

La relation thérapeutique avec les patients qui ont des troubles psychotiques

Jérôme Favrod ^{1,2}

Alexandra Nguyen ¹

Laurent Frobert ¹

Joanie Pellet ¹

Soumis à

Traité de réhabilitation psychosociale dirigé par Nicolas Franck

1. Institut et haute école de la santé, La Source – Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale, Lausanne
2. Service de psychiatrie communautaire du Département de psychiatrie du CHUV, Lausanne

Introduction

La relation thérapeutique, ou relation d'aide, entre un patient et un clinicien est au centre des soins psychiatriques. Il n'existe de consensus ni sur sa définition ni sur la manière d'en évaluer la qualité et les effets. Pourtant, elle est très largement reconnue par la communauté professionnelle et scientifique dans le domaine de la psychiatrie comme un facteur essentiel, non spécifique, des soins. La communication est l'une des composantes centrales de la relation entre un clinicien et le patient. Ses ingrédients sont le plus souvent décrits comme une relation positive centrée sur le patient, basée sur le respect, l'authenticité et le partenariat. Elle s'avère indispensable pour obtenir les informations nécessaires au suivi thérapeutique, pour s'assurer de la bonne compréhension du patient à propos des informations qu'il reçoit à son sujet, pour établir et maintenir une relation thérapeutique positive ainsi que pour prendre les décisions nécessaires à une amélioration clinique et induire un changement dans le fonctionnement du patient (Priebe et al., 2011a). Ainsi, pour induire un changement thérapeutique, les cliniciens utilisent un modèle thérapeutique pour les guider. Une revue systématique a tenté de vérifier si la relation thérapeutique prédit le résultat des traitements psychiatriques chez les patients avec une psychose (Priebe et al., 2011b). Une relation thérapeutique positive est associée à moins de réadmissions à l'hôpital et à davantage de changements favorables sur les symptômes et le fonctionnement, mais ces associations restent pour la plupart non significative avec cette population. Ce constat est lié principalement au petit nombre d'études incluses (neuf études) et à l'hétérogénéité des méthodes de recherche utilisées. Ces résultats soulignent l'importance et la nécessité que soient conduites des recherches méthodologiquement rigoureuses, utilisant notamment des instruments valides pour mesurer la qualité de la relation thérapeutique. Les études devraient également mesurer les effets de la relation dès le début du suivi thérapeutique. En effet, mesurer tardivement l'impact de la relation thérapeutique pourrait ne pas permettre d'en observer et d'en relever les effets précoces. Dans ce cas, certains cliniciens pourraient identifier empiriquement des effets de la relation thérapeutique sans pouvoir les distinguer des effets liés à des variables complexes telles que les traitements pharmacologiques, psychologiques et sociaux que reçoivent ces patients. Ce manque de précision dans l'identification des variables influençant l'efficacité des soins, et leurs influences spécifiques, risque de fragiliser la pertinence de la formation à la relation thérapeutique et de réduire la prégnance des arguments en faveur de la formation des futures générations de professionnels. Finalement, certains aspects de la relation thérapeutique avec les personnes qui présentent des troubles psychotiques peuvent être remis en question par la psychose elle-même ou par ses conséquences. Sur la base d'une revue de la littérature dans le domaine des soins aux personnes atteintes de troubles psychotiques, ce chapitre propose d'explorer, dans un premier temps, les ingrédients de la relation thérapeutique et ses limites. Dans un deuxième temps, nous proposerons une réflexion sur les défis auxquels font face les cliniciens dans leur relation aux patients et des moyens pour favoriser la création, le maintien et la réparation de cette relation.

La relation thérapeutique : ingrédients et limites

Une relation véritablement centrée sur le patient

La littérature scientifique et professionnelle prône les soins centrés sur le patient : la communication entre cliniciens et patients devrait se centrer sur les préoccupations du patient et être guidée par ses plaintes et ses désirs, reléguant les intérêts ou l'organisation du clinicien au second plan. Cependant, les études selon la perspective des patients montrent que les relations avec des professionnels

indifférents, paternalistes, pessimistes, irrespectueux ou qui ne cherchent pas à les comprendre les patients s'avèrent non thérapeutiques. En ce qui concerne l'organisation des soins, les principales barrières à la relation thérapeutique sont le manque de continuité dans la relation, le manque de temps pour parler des problèmes et répondre aux questions et la coercition. En effet, les systèmes de soins semblent davantage centrés sur leur propre fonctionnement, leurs ressources humaines ou sur la maladie que sur la personne elle-même (Ljungberg et al., 2016) .

Se centrer sur le patient et ses préoccupations peut être compromis dans les soins aux personnes ayant des troubles psychotiques. Les cliniciens peuvent éviter de se centrer sur les préoccupations du patient quand celui-ci présente des idées délirantes : il peut éviter de parler des idées délirantes par crainte de les renforcer ; il peut mettre en avant qu'il ne partage pas l'expérience du patient ou lui signifier précocement que ses idées sont une mauvaise interprétation de la réalité, avant même de les avoir explorées. Ces attitudes peuvent engendrer chez le patient le sentiment de ne pas être compris et peuvent donc interférer avec la relation thérapeutique. Une étude avec des patients qui ont une schizophrénie de longue durée indique que les symptômes psychotiques ne sont pas mentionnés dans 27% des entretiens (Federico et al., 2013). Les patients rapportent l'absence de symptôme dans 34% des séances et évitent de parler de ceux-ci dans 6% des séances. Selon cette étude, les cliniciens cherchent à parler des symptômes psychotiques dans 15% des séances et évitent d'en parler dans 18 % des séances (Federico et al., 2013). Curieusement, les symptômes psychotiques sont davantage discutés avec les patients qui présentent plus de symptômes négatifs ou généraux que les patients qui ont principalement des symptômes psychotiques. Une étude basée sur l'analyse conversationnelle montre que les cliniciens d'un service de consultations ambulatoires ont tendance à ne pas se centrer sur les soucis des patients envers leur expérience psychotique durant leur entretien (McCabe et al., 2002). Ces préoccupations semblent rester sans réponse durant la séance. Cela conduit les patients à soulever leurs soucis en fin de consultation, mais les cliniciens ont continué d'éviter de les discuter. L'étude relève que dans un service de consultations ambulatoires, les cliniciens sont familiers avec les croyances des patients et peuvent s'abstenir d'en parler pour éviter les mésententes. Une autre étude utilisant l'analyse conversationnelle lors du premier entretien à l'hôpital a mis en évidence que les cliniciens posent habituellement des questions pour obtenir des informations sur le contenu des idées délirantes, explorent l'impact de ces symptômes sur le comportement et le fonctionnement des patients, et remettent en question la validité des croyances ou proposent des explications alternatives (Zangrilli et al., 2014). Les deux premières stratégies ne conduisent à aucune controverse avec les patients et devraient faire partie de l'évaluation initiale lors de soins aigus. Par contre, questionner la validité des croyances est une stratégie qui peut mettre les patients en position défensive et créer un désaccord avec le clinicien. Ces désaccords peuvent également survenir quand les cliniciens proposent des explications alternatives mais moins fréquemment que lorsqu'ils remettent en question la validité des croyances. La remise en question de la validité des croyances lors du premier entretien peut être utile pour vérifier la manière dont les idées délirantes sont établies et les distinguer des idées surévaluées mais cette approche comporte le risque d'un désaccord explicite qui peut conduire le patient à ne pas se sentir compris et respecté. Lors du premier entretien, établir une relation basée sur le respect et la compréhension du patient est certainement plus importante qu'explorer tous les aspects de la psychopathologie, ce qui peut être abordé dans les entretiens suivants une fois la relation thérapeutique établie.

Le problème de l'observance médicamenteuse et du désengagement des soins est une autre menace à la relation centrée sur le patient. Le suivi du traitement neuroleptique est considéré par les professionnels comme une condition nécessaire au rétablissement des patients. Toutefois, les effets secondaires des médicaments, le manque de confiance dans le prescripteur, la non-reconnaissance de la maladie, la peur de la stigmatisation, ou l'ambivalence envers les symptômes psychotiques peuvent être des raisons pour le patient de ne pas les prendre (Moritz et al., 2013). Un tiers des patients avec des troubles psychiatriques sévères qui ont eu contact avec un système de soins vont se désengager, notamment les patients avec un début de maladie précoce ou qui consomment des substances (Kreyenbuhl et al., 2009). La majorité des écrits décrit le désengagement comme le résultat de l'aggravation des problèmes psychiatriques (Farrelly and Lester, 2014). Pourtant la non-observance du traitement ou le désengagement des soins peuvent refléter la perspective des patients selon laquelle le traitement ne répond pas à leurs besoins ou n'est pas dispensé de façon collaborative. Reconnaître que les patients peuvent refuser le traitement ou se désengager à cause d'un manque de bénéfices perçus permet de les considérer comme des acteurs rationnels qui cherchent une amélioration de leur santé. Inversement, en attribuant le désengagement ou le manque d'observance du traitement aux troubles psychiatriques, les patients sont considérés comme dépourvus de la capacité d'agir rationnellement. Cette contradiction illustre une ambiguïté majeure dans le concept de soins centrés sur le patient et conduit parallèlement à un conflit de rôles renforcé par la notion de responsabilité.

La crainte d'être tenu pour responsable des actes du patient constitue un troisième obstacle à l'établissement, ou au maintien, d'une relation centrée sur le patient. Il y a un consensus clair dans la littérature sur le fait que les cliniciens se sentent responsables et peuvent effectivement être tenus pour responsable des comportements des patients. Cette responsabilité les oblige à jouer un rôle de moniteur ou d'agent d'application. En acceptant que la responsabilité repose sur les cliniciens, les patients ne peuvent pas s'autodéterminer. Du point de vue des patients, il existe une certaine disparité dans les perspectives des patients sur la responsabilité de leurs actes (Ljungberg et al., 2015). Certains patients sont catégoriques sur la nécessité d'être tenus pour responsables de leur vie, de leur bien-être et de leurs actions. D'autres considèrent que les professionnels doivent les protéger. Les deux points de vue se réfèrent à la question des fluctuations de la capacité à prendre des décisions mais ne sont pas forcément antagonistes. Toutefois, le dilemme de la responsabilité génère une véritable tension entre les besoins des cliniciens de remplir leur rôle et les besoins d'une partie des patients qui désirent être traités comme des adultes capables de s'autodéterminer. Nous relevons que la question du discernement est peu développée dans les discours professionnels et scientifiques concernant la relation thérapeutique. Une autre étude a démontré que lorsque les cliniciens se sentent responsables des actes des patients, ils répondent en utilisant davantage de contrôle et réduisent les occasions pour les patients de s'autodéterminer, risquant ainsi de compromettre la relation thérapeutique (Farrelly and Lester, 2014). Les psychiatres semblent davantage en faveur de promouvoir les choix des patients et leur autonomie s'ils craignent moins d'être poursuivis pour mauvaise pratique et valorisent un code personnel de pratique éthique. Le fait de prioriser un management du risque qui recourt aux limitations, à la contrainte et à la restriction de l'autonomie des patients montre des effets indésirables sur la relation thérapeutique. Malgré qu'un clinicien valorise la relation thérapeutique par moment, il semble que soient néanmoins prioritaires les interactions réduisant le risque d'être tenu pour responsable d'une conséquence négative (suicide, violence, par exemple). Un clinicien peut ainsi endosser différents rôles ou

différentes positions, mais va privilégier les interactions qui réduiront le risque d'être tenu responsable d'une conséquence négative. La relation thérapeutique va donc être grandement influencée par le climat politique ou juridique dans laquelle elle prend place.

Une relation basée sur le respect

Le respect dans une relation thérapeutique est décrit dans la littérature comme le regard positif inconditionnel qui comprend les concepts de chaleur, respect, acception, ouverture, soutien et constitue avec l'empathie et l'authenticité l'une des attitudes fondamentales de la relation d'aide. Le patient devrait être accepté et reconnu comme une personne et son point de vue pris au sérieux et considéré comme important. Si les principes de regard positif et d'empathie sont largement reconnus par la communauté professionnelle et scientifique comme des ingrédients nécessaires au changement thérapeutique, les études testant cette affirmation sont peu concluantes : elles sont souvent composée d'échantillons de petites tailles et la multiplicité des concepts étudiés ainsi que l'insuffisance de définitions opérationnelles de ceux-ci ont conduit à des résultats contradictoires (Priebe et al., 2011a).

Les recherches centrées sur les représentations et le vécu des patients contribuent à cerner ce qui constituent une relation basée sur le respect. Les patients désirent être considérés comme des êtres humains, des personnes qui ont une vie au-delà de leur problème de santé mentale et à qui on reconnaît des besoins en dehors de la maladie (Ljungberg et al., 2015). Ils souhaitent que les professionnels reconnaissent leur partie saine, leurs forces et leurs qualités. Ils accordent également une grande importance à être acceptés pour qui ils sont, à se sentir digne de confiance, à être respecté dans l'écoute de leurs expériences, pensées et opinions. Le besoin des patients d'être considérés et estimés par les professionnels apparaît de façon récurrente dans les recherches : cela se manifeste par le fait que les professionnels se souviennent d'eux, pensent à eux, vérifient qu'ils vont bien ou fassent preuve de volonté et de dévouement à vouloir vraiment les aider. Les patients décrivent ce phénomène comme le fait d'être écouté avec attention, d'être compris, ainsi que de constater que les professionnels cherchent à les comprendre et qu'ils font preuve d'empathie pour les situations ou pour la souffrance qu'ils endurent. Ils considèrent les professionnels comme aidants s'ils détiennent des connaissances qu'ils partagent avec eux et qu'ils présentent les compétences associées à leur rôle professionnel. Par ailleurs, la position du professionnel dans le réseau social des patients avec des troubles persistants constitue un point important, notamment du fait qu'il soit tenu à la confidentialité et qu'il ne soit pas lié à leur réseau social. En outre, ils peuvent faire preuve de patience et discuter des problèmes et des besoins que les patients ne peuvent pas évoquer avec d'autres personnes au risque d'être incompris ou stigmatisés. D'autres caractéristiques reconnues comme aidantes dans le rôle professionnel sont la capacité d'obtenir des ressources pour les patients, d'agir comme des alliés, de travailler avec d'autres professionnels ou d'exercer une influence sur le système de santé pour organiser ou pour obtenir les soins ou le soutien requis. Les participants des différentes études apprécient le soutien centré sur la vie plutôt que centré sur la maladie, l'aide concrète pour le traitement médicamenteux, le soutien pratique dans la vie quotidienne et l'aide pour entretenir une vie sociale (Ljungberg et al., 2015). Les patients décrivent le soutien des professionnels en termes de feed-back positifs, d'aide pour se tourner vers le futur et aller de l'avant, d'encouragement à atteindre les buts établis, d'espoir envers la réussite du traitement et l'avenir. Les patients identifient également des caractéristiques professionnelles aidantes en périodes critiques : être une personne sûre et stable, être présent pour aider, être la personne vers qui on peut s'adresser en cas de crise, être calme et confiant quand les personnes sont

en détresse. Les patients considèrent également que le professionnel peut aller jusqu'à prendre des décisions et le contrôle de la situation quand les personnes ne sont plus capables de le faire pour elles-mêmes. Parler avec les professionnels est considéré comme aidant de différentes manières : le fait de pouvoir parler librement sans craindre des mesures indésirables, de pouvoir partager des informations sensibles, de discuter ouvertement ou d'adresser les questions qui se posent au sein même de la relation avec le professionnel. Les patients apprécient également de parler de sujets ordinaires qui ne soient pas directement liés aux soins et qui leur permettent ainsi d'entrevoir d'autres perspectives que la détresse. Cela semble également avoir une fonction de ventilation des émotions.

L'implication du patient dans les prises de décision

Une revue de la littérature permet de repérer un consensus croissant en psychiatrie sur la nécessité de partager la prise de décision entre le clinicien et le patient. Différentes dimensions à cette démarche ont été étudiées, telles que la particularité du phénomène en psychiatrie, ses effets, le vécu et les représentations des patients.

Il semble que les décisions partagées sont moins fréquentes en psychiatrie qu'en médecine générale (Stovell et al., 2016). Pourtant, les patients expriment davantage le désir d'être impliqués dans les décisions que les patients en soins de santé primaire, particulièrement s'ils sont jeunes et s'ils ont une attitude négative envers le traitement médical (Hamann et al., 2005). Les résultats des essais randomisés indiquent que les décisions partagées tendent à réduire le recours au traitement forcé dans les soins futurs (Stovell et al., 2016). Le recours à la décision partagée ne semble pas lié à la longueur de la consultation, mais plutôt à des caractéristiques personnelles du professionnel. Les psychiatres de sexe féminin ont davantage tendance à impliquer les patients dans les décisions, en moindre mesure pour les patients avec plus de symptômes négatifs (McCabe et al., 2013). Une étude conversationnelle indique que la pression utilisée par le prescripteur autour du traitement neuroleptique n'est pas forcément liée à la gestion des risques mais davantage à la crainte de celui-ci de perdre la face (Quirk et al., 2012).

Généralement, les patients expriment une préférence élevée pour avoir des informations sur leur maladie et les options thérapeutiques. Pourtant, la décision partagée ne semble pas forcément constituer la meilleure option pour tous les patients dans toutes les situations. En effet, Les préférences sur la participation aux décisions peuvent être différentes dans le cadre d'une urgence ou dans une consultation de routine pour discuter d'un problème à long terme. La confiance des patients envers leur clinicien est augmentée quand ceux-ci les amènent à prendre leurs propres décisions concernant le traitement (Laugharne et al., 2012). Une autre étude montre que les patients qui souffrent de schizophrénie et qui veulent participer aux décisions les concernant sont davantage insatisfaits des soins et sceptiques envers le traitement médicamenteux. Ils préfèrent ne pas participer aux décisions lorsqu'ils jugent leur capacité décisionnelle faible ou qu'ils possèdent peu d'informations. (Hamann et al., 2011). Les patients pensent que leurs priorités et leurs besoins doivent être au centre du soutien et de la relation avec le professionnel pour que celle-ci leur soit utile. (Ljungberg et al., 2015). Ils considèrent également que le professionnel doit être flexible et sensible à leur point de vue sur la situation et à leurs préférences en lien avec leur nationalité et leur culture, à leurs changements de besoins en temps de crise et dans les différentes étapes de la relation. Les patients disent également apprécier que le professionnel partage le pouvoir, reconnaisse et renforce leur indépendance et les aide à réaliser qu'ils ont la capacité d'agir par eux-mêmes. Ils éprouvent alors le sentiment d'avoir de l'influence sur l'aide reçue, le traitement prescrit

et les décisions à prendre plutôt que d'être un receveur passif est considéré comme primordial. Le partage des décisions dans la relation est alors décrit comme essentiel pour accroître son influence et coopérer avec le professionnel. Selon les patients, les actions concrètes qui facilitent la collaboration sont : fournir des informations concernant la situation et les options disponibles, être honnête concernant les options thérapeutiques et aider les patients à formuler leurs besoins et leurs buts si nécessaire. Toutefois, certaines personnes interviewées expriment explicitement le désir que les professionnels prennent eux-mêmes les décisions concernant le soutien et leur traitement (Ljungberg et al., 2015).

Considérant cette revue de littérature, il nous semble important d'identifier et d'envisager les moyens d'impliquer les patients dans les décisions et particulièrement ceux qui se perçoivent comme incapables de participer aux décisions.

Authenticité et dévoilement de soi

Il existe un consensus dans la littérature scientifique et professionnelle quant à l'authenticité et à la chaleur comme ingrédients essentiels dans la communication soignante. De nombreuses recherches auprès des patients en psychiatrie relèvent que la « touche personnelle » est valorisée par les patients. Les relations appréciées par les patients sont décrites comme mutuelles et égalitaires ; elles permettent au clinicien et au patient de sortir des rôles standardisés et hiérarchiques de la relation professionnelle et de se rencontrer comme deux personnes particulières et complexes. Dans ce type de relation, le clinicien semble davantage considéré « comme un ami » et moins strictement comme un professionnel parmi d'autres. La valeur et la réciprocité émotionnelle que le professionnel accorde à la relation semble expliquer ce phénomène. Du point de vue du patient, « faire un extra », c'est-à-dire accorder davantage de temps que nécessaire, intégrer un patient dans un programme déjà chargé, offrir un cadeau, prêter de l'argent ou le prendre pour un trajet en voiture, contribue à l'expression d'une forme d'authenticité et donc à une bonne relation thérapeutique. Ces actions ont une forte valeur symbolique car elles vont au-delà de ce qui est attendu du rôle professionnel ou des limites imposées par l'organisation de soins (Ljungberg et al., 2015).

Les études ont démontré non seulement que l'authenticité est associée à une meilleure alliance thérapeutique mais également que la confiance octroyée par les patients est augmentée lorsque les cliniciens dévoilent des informations personnelles (Laugharne et al., 2012). Le concept de dévoilement de soi, *self disclosure* dans la littérature anglophone, permet de rendre opérationnelle la notion d'authenticité. Le dévoilement de soi est défini comme les comportements ou les verbalisations qui révèlent une information personnelle du clinicien au patient. Les travaux dans le domaine de la psychothérapie catégorisent les pratiques de dévoilement de soi des professionnels comme évitables, accidentelles ou délibérées, ou encore, comme « inéluctables » (ex : grossesse) ou « involontaires » (ex : transfert-contretransfert) (Nguyen et al., 2017). Ce type de dévoilement est envisagé comme une technique psychothérapeutique intentionnelle qui soutient le traitement et qui doit être basée sur le meilleur intérêt du patient. La question de son usage approprié ou inapproprié reste ouverte et les ébauches de réponses restent vagues, évoquant la motivation ou l'intérêt du thérapeute pour le traitement du patient, son degré d'expérience et l'approche thérapeutique utilisée. Le dévoilement de soi contribue à réduire le sentiment de honte du patient et à normaliser son expérience, à favoriser son autonomie, à améliorer la relation et l'alliance thérapeutique et à modéliser-enseigner des habiletés communicationnelles spécifiques. Lorsque le dévoilement de soi est utilisé de façon intentionnelle et réfléchi, il peut être un levier utile pour modifier la position du patient dans la relation thérapeutique (Nguyen et al., 2017), notamment pour lui redonner du

pouvoir. Cependant, les dévoilements personnels peuvent être difficiles à concilier avec les codes éthiques de la relation professionnelle, ce qui explique la controverse de cette pratique dans la littérature et dans la clinique: elle est tantôt prescrite et envisagée comme consubstantielle à la compétence professionnelle, tantôt elle est décriée, encourageant plutôt les professionnels à établir une distance relationnelle avec le patient (Farrelly and Lester, 2014). En effet, communiquer de façon authentique en dévoilant des informations sur soi peut être préjudiciable si les émotions sont négatives à l'égard du patient ou si les informations partagées s'écartent de la préoccupation de ce dernier.

Au regard de ces données scientifiques, nous relevons que le dévoilement du professionnel est bénéfique pour la relation thérapeutique lorsqu'il est utilisé sciemment car il semble augmenter la confiance du patient et renforcer ainsi l'alliance thérapeutique. La pertinence de son usage dépend de la relation thérapeutique particulière et de son contexte.

L'utilisation d'un modèle thérapeutique.

Plusieurs études s'accordent sur le fait que l'usage d'un modèle thérapeutique cohérent est un ingrédient bénéfique à la relation thérapeutique, indépendamment du modèle utilisé et sans forcément une affiliation formelle à une psychothérapie spécifique. Il semble d'ailleurs que la croyance dans l'efficacité d'une méthode aurait plus d'impact sur l'efficacité d'une intervention que les caractéristiques du modèle thérapeutique choisi (Wampold, 2001). De plus, la probabilité d'opérer un changement thérapeutique est plus importante si la relation est combinée à l'application flexible et compétente d'une méthode testée empiriquement.

Développer, maintenir et réparer la relation thérapeutique

Les défis autour de la relation thérapeutique dans la pratique

La relation que les cliniciens établissent avec leurs patients tient à la qualité de l'alliance selon les différentes variables décrites dans la partie précédente mais notre expérience clinique nous permet d'affirmer que ces variables n'ont probablement pas la même pertinence pour chacun des objectifs cliniques : la prise en considération des préoccupations du patient est particulièrement utile pour obtenir des informations pertinentes, alors que l'authenticité est plus particulièrement utile pour construire une alliance thérapeutique et le recours à un modèle thérapeutique utile pour induire un changement dans le fonctionnement du patient.

Selon nous, dans la pratique quotidienne, la relation thérapeutique peut être appréhendée sur un continuum allant d'une relation mutuellement bénéfique et productive à une relation conflictuelle et non productive ; la première peut être caractérisée par un lien de confiance, une orientation sur les besoins et intérêts du patient et le respect, l'implication du clinicien et les décisions partagées, alors que la deuxième peut être marquée par la méfiance, l'irrespect, le désintérêt et les décisions prises unilatéralement. Le tableau 1 présente ces variables selon qu'elles se manifestent dans une relation thérapeutique ou non thérapeutique.

Tableau 1 : Les points du continuum entre la relation thérapeutique et non-thérapeutique

	Relation thérapeutique	Relation non-thérapeutique
Relation de confiance orientée sur le patient	Les buts de la relation sont basés sur un accord mutuel entre le patient et le clinicien ; le clinicien est centré sur le patient.	Les buts du patient et du clinicien divergent ; le patient a de la difficulté à partager les informations par crainte de conséquences négatives potentielles.

Respect	Les attitudes et les comportements de respect augmente la confiance et la collaboration ; le soignant est centré sur la personne qui est perçue avec un potentiel d'autonomisation. Le clinicien est perçu comme disponible, authentique, empathique et humain.	Le soignant est centré sur les risques potentiels liés à la maladie et aux symptômes ; les patients perçoivent les cliniciens comme limitants, contrôlants ou coercitifs.
Authenticité	La relation est authentique et professionnelle ; le clinicien est perçu comme sincèrement engagé dans la relation.	Le patient ne perçoit pas le professionnel comme personnellement engagé dans la relation. Ou au contraire la relation devient trop personnelle et perd son objectif thérapeutique.
Décisions	Les décisions sont partagées et conjointement élaborées ; le clinicien et le patient ont des buts communs.	Les décisions sont prises unilatéralement par le professionnel ou par le patient ; le clinicien et le patient ont des buts différents.

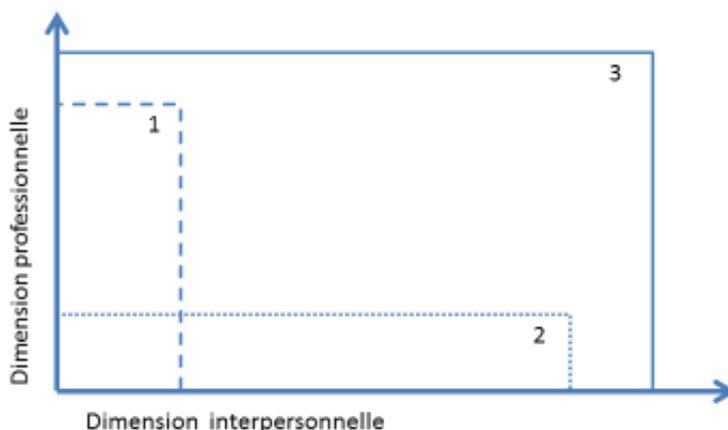
Cette polarisation de la relation thérapeutique dans ses variables principales est générée par une ambiguïté fondamentale dans l'objectif de la relation entre le clinicien et le patient : le but est-il pour le clinicien d'obtenir l'acceptation des soins, ou de trouver un accord sur une démarche conjointe en vue de l'amélioration clinique du patient ? Ce manque de consensus conduit à des conflits de rôles qui amènent les cliniciens et les patients à interagir avec des attentes différentes. Une autre divergence possible des perspectives d'actions concerne l'importance accordée au traitement par l'un et l'autre. Les pressions externes (politiques, juridiques, réglementaires) quant à la responsabilité du clinicien concernant les actes du patient va influencer grandement cette relation. Le clinicien sera alors tenté de privilégier la sécurité à l'autonomisation, induisant des effets délétères sur la relation thérapeutique et le risque que le patient se désengage de celle-ci. Des outils d'évaluation précoce du risque permettent de réduire ce dilemme, en procédant à l'anticipation des risques par le clinicien et le patient bien en amont de leur apparition (cf : la fiche utilisée par notre équipe en annexe).

Il existe une autre tension dans la gestion de la relation thérapeutique, celle des limites de l'authenticité. Certains codes déontologiques ou règlements institutionnels peuvent prohiber le partage d'informations personnelles par le clinicien. Ces règles ont une certaine légitimité pour la protection des personnes et de la relation thérapeutique : la charge émotionnelle occasionnée par une relation qui deviendrait trop personnelle pourrait non seulement causer une perte du focus thérapeutique mais également mettre en danger l'alliance entre le clinicien et le patient. Il semble donc pertinent de rappeler que le dévoilement d'informations personnelles de la part du clinicien est un outil puissant pour favoriser l'alliance thérapeutique s'il est indubitablement centré sur les besoins du patient et non sur ceux du professionnel.

La revue de littérature et notre propre analyse des variables de la relation thérapeutique dans la pratique nous conduisent à envisager cette relation dans ses dimensions professionnelle et interpersonnelle. Les patients et cliniciens sont liés par un contrat relationnel particulier qui distribue à chacun des rôles spécifiques et caractérise par là-même cette relation, la différenciant de toutes autres. Cette dimension professionnelle répond à des normes et à des attentes contextuelles et organisationnelles qui déterminent la relation. Cependant, les interactions en cour de thérapie

rendent manifeste toutes les négociations nécessaires au développement, au maintien ou à la réparation de l'alliance au sein du tandem clinicien-patient. La dimension interpersonnelle se donne donc à voir, de manière dynamique, dans la rencontre du clinicien et du patient en tant que personnes plutôt que dans des rôles prédéfinis. Après avoir présenté les variables d'une relation thérapeutique sur un continuum selon qu'elles contribuent à une relation positive et thérapeutique ou conflictuelle et non thérapeutique, ces variables peuvent être modélisées selon qu'elles contribuent à la dimension professionnelle ou à la dimension interpersonnelle. Chacune des variables (ou ingrédients) rendue manifeste dans les interactions permet de caractériser à la fois la manière dont le clinicien endosse son rôle (dimension professionnelle) et son positionnement au cours des interactions (dimension interpersonnelle). Comme évoqué précédemment, l'endossement des rôles, réciproquement de clinicien et de patient, configure une relation à tendance complémentaire et asymétrique alors que les négociations des ingrédients de la relation rendent compte d'une relation à tendance égalitaire et symétrique. Pour faciliter une relation thérapeutique, les actions et les processus doivent pouvoir se déplacer entre ces deux dimensions selon les personnes, le processus thérapeutique et les événements. Ainsi, les préférences, les besoins, la personnalité et les opinions du patient s'avèrent essentiels pour le clinicien afin d'ajuster les variables de la relation et la rendre ainsi thérapeutique pour le patient. La compréhension empathique du patient devrait ainsi guider le professionnel dans ses changements de place en lui permettant d'acquérir une flexibilité posturale. La figure 1 présente ces deux axes.

Figure 1 : Dimensions interpersonnelle et professionnelle de la relation thérapeutique



Le clinicien 1 valorise la dimension professionnelle au dépend de la dimension relationnelle. Il est compétent sur le plan professionnel mais risque de ne pas réussir à engager le patient dans une relation thérapeutique à long terme. Le clinicien 2 inversement valorise la dimension interpersonnelle au dépend de la dimension professionnelle. Il aura de la facilité à engager le patient dans la relation, mais ne saura ensuite pas forcément quoi faire avec lui. Le clinicien 3 valorise les deux dimensions. Il saura engager et maintenir la relation et pourra plus facilement conduire le patient vers une amélioration symptomatique et fonctionnelle.

Conclusions

Les résultats de cette brève revue de la littérature rappellent l'importance de la relation thérapeutique comme base des interventions qui vont soutenir le rétablissement des personnes avec des psychoses. Certaines ambiguïtés spécifiques à la relation thérapeutique ont été identifiées, telles que la protection du patient au détriment de la considération de ses préoccupations qui peut

conduire ce dernier à se désengager des soins, ou l'authenticité du clinicien qui peut conduire à des messages contradictoires et menacer l'alliance thérapeutique. La gestion conjointe et anticipée du risque pourrait réduire le dilemme du clinicien lié à la contradiction entre les soins centrés sur le patient et le recours à la contrainte. En ce qui concerne le dévoilement du clinicien, utile et efficace pour une relation thérapeutique, il semble nécessaire de poursuivre les études qui décrivent ce phénomène et en évaluent l'efficacité. Les réflexions présentées dans ce chapitre, basées sur la littérature scientifique et l'expérience clinique des auteurs tend à encourager une revalorisation de la formation à la relation thérapeutique. En effet, depuis quelques années les cursus de formation semblent négliger le développement des connaissances et des compétences dans ce domaine spécifique et devrait y être reprendre une place plus centrale. La recherche sur l'efficacité de la relation thérapeutique avec les personnes atteintes de troubles psychotiques ainsi que sur les processus interpersonnels impliqués devraient également être valorisée et encouragée par la communauté scientifique.

Annexe 1

Anticipation partagée des risques

Date : _____

Alarme déclenché par thérapeute , patient , proche , autre (veuillez préciser) :

Veuillez signer la fiche une fois celle-ci remplie.

Nom : _____ Prénom : _____ Signature : _____

Pour un risque concernant :

Nom : _____ Prénom : _____ Signature : _____

Préciser le risque ou l'inquiétude :

Exemple de risques : Péjoration de l'état clinique, absence d'amélioration clinique, effets secondaires, rechute, violence, agression, automutilation, suicide, négligence, rupture du lien, atteinte à la réputation, perte ou réduction des droits légaux (curatelle, obligation de soin, placement à des fins d'assistance ou de traitement, droit à l'information, droit d'aller et venir, etc.), appauvrissement économique, abus de substances, victimisation, etc.

Décision partagée sur les mesures à prendre pour réduire le risque anticipé, pour chaque mesure veuillez préciser qui est responsable de la mesure :

Date de l'évaluation des effets des mesures prises : _____

Références

- Farrelly, S., and Lester, H. (2014). Therapeutic relationships between mental health service users with psychotic disorders and their clinicians: a critical interpretive synthesis. *Health Soc Care Community* 22, 449-460.
- Federico, M.T., Priebe, S., Fusco, C., Strapelli, N., Singh, R., and McCabe, R. (2013). Communication about psychotic symptoms in long-term psychiatric illness. *Psychopathology* 46, 233-240.
- Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R., and Kissling, W. (2005). Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *Am J Psychiatry* 162, 2382-2384.
- Hamann, J., Mendel, R., Reiter, S., Cohen, R., Buhner, M., Schebitz, M., Diplich, S., Kissling, W., and Berthele, A. (2011). Why do some patients with schizophrenia want to be engaged in medical decision making and others do not? *J Clin Psychiatry* 72, 1636-1643.
- Kreyenbuhl, J., Nossel, I.R., and Dixon, L.B. (2009). Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: a review of the literature. *Schizophr Bull* 35, 696-703.
- Laugharne, R., Priebe, S., McCabe, R., Garland, N., and Clifford, D. (2012). Trust, choice and power in mental health care: experiences of patients with psychosis. *Int J Soc Psychiatry* 58, 496-504.
- Ljungberg, A., Denhov, A., and Topor, A. (2015). The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatr Q* 86, 471-495.
- Ljungberg, A., Denhov, A., and Topor, A. (2016). Non-helpful relationships with professionals - a literature review of the perspective of persons with severe mental illness. *J Ment Health* 25, 267-277.
- Mccabe, R., Heath, C., Burns, T., and Priebe, S. (2002). Engagement of patients with psychosis in the consultation: conversation analytic study. *BMJ* 325, 1148-1151.
- Mccabe, R., Khanom, H., Bailey, P., and Priebe, S. (2013). Shared decision-making in ongoing outpatient psychiatric treatment. *Patient Educ Couns* 91, 326-328.
- Moritz, S., Favrod, J., Andreou, C., Morrison, A.P., Bohn, F., Veckenstedt, R., Tonn, P., and Karow, A. (2013). Beyond the usual suspects: positive attitudes towards positive symptoms is associated with medication noncompliance in psychosis. *Schizophr Bull* 39, 917-922.
- Nguyen, A., Frobert, L., and Favrod, J. (2017). "Impact of self-disclosure of professionals on empowerment of patients, a conversational analysis", in: *6th European conference on Schizophrenia Research*. (Berlin).
- Priebe, S., Domic, S., Wildgrube, C., Jankovic, J., Cushing, A., and McCabe, R. (2011a). Good communication in psychiatry--a conceptual review. *Eur Psychiatry* 26, 403-407.
- Priebe, S., Richardson, M., Cooney, M., Adedeji, O., and McCabe, R. (2011b). Does the therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? A systematic review. *Psychother Psychosom* 80, 70-77.
- Quirk, A., Chaplin, R., Lelliott, P., and Seale, C. (2012). How pressure is applied in shared decisions about antipsychotic medication: a conversation analytic study of psychiatric outpatient consultations. *Social Health Illn* 34, 95-113.
- Stovell, D., Morrison, A.P., Panayiotou, M., and Hutton, P. (2016). Shared treatment decision-making and empowerment-related outcomes in psychosis: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 209, 23-28.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Zangrilli, A., Ducci, G., Bandinelli, P.L., Dooley, J., McCabe, R., and Priebe, S. (2014). How do psychiatrists address delusions in first meetings in acute care? A qualitative study. *BMC Psychiatry* 14, 178.