

Dr. Stigler sowie Dr. Quinche arbeiten beide an der Abteilung für Persönlichkeitsstörungen des Departement für Psychiatrie der Universität Lausanne. Es steht ausser Zweifel, dass der an einer Persönlichkeitsstörung leidende Patient unsere Konsultationen zur Last werden lassen kann. Oft genügt schon ein einziger solcher Patient an einem ansonsten wie geölt verlaufenden Tag, um alles durcheinander zu bringen und die Verspätungen anwachsen zu lassen. Das Gefühl des Scheiterns lässt uns mit jener mürrischen Miene heimkommen, die unsere Familie nur allzu gut kennt. Allein schon den Namen von Herrn X auf der Liste des nächsten Tages wahrzunehmen, lässt uns im voraus bedrückt werden. Wer hat da nicht schon mit einem miserablen Schlaf gekämpft?

Diesen Patienten wieder zu ihrer Verantwortung zu verhelfen, ist nicht bloss wieder so ein Rezept aus der Kiste der Partnerschaft «à l'américaine»; in diesem Fall würde man sich eher auf eine Diagnose einigen und ein Medikament verabreichen, statt nach dem Sinn zu suchen. Wenn hier Verantwortung zurückgegeben wird, dann mit dem Ziel, zur Person zurückzufinden: um einen veritablen Humanismus geht es also hier. Es sei unseren beiden Kollegen Dank gesagt für ihre Hilfe, uns nicht die Richtung aus den Augen verlieren zu lassen inmitten unserer globalisierten, klassifizierten, etikettierten, synaptischen, evidenten, doppelblinden, ökonomischen, politisch korrekten und post-industriellen Medizin ...

Daniel Widmer

## Le «patient difficile» en crise et sa compétence à se responsabiliser

Michael Stigler,  
Philippe Quinche

**Résumé:** Les auteurs partent de l'hypothèse qu'un nombre considérable des patients considérés comme «difficiles» par leurs médecins somaticiens ou psychiatres, en raison de la relation problématique qui s'installe avec eux, souffrent d'un trouble de la personnalité grave. La rencontre avec ces patients est investiguée sous l'angle de vue de leur compétence à la responsabilité. Les pièges d'une attitude thérapeutique prenant les messages des patients au premier degré sont démontrées, l'approche par les principes du «minimum optimal» est explicitée, et des obstacles dérivant de la situation actuelle de la psychiatrie sont énumérés.

**Zusammenfassung:** Die Autoren gehen von der Hypothese aus, dass ein beträchtlicher Anteil der von ihren behandelnden Allgemeinärzten und Psychiatern aufgrund einer problematischen therapeutischen Beziehung als «schwierig» bezeichneten Patienten unter einer schweren Persönlichkeitsstörung leiden. Die Begegnung mit diesen Patienten wird vom Blickwinkel ihrer Kompetenz zur Verantwortung her untersucht. Es wird die Problematik eines zu unmittelbaren Eingehens auf die vordergründigen Botschaften aufgezeigt, das Vorgehen nach den Prinzipien des «optimalen Minimums» wird erläutert, und Hindernisse werden dargestellt, die sich aus der gegenwärtigen Situation der Psychiatrie ergeben.

Correspondance:  
Dr Michael Stigler  
DUPA  
Site de Cery  
CH-1008 Prilly  
E-mail:  
Michael.Stigler@inst.hospvd.ch

Le «patient difficile» dont il est question ici est le patient difficile à vivre dans la relation, stagnant et/ou se péjorant dans sa symptomatique somatique ou psychique malgré une offre thérapeutique conforme aux standards actuels.

C'est le genre de patients qui résistent en ne prenant pas ou mal leur médicament, en ratant leurs rendez-vous, en faisant le contraire du régime suggéré, en se sabotant eux-mêmes et leur entourage. Ils rechutent et rechutent, deviennent dépendants tout en

contrôlant médecins et entourage par des attitudes de victime, des reproches culpabilisants et des menaces suicidaires.

Et surtout: ces patients irritent, énervent et épuisent. Ils ont l'art de mettre l'autre sous pression, à l'épreuve et en échec, ils poussent à transgresser le cadre thérapeutique. Restent chez les soignants, partis pourtant avec un grand engagement, blessure narcissique, contre-attitude agressive, et démission thérapeutique. Le patient frappera à la porte suivante et le même scénario se déroulera.

Première hypothèse: pour les «patients difficiles» frappant par leur mode relationnel compliqué, désarçonnant, irritant, nous postulons qu'on a souvent à faire à un trouble de la personnalité, notamment du cluster B du DSM-IV (personnalités borderline, narcissique, histrionique, antisociale), sans oublier la personnalité dépendante du cluster C et la personnalité paranoïaque du cluster A ainsi qu'une catégorie échappant au DSM, la personnalité à relation perverse. Et on a probablement plus souvent à faire à des dépressions de type caractérologique (aucune mention dans le DSM) que de type majeure, bipolaire ou dysthymique (87 pages dans le DSM-IV).

### La compétence d'être responsable

Deuxième hypothèse: le patient ayant un des troubles de personnalité mentionnés est en principe responsable de ce qu'il fait et de ce qu'il ne fait pas; l'attitude thérapeutique doit tenir compte de cette compétence conservée. Elle doit être différente de l'attitude face à la responsabilité restreinte comme on peut la trouver chez des schizophrènes, des dépressifs mélancoliques ou des débilés.

Troisième hypothèse: cette responsabilité peut cependant traverser des moments de crise, et l'approche de cette crise par le médecin peut être décisive pour toute l'évolution ultérieure: favorable si à court terme, la re-responsabilisation réussit, défavorable et à risque de chronicisation, si le médecin ou l'institution soignante surprotège, déresponsabilise, infantilise et rend dépendant le patient.

Le terme de responsabilité n'est pas utilisé ici dans sa connotation juridique. «Se responsabiliser» signifie, pour chacun de nous, qu'on reconnaît et qu'on assume le fait de

contribuer activement ou passivement à ce qu'on vit dans une relation, un événement, un état d'âme.

Le patient présentant un trouble grave de la personnalité en pleine crise a tendance à faire le contraire: il prête ses intentions et son agressivité aux autres, il attribue la raison de ses échecs aux autres, et par conséquent, il attend que ce soit l'autre qui répare son malheur. Au lieu d'assumer sa responsabilité, il fait tout pour la fuir, l'éviter, la nier, la projeter sur les autres.

Le patient Borderline, pour citer l'exemple le plus prototypique de ce groupe, se proclame victime des autres tout en victimisant ces autres. Il verse de l'huile sur le feu de leurs inquiétudes par des abus massifs d'alcool ou de drogues, des auto-mutilations, des menaces et des tentatives de suicides. Le malade somatique chronique «difficile» peut se sentir victime injuste, exclu et marginalisé, tout en exerçant un contrôle terrorisant sur ses proches par des menaces d'une non-compliance thérapeutique aux conséquences potentiellement fatales. Ce n'est pas tant à la maladie somatique que la médecine se heurte ici, mais bien davantage au trouble de la personnalité.

### Eviter la dé-responsabilisation

Sont à éviter, face au «patient difficile» à pathologie relationnelle:

- le sur-investissement relationnel et thérapeutique,
- la prise en charge de la responsabilité du patient,
- la sur-protection institutionnelle.

Dans la crise, ces patients visent le maintien de leur statut de non-responsabilité – plus précisément, la partie régressive en eux ne veut plus lâcher le terrain gagné pendant la crise au dépens de leur partie saine. Ils atteignent leur but dans la mesure où leurs soignants sont «compliants» – à savoir, dans la mesure où ceux-ci donnent suite à la pression relationnelle parfois grossière, parfois subtile de ces patients d'assumer la responsabilité à leur place (une «compliance» par ailleurs favorisée par l'image traditionnelle du médecin comme l'expert qui doit guérir, l'humaniste qui doit sauver ou le rocher qui doit porter).

La prise en charge de la compétence du

patient à se responsabiliser est le risque du médecin préférant protéger le patient, faire à sa place, l'éloigner des contraintes difficiles de sa vie. Plus il protège, plus il fait à la place du patient, et plus la tentation grandit pour le patient de démissionner définitivement de ses responsabilités.

Le médecin protecteur se verra rapidement poussé, par les manœuvres bruyantes et violentes du patient, dans le rôle autoritaire de devoir imposer des mesures de plus en plus coercitives. A ce moment-là, le patient aura trouvé l'appât convenant à sa recherche jouissive de mettre l'autre en échec, de le rendre impuissant, tout en lui attribuant la responsabilité du conflit. Et la bonté «apostolique» du médecin protecteur cède à l'impuissance, le conflit stagne dans un schéma symétrique et se réduit – loin d'être thérapeutique – à la simple question de qui sera le plus fort. Et si le patient augmente la mise en faisant un geste suicidaire, il aura prouvé que le plus fort, c'était lui.

En version moins dramatique, imaginons le cas de figure de ce patient qui accepte qu'on le protège au maximum à l'hôpital, qu'on le garde éloigné des sources potentielles de crise et de conflit, et qu'on l'intègre dans des programmes thérapeutiques longs et ambitieux à l'hôpital. Mais voilà: au moment de sa sortie prévue, au bout de plusieurs semaines ou mois, il s'auto-mutile ou fait une tentative de suicide, à la surprise de tout le monde, pour obtenir qu'on le garde plus longtemps sur cet îlot protégé et confortable que peut devenir l'univers hospitalier.

On le voit bien: ces patients qui clament leur statut de victime deviennent très vite persécuteurs eux-mêmes, entraînant le soignant dans le rôle complémentaire, donc une fois persécuteur, l'autre fois victime.

### Favoriser la re-responsabilisation

En réponse à cette «invitation» pressante du patient au soignant à le débarrasser de sa responsabilité, il n'y a pas de stratégie de choc. Il s'agit, plus modestement, d'une question de mesure: d'une mesure *entre le trop et le pas assez*, dans le but de fournir au patient en crise de responsabilité le dosage nécessaire (le minimum optimal) au niveau de l'objectif, du cadre, de l'intensité relationnelle et thérapeutique, des intervenants et de la durée. La règle de base: ni trop d'exigences (ou

trop vite), ni trop peu (ou trop tard); ni trop de protection (ou trop longtemps), ni trop peu (ou pas assez longtemps).

Le principe du message à donner:

- Je fixerai avec vous l'objectif en fonction de ce qui est actuellement à votre portée (on ne vise pas de changement de fond, mais une manière moins destructrice d'utiliser les moyens que vous avez déjà).
- On négociera ensemble le cadre nécessaire pour que vous puissiez vous poser, vous reprendre en mains, et au moins entamer le chemin en direction de l'objectif fixé.
- Je vous apporterai juste assez en relation thérapeutique pour que vous puissiez ensuite repartir plus solide vers vos relations à vous, dans votre vie privée et professionnelle.
- S'il faut d'autres intervenants, on limitera leur intervention à la durée de la crise.
- Mon apport thérapeutique sera bref et de l'intensité nécessaire pour vous remettre «sur les rails», mais vous saurez que vous pourrez revenir dès que vous sentirez votre compétence à la responsabilité à nouveau en danger (implicitement: si possible avant de rechuter complètement et sans avoir besoin de «justifier» votre demande de soins par un abus de substances ou une tentative de suicide).

### L'objectif

Parler de la probabilité d'un trouble de la personnalité à la base du «patient difficile» somatique ou psychiatrique veut dire parler d'une problématique chronique, la personnalité se formant dès la petite enfance et prenant sa forme grosso modo définitive pour le reste de la vie entre 20 et 30 ans. Cette «chronicité» de la personnalité joue un rôle limitant par rapport à l'objectif thérapeutique: le travail de fond sera un travail de longue haleine, réparti sur un réseau ambulatoire incluant les proches, le médecin somaticien, parfois une approche psychiatrique et un soutien social. L'objectif dans la crise se limitera donc forcément à un rétablissement rapide de la compétence du patient à poursuivre le travail thérapeutique pré-existant (ou à commencer) dans son réseau. Si la crise de responsabilité du patient était due à une crise

d'une partie précise de son réseau (famille, foyer, travail), l'intervenant de la crise évaluera les possibilités pour influencer favorablement ce maillon faible dans le réseau.

Il est utile de définir avec le patient ses limites vers en haut (pas trop vite trop d'exigences, cf. principe de la «zone proximale de développement» de Vygotsky [1] comme vers en bas (assez de responsabilité pour ses actes). Nous confrontons le patient avec ses manœuvres visant à retarder le retour à une plus grande responsabilité (manœuvres comme l'accusation incessante des autres, la banalisation du problème, des fugues, alcoolisations, menaces suicidaires), en lui clarifiant qu'il ne s'agit pas là d'attaques imprévisibles d'un psychisme non contrôlable, mais de manifestations auxquelles il est activement participant et qu'il est donc en mesure d'influencer et d'arrêter.

Limites du médecin ensuite, à communiquer également clairement au patient: il y a des choses que le médecin ne peut pas tolérer – des transgressions du cadre thérapeutique fixé (des appels téléphoniques en dehors des périodes fixées), – et il y a des limites de sa compétence à changer ou à protéger le patient – d'une tentative de suicide, par exemple. Un des effets favorables de cette attitude à «profil bas» est un faible risque d'idéalisation du médecin par le patient, donc de dépendance; un autre: le patient n'a pas besoin d'entrer dans une épreuve de force avec le médecin pour lui prouver qu'il est plus fort – la probabilité d'une escalade de la menace à l'acte suicidaire, par exemple, est ainsi fortement diminuée.

### **Le cadre**

Le cadre doit d'abord contenir, et ensuite permettre de repartir.

Contenir, c'est donner des règles et des limites au patient, de façon à ce que sa tendance initiale à agir de manière irresponsable trouve une réponse prévisible et claire de la part des soignants. Contenir peut aussi signifier que pour une durée brève et clairement limitée, le soignant accepte d'assumer des tâches que normalement le patient pourrait accomplir. Le retour à la responsabilisation est facilité par l'inclusion du patient dans la négociation des limites et des conséquences en cas de transgression de celles-ci.

Permettre de repartir, c'est rendre au patient les quelques délégations passagères de responsabilité acceptées au début, et lui offrir les meilleures conditions possibles pour qu'il puisse faire ses premiers pas en tant qu'acteur à nouveau pleinement responsable. Permettre de repartir, c'est aussi installer un fond relationnel durable entre patient et soignant et définir les conditions dans lesquelles le patient pourra profiter de façon plus responsable et adulte de ce lien thérapeutique durable, en cas de nouvelle crise.

### **L'intensité relationnelle et thérapeutique**

Le dosage de l'intensité de la relation thérapeutique doit tenir compte d'une particularité des troubles graves de la personnalité: au lieu de régler leur conflits psychiques dans leur intérieur, ils les exportent à l'extérieur en attribuant le rôle d'un parti conflictuel à une personne de l'entourage qui s'y prête, puis rapidement à une autre – et le médecin n'y échappe pas non plus. S'il s'agissait au moins d'une seule personne extérieure, la tâche thérapeutique de rediriger ces conflits vers l'intérieur, donc vers la reprise de responsabilité du patient, paraîtrait possible; plus il y a cependant d'intervenants, et plus le patient peut en profiter pour projeter sur l'extérieur ses parties intérieures dangereuses, menaçantes, dévalorisées.

Conclusion: l'intensité de la relation thérapeutique offerte doit être juste suffisamment grande pour qu'au cours d'interactions significatives, le schéma relationnel spécifique du patient se manifeste et puisse donc alimenter une confrontation thérapeutique dans l'objectif de renvoyer le patient à ses relations essentielles et pour finir à lui-même, mais pas suffisamment grande pour que le patient puisse simplement rajouter cette nouvelle relation à son dispositif de diffusion et d'exportation de ses conflits intérieurs sur l'extérieur.

### **Les intervenants**

Il est souvent indispensable qu'au moment de la crise, des intervenants supplémentaires apparaissent. Leur intervention devrait cependant être de la durée la plus brève nécessaire, dans l'optique de renvoyer ce patient avide de diffuser ses rôles conflic-

tuels (cf. paragraphe précédent) le plus vite possible à ses intervenants de base. Autrement exprimé: si tout, de la part du patient, est mouvement centrifuge, tout du côté soignants devrait être mouvement centripète. Le sort des nouveaux intervenants est quasiment prédictible: au départ investis comme les sauveurs idéalisés (vous êtes enfin le médecin qu'il me fallait, vous êtes le premier à me comprendre, mon calvaire sera enfin terminé grâce à vous), ils se retrouveront rapidement disqualifiés, dévalorisés, attaqués, mis en échec.

### La durée

La durée de l'intervention de crise doit être suffisamment brève pour éviter le risque de prolongation de la dé-responsabilisation, mais suffisamment longue pour que le patient ait pu faire l'expérience de cette intervention comme une quittance à quelque chose qu'il avait déclenché lui-même, et dont il est donc responsable des conséquences. L'attitude contraire, chronicisante, serait par exemple celle d'une famille épuisée et démissionnante qui ne donne plus aucune quittance aux transgressions de leur membre perturbé, poussant celui-ci à multiplier ces transgressions et à augmenter leur gravité pour qu'enfin quelqu'un réagisse.

Par contre, et de nouveau dans le but de diminuer l'inflation du nombre d'intervenants, il nous paraît important de créer un lien stable dans la durée entre le patient et une seule instance d'intervention de crise. Grâce à sa connaissance du lieu, des personnes soignantes, du cadre et des règles, le patient aura la confiance nécessaire pour pouvoir avertir ce lieu de crise de plus en plus précocement et donc faciliter des interventions de plus en plus en amont de la crise, et surtout, s'inscrivant de façon la plus cohérente possible dans la continuité des options thérapeutiques à longue visée.

Idéalement on arriverait donc à un réseau thérapeutique avec deux pôles très stables dans la durée, dans lequel l'essentiel de la thérapie de longue haleine se fait avec un ou des thérapeutes dans la communauté, alors que les interventions de crise à l'hôpital se feraient toujours au même lieu, par la même équipe, et en cohérence optimale avec le projet thérapeutique poursuivi par le premier pôle.

### Des obstacles sérieux

Comme si la tâche thérapeutique de re-responsabiliser les «patients difficiles» n'était pas déjà suffisamment complexe en soi, des obstacles extérieurs s'ajoutent et la compliquent considérablement.

1. La compétence à se responsabiliser est redevenue sujet à discussion avec le retour du modèle bio-médical dans la psychiatrie actuelle. Le modèle bio-médical favorise les modèles étiologiques de type génétique et biochimique; or, il paraît difficile de confronter un patient à sa responsabilité tout en lui apprenant que l'origine de son problème se situe dans les gènes et dans les neurotransmetteurs.
2. La tendance dans les organisations pour malades psychiques aux Etats-Unis semble aller vers une identification avec ce courant bio-médical en psychiatrie [2], un des soucis de ces organisations étant, mise à part la défense des droits des patients, la déculpabilisation du malade et de sa famille. Il s'agit donc de ne pas accuser les attitudes et les actions du patient et de sa famille mais d'attribuer le rôle causal majeur aux gènes et aux neurotransmetteurs, pour lesquels ni le patient ni sa famille sont attaquables.

Paradoxalement, ces organisations dont on pourrait espérer qu'elles luttent pour la vision d'un être humain intégral et responsable, risquent de se tromper d'allié en soutenant une psychiatrie qui dé-responsabilise le «patient difficile» par des mesures coercitives (physiques ou médicamenteuses) plutôt qu'une psychiatrie qui favorise la reprise de responsabilité d'un patient capable d'assumer le fait qu'il contribue activement à ses problèmes.

3. Il n'est pas donné à n'importe quel médecin, infirmier ou assistant social de rappeler sa responsabilité au «patient difficile» qui fait des menaces au suicide ou d'agression contre autrui [3]. Il est sans doute plus facile et momentanément plus sécurisant de céder au réflexe d'une mesure de protection autoritaire. Oser responsabiliser ce genre de patients demande le professionnel solide, courageux, expérimenté, bien formé et, surtout, travaillant dans un contexte d'encadrement soutenant et encourageant par les représentants profession-

nels ou les responsables hiérarchiques supérieurs.

Actuellement, c'est de moins en moins le cas: d'une part, les médecins et surtout les cliniques universitaires vivent dans une angoisse croissante de plaintes pour faute professionnelle et de critiques dans les journaux, d'autre part, une cohérence interne au sujet des modèles de prise en charge est de plus en plus difficile à établir face à des courants comme la médecine basée sur l'évidence, et, pour ce qui concerne la psychiatrie, la spécialisation et la prise de pouvoir des neurosciences et du cognitivisme. Or, toute institution se sentant inquiète et menacée a tendance à revenir à un fonctionnement plus hiérarchisé et centralisé, se limitant à faire ce qui comporte le moins de risques, en sacrifiant la créativité et la divergence constructive.

Mais si on doit veiller avant tout que nos «clients» ne se plaignent pas d'une attitude thérapeutique s'opposant à la pression qu'ils exercent, et si pour les juristes et les journalistes c'est le symptôme présenté (la menace de suicide, comme exemple prototypique) qui fait foi et non pas le message relationnel derrière ce symptôme, le soignant qui en plus n'a pas le soutien de son institution, plus soucieuse de son image dans le public que d'une attitude thérapeutique conséquente à l'égard du patient, doit avoir le dos très solide. En même temps, on doit se demander de qui le patient en quête d'un modèle d'auto-responsabilisation pourra encore s'inspirer dans une société où tout le monde prend le moindre risque possible.

4. Un autre facteur de complication est l'utilisation peu critique du terme de comorbidité en psychiatrie. Dès qu'on constate, chez un patient porteur d'un trouble de la personnalité (axe II du DSM-IV) des symptômes dépressifs, on a tendance à passer à l'axe I pour identifier le type de dépression avec laquelle le trouble de la personnalité serait comorbide. Conséquence: changement d'attitude de la responsabilisation vers la protection, déclaration de la déprime comme un mal à éradiquer pharmacologiquement, diminution du travail d'élaboration psychodynamique.

Loin d'oser espérer qu'on puisse encore tenir compte d'éventuelles fonctions intrapsychiques de la déprime au cours d'un processus thérapeutique dans le cadre hospitalier – un luxe réservé entre-temps à des patients pouvant payer un séjour dans une des dernières cliniques privées à orientation psychodynamique, autour du lac de Zurich – nous aimerions rendre attentifs aux nombreuses fonctions inter-psychiques, donc relationnelles, de cette dépression particulière qui fait partie du morbus de la personnalité et n'est donc pas une co-morbidité, et que nous préférons appeler une dépression caractérologique [4], parce qu'elle est expression de ce caractère difficile dont nous tenons à nous occuper dans son ensemble, et non par parties morcelées.

Il serait primordial pour les médecins – non seulement psychiatres mais généralistes, internistes et autres recevant le patient dans la première ligne, pendant leur garde, aux urgences – de savoir reconnaître la différence entre une dépression caractérologique et une dépression de l'axe I, ne serait-ce que pour mieux évaluer le risque suicidaire dans l'urgence. Mais fort curieusement, aucun des mécènes pharmaceutiques habituels ne nous a encore proposé d'organiser une formation continue à ce sujet, alors qu'ils inondent les praticiens de séminaires concernant les dépressions de l'axe I.

5. Dernier dans notre liste des facteurs de complication: la pression économique pour inverser, après deux décennies au cours desquelles les séjours hospitaliers ont été sensiblement raccourcis, ce courant pour remplir de nouveau mieux les lits et rendre donc les institutions plus rentables. Administrateurs, gestionnaires et politiciens prennent une place croissante dans les décisions thérapeutiques; le DSM est le premier système diagnostique qui doit son existence et son orientation à des arguments d'ordre économique [5].

## Un bilan intermédiaire

Ces obstacles, loin de nous condamner à nous résigner, doivent nous inciter à mobiliser

plus de ressources collégiales autour de nous. La question de l'efficacité de notre approche demande une évaluation pour laquelle nous sommes en train de mettre en place les instruments. Mais un bilan intermédiaire soit permis, en guise de conclusion.

L'expérience acquise après trois années d'activité dans la prise en charge hospitalière de patients présentant des troubles graves de la personnalité nous conduit aux observations suivantes:

- a Les catamnèses nous apparaissent satisfaisantes dans la mesure où des patients qui ont été traités par le modèle décrit ci-dessus ont pu exprimer leur reconnaissance d'avoir été responsabilisés, même au cœur de la crise. Leurs souvenirs anciens de traitements héroïques avec montée en symétrie restent pénibles pour cette population déjà passablement fragilisée dans son estime de soi, et qu'une contention forcée en milieu psychiatrique a souvent littéralement traumatisée, ou projetée dans une régression torpide.
- b Le jeu des transferts et contre-transferts étant intense chez cette population et ses soignants, l'équipe pluridisciplinaire se doit de préserver une ambiance de travail optimale dans son unité [6]. Ce paramètre représente un aspect primordial dans la prise en charge hospitalière et dans le travail de coordination avec le réseau ambulatoire. Une bonne ambiance relève d'une subtile alchimie, jamais définitivement acquise, prompte à se défaire sous les coups de buttoir des inéluctables luttes de pouvoir.

- c Ce type de prise en charge peut représenter, pour une partie des soignants et des observateurs externes, une véritable provocation souvent nourrie par une incompréhension ou une inquiétude bien légitimes. Des rencontres d'information sur les tenants et aboutissants de tels traitements ont montré leur utilité en faisant partager au réseau les enjeux rencontrés dans les prises en charge hospitalières. Nous avons envie d'échanger nos expériences avec des soignants rencontrant le même type de patients et les mêmes problèmes, nous avons besoin de critiques et de propositions stimulantes afin de raffiner constamment l'approche par le «minimum optimal» et de trouver des réponses adéquates aux obstacles mentionnés.

#### Références

- 1 Stigler M, Quinche P, Bonsack C. Dans la suite du «Seuil Bas»: le «Minimum Optimal» dans l'approche thérapeutique du patient difficile. *Rev Med Suisse Romande* 1999;119:429-35.
- 2 Kiesler DJ. *Beyond the disease model of mental disorders*. Westport CT & London: Praeger; 1999.
- 3 Gunderson JG. *Psychodynamic psychotherapy for Borderline personality disorder*. In: Gunderson JG, Gabbart JO, eds. *Psychotherapy for personality disorders*. Washington DC / London: American Psychiatric Press; 2000.
- 4 Koenigsberg HW, Kernberg OF, Stone MH, Appelbaum AH, Yeomans FE, Diamond A. *Borderline patients: Extending the limits of treatability*. New York: Basic Books; 2000.
- 5 Gasser J, Stigler M. Diagnostic et clinique psychiatrique au temps du DSM. In: Ehrenberg A, Lovell AE, eds. *La maladie mentale en mutation*. Psychiatrie et société. Paris: Odile Jacob; 2001.
- 6 Friis S. Measurements of the perceived ward milieu: A reevaluation of the Ward Atmosphere Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1986;73:589-99.