

Théories et clinique des patients difficiles selon les professionnels de la santé mentale

*Sébastien Bouchard**

*Grégoire Tremblay***

*Yves Lecomte****

* Psychologue, Clinique des troubles relationnels de Québec, Québec.

** Psychologue, Hôpital général du Lakeshore, Montréal.

*** Psychologue et professeur, programme de DESS en santé mentale, TÉLUQ.





Qui aurait besoin de pitié, sinon ceux
qui n'ont de compassion de personne.

ALBERT CAMUS

Au Québec, les vingt dernières années ont donné lieu à une profonde mutation des pratiques en santé mentale. La professionnalisation des services de santé mentale, le virage ambulatoire, le développement de la recherche en neurosciences et la montée en flèche de l'influence des modèles d'intervention basés sur les données probantes sont en grande partie responsables de ces profondes transformations. Celles-ci ont eu comme conséquences positives l'amélioration de l'accessibilité à des services de meilleure qualité et l'augmentation de leur efficacité. Or, malgré des investissements importants dans les services de santé mentale et les exigences croissantes de formation pour les professionnels de ce secteur, il existera toujours, dans la pratique, des cas de personnes présentant un problème de santé mentale ne semblant pas répondre favorablement aux meilleures intentions des intervenants les mieux outillés. D'après certains observateurs, le nombre de patients qualifiés de difficiles à traiter dans le réseau de la santé mentale représenterait entre 15 % et 30 % de la population clinique (Schafer et Nowlis, 1998; Jackson et Koekkoek, 1999). Jackson et Koekkoek (1999) quant à eux suggèrent qu'environ le sixième des patients sont perçus comme difficiles par leur médecin en clinique externe.

L'étiquetage du patient comme étant difficile est le plus souvent le reflet d'un processus plus ou moins conscient de la part de l'intervenant. Typiquement, après une période plus ou moins longue de suivi, l'évolution du patient difficile stagne et ses problèmes se chronicisent lentement, mais sûrement. Parmi ces cas, et c'est un sujet relativement tabou et peu documenté, certains patients présenteront

des réactions négatives aux approches pourtant réputées efficaces et verront en fait leur état se détériorer alors que l'on croyait être en train de les aider : accroissement de la détresse, idéations suicidaires, repli massif sur soi, régression, abus de substances, dépendance infantile aux intervenants, agressions envers le personnel, etc. De leur côté, les intervenants engagés dans ce type de suivi en viennent souvent à se sentir amers et découragés. Comme nous le verrons plus loin, ceux-ci adopteront différentes théories explicatives pour donner un sens à leur impuissance et à leur constat d'échec. Selon les contextes cliniques et les allégeances théoriques de chacun, ces cas sont nommés de diverses façons. Un survol de la documentation nous a permis de constater la panoplie de qualificatifs attribués à ces patients. On dit d'eux qu'ils sont des cas, des troubles ou des patients¹ : difficiles, complexes, à problèmes, non répondants, chroniques, sévères et persistants, réfractaires au traitement, résistants au traitement ou à défi². Une recension de la documentation disponible sur le sujet montre bien que la théorisation de la problématique des cas difficiles et les avenues d'interventions possibles auprès de cette clientèle préoccupent nombre d'auteurs et de cliniciens. Le nombre d'articles et de chapitres de livres traitant de ce sujet est impressionnant.

Des dizaines d'articles comportent le terme *difficult patient*, sans compter les centaines d'autres utilisant les termes connexes que nous venons d'énumérer. Nous nous sommes inspirés des écrits sur divers types de professions de la santé (infirmières, médecins généralistes, psychiatres, psychothérapeutes et psychologues) et sur une diversité de milieux (services intra-hospitaliers, cabinets privés, cliniques publiques de première ligne et cliniques spécialisées). Dans cet article, nous nous concentrerons sur les quatre objectifs qui suivent. D'abord, nous souhaitons permettre au lecteur de mettre en contexte l'importance et la pertinence de la problématique des cas jugés difficiles en santé mentale. Ensuite, à lumière d'une recension

1. Nous avons choisi de privilégier le terme *patient* en raison de sa plus forte représentation dans la documentation et aussi de son étymologie. En effet, rappelons que le terme *patient* vient du latin *patiens* qui veut dire *qui souffre, qui endure ou supporte*. Nous avons préféré un terme qui rend justice à la réalité de la souffrance que doivent supporter les patients difficiles plutôt que d'utiliser un des termes en vogue, jugés plus politiquement correct, tels qu'usager, bénéficiaire, personne ou client.
2. Traduction libre de *challenging patient*.

de la documentation et de notre expérience clinique, nous proposerons un outil d'analyse multifactoriel des cas difficiles. À la suite de la présentation de cet outil, diverses stratégies d'intervention seront présentées susceptibles d'aider les cliniciens à améliorer l'efficacité de leur intervention auprès des cas difficiles et aussi leur propre confort. Nous espérons que cette lecture permettra de contribuer au développement d'un meilleur sens critique relativement au processus d'attribution de l'étiquette de patient difficile, et contribuera à diminuer le sentiment d'impuissance éprouvé face à ces types de suivi.

Mise en contexte de la problématique des patients difficiles

Pourquoi s'intéresser à la problématique des patients difficiles ? Elle pose plusieurs problèmes sérieux pour les patients ainsi étiquetés, pour leur intervenant et pour le système de services de santé mentale dans son ensemble. En effet, les patients difficiles courent le risque de ne pas être traités de façon respectueuse (Main, 1989), de recevoir des surdoses de médicaments (Smith, 1995), de recevoir des services moins efficaces et, ultimement, d'être exclus des services en santé mentale à cause de leur incapacité à se conformer aux règles implicites et explicites du « bon patient » (O'Reilly *et al.*, 2001 ; Pelet *et al.*, 2005). Comme Main (1989) le soulignait « La personne en souffrance qui se trouve à frustrer un thérapeute talentueux en n'arrivant pas à s'améliorer est toujours à risque d'être le sujet de comportements primitifs déguisés en traitement ». De leur côté, les intervenants œuvrant auprès de patients difficiles rapportent plus de stress, d'épuisement professionnel et d'attitudes négatives à l'endroit de ce type de patients (Bouchard, 2011 ; Arntz *et al.*, 2009 ; Stacey *et al.*, 2009).

La pertinence de la problématique des patients difficiles et de son étude est aussi d'ordre clinique, éthique, économique et organisationnelle. Au plan clinique, la réponse inhabituelle des patients difficiles aux « approches habituelles³ » remet en question l'efficacité réelle des traitements dits efficaces et force à envisager l'élaboration

3. On voit souvent le terme *treatment-as-usual* dans la documentation pour rendre compte de l'approche clinique habituellement offerte par les psychiatres et autres cliniciens non spécialisés dans le traitement de cas complexes et persistants.

de suivis et de traitements réellement individualisés. Ces personnes souffrantes amènent aussi à poser des questions capitales. Quels repères doivent guider les intervenants pour modifier les suivis et les traitements disponibles dans l'espoir d'augmenter les chances de réussite? Vers quels modèles de prise en charge se tourne-t-on quand ce que l'on considère le meilleur pour le patient a échoué? Au plan éthique, ces patients placent les intervenants devant des choix parfois déchirants. Que doit-on faire devant un constat d'impuissance ou d'inefficacité? Est-il bien de cesser un traitement au premier signe de stagnation? Est-il vraiment mieux de garder ce type de patient sous traitement alors que d'autres patients, ayant un bien meilleur pronostic (et beaucoup plus sympathiques), se trouvent sur notre liste d'attente déjà trop longue? Doit-on informer ou non le patient de la possibilité qu'il n'ira peut-être jamais mieux, compte tenu des observations faites?

22 | Au plan économique, l'État se doit de tenter d'offrir un service au plus grand nombre, de la meilleure qualité possible dans un monde de ressources limitées et de demandes illimitées. Or, en même temps, ces investissements pour le plus grand nombre peuvent difficilement se faire sans risquer de limiter l'accès d'une minorité de cas plus complexes, plus difficiles, à des traitements spécialisés, de plus longue durée et plus coûteux que la moyenne. Comment réconcilier ces deux enjeux et décider de l'allocation juste des ressources financières? Les cas difficiles sont des personnes qui souffrent et sont généralement les patients les plus coûteux pour le réseau de soins et pour la société en général (Bender *et al.*, 2001). En effet, bon nombre d'entre eux surutilisent les services et soins disponibles, n'arrivent pas à assumer un rôle productif (travail, bénévolat, garde d'enfant, etc.) et entretiennent un mode de vie passif. Dans la mesure où, avec plus de ressources, on augmenterait les chances de ces personnes d'arriver à un plein rétablissement à long terme, il paraît alors logique d'investir dans des traitements coûteux mais rentables.

Les mêmes questions se posent aux plans organisationnel, institutionnel et communautaire. En plus de présenter un pronostic plus défavorable, les patients difficiles font un plus grand nombre de demandes de tout type: visites et analyses médicales, ordonnances de médicaments, services d'aide, etc. (Schafer et Nowlis, 1998). Le nombre croissant de demandes de services pour les patients difficiles

épuise les ressources en place. On se dit « Ces patients viennent chez nous mais est-ce vraiment notre mandat de leur venir en aide s'ils ne répondent pas bien aux services que nous leur offrons ? Combien de ressources devons-nous encore accepter de monopoliser pour ces quelques patients qui, de toute façon, se plaignent toujours de ne pas recevoir assez de services mais qui, en fait, ont rejeté ou saboté à peu près tout ce qu'on leur a déjà offert ? ». Le problème est complexe et les réponses à ces questions sont multiples.

Force est de reconnaître que, même dans les meilleures conditions et en suivant à la lettre les données probantes les plus récentes, un nombre important de patients continue de ne pas bénéficier des meilleurs traitements disponibles à ce jour. En effet, rappelons que, par exemple, les études sur l'efficacité de la psychothérapie montrent que, d'entrée de jeu, l'état de 20 % à 40 % des patients ne s'améliore pas en traitement et, qui plus est, une portion significative de ceux-ci (entre 10 % et 15 %) tend même à se détériorer en cours de traitement (Lecomte, 2012). À ces chiffres, il faudrait ajouter la large proportion de patients qui n'aura jamais un accès optimal aux traitements par refus de ceux-ci ou par l'absence de ces services dans leur région.

Point intéressant, certains auteurs font remarquer que le fait de juger le patient difficile en début de traitement ne signifie pas invariablement que celui-ci présentera une pauvre réponse au traitement (Allen *et al.*, 1987). Son état peut malgré tout être en train de s'améliorer ! Par exemple, pensons aux cas où les attitudes du patient sont éprouvantes pour le thérapeute, que le parcours lors du traitement est atypique mais que celui-ci arrive tout de même à bénéficier de son suivi. Quant aux divers arguments en faveur de l'étude et de l'approfondissement de la problématique des patients difficiles, il est étonnant de constater que dans les milieux universitaires, comme sur le terrain, on se sent rarement prêt à prendre le temps d'accueillir et de comprendre un cas réputé difficile ; tout se passe comme si on espérait tous que tout aille pour le mieux dans le meilleur des mondes. Pendant nos études, on continue à enseigner et à préparer les intervenants à ne rencontrer que des bons patients, avec des problèmes circonscrits, limités, disponibles pour des solutions clairement éprouvées à l'intérieur de suivis brefs. On pourrait dire qu'on prépare les intervenants surtout à ce que certains nomment ironiquement des patients thérapeutiques (pour l'estime de soi

et le sentiment d'efficacité des intervenants). Et pour les patients difficiles, on se croise les doigts en espérant ne pas trop en rencontrer et, lorsque la rencontre a lieu, on fait de son mieux... mais, comme on le verra, pas toujours.

Terminologies du patient difficile et du bon patient

Dans les services de santé mentale, il n'est pas rare d'entendre parler de patients difficiles. Pourtant, le concept de patients difficiles est à priori difficile à définir. Si plusieurs auteurs ont écrit sur le sujet, ce n'est souvent que de façon partielle, ciblant certaines clientèles spécifiques et offrant rarement une définition claire de la notion elle-même. D'autres auteurs ont tenté d'opérationnaliser les principales composantes du cas difficile et ont tenté d'étudier empiriquement cette problématique (Koekkoek *et al.*, 2006, Fisch et Schlanger, 2005; Dewan et Pies, 2001; Henggeler et Santos, 1997). Or, plus un problème est défini clairement, plus les chances sont grandes d'en arriver à améliorer notre compréhension et nos interventions auprès de cette clientèle si particulière. Par conséquent, un survol de la définition de la notion de patient difficile s'impose.

Il est ardu de bien cerner la définition du patient difficile pour plusieurs raisons. Chaque intervenant a sa propre définition de ce qu'il considère être un patient difficile et a son propre seuil de tolérance face aux suivis qui n'évoluent pas de façon satisfaisante. D'autre part, le patient difficile n'est pas une entité diagnostique claire et il n'existe donc pas de définition faisant consensus (comme on en trouve dans les manuels diagnostiques tels le DSM). En effet, bien que des études suggèrent que certains diagnostics psychiatriques soient surreprésentés parmi les patients difficiles (les troubles graves de la personnalité, par exemple), il semble que chaque catégorie diagnostique ait sa part de patients difficiles. La notion de patient difficile peut parfois paraître insaisissable du fait que l'étiquetage de celui-ci relève d'un processus dynamique qui évolue dans le temps. Un patient peut paraître difficile à un moment donné de son suivi (lorsqu'il se méfie de l'intervenant et entretient une attitude hostile et ambivalente face à ses responsabilités dans le suivi) et sembler quelques semaines plus tard moins difficile; autre phénomène intéressant, un même patient peut être jugé très difficile par une partie de l'équipe soignante pendant qu'une autre partie, ayant une

profession, un rôle auprès de celui-ci ou une distance affective différente ne trouve pas vraiment le patient plus difficile que les autres. Dans ce type de situation, le patient difficile peut, bien malgré lui, devenir un sujet de discorde et de clivage au sein de l'équipe de santé mentale qui s'occupe de lui.

Il faut avouer que, le plus souvent, l'étiquette de patient difficile semble relever plus du verdict fataliste, voire de la condamnation, que d'un exercice diagnostique rigoureux. En général, cet épithète renvoie à une évaluation négative signifiant que l'on n'aime pas vraiment travailler avec ce type de patient, ou au mieux, que l'on n'aime pas quelque chose à son sujet, quelque chose qu'il fait, qu'il devrait faire ou qu'il a en lui (voir tableau 1). Un patient difficile type est en fait tout patient qui déstabilise un intervenant (ou une équipe d'intervenants) en l'amenant à se sentir empêché de travailler adéquatement et d'atteindre les objectifs correspondant à ses propres attentes. Le plus souvent, l'impression déstabilisante que les choses ne se passent pas tel qu'attendu s'associe à un patron de multiples difficultés intriquées et complexes qui perdurent dans le temps (d'où l'utilisation des termes connexes tels patient à évolution lente, trouble chronique, trouble sévère et persistant et patient stablement instable).

Parce qu'elle ne renvoie pas à un groupe homogène et bien défini d'individus, cette façon instinctive de désigner certains patients se révèle plus complexe qu'elle n'y paraît à première vue. En effet, il s'avère ardu de caractériser précisément les patients difficiles en tant que groupe (Koekkoek, *et al.*, 2006). Nous pouvons affirmer qu'en tant que groupe, les patients difficiles se trouvent à qualifier la collaboration souvent laborieuse entre un professionnel, ou une équipe traitante, et l'individu qui reçoit des soins; ainsi conceptualisé, le patient difficile est en fait le fruit d'une transaction interpersonnelle, il ne peut exister indépendamment du jugement d'un autre avec qui il est en relation.

Entre autre caractéristique, ce groupe de patients aurait tendance à résister au traitement malgré des services ou des traitements offerts conformément aux standards habituels: ceux-ci n'observent pas leur prescription psychopharmacologique, ils ratent à répétition leurs rendez-vous, ils font le contraire de ce qui était attendu d'eux et donnent parfois l'impression de saboter sciemment leur plan d'intervention.

Leur mode relationnel irrite, énerve, épuise et désarçonne (Stigler et Quinche, 2001). De l'avis de plusieurs observateurs, l'étiquette de patient difficile vient remplir plusieurs fonctions. Une de ces fonctions étant de rendre explicite un jugement clinique implicite. Un professionnel de la santé mentale pose un jugement sur un patient en comparant ce dernier à ce qui est normalement attendu d'un bon patient, un prototype de patient idéal. Le tableau 1 propose une série de caractéristiques (psychopathologiques, interpersonnelles, émotionnelles et psychologiques) utilisées par les cliniciens pour contraster et étiqueter le bon patient et le patient difficile.

Tableau 1. Comparaison des qualités des patients jugés bons et difficiles.

LE BON PATIENT	LE PATIENT DIFFICILE
CARACTÉRISTIQUES DE SA PSYCHOPATHOLOGIE	
<ul style="list-style-type: none"> • Trouble égodystone avec autocritique • Diagnostic clair • Peu ou pas de comorbidité • Se prête bien à une approche brève • Répond tel qu'attendu au traitement 	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble égodystone, sans autocritique • Diagnostic imprécis ou multiple • Comorbidité à l'axe I et à l'axe II • A besoin d'un traitement à long terme • Ne répond pas au traitement habituel
CARACTÉRISTIQUES INTERPERSONNELLES	
<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissant et empathique • Responsable et raisonnable • Relativement soumis et acceptant l'autorité de l'intervenant • Manifestement vulnérable • Modérément dépendant des autres • Apprécie et valorise son intervenant • Honnête et transparent 	<ul style="list-style-type: none"> • Envieux, ingrat et égocentrique • Irresponsable et déraisonnable • Dominant et rejetant toute forme d'autorité sur lui • Dénie sa vulnérabilité et son besoin d'aide • Autosuffisant ou excessivement dépendant • Déteste, méprise ou ignore son intervenant • Malhonnête et manipulateur
CARACTÉRISTIQUES ÉMOTIONNELLES	
<ul style="list-style-type: none"> • Tolère sa détresse et se contient • Triste, dépressif ou anxieux • Accepte de vivre de la honte • Humeur prévisible et stable 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne tolère pas sa détresse et est explosif • Irritable et agressif • Refuse de vivre toute honte • Sautes d'humeur imprévisibles



CARACTÉRISTIQUES PSYCHOLOGIQUES	
<ul style="list-style-type: none"> • Bonne capacité de mentalisation* • Bonne capacité d'attention et de concentration • Motivation intrinsèque à vouloir se changer soi 	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes de mentalisation ou pseudo-mentalisation** • Inattentif et incapable de se concentrer • Motivation extrinsèque

* La mentalisation est le processus cognitif par lequel nous tâchons d'inférer et d'attribuer à soi ou à l'autre des états psychiques et des processus mentaux implicites ou explicites, sur la base de ce qui observable. C'est une construction éminemment sociale dans le sens où nous sommes attentifs à l'état mental de ceux avec qui nous nous trouvons, physiquement ou psychologiquement. Le concept de théorie de l'esprit se distingue de celui d'empathie car il désigne la compréhension de tous les types d'états mentaux, alors que l'empathie s'applique aux sentiments et aux émotions. Peter Fonagy a utilisé dans son sens large le terme de mentalisation en 1989 et a grandement contribué au regain d'intérêt pour ce concept (Grosjean, non publié).

** La pseudo-mentalisation est décrite par Bateman et Fonagy (2006) comme étant une forme de mentalisation où l'individu semble capable de se représenter le monde interne de l'autre et utilise cette habileté au profit de comportements manipulateurs et sans réelle compassion.

Représentations du bon patient

Une autre avenue intéressante qui permet de mieux comprendre cette notion de patient difficile est de tenter de se représenter à quoi on compare exactement ce patient pour le juger difficile. Si le patient est jugé ainsi, c'est qu'il est comparé à une représentation quelconque du patient facile, du bon patient. Comme le tableau 1 nous le résume, les bons patients semblent se distinguer des patients difficiles dans quatre grandes dimensions. D'abord, le type de psychopathologie des bons patients semble différer d'emblée de ce dont les patients difficiles souffrent. Les bons patients sont conscients et surtout en désaccord avec le fait de présenter le trouble psychologique diagnostiqué, leurs problèmes de comportement ou de santé mentale leur sont égodystones, non syntones au Moi (« Ce n'est pas moi ça. Je ne me reconnais plus. »). De plus, le type de difficultés présentées correspond à un des syndromes reconnus du DSM et leur présentation n'est pas compliquée par la présence d'autres troubles (en comorbidité). Enfin, le trouble répond positivement au traitement, de préférence bref, habituellement préconisé par le réseau. Les symptômes tendent à se résorber au rythme attendu, de la même façon que chez le patient type présenté dans les manuels de traitement que l'on a étudiés.

De plus, par rapport aux patients difficiles, les bons patients ont des caractéristiques interpersonnelles et des traits de personnalité particuliers. Ces bons patients ont des qualités qui peuvent faire du



bien à leur intervenant. Ils sont reconnaissants de l'aide apportée, ils comprennent quel difficile métier nous faisons, ils assument pleinement leur part de responsabilité dans leur traitement et ne s'opposent pas à l'autorité de notre savoir et de notre position sociale. De plus, ils n'ont pas honte de se montrer vulnérables et acceptent de dépendre de l'intervenant et de son aide modérément, ni trop, ni pas assez. Quant à lui, et malheureusement pour lui, le patient difficile fait tout le contraire. À première vue, sa personnalité semble problématique, moins attachante et il est plus à risque d'entretenir des conflits relationnels avec ceux qui tentent de coopérer avec lui.

On remarque aussi que le bon patient a tendance à présenter ce qui semble être les bonnes émotions en notre présence. Il ne perd pas le contrôle quand il éprouve de la détresse. Il se montre triste, anxieux, honteux. De plus, avec le bon patient, il est relativement aisé de savoir ce qu'il ressent vraiment et ses changements d'humeur paraissent obéir à une logique qui nous est familière. Il est émotif, certes, mais il est généralement stable et prévisible. Bref, il est touchant, il a le talent d'attirer notre sympathie. Le patient difficile, de son côté, amène avec lui un monde affectif aux antipodes du bon patient. Il est souvent décrit comme non coopératif, explosif, agressif, méprisant et instable. À priori, les émotions qu'il communique ne le prédestinent pas à recevoir spontanément la sympathie et les bons soins de son entourage.

Enfin, une autre caractéristique des bons patients a trait à leur fonctionnement psychologique général. Ceux-ci entrent en relation avec l'intervenant outillés de ce que Peter Fonagy nomme de bonnes fonctions réflexives et des capacités de mentalisation relativement intactes (Fonagy, 2002). Cette capacité, propre à l'homme, d'inférer quels sont les besoins, les désirs ou les intentions (inobservables) que traduisent les comportements que l'on observe chez les autres constitue une force adaptative indéniable pour tout individu vivant en société. Or, chez les patients difficiles, on rapporte souvent que ceux-ci se connaissent mal ou encore qu'ils attribuent à tort toutes sortes d'intentions inappropriées aux actions de leur entourage, ce qui les rend eux-mêmes peu efficaces socialement, susceptibles de vivre de vives émotions négatives et d'agir de façon impulsive ou incompréhensible pour leur intervenant.

Ajoutons, comme autre caractéristique psychologique, le fait d'être en mesure de bien contrôler son attention et sa concentration pendant les interactions avec l'intervenant. Un bon patient sait écouter son intervenant et attendre son tour de parole en grande partie parce qu'il est en mesure, de bien se concentrer sur l'autre et d'être curieux de ce que l'autre pense de lui. Or, si on présente par exemple un trouble d'attention avec hyperactivité non diagnostiqué ou si on a très peur de ce que l'autre pense de nous aussi, cela n'est pas aussi facile qu'il y paraît. Enfin, le bon patient, contrairement au patient difficile, paraît motivé pour les bonnes raisons. Il ne sollicite pas d'aide à contrecœur, parce que sa femme ou son employeur l'envoie en thérapie (motivation extrinsèque) ou dans le but d'obtenir des bénéfices secondaires, par exemple. Non, il est là pour recevoir de l'aide afin d'être à la hauteur de valeurs nobles qu'il a intériorisées telles le désir d'être une meilleure mère, d'utiliser son plein potentiel au travail ou encore d'avoir des relations amoureuses plus satisfaisantes. Le bon patient ne souhaite pas seulement moins souffrir, il veut sincèrement devenir une meilleure personne et apprendre à vivre mieux, en conformité avec des valeurs que l'intervenant approuve d'emblée.

Processus d'étiquetage des patients jugés difficiles

Un autre aspect qui complique l'étude de la problématique des patients difficiles réside dans le fait qu'une multitude de termes synonymes et connexes sont associés au phénomène de son étiquetage. Si Koekkoek et ses collègues (2006) ont trouvé près de cent articles sur la problématique en 2004, en se limitant aux termes *difficult patients* et *problem patients*, combien en trouverait-t-on aujourd'hui si on incluait la liste de termes inclus dans le tableau 3 ? Comme on le voit, les multiples termes utilisés pour décrire le patient difficile peuvent être neutres ou péjoratifs. De plus, la plupart des auteurs s'entendent pour dire que le processus d'étiquetage du patient difficile est fonction du lieu des rencontres, du degré de spécialisation des ressources en cause et du type de professionnel impliqué dans le suivi (Munich et Allen, 2003). En effet, la diversité des configurations de lieux (visite en clinique externe ou hospitalisation), du degré de spécialisation (première ou troisième ligne) et du type de profession font que pour un même patient, celui-ci peut être étiqueté difficile en CLSC par un psychologue non spécialisé pour

un type de psychopathologie donné et être étiqueté bon patient par une infirmière qui voit le même patient sur son terrain, en crise lors d'une hospitalisation psychiatrique.

Tableau 2. Résumé des termes associés aux patients difficiles et caractéristiques contextuelles

Termes neutres	Termes péjoratifs	Lieux des rencontres	Degré de spécialisation	Intervenants
<ul style="list-style-type: none"> • Complexe • À problème • Non répondant • Non <i>compliant</i> • Non observant • Chronique • Sévère • Grave • Persistant • Réfractaire au traitement • « Résistant » au traitement • À défi • Non volontaire • Ambivalent • Passif • Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plaignard • Collant • Impossible • Sangsue • Désagréable • Détestable • Vicieux • Séducteur • menteur • Insaisissable • Manipulateur • Malhonnête • Paresseux • Fou • Mauvais • Abuseur • Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital psychiatrique (internement) • Hôpital psychiatrique (clinique externe) • Clinique externe de santé mentale (publique ou privée) • Clinique externe de santé physique (publique ou privée) • CLSC • Ressources communautaires • Autres ressources. 	<ul style="list-style-type: none"> • Première ligne (généralistes) • Deuxième ligne (psychiatrie générale) • Troisième ligne (équipe multidisciplinaire spécialisée) • Bureau privé (très variable) • Famille et aidants naturels • Médecin de famille (généralistes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière • Psychiatre • Médecin de famille • Psychologue • Psychoéducateur • Travailleuse sociale • Ergothérapeute • Psychothérapeute • Psychiatre • Aidant naturel • Etc.

Le patient difficile n'est pas une entité fixe dans le temps que l'on peut facilement caractériser. La plupart des auteurs s'entendent pour dire que la notion de patient difficile dans les services de santé mentale est le fait d'un processus dynamique multifactoriel d'étiquetage d'une situation, plus que d'une personne, qui implique plusieurs acteurs. Pour Koekkoek et ses collègues (2011), l'étiquetage du patient perçu comme difficile est le fruit d'un processus dynamique qui débute par un contact difficile entre un patient qui demande de l'aide et un professionnel ou une équipe traitante qui désire aider ce patient. Dans ce processus, les attributions causales des professionnels influencent la façon dont on va tenter d'ajuster l'aide et la façon d'entrer en relation avec le patient. Pourquoi ce cas paraît-il plus difficile que les autres? À quoi ou à qui attribue-t-on la responsabilité de rendre le contact difficile? Si l'intervenant

attribue la cause de ces difficultés à son manque de formation et de connaissances, il conclura peut-être que le patient n'est pas vraiment difficile et que c'est à lui d'aller chercher la formation requise ou de référer le patient à un collègue plus compétent en la matière. Il semble donc que, pour que l'on en vienne à étiqueter un patient comme difficile, il faut qu'on le tienne en partie responsable, lui ou sa psychopathologie, des obstacles rencontrés en cours de traitement. On se dit: «Il est difficile parce qu'il ne collabore pas et nous avons tenté tout ce qui est en notre pouvoir pour lui», «Il est un patient difficile parce qu'il présente un trouble mental complexe avec comorbidités multiples qui ne répond pas au traitement habituel». Devant cette situation, l'équipe traitante est confrontée à la frustration de devoir constater les limites de son pouvoir d'intervention auprès d'un client difficile et le patient, de son côté, est confronté à la déception de ne pouvoir recevoir l'aide efficace qu'il attendait. Avec le temps, il émergera souvent de cette situation des tensions, des comportements et des attitudes inefficaces pour se sortir de l'impasse, tant chez le patient et que chez l'intervenant.

Sans un véritable travail de collaboration entre l'équipe et le patient, chaque partie risque de renforcer les préjugés de l'autre à son endroit et ainsi créer un cercle vicieux d'interactions négatives. Par exemple, l'équipe pense que le patient n'adhère pas assez aux ordonnances médicales et comportementales qu'on lui fait et décide d'adopter une approche plus coercitive, plutôt que d'explorer l'ambivalence du patient à tenter de faire ce que l'on attendait de lui. De son côté, le patient sent que l'on ne respecte pas son besoin d'autodétermination et ne se sent pas compris dans sa subjectivité; Il préfère alors abandonner son suivi plutôt que d'exprimer clairement son désaccord et demander plus d'explications sur l'approche que l'on souhaite privilégier dans son cas. En considérant le processus d'étiquetage comme un phénomène interactionnel qui se déploie dans le temps, on comprend mieux les auteurs qui trouvent préférable de parler de situation difficile ou de relation difficile afin de souligner la nature hautement intersubjective et interpersonnelle de la problématique du patient difficile. Un avantage de cette perspective est qu'elle nous rappelle que l'on peut déconstruire cette perception et envisager de nouvelles façons de faire pour aider ces patients à haut risque de stigmatisation par le réseau de soins.

Typologies des cas difficiles

L'intérêt des études visant à établir une typologie des patients difficiles vient du fait que celles-ci permettent de réduire la complexité de la problématique à un minimum de catégories. En effet, face à la complexité de la problématique et devant la multitude des termes utilisés, il devient utile de se demander s'il existe des sous-groupes de patients difficiles. Les auteurs des diverses typologies proposées dans la documentation ont en commun de poser des questions importantes telles : quelles sont les caractéristiques générales qu'ont en commun les patients difficiles ? Existe-t-il de grandes catégories de patients difficiles ou chacun d'entre eux est-il en fait unique et impossible à catégoriser ? La recherche sur les patients difficiles disponibles et la théorisation de la notion suggèrent qu'il y a bien certaines caractéristiques communes qui distinguent les cas dits difficiles des autres cas en pratique clinique. Comme on le verra, le simple fait de présenter un diagnostic plus qu'un autre, par exemple, la schizophrénie ou le trouble de la personnalité limite, ou même de présenter une forme grave d'un trouble de santé mentale ne semble pas suffire pour amener un intervenant de la santé mentale à qualifier de difficile un patient. Il semble en effet que d'autres caractéristiques soient nécessaires pour en arriver là. Nous présentons donc trois propositions de typologies nous ayant paru les plus intéressantes : la typologie de Koekkoek (Koekkoek *et al.*, (2006), celle de Colson et ses collègues (1985) et celle de Munich et Allen (2003).

32

Typologie de Koekkoek

D'après Koekkoek *et al.* (2006), les patients difficiles se distinguent des autres selon quatre grandes caractéristiques : 1) leur retrait social et la difficulté de les rejoindre, 2) leurs demandes et leurs revendications, 3) leur recherche d'attention et leurs conduites manipulatoires et 4) leur agressivité et leur dangerosité. À partir de ces caractéristiques, ces auteurs ont pu identifier trois sous-groupes de patients difficiles :

1. Les non volontaires qui évitent les soins (*unwilling care avoiders*);
2. Les ambivalents qui recherchent des soins (*ambivalent care seekers*);
3. Les exigeants qui exigent des soins (*demanding care claimer*).

Le premier groupe, celui des non volontaires qui évitent les soins, est composé d'individus souffrant de troubles mentaux sévères qui ne se considèrent pas malades et qui vont maintenir à distance les intervenants en santé mentale. Ils vivent en retrait, sont difficiles à joindre et réagissent souvent de manière agressive aux tentatives d'intervention. Le deuxième groupe, les ambivalents qui recherchent des soins, est constitué d'individus souffrant de troubles mentaux chroniques moins sévères et de troubles de la personnalité, mais dont la particularité est de présenter de sérieux problèmes de comportement qui les empêchent de maintenir une relation stable et positive avec les intervenants. Ces individus dépendants, aux comportements autodestructeurs, vont demander et exiger des soins... pour ensuite les rejeter momentanément. Enfin, le troisième groupe, les exigeants qui exigent des soins, est formé d'individus ayant souvent un trouble sévère de la personnalité et qui pense ne pas nécessiter de traitement à long terme, mais plutôt de l'aide ponctuelle en réponse à des besoins précis. Ces individus agressifs, chicaniers et destructeurs recherchent de l'attention et leur demande d'aide comporte souvent une dimension manipulateur.

Typologie de Colson

Colson et ses collègues (1985) ont mené une étude visant à déterminer quels types de patients des services psychiatriques étaient perçus par le personnel comme étant les plus difficiles à traiter. Dans leur étude, le personnel clinique provenant de diverses disciplines avait à évaluer une liste de 127 comportements problématiques présents chez des patients hospitalisés dans un hôpital psychiatrique privé; le personnel avait aussi à rapporter les difficultés rencontrées en général, les progrès du patient et le pronostic. Les résultats de cette étude montrent qu'aucune des multiples caractéristiques étudiées associée aux patients, prise isolément, ne permet de prédire si le personnel jugeait un patient difficile ou non.

Cependant, les résultats obtenus suggèrent que quatre grands regroupements de caractéristiques permettent de prédire la perception qu'un patient est difficile. Les voici, par ordre d'influence :

1. les patients présentant des symptômes psychotiques avec retrait relationnel;
2. les patients présentant des troubles graves du caractère (troubles graves de la personnalité);

3. les patients dépressifs avec comportements suicidaires;
4. les patients violents et agités.

Force est de constater que ces quatre types de patients sont non seulement à risque d'être étiquetés difficiles par l'équipe traitante mais présentent à priori certains des troubles mentaux les plus graves et les plus difficiles à traiter actuellement. D'ailleurs, les auteurs soulignent que les patients identifiés par leurs analyses comme étant particulièrement difficiles étaient aussi, sans surprise, les patients dont l'état était perçu comme s'améliorant le moins et ayant le plus pauvre pronostic de changement.

Typologie de Munich et Allen

Indépendamment de leur possibilité de gain réel lors du traitement, il y aurait trois types de patients difficiles selon Munich et Allen (2003):

1. le patient avec un trouble aigu;
2. le patient avec un trouble sévère;
3. le patient avec un trouble complexe.

Un des intérêts de la typologie de Munich et Allen (2003) est leur distinction entre les patients réfractaires au traitement, mais présentant tout de même des gains thérapeutiques, et les vrais «non répondants» dont l'état ne s'améliore nullement. Un autre aspect pertinent de cette typologie est de suggérer que les patients difficiles ne représentent pas le même défi pour un professionnel travaillant aux soins aigus dans un cadre intra-hospitalier, comme c'est le cas pour une infirmière par exemple, et un professionnel qui voit ses patients dans un contexte de psychothérapie en suivi externe. Le tableau 3 présente en détail les distinctions entre les trois types de patients qualifiés de difficiles selon Munich et Allen (2003).

Tableau 3. Détails de la typologie de patients difficiles de Munich et Allen

Patient au trouble aigu	Patient au trouble sévère	Patient au trouble complexe
<ul style="list-style-type: none"> • En retrait, détaché • Symptômes psychotiques • Agitation et violence • Urgence et sécurité • Automutilation • Restriction alimentaire • Impulsivité 	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble grave de la personnalité • Clivage • Automutilation et purge • Négativité, hostilité et résistance • Provocation et exigences • Condition suicidaire et déprimée • Fonctionnement global pauvre 	<ul style="list-style-type: none"> • Multiples diagnostics sur plusieurs axes* • Échecs multiples de traitement • Véritable « non répondant » au traitement • Récalcitrant à tout traitement • Problèmes spéciaux • Problèmes de motivation • Troubles organiques • Syndrome du V.I.P.**

* Le terme « axes » réfère ici au système diagnostique multiaxial du DSM-IV; Axe I = troubles cliniques; Axe II = troubles de la personnalité et retard mental; Axe III = Affections médicales générales; Axe IV = problèmes psychosociaux et environnementaux; Axe V = Évaluation globale du fonctionnement.

** Le syndrome du VIP correspond à une « condition associée à une personne très importante, due au fait qu'elle est très connue ou jouit (ou prétend jouir) d'un haut statut social, qui court-circuite le cours normal des soins offert par un hôpital » (référence : <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/V.I.P.+syndrome>)

Diagnostic multidimensionnel du patient difficile

Avant de passer aux stratégies d'intervention, il faut d'abord s'assurer de faire un bon diagnostic de la situation difficile. La problématique du patient difficile est bien réelle mais nécessite de prendre en compte un nombre important de facteurs et de perspectives théoriques (voir figure 1). À la suite d'une revue de la documentation, en incluant les aspects systémiques et organisationnels, on constate que la plupart des auteurs évoquent entre quatre et cinq grands groupes de variables à considérer lors du diagnostic d'une situation clinique ayant conduit à l'étiquetage d'un cas comme étant difficile.

1. Caractéristiques de la psychopathologie
2. Caractéristiques du patient
3. Caractéristiques de l'intervenant
4. Caractéristiques de l'interaction patient-intervenant
5. Caractéristiques du système de santé et de l'organisation du travail

Par exemple, pour Paniagua *et al.*, (1993), les caractéristiques des patients difficiles devraient être regroupées en trois grands domaines, dont les caractéristiques liées au patient (ex., le sexe, l'ethnie, le statut économique), celles liées à l'intervenant (ex. : son expérience, sa motivation, son orientation théorique) et les caractéristiques liées au dossier du patient (ex., le diagnostic, les aspects financiers, les ramifications légales). D'autres auteurs ajoutent à cette liste les facteurs interactionnels patient-thérapeute pour rendre compte de phénomènes émergents et uniques propres à l'interaction psychothérapeutique (Koekkoek *et al.*, 2006) et d'autres encore insisteront sur l'importance de ne pas négliger les facteurs systémiques et organisationnels (Munich et Allen, 2003).

Dans la prochaine section, nous proposons donc un modèle diagnostique multifactoriel d'analyse et de conceptualisation du patient difficile qui tente de tenir compte des principales catégories de variables permettant une compréhension globale des situations cliniques rencontrées. La figure 1 illustre les principales variables dont il faut tenir compte dans l'analyse d'un patient qualifié de difficile par un intervenant ou une équipe de santé mentale.

36

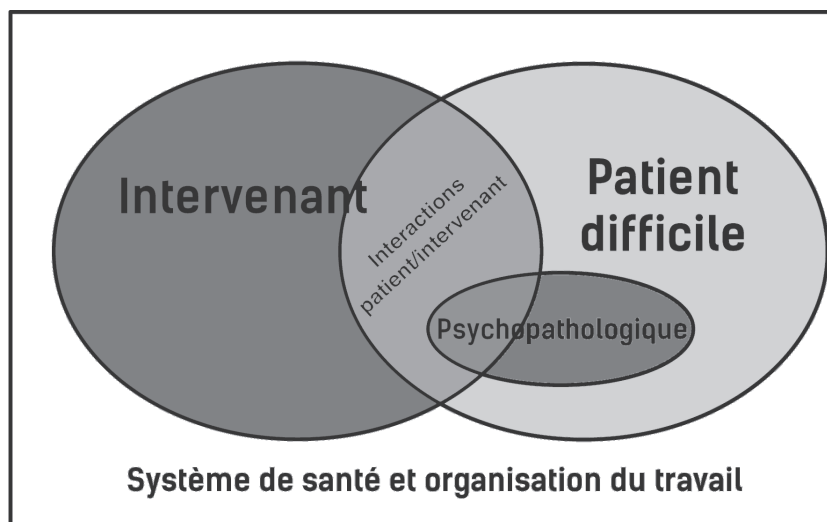


Figure 1. Cinq types de variables en jeu chez le patient jugé difficile

Caractéristiques de la psychopathologie du patient

Premièrement, le type de psychopathologie dont le patient souffre et certaines de ses caractéristiques sont fortement associées à l'impression qu'un patient est difficile. Les diagnostics les plus souvent rapportés lorsqu'on parle de patients difficiles sont le trouble psychotique complexe (Colson *et al.*, 1985), les troubles graves de personnalité (Schafer et Nowlis, 1998) et les troubles somatoformes (Hanh *et al.*, 1996).

Trouble de la personnalité. Une étude de Schafer et Nowlis (1998) suggère que, dans le cas des médecins de famille, les patients qualifiés de difficiles présentent très souvent un trouble de la personnalité non diagnostiqué. Dans leur étude comparative sur vingt-et-un patients qualifiés de difficiles par un des neuf médecins consultés, les chercheurs trouvent que le tiers ($n = 7$ sur 21) des patients difficiles présentait un trouble de la personnalité non diagnostiqué. Qui plus est, cinq de ces sept patients présentait plus spécifiquement un trouble de la personnalité dépendante. Ces auteurs arrivent à la conclusion que la présence de troubles de la personnalité non reconnus par les cliniciens est souvent responsable des difficultés rencontrées dans la relation médecin-patient.

Trouble psychotique. Colson et ses collègues (1985) mentionnent que la présence de troubles psychotiques avec retrait relationnel est intimement associée à l'impression que les patients sont difficiles à traiter par l'équipe soignante. Le fait qu'un patient puisse avoir de la difficulté à demeurer en contact avec la réalité constitue évidemment un obstacle majeur à l'établissement d'une relation de collaboration avec lui. De plus, lorsqu'il est en état de psychose, le patient peut interpréter de diverses façons ce qu'on tente de lui offrir comme explications et comme aide. Celui-ci peut aussi craindre le contact avec l'autre de peur qu'on tente de le forcer à renier ce qui lui semble une perception légitime du monde qui l'entoure. Dans le cas de patients psychotiques, la caractéristique que soulignent Colson et ses collègues, le retrait relationnel, ajoute à la difficulté d'entrer en contact avec ce type de patient.

Trouble somatoforme. Les troubles où semblent se confondre plaintes de troubles physiques et détresse psychologique, sans que l'on puisse objectiver la cause médicale des symptômes physiques rapportés, représentent un défi de taille pour les médecins et pour les autres

intervenants de la santé mentale (Kaplan et Gordon, 1988). Dans une étude, Hanh et ses collègues (1996) concluent que 54 % des 96 patients déterminés difficiles (n = 627 ; 15 % de l'échantillon) par leur médecin présenteraient un trouble multisomatoforme⁴ souvent non diagnostiqué. Ils expliquent ces résultats en faisant l'hypothèse que les multiples symptômes physiques, particulièrement les symptômes somatoformes, génèrent de la détresse chez les médecins en partie à cause de l'incertitude au sujet de leur cause et de leur traitement.

Il demeure cependant que ces diagnostics ne sont pas systématiquement qualifiés de difficiles par tous les intervenants et que plusieurs présenteront une évolution très positive. Comment expliquer que certaines personnes présentant des troubles graves tel un trouble de la personnalité limite ou une schizophrénie seront qualifiées malgré tout de bon patient par l'équipe traitante? Une explication possible vient de l'idée que certaines caractéristiques des troubles mentaux représentent un défi plus important pour les intervenants. Voici cinq des caractéristiques pouvant compliquer la nature et la présentation clinique du patient difficile.

38

Sévérité. Dans son étude sur les facteurs explicatifs de la détérioration de l'état de certains patients en psychothérapie, Mohr (1995) montre du doigt la sous-estimation de la sévérité du trouble dont souffre le patient. La sévérité d'un trouble est fonction de plusieurs facteurs dont la complexité de sa présentation, la présence de troubles en comorbidité, la chronicité des symptômes et une réponse inhabituelle au traitement censé offrir un soulagement plus ou moins rapide.

Le postulat de l'existence d'un continuum de sévérité des troubles mentaux est à la base de l'organisation des services au Québec. Les troubles légers et transitoires sont censés être rapidement pris en charge par les services de première ligne (par exemple, les CLSC), les troubles modérément sévères doivent être suivis en deuxième ligne de soins par les services psychiatriques généraux et les personnes présentant un trouble sévère, être dirigées vers les cliniques surspécialisées de troisième ligne. Donc, idéalement, les

4. Notons que le trouble multisomatoforme est un diagnostic utilisé par les chercheurs qui correspond à une forme moins sévère du trouble somatoforme tel que le DSM le définit et qui requiert moins de critères pour atteindre les seuils cliniques.

patients présentant des troubles complexes et sévères devraient être rapidement dirigés vers les services de deuxième et de troisième lignes, libérant ainsi la première ligne du fardeau d'intervenir en peu de temps et avec des moyens insuffisants auprès de patients difficiles à aider. Or, certaines indications préliminaires provenant d'entrevues faites auprès des intervenants de première ligne suggèrent que les patients souffrant de troubles mentaux sévères sont loin d'être toujours aiguillés correctement et rapidement vers les bonnes lignes de soins et que ceux-ci représentent un fardeau émotionnel de taille pour les intervenants sur le terrain (Paquet *et al.*, 2012).

Résistance au traitement. Ici, le terme résistance au traitement signifie que, d'après une observation objective, le patient (ou sa psychopathologie) semble résister à une amélioration symptomatique normalement attendue⁵. Il est utile de faire la différence entre les termes réponse négative au traitement, absence de réponse au traitement et évolution lente. Une réponse négative à un traitement englobe généralement l'absence de réponse et parfois aussi la présence d'une détérioration de l'état du patient causée par le traitement offert (Mohr, 1995). Alors que les médecins ont l'habitude de garder à l'œil les possibles effets secondaires non souhaitables de leur traitement (appelés effets iatrogéniques), on constate que très peu de documentation et de recherches rendent compte du phénomène de la détérioration de l'état du patient au cours de suivis psychosociaux. Dans certains cas bien précis, des auteurs suggèrent d'ailleurs de ne pas donner de traitement comme traitement de choix (*No treatment as a treatment of choice*; Frances et Clarkin, 1981). On devrait considérer cette option dans les cas où il y a plus d'avantages à ne plus donner (ou refuser) un service plutôt que de continuer à l'offrir alors qu'il nuit au patient. Une absence de réponse au traitement signifie que l'état du patient ne s'améliore ni ne se détériore. Les patients à évolution lente se trouvent dans une zone intermédiaire où ils semblent ne pas bénéficier autant que les autres du traitement mais, en y regardant bien, leur état s'améliore en fait très lentement. Le système de soins étant généralement structuré pour offrir des services d'une durée relativement courte

5. On ne parle pas ici du concept de *résistance* au sens de défense inconsciente contre le traitement comme les psychanalystes l'entendent, bien que cet usage du terme puisse être tout à fait approprié dans bien des cas pour comprendre les obstacles au traitement des patients difficiles.

(quelques semaines à quelques mois, rarement plus d'un an), les patients présentant une évolution lente, sur plusieurs années, se retrouvent souvent catégorisés à tort comme étant difficiles et ne montrant pas de gains notables (alors qu'il y en a, mais de très petits, plus difficiles à observer).

Comorbidité et complexité. Les patients qualifiés de difficiles rencontrent le plus souvent les critères de multiples troubles mentaux à la fois, phénomène appelé comorbidité (Paniagua *et al.*, 1993). Or, la présence de plusieurs troubles comorbides chez un individu complique le plan de traitement entre autres parce que les traitements basés sur les données probantes sont conçus pour des troubles uniques et tiennent rarement compte des aspects idiosyncratiques de la psychopathologie rencontrée. Prenons par exemple une personne qui se présente à l'urgence d'un centre hospitalier pour un trouble de panique se surajoutant à un problème de consommation de drogues (double diagnostic sur l'axe I du DSM-IV). Qui plus est, à la suite d'une entrevue d'évaluation, on diagnostique aussi chez lui un trouble de la personnalité dépendante ainsi qu'un quotient intellectuel se situant à un niveau de fonctionnement limite (double diagnostic sur l'axe II du DSM-IV). Si on ajoute à cela un problème d'apnée du sommeil (Axe III du DSM-IV) ainsi qu'une séparation en vue avec sa partenaire de vie (Axe-IV du DSM-IV), on se rend vite compte qu'il devient plus difficile pour le diagnosticien d'isoler une seule cause au problème et une seule cible de traitement. Normalement, plus le diagnostic est précis et rendu rapidement, plus les recommandations de traitement vont se faire rapidement et plus le suivi sera efficace.

Chronicité. La chronicité d'un trouble mental amène souvent les intervenants à qualifier de difficile un patient autrement collaboratif mais bien souvent résigné à vivre avec son mal-être chronique. En effet, l'évolution parfois extrêmement lente et frustrante de ces patients risque d'induire des réponses assimilables à une démission thérapeutique ou à du nihilisme thérapeutique chez les intervenants. Tout trouble mental présentant une évolution lente ou une chronicité là où on s'attend normalement à une évolution positive (vers la rémission, la guérison, le rétablissement) semble associé à l'impression que le patient est difficile.

Erreur de diagnostic différentiel. Une erreur de diagnostic peut parfois être à la source des raisons pour lesquelles un patient ne

répond pas à l'approche habituelle qui lui est proposée et il en vient à être étiqueté de difficile. On croit avoir affaire à une entité diagnostique bien identifiée alors que le patient souffre en fait d'autre chose. Généralement, les diagnostics fréquemment confondus les uns avec les autres concernent les troubles dont la présentation peut paraître semblable. Par exemple, l'instabilité de l'humeur caractéristique du trouble bipolaire est différente de celle du trouble de la personnalité limite. La peur du jugement propre à la phobie sociale diffère de celle du trouble de personnalité évitante. Et il y aurait de multiples autres exemples : les bizarreries de la pensée du schizophrène versus celles du trouble de personnalité schizotypique ; les idées surinvesties et quasi-psychotiques qui qualifient certains troubles obsessionnels-compulsifs versus les idées délirantes de certains schizophrènes, etc. De plus, les intervenants de la santé mentale ont généralement reçu peu de formation sur les affections médicales pouvant causer des symptômes psychologiques francs. Pensons par exemple à une personne présentant une dépression mais dont la cause est en fait reliée à une hypothyroïdie, ou encore à un patient en psychothérapie pour un problème de contrôle de l'agressivité en fait relié à un traumatisme crânien frontal non investigué.

41

Les caractéristiques reliées au patient

Deuxièmement, les caractéristiques du patient, parfois, peuvent être telles que, bien que son trouble mental soit réputé traitable, il est pratiquement impossible de l'aider de son plein gré, compte tenu de ses résistances et de son attitude relationnelle. Plusieurs caractéristiques ont été discutées dans les écrits scientifiques. Une recension exhaustive de ceux-ci dépasse les visées de ce texte. Nous nous pencherons en particulier sur le rôle de traits de la personnalité dysfonctionnels, du manque d'autocritique et des difficultés de mentalisation, des problèmes de motivation, de la dépendance excessive aux soins et aux gains secondaires et des attentes face aux soins ainsi que des résistances ethnoculturelles.

Traits de personnalité dysfonctionnels. Malgré la diversité des populations étudiées (patients difficiles selon des médecins généralistes, patients hospitalisés en psychiatrie et patients en psychothérapie), les auteurs qui se sont intéressés au concept de patient difficile s'entendent pour dire qu'une large part d'entre eux ont des

traits de personnalité dysfonctionnels ou un trouble de la personnalité (Koekkoek *et al.*, 2006 ; Gross *et al.*, 2002 ; Mohr, 1995 ; Schafer et Nowlis, 1998 ; Colson *et al.*, 1985). Cette caractéristique viendrait directement compromettre leur capacité à entrer en relation de façon productive avec les intervenants.

Il est en effet ardu de venir en aide aux personnes qui présentent des troubles de la personnalité pour plusieurs raisons. Une des particularités des personnes présentant des traits de personnalité dysfonctionnels est que ceux-ci ont tendance à blâmer les autres pour les sources de leur difficulté (trouble égocytone) et ont rarement conscience qu'ils présentent en fait un trouble mental qui, dans bien des cas, serait traitable (Stone, 2006). Aussi, dans les cas où un intervenant voudrait aborder avec son patient difficile le fait qu'il a des attitudes à son endroit qui sont incompatibles avec une relation de collaboration, il devient hasardeux de simplement dire : ce n'est pas moi qui s'y prends mal avec vous, c'est vous qui avez une personnalité qui complique tout!. On peut penser à plusieurs exemples d'attitudes relationnelles rendant difficile le suivi : attitude méprisante et désinvolte de la personnalité narcissique, passivité et passivité de la personnalité dépendante, instabilité de la motivation et excès de colère de la personnalité limite, malhonnêteté, insensibilité et tendance à l'intimidation de la personnalité antisociale, rigidité, contrôle et attitude hypercritique de la personnalité obsessionnelle-compulsive, etc.

Notre recension de la documentation indique que certains traits de personnalité spécifiques semblent associés à des suivis difficiles. Par exemple, dans une importante revue des écrits scientifiques sur les facteurs expliquant les résultats négatifs en psychothérapie, Mohr (1995) conclut « que les patients présentant un trouble de la personnalité limite ou un trouble de la personnalité obsessionnel-compulsif » sont à haut risque de mal évoluer en psychothérapie. D'autre part, Schafer et Nowlis (1998) trouvent que le tiers des patients déclarés difficiles par leur médecin généraliste présentait un trouble de la personnalité non diagnostiqué et ajoutent que six des sept patients présentant un trouble de la personnalité présentaient en fait un trouble de la personnalité dépendante. Étonnamment, ce ne sont pas tous les types de troubles de la personnalité qui sont évoqués comme étant difficiles. Alors que l'on fait grand cas de certains patients du groupe B (troubles de la personnalité limite, narcissique,

histrionique et antisociale) et, dans une moindre mesure, du groupe C (surtout les personnalités dépendantes et obsessionnelles-compulsives), nous n'avons pas rencontré d'études reliant la problématique des patients difficiles aux troubles de la personnalité du groupe A (schizoïde, schizotypique et paranoïde).

Manque d'autocritique et difficultés de mentalisation. Bien que les concepts d'autocritique et de mentalisation sont rarement discutés conjointement, il est intéressant pour notre propos de faire l'hypothèse que l'un découle souvent de l'autre et que ces deux phénomènes sont très présents chez les patients qualifiés de difficiles. Il va de soi qu'il est excessivement périlleux de tenter d'offrir des soins ou un traitement, dans un contexte volontaire, à une personne qui croit ne pas avoir de problèmes de santé mentale. Par exemple, pensons au cas de la personne présentant un trouble délirant égo-syntone, qui se croit capable de s'en sortir sans aucune aide extérieure, par honte ou par sentiment de toute-puissance, par exemple, ou encore qui tient les autres entièrement responsables de ce qui l'afflige et donc s'attend à ce qu'eux et eux seuls aient à changer, par impuissance ou par attachement aux gains secondaires du rôle de victime et de malade, par exemple. Dans ce cas, on dira que le patient manque d'autocritique, qu'il est difficile au sens où il ne se représente pas sa situation d'une façon compatible avec un travail collaboratif, à responsabilités partagées avec l'équipe de santé mentale.

Une piste d'espoir pour les patients qui ont très peu d'autocritique réside dans l'observation que les capacités de mentalisation peuvent être relancées et reprendre leur plein développement dans certains contextes interpersonnels spécifiques. En effet, ceci serait possible à l'intérieur d'une relation d'attachement où l'on fait l'expérience d'être le sujet de tentatives, sincères et itératives, de se représenter ce que l'on vit dans son propre esprit. Fonagy (2002) insiste pour dire que, peu importe l'approche théorique ou thérapeutique privilégiée, la clé d'une relation qui redonne vie et qui restaure les fonctions réflexes du patient difficile vient du fait que celui-ci arrive progressivement à « trouver son esprit dans l'esprit de l'autre » (« *I have your mind in my mind* »). Aussi, en mentalisant avec le patient difficile, c'est à dire en adoptant avec lui une posture de mentalisation⁶ visant à solliciter l'usage de ses fonctions réflexives, et en

6. Traduction libre de *intentional stance*.

échangeant calmement avec lui sur les intentions et perspectives de chaque acteur impliqué dans la situation difficile, il devient possible d'espérer améliorer son autocritique et d'envisager ensemble de nouvelles façons de surmonter l'impasse.

Problèmes de motivation et abandon de traitement. Le concept de motivation est un concept essentiel à la compréhension de la problématique des patients difficiles et du problème plus large de l'existence d'importants taux d'abandon chez les utilisateurs de services psychosociaux. Or, les résultats de Paniagua et de ses collègues (1993) suggèrent que le manque de motivation serait une des variables les plus importantes associées à l'étiquetage du patient comme difficile. En effet, même si son trouble de santé mentale peut faire l'objet d'un traitement, comment aider une personne qui n'est pas motivée à se déplacer pour son premier rendez-vous ou qui abandonne son suivi après quelques rencontres jugées insatisfaisantes ?

44 | Les abandons prématurés de suivi seraient un autre des symptômes associés aux patients difficiles. Les études suggèrent que, pour un suivi psychothérapeutique qui devait durer en moyenne vingt séances, près d'un patient sur cinq abandonne avant la fin de celui-ci (Swift et Greenberg, 2012), et certaines études ont même déjà rapporté des taux d'abandon allant jusqu'à 79 % chez des patients en psychothérapie à long terme (Bakeland et Lundwall, 1975)! Les patients peu motivés qui abandonnent leur suivi prématurément augmentent le fardeau émotionnel des intervenants de la santé mentale. Lorsque les patients abandonnent, ils se retrouvent souvent à nouveau sous traitement, de façon répétée, et contribuent à engorger de plus belle les services de santé mentale. De plus, les thérapeutes qui travaillent auprès de patients qui abandonnent leur suivi peuvent ressentir de l'incompétence, ce qui vient affecter leur habileté à traiter efficacement leurs autres clients. Heureusement, il existe des approches prometteuses, telle l'approche motivationnelle, permettant d'intervenir directement sur la motivation des patients à haut risque d'abandon (Burke *et al.*, 2003).

Diverses définitions du concept de motivation ont été suggérées. Beek et Verheul (2008) nous mettent en garde en ce qui a trait à la possibilité d'évaluer souvent mal ou de surevaluer la motivation d'un patient en se basant seulement sur son désir d'être aidé. Or, ces auteurs avancent que la motivation des patients à entrer en

psychothérapie se subdivise en fait en deux types de motivation, le besoin d'aide et la disponibilité à changer (*readiness to change*). Ici, le besoin d'aide est défini comme l'admission par le patient que son fonctionnement dans des sphères importantes de sa vie est sévèrement atteint par des problèmes mentaux et émotionnels et qu'il nécessite des soins professionnels. Quant à elle, la disponibilité à changer est associée au fait que le patient affirme être prêt à travailler sur lui et ses problèmes. Dans leur échelle de motivation au traitement, les patients qui ont un score élevé à cette dimension ont endossé des items tels « Je suis prêt à mettre de l'ordre dans ma vie » et « J'ai l'intention d'aller me chercher un traitement ailleurs si je ne reçois pas de traitement ici ». Bien que les deux types de motivation à recevoir des soins corrélaient avec un indice de détresse psychologique, Beek et Verheul (2008) remarquent que la disponibilité à changer est un meilleur facteur de prédiction du maintien en psychothérapie que le simple fait de savoir avoir besoin d'aide.

Attentes face aux soins et résistances culturelles. Comme l'a mentionné Mohr (1995), outre l'attente à l'effet que le traitement se fera sans efforts, sans douleur et offrira un soulagement dans de courts délais, d'autres types d'attentes et de caractéristiques, ethnoculturelles ou idiosyncratiques, peuvent nuire à l'établissement d'une alliance de travail et ainsi rendre le patient apparemment difficile à traiter. Par exemple, une attente à laquelle il faut faire attention est celle du patient relativement à la durée attendue du suivi dont il a besoin selon lui. Il semble que le fait d'offrir un suivi plus long que ce que le patient avait prévu est un facteur d'abandon significatif (Swift et Greenberg, 2012). Quant aux facteurs ethnoculturels propres aux patients, on mentionne les suivants :

1. Le choix de la langue de communication (Turnier *et al.*, 1993);
2. La croyance dans le pouvoir curatif des interventions non médicales (Whitley *et al.*, 2006);
3. La non acceptation de la psychothérapie, car les problèmes doivent être réglés en famille (Gopaul-McNicol *et al.*, 1998);
4. Le sentiment d'être incompris lorsqu'il y a expression d'émotions (Turnier *et al.*, 1993);
5. L'intention de ne consulter que temporairement, en situation de crise (Desrosiers et Fleurose, 2002);

6. La préférence pour des stratégies de coping individuelles et conséquemment, le refus de dépendre des autres (Whitley *et al.*, 2006);
7. La stigmatisation de la maladie mentale dans certaines communautés, comme par exemple chez certains Haïtiens (Craan, 1993).

Le problème des attentes de soins et des caractéristiques ethnoculturelles réside surtout dans le risque de générer des luttes de pouvoir entre l'équipe de soins et le patient. Devant l'incompréhension et l'incompatibilité des attentes de chaque partie, l'équipe traitante se trouve bien souvent à décrire les patients difficiles comme étant «égoïstes, déraisonnables et incapables d'apprécier l'aide qui leur est offerte» (Wright et Morgan, 1990).

Les caractéristiques reliées à l'intervenant

46

Troisièmement, après avoir mis l'accent sur le patient et sa psychopathologie, on se doit d'explorer avec la même rigueur l'apport de certaines caractéristiques propres à la personnalité de l'intervenant et de son usage de certaines techniques d'intervention. En effet, dans une analyse multifactorielle de la problématique du suivi de patients difficiles, il est important de reconnaître que l'intervenant lui-même est parfois en partie responsable du phénomène du patient difficile. Pour Hull et Broquet (2007), les caractéristiques de l'intervenant comptent pour beaucoup: «On ne peut toujours placer le blâme du côté du patient lors de rencontres difficiles». Leur étude mentionne que les médecins de famille faisant face à des rencontres difficiles sont susceptibles de présenter certaines caractéristiques particulières; ils seraient généralement plus «colériques et défensifs, fatigués et dépassés ou dogmatiques et arrogants». De leur côté, Haas et ses collègues (2005) suggèrent que les médecins faisant face à des patients difficiles sont souvent «surmenés, ont de pauvres habiletés de communication, peu d'expérience et tolèrent mal l'incertitude». Ces caractéristiques ont toutes en commun d'affecter la qualité de la relation avec le patient et d'abaisser le seuil de tolérance aux imprévus et aux obstacles aux suivis habituels. À notre avis, bien que ces deux recherches n'aient porté que sur la réalité des médecins généralistes, les caractéristiques qu'on y mentionne se retrouvent probablement aussi chez les professionnels de la santé

mentale et celles-ci sont aussi nuisibles à la relation thérapeutique dans le contexte médical qu'ailleurs.

Bien que tous les patients difficiles ne fournissent pas nécessairement une réponse négative au traitement, une autre source d'information pertinente nous provient des études sur les caractéristiques des psychothérapeutes ayant régulièrement des résultats négatifs. Dans sa revue de la documentation sur les facteurs associés à une réponse négative en psychothérapie, Mohr (1995) suggère que les caractéristiques suivantes ont tendance à contribuer à la détérioration de l'état du patient au cours du suivi: manque d'empathie, sous-estimation de la sévérité du trouble, contre-transfert négatif, pauvre maîtrise technique, forte centration sur l'interprétation du transfert et désaccords avec le patient au sujet du processus de thérapie. D'autre part, les travaux d'Ackerman et Hilsenroth (2001), sur les caractéristiques des thérapeutes qui ont tendance à nuire à l'état de leur patient, suggèrent que ceux-ci ont tendance à être «rigides, indécis, critiques, distants, tendus et distraits». De plus, ceux-ci auraient l'habitude de mal utiliser certaines techniques d'intervention. Par exemple, ils ont tendance à trop structurer la thérapie, à procéder à des dévoilements de soi inappropriés, à utiliser de manière inflexible l'interprétation du transfert et aussi à faire usage de silences inappropriés.

47

Dans ce contexte, on suggère à l'intervenant d'avoir le courage et l'honnêteté d'explorer de quelle façon il est en train de contribuer lui-même à la rencontre difficile. Y a-t-il un mauvais pairage entre son style relationnel et les attentes de soins de son patient? Dans quelle mesure ce qu'il vit dans sa vie privée peut-il être en train d'affecter son sentiment d'efficacité au travail, sa patience, son empathie et la rigueur qui est attendue de lui? Les résultats de diverses études nous confrontent à la possibilité que nous contribuons parfois, plus que ce nous sommes en mesure d'admettre, aux difficultés rencontrées avec le patient difficile et parfois même à la détérioration de son état mental au cours du suivi.

Dans le feu de l'action, sous le coup de la fatigue et de l'irritation causés par le sentiment d'échouer avec un patient, il est parfois tentant, pour protéger son égo professionnel, d'attribuer les raisons qui mènent à qualifier un patient de difficile à des raisons extérieures à soi. Ceci dit, il est important de noter que les caractéristiques

mentionnées ne sont pas immuables. Il est en fait très rare qu'un intervenant soit condamné à ne pas pouvoir surmonter les obstacles qu'il rencontre dans son suivi avec un patient difficile (Bouchard, 2011). Pour Koekkoek et ses collègues (2011), tant pour les experts en santé mentale que pour les généralistes, la solution est bien souvent assez simple : améliorer les habiletés professionnelles de l'intervenant et améliorer la qualité et la quantité des traitements offerts aux personnes à qui on accole l'étiquette de patient difficile. Évidemment, appliquer cette solution est plus compliqué qu'il n'y paraît !

Caractéristiques de l'interaction patient-intervenant

L'hypothèse de l'existence d'effets d'interactions veut que les caractéristiques personnelles du patient et de sa psychopathologie (sévérité, complexité, comorbidité) ne s'additionnent pas aux caractéristiques de l'intervenant (profession, allégeance théorique, expérience) mais entrent en interaction, créant ainsi un effet multiplié ou inattendu. Par exemple, l'interaction entre deux gaz tels l'hydrogène et l'oxygène permet d'engendrer de l'eau, un liquide qui a pourtant des propriétés très différentes de ses deux principaux constituants. Comme nous l'avons vu à la figure 1, un ensemble de facteurs entre en interaction dans la création d'une alliance problématique avec un patient difficile. Bien que l'on reconnaisse facilement cette idée en théorie, la contribution des facteurs interactionnels dans la production de la problématique des patients difficiles est probablement un des facteurs les plus complexes à étudier empiriquement. Il existe tout de même quelques tentatives fort louables.

Dans sa revue de la documentation sur l'interaction entre le style d'attachement du psychothérapeute et celui de son patient, Daniel (2006) n'a trouvé que quatre études. Les résultats sont hétérogènes mais suggèrent généralement que les thérapeutes affichant un style d'attachement insécure sont plus à risque de répondre de façon inappropriée aux enjeux relationnels qui sont ravivés dans la relation thérapeutique chez les patients présentant eux aussi un style d'attachement de ce type. D'autre part, Spinhoven *et al.* (2007) trouvent que la présence de schémas mal adaptés chez le thérapeute (n = 68 dyades patients-thérapeutes) a un effet sur l'amélioration de l'alliance thérapeutique mais peu d'effets sur l'amélioration symptomatique du patient. Plus spécifiquement, leurs résultats indiquent

que plus les schémas interpersonnels mal adaptés ou le niveau d'organisation de la personnalité du thérapeute sont différents de ceux du patient, plus l'alliance thérapeutique au début du suivi sera évaluée positivement par le patient (sans que cela n'annonce forcément une meilleure réponse au traitement). À notre avis, ces résultats démontrent bien l'existence de processus interactionnels inconscients influençant l'alliance thérapeutique et ce faisant, le lien avec le patient difficile.

L'incompatibilité des attentes relationnelles ou du type d'attention attendue de l'autre est une des principales causes de situations cliniques difficiles. Imaginons un patient dépressif présentant des traits de personnalité narcissiques qui ne désire pas parler de lui plus d'une vingtaine de minutes avant de parvenir à obtenir de l'aide de son intervenant. Cela ne cause pas trop de problèmes s'il se présente devant un médecin de famille qui a l'habitude d'évaluer les signes psychophysiologiques d'une dépression majeure et qui, de toute façon, prévoit rarement plus de vingt minutes avant de prescrire un antidépresseur. Or, ce même patient pourrait facilement être qualifié de difficile par le psychologue de son CLSC, vers qui son médecin l'a dirigé, si celui-ci insiste de façon autoritaire auprès de son psychologue pour n'investir que quelques minutes de son temps dans sa psychothérapie en demandant à celui-ci qu'il lui dise rapidement quoi faire plutôt que d'explorer lentement et librement ce qui l'a rendu dépressif. Si en plus le psychologue présente certains traits de personnalité évitante comme l'hypersensibilité à la critique et obsessionnels comme un grand besoin de contrôle et d'ordre, et qu'il valorise la psychothérapie à long terme pour le traitement en profondeur de la dépression, il y a de fortes chances que l'interaction entre les attentes et les caractéristiques du patient et celles de son psychologue entrent en conflit. Dans cet exemple, il faut retenir que chaque partie ne porte pas seule la responsabilité de la complication du suivi et que c'est l'interaction entre divers facteurs de part et d'autre de la relation thérapeutique qui contribue à créer la situation difficile.

Caractéristiques du système de santé et de l'organisation du travail

Cinquièmement, les caractéristiques du système de santé et de l'organisation du travail entourant la rencontre avec un patient sont

des variables dont on ose peu parler lors de la discussion de cas complexes. Pourtant, les cliniciens et de nombreux auteurs s'entendent pour dire que la contribution d'aspects systémiques et organisationnels dans la problématique du patient difficile a un impact important sur le sentiment de compétence et de satisfaction des équipes de traitement intervenant auprès de celui-ci. À l'exception peut-être des travailleurs et travailleuses sociales, la plupart des professionnels de la santé mentale n'ont pas bénéficié d'une formation académique les encourageant à prendre l'habitude de considérer le rôle des variables systémiques dans leur analyse de cas. Or, pour Munich et Allen (2003), deux cliniciens chevronnés travaillant à la célèbre clinique Menninger située à Houston au Texas, il n'y a aucun doute sur l'impact des facteurs organisationnels sur l'impression de faire face à un patient difficile. Ceux-ci ont publié un article où ils partagent leurs réflexions sur la problématique des cas difficiles se présentant dans leur clinique et sur les différents facteurs associés à l'impression que la clientèle qui leur est référée semble de plus en plus difficile :

50

Le système social dans lequel est perçu le patient difficile et à l'intérieur duquel on s'occupe de lui ne doit en aucun cas être négligé ou sous-estimé dans notre compréhension du problème. Un hôpital ou une unité de traitement aux prises avec des difficultés financières, qui manque de personnel à cause de vacances ou de congés de maladie, qui vit un changement de leadership ou qui fait face à une délocalisation ne peut s'attendre à ce que son personnel travaille de la même façon que lorsque le contexte est stable. (Munich et Allen, 2003, p. 351)

Munich et Allen soulignent que les patients difficiles ne sont pas perçus de la même façon par le personnel de nuit et de jour, et d'une profession à l'autre. Aussi, leur analyse nous pousse à nous poser la question « Difficile pour qui ? » mais surtout « Difficile dans quel contexte et pourquoi ? ». Ces auteurs notent que les patients ont une sensibilité accrue lorsqu'il s'agit de percevoir chez le personnel des tensions entre eux, du retrait affectif ou des conflits qui n'ont rien à avoir avec leur traitement et leur pathologie. Ainsi, certains patients se sentant affectés par le manque de stabilité et de sécurité du climat thérapeutique peuvent en venir à faire des passages à l'acte, sur les lieux ou hors de la clinique, qui auront à leur tour comme effet pervers d'affecter par contagion psychologique d'autres patients qui, eux aussi, auront recours à ce type de geste dramatique pour

communiquer et gérer leur détresse. Vu sous cet angle, on comprend mieux pourquoi plusieurs auteurs avancent que prendre soin de son équipe de traitement c'est aussi prendre soin de ses patients.

Pour Holmes (1992), le transfert massif des services intra-hospitaliers vers les ressources de suivi externe dans la communauté que l'on a observé au cours des vingt dernières années a des conséquences potentiellement dommageables pour les patients difficiles et complexes. Pour lui, l'hôpital psychiatrique a cessé d'être un havre de paix offrant des séjours prolongés et de la thérapie, et il dénonce l'augmentation des pressions exercées sur le patient et sur les professionnels des suivis externes. Cette situation peut ainsi avoir des effets négatifs sur l'alliance au travail et sur la santé du patient, en particulier lorsque les centres de santé communautaire (l'équivalent des CLSC au Québec) n'ont plus le temps nécessaire pour mener à bien des psychothérapies à long terme (de 2 à 5 ans) dont les patients difficiles auraient tant besoin. Cette observation de Holmes souligne la pertinence de se demander si, dans certains cas, le patient perçu comme difficile ne l'est pas du fait qu'il ne se trouve pas à la bonne ressource au bon moment et qu'on est en train de lui offrir un service qui ne tient pas pleinement compte de ses besoins spécifiques. D'ailleurs, des études récentes rapportées par Koekoek (2006) ont montré que les suivis très spécialisés offerts en milieu intra-hospitalier pour les patients les plus difficiles sont de moins en moins fréquents et ne sont trop souvent utilisés qu'en dernier recours (Munich et Allen, 2003 ; Fisher *et al.*, 2001). Nos observations nous font croire que cet état de fait vaut aussi pour le Québec.

Les équipes multidisciplinaires responsables de cas difficiles, comme la clinique Menninger, ont besoin et exigent qu'on leur donne la latitude décisionnelle et l'autonomie professionnelle suffisantes pour arriver à assumer le lourd mandat qui leur est confié. Or, dans certains milieux de travail, les intervenants sont privés du soutien et des moyens indispensables à la bonne expression de leurs compétences affectives et professionnelles en contexte de stress ; ces milieux de travail offrent peu de latitude décisionnelle, peu de soutien et soumettent leurs intervenants à des exigences élevées. Or, ces conditions de travail font en sorte que les intervenants sont plus enclins à étiqueter les patients comme étant difficiles... mais aussi à risque d'épuisement professionnel.

La solution à ce genre de problème passe le plus souvent par une modification du climat de travail et par une évaluation plus réaliste des ressources et des limites de l'équipe en place. Sans des conditions de travail optimales, on risque fort de trouver dans le réseau ce que Neil (1979) avait observé chez les équipes de traitement en psychiatrie qui disaient avoir des patients difficiles. Celui-ci a bien décrit une situation où le patient est impliqué de façon non coordonnée dans plusieurs programmes de traitement, n'a aucun thérapeute principal, reçoit des ordonnances de médicaments qui se chevauchent ou ne sont pas nécessaires, est suivi par une équipe qui n'a pas pris soin de faire une formulation de cas approfondie et n'a aucun plan de traitement clairement établi consigné par écrit. Malgré les nombreuses limites au type et à la qualité des services offerts, on aurait tendance là aussi à blâmer le patient au lieu de s'interroger sur le rôle de facteurs organisationnels sur lesquels on a souvent bien peu de pouvoir.

Caractéristiques sociologiques et culturelles. Certaines caractéristiques de notre société sont parfois évoquées pour expliquer l'apparente recrudescence du nombre de patients jugés difficiles à suivre dans les services de santé mentale. Parmi les facteurs en cause dans la possible augmentation du nombre de patients difficiles, on peut citer la rapidité des changements technologiques et industriels qui pose un problème d'adaptation continue dans la population, et qui accentue le niveau de stress et d'épuisement. On invoque également l'éclatement des familles qui affaiblit le réseau de soutien dont dispose l'individu. Il y aurait aussi l'arrivée au cours des dernières décennies d'immigrants adhérant à des valeurs ethnoculturelles et religieuses différentes venant ébranler nos modes usuels de compréhension et d'intervention. Cette déstabilisation des repères identitaires a pour effet d'engendrer des sentiments de confusion, voire de frustration, tant chez les personnes immigrantes que chez les personnes les accueillant. Enfin, l'augmentation de la consommation d'alcool et de drogues est un autre facteur à considérer dans l'accroissement des patients dits difficiles. Par exemple, il est estimé que 80 % des personnes itinérantes qui présentent un trouble de santé mentale consomment ou ont consommé de l'alcool ou des drogues. Ce taux est nettement supérieur à ce que nous trouvons dans la population générale (Oudens, 2007).

Tableau 4. Résumé des caractéristiques propres à chacun des angles d'analyse du patient difficile

ANGLES D'ANALYSE	CARACTÉRISTIQUES
PATIENT	<ul style="list-style-type: none"> • Culture opposée aux traitements psychosociaux « par la parole » • Impuissance acquise • Refus et abandon de traitement • Trouble de la personnalité • Manque d'autocritique • Difficulté de mentalisation • Manque de motivation • Violence et exploitation • Manipulation
PSYCHOPATHOLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> • Résistance ou absence de réponse au traitement habituel • Trouble de comorbidité complexe • Chronicité • Sévérité • Trouble psychotique complexe • Trouble grave de la personnalité limite • Trouble somatoforme
INTERVENANT	<ul style="list-style-type: none"> • Attitudes négatives et stigmatisation • Attitude arrogante et dogmatique • Attitude colérique et défensive • Contre-transfert négatif • Épuisement et surmenage • Cadre thérapeutique flou • Insuffisance de la formation • Style d'attachement insécurisé • Problème de santé mentale • Trouble de la personnalité • Autres
RELATION THÉRAPEUTIQUE ET INTERACTION	<ul style="list-style-type: none"> • Incompatibilité des attentes relationnelles • Incompatibilité des rôles prescrits • Incompatibilité des attentes de traitement • Dynamique transféro-contretransférentielle négative • Différences ethnoculturelles marquées • Autres
CONTEXTE SYSTÉMIQUE ET ORGANISATIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre thérapeutique flou • Manque de supervision et de soutien clinique • Ressources humaines insuffisantes • Diffusion des responsabilités • Efforts pour réduire les coûts des services • Roulement de personnel • Absence de critères d'exclusion aux services • Mandat de la ressource à clarifier • Pressions à faire des suivis à court terme • Approche strictement biomédicale • Autres

Proposition d'un outil d'analyse intégratif du patient difficile

Prendre conscience des différents facteurs ayant contribué à produire les rencontres difficiles avec le patient et les mettre en perspective est une tâche fort complexe. Comme nous l'avons vu, plusieurs variables et niveaux d'analyse doivent être pris en compte en même temps (voir tableau 4). Il faut se rappeler en tout temps que le jugement de clinicien peut être biaisé par des réactions contre-transférentielles conscientes ou non ; on peut être tenté ainsi de mettre l'accent sur les facteurs attribuables au patient au détriment de l'analyse de la contribution de l'intervenant et de celle de son milieu de travail, par exemple. L'outil que nous vous proposons au tableau 5 vise à encadrer et à guider l'exercice d'analyse approfondie et multifactorielle d'un cas difficile. Vous êtes invités à l'utiliser en considérant un suivi que vous avez trouvé particulièrement difficile.

Tableau 5. Outil d'analyse multifactoriel d'un patient difficile

1 PORTRAIT GÉNÉRAL DU PATIENT		
1.1	Style relationnel et traits de personnalité	<ul style="list-style-type: none"> • Forces et traits de personnalité adaptés • Limites et traits de personnalité problématiques
1.2	Motivation à changer	<ul style="list-style-type: none"> • (Illustrez le stade de motivation présent) • Pré-contemplation, contemplation, préparation, action, prévention de la rechute ? Besoin d'aide ou besoin de changer ?
1.3	Dangerosité (pour soi et pour autrui)	<ul style="list-style-type: none"> • Pour soi absente, légère, modérée ou élevée • Pour autrui absente, légère, modérée ou élevée
1.4.	Attributions causales et théorie explicative de l'état du patient	<ul style="list-style-type: none"> • Comment le patient s'explique-t-il la cause de ses difficultés ? (expliquez)
1.5	Attentes et réticences face à l'offre de services	<ul style="list-style-type: none"> • Attentes positives (espoirs réalistes ou non) • Attentes négatives (craintes et réticences) • À quels types d'attentes l'intervenant, son équipe ou son traitement ne semble-t-il pas pouvoir ou vouloir répondre ?
1.6	Qualité de la relation avec l'intervenant principal	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité de l'alliance thérapeutique, idéalement, telle qu'évaluée par le patient et enjeux transférentiels (détaillez et commentez). • Qualité de l'alliance • Type de transfert

1.7	Évaluation de l'évolution et des gains thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> • En dépit du qualificatif de patient difficile, la condition du patient évolue-t-elle favorablement ? • Réduction significative des symptômes en dépit de facteurs de complication relationnelle • Réponse partielle et évolution lente • Non réponse au traitement sans complications • Non réponse au traitement avec complications symptomatiques ou relationnelles
-----	---	---

2. QUESTIONS DIAGNOSTIQUES

2.1	Diagnostic multiaxial (DSM-IV)	<ul style="list-style-type: none"> • Axes <ul style="list-style-type: none"> – I: Troubles cliniques – II: Troubles de la personnalité et retard mental – III: Affections médicales générales – IV: Problèmes psychosociaux et environnementaux – V: Évaluation globale du fonctionnement (EGF: 0-100) = _____
2.2	Diagnosics différentiels	• Quels diagnostics pourraient être confondus avec un autre dans le portrait clinique que vous venez de dresser ?
2.3	Traitabilité et pronostic	• Normalement, quelles sont les chances de guérir ou de se rétablir complètement de ce type de trouble mental ? (commentez)

55

3. PORTRAIT GÉNÉRAL DE L'INTERVENANT

3.1	Compétences et formation	• (Commentez l'adéquation ou non de la profession, de l'expérience et de la formation)
3.2	Attribution causale et théorie explicative scientifique des problèmes de santé mentale du patient	• Résumez en quelques lignes la conceptualisation de cas
3.3	Qualité de la relation avec le patient	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité de l'alliance thérapeutique telle qu'évaluée par le patient et enjeux contre-transférentiels (détaillez et commentez) <ul style="list-style-type: none"> – Qualité de l'alliance (lien, buts, moyens) – Type de contre-transfert
3.4	Forces de l'intervenant dans le cas de ce dossier	• Nommez les compétences et les qualités mises en lumière dans cette situation difficile.

Cas difficiles en santé mentale

3.5.	Limites et points à améliorer chez l'intervenant	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'aimeriez-vous pouvoir améliorer comme compétences et capacités à l'issue de la résolution de cette situation difficile ?
3.6.	Attentes de l'intervenant	<ul style="list-style-type: none"> • À quelles attentes de l'intervenant le patient ne semble-t-il pas pouvoir ou vouloir répondre (spécifiez et commentez).

4. ASPECTS INTERACTIONNELS et ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

4.1.	Alliance affective	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il selon vous un climat sécurisant de confiance et de respect mutuel ?
4.2.	Alliance quant aux buts	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il eu selon vous une entente suffisamment claire sur les buts du suivi ?
4.3.	Alliance quant aux rôles et les moyens	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il eu selon vous une entente suffisamment claire sur les moyens à prendre pour atteindre ces buts et sur les rôles que chacun doit jouer lors des rencontres ?
4.4.	Patrons de transfert et de contre-transfert	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous observer et décrire un modèle d'interaction entre l'intervenant et le patient suggérant la présence d'un cercle vicieux où les attentes négatives de chaque partie se renforcent mutuellement ? (Détaillez et expliquez)
4.5.	Intervention axée sur le processus	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les aspects de l'alliance thérapeutique qui peuvent être améliorés ? Quel type d'interprétation centrée sur le transfert devrait être partagé avec le patient, selon vous ?

5. CONTEXTE SYSTÉMIQUE ET CLIMAT DE TRAVAIL

5.1.	Description du milieu de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Décrivez la ressource où sont offerts les services.
5.2.	Climat de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Que peut-on dire de l'existence des variables suivantes : latitude décisionnelle, fardeau émotionnel subjectif, soutien clinique et supervision, style de leadership des supérieurs immédiats, pertinence des ressources et du temps accordés aux intervenants.
5.3.	Enjeux sociaux et organisationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les obstacles au traitement optimal vous semblant être attribuables à des facteurs organisationnels ou sociaux ?

6. RÉSUMÉ DE LA SITUATION DIFFICILE ET RECOMMANDATIONS		
6.1	Accent sur les principaux facteurs de complication	• En résumé, quels vous semblent être les deux ou trois principaux facteurs de complication reliés à l'impression de faire face à un patient difficile ?
6.2	Reconnaissance des facteurs de pronostic positif et de résilience chez le patient	• Quels sont les principaux facteurs de bon pronostic malgré un tableau clinique complexe ?
6.3	Clarification des incongruités des rôles, attentes, représentations de la maladie ou du traitement	• Quelles attentes de l'intervenant, de l'équipe traitante et du patient, auraient avantage à être discutées avec le patient ou révisées de façon plus réaliste ?
6.4	Recommandations de stratégies d'intervention et d'orientation optimale des services.	• Quelles sont vos principales recommandations concernant ce suivi ? Quelles stratégies devraient être utilisées pour diminuer la difficulté d'intervenir auprès de ce patient ? Doit-on envisager une orientation vers une ressource plus appropriée ?

Dix stratégies d'intervention à utiliser auprès de patients difficiles

57

Comme nous l'avons vu, intervenir auprès de patients jugés difficile comporte des défis de taille et, à l'heure actuelle, aucun modèle d'intervention spécifique aux patients difficiles ne fait consensus dans la documentation (Koekkoek *et al.*, 2006). Ceci dit, en nous basant sur les travaux de Koekkoek, sur notre recension de la documentation et sur des consensus d'experts, nous concluons que certaines stratégies d'intervention semblent très prometteuses. Parmi ces grandes stratégies, nous en choisissons dix (individuelles et de groupe) qui sont couramment utilisées par les équipes de traitement pour résoudre les impasses cliniques propres aux suivis de patients réputés difficiles.

1. Se doter d'un cadre thérapeutique clair, juste et cohérent.

Un ensemble d'auteurs pointent du doigt des manques dans la structuration des suivis de patients présentant des troubles complexes comme principal facteur responsable du sentiment d'impasse et de l'étiquetage du patient comme étant difficile (Bouchard, 2011 ; Neil, 1979 ; Silver, 1983 ; Berman, 1990 ; Tayloret *al.*, 1980). Dans

la documentation anglophone, on utilise principalement les termes *limit setting* ou encore *treatment structuration*. En français, on voit le plus souvent l'expression *cadre clinique* ou *cadre thérapeutique*. Pour plusieurs auteurs comme Munich et Allen (2003), développer la compétence visant à améliorer la structuration de l'environnement de traitement est l'un des principaux moyens d'atténuer la lourdeur des suivis complexes et difficiles. Certaines études suggèrent même qu'un cadre clair sert non seulement à limiter les risques de suivis peu efficaces et d'abandon prématuré, mais permettrait aussi de réduire les coûts médicaux associés à la clientèle difficile (Taylor *et al.*, 1980).

Concrètement, la structuration du processus thérapeutique est incarnée dans plusieurs types d'intervention relativement simples. Par exemple, informer le patient de ses responsabilités dans le suivi, demander la signature d'un contrat de traitement, tenir le patient responsable de sa propre sécurité en cas de crise, judiciariser tout geste criminel de la part du patient (violence physique à l'endroit du personnel, vol d'objets appartenant à l'équipe). On peut aussi assigner un gestionnaire de cas au long cours (qui veillera à éviter l'accumulation de suivis parallèles sans concertation et le magasinage de ressources)-et imposer des suspensions temporaires de suivi advenant une entrave grave aux règles de base, à savoir l'absentéisme chronique, la violence psychologique, l'intrusion dans la vie privée de l'intervenant, etc. Dans notre article sur les impasses thérapeutiques rencontrées communément dans le suivi de personnes présentant un trouble sévère de la personnalité limite (Bouchard, 2011), nous suggérons de prévoir entre trois ou quatre rencontres de pré-thérapie qui seraient exclusivement consacrées à la présentation et à la négociation des principales règles et paramètres du cadre de traitement.

En effet, la négociation et la structuration du cadre de traitement est essentielle au suivi de personnes présentant des troubles complexes et elle est trop souvent escamotée par les intervenants nonspécialisés. Ces règles et ces paramètres serviront de limites à l'intérieur desquelles pourra se développer une relation thérapeutique. Celles-ci précisent les exigences minimales à respecter comme la sécurité, la bonne foi, le respect, la motivation à changer et clarifient l'investissement requis pour atteindre un mieux-être : être honnête avec son thérapeute, cesser les gestes suicidaires, tolérer

la détresse, être présent aux séances, assumer la responsabilité de ses actes, etc. Nous avons proposé de structurer ces premières rencontres autour de la recherche conjointe de réponses aux questions suivantes : « Qu'est-ce qui vous amène ici ? », « À quoi ou à qui attribuez-vous les raisons des multiples abandons de traitements antérieurs ? », « Que pourrions-nous faire qui n'a pas encore été essayé avec vous ? », « Que comptez-vous faire de différent cette fois-ci pour demeurer en traitement jusqu'à l'atteinte d'une rémission durable ? ». Ces questions de base permettent de mettre en lumière les paramètres à établir et ceux à renforcer. Dans une grande majorité de cas d'impasses importantes où on a fait appel à nos services, le patient et l'intervenant n'étaient pas arrivés à s'entendre sur les réponses à ces questions cruciales ou croyaient à tort s'être entendus et compris. Pour en savoir plus, nous suggérons fortement au lecteur de prendre connaissance de l'ouvrage de Green (1988), de Yeomans et ses collègues (1992) ou de Bouchard (2011).

2. Bâtir une véritable alliance thérapeutique avec le patient difficile

Une quantité impressionnante d'études a démontré la forte association qui existe entre l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique et la prédiction des gains ultérieurs pendant le suivi (Castonguay et Beutler, 2006). En effet, outre la complexité de la problématique et les limites de l'expérience professionnelle d'un individu, la construction, la correction continue et le maintien d'une véritable alliance thérapeutique est probablement la variable la plus importante à considérer dans l'analyse des patients difficiles. Nous ajoutons le terme véritable alliance en réaction à une certaine simplification en vogue de la définition de l'alliance thérapeutique suggérant que « Tout ce qui compte c'est que le patient nous apprécie et se sente en confiance avec nous », ceci ne correspondant en fait qu'à une seule des trois dimensions essentielles de l'alliance. En effet, on oublie trop souvent qu'une alliance thérapeutique, avant qu'elle s'avère thérapeutique, est d'abord et avant tout une alliance de travail collaboratif. Une véritable alliance de travail est constituée de trois facteurs tout aussi importants les uns que les autres (Horvath, 1995) : une entente sur ce qui doit se faire en thérapie pour améliorer la situation du patient, soit une alliance sur les tâches et responsabilités de chaque partie (*tasks*), une entente sur les objectifs

de la relation thérapeutique et le type de changement attendu, soit une alliance sur les objectifs et les buts (*goal*), et l'établissement d'un climat affectif positif, chaleureux et inspirant la confiance (*bonding*).

Dans notre travail de superviseur, nous avons souvent observé un phénomène de glissement relativement au type d'alliance en jeu avec les patients difficiles (Bouchard, 2011). Au début, on se dit que l'on a une bonne alliance et on se sent engagé avec confiance sur la voie du changement. Ensuite, progressivement, les problèmes relationnels apparaissent et notre client, qui semblait à priori avoir un bon pronostic, nous paraît alors de plus en plus difficile. Or, dans bien des cas, on a sous-estimé l'importance de clarifier explicitement les objectifs du suivi, sa durée, les limites de celui-ci et les responsabilités de chacun, ou on l'a fait sans en assurer la protection et le respect en cours de suivi. Citons les propos d'une grande pertinence que Dr Suzanne Lamarre (1998) élabore en détails dans son livre *Aider sans nuire : de la victimisation à la coopération* :

60

On voit encore trop souvent les intervenants attribuer les comportements perturbateurs de leurs patients à des causes pathologiques ou à de la mauvaise volonté tout en oubliant le b.a.-ba des rapports civilisés. On tente de traiter unilatéralement les symptômes sans s'assurer d'un contexte de collaboration avec le partenaire en jeu, soit le dit patient. On déresponsabilise le patient (la victime innocente) ou on le blâme (l'agresseur calculateur) et du coup on exclut l'intervenant comme faisant partie intégrante du problème de collaboration. Les rapports en deviennent de protection, de pitié et de surcompensation ou encore de blâme, de rejet, voire de violence. On ne remet plus en question ces rapports malsains et on attribue à la maladie ou à de la mauvaise foi les crises de plus en plus nombreuses qui surviennent dans ce contexte protectionniste et accusateur où il n'y a plus d'espoir de solution pour personne.

3. Faire des consultations en équipe multidisciplinaire et établir un soutien organisationnel adéquat

De l'avis de plusieurs, il semble que le travail en équipe multidisciplinaire s'avère un facteur de succès lorsqu'on est aux prises avec un patient difficile (Munich et Allen, 2003, Santy et Wehmeier, 1984; Colson, 1990). En effet, la possibilité pour l'intervenant responsable du suivi de recevoir un soutien émotionnel et d'être exposé à

la multitude de perspectives d'analyse d'un patient difficile s'avère souvent très utile. Le travail en équipe remplit plusieurs fonctions dont celle de favoriser la construction d'une représentation collective du patient difficile, de sortir de l'isolement et de partager ce que l'on ressent en plus de voir son approche de traitement soumise au jugement éthique et scientifique de ses pairs. Dans ce dernier cas, on parle parfois de la fonction de surmoi du groupe et de sa capacité à aider un intervenant à mieux réguler son contre-transfert et les risques d'acting in inhérents au travail auprès de patients difficiles.

Ceci dit, le travail en équipe multidisciplinaire comporte aussi ses limites. Le travail d'équipe ne peut se faire sans un temps et un lieu précis où des rencontres cliniques régulières, aux semaines, sont prévues. Pendant ces rencontres, on valorise le partage de points de vue de différentes professions et on tente de ne pas céder à la pression de formuler des solutions rapides pour l'intervenant en difficulté. Ainsi, ces rencontres offrent les meilleures chances à une équipe de prendre conscience du processus dans lequel elle se trouve, consciemment ou inconsciemment, et de la nature exacte des difficultés rencontrées. Mais Silver et ses collègues (1987) ajoutent que, bien que les rencontres multidisciplinaires hebdomadaires soient essentielles au maintien de la cohésion d'équipe et au sentiment pour celle-ci d'être soutenue dans son travail, il est parfois utile d'ajouter à ces rencontres la présence d'un consultant ou d'un expert extérieur. En effet, il est parfois très fructueux de faire venir un consultant externe, étranger à la situation et aux contraintes spécifiques du milieu de travail, un électron libre, afin de profiter d'une perspective nouvelle et plus neutre sur la situation vécue en équipe (Silveret *al.*, 1983 ; Silver *et al.*, 1987).

61

4. Inclure le patient comme partenaire des réunions d'équipe

L'inclusion formelle du patient lors des discussions d'équipe concernant sa situation est l'une des stratégies suggérées par Munich et Allen (2003, p. 10). Pour eux, «l'inclusion du patient à l'intérieur de l'équipe rend plus réaliste le fait de parler d'une alliance et d'un ensemble de relations pouvant faciliter et soutenir la collaboration, rétablir des processus mentaux plus flexibles et maintenir le focus sur la personne en son entier». Au Québec, plusieurs ressources recourent à cette approche lorsque le suivi d'un patient n'évolue pas

tel que souhaité et s'avère compliqué par divers facteurs comme la multiplication des demandes d'aide à travers la ville, le manque de coordination clinique entre les diverses ressources ou intervenants impliqués, des soupçons de gains secondaires associés au dédoublement des services, par exemple.

Il peut être étonnant de voir combien un patient pourtant réputé difficile et désorganisé dans sa demande d'aide peut se montrer compétent et avoir des avis pertinents lorsqu'on lui assigne un rôle dans une réunion d'équipe regroupant les principaux acteurs de son suivi : le médecin, la travailleuse sociale, les membres de la famille, le représentant des usagers et l'intervenant communautaire). Les quelques occasions où il nous a été donné de faire ce constat de compétence chez le patient difficile nous ont rappelé qu'il faut toujours veiller à ne pas exagérer la responsabilité des professionnels comme seul vecteur de solution dans les suivis difficiles et ceci parce que, ce faisant, on se trouve inconsciemment en train de minimiser les compétences et la responsabilité de la personne la plus à même de contribuer à la résolution de l'impasse, soit le patient lui-même.

5. Interpréter le transfert et gérer son contre-transfert

Axer ses interventions sur l'exploration du processus relationnel problématique en cours et proposer certaines pistes d'interprétation de ses patrons transférentiels en jeu est une stratégie prometteuse mentionnée à quelques reprises dans la documentation (Weiler, 1987 ; Gabbard *et al.*, 1994). En effet, il semble que l'interprétation du transfert dans un contexte autre que celui du cabinet du psychanalyste puisse avoir certains avantages lorsqu'on est aux prises avec un patient difficile.

Un exemple d'interprétation à propos d'un patient présentant à la fois une demande d'aide d'urgence et des comportements de retrait relationnel au moment de répondre aux questions de l'intervenant qui tente de l'aider pourrait ressembler à ce qui suit :

Vous devez sentir que vous avez vraiment besoin de mon aide ces temps-ci pour m'avoir appelé cette semaine à trois reprises. Et nous voilà enfin face à face et ce qui m'intrigue c'est que, maintenant que nous pouvons explorer ensemble vos difficultés, vous avez tendance à vous fermer et à éviter de répondre clairement à mes questions. Je sais que vous avez grandi dans une famille où

il pouvait être dangereux d'appeler à l'aide, au risque de se faire ignorer ou pire de se faire blâmer pour avoir osé demander de l'attention. Je ne sais pas ce que vous en pensez mais j'ai parfois l'impression qu'une part de vous craint que je vous traite comme ça se passait avant pour vous et que j'utilise vos confidences pour vous faire du mal au lieu de sincèrement chercher à vous aider. Qu'en pensez-vous ? Croyez-vous que ça pourrait expliquer votre ambivalence à collaborer avec moi aujourd'hui ?

Bien que cette technique puisse par moments permettre de surmonter une impasse thérapeutique, plusieurs mises en garde s'imposent. En effet, il faut se rappeler que l'interprétation du transfert comporte certains risques et que tous les intervenants ne disposent pas de la formation nécessaire pour utiliser cette technique sans risque de détériorer la situation. Rappelons que l'interprétation précoce et insistante du transfert figure aussi parmi les facteurs techniques nuisibles associés aux thérapeutes et contribuant à détériorer l'état de leur patient (Mohr, 1995). Il est recommandé de disposer de supervision continue et d'une solide formation en psychothérapie psychodynamique avant de recourir à une stratégie qualifiée d'à haut risque mais à haut gain dans certains cas particuliers, comme avec les personnes présentant un trouble de la personnalité limite, par exemple (Gabbard *et al.*, 1994).

D'autre part, une autre stratégie importante, qui devrait précéder toute tentative d'interprétation du transfert, est de prendre pleinement conscience de ce qu'on ressent envers le patient difficile, à savoir de ses sentiments contre-transférentiels. Plusieurs auteurs ont tour à tour souligné les aspects problématiques de sentiments contre-transférentiels mal gérés mais, aussi, la possibilité et l'importance d'apprendre à utiliser le contre-transfert de façon productive dans le travail thérapeutique (Talbot, 1989; Gabbard, 1999). Considérant l'importante présence de troubles de la personnalité chez les patients qualifiés de difficiles (Schafer et Nowlis, 1998), il n'est pas surprenant que certaines techniques issues de modèles de traitements des troubles de la personnalité puissent être utiles aux intervenants aux prises avec des patients difficiles.

Les intervenants vont le plus souvent déterminer qui sont les patients difficiles à partir de certains sentiments négatifs ressentis : colère, impuissance, culpabilité, dégoût, découragement, etc. Or, les patients difficiles seraient particulièrement habiles à détecter la

perception que les intervenants ont d'eux et à y réagir. Les écrits théorico-cliniques soulignent que ces sentiments contre-transférentiels peuvent susciter des attitudes très polarisées et contradictoires dans les équipes. On parlera dans ces cas du phénomène de clivage dans l'équipe : alors qu'une partie de l'équipe se sent investie du devoir de sauver ce pauvre patient et de lui donner une seconde chance, l'autre partie de l'équipe décrit le même patient comme un manipulateur, qui ne souffre peut-être pas tant que ça et qui devrait rapidement être « sevré » de nos services. En effet, ces réactions contre-transférentielles d'équipe pourront aller de la bienveillance surprotectrice jusqu'au rejet du patient, selon qu'il est perçu comme une victime impuissante ou un délinquant qui mérite d'être puni.

Or, bien que des éléments transférentiels soient en jeu avec tout type de patients, les enjeux transféro-contretransférentiels sont particulièrement saillants dans le suivi de patients dits difficiles ou présentant un trouble sévère de la personnalité. On se sent découragé, on ressent de la colère contre le patient parce qu'il ne collabore pas assez ou contre soi-même (« Je manque de maîtrise de la situation »); on surinvestit la relation avec le patient ou encore on se trouve à prendre une trop grande distance émotionnelle avec lui. Ces réactions émotionnelles sont tout à fait légitimes tant et aussi longtemps que l'intervenant reste en mesure d'en prendre conscience, de les contenir suffisamment et de ne pas agir impulsivement de façon contraire à l'intérêt de son patient. Ceci dit, lorsque l'intervenant ne se reconnaît plus dans ses façons de réagir et d'interagir avec son patient, quand il a l'impression que ce dernier fait émerger le pire de lui-même, on peut avoir affaire à un phénomène nommé la régression dans le contre-transfert (Bright, 2003). Dans ces cas, il faut aller chercher une aide spécialisée pour reprendre le contrôle sur soi, telle des consultations en équipe, de la supervision ou de la psychothérapie personnelle. Règle générale, la supervision clinique, les rencontres d'équipe et, bien souvent, une démarche personnelle en psychothérapie aident grandement à mieux comprendre et à moduler ses sentiments contre-transférentiels.

6. Valider les émotions

La validation des émotions est une stratégie largement popularisée par Marsha Linehan (1993). Cette intervention consiste essentiellement

à adopter une attitude respectueuse envers le patient, à l'écouter attentivement et surtout à valider et à légitimer l'existence des émotions vécues, sans jugement, quelles que soit leur intensité ou leurs conséquences. Certains auteurs ont suggéré que la problématique du patient difficile se produit le plus souvent lorsque l'intervenant ne valide pas assez les émotions de son patient et qu'il adopte une attitude vécue comme critique par le patient. L'utilisation de cette stratégie est de l'avis de plusieurs une bonne façon de veiller à minimiser les complications relationnelles reliées aux rencontres avec un patient difficile. D'ailleurs, cette stratégie est largement utilisée auprès des personnes présentant un trouble de la personnalité limite (Linehan, 1993) et par les infirmières expérimentées, par exemple. En effet, Juliana *et al.* (1997) et Nield-Anderson *et al.* (1999) arrivent toutes deux à la conclusion que les infirmières qui interviennent le mieux avec les patients réputés difficiles utilisent beaucoup cette stratégie.

Ainsi, cette stratégie prend tout son sens si on considère qu'une large part des patients difficiles présentent des traits ou un trouble de la personnalité et ont grandi dans un environnement invalidant. Typiquement, ce type d'environnement (Linehan, 1993) rejette la communication spontanée des expériences émotionnelles de l'enfant, punit ce qu'il juge être de l'étalage émotionnel ou des émotions sans « bonnes raisons » d'être. L'environnement invalidant minimise aussi les difficultés de l'enfant à atteindre certains buts et à résoudre certains problèmes. À agir ainsi, ce type d'environnement, incarné par une personne, une équipe de soins ou une famille, se trouve en fait à renforcer de manière intermittente la prédisposition de ces personnes à vivre des escalades émotionnelles abruptes lorsqu'elles se sentent incomprises et invalidées.

65

7. Tenir compte du degré de motivation à changer

Le manque de motivation et l'ambivalence face au changement sont très souvent parties prenantes du travail auprès de patients difficiles. Or, il existe une approche appelée entretien motivationnel dont l'intérêt est maintenant bien démontré dans toutes les situations thérapeutiques où les problèmes de motivation sont au centre d'un processus de changement (Miller et Rollnick, 2002). Les intervenants qui n'ont pas l'habitude de travailler auprès de patients

ambivalents face au changement font souvent l'erreur de tenir pour acquis que le patient est prêt à passer à l'action et à faire des efforts concrets pour modifier ses comportements. Or, dans l'approche motivationnelle, le stade de l'action est un objectif à atteindre et à maintenir et n'est jamais tenu pour acquis, l'ambivalence face au changement étant naturellement fluctuante. Le stade de l'action est en fait précédé de deux autres stades, soit le stade de la contemplation, celui de la préparation, et suivi du stade du maintien (Miller et Rollnick, 2002). À la philosophie et aux principes de l'entretien motivationnel s'ajoute une série de techniques propres à chacun des stades de motivation. Ces techniques précises visent à faciliter l'exploration et la résolution de l'ambivalence face au changement, considérées comme normales dans l'approche motivationnelle.

8. Réviser ses attentes et ses valeurs professionnelles

66 L'intervention auprès de patients difficiles représente un défi clinique et personnel qui nécessite parfois que l'on révisé certaines de ses valeurs et de ses attentes face à soi-même et à ses patients. Or, la situation difficile confronte l'intervenant à ses valeurs et le pousse parfois à les exprimer et à tenter de les imposer au patient. Face à un patient qui ne collabore pas, qui critique ouvertement son travail ou s'en montre insatisfait, que doit-on faire ? Un exemple de changement d'attentes ici pourrait être de faire le deuil de recevoir des félicitations de ce patient et de lui pardonner de ne pas se comporter comme le bon patient typique que l'on aimerait tant qu'il soit. En effet, Scheurich (2002), dans son analyse des attitudes morales et moralisantes en santé mentale, propose de prendre conscience de l'importance du pardon dans ce travail. Il souligne que le pardon est probablement l'option la plus constructive en contrepoids à une attitude de dévalorisation envers un patient qui ne répond pas aux attentes et qui, ce faisant, atteint les intervenants dans leur estime d'eux-mêmes et dans leur sentiment de compétence.

Une autre façon de modifier radicalement ses attentes face au patient difficile est de se distancier du paradigme biomédical du traitement de la maladie et d'adopter une approche de rétablissement et de réadaptation (Farkas et Vallée, 1996). Dans cette approche, on considère le patient comme n'importe quelle autre personne aux prises avec une incapacité, et l'objectif du suivi s'en

trouve radicalement changé. Au lieu de viser à tout prix la rémission symptomatique totale, on vise, malgré la présence de symptômes incapacitants, la réappropriation d'une capacité «de vivre, de travailler, d'apprendre et d'aimer dans une communauté au sein de laquelle on peut apporter une contribution importante» (Farkas et Vallée, 1996, p. 22). Ce paradigme d'intervention vise à aider le patient, difficile ou non, à relever le défi qu'impose l'incapacité liée à ses troubles mentaux et à l'aider à retrouver une nouvelle intégrité qui soit valorisante. Ceci à l'intérieur des limites qu'impose l'incapacité causée par un trouble de santé mentale chronique qui ne répond pas bien aux traitements disponibles (Anthony, 1993).

D'autre part, il peut être aidant de veiller à moins attacher son estime professionnelle aux gains du patient mais plutôt au sentiment d'avoir respecté les règles de son art et de sa science, au meilleur de ses compétences et de ce que le patient aura permis de faire avec sa collaboration. En effet, il est bien de se rappeler que le patient difficile ne doit pas à l'intervenant d'être «facile», il ne lui doit pas non plus de guérir et d'ainsi gentiment gratifier son égo. Cela dit, l'intervenant, de son côté, ne doit pas non plus au patient ou à quiconque d'être omniscient et tout-puissant; *Nullus tenetur ad impossibile* (nul n'est tenu à l'impossible) nous disait St-Thomas d'Aquin. Plutôt que de constamment chercher à s'estimer plus soi-même et à éviter les sources de sentiment d'imperfection, la sagesse millénaire bouddhiste suggère d'avoir plus de compassion pour soi (Neff, 2003) face à ses échecs et à ses limites; une compassion qui entretient un regard positif et empreint d'empathie face à ses failles et à ce qui nous rattache à la condition humaine.

Le beau et difficile métier d'intervenant en santé mentale nous oblige à faire le deuil d'avoir une solution à tout, de pouvoir tout tolérer et tout comprendre. Bref, pour être plus à même de tolérer les frustrations, les hauts, gratifiants, et les bas, décourageants, du travail auprès de patients difficiles, il faut faire le deuil du souhait infantile de toute-puissance et d'omnipotence. Les médecins ont d'ailleurs la chance, dès le début de leur carrière, de prêter un serment appelé serment d'Hippocrate qui fixe un cadre éthique et déontologique à leur désir de guérir. On dit qu'un médecin a une obligation de moyens et non une obligation de fins. Beaucoup d'intervenants usés psychologiquement par un suivi sur lequel ils se sont acharnés, à tort ou à raison, auraient avantage à se rappeler ce grand

principe plus que millénaire; Notre devoir professionnel se limite à l'obligation d'utiliser les moyens optimaux pour aider un patient, nous ne sommes pas obligés à des résultats positifs garantis en toute situation.

Enfin, dans les limites de la loi et de la déontologie, il est important de respecter en tout temps le libre-arbitre de nos patients. Nous devons nous rappeler que le patient garde le droit de refuser de changer, pour des raisons personnelles, culturelles ou religieuses, ou qu'il peut présenter un trouble réfractaire à tout traitement. Dans notre société, tout citoyen disposant de raison⁷ et de capacités de jugement est en droit de consentir ou de refuser des soins ou un traitement⁸ (Gervais, 1985). Autrement, on se place dans une délicate position où l'on s'expose à ce que certains auteurs ont appelé «les dérives de la santé totalitaire» (Gori et Del, 2005), soit l'obligation autoritaire de répondre de gré ou de force au devoir d'être en santé. La question reste ouverte: est-ce que la société occidentale est en train de déposséder de leur libre-arbitre les patients qui sentent qu'on les pousse à un devoir de santé qu'ils le veulent ou non? Respecter le libre-arbitre de nos patients est non seulement une obligation légale et un devoir, c'est aussi une posture qui peut être parfois beaucoup plus efficace que l'encouragement ou l'obligation à changer. En effet, le fait de ne pas s'opposer à l'attachement du patient aux gains secondaires reliés à ses difficultés et de lui communiquer respectueusement son droit de refuser de faire les efforts nécessaires pour changer peut avoir un effet paradoxal. En intervenant ainsi avec lui, on augmente les chances de lui permettre de reprendre contact avec la part de lui qui veut vraiment changer et, conséquemment, stimuler sa motivation à s'autodéterminer et à prendre le contrôle de sa vie autrement.

7. Notons que le droit de consentir ou de refuser des soins appropriés comporte accessoirement l'obligation du professionnel de fournir à l'utilisateur une information claire et pertinente en tenant pour acquis le degré de connaissance et de compréhension de l'utilisateur.
8. C'est ce que prévoient les articles 8 et 9 de la Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux (LSSSS). Pour plus d'information sur les droits des usagers, vous êtes invité à consulter le site du Regroupement provincial des comités des usagers: <http://www.rpcu.qc.ca/fr/lss05.aspx>

9. Considérer le suivi minimal et viser le minimum optimal

Dans certains cas, contrairement à ce que l'on peut être tenté de penser, diminuer la quantité de services offerts à un patient difficile, voire cesser temporairement tout service, peut parfois faire plus de bien au patient que le fait de poursuivre un suivi s'étant avéré inefficace voire nuisible. On parle alors de suivi minimal ou encore d'objectif de minimum optimal. En effet, une tâche aveugle dans le raisonnement de la plupart des intervenants aux prises avec un patient difficile est le fait qu'on oublie qu'un sous-groupe de patients a la propension d'aller plus mal en cours de suivi que sans celui-ci. On devient prisonnier du présent et on oublie de documenter les faits, en plus d'éviter de se rappeler que le patient semblait se porter légèrement mieux dans les années précédant son entrée en suivi que maintenant. Certains auteurs parlent de régression intra-hospitalière, de régression massive dans le transfert ou d'effet iatrogénique⁹. Il semble que ce phénomène soit particulièrement associé aux patients difficiles présentant des troubles graves de la personnalité.

Face à un tel phénomène, Frances et Clarkin (1981) ont écrit un article phare sur le sujet portant un titre évocateur : *Pas de traitement comme prescription de choix*. Dans cet article, les auteurs soulignent le fait que les médecins ont tendance à recommander un traitement psychiatrique « presque automatiquement » sans trop questionner avec attention sa nécessité ou la possibilité d'effets délétères sur le patient. D'après ces auteurs, le groupe de patients pour lequel il serait parfois préférable de ne pas offrir de traitement est constitué de trois types de patients : ceux dont l'état se détériore si on offre plus d'attention clinique, ceux pour qui le traitement n'aura aucun effet de toute façon et ceux dont l'état va s'améliorer spontanément avec le simple passage du temps. Frances et Clarkin admettent qu'on manque de données empiriques fiables sur lesquelles appuyer un jugement clinique allant dans ce sens. Mais ces auteurs proposent tout de même certaines balises : évidence de détérioration de l'état du patient corrélant avec son entrée et son maintien en suivi, présence de traits antisociaux importants, régression massive dans le transfert, rapport d'exploitation parasitique face au réseau de soins, surinvestissement des gains secondaires associés au rôle de malade ou dangerosité extrême pour le personnel traitant. La stratégie du

69

9. Littéralement, une maladie causée par le traitement.

non-traitement psychiatrique ou du minimum optimal peut s'avérer indiquée dans ces quelques rares cas mais il ne faut pas oublier que cette approche peut être lourde de conséquences sur le plan éthique et scientifique (Bérubé et Langlois, 2009 ; Farber et Snyder, 2009). Nous suggérons fortement que ce type de décision soit prise en équipe et que l'intervenant responsable s'assure que ses réactions contre-transférentielles n'aient pas contribué à obscurcir son jugement.

10. Conserver une bonne hygiène de vie personnelle

Les intervenants qui travaillent dans le domaine de la santé mentale, et plus encore ceux qui œuvrent régulièrement auprès de patients réputés difficiles, sont plus à risque que les autres de démotivation, d'épuisement professionnel, de fatigue de compassion et de trauma vicariant. Or, nous avons vu que l'état d'esprit dans lequel se trouve l'intervenant, par exemple s'il est fatigué, découragé ou ambivalent dans son désir de poursuivre le suivi, peut influencer négativement la façon dont il se comporte avec le patient difficile. Par exemple, une étude mentionnait que les médecins victimes de surmenage avaient plus tendance que les autres à étiqueter leurs patients comme étant difficiles (Haas *et al.*, 2005). Aussi, diverses publications et programmes d'intervention proposent des stratégies visant à améliorer l'hygiène de vie et la tolérance au stress des intervenants à risque (Mathie, 2012 ; Todaro-Franceschi, 2013). Considérant qu'un intervenant en bonne santé mentale et physique est un intervenant plus efficace et plus tolérant à l'égard des hauts et des bas propres au suivi de patients difficiles, plusieurs écrits proposent des lignes directrices afin d'éviter le surmenage et l'épuisement chez les professionnels de la santé mentale (Zur, 2011). Nous vous en présentons quelques-unes ici :

- **Reconnaître et accepter ses sentiments négatifs à l'endroit du patient difficile :** il faut rester en contact avec son propre monde intérieur, ses émotions et ses fantaisies les plus folles (Cohen, 1987 ; Corney *et al.*, 1988). Il faut se permettre de les partager et de tenter d'y donner un sens. La honte ou le refus d'admettre que l'on a des sentiments négatifs à l'endroit d'un patient est problématique. Cette attitude de déni constitue un risque de passage à l'acte impulsif auprès de son patient (appelé acting in) et entretient dans notre propre

monde interne une partie de soi non mentalisée. Tôt ou tard, cette partie de soi non mentalisée finira par drainer lentement notre énergie vitale et notre capacité d'autocritique.

- **Se doter de supervision continue et de soutien émotionnel:** la supervision entre pairs, la supervision avec un spécialiste de cas complexes ou la supervision de groupe sont autant d'options en mesure d'augmenter les compétences et le confort des intervenants. Un des points communs aux approches de traitement qui ont fait leurs preuves auprès de patients réputés intraitables (comme cela a longtemps été le cas pour les troubles de la personnalité limite) est justement que chaque intervenant dispose de soutien émotionnel et de supervision continue. Une supervision adéquate devrait permettre à l'intervenant d'exprimer librement ce qu'il ressent, d'apprendre à tirer profit de son expérience émotionnelle pénible, de mieux comprendre ce que son patient provoque chez les autres et d'arriver à hausser son sentiment de compétence.
- **Faire une démarche personnelle de psychothérapie:** le travail d'intervenant en santé mentale comporte un haut degré d'incertitude et une forte charge émotionnelle qui vient parfois réactiver des conflits internes ou des traumatismes non résolus chez l'intervenant. Certaines écoles de pensée en psychothérapie vont explicitement encourager leurs étudiants à entreprendre une psychothérapie pendant leur formation alors que d'autres laisseront le libre choix à la personne.
- **Maintenir un équilibre entre sa vie personnelle et sa vie privée:** certains thérapeutes ont de la difficulté à établir un équilibre et une saine division entre leur vie professionnelle et leur vie privée. Ils n'ont que des amis de la même profession qu'eux, ont tendance à discuter de leurs cas dans leur temps libre, ils écoutent des films sur des gens qui ont des problèmes graves, ils ne lisent que des livres pertinents à leur formation et importent leur attitudes professionnelles à la maison: ils traitent leurs proches avec distance professionnelle, leur parlent de patients à table et se satisfont de l'intimité à sens unique de relations basées sur un rôle d'aidant. Dans ces cas, varier son cercle d'amis, lire et voir des films qui n'ont rien à avoir avec la santé mentale et se permettre

d'être vraiment soi-même à la maison sont toutes des stratégies pouvant diminuer les risques insidieux d'épuisement professionnel.

- Avertir ses proches au sujet des risques inhérents à sa profession: Zur (2011) suggère que le fait d'informer sa famille des risques du métier d'intervenant et de les informer des principaux symptômes d'un épuisement professionnel peut permettre de prévenir de tels problèmes et d'encourager le thérapeute à mieux prendre soin de lui-même. Les proches sont parfois capables de détecter bien avant les intervenants eux-mêmes les signes d'épuisement. Les psychothérapeutes sont malheureusement reconnus pour manquer de compassion envers eux-mêmes et de ne pas très bien prendre soin d'eux-mêmes (Figley, 2002).

En terminant, le lecteur peut s'auto-administrer l'Inventaire des symptômes de burnout de Maslach (MBI: Maslach Burnout Inventory) en ligne à l'adresse suivante: (<http://www.therapiebreve.be/plus/tests/burnout-mbi>). En fait, ce questionnaire explore trois dimensions de l'épuisement professionnel: la fatigue émotionnelle, le sentiment de désengagement et le sentiment d'impuissance. Destiné à l'origine aux intervenants du domaine médical et social, le MBI est aujourd'hui reconnu comme une mesure valide du degré de burnout des employés de divers secteurs d'activités. Il est important que les professionnels de la santé mentale soient conscients sur les lourdes conséquences personnelles et psychologiques de la tâche qui leur incombe. Il est souhaitable que ceux-ci développent une meilleure hygiène de vie et évitent de minimiser le fardeau émotionnel inhérent à leur travail. Il n'y a rien de plus difficile que de se sentir obligé de suivre un patient difficile sans disposer de toutes les ressources professionnelles, émotionnelles et organisationnelles nécessaires... et ne pas oser se l'avouer, de surcroît.

72

Conclusion

D'après certains observateurs, le nombre de patients qualifiés de difficiles à traiter dans le réseau de la santé mentale représenterait environ de 15 % à 30 % de la population clinique. Il existera toujours de ces personnes présentant un problème de santé mentale ne semblant pas répondre favorablement aux meilleures intentions

des intervenants. On les nomme de toutes sortes de façons plus ou moins adéquates. Des dizaines d'articles comportent le terme *difficult patient*, sans compter les centaines d'autres articles comportant des termes connexes. Pour écrire ce texte, nous nous sommes inspirés des écrits s'étant intéressés au vécu de divers professionnels de la santé (infirmières, médecins généralistes, psychiatres, psychothérapeutes et psychologues) provenant d'une diversité de milieux (services intra-hospitaliers, cabinets privés, cliniques publiques de première ligne et cliniques spécialisées). La problématique des patients difficiles pose plusieurs défis sérieux pour la personne ainsi étiquetée, pour leur intervenant et pour le système de services de santé mentale. Les patients qualifiés de difficiles courent le risque de ne pas être traités de façon respectueuse, de recevoir des surdoses de médicaments, d'avoir accès à des services moins efficaces et, ultimement, d'être exclus des services de santé mentale. La pertinence de la problématique du patient difficile est d'ordre clinique, éthique, économique et organisationnelle.

Après avoir présenté au lecteur une mise en contexte de la problématique des patients difficiles, nous avons exploré les divers termes utilisés pour décrire et étiqueter le patient difficile et le bon patient. Nous avons vu que le fait de dire d'un patient qu'il est difficile témoigne d'un processus d'étiquetage complexe et évoluant à travers le temps. En effet, un patient nous semblant difficile à un moment du suivi peut ne plus nous paraître ainsi quelques séances plus tard, quelques mois plus tard. De la même façon, un patient jugé difficile par une infirmière peut ne pas l'être par un psychiatre ou un autre professionnel, pour diverses raisons. Nous avons vu aussi que les caractéristiques personnelles et cliniques des patients difficiles peuvent généralement se regrouper en trois ou quatre grandes catégories. Aussi, certains auteurs ont proposé des terminologies nous permettant de catégoriser ces types de patients et de mettre en lumière ce qu'ils ont en commun. Ensuite, un outil d'analyse et un exercice réflexif ont été proposés afin d'éclairer les diverses dimensions de la problématique du patient difficile. Cet exercice nous aura permis de faire une synthèse des multiples angles d'analyse possibles. Enfin, nous avons exploré dix stratégies d'intervention auprès de patients difficiles afin d'éviter aux intervenants les impasses cliniques et de limiter le fardeau émotionnel propre au travail auprès de patients difficiles.

L'étude de la documentation sur la problématique des patients difficiles en santé mentale nous a apporté de nombreux apprentissages et a ouvert des pistes de réflexion porteuses d'espoir. Tous ces écrits nous ont aussi fait prendre conscience que, sans une juste et saine reconnaissance de la part de responsabilité du patient dans le succès ou l'insuccès de nos interventions, sans une juste reconnaissance de nos propres limites comme intervenants et des limites de notre science, les suivis complexes sont tous destinés à être vécus comme difficiles. À notre avis, ultimement, la problématique des patients dits difficiles est un problème relationnel, un problème de rencontre entre deux individus ou plus, un problème entre des attentes eu égard au rôle que chacun devrait jouer dans un scénario où la mise en scène en cours ne semble pas mener aux résultats attendus.

74 | Que faire face à une équipe déstabilisée par l'ampleur d'une impasse clinique? Que faire face à la complexité et aux limites de notre science? Que faire devant l'apparente incapacité de notre patient de profiter de nos compétences d'intervenant en santé mentale? Dans ces cas, de l'avis de Koekkoek et ses collègues (2006), il est à notre avantage de revenir aux bases de l'intervention en santé mentale. Il résume ainsi le plus important à retenir en matière d'intervention auprès de patients jugés difficiles: «Le professionnel doit maintenir une attitude de validation et des frontières strictes à l'intérieur d'un traitement clairement structuré. La connaissance du background du patient et de ses propres limites aident le professionnel à concevoir différentes perspectives et la consultation de collègues et la supervision renforcent l'importance de ces différentes perspectives». Nous espérons que ces sages paroles et le texte qui les précède auront permis au lecteur de prendre conscience de la réalité complexe des patients que l'on qualifie de difficiles et de favoriser le développement de nouvelles pistes d'intervention porteuses d'espoir.

Références

- ACKERMAN, S. J. et HILSENROTH, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38 (2), 171-185.
- ALLEN, J. G., COLSON, D. B., COYNE, L. DEERING, C. D. et JEHL, N. (1987). Difficult patient. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 672-673.

- ANTHONY, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Innovations and Research*, 2 (3), 17-25.
- BAEKELAND, F. et LUNDWALL, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82 (5), 738-783.
- BATEMAN, A. et FONAGY, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press. 72-75.
- BENDER, D. S., DOLAN, R. T., SKODOL, A. E., SANISLOW, C. A., DYCK, I. R., MCGLASHAN, T. H., SHEA, M. T. et GUNDERSON, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (2), 295-302.
- BÉRUBÉ, F.-A. et LANGLOIS, M. (2009). *Le non-traitement psychiatrique: éthique ou irresponsable?* 5e colloque interétablissements en psychiatrie et en santé mentale Enjeux éthiques en santé mentale — Un temps de réflexion. 22-23 octobre 2009, Montréal, Québec.
- BERMAN, A. L. (1990). Clinical issues: treating the difficult patient. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20, 267-274.
- BRIGHT, G. (2003). La régression dans le transfert. *Les cahiers Jungiens de psychanalyse*, 107, 85-91.
- BURKE, B. L., ARKOWITZ, H., et MENCHOLA, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (5), 843-861.
- CASTONGUAY, L. G. et BEUTLER, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University press.
- COHEN, J. (1987). Diagnosis and management of problem patients in general practice. *The Journal of the Royal of General Practitioner*, 37 (51).
- COLSON, D. B., Allen, J. G., Coyne, L., Deering, D., Jehl, N., Kearns, W., et Spohn, H. (1985). Patterns of staff perception of difficult patients in a long-term psychiatric hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 36 (2), 168-172.
- CORNEY, R. H., STRATHDEE, G., KING, M., WILLIAMS, P., SHARP, D. et PELOSI, A. J. (1988). Managing the difficult patient: practical suggestions from a study day. *The Journal of the Royal of General Practitioner*, 38, 349-352.
- CRAAN, G.-M. (1993). *La santé mentale dans la communauté haïtienne: ouverture et partage*. Montréal: Association canadienne pour la santé mentale, Filiale de Montréal.
- DANIEL, S. I. F. (2006). Adult Attachment Patterns and Individual Psychotherapy: A Review. *Clinical Psychology Review*, 26, 968-984.

- 76
- DESROSIERS, A. S. et FLEUROSE, S. (2002). Treating Haitian patients: key cultural aspects. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 508-521.
- FARBER, N.J. et SNYDER, L. (2009). *The difficult patient: should you end the relationship? What now? An ethics case study. Medscape Education — American College of Physicians Ethics Case Studies*. Téléchargé à partir de: <http://www.medscape.org/viewarticle/706978>
- FARKAS, M., et VALLÉE, C. (1996). De la réappropriation au pouvoir d'agir: la dimension discrète d'une réelle réadaptation. *Santé mentale au Québec*, 21, 21-32.
- FIGLEY, C. R. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (11), 1433-1441.
- FRANCES, A. et CLARKIN, J. F. (1981). No treatment as the prescription of choice. *Archives of General Psychiatry*, 38 (5), 542-545.
- FONAGY, P. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- GABBARD, G. O. (1999). *Countertransference issues in psychiatric treatment*. Washington DC.; APP.
- GERVAIS, D. (1985). *Le droit de refuser un traitement psychiatrique au Québec*. Québec: Faculté de droit de l'Université Laval.
- GOPAUL-McNICOL, S.A., NEJAMIN-DARTIGUE, D. et FRANÇOIS, E. (1998). Working with Haitian Canadian Families, *International Journal for the Advancement of Counselling*, 20, 231-242.
- GREEN, S. A. (1988). *Limit setting in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- GROSS, R. (2002). Borderline Personality Disorder in Primary Care. *Archives of Internal Medicine*, 162 (1), 53-60.
- GROSJEAN, B. (2013). *Les états limites: Revue et mise au point. Publié en ligne*. Récupéré sur: <http://www.bgrosjean.com/Papersetc.html>
- HAHN, S. R., KROENKE, K., SPITZER, R. L., BRODY, D., WILLIAMS, J. B., LINZER, M., et DE GRUY, F. V. (1996). The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. *Journal of General Internal Medicine*, 11 (1), 1-8.
- HAAS, L. J., LEISER, J. P., MAGILL, M. K., et SANYER, O. N. (2005). Management of the difficult patient. *American Family Physician*, 72 (10), 2063-2068.
- HOLMES, J. (1992). Psychiatry without walls: Some psychotherapeutic reflections. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 6 (1), 1-12.

- HORVATH, A. O. (1995). The therapeutic relationship: from transference to alliance. In *session: Psychotherapy in Practice*, 1 (1), 7-18.
- HULL, S. K. et BROQUET, K. (2007). How to manage the difficult patient encounters. *Family Practice Management*, juin, 30-34.
- JACKSON J. L., et KROENKE, K. (1999), Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Archive of Internal Medicine*, 159, 1069-1075.
- JULIANA, C. A., OREHOWSKY, S., SMITH-REGOJO, P., SIKORA, S. M., SMITH, P. A., STEIN, D. K., WAGNER, D. O., et WOLF, Z. R. (1997). Interventions used by staff nurses to manage «difficult» patients. *Holistic Nursing Practice*, 11 (4), 1-26.
- KAPLAN, C., LIPKIN, M. J. et GORDON, G. H. (1988). Somatization in primary care: patients with unexplained and vexing medical complaints. *Journal of General Internal Medicine*, 3 (2), 177-190.
- KOEKKOEK, B., VAN MEIJEL, B., et HUTSCHEMAEKERS, G. (2006). «Difficult patients» in mental health care: a review. *Psychiatric Services*, 57 (6), 795-802.
- KOEKKOEK, B., HUTSCHEMAEKERS, G., VAN, MEIJEL, B. et SCHENE, A. (2011). How do patients come to be seen as 'difficult'? A mixed-methods study in community mental health care. *Social Science & Medicine*, 72 (4), 504-512.
- LAMARRE, S. (1998). *Aider sans nuire: de la victimisation à la coopération*. Montréal: Marguerite Lescop éditrice.
- LECOMTE, C. (2012). La supervision clinique: une composante essentielle dans le traitement de la personnalité dite limite, dans C. Leclerc et C. Labrosse (dir.) *Trouble de personnalité limite: points de vue de différents acteurs*. Montréal: Presses de l'Université du Québec, 152-181.
- MAIN, T. (1989). *The ailment*. Dans *The ailment and other psychoanalytic essays*. Johns J. London (Ed.), Free Association Books.
- MATHIEU, F. (2012). *The compassion fatigue workbook: Creative tools for transforming compassion fatigue and vicarious traumatization*. New York: Routledge.
- MILLER, W. R. et ROLLNICK, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change*. 2nd ed. New York: Guilford Press.
- MOHR, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: a critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2 (1), 1-27.
- MUNICH, R. L., et ALLEN, J. G. (2003). Psychiatric and sociotherapeutic perspectives on the difficult-to-treat patient. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 66 (4), 346-357.

- NIELD-ANDERSON, L., MINARIK, P. A., DILWORTH, J. M., JONES, J., NASH, P. K., O'DONNELL, K. L., et STEINMILLER, E. A. (1999). CE Credit: Responding to 'difficult' patients. *The American Journal of Nursing*, 99 (12), 26-35.
- NEFF, K. (2003). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2 (2), 85-101.
- NEILL, J. R. (1979). The difficult patient: identification and response. *Journal of Clinical Psychiatry*, 40, 209-212.
- O'REILLY, D., GILLILAND, A., STEELE, K. et KELLY, C. (2001). Reasons for patient removals: results of a survey of 1005 GPs in Northern Ireland. *The British Journal of General Practice: the Journal of the Royal College of General Practitioners*, 51 (469), 661-663.
- PAQUET, S., BOUCHARD, S. et CLÉMENT, M. (septembre 2012). *Formations et cadre d'intervention spécialisé pour les troubles de personnalité: Impacts positifs et défis perçus par des intervenants du CSSS de la Vieille-Capitale*. Rapport de recherche, non publié du Consortium en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux en première ligne (CETMISSS-PL) du CSSS de la Vieille-Capitale.
- Paniagua, F. A., Wassef, A., O'Boyle, M., Linares, S. A. et Cuellar, I. (1993). What is a difficult mental health case? An empirical study of relationships among domain variables. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 23 (2), 77-94.
- PELET, A., BESSON, J., PÉCOUD, A., et FAVRAT, B. (January 01, 2005). Difficulties associated with outpatient management of drug abusers by general practitioners. A cross-sectional survey of general practitioners with and without methadone patients in Switzerland. *BMC Family Practice*, 6, 51.
- SANTY, P. A., et WEHMEIER, P. K. (1984). Using «problem patient» rounds to help emergency room staff manage difficult patients. *Hospital & Community Psychiatry*, 35 (5), 494-506.
- SCHAFFER, S., et NOWLIS, D. P. (1998). Personality disorders among difficult patients. *Archives of Family Medicine*, 7 (2), 126-129.
- SCHOURICH, N. (2002). Moral attitudes and mental disorders. *The Hastings Center Report*, 32 (2), 14-21.
- SILVER, D. (1983). Psychotherapy of the characterologically difficult patient. *Canadian Journal of Psychiatry*, 28, 513 – 521.
- SILVER, D., CARDISH, R. J. et GLASSMAN, E. J. (1987). Intensive treatment of characterologically difficult patients. A general hospital perspective. *The Psychiatric Clinics of North America*, 10 (2), 219-245.

- SMITH, S. (1995). Dealing with the difficult patient. *Postgraduate Medical Journal*, 71, 653-657.
- SPINHOVEN, P., GIESEN-BLOO, J., VAN DYCK, R., KOOIMAN, C.G., et ARNTZ, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 104-115.
- STONE, M. H. (2006). *Personality-disordered patients: Treatable and untreatable*. Washington, DC: American Psychiatric Publication.
- SWIFT, J. K. et GREENBERG, R. P. (January 01, 2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80 (4), 547-559.
- TALBOT, J. (1989). Le patient agressif en milieu psychiatrique: le contre-transfert et les problèmes de management. *Santé mentale au Québec*, XIV (2), 183-190.
- TAYLOR, C. B., PFENNINGER, J. L., et CANDELARIA, T. (1980). The use of treatment contracts to reduce Medicaid costs of a difficult patient. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 11, 77-82.
- TODARO-FRANCESCHI, V. (2013). *Compassion fatigue and burnout in nursing: Enhancing professional quality of life*. New York: Springer Pub.
- TURNIER, L., DESROSIERS, O., CHOUINARD, G., HILLEL, J, et NÉRÉE, A. (1993). Pseudo-psychose schizophrénique et symptômes extrapyramidaux iatrogéniques chez les Haïtiens, *Médecin du Québec*, 28 (5), 83-92.
- WEILER, M. A. (1987). Interpretation of negative transference in non-analytic settings.. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 17 (3), 223-236.
- WHITLEY, R., KIRMAYER, L. J., et GROLEAU, D. (2006). Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: a qualitative study from Montreal. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue canadienne de psychiatrie*, 51 (4), 205-209.
- YEOMANS, F. E., SELZER, M. A. et CLARKIN, J. F. (1992). *Treating the borderline patient: A contract-based approach*. New York, New York: Basic Books.
- ZUR, O. (2011). *Taking care of the caretaker: how to avoid psychotherapists' burnout*. Online Publication par le Zur Institute. Téléchargé à partir de : <http://www.zurinstitute.com/burnout.html>

