

# L'art de communiquer avec les personnes atteintes de maladie mentale

Jamie Dimopoulos<sup>1,2</sup>, Pharm. D., Véronique Lemay-Caron<sup>3</sup>, Bernard Saulnier<sup>3</sup>, Philippe Vincent<sup>4,5</sup> B. Pharm., M. Sc.

<sup>1</sup>Candidat au Pharm. D. au moment de la rédaction, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada;

<sup>2</sup>Pharmacien, Pharmacie Fernanda Civitella, Dorval (Québec) Canada;

<sup>3</sup>Patients partenaires, groupe Reprendre Pouvoir, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Montréal (Québec) Canada;

<sup>4</sup>Pharmacien, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Montréal (Québec) Canada;

<sup>5</sup>Professeur agrégé de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada

Reçu le 9 juillet 2019; Accepté après révision le 27 novembre 2019

## Résumé

**Objectif :** Présenter des techniques de communication efficaces avec les personnes souffrant de maladies mentales. Étudiants, stagiaires, nouveaux pharmaciens ou pharmaciens d'expérience pourront raffiner leur savoir-être et leur savoir-faire avec cette patientèle.

**Mise en contexte :** Une revue de littérature nous apprend que peu de pharmaciens ont reçu une formation supervisée pour interagir efficacement auprès des personnes souffrant de maladies mentales. Des barrières de communication existent aussi du côté des patients. Ces éléments limitent le plein déploiement des soins pharmaceutiques en santé mentale au Québec. Nos recherches ont révélé plusieurs techniques de communication généralement inconnues des pharmaciens. Celles-ci ont été rassemblées et structurées pour former un guide que nous présentons dans cet article.

**Résultats :** L'expérience de travail avec deux patients partenaires a permis d'enrichir ce guide qui débute par la description des concepts définissant l'alliance thérapeutique, les attitudes bienveillantes du clinicien et plusieurs concepts d'empathie. Ensuite, des cas de situations cliniques difficiles, comme les idées suicidaires, l'agressivité, la non-adhésion et les patients résistants sont traités à l'aide de verbatims et d'explications. Finalement, la conclusion de ce guide porte sur les aptitudes spécifiques de communication à avoir avec les personnes souffrant de psychose, de manie et de trouble de la personnalité.

**Conclusion :** Plusieurs techniques de communication existent pour aider le clinicien dans ses entretiens avec les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale. Il pourra désormais les essayer auprès de ses patients.

**Mots-clés :** Alliance thérapeutique, bienveillance, dépression, empathie, maladie affective bipolaire, prévention du suicide, schizophrénie, techniques de communication

## Introduction

De nombreux états mentaux créent des barrières de communication, mais les professionnels de la santé qui agissent avec curiosité et bienveillance peuvent les surmonter pour construire des relations de confiance avec leurs patients. Ces cliniciens doivent aussi être structurés et avoir beaucoup de flexibilité mentale pour remettre un peu d'ordre dans le chaos.

Le guide qui suit est destiné aux étudiants, aux stagiaires, aux nouveaux pharmaciens ou aux pharmaciens d'expérience (tous sont nommés cliniciens ci-dessous). Il est structuré pour les aider à raffiner leurs techniques de communication avec les personnes souffrant de maladies mentales. Les rédacteurs de ce guide ont été inspirés par des personnes souffrant de maladie mentale qui leur ont raconté l'histoire de leur rétablissement, dans laquelle les médicaments jouaient un rôle de soutien.

Quelques groupes de discussion réalisés avec des patients ont révélé qu'une communication inefficace avec leurs professionnels de la santé peut aggraver leur état et les démotiver à entreprendre ou à poursuivre un traitement<sup>1-5</sup>. Par exemple, ils avouaient ne pas recevoir suffisamment d'explications pour pouvoir participer au choix de traitements, prévoir la gestion d'effets indésirables et mesurer les effets attendus<sup>2</sup>. Plusieurs patients dénonçaient le manque de sérieux ou d'empathie et le manque de respect de leur autonomie de la part des intervenants de la santé. L'incapacité de ces derniers à communiquer efficacement serait la barrière principale à l'établissement d'une bonne relation entre le patient et le clinicien<sup>1</sup>. Une revue de plusieurs études qualitatives réalisée en milieu hospitalier sur des patients admis involontairement a révélé des barrières semblables : restriction d'autonomie, participation insuffisante au choix de traitement, manque de connaissances sur les avantages et inconvénients des médicaments,

manque de flexibilité, personnel distant, méfiance infondée et autres<sup>1</sup>.

L'expérience d'une patiente partenaire confirme ces faits : « Les patients qui ont vécu des interactions infructueuses avec des cliniciens risquent de se désengager complètement du système de soins et d'abandonner leur recherche d'aide, momentanément ou pendant plusieurs années. Demander de l'aide est déjà très difficile, alors quand on ne juge pas cette aide adéquate, cela peut être d'autant plus décourageant. Sachez qu'une ou deux minutes d'empathie peuvent faire toute la différence. »

Peu de cliniciens ont la chance de voir des psychologues et des psychiatres à l'œuvre dans une relation thérapeutique et d'approprier le savoir-faire de ces spécialistes. Un sondage mené auprès de pharmaciens d'Angleterre a révélé que 90 % ( $n = 94$ ) d'entre eux ressentent des lacunes dans leurs techniques de communication<sup>6</sup>. De ceux-ci, 56,5 % étaient insatisfaits de l'enseignement reçu à l'université. Une étude australienne a relevé que les infirmières œuvrant dans un département de psychogériatrie ressentent les mêmes lacunes<sup>7</sup>. Elles demandaient des ateliers sur les techniques de communication et sur la thérapie cognitivo-comportementale, car elles étaient persuadées que ces apprentissages leur seraient utiles au quotidien. Celles ayant participé à ces ateliers se sentaient plus confiantes en leur capacité de communication avec les patients.

Une étude d'intervention réalisée en Australie a démontré l'impact positif des pharmaciens communautaires sur la santé mentale des patients<sup>4</sup>. Des services de soutien individualisés — incluant la planification des suivis, le soutien moral pour développer ses objectifs de vie, la disponibilité et la réponse aux questions — avaient amélioré la qualité de vie, la motivation, la confiance, l'adhésion au traitement et la résilience face aux effets indésirables.

## Méthode

Pour recueillir objectivement de l'information sur les barrières à la communication, la base de données PubMed<sup>MD</sup> a été consultée avec les termes suivants : *inpatient communication barriers, pharmacy communication techniques, depression barriers, communication techniques health care, schizophrenia treatment barriers, depression treatment barriers, suicide inpatient communication, personality disorders barriers*. Les enseignements du livre *Psychiatric Interviewing : The Art of Understanding* ont servi de base théorique<sup>8</sup>. Les auteurs ont réalisé une synthèse des informations pertinentes, qui a été enrichie par l'expérience clinique d'un professeur universitaire, pharmacien expert en psychiatrie. Des verbatims recueillis lors d'entretiens avec des patients ont été intégrés au texte. Ce guide a été révisé et testé par plusieurs stagiaires en pharmacie, des pharmaciens et des infirmières travaillant à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) et leurs commentaires ont été pris en compte (cf. remerciements). Par la suite, des patients partenaires ont ajouté leurs commentaires au manuscrit, d'après leur savoir expérientiel de la maladie et des soins qu'ils ont reçus.

## Résultats

Notre méthode de recherche a révélé plusieurs nouvelles techniques de communication. Elles sont expliquées dans les sections qui suivent.

Les auteurs commencent par aborder les aptitudes interpersonnelles du clinicien empreint d'humanité, puis les sections suivantes décriront avec précision des stratégies d'entretien efficaces.

### Structure d'un entretien humain et efficace<sup>9</sup>

La structure d'entretien enseignée à l'IUSMM est présentée au tableau I. Chaque geste a sa raison d'être, mais ne sera pas expliqué ici pour conserver l'aspect « questionnaire semi-dirigé » utile au novice. L'entretien initial prend 15 à 30 minutes et peut s'échelonner sur plusieurs rencontres si la communication est difficile. On s'y lance avec l'objectif philosophique de répondre ensemble à cette question : « Est-ce que les médicaments aident ou nuisent aux objectifs de vie du patient? ».

### L'alliance thérapeutique

#### Définitions

Plusieurs études et méta-analyses confirment que l'alliance thérapeutique a un impact positif sur les résultats thérapeutiques dans plusieurs domaines de la médecine<sup>10-12</sup>. Cette alliance se résume au lien professionnel que partagent le patient et le clinicien. Une alliance fonctionnelle encourage la discussion, la sécurité et le sentiment de positivité. Elle permet au clinicien de cerner les réels besoins de son patient et de dresser un plan d'action commun. Le patient ressent que le clinicien est authentique, professionnel et qu'il l'aidera à atteindre ses objectifs.

Le livre *Les bases de la psychothérapie*<sup>13</sup> mentionne que les trois facteurs suivants sont cruciaux pour la construction de l'alliance thérapeutique : développer un lien de confiance avec le patient, déterminer des objectifs communs et être d'accord sur les tâches. Ils seront expliqués dans l'ordre dans les prochaines sections.

Une patiente partenaire confirme qu'il est particulièrement important de développer le lien de confiance avant de donner des conseils et de déterminer les objectifs. Sans un sentiment de confiance solide envers son intervenant, le patient aura de la difficulté à parler de son intimité et à suivre des conseils perçus comme paternalistes et même intrusifs : « Ça peut donner l'impression que l'intervenant ne se mêle pas de ses affaires. »

D'après l'expérience de patients partenaires, avec les nombreux transferts de dossiers et les changements de professionnels dans la réorganisation des soins, le système actuel ne favorise pas toujours le développement d'alliances thérapeutiques solides. Les patients partenaires se sont souvent sentis exclus des décisions prises à leur sujet, perdus dans le système et parfois même oubliés par le système à force de se faire transférer d'un intervenant à l'autre. Il faut souvent rebâtir une relation de confiance avec de nouveaux intervenants, et parfois faire le deuil d'anciens intervenants avec qui le lien était apaisant ou positif. Les patients en crise,

**Tableau I.** Structure d'entretien initial

Étapes	Exemples de questions
1. Présentez-vous au patient et nommez l'objectif et la durée de la rencontre.	« Mon rôle est que vous preniez le moins de médicaments possible, mais autant que nécessaire, si ça vous intéresse, on peut en parler 10 minutes? »
2. Faites un commentaire ou un geste pour montrer que vous êtes authentique sans être menaçant. Le meilleur moment est en marchant vers le bureau où se déroulera l'entretien. Proposez une poignée de mains, sans insister. Faites de l'humour ou un compliment sur une caractéristique personnelle du patient (cheveux, tatouages, habits, accessoires).	« Belles pantoufles, le service aux chambres est bon ici hein! » « J'aime ton chandail de Archspire, les as-tu vu en show? »
3. Explorez ses attentes et ses craintes envers les médicaments.	« Comment ça va avec les médicaments? » est une introduction ouverte à 99 % efficace. « Qu'est-ce qu'elles vous font de bien ou de mal, ces pilules? »
4. Explorez dans toutes les directions, simplement par curiosité, aussi souvent que possible, pour connaître la petite histoire de vie de cette personne qui souffre devant vous. Une minute suffit, mais en y consacrant plus de temps, la conversation sera nettement plus intéressante.	« Avez-vous fait du sport d'équipe dans votre jeunesse? » « Avec qui habitez-vous? Avez-vous un animal de compagnie? » « Avez-vous déjà voyagé? » « Avez-vous toujours vécu à Montréal? »
5. Faites évoquer l'histoire de la maladie jusqu'à aujourd'hui, aussi loin que votre temps le permet. Il faut cinq minutes au minimum.	« Pensez-vous souffrir d'une maladie mentale? Laquelle? D'où vient-elle? » « Qu'est-ce qui pourrait aller mieux dans votre vie? » « Qu'est-ce qui s'est passé pour que vous soyez hospitalisé? »
6. Trouvez des objectifs de traitement communs.	« Si [ce symptôme] n'était plus là, comment serait votre vie? »
7. Explorez ses connaissances sur les médicaments, dont ses expériences passées. Dites-lui que vous apprenez aussi de son expérience.	« Nous sommes deux experts ici : vous qui avez fait l'expérience de certains médicaments et moi qui ai l'expérience de la pharmacologie. Nous pouvons apprendre l'un de l'autre. »
8. Discutez des points positifs et négatifs des médicaments qui l'intéressent.	« Qu'est-ce que vous aimeriez savoir sur les effets positifs de vos médicaments? » « Qu'est-ce que vous aimeriez savoir sur les effets négatifs de vos médicaments? »
9. Explorez ses occupations, ses activités de la vie quotidienne, ses passe-temps et ses objectifs de vie.	« Qu'est-ce que vous faites ordinairement pendant la semaine? » « Si vous pouviez vivre une semaine idéale, comment serait-elle ? »
10. Posez la question ultime.	« Est-ce que vos médicaments vous aident ou vous nuisent dans vos objectifs de vie? »
11. Si le patient s'y intéresse, discutez de ses assurances, de la vaccination, de l'arrêt des substances, des trucs qui favorisent l'adhésion et des méthodes non pharmacologiques qui peuvent soulager sa souffrance mentale.	« Le meilleur truc pour ne pas oublier son médicament du soir, c'est de le mettre sur la table de chevet avec une bouteille d'eau et celui du matin, sur la machine à café. » « Voulez-vous qu'on parle des effets de l'alcool, de la cigarette ou des drogues? » « Parler régulièrement à un psychologue vous aiderait à mettre de l'ordre dans vos [sentiments, pensées, comportements.] »
12. Discutez du partage des tâches de suivi entre lui et vous.	« On est d'accord que je vais m'assurer de [suivi] et vous, vous notez si [symptômes] reviennent. »
13. Concluez et remerciez-le d'avoir partagé son expérience avec vous.	« Merci d'avoir partagé l'expérience personnelle que vous avez des médicaments, je pourrai mieux aider mes patients. »

qui ne comprennent pas nécessairement tous les rouages du système dans lequel ils se trouvent, peuvent avoir de la difficulté à développer simultanément plusieurs relations de confiance. De plus, ces conditions amènent les patients, qui sont dans une situation de vulnérabilité, à devoir souvent répéter à de purs inconnus leur histoire de vie parfois traumatique. La rigidité du système peut créer de la colère et de l'anxiété. Le fait de démontrer une compréhension de cette réalité difficile à vivre pourrait aider le clinicien à développer une alliance thérapeutique. Ce dernier devra être compétent, fiable, bienveillant, authentique et empathique pour réussir cette coconstruction<sup>14</sup>.

## Développer le lien de confiance — caractéristiques du bon clinicien

### La compétence

Le clinicien doit être une source fiable d'information et être capable de la partager. Cette information doit être structurée, coordonnée et validée. Une patiente partenaire ajoute qu'il faut savoir qu'un problème de santé mentale peut parfois interférer avec la compréhension, la concentration et la mémoire. L'intervenant doit rester patient et s'attendre à répéter certaines informations. Le clinicien compétent respecte le savoir expérientiel de son patient. On conseille de

remettre au patient les feuillets d'information disponibles sur le site web de l'Association des pharmaciens en établissement du Québec ([www.apesquebec.org](http://www.apesquebec.org)), section *Espace membres, RPE en psychiatrie*. Ces feuillets mettent en évidence les effets thérapeutiques spécifiques à la maladie mentale et limitent à trois les effets secondaires et leur gestion.

### *La fiabilité*

Un clinicien fiable remplit ses promesses et termine ses tâches. La première impression est importante : le clinicien doit expliquer son rôle et ses responsabilités et les réaliser dans les délais attendus. Une patiente partenaire ajoute que certains patients auront besoin de temps pour tester la légitimité de l'autorité du clinicien. En cas de changement de plan inattendu, le clinicien devrait communiquer honnêtement ses raisons, s'attendre à des réactions négatives, comme de la déception, de l'anxiété ou de la colère et proposer un plan B.

### *La bienveillance*

Pour démontrer qu'il veut le bien-être de ses patients, le clinicien doit réussir à légitimer leurs craintes et à comprendre leurs expériences uniques. C'est seulement en reconnaissant la souffrance qu'on peut faire du bien. Celle-ci peut provenir d'un effet secondaire, d'une crise de panique, du vide ou d'une voix menaçante.

### *La réactivité et la spontanéité*

Le bon clinicien réagit avec ouverture d'esprit à toutes les nuances de son patient. S'il est timide, stoïque, paternaliste ou s'il parle trop (pour se sentir important) le patient se sentira insécurisé<sup>15</sup>. Le clinicien spontané est à l'aise et flexible: il console doucement le patient triste ou angoissé et il réagit favorablement à l'humour. Le meilleur moyen pour développer sa spontanéité est de mimer et d'adoucir le niveau d'énergie de son patient. Les tabous du clinicien peuvent le rendre rigide et froid ou trop réactif. Pour développer une réactivité adéquate, le clinicien doit demeurer neutre autant que possible lorsque confronté aux émotions fortes, à la sexualité, à la religion, aux traumatismes, à la mort et à la malveillance. Il devrait aussi faire une rapide introspection pour se demander si son humeur pourrait biaiser sa réactivité.

### *La congruence*

Le clinicien congruent évite de se contredire dans son comportement, ses paroles et son langage non verbal. Il devrait être transparent et avouer verbalement ses émotions de peur, de colère, de déception, ou autres émotions difficiles à dissimuler. Une patiente partenaire ajoute qu'un patient méfiant peut se demander : « Est-ce qu'il me cache ses vrais sentiments? Que peut-il me cacher d'autre? Puis-je vraiment lui faire confiance? ». Finalement, le clinicien congruent indique clairement la durée de l'entretien pour éviter l'empressement ou le justifier.

### **Développer le lien de confiance — utiliser l'empathie**

L'empathie est la capacité de reconnaître avec justesse la perspective émotionnelle d'une autre personne, tout en conservant notre propre perspective. Son principal canal de communication est non verbal et elle est efficace uniquement si le patient y a répondu adéquatement. Avec l'empathie et

une curiosité intègre, le vécu du patient, ses craintes, ses désirs, ses valeurs, ses objectifs de traitement et ses projets de vie pourront être explorés en toute sécurité. Il n'est pas nécessaire de parler pour être empathique. L'empathie passe d'abord par un regard authentique, la position corporelle et les gestes du clinicien pendant qu'il pose des questions, et surtout pendant qu'il écoute. Il faut éviter de prendre des notes, sauf après le départ du patient. Les mots exacts d'une déclaration empathique indiquent au patient si son clinicien comprend ou non ses émotions et à quel point il y est sensible<sup>14</sup>.

### *La faible compréhension*

En choisissant des verbes passifs ou conditionnels, le clinicien indique qu'il *comprend partiellement* ce que le patient ressent, p. ex. : « Ceci *semble* être une situation difficile pour vous. » « *Si* je comprends bien... » Au début de l'entretien, cette formulation invitera naturellement le patient à compléter son histoire, mais en fin d'entretien elle lui indiquera des lacunes dans l'écoute du clinicien.

### *La forte compréhension*

En choisissant des verbes affirmatifs et actifs, le clinicien indique qu'il *comprend bien* les émotions de son patient, p. ex. : « *C'est* une situation difficile pour vous. » Cette formulation invitera le patient à clore un sujet. Si le clinicien se trompe, le patient rectifie toujours.

### *La faible sensibilité*

Le clinicien indique qu'il est *sensible à ce qui est dit*, par exemple en agissant comme un miroir, c'est-à-dire en reflétant simplement les paroles du patient sans choisir d'autres mots que les siens : Patient : « Je me sens seul depuis que j'ai déménagé. » Clinicien : « Vous vous sentez seul dans cette situation. »

### *La forte sensibilité*

Le clinicien indique, par un résumé ou un reflet complexe, qu'il est *sensible aux émotions apparentes et à l'expérience de la maladie*, même si le patient n'a pas encore donné cette information. Par exemple : « Mes crises de panique sont impressionnantes en titi ! » Clinicien : « [ton bas] Hmm. Ça doit être gênant de sortir de la maison tout seul. » Pour que le clinicien puisse éviter les surprises avec des patients plus défensifs, une patiente partenaire propose de transformer les phrases en question : « Est-ce que c'est gênant de sortir de la maison tout seul? »

Ces quatre formulations empathiques feront réagir les patients différemment. Les formulations fortes sont peu utiles en début d'entretien avec un patient psychotique et peuvent surprendre quand l'alliance thérapeutique est faible, mais elles sont toujours utiles avec les patients déprimés qui ont de la difficulté à exprimer leur mal de vivre.

### *Les moments de silence*

Les moments de silence démontrent respect et approbation aux émotions fortes du patient. Une pause de quelques secondes à une minute crée un espace qui lui permettra de vivre et de partager sa douleur. L'ampleur de cet espace est proportionnelle à la souffrance qui le remplit. Pour apaiser son propre malaise, le clinicien peut respirer lentement et

calmer ses mains et son regard. Cette technique fonctionne surtout face aux patients qui retiennent beaucoup d'émotions, comme ceux qui sont dépressifs ou anxieux. Toutefois, trop de silence peut augmenter l'anxiété de certains patients. Pour mettre fin à une émotion qui persiste, le clinicien peut proposer au patient quelques respirations lentes.

### Déterminer des buts communs — l'entretien motivationnel adapté à la santé mentale

Le clinicien peut utiliser la structure de l'entretien motivationnel pour aider un patient à résoudre une saine ambivalence face aux psychotropes et à la maladie mentale<sup>1</sup>. Plusieurs patients ont une vision idiosyncrasique de la maladie et des psychotropes, donc le clinicien doit être flexible et créatif pour faire évoquer au patient au moins un avantage au psychotrope indiqué. Il faut donc traquer la souffrance — il y en a toujours — même si elle ne colle pas avec l'interprétation médicale. Voici quelques questions payantes.

- a. « Si on pouvait vous donner le médicament idéal pour vous, qu'est-ce qu'il vous ferait? » (La pilule magique, question bonbon.)
- b. « Si vous deviez continuer de prendre ce médicament, quels seraient les avantages et les inconvénients? »
- c. « Que pensent vos proches de la prise — ou de la poursuite — de ce traitement? »
- d. Soulever les contradictions.
  - i. « Je comprends que vous souhaitez retourner à l'école ou retourner vivre chez vos parents. Quel rôle pourrait jouer la prise de votre médicament dans la réalisation de cet objectif? »
  - ii. « Vous savez, il faut du courage pour prendre un médicament, accepter des soins et de l'aide. J'ai devant moi une personne courageuse qui prend des décisions importantes pour sa santé. »
- e. Lorsque le clinicien a déterminé une source de souffrance, il doit explorer l'ambivalence du patient envers le traitement comme tel, car certains préfèrent la maladie aux exigences du monde moderne.
  - i. « Quels sont vos rêves pour le futur? Quels sont ceux que vos symptômes vous empêchent d'atteindre? »
  - ii. « Que feriez-vous si vous ne souffriez pas de [maladie]? Qu'est-ce qui serait différent? »

Puis le clinicien peut explorer les pour et les contre de prendre ou non un psychotrope. Les avantages habituels sont : le soulagement des symptômes, le bien-être, le retour aux activités de la vie quotidienne (AVQ) et aux occupations ainsi que le rétablissement. Les inconvénients habituels sont les effets secondaires, l'approvisionnement et le fait de prendre un traitement médicamenteux. Il ne faut pas donner trop d'information, il faut cheminer au rythme du patient.

Si le clinicien soupçonne que le patient risque de ne pas adhérer au traitement, il peut lui demander directement : « Pensez-vous continuer de prendre les médicaments? Pendant combien de temps? » Une autre section aborde la non-adhésion.

### Partager les tâches – L'entretien collaboratif

Lorsqu'il faut prendre une décision portant sur la santé, il est possible d'essayer le modèle allemand *Shared decision making plus* (SDM+). Il propose six étapes scientifiquement validées pour encadrer la prise de décision partagée (voir tableau II)<sup>16,17</sup>. Les patients qui participent aux décisions adhèrent beaucoup mieux au traitement dans tous les domaines de la médecine et en psychothérapie.

**Tableau II.** Les six étapes de la prise de décision partagée

Étapes	Exemples de questions
1. Informez votre patient qu'une décision doit être prise.	« J'aimerais discuter avec vous de la possibilité de commencer un nouveau médicament. »
2. Demandez-lui comment il aimerait recevoir l'information nécessaire et comment il veut participer à son traitement. Continuez l'entretien le lendemain s'il doit lire et réfléchir.  Remettez les feuillets d'information mentionnés précédemment et disponibles sur le site web de l'A.P.E.S.	« J'ai beaucoup d'information à partager avec vous. Voulez-vous recevoir cette information par écrit ou oralement? »  « Que voulez-vous savoir qui pourrait vous aider à participer à la décision? »
3. Informez le patient que plusieurs choix de traitement existent et que votre rôle consiste notamment à lui exposer les avantages et les inconvénients pour qu'il puisse prendre une décision éclairée.	« Nous sommes ici pour déterminer quel serait le meilleur médicament pour vous. Il y a plusieurs choix possibles. »
4. Ciblez les options qui sont concrètes et qui pourraient intéresser votre patient.	« Lesquels de ces médicaments vous intéressent le plus? »
5. Après avoir réduit la gamme des options qui pourraient convenir, déterminez ses préférences	« Parmi tous les médicaments dont nous avons discuté, lequel vous intéresse le plus? »  « Comment classeriez-vous les médicaments selon votre intérêt? »  « Est-ce qu'il y a une option dont je n'ai pas parlé et qui vous semble meilleure? »
6. Prenez une décision tout de suite ou reportez-la s'il y a ambivalence. Restez flexible, car le plus important, c'est le maintien du lien et la poursuite du dialogue.	« Il semble qu'aucune option ne vous attire vraiment pour l'instant. Aimeriez-vous en rediscuter un autre moment? »  « J'aimerais que vous preniez le temps d'y réfléchir à la lumière des nouvelles informations dont nous avons parlé. »
7. Partagez les tâches relatives à l'implémentation. Certains patients peuvent évaluer eux-mêmes l'efficacité de leur traitement. Proposez-leur de s'exprimer à l'aide d'une échelle validée, comme le Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 ou le Generalized Anxiety Disorder (GAD)-7, ou proposez-leur un journal intime <sup>17</sup> .	« Je vais appeler le médecin pour... »  « Je vous appelle dans deux semaines pour évaluer la nausée et préparer le renouvellement. »

Selon un patient partenaire, l'écoute active des professionnels est excellente. Par contre, ils devraient mieux intégrer l'avis du patient et des proches aidants dans la prise des décisions thérapeutiques. Ils doivent également arrêter de « masquer la vérité » sur les aspects négatifs du traitement ou de la maladie, car le patient doit bien comprendre sa maladie pour

s'engager sur la voie du rétablissement. Selon deux patients partenaires, certains patients devraient rencontrer tous leurs intervenants en même temps plutôt que l'un après l'autre pour augmenter l'inclusion dans les soins et le processus de décision partagée.

### **Les situations cliniques difficiles**

Dans les situations qui suivent, le clinicien doit maintenir un cadre serré en évitant les questions d'exploration trop larges ou trop lointaines. Il faut maintenir l'entretien dans l'ici et le maintenant.

#### *Les idées suicidaires*

Prévenir le suicide est un processus complexe qui nécessite la participation de plusieurs intervenants et filets sociaux. Les pharmaciens doivent reconnaître qu'ils sont les gardiens des poisons, méthode utilisée dans 29 % des suicides et 80 % des tentatives nécessitant une hospitalisation<sup>18</sup>.

Dans une étude qualitative réalisée au Royaume-Uni, 20 patients ont exprimé les barrières à la communication suivantes : la peur de parler du suicide, l'ignorance que la thérapie fonctionne, les mauvaises expériences antérieures et les problèmes de confiance envers le clinicien<sup>19</sup>. Le tableau III présente une structure efficace permettant d'éviter ces barrières et de guider l'approche auprès d'une personne exprimant des idées suicidaires, qu'elle soit hospitalisée, en clinique externe ou dans un groupe de médecine de famille<sup>20</sup>.

Dans les journées et les semaines qui suivent le dépistage initial, le clinicien doit aider le patient à reconstituer la situation qui l'a mené à développer des idées suicidaires pour en extraire le sens. Il doit aussi l'aider à rétablir les relations avec ses proches et ses activités. Les cliniciens intéressés à recevoir une formation de sentinelle officielle peuvent s'informer auprès de la Société québécoise de prévention du suicide ([www.aqps.info](http://www.aqps.info)).

#### *La colère, l'agitation et l'agressivité<sup>21-24</sup>*

La colère est une émotion commune parmi les usagers du système de santé. Elle peut être dirigée contre les professionnels ou même le système tout entier. Les facteurs de risques sont entre autres : la douleur aiguë, les antécédents d'agressivité, les états psychotiques ou de manie, les intoxications, certains troubles de la personnalité, le stress secondaire à une maladie ou un trauma et une perte significative.

#### *Mesures de prévention*

Quand les patients manifestent un ou plusieurs facteurs de risque, le clinicien doit bien diriger la conversation pour éviter que l'usager passe à l'acte. Voici quelques attitudes utiles :

1. Expliquer son rôle et ses capacités, mettre un cadre d'entretien serré et clair.
2. Explorer et combler les attentes des patients lorsqu'elles sont raisonnables.
3. Déceler rapidement la peur ou la souffrance immédiate qui risque de provoquer de la colère.
4. Aider les patients confus à conserver le sens du temps et de l'espace.

#### *Interaction avec le patient colérique et agité*

L'agitation est un sentiment interne de tension qui cause une augmentation visible du tonus psychomoteur. Elle n'est pas violente. Devant une situation où le patient s'agite, le clinicien devrait utiliser les techniques d'affirmation de soi :

1. Donner le droit à la personne d'être en colère et agitée :
  - a. « Vous avez raison (ou le droit) d'être en colère ! »
  - b. « Je vous trouve tendu, c'est normal; pouvons-nous discuter quand même ? »
2. Résumer régulièrement les points positifs de la discussion.
3. Remettre une discussion infructueuse à plus tard.
4. Faire en sorte qu'il n'y ait pas d'escalade en transmettant l'information à son infirmière.

#### *Interaction avec le patient agressif*

L'agressivité est un comportement destructeur dirigé contre les objets, les autres ou soi-même. Elle se distingue de la violence par son manque d'intentionnalité.

Selon le projet Best practices in Evaluation and Treatment of Agitation (BETA) et l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS), le clinicien devrait employer les techniques de pacification suivantes pour assurer sa sécurité et calmer l'agressivité du patient<sup>24,25</sup>.

1. Éviter de devenir une cible en maintenant une distance raisonnable de deux bras entre le patient et lui, être accompagné d'un collègue, et se placer entre le patient agressif et la sortie.
2. Maintenir un langage non-verbal qui ne soit pas provocateur, par exemple : garder ses mains dans le champ de vision du patient, les paumes ouvertes, se maintenir dans un angle par rapport au patient pour atténuer l'impression de confrontation, et le regarder sans le fixer des yeux.
3. Une seule personne parle au patient, car plusieurs conversations peuvent le désorienter. Pendant ce temps, les agents de sécurité peuvent avoir été alertés, mais ils devraient rester vigilants et en retrait si la situation se calme.
4. Se retirer si le clinicien est la cause de cette agressivité et laisser un collègue prendre la relève.
5. Utiliser un vocabulaire simple et concis et répéter les consignes doucement jusqu'à ce qu'elles soient comprises, car les patients agités sont dissociés.
6. Laisser le patient exprimer ses peurs et ses souffrances à l'origine de la colère, sans poser de jugement.
7. Préciser ses limites en informant respectueusement le patient des comportements inacceptables.
8. Utiliser le pronom *je* sans blâmer le patient, dans des phrases affirmatives et non impératives : « *Je* ne me sens pas à l'aise lorsque... » et non « *Vous* me mettez mal à l'aise lorsque... »

**Tableau III.** Structure destinée à orienter l'approche avec une personne exprimant des idées suicidaires

Étapes	Exemples
1. Identifiez les patients qui ont eu un changement significatif de comportement, notamment les expressions plus intenses d'hostilité, d'agitation, une tendance à l'isolement ou des indices verbaux.	[patient] « Je suis épuisé! » [patient] « J'en peux plus! »
2. Créez un environnement où le patient se sentira en sécurité : a. Développez l'alliance thérapeutique. b. Surmontez la peur de parler du suicide (normaliser). c. Posez directement la question du suicide. d. Laissez le patient parler librement, sans jugement ni recherche de solution. e. Tolérez les émotions négatives.	« Je sais que parler d'idées noires peut être difficile, êtes-vous à l'aise d'en parler aujourd'hui? » « Dans les circonstances que vous décrivez, certaines personnes pourraient être découragées, dépassées et voudraient en finir avec la vie. Est-ce que ça vous concerne? » « Avez-vous eu des idées suicidaires dernièrement? »
3. Évaluez la dangerosité en déterminant les trois paramètres suivants Comment, où et quand (COQ).	« Quels sont les moyens que vous avez envisagés pour mettre fin à vos souffrances? » (C) « Où allez-vous faire cela? » (O) « Quand allez-vous faire cela? » (Q)
4. Évaluez les facteurs protecteurs et aggravants : a. Accès à la méthode, b. Tentatives antérieures et histoire familiale de suicide, c. Suicide récent d'un proche, d. Présence d'un agent stressant important, e. Suivi par un professionnel en santé mentale, f. Prise adéquate d'un psychotrope, g. Présence d'un(e) conjoint(e) ou d'enfants ou d'animaux de compagnie.	« Avez-vous accès à [méthode]? » « Qu'est-ce qui diminuerait votre capacité à vous contrôler? » « Avez-vous déjà fait une tentative de suicide? » « Est-ce que vous consommez de l'alcool ou de la drogue? » « Est-ce que les gens vous trouvent impulsif? » « Habitez-vous seul ou avec quelqu'un? » « Avez-vous de la famille proche? » « Avez-vous déjà parlé de ces problèmes? » « Quand la souffrance est moins grande, à quoi vous raccrochez-vous? » « Est-ce que vous dormez bien et mangez bien? » « Prenez-vous des médicaments? »
5. Semez le doute et soulevez les contradictions (optionnel).	« Quelle serait la réaction de vos proches? » « Comment pouvez-vous être certain que c'est mieux d'être mort? » « Qu'est-ce qui vous donne encore de l'espoir? »
6. Concluez en veillant à la sécurité selon le degré de danger pour le patient, les facteurs aggravants et protecteurs. a. Partagez <b>toujours</b> le risque avec un deuxième intervenant de soins et incluez les proches dans le plan avec l'accord du patient. b. Si vous ne savez pas ce qu'il faut faire, composez le 1-866-APPELLE pour obtenir des instructions ou le 911. Laissez toujours une note de votre intervention.	

**Conduite en clinique externe**

**Conduite en milieu hospitalier**

COQ vert

Pas de plan, soutien disponible. Le filet de sécurité social vous semble suffisant.

Organisez un rendez-vous dans les délais les plus brefs possible. Idéalement, contactez un proche. Si le patient a une rencontre bientôt avec un autre intervenant, faites en sorte que l'autre professionnel soit au courant de la situation et puisse faire un suivi de l'état mental du patient.

Effectuez un suivi dans la semaine suivante. Notez que la période de sortie de l'hôpital est un moment délicat, il faut faire en sorte que la continuité des soins ait lieu.

COQ jaune

Le plan prend forme, mais le délai est > 48 heures.

Dirigez le patient vers un médecin le jour même, de préférence un psychiatre qui est disponible. Sinon, dirigez le patient vers un centre de crise.

Expliquez la situation à l'infirmière pour amorcer ou terminer l'évaluation du COQ. Discutez de tout changement de l'état mental avec le médecin traitant.

COQ rouge

Plan terminé, il sera exécuté < 48 heures.

Faites accompagner le patient immédiatement à l'urgence.

Expliquez la situation à l'infirmière pour entreprendre ou achever l'évaluation du COQ, le patient est sous surveillance constante. Discutez de tout changement de l'état mental avec le médecin traitant.

9. Éviter de :
- Menacer le patient ou d'évoquer une conséquence.
  - Donner des ultimatums ou des ordres.
  - Rediriger le blâme sur une autre personne.

Dans sa formation OMEGA, l'ASSTSAS distingue quatre phases dans une crise d'agressivité :

#### *L'éclatement*

Le patient est enragé et ressent des émotions fortes. Il s'exprime en criant et en insultant des groupes de personnes ou des systèmes, ce qui est distinctif : « Vous êtes tous des imbéciles. Personne n'est capable de faire son travail correctement ici ! » Il peut y avoir destruction et blessures si l'équipe ne connaît pas les techniques de pacification.

#### *Le cycle de communication et d'éclatement.*

Le patient traversera deux à cinq cycles de crises et de calme. Le clinicien doit être attentif à ces variations : pendant une crise, il utilise les techniques de pacification et pendant le calme, il utilise l'empathie. Une pacification efficace verra l'amplitude des crises diminuer. Lorsque le patient cible sur qui ou sur quoi il dirige sa colère et ses insultes, c'est un signe d'évolution favorable : « Ce maudit médecin ne m'écoute jamais ! » Lorsque le patient prend conscience de ses émotions et trouve la source de son agitation, il peut converser : « Le médecin me garde ici contre mon gré, mais j'ai un chien tout seul chez nous et ça m'inquiète. Qu'est-ce qu'on peut faire ? »

#### *La métacommunication*

Le patient apprécie l'écoute attentive et montre sa reconnaissance.

#### *La résolution*

Le patient se calme et indique que la crise est terminée. Les deux parties retournent à leurs occupations.

Le lecteur qui s'intéresse à la formation *Oméga* peut s'informer auprès de l'ASSTSAS. Plusieurs hôpitaux offrent régulièrement cette formation à leurs employés.

#### **La non-adhésion**

L'OMS rapporte que 10 à 60 % des patients souffrant de dépression et de maladie bipolaire ont des difficultés d'adhésion au traitement, comparativement à environ 50 % toutes maladies chroniques confondues dans le monde<sup>26,27</sup>. L'adhésion au traitement est un concept vaste qui se décline en trois phases : l'amorce, l'implémentation et l'arrêt<sup>28</sup>. Une méta-analyse récente a déterminé que les pharmaciens sont les professionnels les mieux placés pour soutenir l'implémentation, c'est-à-dire les étapes pratiques de l'autoadministration d'un médicament<sup>29</sup>. Ce sont les interventions axées sur les changements d'habitudes et de comportements qui sont les plus efficaces. Par exemple, mettre ses médicaments du soir au chevet avec une bouteille d'eau, prévoir des récompenses et programmer des alarmes. En psychiatrie, d'autres options fréquentes permettent d'améliorer l'adhésion, soit les antipsychotiques injectables à action prolongée, la mesure des concentrations sanguines des médicaments et les visites quotidiennes à domicile (*Med*

*drop*) ou à la pharmacie. Les techniques suivantes sont également efficaces.

#### *Les patients résistants*

Il y a parfois désaccord entre le clinicien et son patient sur la meilleure option de traitement ou sur la nécessité d'en recevoir un. Ces conflits peuvent causer de l'hostilité et éroder l'alliance. Le clinicien devrait utiliser toutes les techniques expliquées jusqu'à maintenant avant de capituler<sup>15</sup>.

Patient : « Je comprends pas pourquoi mon psychiatre m'a prescrit ces pilules, j'ai pas de problème mental. »

Clinicien : « Aurais-tu d'autres sortes de problèmes ? » (Trouver des sources de souffrance)

Patient : « J'suis pris ici, j'peux pas fumer ni boire, je dors mal, j'suis su'l nerfs, mes parents veulent pas me reprendre... » [ses buts ne sont pas considérés]

Clinicien : « Hmm. C'est dommage ça ! Te sens-tu incompris ? » (Forte sensibilité tournée en question)

Patient : « Drôle de question, mais... oui ! T'as raison ! » [Bravo, mais ça a passé juste]

Clinicien : « Est-ce qu'on se comprendrait mieux si tu étais plus reposé, moins stressé et moins en manque de nicotine ? » (butts communs)

Patient : « Ça se peut. »

Clinicien : « Comme on s'entend bien, on pourrait décider ensemble comment soulager tout ça. J'en parlerai à l'équipe après. » (SDM+)

Patient : « Je veux rien de trop fort ! »

Clinicien : « Je propose qu'on parle d'abord des médicaments calmants et somnifères. Qu'est-ce que t'aimerais savoir ? » (SDM+)

Patient : « Je vais-tu me sentir gelé ? »

Clinicien : « Non, on est en juillet ! » (spontanéité)

Patient : « Haha ! »

Pour la suite, le clinicien aidera le patient à observer les effets positifs et indésirables du médicament pendant les deux à trois jours d'essai convenus. Le suivi ponctuel du clinicien sera très important pour démontrer sa fiabilité.

#### *Techniques de dernier recours*

Il arrive parfois qu'un patient ne collabore pas et s'oppose à tout. Les techniques de communication suivantes peuvent aider le clinicien<sup>30</sup>:

- Demander au patient de quoi il veut parler et jouer le jeu; il verra que le clinicien n'est pas menaçant.
- Restreindre les déclarations empathiques : il n'en a plus besoin.
- Essayer une commande douce (parlez-moi, dites-moi), seule ou dissimulée après un commentaire quelconque :
  - « Parlez-moi de la qualité de votre sommeil. »

- b. « Parlez-moi de vos mauvaises expériences avec les médicaments. »
  - c. « Tu t'es fait jeter dehors? C'est ordinaire, parle-m'en un peu. »
4. Les deux derniers terrains d'ententes possibles sont :
- a. « Je pense qu'on veut tous les deux que tu quittes l'hôpital le plus vite possible? Le meilleur truc, c'est de prendre tes médicaments et de les arrêter aussitôt sorti. Es-tu prêt à essayer ça? » (Ils sont toujours d'accord avec cela. Quand ils iront mieux, on pourra négocier.)
  - b. « Es-tu d'accord qu'on est en désaccord? »

### Les patients gravement malades

Un patient partenaire explique que les situations ci-dessous sont particulièrement difficiles : « Le patient doit avoir un début de rétablissement avant de pouvoir participer à ses soins. Ainsi, la plupart du temps, on attend que les médicaments fassent effet. »

### Les patients atteints de manie<sup>31</sup>

Les patients atteints de manie sont de très bonne humeur, ils ont un comportement grandiose et exalté et ils sont plus distraits ou bavards que la normale. Il est difficile de les maintenir dans le cadre de l'entretien, dans *l'ici et le maintenant*. Dans ces circonstances, il faut limiter les questions ouvertes et les démonstrations d'empathie. Ainsi, dans ce type d'entretien, le clinicien doit se familiariser avec les techniques de focalisation et d'interruption.

Les techniques de focalisation consistent à utiliser des questions fermées pour empêcher que le patient s'échappe sur une tangente. L'interruption est une manière plus brusque de ramener la discussion sur le sujet. Le clinicien doit interrompre et rediriger le patient tout en étant respectueux et en préservant la dignité du patient. La meilleure méthode pour interrompre poliment la conversation consiste à glisser un commentaire validant l'expérience exprimée, puis à poser une question fermée. À chaque échec, le clinicien devrait rappeler explicitement le cadre de l'entretien et réduire sa propre réactivité.

Le tableau IV présente une vignette rappelant quelques techniques d'interruption.

### La psychose<sup>32</sup>

La personne souffrant de psychose vit des phénomènes sensoriels qui troublent le cours normal de sa pensée. La personne réagira à ce schisme de l'esprit par la peur, l'anxiété, l'insomnie, l'isolement, la dépression, la paranoïa, la révolte, l'agression ou le morcellement. Le trauma intime de la psychose déclenche des souffrances apparentes que le clinicien habile identifiera comme premiers buts communs. Ainsi, il n'est pas nécessaire de parler d'hallucinations ou de délire au premier entretien. Le respect de l'intimité psychique consiste aussi, paradoxalement, en des déclarations empathiques parcimonieuses et prudentes pour éviter le sentiment d'intrusion. Lorsque l'alliance thérapeutique est installée, il est possible de poser des questions difficiles. Par exemple, évaluer le contenu inhabituel de la pensée en

**Tableau IV.** Vignette rappelant quelques techniques d'interruption

Clinicien :	Patient :
« Comment allez-vous aujourd'hui? »	« Je me sens bien. Ces derniers jours, j'étais de très mauvaise humeur. Comme vous pouvez le constater, je ne suis plus triste aujourd'hui. »
« J'imagine que vous êtes en train de vivre une situation difficile. Combien d'heures avez-vous dormi? » (validation + focalisation)	« Cinq ou six. »
« Est-ce que votre sommeil est réparateur? » (focalisation)	« Ces derniers jours, non. Avant je dormais mieux. En effet, même mes enfants ont remarqué que je dors moins bien. Ça doit être les nouveaux coussins que j'ai achetés chez IKEA. Ils me donnent mal... »
« J'imagine que cette fatigue chronique rend difficile votre travail. Est-ce que vous vous réveillez durant la nuit? » (interruption pour valider et focalisation)	« Oui, je me réveille quelques fois durant la nuit, ce qui dérange ma femme. Elle se plaint toujours quand je vais chercher un verre d'eau. On se chicane, elle dit... »
« Ce que vous venez de dire est important, mais parlez plutôt de votre dynamique familiale avec votre psychiatre. Pour le moment, est-ce que vous aimeriez essayer quelque chose pour l'insomnie? » (interruption pour valider)	« Oui d'accord, que proposez-vous? » (Le patient est bien recadré)

demandant : « Avez-vous déjà senti qu'une personne ou une force extérieure vous envoyait des messages ou contrôlait votre corps? Avez-vous une relation spéciale avec Dieu ou l'invisible? Avez-vous des pouvoirs spéciaux? » De plus, il est important de demander au patient s'il entend des bruits ou des conversations qu'il est seul à entendre. On recommande d'explorer la réponse affirmative en demandant des exemples, des fréquences et le degré de dysfonctionnement occasionné par ces interférences. Le clinicien aura alors une bien meilleure idée de l'efficacité de sa pharmacothérapie qu'en lisant son dossier.

### Les troubles de personnalité<sup>33</sup>

Les professionnels de la santé perçoivent souvent à tort les patients souffrant d'un trouble de personnalité comme des personnes manipulatrices ou intolérables<sup>34,35</sup>. Il est vrai que leurs comportements peuvent déstabiliser le clinicien et rendre les discussions difficiles. En conséquence, ces patients sont stigmatisés et reçoivent des soins sous-optimaux. Pour bien communiquer avec une personne souffrant d'un trouble de personnalité, le clinicien doit être congruent, réactif et orienter l'entretien sur le moment présent. Il doit éviter le langage non-verbal désengagé (regard perplexe, bras croisés, etc.) Il devrait aussi connaître la théorie des schémas de Jeffrey Young<sup>36</sup>. Par exemple, les schémas caractérisés par un manque de sécurité dans l'enfance créent des personnalités enclines à l'anxiété. Ces personnes sont plus sensibles aux remarques du clinicien et peuvent réagir fortement si elles se sentent incomprises ou menacées.

Les schémas caractérisés par un manque de limite peuvent évoluer en narcissisme. Ces personnes peuvent se sentir menacées par la supériorité apparente d'un professionnel

de la santé. Pour éviter ce piège, le clinicien peut complimenter son patient au moment opportun ou lui demander de l'aide. « J'ai besoin de votre aide. Vous êtes la seule personne qui sache comment vous vous sentez depuis que vous avez commencé à prendre de la rispéridone. »

Le patient sentira qu'il est meilleur que le clinicien, puisque celui-ci a besoin de son aide, et il ne se sentira donc pas menacé.

Dans certaines circonstances, le patient souffrant d'un trouble de personnalité peut être à la recherche d'une figure symbolique qui pourrait le protéger de l'anxiété ou des difficultés. Ces patients ont tendance à mettre leurs espoirs sur le clinicien. Le clinicien peut assumer ce rôle, puis le faire reconnaître par le patient, mais ce n'est pas cela que l'on attend de la part des pharmaciens.

Parfois, les réactions des patients sont des réémergences d'émotions passées qui sont projetées sur le clinicien. La rencontre thérapeutique met la personne dans une position de vulnérabilité, qui peut lui rappeler un vécu traumatique antérieur, provenant de l'enfance ou de l'adolescence. Par exemple : un thérapeute qui n'écoute pas et fait seulement « hmm hmm » pourrait rappeler une mère froide et distante dans l'enfance, ce qui génère une colère disproportionnée envers le clinicien. L'émotion confirme ce que le patient projette inconsciemment sur le clinicien.

## Discussion

L'expérience de travail avec les patients partenaires coauteurs a été enrichissante et touchante. Elle a permis d'améliorer le présent guide. Le savoir expérientiel de ces personnes provient de l'expérience intime des problèmes de santé mentale, de la recherche d'aide, des thérapies qu'elles ont suivies, des impacts de la maladie sur leur vie et leurs relations et de leur spiritualité. Leur rétablissement et le recul que leur procure leur implication comme patient partenaire enrichissent leur savoir, leur capacité de le communiquer et permettent aussi d'affiner nos interventions.

Nous proposons au lecteur d'envisager la contribution de patients partenaires pour la réalisation de futurs projets.

## Références

1. Blixen C, Kanuch S, Perzynski A, Thomas C, Dawson N, Sajatovic M. Barriers to Self-management of Serious Mental Illness and Diabetes. *Am J Health Behav* 2016;40:194-204.
2. Nederlof M, Cath D, Stoker L, Egberts T, Heerdink E. Guidance by physicians and pharmacists during antidepressant therapy: patients' needs and suggestions for improvement. *BMC Psychiatry* 2017;17:388-98.
3. Kokanović R, Brophy L, McSherry B, Flore J, Moeller-Saxone K, Herrman H. Supported decision-making from the perspectives of mental health service users, family members supporting them and mental health practitioners. *Aust N Z J Psychiatry* 2018;52:826-33.
4. McMillan S, Kelly F, Hattingh H, Fowler J, Mihala G, Wheeler A. The impact of a person-centred community pharmacy mental health medication support service on consumer outcomes. *J Mental Health* 2017;27:164-73.
5. Katsakou C, Priebe S. Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: A review of qualitative studies. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2007;16:172-8.
6. Jalal Z, Cox A, Goel N, Vaitha N, King K, Ward J. Communications Skills in the Pharmacy Profession: A Cross Sectional Survey of UK Registered Pharmacists and Pharmacy Educators. *Pharmacy* 2018;6:132-46.
7. Kelly J, Jayaram H, Bhar S, Jestro S, George K. Psychotherapeutic skills training for nurses on an acute aged mental health unit: A mixed-method design. *Int J Ment Health Nurs* 2018;8: 501-15.
8. Christopher Shea S, rédacteur. *Psychiatric interviewing the art of understanding* 3<sup>e</sup> éd. Elsevier; 2017. 848 p.
9. Légaré N, Vincent P. Traitements biologiques-Psychopharmacologie. Dans : Lalonde P, Pinard G, rédacteurs. *Psychiatrie clinique approche bio-psycho-sociale* 4<sup>e</sup> éd. Montréal: Chenelière éducation; 2016. p. 1441-2.
10. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68:438-50.
11. Shirik SR, Karver, M. Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:452-64.
12. Karver MS, Handelsman JB, Fields S, Bickman L. Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clin Psychol Rev* 2006;26:50-65.
13. Chambon O, Marie-Cardine M. *Les bases de la psychothérapie*. 3<sup>e</sup> éd. Paris: Dunod; 2003. 384 p.
14. Berger B. Building an effective therapeutic alliance: competence, trustworthiness, and caring. *Am J Hosp Pharm* 1993;50:2399-403.
15. Christopher Shea S. *The Delicate Dance*:

Les techniques présentées dans ce document s'adressent à la partie saine des personnes souffrant de maladie mentale. Elles visent à susciter l'espoir de guérison et à favoriser la reprise du pouvoir des patients d'agir sur eux-mêmes, leur famille et leur communauté. Les cliniciens intéressés à en connaître davantage sur le rétablissement du point de vue des patients partenaires peuvent consulter ces livres : *Je suis une personne, pas une maladie* et *Cap sur le rétablissement : exigez l'excellence dans les soins et services en santé mentale*<sup>37,38</sup>.

## Conclusion

Cet article présente plusieurs techniques de communication destinées à aider le lecteur à réaliser des entretiens avec des personnes souffrant de maladies mentales. Le clinicien peut désormais les mettre en pratique en les accompagnant de sentiments bienveillants et d'une véritable alliance thérapeutique. Il devra adapter ces techniques aux caractéristiques du patient.

## Financement

Aucun financement en relation avec le présent article n'a été déclaré par les auteurs.

## Conflits d'intérêts

Tous les auteurs ont rempli et soumis le formulaire de l'ICMJE pour la divulgation de conflits d'intérêts potentiels. Les auteurs n'ont déclaré aucun autre conflit d'intérêts en relation avec le présent article. Une autorisation écrite a été obtenue de ces personnes.

## Remerciements

Nous aimerions remercier Eve P. Morin et Aude Lemieux-Lepage, infirmières, Marie-France Demers et Marie-Frédérique Rousseau, pharmaciennes, Jordan Pelletier, pharmacien, et les stagiaires en pharmacie de l'IUSMM qui ont commenté le guide présenté dans cet article. Une autorisation écrite a été obtenue de ces personnes.

- Engagement and Empathy. Dans : Christopher Shea S, rédacteur. *Psychiatric Interviewing The Art of Understanding* 3<sup>e</sup> éd. Elsevier; 2017. p. 3-34.
16. Hamann J, Holzhüter F, Stecher L, Heres S. Shared decision making PLUS – a cluster-randomized trial with inpatients suffering from schizophrenia (SDM-PLUS). *BMC Psychiatry* 2017;17:78-87.
  17. Pfizer. Patient health questionnaires (1999). [en ligne] <http://phqscreeners.org> (site visité le 21 novembre 2019).
  18. Bouchard LM, Chartrand E, Dubé PA, et coll. Institut national de santé publique du Québec. Prévention des intoxications volontaires par médicaments accessibles sans ordonnance. Québec (2016). [en ligne] <http://inspq.qc.ca> (site visité le 21 novembre 2019).
  19. Awenat Y, Peters S, Gooding P, Pratt D, Shaw-Núñez E, Harris K et coll. A qualitative analysis of suicidal psychiatric inpatients views and expectations of psychological therapy to counter suicidal thoughts, acts and deaths. *BMC Psychiatry* 2018;18:334-47.
  20. Vincent P, Masson V, Dagenais-Beaulé V, Lesard S, David P, Claveau M et coll. Comment le pharmacien peut-il contribuer à prévenir le suicide? Québec Pharmacie 2018. [en ligne] [http://www.professionsante.ca/files/2018/10/09\\_PAQ\\_201810\\_PDF.pdf](http://www.professionsante.ca/files/2018/10/09_PAQ_201810_PDF.pdf) (site visité le 21 novembre 2019).
  21. Beardsley R, Skrabal M, Kimberlin C. Communication skills in pharmacy practice. 6<sup>e</sup> éd. Philadelphie : Wolters Kluwer; 2011. 288 p.
  22. Lelord F, André C. Comment gérer les personnalités difficiles. Paris : Edition Odile Jacob; 1996. 336 p.
  23. DeVito J, Chassé G, Vézeau C. La communication interpersonnelle. Saint-Laurent : Éditions du Renouveau pédagogique; 2014. 380 p.
  24. Richmond J, Berlin J, Fishkind A, Holloman G, Zeller S, Wilson M et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med* 2012;13:17-25.
  25. Plante M, Robitaille M. Pacification des états de crise aiguë. Montréal: ASSTSAS; 1998. 25 p.
  26. Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scand* 2002; 105:164-72.
  27. Organisation mondiale de la santé. Adherence to Long-term Therapies: evidence for action (2003). [en ligne] [https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/) (site visité le 21 novembre 2019).
  28. Vrijens B, De Geest S, Hughes D, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppert T et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol* 2012;73:691-705.
  29. Conn V, Ruppert T. Medication adherence outcomes of 771 intervention trials: Systematic review and meta-analysis. *Prev Med* 2017;99: 269-76.
  30. Christopher Shea S. The Dynamic Structure of the Interview: Core Tasks, Strategies, and the Continuum of Open-Endedness. Dans: Christopher Shea S, rédacteur. *Psychiatric Interviewing The Art of Understanding* 3<sup>e</sup> éd. Elsevier; 2017. p. 85-97.
  31. Christopher Shea S. Interviewing Techniques for Understanding the Person Beneath the Mood Disorder. Dans : Christopher Shea S, rédacteur. *Psychiatric Interviewing The Art of Understanding* 3<sup>e</sup> éd. Elsevier; 2017. p. 413-35.
  32. Christopher Shea S. Interviewing Techniques for Understanding the Person Beneath the Psychosis. Dans : Christopher Shea S, rédacteur. *Psychiatric Interviewing The Art of Understanding* 3<sup>e</sup> éd. Edinburgh: Elsevier; 2017. p. 503-57.
  33. Christopher Shea S. Understanding and effectively engaging people with difficult personality disorders. Dans : Christopher Shea S, rédacteur. *Psychiatric Interviewing The Art of Understanding* 3<sup>e</sup> éd. Edinburgh: Elsevier; 2017. p. 627-59.
  34. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare. *Healthc Manage Forum* 2017;30:111-6.
  35. Commons Treloar A. A qualitative investigation of the clinician experience of working with borderline personality disorder. *N Z Psychol* 2009; 38:30-34.
  36. Klosko J, Young J. Je réinvente ma vie, 2<sup>e</sup> éd. Édition de l'homme, 2018, 368 p.
  37. Vigneault L, Quintal ML, Demers MF, Cormier C, Champoux Y, Marchand L et coll. Je suis une personne pas une maladie! 2<sup>e</sup> éd. Boisbriand : Performance Édition; 2019. 329 p.
  38. Vigneault L, Demers M-F. Cap sur le rétablissement : exiger l'excellence dans les soins en santé mentale. Boisbriand : Performance éd. 2019. 225 p.

## Abstract

**Objective:** To present and demonstrate certain communication techniques that can be applied to patients suffering from mental illness. The purpose of this guide is to aid students, trainees, as well as recently graduated and experienced pharmacists enhance their soft skills and know-how with this group of patients.

**Background:** A literature review revealed that few pharmacists have received supervised training on interacting effectively with people suffering from a mental illness. Certain obstacles have also been identified in regards to the patient's experience. These barriers limit the effectiveness in which clinicians can provide care to patients living with these conditions. Our research also revealed several communication techniques that pharmacists were unfamiliar with. These have been condensed and organized into a guide, which we present in this article.

**Results:** The experience of working with two patient partners served to enrich this guide, which begins with a description of the concepts defining the therapeutic alliance, the clinician's caring attitudes, and several concepts on empathy. Cases involving challenging clinical situations, such as suicidal ideation, aggression, non-adherence and resistant patients, are equally dealt with by means of verbatims and explanations. Lastly, the conclusion of this guide focuses on the specific communication techniques that can be utilized in order to effectively communicate with patients suffering from psychosis, mania or personality disorder.

**Conclusion:** There are several communication techniques for assisting clinicians during their interactions with patients suffering from mental illness. We hope that they can be integrated into their practice and lead to a mutually beneficial relationship for the clinician and their patients.

**Keywords:** Bipolar affective disorder, caring, communication techniques, depression, empathy, schizophrenia, suicide prevention, therapeutic alliance