

## Créer des contextes de coopération pour sortir des culs-de-sac thérapeutiques

### Creating contexts of cooperation to get out of therapeutic deadlock

### Crear contextos de cooperación para salir de los callejones terapéuticos sin salida

### Criar contextos de cooperação para sair de impasses terapêuticos

Suzanne Lamarre

Volume 31, Number 2, Fall 2006

Ethnopsychiatrie

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/014837ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/014837ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lamarre, S. (2006). Créer des contextes de coopération pour sortir des culs-de-sac thérapeutiques. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 309–328. <https://doi.org/10.7202/014837ar>

Article abstract

This article aims at : 1) describing the management of mental health problems according to two models that are opposed and differentiate themselves when tensions arise, the cooperation model and the traditional medical model ; 2) illustrating with clinical examples these essential differences ; and 3) proposing possible solutions to the obstacles to cooperation because of the protectionist attitudes of the traditional medical model that accentuate during crises. To stick to the treatment of pathologies by ignoring the nature of relational contexts, as suggests the traditional medical model, risks bringing all actors involved in a therapeutic deadlock the most frequent being the psychiatric solution. The author proposes an intervention model she calls the 4Rs to install a context of cooperation.



## Créer des contextes de coopération pour sortir des culs-de-sac thérapeutiques

---

Suzanne Lamarre\*

Cet article vise à : 1) décrire la gestion des problèmes de santé mentale selon les deux modèles opposés ici et qui se différencient lors des tensions, le modèle de la coopération et le modèle traditionnel médical ; 2) illustrer à l'aide d'exemples cliniques ces différences essentielles ; et 3) proposer quelques réflexions sur les obstacles à la coopération en raison des attitudes protectionnistes du modèle traditionnel médical qui s'accroissent lors des crises. S'en tenir aux traitements des pathologies en ignorant la nature des contextes relationnels, comme le veut le modèle traditionnel médical, risque de conduire les acteurs dans des culs-de-sac thérapeutiques dont le plus fréquent est celui la psychiatrisation. L'auteure propose un modèle d'intervention qu'elle intitule les 4Rs pour installer un contexte de coopération afin de sortir des culs-de-sac thérapeutiques.

**P**ourquoi se préoccuper du contexte lorsque nous sommes enlisés dans une impasse thérapeutique ? Ne serait-ce pas plus opportun de faire appel à un expert de plus grande envergure que soi pour modifier le traitement ou en initier un nouveau ? Bien sûr, si ces changements pouvaient se faire dans la collaboration de tous ! Mais lorsqu'on se met à expliquer le manque de réponse thérapeutique par le manque de motivation, d'autocritique, de jugement, ou encore par les troubles de la personnalité, la manipulation du patient et/ou de son entourage, c'est le moment où il s'avère nécessaire de proposer des rencontres avec les personnes impliquées pour installer un contexte de coopération en vue d'un nouveau partage des responsabilités dans le succès des thérapies. Redoubler d'efforts thérapeutiques pour un patient que l'on ressent comme exigeant et contrôlant, conduit habituellement à son rejet à plus ou moins longue échéance.

---

\* Psychiatre au Centre hospitalier St-Mary.

L'auteure remercie les membres de son équipe du Service d'urgences psychiatriques et de crise du C. H. St-Mary's. (SUPC) soit Donald Desrosiers, inf., Sandra Gomez, inf., Connie Cordon, bach. inf., Angela Cusano, inf., Lucie Champagne, T.S.P, Nathalie Dinh, psychologue, Suzanne Marcotte, psychologue, Natalie Gendron, secrétaire, Dre Marie-Andrée Ouimet, Dr Santokh Singh, Dr Ken Boss, psychiatres.

À mon avis, le manque de sensibilité à la nature des rapports humains est à l'origine de la majeure partie des culs-de-sac thérapeutiques en psychiatrie. Pour cette raison, j'illustrerai à l'aide de cas cliniques, à quel point il est important d'accorder, dès les premiers contacts, une attention particulière aux rapports de la coopération ou de les rétablir quand rien ne va plus. Par ailleurs, vouloir travailler uniquement dans un contexte de coopération avec tous les acteurs impliqués dans une situation, amène l'intervenant à se comporter différemment de l'intervenant traditionnel lors des situations de crise, et à susciter occasionnellement de la désapprobation de la part de certains acteurs. Ce que je veux souligner par ce texte est à la fois comment la coopération est un incontournable pour dénouer des imbroglios cliniques et, paradoxalement, comment elle peut être ignorée et même source de confusion dans les processus thérapeutiques, le modèle de la coopération relevant d'un tout autre code de communication que celui du modèle médical traditionnel. La différence se manifeste lorsque rien ne va plus entre les protagonistes.

Cet article vise trois objectifs :

- 1) décrire la gestion des problèmes de santé mentale selon deux modèles opposés qui se différencient lorsqu'il y a des tensions : soit le modèle de la coopération et le modèle traditionnel médical ;
- 2) illustrer à l'aide d'exemples cliniques ces différences essentielles ;
- 3) proposer quelques réflexions sur les obstacles à la coopération lors des crises à cause des attitudes protectionnistes du modèle traditionnel médical.

### **La gestion des problèmes de santé mentale selon le modèle traditionnel médical**

En suivant le modèle traditionnel médical, le professionnel de la santé investigate les symptômes à l'aide d'un questionnaire, pose un diagnostic principal et différentiel, et cherche à faire disparaître la maladie par un traitement fondé sur les données probantes. En s'attaquant à la cause de la maladie par des traitements appropriés et reconnus, le médecin s'attend à ramener à la santé la personne qui le consulte. Le modèle biopsychosocial proposé dans les divers centres de formation en santé mentale, et adopté par divers professionnels, repose sur la même logique que celle du modèle médical traditionnel. En adoptant ce modèle, les équipes multidisciplinaires touchent à un plus grand éventail

de causes — non seulement biologiques mais aussi psychologiques et sociales — pour éradiquer les pathologies, ou en diminuer l'impact sur le fonctionnement de la personne atteinte d'une maladie; mais les interventions qui peuvent se multiplier et s'intensifier se situent toujours au niveau des causes initiales. Bref, lors des crises, les cibles prioritaires de ces intervenants traditionnels sont d'abord et avant tout les pathologies et une recherche de traitements plus efficaces, au lieu de s'intéresser aux contextes interpersonnels à instaurer et à maintenir en vue de résoudre les problèmes avec ou sans traitements additionnels, comme c'est le cas dans le modèle de la coopération que nous proposons.

Il est d'autant plus difficile de ne pas s'engager dans des contextes défavorables que nos valeurs humanitaires et scientifiques nous ont amenés à ignorer les nouvelles théories des communications, de l'information et du management nécessaires pour comprendre l'influence des contextes organisationnels et interpersonnels sur les comportements humains. Dans ces nouvelles théories à l'origine entre autres de l'entrevue motivationnelle, des thérapies ericksonniennes, des thérapies familiales systémiques, l'on s'attend à ce que le thérapeute mise sur les compétences du consultant comme principal levier de changement. L'intérêt manifesté pour ces théories durant les années de la désinstitutionalisation des soins psychiatriques — aussi nommées théories systémiques — fut, pour des raisons encore difficiles à expliquer, rapidement remplacé par un intérêt pour une pratique fondée sur des données probantes. Nous avons toujours le désir de bien faire, et nous croyons encore trop facilement que les bonnes intentions suffisent à nous maintenir dans des rapports de qualité. Nous n'avons pas encore tiré les leçons à grande échelle de la détérioration des asiles psychiatriques qui, malgré les meilleures intentions de leurs fondateurs, ont dû être fermés en regard de la Charte des droits de la personne. Les comportements observés de nos jours chez les patients, que nous attribuons à leur psychiatrisation, ne relèveraient-ils pas des mêmes conditions connues par les patients institutionnalisés du passé? La psychiatrisation pourrait alors être définie comme l'état d'un malade psychiatrique qui requiert de plus en plus de soins et de traitements sans en tirer les bénéfices, et chez qui sont vues principalement des pathologies à traiter, et non les compétences sur lesquelles compter pour son rétablissement.

Il importe de porter une attention particulière aux rapports interpersonnels qui s'instaurent dans le feu de l'action et qui peuvent nous amener, soit à respecter les personnes, leur intégrité et leurs droits tout

en rendant des traitements disponibles, soit à les contrôler et à leur donner à notre insu une identité d'incompétentes en s'intéressant principalement à leurs pathologies. Instaurer la coopération ne peut être considéré seulement comme une autre façon d'intervenir. C'est un élément incontournable et ce, quelque soit la façon de l'instaurer. La coopération va de soi si l'on respecte les personnes et leurs droits à l'autogestion, et qu'on reconnaisse leurs obligations à participer aux traitements. Je propose une façon d'instaurer ce contexte de la coopération, contrairement au modèle médical traditionnel qui ne nous oblige pas à la coopération mais qui risque souvent de nous faire dériver dans le protectionnisme et ses avatars, dont la psychiatisation.

C'est lors des tensions que se révèle la vraie différence entre les deux modèles précédemment mentionnés. Le thérapeute traditionnel négocie les traitements avec un patient qui sait déjà comment collaborer avec lui ; mais si ce dernier s'oppose à lui, il prend le rôle de celui qui sait le mieux pour son patient. Il devient ainsi vite enlisé dans des rapports que je décris comme protectionnistes avec un patient lors des tensions. De part et d'autre, on se blâme pour contrôler l'autre, patient ou clinicien, par des sentiments de honte ou de culpabilité pour en arriver à disqualifier autrui en ne lui reconnaissant plus aucune compétence. Pour sa part, le clinicien protecteur ne sait plus comment se sortir de ces rapports étouffants car les comportements de son protégé exigent de plus en plus d'interventions, de contrôle et d'implication de sa part. Avec les années, il essaie d'éviter ces patients, à moins qu'il n'apprenne à utiliser les moments de crise pour instaurer avec eux un contexte de coopération, bref à poser les questions pertinentes à ceux qui souffrent ou qui ont le problème plutôt qu'à leur imposer les réponses souhaitées.

### **Les rapports protectionnistes**

Je résume maintenant les quatre éléments des rapports protectionnistes colligés dans plusieurs articles et chapitres de livres (Lamarre, 1998, p.12 ; 2004, p.183 ; Lamarre et Pelletier, 2006, p. 94).

- 1) le duo des protagonistes, protecteur — protégé, contrôleur — contrôlé, abuseur — abusé occasionnel ; et leurs excès caractériels et comportementaux ; ce duo est souvent présent dans le milieu personnel du patient avant de se prolonger dans l'équipe traitante ;
- 2) les communications superficielles et l'impression de tourner en rond entre des personnes qui se jugent inadéquates ;

- 3) les moyens de contrôle interpersonnel découlant du blâme, de la honte et de la culpabilisation pour en arriver à la disqualification ;
- 4) des crises entraînant l'ajout de protagonistes et rendant les interventions de plus en plus inefficaces, en raison de l'amplification du processus de victimisation et de psychiatrisation.

Le clinicien peut savoir qu'il est engagé dans les rapports protectionnistes, lorsqu'il ne mise plus sur les compétences de la personne traitée afin de participer à la résolution des problèmes pour lesquels il est consulté. Il sent par ailleurs que la personne traitée est dans une attitude de victime. Cette dernière décrit alors ses souffrances et ses symptômes en faisant sentir au clinicien que la solution dépend des autres. Ces propos fournissent l'indice qu'il y a des gens qui se sentent depuis longtemps coupables autour d'elle. S'il est possible de contacter ces dernières avec l'autorisation de la personne traitée pour discuter des problèmes, le clinicien est en train de s'orienter vers la coopération. S'il s'enferme avec cette personne impuissante, lorsqu'il commence le traitement sans convier d'abord l'entourage, il devient vite irritée par ses demandes insatiables. Les processus de victimisation et de psychiatrisation s'activent, se manifestant par des crises de plus en plus fréquentes qui conduisent au rejet et/ou à la surcompensation, la surcompensation étant l'obligation que se donne le protecteur d'accepter l'inacceptable de la part de son protégé.

### **La gestion des problèmes de santé mentale selon le modèle de la coopération**

Nous avons déjà mentionné que la différence essentielle entre les rapports protectionnistes et les rapports de coopération se manifeste lors des prises de décision en situation de crise. Le thérapeute traditionnel se sent obligé de prendre le rôle de protecteur ou de contrôleur lorsqu'il observe de si nombreuses pathologies et tant d'incompétence chez son patient. Selon le modèle de coopération, l'intervenant utilise sa position d'expert pour demander à la personne malade d'inviter toutes les personnes impliquées pour s'entendre sur la façon de travailler ensemble. Lorsque le contexte de coopération est instauré, chacun ressent la marge de manœuvre qu'apporte l'entente sur le partage des responsabilités et des risques dans la gestion des problèmes, et l'administration des traitements. La personne en position haute, dans les rapports de coopération, a appris à miser sur la compétence de la personne à assumer les conséquences de ses gestes et décisions. Pour qu'une personne puisse prendre des décisions éclairées, elle doit obtenir, et même rechercher,

toute l'information pertinente lui permettant de le faire. Le contexte doit permettre cette circulation de l'information pertinente entre les acteurs, et c'est ce contexte favorable que le clinicien, préoccupé par ce partage éclairé des responsabilités, cherche tout d'abord à instaurer avec la personne malade et son entourage.

### Les 4 Rs

Je regroupe sous les 4R les quatre principaux paramètres de la communication dont il faut s'occuper lorsque l'on veut instaurer un contexte de coopération avec les acteurs pour qu'émergent des solutions durables à un problème apparemment insoluble. Ces 4 Rs permettent de se rappeler au moment de l'action des dimensions à aborder lors de ces étapes cruciales.

**1<sup>er</sup> R**, l'esprit des *Règles* et des ententes ; l'élimination du blâme avec l'adoption de la *RRAV*, la règle du respect de l'autonomie et de la vulnérabilité de chacun ; cette règle de l'autoprotection qui est nécessaire pour la coopération est proposée, lors de la rencontre, en utilisant souvent le terme de limites à la place du mot vulnérabilité ; à partir de l'information sur les limites de chacun, des solutions possibles émergent ; l'esprit des ententes règne entre les personnes participant aux solutions ; il est entendu que l'honnêteté est au rendez-vous et qu'aucune entente ne peut être brisée unilatéralement ;

**2<sup>e</sup> R**, *Rôles*, les attentes sont à clarifier par rapport aux rôles assumés par chacun ; l'estime de soi relève de l'espace nécessaire à garder entre rôles et identités dans les relations pour ne pas tomber dans la compétition ou les preuves d'avoir raison ; le rôle est à ajuster à ce que l'on est comme personne, et l'on ne mise plus sur l'annihilation de la personne dans un rôle ou encore sur le conformisme ; c'est l'idée de la *good enough mother* de Winnicott alors que la mère ajuste son rôle à ce qu'elle est ;

**3<sup>e</sup> R**, c'est la réappropriation par chacun de ses *Responsabilités* pour le succès du projet ; le traitement de l'expert n'étant plus le seul élément du changement : l'expert disparaît et tous savent quoi faire ; c'est la redistribution du leadership et l'adhésion à la morale du *ne pas faire aux autres ce que l'on ne veut pas que les autres nous fassent* ;

**4<sup>e</sup> R**, la *Réorganisation* du projet ; la règle interrelationnelle du milieu est celle du feedforward et pas seulement celle du feedback ; c'est le guru du management, Marshall Goldsmith, qui a utilisé ce terme pour décrire la réorganisation participative qui doit prendre place lors de la discussion des problèmes ; ne pas seulement nommer les comporte-

ments inacceptables ou souhaitables mais rencontrer les personnes concernées en vue de travailler ensemble sur un projet commun, qui est pour nous le projet thérapeutique et le rétablissement ; au lieu de blâmer et de trouver des coupables en cas d'échec, l'on apprend à réorganiser sans cesse le plan d'action avec les nouvelles données.

Une personne qui ne peut plus compter sur un réseau personnel à réorganiser ou à créer est à haut risque d'être psychiatisée. Si l'équipe traitante assume le rôle de la famille, la confusion s'instaure dans les rôles et les attentes. Demander à une personne psychiatisée de longue date à travailler en coopération avec l'équipe traitante peut relever de l'utopie. Si l'équipe ne voit pas comment cette personne peut à nouveau participer aux succès des traitements, il est préférable de demander à la cour un statut légal de personne inapte à décider au lieu de faire comme si elle était apte à le faire, alors qu'elle oscille entre la soumission ou l'opposition envers ses thérapeutes. La personne psychiatisée connaîtra son statut et pourra le contester, au lieu d'être traitée comme inapte sans pouvoir s'en prendre au statut qu'on lui donne. Cette requête à la cour peut devenir éventuellement une ouverture vers la coopération si la personne a les capacités à assumer ses décisions et à exiger un statut de personne responsable.

Il y a diverses étapes vers la coopération. S'il s'agit d'un premier contact avec le milieu de la psychiatrie, l'instauration du contexte de coopération se fait relativement facilement, ne dépassant pas de quelques semaines à quelques mois. Mais s'il y a psychiatisation, la règle de la coopération peut prendre plusieurs années avant de pouvoir être instaurée. Durant cette période de flottement, on peut seulement se dire disponible pour reprendre le dialogue dans la coopération. Lors des crises, il est important de revoir ces personnes, car ce sont des moments favorables au changement. Il faut aussi que leur dossier puisse être facilement réouvert avec cette même équipe.

### **Sylvie : patiente qui n'avait pas appris la coopération lors d'une première rencontre**

Sylvie était une travailleuse malade qui connaissait une crise suicidaire à l'urgence, après avoir été trouvée prise, en flagrant délit, d'avoir forgé des signatures sur les certificats médicaux soumis à son employeur pour valider son absence du travail.

Sylvie était de retour au travail après une absence de 2 ans. Je l'avais connue au début de son arrêt de travail alors qu'elle avait été hospitalisée pour une dépression majeure et des idées suicidaires. Elle dépendait beaucoup pour sa cocaïne et était déjà sur le bord de la faillite.



Elle avait encore quelques amis à cette époque, et disait avoir dû s'isoler en ville en raison de son manque d'affinité avec sa famille. J'avais rencontré ses amis lors de cette hospitalisation pour instaurer un contexte de coopération, et je ne l'avais pas revue depuis.

Ce jour-là, j'avais dû remplacer pour quelques heures un collègue aux urgences, et je me suis retrouvée devant cette patiente qui n'avait pas eu de suivi dans nos services depuis deux ans. Elle était accompagnée d'un agent social de son milieu de travail parce qu'elle avait menacé de se suicider après la découverte de ses gestes frauduleux. C'était son premier jour de retour au travail. Sylvie avait les mêmes symptômes et la même attitude que lors de son hospitalisation deux ans auparavant. Elle semblait incroyablement au même point. Les raisons de sa venue aux urgences, soit sa menace de suicide alors qu'elle avait été confrontée à ses comportements répréhensibles, me plongeait du coup dans une situation de double contrainte. Je ressentais beaucoup d'irritation et d'agacement pour le moins que l'on puisse dire. Je devais d'abord travailler sur mes émotions pour éviter le guet-apens du blâme et du rejet.

Lorsque l'on est coincé, rien de mieux que de penser à ses éventuels juges. Mon ordre professionnel me demanderait les résultats de mon examen sur l'état mental de ma patiente au moment de sa visite aux urgences. Cette patiente suicidaire chronique était-elle confrontée à de nouveaux facteurs de stress qui pouvaient l'amener à un geste suicidaire? La réponse était affirmative. Sylvie vivait en effet une situation fort difficile, et devait assumer des gestes répréhensibles devant ses collègues de travail et son employeur. Présentait-elle aussi des symptômes dépressifs? Elle avait obtenu un résultat de 42 sur l'échelle de dépression de Beck (au-dessus de 20, la dépression est sévère) et coché le nombre 3 à la question sur les idées suicidaires (le score 0 indique aucune idée suicidaire, et le score 3 que le sujet est prêt à passer aux actes).

Je ne pouvais donc clore la rencontre en la retournant à son thérapeute qui était son médecin dont elle avait forgé la signature. Ce médecin travaillait seul, et même s'il était prêt à revoir éventuellement sa patiente d'après l'agent social, il n'avait pas accès à une équipe d'intervention de crise. Sylvie ne se s'était pas encore tuée pour éviter ce choc à sa mère de 75 ans. Par ailleurs, je savais que l'employeur et son équipe médicale me jugeraient, avec raison, complaisante si j'excusais cette fraude ou cette menace suicidaire par la maladie. Protéger cette patiente était aussi nuisible que de la rejeter. J'avais heureusement l'agent social de l'employeur avec moi. J'ai aussi fait appel à mon infirmier pour m'aider dans le suivi.

Je retrouvais progressivement mon calme et considérais même que la patiente était bien chanceuse que notre équipe soit là à regarder avec elle et son agent cet imbroglio. Nous devons développer une stratégie qui permettrait à tous de se réapproprier leurs responsabilités dans leur rôle respectif avec cette patiente régressée, découragée de son geste et ne sachant pas pourquoi elle l'avait posé. Sylvie se disait prête à s'engager dans un processus de réorganisation. J'ai donc écrit sur le rapport médical destiné à l'employeur qu'il était plus que probable que la travailleuse n'était pas apte à travailler lorsqu'elle avait forgé la signature, mais que son état maladif ne lui enlevait pas la responsabilité de ses gestes frauduleux. Cependant, nous pouvions présumer que l'amélioration de son état de santé lui permettrait de faire un meilleur choix de moyens lorsqu'elle serait à nouveau confrontée à un problème, et lui permettrait aussi d'apprendre à ne plus recourir à de tels gestes désespérés quoique inacceptables. Par ailleurs, elle pouvait reprendre progressivement le travail et nous l'accompagnerions dans ce retour au travail en collaboration avec son médecin traitant.

Je savais aussi que nous devrions nous impliquer à nouveau afin d'instaurer un contexte de coopération qui faciliterait le retour au travail. Je savais encore plus que, durant quelques mois, nous aurions à gérer de multiples crises suscitées par les attitudes régressives de Sylvie qui devait apprendre à ne plus s'enterrer dans ses tricheries, ni éviter les conflits en se réfugiant dans des attitudes de victime ou de malade. Enfin je savais qu'il me fallait la coopération des membres de mon équipe, de l'équipe du travailleur et de celle de l'employeur pour en arriver à un plan de réorganisation avec marge de manœuvre pour tous, et que je ne pouvais répondre ce jour-là qu'en promettant de m'impliquer en faisant un appel à tous. En effet il est impensable de transformer une telle impasse en un contexte favorable sans miser sur un processus de réorganisation avec tous les acteurs impliqués sur une période de quelques semaines à quelques mois. D'où l'importance pour l'équipe d'urgentistes de faire partie de l'équipe d'intervention de crise pour assurer la cohérence des interventions. Une compréhension commune des 4R devient alors essentielle pour tous ces intervenants.

L'expert dont on attend une réponse doit prendre la responsabilité de réorganiser le contexte des acteurs concernés, en faisant connaître aux consultants l'impossibilité de résoudre le problème sans la participation de tous. Il doit cependant s'impliquer ou, s'il ne le peut lui-même, avoir recours à un autre expert qui saura maîtriser autant les aspects contextuels des acteurs concernés que les aspects thérapeutiques des symptômes pour lesquels on le consulte. L'expert donnera et

maintiendra avec ses équipes d'urgence et de crise le ton de la coopération aux échanges, et s'entendra avec les acteurs sur le partage des responsabilités selon les rôles de chacun quant aux risques à prendre dans la gestion de ce problème, et le traitement concomitant de la maladie. Miser sur la coopération permet une intervention immédiate auprès du patient et de son entourage qui en ont besoin pour mettre fin à la crise qu'ils vivent.

J'ai su que le processus de réorganisation avait porté fruit, lorsque Sylvie a accepté la rencontre avec sa mère en vue de cesser d'utiliser pour de bon l'option du suicide comme menace ou comme porte de sortie. Elle a pu traverser sans problème l'étape de son congédiement effectué dans des conditions favorables grâce à la compréhension de son employeur qui avait participé à la gestion de cette crise. La patiente a pu réorganiser sa vie personnelle en devenant de plus en plus honnête avec sa mère. Nous avons l'impression que les prochaines crises que vivra Sylvie seront plus faciles à gérer à la suite de cet apprentissage au modèle de la coopération. Deux ans auparavant, notre implication n'avait pas amené Sylvie à changer son approche.

Examinons maintenant deux exemples où l'instauration de rapports de coopération s'est avérée essentielle afin de susciter dans le premier cas l'espoir d'un retour à la crédibilité du patient, et, dans le deuxième cas, de transformer un modèle explosif interpersonnel, délétère aux deux partenaires. Un troisième exemple illustrera la mise en place d'un contexte de coopération dans le milieu d'une jeune patiente suivie en pédopsychiatrie depuis l'âge de cinq ans selon le modèle médical traditionnel. Nous déduisons que le suivi se faisait selon ce mode traditionnel car les parents ne misaient plus sur leur propres compétences ni sur celles de leur fille mais uniquement sur celles du thérapeute. Nous avons intitulé cette vignette clinique « nous voulons le meilleur psychiatre en ville ».

### **Jean : toxicomane avec possibilité de pathologies psychiatriques à l'axe 1**

Jean est un jeune homme de 22 ans qui présente des problèmes importants de toxicomanie, en particulier de cocaïnomanie. Lors de sa première hospitalisation, à l'âge de 19 ans, il est massivement rejeté par le personnel lorsqu'il s'aperçoit que celui-ci vole les patients les plus vulnérables de l'unité. Il reçoit son congé de façon précipitée, et l'équipe traitante lui offre un suivi en externe en respect de ses obligations. Mais il s'avère peu fidèle aux rendez-vous. De plus, il devient de moins en moins crédible dans ses explications au fur et à

mesure qu'il s'absente. Par exemple, il fait appeler le policier qui l'a arrêté pour demander d'urgence en sa faveur une injection de neuroleptiques retard, alors qu'il ne s'est pas présenté pour ses injections pendant plus de trois mois et qu'il n'en a reçu qu'une seule fois. Il est par ailleurs difficile d'éliminer des troubles délirants. Il a vécu avec un père délirant et l'on se demande s'il a appris de ce père les symptômes qu'il manifeste, ou s'ils sont vraiment les siens. Son père, par ailleurs, se sent coupable de ce que devient son fils. Il lui prête facilement de l'argent ou n'ose pas le dénoncer à la police lorsque ce dernier lui vole ses cartes de guichet. Jean appelle à l'occasion la clinique mais ne prend plus de rendez-vous depuis plus d'un an. Il se présente finalement dans une salle d'urgence d'où l'on nous appelle pour son transfert puisqu'il a donné l'adresse de son père. À notre demande, notre collègue vérifie son adresse pour s'apercevoir qu'il n'a pas résidé chez son père au cours des deux dernières années.

L'accepter sans avoir fait cette vérification aurait été pour nous « entrer dans des rapports de protection » puisque le patient nous avait fait savoir lors des téléphones occasionnels qu'il n'habitait plus dans le secteur. Il aurait appelé lui-même que nous aurions accepté de le voir en externe sans nous préoccuper de l'adresse comme nous l'avions fait dans le passé. Pour favoriser les rapports de coopération, nous respectons toute demande de services de la part d'un patient connu en le recevant dans un contexte de partage clair des responsabilités. Jean présente, certes, des risques élevés de suicide ou de mort par négligence de sa part, mais il y aurait plus de risques encore si nous l'empêchions d'assumer les conséquences de ses gestes, et qu'il perdait pour de bon sa crédibilité en nous engageant dans des rapports protectionnistes.

### **Mathieu, 34 ans**

Mathieu fut amené par ambulance à l'hôpital un samedi soir de décembre à la demande de sa mère qui craignait son suicide. Il fut examiné et gardé dans le service des Urgences pendant 24 heures. Il se décrivait comme un utilisateur régulier de cannabis qui avait augmenté sa consommation depuis le départ de son amie avec laquelle il vivait depuis un an. Il ingérait de plus en plus d'alcool et de benzodiazépines pour contrôler ses attaques de panique de plus en plus anticipées. Depuis près d'un mois, il était isolé et ne voyait aucune autre solution que le suicide. Il était ouvert à une aide professionnelle mais blâmait facilement les autres pour expliquer son état. Il soulignait l'abandon de son père et de sa conjointe, et minimisait l'aide de sa mère qui se montrait fort intéressée à lui. Il a dû rester aux urgences pendant près de

48 heures par manque de lits à l'unité où il avait établi un très bon rapport avec le personnel. Il se disait compris. Mais comme il arrive souvent, (malgré nos efforts pour maintenir une continuité de soins), ce fut la fin de la lune de miel une fois admis à l'unité. Il ne pouvait accepter la présence de patients ayant des comportements erratiques, et il s'est rapidement mis à dos le personnel par ses éclats de colère.

Il a voulu quitter dès son arrivée dans l'unité le lundi matin alors que je le rencontrais pour la première fois. Il avait déjà téléphoné à sa mère pour qu'elle vienne le chercher. Comme le patient a convaincu sa mère de ne pas passer aux actes suicidaires ni autres gestes violents à la maison afin de ne pas rester à l'hôpital, nous lui avons offert de le revoir avec sa mère au cours de la semaine suivante. Sa mère souhaitant grandement un suivi ambulatoire, elle avait obtenu de son fils l'acceptation d'un tel suivi.

Le lendemain de son départ, le patient a eu un entretien téléphonique avec l'infirmier de service des urgences psychiatriques et de crise. Plus calme, il se sentait rassuré par les propos tenus par l'infirmier sur la nécessité de sortir de son tunnel suicidaire en travaillant avec les autres au lieu de s'isoler. L'infirmier lui conseilla de déménager chez sa mère, (il ne pouvait garder son appartement n'ayant pas les moyens financiers pour ce faire), pour être moins isolé. Par la suite, il demandera un certificat médical d'un mois qui confirmait ses problèmes de santé et son incapacité de travailler. Nous lui avons accordé le certificat tout en lui demandant de se présenter avec sa mère au cours de la semaine suivant la période des fêtes.

Il vint au rendez-vous avec sa mère. La rencontre fut très ardue. Le patient avait consommé durant la période des fêtes, et avait maintenu sa mère presque en otage. En entrevue, il est complètement tourné sur lui-même et contient difficilement sa rage. Il ne manifeste aucune émotion à l'égard de sa mère et de sa détresse. Aucune entente n'émerge de cette rencontre. Le lendemain, il quitte sa mère en lui disant qu'il se retire de l'entente de non-suicide parce qu'il a été déçu par nous tous. Le lien qui commençait à s'établir avec l'infirmier est aussi rompu. Sa mère appelle le 911, et nous-même ensuite afin de savoir si elle a commis une erreur, son fils lui ayant tant reproché l'appel fait au 911 la dernière fois. Nous lui confirmons qu'elle n'avait pas le choix. Nous lui disons qu'il ne faut surtout pas qu'elle abandonne Mathieu lors de ses actes de détresse, mais aussi qu'il ne faut pas le reprendre dans un contexte de culpabilité comme cela avait été le cas. Elle prend conscience de ses limites et de celles des intervenants. Par culpabilité, elle avait toujours essayé de compenser les manques du père et, par son aide inspirée par la

culpabilité, elle faisait croire à son fils qu'elle pouvait le sauver. Lorsqu'il serait dans un service d'urgence, elle devait profiter de l'occasion pour lui parler de son impuissance mais sans le blâmer, et lui dire qu'il devait dorénavant aider sa mère et les autres à l'aider. Nous lui avons aussi dit qu'il ne devrait pas être ramené à notre service puisqu'il avait été si déçu. Nous avons ensuite téléphoné à la police pour l'informer de la volonté du patient de ne pas recevoir notre aide, et qu'il serait préférable pour lui d'être soigné ailleurs.

Heureusement, le patient a été retrouvé et amené à un autre hôpital. Nous recevons alors un appel du psychiatre de cet hôpital qui nous demande l'autorisation d'un transfert. Nous l'informons du fait de ne pouvoir reprendre le patient malgré la règle du six mois<sup>1</sup> car il ne veut plus nous rencontrer. Nous soulignons aussi que nous serions très ouvert à reprendre le traitement avec lui si c'est son souhait. Mais, préalablement, nous devons clarifier le contexte du travail que nous ferions avec lui. Le psychiatre référent était très agacé, mais il ne pouvait pas forcer le patient à venir nous rencontrer sans sa permission ni notre aval.

Quelques heures plus tard, nous recevons un appel du patient. Il exprime son désir d'être suivi à nouveau par nous. Nous lui exprimons alors notre impuissance à travailler dans un contexte d'intimidation semblable à celui que nous avons vécu avec lui. Nous pouvons seulement travailler dans le respect des uns des autres. Il peut refuser notre aide conditionnelle au respect de ce contexte, puisqu'il est dans un autre centre de services. Nous ajoutons aussi notre souhait qu'il discute avec sa mère de cette demande de transfert, car nous nous attendons à ce qu'il apprenne avec sa mère à gérer leurs problèmes autrement. La mère nous rappelle par la suite pour savoir ce qu'elle doit faire et ne pas faire. Nous lui expliquons la différence entre les contextes de surcompensation dans la culpabilité, et les contextes de coopération à partir des limites et des sensibilités de chacun. Elle peut également expliquer à son fils, dans ses propres mots, l'esprit dans lequel elle est prête à travailler, et si elle est d'accord avec notre approche fondée sur la coopération.

Finalement, nous en arrivons à une entente avec les deux. Nous informons le psychiatre de cette entente et de notre décision de travailler à nouveau avec le patient. Mais le psychiatre est offusqué car nous avons osé nous entendre avec le patient sans que ce dernier ait obtenu sa permission de nous téléphoner. Je dois dire que nous n'aurions jamais pensé qu'il n'avait pas le droit de nous appeler. «Il n'avait pas à s'entendre avec vous. L'entente devait se faire entre les psychiatres. On lui avait interdit de téléphoner car il ne s'était pas bien comporté dans

l'unité d'observation» répétait le psychiatre irrité par ce qu'il considérait probablement comme un manque de considération à son égard de notre part.

Pour ce psychiatre, nous compliquions outrageusement les choses. Pour notre part, nous pensions au contraire les simplifier en utilisant le moment de la crise pour s'entendre sur un code de coopération avec les acteurs concernés. Ce thérapeute traditionnel voulait contrôler le patient en le punissant. Mais il ne réalisait pas, que par ses manœuvres de contrôle, il autorisait le patient à agir de façon irresponsable puisque, lui, le psychiatre, prenait le rôle de contrôleur et de responsable des comportements de l'autre, même de l'arrêt d'agir du patient.

Mathieu a continué à fort bien appliquer le nouveau code de communication entendue par la suite. Cependant, comme nous avons été fort bousculés par cette série d'événements dramatiques, nous avons présenté Mathieu et sa mère aux participants de la réunion clinique du département le lendemain de son arrivée, pour réfléchir avec eux sur les conditions de sécurité que son état nécessitait. Mathieu et sa mère ont manifesté une telle attitude de coopération que le diagnostic de troubles de la personnalité ne fut pas retenu, au profit du diagnostic de trouble bipolaire. Sur leurs suggestions, le traitement pouvait aussi se continuer en clinique externe comme le patient et sa mère le souhaitaient. En rétrospective, nous voulions discuter du cas de Mathieu avec nos collègues pour connaître leur avis et obtenir leur aval de notre plan d'action avec un patient qui, quelques jours auparavant, était l'objet de recherches de la part de la police pour sa protection.

Installer un contexte de coopération peut prendre de quelques semaines à quelques mois. D'autre part, le plan de traitement réside dans les actes mais il n'est pas nécessairement visible à première vue. Lors de notre première rencontre avec Mathieu et sa mère, nous voulions envoyer le message d'une coopération, mais la mère avait repris son fils par culpabilité. Ce dernier définissait une personne comme bonne si elle pensait comme lui, et faisait ce qu'il lui demandait. Comme Mathieu vivait avec une mère coupable, il n'avait qu'à manifester sa frustration et cette dernière se soumettait à ses volontés pour lui enlever sa douleur. Il nous appartenait de proposer un nouveau code permettant une meilleure gestion des problèmes; autrement, nous aurions eu droit aux mêmes stratégies de contrôle de sa part et nous nous serions protégés en le «rejetant» vers des services spécialisés.

Lorsque le thérapeute traditionnel pose le diagnostic de troubles de la personnalité chez un patient, il se croit autorisé de lui imposer, au nom de tous, les limites de tout un à chacun. Il ne penserait pas à s'impliquer



avec ce patient et les siens afin de les aider à s'entraider, et à faire cesser ces rapports de victimisation en leur proposant la RRAV, la règle de l'autoprotection, car il ne voit dans un premier temps que les pathologies à traiter. Dans le modèle de la coopération, la personne interpellée propose, en effet, un contexte d'entente avec toutes les personnes impliquées pour offrir par la suite des traitements. Ce n'est pas au thérapeute de protéger les autres par ses interdictions ou par ses promesses de traitement. De plus, le thérapeute doit s'interdire de travailler dans un contexte où le respect des règles n'a pas fait l'objet d'une entente, et il doit encourager chacun à en faire autant dans un premier temps. Le traitement n'est pas la principale solution aux problèmes interpersonnels des personnes concernées, mais il peut donner à la personne malade d'autres moyens d'adaptation si le contexte en est un de coopération.

Pour maintenir un esprit de coopération, une équipe ne peut pas fonctionner sans cet esprit de coopération. Elle ne peut, non plus, s'isoler car elle deviendra vite inadéquate. Les règles de survie sont : ne pas blâmer lorsque mise en échec mais (1) appeler les personnes *qu'elle blâmerait* pour comprendre leurs démarches, et (2) réfléchir avec elles et avec les autres membres de l'équipe aux stratégies de réorganisation. Une équipe doit sans cesse construire des ponts avec les autres équipes et les autres centres de traitement. Par exemple, il aurait été essentiel de discuter des ententes entre les services d'urgence si nous avions été obligés de refuser le transfert de Mathieu plus longtemps. Nous avons eu beaucoup de chance que Mathieu nous appelle.

De nouvelles crises peuvent survenir lors d'un retour vers les anciennes habitudes, mais les interventions deviennent de plus en plus courtes et ciblées sur les moyens de gestion de la crise. Les personnes qui consultent connaissent alors la différence entre les rapports de coopération et les rapports protectionnistes.

### **Le cas de Caroline, 22 ans :**

#### **« où est le meilleur psychiatre en ville ? »**

« Nous sommes prêts à le ou à la payer » disaient les parents désespérés de Caroline après une deuxième tentative de suicide de sa part. J'ai connu Caroline après sa première tentative de suicide. Elle avait à peine 18 ans. Elle avait suivi diverses psychothérapies depuis l'âge de 5 ans. Les parents vivaient dans la culpabilité de n'avoir pas trouvé le remède aux troubles de leur enfant. Ils avaient l'impression de ne pas avoir eu accès aux bonnes ressources, même si Caroline avait passé des milliers d'heures en thérapie et dans diverses séances de réadaptation depuis son enfance. Maintenant, on leur disait que Caroline



souffrait de troubles de la personnalité limite, et qu'elle devrait avoir encore un suivi régulier pendant plusieurs années dans les services pour adultes. Mais où ? Il y avait au moment de ses interrogations que peu de liens entre les services de pédopsychiatrie et les services de psychiatrie pour adultes. Même s'il y en avait eu, notre service aurait été désigné. Elle était maintenant dans le bon service de psychiatrie, là où tous devront faire le deuil du *meilleur psychiatre en ville*.

Quelques années auparavant, j'étais intervenue avec mon équipe en essayant d'instaurer un contexte de coopération, et en clarifiant les rôles et les responsabilités de chacun. Les parents avaient été assez satisfaits, et Caroline avait continué de voir sa thérapeute tout au long de son cours de nursing. Peu de mois avant cette deuxième crise suicidaire, elle avait emménagé avec son amoureux, de 20 ans son aîné, et les choses allaient assez bien jusqu'à que ce dernier disparaisse. Il faisait tout pour plaire à Caroline mais il n'en pouvait plus. Il était de toute évidence tombé dans le guet-apens du rôle de protecteur. Devant cette disparition inattendue, Caroline, désespérée, attende une deuxième fois à sa vie. Elle est amenée par ses parents aux urgences. Le lendemain, elle est en état de rencontrer l'équipe psychiatrique.

Caroline refuse dans un premier temps de me rencontrer et demande quelqu'un d'autre. Sous la pression probable de ses parents, elle se révisé et accepte de me rencontrer en leur présence. Les parents exaspérés exigent un suivi intensif avec un psychiatre. Nous avons à nouveau une rencontre de clarification sur les moyens et les objectifs thérapeutiques. J'étais accompagnée d'une résidente en médecine familiale qui finissait un stage de deux mois dans notre service. Elle fut d'une grande aide pour clarifier la règle relationnelle, et rappeler aux parents et à la patiente que ce ne serait pas un autre thérapeute, peu importe sa grande expertise, qui ferait la différence. Ce serait elle, la patiente, et les parents qui la feraient, selon leur rapidité à apprendre ou à réapprendre à gérer leurs problèmes dans la coopération, et à éliminer de leurs stratégies de défense les moyens violents dont le suicide, le blâme et le discrédit. Caroline et ses parents étaient surpris d'entendre cette jeune fille leur parler ainsi. Caroline ne se sentait pas capable de retourner chez ses parents le jour même, et se plaignait des contraintes et des désagréments de l'unité d'hospitalisation. Cette même résidente lui suggère d'apprendre dès maintenant à prendre ce qui est bon, et à mettre de côté ce qui est désagréable. Le lendemain, Caroline m'accueille dans l'unité avec un grand sourire. Elle m'informe qu'elle a pu trouver de bonnes choses dans l'unité, et qu'elle pourrait quitter dans quelques jours. Je lui offre de nous impliquer durant une brève période

(un à quatre mois) pour l'instauration ou la réinstauration d'un contexte de coopération avec les siens, et apprendre à gérer les problèmes sans blâme ni autres moyens violents. Tous acceptent.

Les parents sont venus à deux reprises aux rencontres pour se repositionner face à Caroline et à sa détresse. Tous ont parlé de miracle. Caroline s'est impliquée par la suite dans sa carrière. Elle a su gérer ses problèmes de mieux en mieux grâce à la compréhension du cul-de-sac dans lequel son ami s'était coincé avec elle, i.e. causé par un rapport de protecteur-protégée. Dans un tel contexte de respect des limites de chacun, on peut présumer que tout ce qu'elle avait entendu lors de ses traitements antérieurs a finalement porté fruit. Elle a rapidement repris ses activités et se maintient depuis les cinq dernières années en santé, alors que ses parents désespérés étaient prêts à donner une partie de leur avoir au meilleur psychiatre en ville.

## **Conclusion**

Je vous ai décrit des situations sans issue que notre équipe a pu réorganiser en s'intéressant avant tout aux acteurs, et à l'installation de la règle de la coopération entre eux et nous. Pour travailler dans le modèle de la coopération l'expert consulté doit accepter de s'impliquer durant quelques semaines à quelques mois s'il veut réorganiser le contexte selon le nouveau code. Le principal obstacle à la coopération provient des thérapeutes qui croient que les consultants ne peuvent apprendre rapidement en raison de leurs troubles de la personnalité, ou de leur milieu dysfonctionnel. Les intervenants prennent alors la responsabilité de soulager la douleur du consultant ou de contrôler ce dernier, au lieu d'instaurer un contexte relationnel dans lequel la personne souffrante, les siens et les intervenants se réapproprient respectivement leurs responsabilités. Dans la coopération, la personne souffrante aidera les autres à l'aider au lieu de les forcer par des manœuvres dites de manipulation à s'occuper directement de son mal. L'intervenant pivot ou l'expert peut demeurer impliqué sans se demander l'impossible. Il utilise son pouvoir moral pour réunir les acteurs concernés autour d'un plan commun d'action dans la coopération. N'étant plus le sauveur, il n'a plus à blâmer ni à discréditer les personnes qui le consultent pour le manque de succès de ses efforts thérapeutiques. Le succès appartient à tous, et principalement au consultant et aux siens qui apprennent autant à utiliser l'expertise des intervenants qu'à se maintenir dans des contextes favorables de gestion de problèmes.

Il est essentiel, du moins je le crois, que les intervenants de la santé, et en particulier de la santé mentale, deviennent des experts dans

la communication et les relations afin de favoriser le rétablissement de ceux et celles qui ont recours à leurs services, et éviter cette fameuse psychiatrisation du malade mental. Si, par ailleurs, la maladie mentale devient une entrave à la coopération et à la participation au rétablissement du malade, l'entourage de ce dernier devrait faire les démarches légales auprès des instances juridiques, pour le faire reconnaître comme inapte. À moins d'un tel statut légal, toute personne devrait être considérée comme compétente à participer à son rétablissement, et à recevoir ses traitements dans des contextes de coopération et non protectionnistes.

Le modèle de la coopération ne conduit pas nécessairement aux succès thérapeutiques immédiats, comme il fut démontré dans nos exemples cliniques, mais il assure l'espoir et l'ouverture vers des solutions diverses en éliminant pour de bon le rejet et la condamnation de qui que ce soit. C'est le modèle incontournable pour le respect des droits des personnes en situation de crise.

### Note

1. Il existe une règle informelle qui stipule qu'un patient retourne à l'institution où il était suivi, si l'interruption de traitement date de moins de six mois.

### Préférence

- WATZLAWICK, P. sous la direction de, 1988, *L'invention de la réalité*, Éditions du Seuil, pour la traduction française, Paris.
- LAMARRE, S., 2006, L'intervention auprès de personnes en crises et ayant des symptômes psychiatriques : l'exemple d'un modèle d'intervention basé sur la coopération in Séguin, M., Brunet, A., Leblanc, L., eds., *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*, Les Éditions de la Chenelière inc. Montréal, 87-104.
- LAMARRE, S., 2004, Changer le changement : installer la culture de coopération in *Rencontre avec des pionnières en santé mentale*, Édition conjointe de la Télé-université et de la revue Santé mentale au Québec (TÉLUQ), Montréal, 173-193.
- LAMARRE, S., 1998, *Aider sans nuire : de la victimisation à la coopération*, Lescop, Montréal.

## **ABSTRACT**

### **Creating contexts of cooperation to get out of therapeutic deadlock**

This article aims at: 1) describing the management of mental health problems according to two models that are opposed and differentiate themselves when tensions arise, the cooperation model and the traditional medical model; 2) illustrating with clinical examples these essential differences; and 3) proposing possible solutions to the obstacles to cooperation because of the protectionist attitudes of the traditional medical model that accentuate during crises. To stick to the treatment of pathologies by ignoring the nature of relational contexts, as suggests the traditional medical model, risks bringing all actors involved in a therapeutic deadlock the most frequent being the psychiatric solution. The author proposes an intervention model she calls the 4Rs to install a context of cooperation.

## **RESUMEN**

### **Crear contextos de cooperación para salir de los callejones terapéuticos sin salida**

Este artículo busca: 1) describir la gestión de los problemas de salud mental según los dos modelos aquí contrapuestos y que se diferencian en el momento de las tensiones: el modelo de la cooperación y el modelo médico tradicional; 2) ilustrar con ayuda de ejemplos clínicos estas diferencias esenciales; y 3) proponer algunas reflexiones acerca de los obstáculos a la cooperación, causados por las actitudes proteccionistas del modelo médico tradicional, las cuales se acentúan en el momento de las crisis. Al empeñarse a llevar a cabo tratamientos de patologías que ignoran la naturaleza de los contextos relacionales, como lo hace el modelo médico tradicional, se corre el riesgo de conducir a los actores hacia callejones terapéuticos sin salida, siendo el más frecuente el de la psiquiatrización. La autora propone un modelo de intervención que intitula las 4Rs para instalar un contexto de cooperación. Crear contextos de cooperación para salir de los callejones terapéuticos sin salida.

## **RESUMO**

### **Criar contextos de cooperação para sair de impasses terapêuticos**

Este artigo visa a: 1) descrever a gestão dos problemas de saúde mental de acordo com dois modelos opostos e que se diferenciam em casos de tensões, o modelo da cooperação e o modelo tradicional

médico; 2) ilustrar através de exemplos clínicos estas diferenças essenciais; e 3) propor algumas reflexões sobre os obstáculos à cooperação por causa das atitudes protecionistas do modelo tradicional médico, que acentua-se durante as crises. Deter-se aos tratamentos das patologias ignorando a natureza dos contextos relacionais, como pretende o modelo tradicional, pode conduzir os atores a impasses terapêuticos cujo mais freqüente é o da psiquiatrização. A autora propõe um modelo de intervenção que ela chama de 4Rs para instalar um contexto de cooperação. Criar contextos de cooperação para sair de impasses terapêuticos.