'offre de soutien pédagogique.





Somme toute, la médication est une option, mais sans interventions psychosociales, elles n'auront sans doute pas les effets escomptés, condamnant le jeune à consommer des concentrations de plus en plus importantes et sur une longue période de sa vie.

Pour essayer de proposer une prise en charge multidisciplinaire, le ministre responsable des services sociaux a d'ailleurs incité la création de trois cliniques interprofessionnelles. Elles doivent servir de modèles pour la prise en charge d'enfants et d'adolescents diagnostiqués avec un TDAH.

On constate par ailleurs des enjeux similaires pour le traitement de la dépression et de l'anxio-dépression. Dans les années 2000, François Maranda²⁹, directeur du service de psychiatrie des adolescents à l'hôpital Sainte-Justine de Montréal et Suzanne Renaud³⁰, psychiatre à l'hôpital Douglas de Montréal, avaient déjà relevé l'utilité d'une collaboration entre le médecin et le psychologue ou psychothérapeute pour établir un diagnostic de dépression ou d'anxio-dépression afin de mieux circonscrire l'usage d'un psychotrope, d'une psychothérapie, d'une intervention psychosociale, d'un accompagnement pour changer ses habitudes de vie, etc.

Par exemple, Renaud relevait que neuf zones différentes pouvaient induire les mêmes symptômes. À ces zones spécifiques, s'ajoutent les conséquences de la prise d'alcool (effet dépresseur sur le comportement du consommateur) ou de cannabis (perturbateur du système nerveux, dont éventuellement un effet dépresseur) et d'autres conditions médicales comme un déséquilibre hormonal. Exception faite des risques liés à l'intensité des idées suicidaires qui imposera sans doute une intervention pharmacologique préventive, il est donc précieux de prendre le temps, lors d'échanges avec la personne en difficulté, d'évaluer parcimonieusement les contextes facilitant son autonomie et ceux qui augmentent les difficultés, les habitudes de vie, le réseau familial et social, les défis professionnels, etc.

Selon la cause des symptômes et les nuances nécessaires pour bien circonscrire les réels besoins de la personne affectée, le diagnostic différencié permet d'orienter la direction thérapeutique et offrir les pistes d'interventions

²⁹ T. Chouinard, *Le Prozac en hausse chez les ados*, Cyberpresse, 16 juillet 2008

³⁰ S. Renaud, *De l'utilité des neurosciences dans la compréhension de la psychothérapie de la dépression*, in Joël Monzée (dir.), *Neurosciences et psychothérapie*, Montréal, Éds Liber, 2009, pages 81-101.



thérapeutiques à privilégier. Or le processus d'évaluation peut paraître lent ou, tout du moins, impossible à réaliser pour un médecin de famille ou un pédiatre en raison du temps imparti pour chaque personne rencontrant ce type de difficultés. Que le diagnostic soit posé éventuellement par une thérapeute non-médecin ne semble pas nécessairement un problème. Au contraire.

Il faut savoir que l'INESSS encourage les processus de diagnostic différencié pour évaluer et orienter la direction thérapeutique, mais que l'organisation des soins fait en sorte que le médecin ne dispose pas des ressources pour agir selon les règles de l'art. La collaboration interprofessionnelle est dès lors précieuse pour les patients, car le professionnel de la santé (psychologue, sexologue, conseiller en orientation, infirmière praticienne, etc.) peut orienter la direction thérapeutique vers des moyens psychosociaux ou des transformations d'habitudes de vie ou d'environnement social et professionnel, sans nécessairement recourir à la médication sauf si le médecin la juge nécessaire pour stabiliser le patient. Le médecin pourra en discuter avec la personne, mais

les solutions non-invasives seront abordées par le thérapeute.

EST-CE QU'UN TEST PSYCHOMÉTRIQUE EST PRÉFÉRABLE À UNE ÉVALUATION DIFFÉRENTIELLE?

Depuis quelques années, une confusion est habilement entretenue pour donner plus de validité aux tests psychométriques que certains neuropsychologues utilisent pour mesurer la fréquence

de comportements associés aux critères des troubles mentaux. Si ces critères paraissent essentiels en première ligne si une situation d'urgence est manifeste, ils ne sont pas toujours utilisés d'une manière adéquate tant sur le plan tant clinique qu'éthique et conduisent l'usage d'un traitement pharmacologique qui pourrait s'avérer problématique³¹.

³¹ KR Foster, *Engineering the brain*, in J Illes (dir.), *Neuroethics: Defining the issues in theory, practice and policy*, Oxford, Oxford University Press, 2005, 185-199; F. Gonon, *L'hypothèse dopaminergique du TDAH : faits, interprétations, conséquences*, in *Le Collectif pas de 0 de conduite, Enfants turbulents : l'enfer est-il pavé de bonnes préventions*, Paris, Éditions Eres, 2008,



En ce qui concerne l'évaluation du TDAH, une première étude française – désormais relayée par les instances gouvernementales françaises – et une seconde étude, cette fois québécoise, montrent que les tests communément utilisés en Amérique du Nord comme en Europe ne sont pas assez sensibles pour distinguer la cause des symptômes trop souvent attribués, selon la théorie dominante, à savoir que c'est un trouble neurodéveloppemental d'origine génétique³². Si la situation est pire au Québec qu'en Europe puisque la prescription de psychostimulants est trois à quatre fois plus élevée, alors que la prévalence est également nettement supérieure aux données internationales et même aux données publiées par l'INESSS³³, on peut estimer que les procédures d'évaluation psychométrique ne permettent pas de cibler la cause du trouble observé. Le risque est alors de se tromper de direction thérapeutique, donc de ne pas répondre aux besoins réels de la personne suspectée d'avoir un TDAH.

En fait, un test psychométrique est, dans la majorité du temps, une mesure ponctuelle d'un certain nombre de comportements associés aux critères diagnostics d'un trouble neuropsychologique comme le TDAH. Lors de leur mise au point, les chercheurs créent de groupes qui sont très caractéristiques avec des critères d'inclusion et d'exclusion très sévères. Ils en dégagent ainsi une validité indéniable dans les conditions expérimentales. Toutefois, l'expérience humaine se caractérise par de nombreuses nuances qui ne sont pas nécessairement prise en considération lorsqu'un clinicien utilise le test. Somme toute, sa validité et sa fiabilité sont altérées, et ce, d'autant plus si les conditions de la passation ne respectent pas celles dictées par la recherche, alors que ce contexte peut influencer sur la qualité des mesures prises.

131-155; J. Ph. Vaillancourt, *L'origine neurologique du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité: fait ou hypothèse?* *Revue québécoise de psychologie*, 2012, vol.33(1), 253-270; J Monzee, *Evolution of psychotropic medication prescription in young people : reflection from the Quebec experience*, *Psychother Psychosom* (2024, sous-presse).

³² S Ponnou et B Thomé, *ADHD diagnosis and methylphenidate consumption in children and adolescents: A systematic analysis of health databases in France over the period 2010-2019*. *Frontiers in Psychiatry*, 2022, vol.13, 957242; HCFEA, *Quand les enfants vont mal, comment les aider?* *Conseil de l'enfance et de l'adolescence*, 2023; J Haeck et al., *Surdiagnostic du TDAH au Québec: impact de l'âge d'entrée à l'école, différences régionales et coûts sociaux et économiques, rapport de projet*, CIRANO, 2023.

³³ INESSS, *Portrait des services psychosociaux utilisés dans le traitement du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Québécois de moins de 25 ans, 2017*; MSSS-MEES, *Protocole : trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) – Démarche concertée du cheminement clinique pour l'évaluation et l'intervention interdisciplinaires et intersectorielles MSSS-MEES auprès des jeunes d'âge scolaire et leur famille, 2019*.

De plus, ce test ne mesure que la fréquence d'un comportement ou d'une série d'indices associés à un trouble mental, mais il ne peut pas déterminer la zone exacte qui origine celui-ci chez les patients évalués. Également, il est passé dans des conditions qui n'ont jamais été testées scientifiquement, et ce, malgré la rigueur du neuropsychologue. De plus, aucun d'entre eux n'aborder la qualité du sommeil ou les habitudes de vie en général, la quantité d'eau bue durant la journée, la manière de respirer, le temps d'écran, les conflits relationnels, etc. Ils concluent éventuellement à la présence d'un trouble neurologique, sans pour autant évaluer l'ensemble des facteurs qui, individuellement ou collectivement, peuvent contribuer à déclencher des symptômes ou à complexifier un tableau clinique. Somme toute, le test est un outil, mais il n'est pas une « bulle pontificale »³⁴.

Par ailleurs, l'apport des parents ou de l'enseignant, dans le cadre de l'évaluation d'un TDAH, par exemple avec le *Conners*³⁵, est une donnée intéressante pour effectuer un diagnostic différentiel, mais ne devrait pas être

considéré avec autant de poids puisque ces adultes n'ont aucune objectivité quant au comportement de l'enfant ou de l'adolescent.

La validité clinique des tests psychométriques est un enjeu de taille, car ils soutiennent un modèle d'affaires en vogue ces dernières années. Il y a, en outre, un conflit permanent entre « la perspective scientifique qui remet en question les connaissances ou les pratiques »

et la « perception de nuire à la corporation et de créer un doute dans le public », comme en témoignent les comptes-rendus du jugement condamnant une neuropsychologue – Marianne Bélanger, experte de l'évaluation du Haut-potentiel intellectuel – lors d'un récent conseil de discipline pour avoir

³⁴ Une bulle pontificale désigne une manière de sceller un acte du pape. Le document et la décision ne peuvent être remis en question.

³⁵ <https://www.pearsonclinical.ca/store/caassessments/en/Store/Professional-Assessments/Behavior/Interventions/Conners-Troisieme-edition/p/P100008373.html>



transgresser les règles dans l'évaluation de la double exceptionnalité dans cinq dossiers cliniques³⁶.

Cela ne veut pas dire qu'un test psychométrique ne peut pas être utiles, mais qu'ils doivent être contextualisés cliniquement et scientifiquement³⁷. En effet, les critères diagnostiques en santé mentale sont des consensus, mais ne sont que des conventions, alors qu'ils ne relèvent pas toujours d'un dysfonctionnement neurologique. Si une série de comportements peuvent conduire le médecin à prescrire un psychotrope pour tempérer les symptômes envahissants lorsqu'ils représentent un danger clair et immédiat pour la personne ou son entourage, comme c'est le cas dans certaines formes de dépression ou de psychoses, il faut faire attention de ne pas faire dire au test neuropsychologique ce qu'il ne peut pas dire.

LA COLLABORATION EST PERTURBÉE PAR DES PHÉNOMÈNES CORPORATISTES³⁸

Certains parents d'élèves et des étudiants universitaires sont tentés par le recours aux psychotropes, surtout les psychostimulants, pour des fins de performance scolaire : obtention de notes élevées, accès aux programmes contingentés, augmentation des chances d'obtenir une bourse d'excellence, etc. Ajoutons également les enjeux narcissiques d'une carrière prometteuse pour certains. Est-ce que, dans de telles circonstances, la frontière entre le thérapeutique et le dopage cognitif ne pourrait pas être franchie?

Malheureusement, d'autres enjeux sont également en train de perturber le monde clinique. Ils représentent un angle mort qui n'a jamais reçu d'éclairage particulier. En fait, être assis entre deux chaises n'est jamais confortable. Pour personne. Or, c'est la réalité de nombreux psychologues agissant dans le milieu

³⁶ *Psychologues (Ordre professionnel des) c. Bélanger, 2023 QCCDPSY 8, No: 33-21-00560, 22 juin 2023; Psychologues (Ordre professionnel des) c. Bélanger, 2023 QCCDPSY 15, No: 33-21-00560, 22 novembre 2023; ME Cousineau, Radiation d'un mois pour la neuropsychologue Marianne Bélanger [https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2024-08-15/radiation-d-un-mois-pour-la-neuropsychologue-marianne-belanger.php].*

³⁷ Pour plus de détails sur cette problématique, consultez : <https://joelmonzee.com/questionnements-et-conseils-en-regard-des-evaluations-en-neuropsychologie/>

³⁸ Attention! Certains paragraphes de cette section critiquent des dynamiques induites par des personnalités influentes de la corporation et des lobbies. Cela ne veut pas dire qu'ils représentent la pensée des membres de leur ordre professionnel. En revanche, le nombre de situations rapportées laisse suspecter une augmentation ces dernières années leur récurrence d'une manière suffisamment importante pour que cette problématique soit considérée par le Législateur.



scolaire. Ils sont à proximité autant des élèves présentant des difficultés d'apprentissage ou de comportement³⁹ que d'enseignants qui désirent une solution aussi rapide que possible pour solutionner ces difficultés, alors que le nombre d'élèves reconnus comme « élèves handicapés ou en difficultés d'adaptation ou d'apprentissage » peut apporter un allègement de la tâche (dans les écoles publiques) ou une rémunération complémentaire (dans certaines écoles privées) et qu'une médication psychostimulante permet à ces élèves de mieux rencontrer les standards attendus (dans toutes les écoles).

L'expérience de supervision clinique et de formation continue du personnel psychosocial en milieu scolaire a permis de constater, bien qu'il n'existe aucune statistique, que les psychologues scolaires subissent parfois de larges pressions pour que l'évaluation des difficultés scolaires soit congruente avec les attentes des enseignants impliqués. Si, en plus, leurs conclusions signalent qu'une médication pourrait être envisagée, la pression sur le médecin – exercée par des parents démunis face à la situation scolaire de leur enfant – contribuerait à donner un médicament qui n'est pas nécessairement l'option à privilégier.

C'est ainsi que l'élargissement du pouvoir diagnostique des troubles mentaux doit donc aller de pair avec l'interdiction d'encourager – parmi les mesures proposées dans les conclusions du rapport – la prise de médication, car les parents se retrouvent dès lors avec une augmentation de la pression à céder aux demandes, parfois légitimes, mais problématiques sur le plan éthique, de l'équipe scolaire, alors que des stratégies éducatives ou psychosociales seraient privilégiées par la famille. Cette situation est d'autant plus délicate lorsque les parents sont séparés et qu'ils n'ont pas la même lecture des besoins de leur enfant ou de leur adolescent.

Le Législateur doit donc mettre en place des procédures protégeant l'intégrité des élèves vivant de telles situations, car il n'est pas sûr que l'intérêt supérieur de ceux-ci soit respecté.

³⁹ Ces élèves sont généralement connus sous le sigle EHDAA, soit élèves handicapés ou en difficultés d'adaptation ou d'apprentissage (https://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/19-7065.pdf)



LA LIMITATION DE L'EXPERTISE DES PSYCHOTHÉRAPEUTES NON-PSYCHOLOGUES

Historiquement, la psychothérapie était un acte médical. Dans le courant du XX^e siècle, de nouvelles professions ont émergé, dont les psychologues, les psychoéducateurs, les sexologues, les travailleurs sociaux, etc. Ceux-ci ont naturellement posé divers actes inclus dans la psychothérapie ou s'apparentant à celle-ci. Ces interventions étaient peu réglementées, ce qui pouvait devenir problématique si des personnes insuffisamment formées accompagnaient des patients vulnérables ou affectés par des conditions psychiatriques ou des troubles mentaux envahissants. Bien sûr, il existait différents ordres professionnels, mais la pratique psychothérapeutique n'était pas définie comme un acte réservé. Inquiets des conséquences désastreuses que cela a eu pour plusieurs citoyens, les gouvernements des pays occidentaux ont commencé à légiférer cette pratique.

Au Québec, la Loi sur la psychothérapie établit, en 2012, que le droit de pratique serait partagé par les membres en règle de huit ordres professionnels, ainsi que trois groupes de cliniciens non-affiliés à un ordre, mais jugés – par l'Office des professions – comme compétents, dénommés légalement comme des « professionnels compétents, mais non-affilié (à un ordre professionnel) » (PCNA).



S'inspirant de la Loi sur la psychothérapie, l'Office des professions dictait quatre règles précises dans la pratique de la psychothérapie : « 1^o établir un processus interactionnel structuré avec le client; 2^o procéder à une évaluation initiale rigoureuse; 3^o appliquer des modalités thérapeutiques basées sur la communication; 4^o s'appuyer sur des modèles théoriques scientifiquement reconnus et sur des méthodes d'intervention validées qui respectent la dignité humaine. »⁴⁰

⁴⁰ <https://www.opq.gouv.qc.ca/santementalerelationshumaines/domaine-de-la-sante-mentale-et-des-relations-humaines-projet-de-loi-21>



Par ailleurs, l'Ordre des psychologues du Québec précise que la « *définition de la psychothérapie permet de la distinguer d'autres formes d'intervention qui ne sont pas réservées par le projet de loi, comme la rencontre d'accompagnement, la relation d'aide, l'intervention familiale, l'éducation psychologique, la réadaptation psychosociale, la réadaptation psychiatrique, le suivi psychiatrique et le counseling.* »⁴¹

Si le Collège des médecins allait encadrer ses membres, c'est l'Ordre des psychologues qui était chargé d'émettre, ou de suspendre, le permis de pratique pour ses affiliés, mais aussi ceux des six autres ordres concernés, ainsi que les trois groupes de PCNA. D'un point de vue théorique, la logique administrative était acceptable et fonctionne relativement bien depuis douze ans.

En revanche, cela a créé une onde de chocs dans la corporation des psychologues : certains y voyaient une atteinte à leur identité professionnelle. En outre, la reconnaissance par droits acquis des PCNA fait l'objet de frustrations pour plusieurs psychologues. Ce que peu de personnes savent aujourd'hui, c'est que les trois groupes en question avaient pris le temps de bien cerner ce qu'était la psychothérapie, et ce, contrairement à la corporation des psychologues. D'ailleurs, l'Office des professions s'est basé sur neuf des dix critères d'admissibilités de la Société québécoise des psychothérapeutes professionnels (SQPP)⁴² pour mieux cerner les critères permettant de définir qui est potentiellement apte, ou non, à pratiquer la psychothérapie.

Le dixième critère – la nécessité d'avoir fait soi-même une psychothérapie pour s'assurer de traiter les patients sans risque de confusion avec sa propre expérience de vie – a été refusé par certains ordres, et ce, même s'il est une pierre angulaire majeure pour les trois regroupements de cliniciens professionnels (les membres de la SQPP et les psychanalystes). Ce refus pose un problème sur le plan éthique puisqu'on peut se demander comment un psychothérapeute qui n'a pas effectué un travail sur lui-même peut naviguer adéquatement dans l'histoire d'une personne, ne pas confondre ses enjeux personnels avec ceux des personnes traitées et s'assurer d'effectuer un travail thérapeutique efficient s'il n'en connaît pas les forces et résistances naturelles?

⁴¹ <https://www.ordrepsy.qc.ca/>

⁴² La SQPP est devenue, depuis, l'Association des psychothérapeutes du Québec.



Depuis 2012, les représentations de certains groupes ont exercé des pressions sur l'Ordre des psychologues, amenant – intentionnellement ou non – celui-ci à aller plus loin que la Loi. Sans égard aux compétences réelles des psychothérapeutes (qui peuvent être inégales, mais qui ne sont pas vérifiées formellement) ou au deuxième point de la définition de l'acte psychothérapeutique, l'évaluation des troubles mentaux s'est vue interdite à la grande majorité des psychothérapeutes⁴³.

Or, comment peut-on établir un plan de traitement et s'assurer que la direction thérapeutique est bien orientée sans faire une évaluation des aptitudes mentales qui s'apparente à une évaluation des troubles mentaux? Pire, de nombreux cas ont été rapportés dans lesquels le Syndic de l'Ordre des psychologues s'est comporté de manière regrettable, vexatoire ou abusive quand le psychothérapeute utilise certains mots dans ses notes ou dans ses

recommandations lorsque, par exemple, il écrit à la demande des parents à l'école de leur enfant ou complète un formulaire comme ceux de l'IVAC ou d'une assurance.

Force est de constater que l'idée de la protection du public peut, malheureusement, s'égarer au départ de croyances qui renforcent des idées corporatives, ce qui est encore plus regrettable

quand aucun mécanisme de régulation externe n'existe pour recadrer le travail des membres du Syndic.

D'autres décisions de l'Ordre des psychologues sont également à questionner, alors que la protection du public est sa seule et unique mission. Or, les psychologues disposaient d'une exemption pour faire payer les taxes aux patients, alors qu'il a fallu attendre 2024 – et des actions posées notamment par l'Association des psychothérapeutes, mais sans (du moins pas à notre

⁴³ Certaines exceptions ont été accordées, mais la période de dépôt du dossier était réduite à trois mois, curieusement annoncée durant l'été 2012.



connaissance) – pour les gouvernements reconnaissent le même statut aux détenteurs du permis de psychothérapie.

Ce deuxième dossier, auquel on pourrait ajouter l'ambiguïté en regard de la reconnaissance formelle par les assureurs, alors que nous pourrions citer d'autres exemples comme l'occultation des limites cliniques des tests psychométriques, montre l'ambivalence de l'Ordre des psychologues qui apparaît en difficulté face aux défis de la corporation et face aux psychothérapeutes-non-psychologues, alors que sa mission vise à protéger le public et non pas de protéger la corporation.

Il faut rappeler que l'Office des professions a confié à l'Ordre des psychologues le soin d'octroyer les permis de psychothérapeute pour sept ordres professionnels et que le Syndic s'assure de la protection du public. Dans ce contexte, ce sont les PCNA qui sont le plus souvent en situation difficile lorsqu'une enquête, aussi légitime soit-elle, est ouverte. Une question se pose : est-ce qu'il est encore approprié que cet ordre professionnel ait la charge de tous les psychothérapeutes (hormis les médecins), compte-tenu que les autres ordres peuvent désormais s'appuyer sur douze ans d'expérience, alors que les stratégies et plans de traitement peuvent diverger d'une profession à l'autre sans que le public ne soit en danger?

Considérant nos inquiétudes, nous ne pouvons que remercier le Législateur de considérer non seulement les psychologues, mais aussi les sexologues ou les conseillers en orientations pour l'octroi du pouvoir diagnostique de certains troubles. Toutefois, nous inviterions la ministre à confier le mandat à l'Office des professions et à l'INESSS pour, d'une part, s'interroger sur la validité des tests psychométriques tels que pratiqués au Québec et, d'autre part, redéfinir clairement les règles de l'art de l'évaluation des troubles mentaux pour que la pratique puisse être cohérente avec la législation, ainsi que de s'assurer que des intérêts corporatistes ne nuisent pas à la qualité des services psychothérapeutiques.

Cette recommandation est d'autant plus importante que la situation pourrait être dramatiquement amplifiée dans les prochaines années. Premièrement, la collaboration interprofessionnelle pourrait être affectée si les impressions cliniques de l'ensemble des psychothérapeutes ne peuvent pas être considérées pour établir un jugement clinique qui aiderait le médecin à mieux



comprendre les sources des symptômes pour déterminer la pertinence d'une médication ou la priorisation de stratégies thérapeutiques non-invasives.

Deuxièmement, des personnalités publiques, comme le neuropsychologue Benoît Hammarrenger⁴⁴, ont déjà déclaré lors d'interventions médiatiques qu'elles seraient prêtes à prescrire des psychotropes sur la base des résultats de tests psychométriques. Or, comme le décrivait le philosophe Jean Fourastié, il y a plusieurs sortes d'ignorance, dont l'ignorance savante (on sait qu'on ne sait pas tout) et l'ignorance commune (on ne sait même pas qu'on ne sait pas tout). En fait, la formation de neuropsychologue n'est en aucun cas comparable à celle des pharmaciens ou des infirmières-cliniciennes en ce qui concerne le monde de la pharmacopée et des interactions médicamenteuses. Il faudra donc que le Législateur s'assure – sur le long terme – de bien circonscrire les règles en matière de recommandation ou de prescription de psychotropes.

Troisièmement, l'octroi du permis de psychologue impose désormais un doctorat clinique ou un doctorat de recherche, après un premier cycle en psychologie. La maîtrise est désormais incluse dans la formation doctorale et les étudiants sont exposés au monde de la recherche d'une manière plus complète. Le problème, c'est que les professeurs universitaires sont incapables de suivre suffisamment d'étudiants pour maintenir un nombre de cliniciens en adéquation avec les besoins de la population.

C'est ainsi que les universités québécoises encouragent vivement la ministre de l'Enseignement supérieur, Mme Pascale Déry, à créer une nouvelle formation pour les « recallés » entre le premier et le troisième cycle de la formation des psychologues. L'idée qui est actuellement étudiée est de créer une formation de niveau maîtrise, mais ces psychothérapeutes seront-ils des psychologues de plein droit, seront-ils transférés vers d'autres professions, comme la psychoéducation, ou n'appartiendront-ils à aucun ordre professionnel?

Si le troisième cas de figure s'exerce, ces psychothérapeutes viendront gonfler le nombre de PCNA. Ils seraient dès lors très vulnérables, car ils seraient assis entre deux chaises, dont l'une leur voue confiance pour assurer une pratique clinique reconnue, mais l'autre inspirerait le doute, puisque non-accrédité par

⁴⁴ Intervention dans l'émission quotidienne de « On va se le dire » durant la saison 2019-2020 de Radio-Canada.



un ordre professionnel comme constaté depuis l'adoption de la Loi sur la psychothérapie. Par exemple, la majorité des plans d'assurance privés ne considèrent pas leurs services, ce qui réduira l'accessibilité. Par ailleurs, le Syndic de l'Ordre des psychologues risque de les regarder comme des sous-professionnels et, enquêtant hors mandat, pourrait exercer une pression plus corporative que d'assurer la sécurité du public, comme préalablement décrit.





NOTICES BIOGRAPHIQUES

JOËL MONZÉE, NEUROSCIENTIFIQUE ET ÉTHICIEN

Titulaire d'un doctorat en neurosciences réalisé à la Faculté médecine de l'université de Montréal, Joël Monzée dispose d'une formation multidisciplinaire dans les domaines de la pédagogie, de la psychologie et de la psychomotricité. Il a, en outre, réalisé un post-doctorat au Laboratoire d'éthique publique de l'École nationale d'administration publique afin de mieux cerner les risques pour l'individu ou la collectivité de l'usage des biotechnologies, dont les médicaments et le génie-génétique. Après avoir été professeur associé à la Faculté d'Éducation de l'UQAM, il a migré vers la Faculté de Médecine et des Sciences de la santé de l'université de Sherbrooke. Fondateur de l'Institut du développement de l'enfant et de la famille, il a pratiqué la psychothérapie jusqu'en 2022. Depuis plus de vingt ans, il supervise des professionnels de la santé et anime des formations continues en faisant des ponts entre les neurosciences et la psychologie auprès des intervenants dans le monde de l'Éducation et les milieux de la santé. Auteur de onze livres, il a également contribué à divers collectifs et articles scientifiques, cliniques ou pédagogiques. Enfin, son implication au sein de fédérations étudiantes, de Force jeunesse et de comités ministériels l'a amené à rédiger ou corédigé près d'une vingtaine d'avis au gouvernement depuis 1999.

ANNE-ISABELLE DIONNE, MÉDECIN

Anne-Isabelle Dionne est médecin omnipraticienne. Elle a pratiqué à temps plein aux soins intensifs ainsi qu'en GMF. Passionnée de santé, elle a fondé en 2018 l'OBNL Centre Axis dans le but de créer un espace sécuritaire et bien encadré pour les patients désirant reprendre le pouvoir sur leur santé par le biais de l'intégration de saines habitudes de vie, tout en étant accompagnés de façon bienveillante par des professionnels de la santé qualifiés dans une perspective de contrôle, voire de renversement de leur maladie chronique. Certifiée en médecine fonctionnelle par l'*Institute for functional medicine*, elle croit fermement que la médecine de demain passe par la considération de l'individu dans sa globalité en lui donnant les outils lui permettant d'optimiser la santé plutôt que de seulement traiter la maladie. Selon Dre Dionne, devenir souverain de sa santé en reprenant le pouvoir de tous ses modulateurs avec un encadrement approprié est la voie du bien-être et de la longévité!



JEAN-YVES DIONNE, PHARMACIEN

Jean-Yves Dionne est pharmacien, formateur, consultant clinique et conseiller scientifique en produits de santé naturels (PSN). Depuis plus de 25 ans, il est reconnu comme expert en PSN par les médias et par de nombreuses organisations professionnelles dans le domaine de la santé. Conférencier international, Jean-Yves se démarque par sa capacité à vulgariser et à intégrer différentes approches afin de les transmettre en conseils concrets, pratiques et réalistes. Il enseigne à l'Université de Montréal et à l'Université Laval. Fondateur de l'Académie de l'Apothicaire, il offre aux professionnels de la santé des formations cliniques et indépendantes sur les produits de santé naturels. Depuis le printemps 2020, il propose également des conférences pour tous, les Concentrés de Santé. Auteur ou co-auteur de plusieurs livres dont le bestseller *Bon Stress, Bad Stress*, son blogue *Franchement santé* attire chaque année des centaines de milliers de lecteurs du monde entier. Depuis quelques années, il est porte-parole de Baluchon Alzheimer, un organisme dédié aux proches aidants. Il a également contribué à l'étude sur l'évolution du taux de prescription de psychotropes chez les jeunes (2024).

VALÉRIE LABBÉ, PÉDIATRE

Diplômée en médecine de l'Université Laval, Valérie Labbé a effectué sa résidence en pédiatrie au CHUS Fleurimont à Sherbrooke. Elle s'intéresse particulièrement aux enjeux de santé mentale chez les jeunes. Régulièrement interpellée dans les médias, elle s'inquiète de la sur-médicalisation autant chez les enfants ayant un diagnostic de TDAH que chez ceux souffrant d'anxiété. En 2019, elle a fait partie du groupe de pédiatres qui, avec Joël Monzée, s'est prononcé sur le taux de prescriptions de psychostimulants chez les mineurs, ce qui a déclenché une commission parlementaire d'enquête couvrant ce sujet et une réflexion au sein de l'Association des pédiatres du Québec. Elle a également contribué à l'étude sur l'évolution du taux de prescription de psychotropes chez les jeunes (2024).



PRINCIPALES RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 (5e éd.), Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2013.

M Beidelschies et al. Association of the Functional Medicine Model of Care With Patient-Reported Health-Related Quality-of-Life Outcomes, JAMA Netw Open. 2019;2(10):e1914017.

BCK Choi et AWP Pak, Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness, Clin Invest Med, 2006, Vol.29(6):351-64.

T. Chouinard, Le Prozac en hausse chez les ados, Cyberpresse, 16 juillet 2008.

Commission de la santé et des services sociaux, mandat d'initiative sur l'augmentation préoccupante de la consommation de psychostimulants chez les enfants et les jeunes en lien avec le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), Assemblée nationale du Québec, 2019.

ME Cousineau, Radiation d'un mois pour la neuropsychologue Marianne Bélanger [<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2024-08-15/radiation-d-un-mois-pour-la-neuropsychologue-marianne-belanger.php>].

J Currie et al. Do stimulant medications improve educational and behavioral outcomes for children with ADHD? J Health Econ., 2014, vol.37, 58-69.

KR Foster, Engineering the brain, in J Illes (dir.), Neuroethics: Defining the issues in theory, practice and policy, Oxford, Oxford University Press, 2005, 185-199.

F. Gonon, L'hypothèse dopaminergique du TDAH : faits, interprétations, conséquences, in Le Collectif pas de 0 de conduite, Enfants turbulents : l'enfer est-il pavé de bonnes préventions, Paris, Éditions Eres, 2008, 131-155.

J Haeck et al., Surdiagnostic du TDAH au Québec: impact de l'âge d'entrée à l'école, différences régionales et coûts sociaux et économiques, rapport de projet, CIRANO, 2023.



HCFEA, Quand les enfants vont mal, comment les aider? Conseil de l'enfance et de l'adolescence, 2023

INESSS, Portrait des services psychosociaux utilisés dans le traitement du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Québécois de moins de 25 ans, 2017

B. Kligler et al., Core Competencies in Integrative Medicine for Medical School Curricula: A Proposal. Academic Medicine. Special Themes: Educating for Competencies 2004, 79(6), 521-31; National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) / National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services. CAM Basics – What is CAM?;

V. Labbé et al. Le TDAH et la consommation de psychostimulants et autres médicaments, mémoire à la commission de la Santé et des Services sociaux, 2019.

J Monzée, L'usage immodéré des psychotropes chez les jeunes de 0 à 26 ans au québec: quel avenir pour les jeunes générations?, ODEF, 2024.

J Monzee, Evolution of psychotropic medication prescription in young people : reflection from the Quebec experience, Psychother Psychosom; 2024, octobre: 1-7.

MSSS-MEES, Protocole : trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) – Démarche concertée du cheminement clinique pour l'évaluation et l'intervention interdisciplinaires et intersectorielles MSSS-MEES auprès des jeunes d'âge scolaire et leur famille, 2019..

M Payette, Interdisciplinarité : clarification des concepts, Interactions, 2001, Vol.5(1),19-34.

S Ponnou et B Thomé, ADHD diagnosis and methylphenidate consumption in children and adolescents: A systematic analysis of health databases in France over the period 2010-2019. Frontiers in Psychiatry, 2022, vol.13, 957242.



P Poulin et al., 45 pédiatres sonnent l'alarme contre le Ritalin, 31 janvier 2019; P Poulin et al., TDAH et médicaments: sommes-nous allés trop loin ? Journal de Montréal, 19 février 2019.

P Poulin, TDAH: une réflexion québécoise s'impose, Journal de Montréal, 23 janvier 2023.

Psychodynamic diagnostic manual – 2nd edition (PDM-2), World Psychiatry, 2015.

Psychologues (Ordre professionnel des) c. Bélanger, 2023 QCCDPSY 8, No: 33-21-00560, 22 juin 2023; Psychologues (Ordre professionnel des) c. Bélanger, 2023 QCCDPSY 15, No: 33-21-00560, 22 novembre 2023.

D. Rakel (dir.), Integrative Medicine (2e édition), Elsevier, Philadelphie, 2007;

S Renaud, De l'utilité des neurosciences dans la compréhension de la psychothérapie de la dépression, in Joël Monzée (dir.), Neurosciences et psychothérapie, Montréal, Éds Liber, 2009, pages 81-101.

R. Snyderman et A. Weil, Integrative Medicine: Bringing Medicine Back to Its Roots, Arch Intern Med, 2002, vol. 162, 395-397.

J. Ph. Vaillancourt, L'origine neurologique du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité: fait ou hypothèse? Revue québécoise de psychologie, 2012, vol.33(1), 253-270.



UN PAS ESSENTIEL VERS LA TRANSDISCIPLINARITÉ

**Joël Monzée, Anne-Isabelle Dionne,
Jean-Yves Dionne et Valérie Labbé**

Ce mémoire a été déposé à Me Sonia Lebel, ministre responsable de l'Administration gouvernementale et présidente du Conseil du trésor, dans le cadre des consultations entourant le PL67.

Il a également été transmis à Dr Lionel Carmant, ministre responsable des Services sociaux (ainsi que des initiatives et des programmes en santé mentale), ainsi qu'à Mme Pascale Déry, ministre des Études supérieures.

**© 2024 – Monzée, Dionne, Dionne et Labbé.
Institut du développement de l'enfant et de la famille**

Tout droit réservé, mais une reproduction partielle est autorisée si la source est clairement mentionnée. L'analyse critique présentée dans ce document engage uniquement les auteurs. Il est à souligner que leur implication est entièrement bénévole, alors qu'ils ne présentent aucun conflit d'intérêts directs ou indirects.

