

Université de Montréal

Patient «difficile» ou «relation difficile»: Comment agir en physiothérapie?

Emilie Filion

«Quand les plaintes subjectives ne sont pas corrélées avec des mesures objectives:
impacts sur la relation thérapeutique»

Rachel Ouellet

«Recommandations auprès de patients ayant une maladie mentale: analyse éthique»

Annie Pelletier

«Patient difficile accidenté du travail: Simulation ou mauvaise communication? Un guide
de pratique éthique pour mieux agir avec cette clientèle»

Mylène Tétreault

«Jusqu'où pouvons-nous essayer de motiver un patient non-motivé? Analyse éthique
d'une étude de cas liée à la fibromyalgie»

**Programme de physiothérapie, École de réadaptation, Faculté de médecine,
Université de Montréal**

Travail d'intégration présenté en vue de l'obtention du grade de physiothérapeute en
Maîtrise en physiothérapie

Mai 2016

© Filion, Ouellet, Pelletier, Tétreault, 2016

Titre : Patient «difficile» ou «relation difficile» : Comment agir en physiothérapie?

Auteurs : Filion E, Ouellet R, Pelletier A, Tétréault M.
Programme de physiothérapie, École de réadaptation, Université de Montréal

Directrice : Laliberté M.

Abrégé

Problématique: Plusieurs professionnels de la physiothérapie éprouvent des difficultés à traiter certains patients qu'ils qualifient de «difficiles». Ils manquent d'outils assurant une prise en charge globale de ces patients et cela peut créer un sentiment d'impuissance ou encore de frustration.

Objectifs: L'objectif de ce travail est de donner des recommandations aux professionnels de la physiothérapie pour gérer différentes clientèles «difficiles» en tenant compte des normes éthiques et réglementaires encadrant leur pratique.

Méthode: Une revue de cadrage, ainsi qu'une analyse éthique de quatre histoires de cas mettent en évidence certains enjeux éthiques et cliniques ainsi que des stratégies permettant une meilleure prise en charge de patients «difficiles» auxquels font face les professionnels.

Résultats: Les principales recommandations proposées, sans être exhaustives, sont l'approche centrée sur le patient et le maintien d'une relation de confiance. L'approche centrée sur le patient favorise une relation thérapeutique saine et de partenariat avec les patients «difficiles». Aussi, les professionnels doivent assurer leur devoir déontologique de favoriser le bien-être du patient et d'éviter de lui nuire. Ils doivent être conscients de l'influence de leurs attitudes et comportements sur le patient ainsi que sur la relation thérapeutique.

Conclusion: Avec ces recommandations, les professionnels seront en mesure d'effectuer une analyse critique, dont le but est d'améliorer leur prise en charge du patient «difficile» en fonction des besoins cliniques tout en respectant les droits du patient.

Mots-clés: Patient difficile, maladie mentale, douleur chronique, simulation, physiothérapie, communication, relation thérapeutique, approche centrée sur le patient, normes de pratique, modèle biopsychosocial.

Table des matières

1. INTRODUCTION	5
2. OBJECTIFS	6
3. REVUE DE LITTÉRATURE DE CADRAGE	8
<u>3.1 MÉTHODOLOGIE</u>	8
<u>3.2 QU'EST-CE QU'UN PATIENT «DIFFICILE»?</u>	10
<u>3.3 FACTEURS CAUSAUX DU PATIENT «DIFFICILE»</u>	12
3.3.1 <i>Facteurs en lien avec le patient</i>	12
3.3.2 <i>Facteurs en lien avec le professionnel</i>	14
3.3.3 <i>Facteurs organisationnels</i>	17
3.3.4 <i>Patients «difficiles» ou «relations difficiles»?</i>	18
<u>3.4 LES IMPACTS SUR LE PATIENT DE LE QUALIFIER COMME «DIFFICILE»</u>	19
<u>3.5 LES IMPACTS DE QUALIFIER UN PATIENT DE «DIFFICILE» SUR LE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE</u>	20
<u>3.6 LES IMPACTS D'UN PATIENT «DIFFICILE» SUR LA RELATION THÉRAPEUTIQUE</u>	24
<u>3.7 COMMENT LE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DOIT AGIR AVEC CES PATIENTS</u>	25
4. RECOMMANDATIONS AUPRÈS DE PATIENTS AYANT UNE MALADIE MENTALE: ANALYSE ÉTHIQUE	31
4.1 <u>INTRODUCTION</u>	31
4.2 <u>OBJECTIF</u>	34
4.3 <u>MÉTHODOLOGIE</u>	34
4.4 <u>RÉSULTATS</u>	36
4.4.1 <i>Comment identifier les patients avec ESPT</i>	36
4.4.2 <i>Stratégies d'interventions pour un professionnel de la physiothérapie une fois l'ESPT diagnostiqué :</i>	38
4.4.2.1 <i>Interdisciplinarité</i>	38
4.4.2.1.1 <i>Le secret professionnel et le consentement</i>	38
4.4.2.2 <i>Relation thérapeutique et communication</i>	39
4.4.3 <i>Interventions spécifiques dans le domaine de la physiothérapie</i>	41
4.4.4 <i>Comment agir face au patient qui fait preuve de résistance en réadaptation?</i>	42
4.4.5 <i>Quand mettre fin aux traitements en physiothérapie?</i>	44
4.5 <u>DISCUSSION</u>	45
4.5.1 <i>L'impact des attitudes négatives sur le lien thérapeutique et la stigmatisation</i>	46
4.6 <u>CONCLUSION</u>	46
5. JUSQU'OU POUVONS-NOUS ESSAYER DE MOTIVER UN PATIENT NON- MOTIVÉ? ANALYSE ÉTHIQUE D'UNE ÉTUDE DE CAS LIÉE À LA FIBROMYALGIE	49
5.1 <u>PROBLÉMATIQUE</u>	49
5.2 <u>MÉTHODOLOGIE</u>	50
5.3 <u>DÉFINITION DES TERMES ABORDÉS</u>	51
5.3.1 <i>L'espoir</i>	51
5.3.2 <i>La motivation</i>	52
5.3.3 <i>Le «Nudging»</i>	52
5.4 <u>ANALYSE ÉTHIQUE</u>	53
5.4.1 <i>Bienfaisance et non-malfaisance</i>	53
5.4.2 <i>Autonomie</i>	56
5.5 <u>STRATÉGIES D'INTERVENTIONS</u>	58
5.6 <u>CONCLUSION</u>	63
6. QUAND LES PLAINTES SUBJECTIVES NE SONT PAS CORRÉLÉES AVEC DES MESURES OBJECTIVES : IMPACTS SUR LA RELATION THÉRAPEUTIQUE	65

6.1 INTRODUCTION.....	65
6.2 MÉTHODOLOGIE.....	67
6.2.1 Présentation de cas.....	67
6.3 DÉFINITION DES TERMES.....	68
6.3.1 Le vertige.....	68
6.3.2 La simulation.....	68
6.4 ANALYSE DE CAS BASÉE SUR LE PRINCIPISME.....	69
6.4.1 Bienfaisance et non-malfaisance.....	69
6.4.2 Respect de l'autonomie.....	72
6.4.3 Justice.....	73
6.5 APPROCHES SUGGÉRÉES POUR LA PRISE EN CHARGE.....	74
6.5.1 Approche centrée sur le patient.....	74
6.5.2 Communication.....	76
6.6 CONCLUSION.....	77
7. PATIENT «DIFFICILE» ACCIDENTÉ DU TRAVAIL: SIMULATION OU MAUVAISE COMMUNICATION? UN GUIDE DE PRATIQUE ÉTHIQUE POUR MIEUX AGIR AVEC CETTE CLIENTÈLE.....	80
7.1 INTRODUCTION.....	80
7.2 OBJECTIF.....	81
7.3 MÉTHODE.....	82
7.3.1 Présentation du cas.....	82
7.4 ANALYSE.....	83
7.4.1 Le patient indemnisé par la CNESST : un patient «difficile» ?.....	83
7.4.2 Simulation : facteurs de risque et détection.....	84
7.4.3 Point de vue des patients indemnisés par la CNESST.....	86
7.5 STRATÉGIES D'INTERVENTION.....	87
7.5.1 Communication.....	87
7.5.2 Approche biopsychosociale.....	90
7.5.3 Relation thérapeutique et lien de confiance.....	91
7.6 CONCLUSION.....	93
8. SYNTHÈSE : STRATÉGIES D'INTERVENTION AVEC CETTE CLIENTÈLE.....	96
8.1 STRATÉGIES CLINIQUES.....	96
8.2 GESTION DE CONFLITS.....	97
8.3 COMPORTEMENTS ET ATTITUDES À ÉVITER.....	98
8.4 MAINTIEN DU LIEN THÉRAPEUTIQUE.....	99
8.5 RECOMMANDATIONS POUR LES PROFESSIONNELS DE LA PHYSIOTHÉRAPIE.....	103
8.5.1 Professionnel.....	103
8.5.2 Défenseur.....	103
8.5.3 Collaborateur.....	104
8.5.4 Communicateur.....	104
8.5.5 Érudit.....	105
9. CONCLUSION.....	105
10. BIBLIOGRAPHIE.....	107
11. ANNEXES.....	124
ANNEXE 1.....	124
ANNEXE 2.....	125
ANNEXE 3.....	126
ANNEXE 4.....	127
ANNEXE 5.....	128
ANNEXE 6.....	129

Remerciements :

La réalisation de ce projet a été possible grâce à une étroite collaboration de :

- Myrian Grondin, bibliothécaire à la bibliothèque paramédicale, pour ses nombreux conseils et son précieux temps donné à notre équipe.
- Maude Laliberté pht M.Sc. Phd (c), pour sa supervision constante et sa rétroaction rapide. Sans elle, ce travail ne serait pas tel qu'il est.

Liste des abréviations

AVQ: Activité de la vie quotidienne

CAI: Commission de l'accès à l'information

CNESST: Commission des normes, de l'équité, de la santé et des services sociaux au travail.

CSP: Chartered Society of Physiotherapy

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ESPT: État de stress post-traumatique

IC-PPMH: International Conference of Physical therapy in Psychiatry and Mental Health

ICRSMV: Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans

IOPTMH: International Organisation of Physical Therapists in Mental Health

LPRPSP: Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur public

MSPQ: Modified Somatic Perception Questionnaire; ceci est un questionnaire d'évaluation.

«**Nudging**»: Il s'agit de tout aspect du contexte de décision qui modifie le comportement des gens, de manière prévisible, sans interdire toutes les options.

PDI: Pain Disability Index; ceci est un questionnaire d'évaluation.

PTSD: Post-traumatic stress disorder

RAT: Retour au travail

T.R.P.: Thérapeute en réadaptation physique

VPPB: Vertige positionnel paroxystique bénin

WCPT: World Confederation of Physical Therapy

1. Introduction

Les professionnels de la physiothérapie, soit les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique (T.R.P.) doivent régulièrement intervenir auprès de patients qualifiés de «difficiles» (1). D'ailleurs, dans le domaine de la santé, entre 15 et 60 % des patients sont jugés «difficiles» par les professionnels (2). Le patient «difficile» peut avoir diverses caractéristiques; il peut être décrit par ses comportements ou ses attitudes tels que la manipulation, l'agressivité, la dépendance ou encore la somatisation (3). Les patients qui pensent tout savoir, qui ne sont pas adhérents aux traitements (1, 4), qui sont résistants à former une alliance thérapeutique (4) ou encore, qui demandent beaucoup de temps et d'énergie (1) sont d'autres patients qui peuvent provoquer des émotions négatives chez les professionnels de la physiothérapie. Les professionnels considèrent parfois les patients ayant des troubles de personnalité comme «difficiles» (5, 6). De plus, la prévalence d'un trouble de santé mentale chez les patients «difficiles» est le double par rapport aux patients «non difficiles», soit 67% versus 35% (7).

Le fait de considérer un patient de «difficile» peut avoir plusieurs impacts à la fois au niveau du patient, du professionnel de la physiothérapie et de leur relation thérapeutique. Alors qu'il est essentiel d'entretenir une relation thérapeutique saine avec une confiance mutuelle entre le patient et le professionnel de la physiothérapie (8), les croyances et les attitudes négatives des professionnels de la physiothérapie traitant des patients «difficiles» peuvent nuire à cette relation thérapeutique (9). Effectivement, ces patients génèrent des sentiments négatifs chez les professionnels, comme de la frustration, de l'anxiété, de la culpabilité et de l'animosité (10).

Pour s'assurer de maintenir une relation thérapeutique saine, il est important que les professionnels de la physiothérapie soient en mesure d'identifier les impacts de leurs émotions, leurs jugements et leurs croyances sur la qualité des soins. Comme le professionnel de la physiothérapie est dans une position fiduciaire hiérarchisée avec le patient, il est de son rôle de s'assurer du bien-être de celui-ci. Par exemple, un patient qui consulte pour une douleur intense et des difficultés au niveau de sa vie quotidienne sera en position de dépendance par rapport aux connaissances de son professionnel de la physiothérapie. Il existe certains grands principes proposés dans la littérature sur les interventions à adopter avec ce type de patient comme l'approche centrée sur le patient (33,77) et le maintien d'une bonne relation thérapeutique (5, 11, 12). Par contre, il

n'existe aucune recommandation adaptée à la réalité clinique des professionnels de la physiothérapie. En ce sens, Potter et al. (1), rapportent que les physiothérapeutes en clinique privée aimeraient être mieux outillés sur les stratégies à adopter avec les patients «difficiles». Face à ces constats, il semble essentiel de proposer des recommandations aux cliniciens pour gérer différentes clientèles difficiles en tenant compte des normes éthiques et réglementaires encadrant la pratique en physiothérapie. Donc, dans ce travail, nous allons d'abord définir le terme de patient «difficile» en élaborant les causes et les impacts de cette qualification des patients à partir d'une revue de littérature au chapitre 3. Cette revue de littérature a été effectuée par l'ensemble des auteures. Ensuite, nous allons présenter quatre analyses d'études de cas aux chapitres 4 à 7. Ces études de cas portent sur différents types de patients pouvant être qualifiés de «difficiles». D'abord, Rachel Ouellet a procédé à une analyse éthique en vue d'outiller les professionnels de la physiothérapie dans leur approche thérapeutique vis-à-vis les patients atteints d'une maladie mentale, tel que l'état de stress post-traumatique, en présentant une histoire de cas d'un militaire. Puis, Mylène Tétreault a réalisé l'analyse éthique d'une histoire de cas de fibromyalgie portant sur l'espoir et la motivation des patients souffrant de douleurs chroniques. Ensuite, Emilie Filion a abordé l'impact de l'objectivation des symptômes sur la relation thérapeutique à travers l'analyse d'une histoire de cas ayant un trouble vestibulaire. Finalement, Annie Pelletier discutera des recommandations à adopter avec un patient indemnisé par un tiers payeur que l'on soupçonne de simuler.

Finalement, au chapitre 8, nous allons élaborer des recommandations pour outiller les professionnels de la physiothérapie lorsqu'ils auront à faire face à un patient «difficile». Ces recommandations seront basées sur les thèmes et les principes émergents à la fois de la revue de littérature et des quatre études de cas.

2. Objectifs

L'objectif général de notre étude est de donner des recommandations aux professionnels de la physiothérapie, pour gérer différentes clientèles «difficiles» tout en tenant compte des normes éthiques et réglementaires encadrant la pratique de la physiothérapie.

Patient «difficile» ou «relation difficile» : Comment agir en physiothérapie?

Chapitre 3

Revue de littérature de cadrage

Par Emilie Fillion, Rachel Ouellet, Annie Pelletier et Mylène Tétreault

3. Revue de littérature de cadrage

3.1 Méthodologie

Nous avons effectué une étude qualitative à l'aide d'une revue de littérature de cadrage afin d'être en mesure d'établir les recommandations lorsque les professionnels de la physiothérapie doivent intervenir auprès de patients «difficiles ». Cette méthode de plus en plus populaire est utilisée pour collecter et organiser de l'information provenant de la littérature pour créer un portrait des données existantes (13, 14). Sa force est d'extraire l'essence d'un large spectre de données pour répondre à une question complexe avec des évidences limitées (13). Un cadre de référence pour faire une revue de littérature de cadrage a été créé par Arksey and O'Malley (15) et par Levac et al. (16). Ce cadre basé sur une approche de synthèse narrative comprend six étapes:

Étape 1 : Identification des questions de recherche. Les questions de recherche ont été déterminées par les auteures à partir de lectures préalables sur le sujet, puis validées par la directrice de recherche, Maude Laliberté.

Les questions de recherches sont les suivantes:

1. Quelles sont les caractéristiques d'un patient «difficile» en physiothérapie?
2. Quels sont les facteurs ou les causes qui font que le patient «difficile» est défini comme tel?
 - Les facteurs en lien avec le professionnel de la physiothérapie
 - Les facteurs inhérents aux caractéristiques du patient (au niveau biopsychosocial)
 - Les facteurs organisationnels (ex. CNESST)
3. Quels sont les impacts de catégoriser un patient de «difficile» pour le patient lui-même?
4. Quels sont les impacts d'un patient «difficile» pour le professionnel de la physiothérapie?
 - Au niveau de sa pratique
 - Au niveau de la relation thérapeutique
 - Au niveau de ses sentiments personnels (ex. frustré, découragé)
5. Quelles sont les normes réglementaires encadrant la pratique envers cette clientèle en physiothérapie?

- Est-ce que le professionnel de la physiothérapie doit obligatoirement prendre en charge ces patients?
 - Quand et comment le professionnel de la physiothérapie donne congé au patient?
 - Le professionnel de la physiothérapie est-il dans l'obligation de les référer?
 - Le professionnel de la physiothérapie doit-il et peut-il déclarer certaines informations sensibles aux tiers payeurs?
6. Comment le professionnel de la physiothérapie doit-il agir avec cette clientèle?
- Quelles sont les stratégies d'interventions avec cette clientèle?
 - Comment obtenir et conserver le lien thérapeutique avec cette clientèle?

Étape 2 : Identifier les études pertinentes :

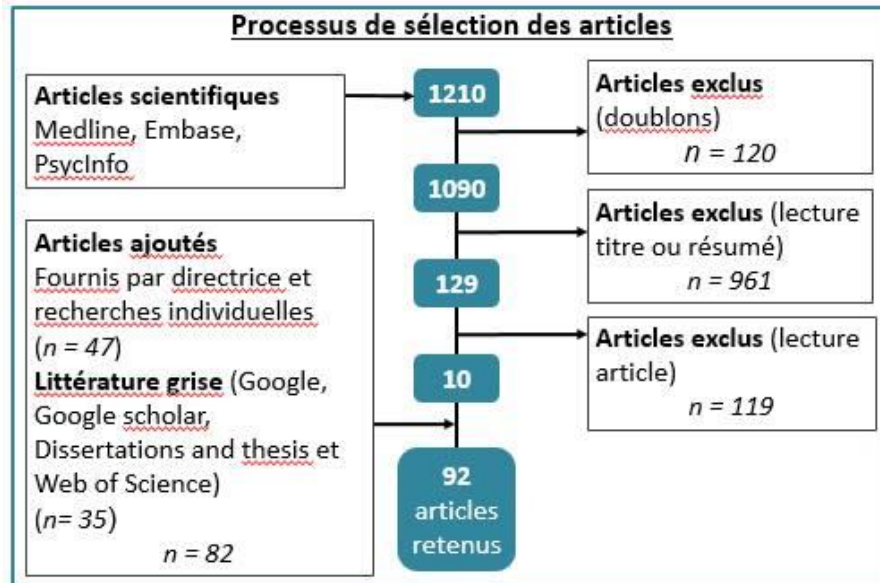
La liste de mots clés utilisés (voir annexe 1) a été effectuée par les quatre auteures et révisée par la directrice de recherche et Myrian Grondin, bibliothécaire à la bibliothèque paramédicale de l'Université de Montréal.

Littérature grise : Les publications ont été cherchées dans les bases de données suivantes: Google, Google scholar, Dissertations and thesis et Web of Science du 5 janvier 2016 au 8 février 2016. La recherche a été faite en français et anglais avec les mots «patients», «patient», «difficiles» and «difficult»

Littérature scientifique : Les articles ont été cherchés sur les bases de données: Medline, Embase et PsycInfo le 24 novembre 2015. La recherche a été effectuée avec les mots clés en anglais (Voir annexe 1).

Étape 3 : Sélection des études

Trois auteures (RO, MT, EF) ont procédé à la sélection des études pour la littérature scientifique par vérification des titres et des abrégés. Dix articles ont été sélectionnés pour leur pertinence puis, divisés entre deux auteures (RO, MT) pour leur lecture complète. De plus, deux auteures (AP, EF) ont sélectionné les articles de la littérature grise en analysant les titres et les abrégées et en faisant une lecture rapide des articles afin de s'assurer que les articles répondaient aux questions de recherches. Les bases de données de la littérature grise, mentionnées précédemment, ont été divisées entre les deux auteures. Certains articles des parties individuelles des auteures et d'autres articles suggérés par la directrice de recherche ont été inclus dans ce travail.



Étape 4 : Grille d'analyse

Une grille d'analyse, via Excel, a été bâtie pour aider à l'extraction des données des articles sélectionnés y incluant les articles de la littérature grise et scientifique. En plus des informations dénominatives sur l'article (auteur, année, titre et lien de l'article), chaque colonne était associée à une des questions de recherche et chaque ligne à un article.

Étape 5 : Analyse

L'analyse thématique sera utilisée pour identifier les relations et les thèmes récurrents parmi les données analysées.

3.2 Qu'est-ce qu'un patient «difficile»?

Dans le domaine de la santé, comme en physiothérapie, l'interaction avec différentes personnes fait partie du quotidien du professionnel. Afin de prodiguer des services équitables et de qualité pour tous les patients, le professionnel de la physiothérapie doit, entre autres, établir et maintenir un bon lien de confiance mutuel avec le patient, et ce, même si le patient est considéré comme «difficile» (17). Selon plusieurs études, un patient «difficile» est un patient avec lequel il est difficile d'interagir et qui peut être difficile à traiter (18-20). Ce type de patient peut avoir de multiples douleurs (18), avoir consulté plusieurs professionnels (18), avoir plusieurs incapacités fonctionnelles (21) et être considéré comme un cas complexe (12, 18). Un manque de collaboration (10, 18, 19, 22, 23), de participation (10, 18, 19, 23), d'adhérence au

traitement (10, 12, 18, 19, 24, 25) et une pauvre amélioration de la condition (26) peuvent être des caractéristiques retrouvées chez ce type de patient.

De façon plus précise, plusieurs études scientifiques ont établi les différentes caractéristiques qui peuvent être retrouvées chez des patients «difficiles». Ces nombreuses caractéristiques peuvent être classées dans cinq catégories soit par la personnalité, le comportement, le contexte psycho-social, les problèmes physiques et les problèmes de communication des patients (voir l'annexe 2). L'annexe 2, créé suite à la recension de la littérature scientifique et de la littérature grise, est un tableau complet des caractéristiques pouvant être retrouvées chez les patients qualifiés de «difficiles». Ce n'est pas parce qu'une personne présente des caractéristiques observées chez les patients qualifiés de «difficiles» qu'il peut nécessairement être difficile d'entretenir une relation avec celle-ci. Parmi les caractéristiques, la présence de multiples symptômes (> cinq) (27-29) et les troubles de santé mentale (7, 12, 27, 28, 30, 31) sont celles qui sont le plus souvent retrouvées chez ces patients. En effet, 90% des patients «difficiles» ont une personnalité de type abrasive ou un trouble de la personnalité (29, 30). De plus, il n'y a pas de caractéristique démographique ou de maladie physique spécifique qui est associée aux patients «difficiles» (29, 30). D'autres caractéristiques ressorties suite à la recension de la littérature scientifique et grise sont : la douleur chronique (7, 24, 27, 28, 30), un mauvais état fonctionnel (7, 21, 27, 28, 30), des attentes non satisfaites (7, 27, 28, 30), une réduction de la satisfaction (7, 21, 27, 28, 30) ou une plus grande utilisation des services de soins de santé (7, 21, 27, 28, 30). De plus, un problème médical chronique est souvent associé aux patients «difficiles» (12, 32), surtout lorsque les traitements ne sont pas efficaces ou que le patient présente un problème chronique associé à des problèmes psychosociaux sévères (33). De plus, les patients qui présentent des symptômes non expliqués médicalement (34), comme les patients ayant des douleurs ou des vertiges inexpliqués par les examens médicaux, ou qui présentent des symptômes inexpliqués par une atteinte physiologique (21, 33) sont considérés «difficiles». La relation entre ce type de patients et les professionnels est souvent considérée comme tendue (34). Aussi, un patient demandant (23, 24), qui manque ses rendez-vous (23), qui est toujours malheureux (23) et qui n'est pas fiable pour le paiement des thérapies (23) peuvent être des caractéristiques retrouvées chez les patients «difficiles». Bref, de nombreuses caractéristiques peuvent être observées chez des patients «difficiles». Ces caractéristiques peuvent aussi être la cause de cette

catégorisation ou encore être présentes sans que le patient soit considéré comme «difficile» par le professionnel.

3.3 Facteurs causaux du patient «difficile»

Plusieurs facteurs provenant du patient, du professionnel ou de l'organisation peuvent influencer le fait que l'on qualifie un patient de «difficile» ou non. Selon Corney et al. (35), cité dans l'article de Potter et al., il y a une triade de facteurs qui est inclus dans tous les cas de patients «difficiles» soit le professionnel, le patient et la relation entre les deux. C'est donc de dire que, lorsque le professionnel est face à un patient «difficile», chacun a sa part de responsabilité dans cette situation conflictuelle. Dans cette section, nous discuterons de ces différents facteurs. Finalement, nous analyserons la possibilité d'utiliser le terme «relation difficile» plutôt que de catégoriser le patient de «difficile».

3.3.1 Facteurs en lien avec le patient

Tout d'abord, il y a plusieurs causes provenant du patient qui peuvent expliquer cette catégorisation. Les caractéristiques mentionnées plus haut définissant le patient comme «difficile» peuvent aussi faire partie des causes, car la personnalité, le comportement, le contexte psycho-social ainsi que les problèmes physiques et de communication du patient peuvent être à l'origine de cette catégorisation. L'utilisation du modèle biopsychosocial est utilisée ici afin de catégoriser les différentes causes. Ces causes sont donc divisées dans les sphères biologiques, psychologiques ou sociales du patient.

Premièrement, considérons que la sphère biologique inclut la pathologie du patient, ses signes et symptômes ainsi que sa condition médicale et physique. Selon plusieurs auteurs, un des facteurs fortement corrélé avec la catégorisation du patient «difficile» est la présence de multiples symptômes (10, 28, 34, 36, 37) tels que la douleur abdominale, des évanouissements, un problème de sommeil, de la diarrhée et des palpitations (10). Les professionnels jugent aussi de «difficiles» les patients qui ressentent des symptômes à plus de six sur une échelle visuelle analogue de dix points (28), qui ont une maladie chronique avec des incapacités physiques importantes ou qui sont en phase terminale d'une maladie (36). De plus, la vision biomédicale des professionnels a aussi une grande part dans la catégorisation des patients «difficiles». C'est la vision utilisée de façon inconsciente et prédominante chez les professionnels.

C'est les attentes qu'ont les professionnels du processus «normal» d'évaluation et d'évolution du patient (38). Ce processus d'évaluation est l'identification du diagnostic par les signes et symptômes cliniques et les examens médicaux et l'élaboration d'un plan de traitement adapté au patient. Puis, l'évolution «normale» du patient, selon le modèle biomédical, est une amélioration de la condition du patient qui entraîne la résolution du problème et la diminution du nombre de consultations. Toute déviation du modèle biomédical comme la présence de symptômes médicalement inexpliqués peut susciter des réactions négatives chez le professionnel (37, 38). En effet, des patients présentant des symptômes médicalement inexpliqués sont considérés comme «difficiles» par les professionnels (32, 34). Lors de la passation de plusieurs tests médicaux afin de déterminer la cause de leurs symptômes, les résultats des tests chez ces patients peuvent être normaux ce qui fait que les symptômes ne sont pas expliqués médicalement. Ce type de symptôme vient perturber la vision biomédicale du professionnel rendant l'élaboration du diagnostic difficile, les symptômes suspects et les motifs du patient questionnables aux yeux du professionnel (38). Puis, une trop grande présence de symptômes par rapport au degré d'atteinte physique et la présence de symptômes en «l'absence» de maladie sont aussi des éléments qui font que le professionnel qualifie le patient de «difficile» (21, 39). En fait, chez les neurologues, le prédicteur le plus significatif de la perception d'un patient «difficile» est la présence de symptômes non expliqués par une atteinte physiologique (21).

Deuxièmement, dans la sphère psychologique, nous considérons ce qui a trait à la personne au niveau mental, donc sa personnalité et son comportement. Les troubles de santé mentale sont considérés comme étant les principaux facteurs associés à la catégorisation des patients «difficiles» (10, 36, 40). Ces troubles peuvent être la schizophrénie, un trouble bipolaire, un trouble obsessionnel compulsif, mais ce sont surtout les troubles de personnalité (10, 36), les troubles de l'humeur (dépressive ou anxieuse) (10, 28, 36, 41) et les personnes suicidaires (10) ou toxicomanes (10) qui sont considérés comme «difficile». De façon plus spécifique, il y a des évidences que 90% des patients «difficiles» ont une personnalité de type abrasive ou un trouble de la personnalité (29, 30). Parmi les troubles de la personnalité, aucun n'est plus prédominant que les autres dans la littérature recensée. De plus, la personnalité et le comportement du patient sont aussi très importants (32), car ils peuvent susciter des émotions négatives chez le professionnel ce qui fait qu'il perçoit le patient comme «difficile». Les personnalités de type abrasive, colérique, sur la défensive, hostile,

manipulatrice, malhonnête et irresponsable en sont des exemples (3, 10, 37, 42). D'autres facteurs causaux provenant de l'aspect psychologique du patient sont: un comportement menaçant voir même criminel (37), la catastrophisation (41), les croyances du patient (41), une difficulté à communiquer ses besoins (36) et des attentes irréalistes de la part du patient (36). Selon David et al. (21), des comportements comme l'hostilité, être demandant ou être menaçant cachent une insatisfaction ou de la frustration face à une situation quelconque.

Troisièmement, nous savons que l'aspect social du patient peut avoir un grand impact sur son bien-être. Les facteurs qui peuvent causer la perception du patient comme «difficile» sont un style de vie stressant (36), l'isolation sociale (36, 41), être célibataire (36) ou avoir un bas ou un haut niveau de scolarité (36). Il y a aussi des patients qui font de multiples demandes (37), qui demandent beaucoup de temps (24, 37), qui ont une pauvre adhérence et collaboration au traitement (25, 37, 40), qui ne suivent pas les recommandations du professionnel (43), qui se promènent d'un professionnel à un autre (3, 40) et qui ont une mauvaise hygiène personnelle (37, 40). L'utilisation de plus en plus fréquente des sites internet par les patients afin de s'auto-diagnostiquer peut provoquer des situations conflictuelles entre le patient et le professionnel favorisant ainsi la perception du patient «difficile» (44). De plus, dans l'article de Pincus et al. (41), il est aussi mentionné que le travail fait partie des causes de la catégorisation des patients «difficiles». Par contre, dans la revue de la littérature scientifique et grise, les facteurs spécifiquement reliés au travail ne sont pas précisés. De plus, dans la recension, les facteurs sont nommés mais les liens entre ceux-ci ne sont pas expliqués.

3.3.2 Facteurs en lien avec le professionnel

D'une autre part, le professionnel de la physiothérapie a aussi son implication dans la catégorisation des patients «difficiles». En effet, Gerrard et Riddell (45) ont reconnu que l'image du patient «difficile» n'était pas entièrement attribuable aux caractéristiques des patients, mais qu'elle inclut aussi la responsabilité du professionnel. Plusieurs éléments peuvent être en cause soit le professionnel lui-même, son emploi et son lien avec le patient.

Premièrement, lors d'une relation avec un patient «difficile», les professionnels de la physiothérapie peuvent avoir certaines caractéristiques qui peuvent avoir un impact sur la relation. Le jeune âge et le sexe féminin du professionnel sont des facteurs

qui peuvent être présents (32, 46). Il est vrai que dans le milieu de la physiothérapie il y a une majorité de jeunes femmes. D'ailleurs, selon Service Canada (47), en 2011, les femmes occupaient 80 % des postes en physiothérapie. En général, les professionnels de la physiothérapie sont souvent de bonnes étudiantes performantes à l'école, donc elles peuvent avoir une personnalité de type anxieuse et perfectionniste, et aussi avoir un désir d'être appréciée par les patients et les collègues. D'ailleurs, selon la recension de la littérature, il existe certains facteurs que peuvent présenter les professionnels dont une personnalité de type anxieuse (12, 32, 46), stressée (12, 32, 46), dépressive (32, 46) ou perfectionniste (32, 46), être une personne pressée (12), avoir tendance à critiquer ou à juger (12) ou avoir besoin de se sentir apprécié par le patient (12, 32, 46). Il y a des évidences que la personnalité du professionnel a un grand impact sur la perception du patient comme «difficile», car, d'un professionnel à l'autre, la perception du patient ou de sa relation avec lui ne sera pas perçue de la même façon (32, 39). Cela peut aussi dépendre des expériences, des connaissances et de la formation du professionnel (48). Pour un professionnel, le patient sera perçu comme «difficile» alors que pour un autre ce n'est pas le cas. Donc, catégoriser un patient de «difficile» a une grande part de subjectivité de la part du professionnel. De plus, l'attitude et le comportement du professionnel ont aussi un impact sur la catégorisation du patient. Un professionnel adoptant une attitude autoritaire envers le patient (49) ou étant arrogant (3) ou sur la défensive (3, 12) sont des exemples d'attitudes et de comportements pouvant altérer la communication et ainsi nuire à la relation thérapeutique. Les croyances, les valeurs, les perceptions et les préjugés du professionnel peuvent aussi influencer la perception du patient «difficile» (5, 12, 48, 50). Aussi, les émotions vécues chez le professionnel, suscitées ou non par le patient, font en sorte que le professionnel défini le patient comme «difficile» ou comme étant un problème (31). Un professionnel qui se sent frustré à cause d'un traitement non efficace (51) ou qui se sent fâché, fatigué ou harcelé pour toutes autres raisons sont des exemples d'émotions pouvant nuire à une communication efficace et ainsi à une bonne relation (3). Selon l'expérience et la personnalité du professionnel, il est possible que le patient vienne raviver des souvenirs ou des émotions plus sensibles, fragiles ou de la vulnérabilité en lui (48). L'état psychologique et la santé mentale et physique du professionnel peuvent aussi être des facteurs causant la perception du patient de «difficile» (36). Le professionnel peut aussi avoir lui-même une maladie ou vivre un stress dans sa vie personnelle ce qui peut influencer sa relation avec le patient (36). De plus, il y a des évidences que les

professionnels avec de pauvres aptitudes psychosociales (24, 27, 28, 46) ou avec des difficultés à gérer et à régler des conflits (12) rencontrent plus souvent des patients «difficiles». On peut maintenant comprendre la part du professionnel dans la situation où un patient est catégorisé comme «difficile».

Deuxièmement, pour la plupart des travailleurs, l'emploi est aussi un élément important dans leur bien-être. Par contre, plusieurs facteurs liés à l'emploi peuvent avoir un impact négatif sur le professionnel ce qui pourrait ainsi influencer la qualification du patient «difficile». En effet, des études rapportent que des professionnels ayant une faible satisfaction au travail ou ayant peu d'expérience (32, 51) rencontrent plus de patients «difficiles» (24, 27, 28, 36, 46). D'ailleurs, Potter et al. (1) rapportent que cette catégorisation des patients est variable selon l'expérience du professionnel de la physiothérapie en milieu privé (moins de cinq ans versus plus de dix ans d'expérience), par exemple, pour un professionnel de la physiothérapie d'expérience, la douleur ne fait pas partie d'une caractéristique du patient «difficile» contrairement au professionnel débutant. Une grande charge de travail perçue par le professionnel est aussi un facteur influençant la perception d'un patient «difficile» (32, 36, 46). Être face à un diagnostic ambigu ou incertain peut être difficile pour certains professionnels ce qui peut influencer négativement la perception du patient (51). Dans un même ordre d'idées, certaines maladies ou conditions médicales des patients sont plus difficiles pour les professionnels à prendre en charge et ils peuvent moins apprécier intervenir auprès de cette clientèle ce qui peut aussi avoir un impact sur la catégorisation du patient (36). Finalement, en ce qui a trait à l'emploi du professionnel, le manque de formation sur des techniques de communication ou pour donner des conseils peut être un élément négatif lors de la perception et la gestion du patient «difficile» (36). Bref, le type d'emploi et la condition peuvent avoir un impact négatif sur le professionnel ce qui peut ensuite nuire à la relation avec le patient.

Troisièmement, le professionnel, dans sa relation avec le patient, est aussi un élément causal dans la catégorisation du patient de «difficile». Il est rapporté que les professionnels ont leur part de responsabilité dans l'insatisfaction et le manque d'adhérence des patients dans la relation thérapeutique (8). Puisque le manque d'adhérence du patient fait partie des causes de la qualification du patient de «difficile» par le professionnel, le professionnel lui-même favorise probablement cette catégorisation via son comportement. Parmi les comportements erratiques, il y a de ne

pas considérer le patient comme l'expert de sa maladie (8), de ne pas adopter l'approche biopsychosociale (8, 52), de ne pas donner les instructions complètes et les explications adéquates au patient (8, 52) et de ne pas arriver à un consensus à la suite de négociations avec le patient (8). En effet, les professionnels de la physiothérapie peuvent ignorer les aspects psychosociaux de la gestion de la douleur chronique par habitude de travailler seulement sur les aspects biomédicaux. Ainsi, les compétences relationnelles appropriées ne sont pas optimisées, ce qui rend plus difficile d'entretenir un partenariat collaboratif avec le patient (10). De plus, selon Fiester (10), un professionnel peut qualifier un patient de «difficile» à cause de sa propre incapacité à diagnostiquer ou à traiter efficacement le problème du patient ou à cause de la réaction du patient face à cette incapacité. Ceci peut aussi être à cause que le professionnel ne sait pas comment aider ou traiter le patient ou que les objectifs ne sont pas atteints (18). Ensuite, la perte de confiance du professionnel envers le patient est un élément favorisant la catégorisation du patient de «difficile» (24). Cette perte de confiance, peu importe la raison, fait en sorte que le professionnel ne se sent plus en contrôle de la situation ce qui le rend inconfortable dans la relation avec le patient (24). Le professionnel peut ensuite percevoir le patient comme «difficile». Parfois, il assume que ses objectifs sont les mêmes que ceux du patient alors que c'est faux (53). Ceci peut affecter la relation thérapeutique, car il y a un conflit entre deux rôles importants que le professionnel doit assurer. En se référant au cadre théorique du principisme de Beauchamp et Childress (54), il y a un conflit entre le principe de bienfaisance, ce que le professionnel juge de bon pour le patient (les objectifs du professionnel), et le principe de favoriser et de maintenir l'autonomie du patient dans les prises de décisions (les objectifs du patient) (53). Il est de même lorsqu'il y a une divergence entre les attentes du patient et du professionnel (5).

3.3.3 Facteurs organisationnels

Ensuite, d'autres facteurs surtout d'ordre organisationnel peuvent aussi être en cause dans la qualification du patient «difficile». Selon un article de Haas et al. (51), il y a une pression du système de soins de santé sur les professionnels afin de diminuer les coûts des services et d'augmenter la productivité ce qui a comme impact, chez les professionnels, une diminution du temps alloué aux patients. Ceci entraîne une diminution de confiance des patients envers les professionnels et le système de soins de santé ce qui fait qu'ils se retournent plus vers des services d'éducation et de soutien.

De plus, le manque de temps lors des consultations et la pression reliée à la productivité peuvent limiter la négociation et la résolution de conflits avec les patients ce qui peut nuire à la relation thérapeutique (8, 44). Pour le professionnel, les nombreuses coupures dans le système de santé, l'augmentation du nombre de patients à évaluer et à traiter et la diminution des ressources offertes peuvent occasionner chez celui-ci beaucoup de stress, de pression ou un sentiment de manque d'efficacité. Ceci a un impact direct sur la qualité des services offerts aux patients et cela peut effectivement nuire à la relation thérapeutique. D'autres facteurs en lien avec le système médical pouvant causer la qualification du patient de «difficile» sont : les services de santé gratuits (36), un système de prise de rendez-vous inadéquat (36), le manque de personnel (5, 36), l'indisponibilité d'un travailleur social (36) et le manque de qualification du préposé à la réception (36). Aussi, un mauvais travail d'équipe et le manque de stratégie pour traiter ce type de patient sont des éléments qui peuvent avoir un impact sur la catégorisation du patient (36).

3.3.4 Patients «difficiles» ou «relations difficiles»?

Nous avons vu précédemment que plusieurs facteurs provenant du patient, du professionnel ou de l'organisation peuvent causer la perception du patient de «difficile» par le professionnel. De plus, dans une recension des écrits sur les patients «difficiles», Fiester (10) rapporte que la vision conventionnelle du patient «difficile» par divers professionnels de la santé est souvent exprimée par la tendance des professionnels à blâmer le patient. En fait, même si le professionnel de la physiothérapie a l'impression que c'est de la responsabilité du patient s'il est catégorisé comme «difficile», ce n'est pas le cas. Plusieurs études, faites chez des médecins ou des professionnels de la physiothérapie, ont affirmé qu'un patient considéré «difficile» est plutôt associé à l'expérience qualifiée de difficile de la part du professionnel qui soigne des patients présentant ces caractéristiques particulières (7, 10, 18). Cette expérience qualifiée de difficile provient de l'opinion du professionnel face à sa relation thérapeutique avec le patient et non de l'influence de la personnalité du patient sur le professionnel (7, 18). Ce sont les émotions négatives que ces patients soulèvent chez le professionnel de la physiothérapie, suite à un comportement jugé inapproprié, qui font en sorte que ce dernier les considère «difficiles» (10). Ceci amène donc le professionnel à se retirer de la relation thérapeutique avec le patient ce qui, en retour, crée des émotions négatives chez le patient et encourage le comportement «difficile» (2, 11).

Dans une étude faite chez des médecins, il est démontré que certaines caractéristiques propres au médecin peuvent influencer de façon négative la relation thérapeutique (7). En effet, les patients adoptent certains comportements dérangeants, qui mènent à la perception d'être «difficile», en réponse à une interaction problématique, à une expérience négative des soins médicaux, comme un mauvais traitement, ou à une détérioration de la relation thérapeutique (2, 10, 36, 55). Ces comportements sont alors considérés comme des comportements réactifs lorsque les patients perçoivent être traités injustement, irrespectueusement, dédaigneusement, avec condescendance ou offensivement (2, 10, 55).

Finalement, il faut comprendre que le patient n'est pas le seul responsable dans l'étiquetage du patient «difficile». Le professionnel doit donc se questionner si ce n'est pas plutôt la relation thérapeutique qui est «difficile» plutôt que le patient lui-même. En effet, c'est la relation thérapeutique entre les deux qui est perçue comme «difficile» par le professionnel (32, 39). La cause principale de la relation «difficile» est un problème ou une barrière à la communication (12, 56). D'ailleurs, dans son analyse bioéthique sur la prise en charge des patients «difficiles», au lieu d'utiliser le terme patient «difficile», Parsi (9) recommande que le professionnel de la physiothérapie devrait plutôt utiliser le terme «relation difficile», car cela permet de concentrer les efforts sur le renforcement de la relation thérapeutique. Alors, lorsque le professionnel de la physiothérapie qualifie un patient de «difficile», il doit plutôt se dire que c'est la relation qui est «difficile» et qui risque de peut-être nuire au lien thérapeutique. Il doit aussi se remémorer qu'il est dans son devoir d'entretenir une relation de confiance mutuelle avec le patient (17) qu'il trouve leur relation «difficile» ou non.

3.4 Les impacts sur le patient de le qualifier comme «difficile»

Lors des traitements de physiothérapie, le patient peut être confronté à des situations pouvant faire resurgir chez lui ses incapacités et ses faiblesses. Le patient cherchera alors à éviter ces situations afin de limiter l'exposition de ses incapacités et de contrer les effets négatifs et les impacts qui en découlent. Voici quelques exemples d'impacts négatifs que peuvent avoir les patients face à leurs incapacités: l'impression que l'incompétence reflète un manque d'effort de leur part, une incapacité à coopérer avec le professionnel de la physiothérapie et la généralisation de l'incompétence (ex: au niveau personnel). La gestion de ces impacts négatifs est une préoccupation récurrente et influence la conduite des patients (57). Par exemple, lorsqu'ils se sentent incompris et

isolés, cela aggrave leur comportement problématique et on voit apparaître un cercle vicieux (2).

Les comportements adoptés par un patient «difficile» peuvent être expliqués comme des réponses aux interactions problématiques ou à des expériences négatives liées à la prestation de soins médicaux. En concevant le patient «difficile» comme quelqu'un qui réagit à une perception d'obtenir de mauvais traitements, de quelqu'un qui se sent en faute, alors le professionnel de la physiothérapie a une obligation morale d'agir sur cette perception préjudiciable (voir section 3.7). Ainsi, le patient peut se sentir traité injustement, de façon condescendante, non respecté, rejeté, ou offensé (10). En effet, les patients peuvent facilement se sentir ainsi en raison du comportement condescendant, arrogant, dédaigneux et hostile, ainsi que par le jugement des professionnels (55).

Les attitudes négatives envers les personnes avec des incapacités représentent un véritable obstacle à leur capacité de remplir des rôles appropriés dans la société. Par exemple, Hall et al. (58) soulignent que les patients qui ne sont pas appréciés par leurs professionnels ont une moins bonne santé et sont moins satisfaits de leurs soins. Aussi, Jackson et Kroenke (28) appuient les mêmes propos en soulignant que les patients «difficiles» déclarent souvent se sentir insatisfaits de leur visite chez le professionnel. Par exemple, ces auteurs ont constaté que les patients étiquetés comme «difficiles» étaient moins satisfaits des compétences de leurs professionnels, des explications de ceux-ci et du temps passé lors de la visite médicale par rapport aux patients qui ne sont pas perçus comme «difficiles». Par conséquent, l'attitude des professionnels doit être positive pour promouvoir la dignité et la valeur de leurs patients (57).

3.5 Les impacts de qualifier un patient de «difficile» sur le professionnel de la physiothérapie

Les patients «difficiles» comme décrits ci-haut (voir section 3.2) présentent un type particulier de transfert¹ qui induit des réactions intenses et puissantes chez le thérapeute (contre-transfert²). Ces réactions reflètent une identité professionnelle compromise, une altération de l'estime de soi et un sentiment d'insignifiance. En effet,

¹Ce processus consiste à projeter l'émotion vécue par le patient sur le thérapeute. Le transfert du patient peut ainsi représenter une tentative d'imposer une interaction entre lui-même et le thérapeute.

²Le contre-transfert consiste au fait que le physiothérapeute retourne ses émotions négatives sur le patient en le blâmant.

les patients qui ne s'engagent pas dans le processus thérapeutique peuvent compromettre l'identité des professionnels privant ceux-ci d'une gratification et d'une satisfaction professionnelle. Les sentiments de frustration, d'impuissance et d'inefficacité peuvent être partagés entre les professionnels et le patient et cela peut s'expliquer par le contre-transfert (23). De plus, selon Bernhardt et al. (43), l'impact émotionnel des patients «difficiles» sur les professionnels peut être puissant et peut déclencher de l'anxiété, de la tristesse, de la colère, de la culpabilité, de la honte, de l'épuisement, de l'impuissance ou un sentiment d'être manipulé chez le professionnel. Aussi, selon le *Guide sur la norme d'exercice professionnel de l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario* (59), on souligne que des émotions comme la colère, la culpabilité, la honte et l'embarras peuvent être ressentis lors d'une situation difficile et ces émotions influencent le jugement et la capacité de fonctionner du professionnel de la physiothérapie.

Plusieurs études portent sur les croyances de la douleur, la cognition et les émotions des professionnels qui traitent des patients souffrant de douleur chronique. Par contre, peu d'étude se penche spécifiquement sur les perceptions des professionnels ainsi que sur l'impact de ces perceptions. Récemment, une étude qualitative australienne a exploré les expériences subjectives, les sentiments et les comportements des professionnels de la physiothérapie travaillant avec des personnes qui ont des douleurs chroniques. Six émotions vécues par les professionnels de la physiothérapie avec la clientèle lombalgique chronique ont été identifiées soit la frustration, le stress et l'isolement, le désespoir, la prudence, l'évitement et l'isolation (60).

Premièrement, la frustration est reliée à un manque de connaissance et d'expertise lors d'interventions auprès de patients ayant des douleurs chroniques. En effet, selon un article des États-Unis, environ 45% des professionnels ont rapporté que les patients «difficiles» les rendent furieux (61). Ainsi, les thérapeutes se sentent frustrés de ne pas être en mesure de mener à bien leurs tâches ou d'utiliser leurs outils thérapeutiques (23). Dans le même ordre d'idées, une étude qualitative de Daykin et Richardson (18), menée auprès de 12 patients avec lombalgie chronique, suggère que 10% à 20% de ces patients provoquent un sentiment de détresse chez les professionnels ce qui surpasse le niveau attendu et accepté de difficulté. Les professionnels ont tendance à associer les symptômes à des maladies et selon la préface des *Principes de Harrison's Principles of Internal Medicine* chaque symptôme est corrélé un diagnostic de maladie qui affecte une structure anatomique et/ou une

fonction organique (62). En effet, cette association est à la base du diagnostic différentiel. Les professionnels qui sont aveuglément guidés par ce principe vont inévitablement ressentir de la frustration, étant donné que les symptômes physiques ne sont pas expliqués par la présence d'une maladie qui affecte une structure anatomique et/ou une fonction organique dans 30% à 85% des cas, même après une enquête minutieuse (7). Ces patients sont considérés par les professionnels comme étant des manipulateurs. Ces patients peuvent être une source de frustration, car ceux-ci peuvent occuper beaucoup de leur temps. De plus, la moitié de ceux-ci admettent qu'ils espèrent ne pas revoir leurs patients pour un traitement ultérieur. Cela peut s'expliquer par le fait que les patients décrits comme «difficiles» par les professionnels ont plus souvent des problèmes aigus et chroniques, ont plus de médicaments prescrits, subissent plus souvent des examens médicaux et sont d'avantage référés pour un deuxième avis (39). En réalité, les patients perçus «difficiles» ont déclaré utiliser le système de soins de santé plus fréquemment que les patients n'étant pas considérés comme «difficiles» au cours d'une période de trois mois (12). Ainsi, des conséquences, parfois désastreuses sur la santé du professionnel, peuvent survenir telles que l'épuisement professionnel, l'utilisation abusive de médicaments, l'abus d'alcool et le risque suicidaire élevé (6). En effet, les professionnels qui croient avoir un grand nombre de patients «difficiles» sont 12 fois plus susceptibles d'éprouver un épuisement professionnel (63).

Deuxièmement, les professionnels de la physiothérapie travaillant avec des patients ambulatoires en milieu rural et régional éprouvent du stress et de l'isolement. Une étude menée auprès de 12 membres du personnel en santé mentale souligne que travailler avec des patients «difficiles» peut être extrêmement stressant pour les équipes travaillant en santé mentale avec un risque de développer un épuisement professionnel (64). L'isolement du professionnel est la conséquence de la perte de confiance du patient envers le professionnel et la perte de confiance du professionnel envers lui-même.

Troisièmement, les personnes atteintes de douleur chronique sont considérées comme des patients intellectuellement stimulants, mais pouvant créer des sentiments de désespoir chez les professionnels de la physiothérapie lorsque les patients sont déprimés et ont de la difficulté à s'engager dans les interventions. Les professionnels de la physiothérapie constatent que le traitement des patients déprimés et réticents a un effet sur leur propre humeur. Les professionnels de la physiothérapie peuvent se sentir

désespérés et impuissants, soit les mêmes sentiments que rapportent les patients avec des maladies chroniques (contre-transfert). Aussi, comme le rappelle Schalckens-Fuks. (65), il est fréquent que le professionnel «place la barre trop haute» quant aux résultats de traitement du patient. Le professionnel se prend alors pour un héros qui veut «sauver» son patient, mais lorsque celui-ci rechute, des sentiments douloureux d'échec et d'incompétence surgissent chez le professionnel (5). Seinfeld (66) mentionne que les professionnels se sentent souvent laissés de côté et apathiques. L'apathie envers le patient est le plus souvent induite lorsque le professionnel se sent inadéquat, inefficace et insignifiant.

Quatrièmement, par prudence, lorsque les patients sont en détresse émotionnelle, les professionnels de la physiothérapie se sentent mal à l'aise lorsqu'ils doivent communiquer avec eux. Il est important de mettre en évidence les stratégies de communication que les professionnels de la physiothérapie peuvent adopter quand ils travaillent avec des gens qui sont en détresse (voir section 3.7), et ce, afin de minimiser les malentendus et éviter davantage de détresse émotionnelle chez les patients et les professionnels de la physiothérapie.

Cinquièmement, des expériences négatives antérieures vécues avec des personnes souffrant de douleur chronique peuvent conduire à un évitement de l'engagement auprès de ce type de patient pour des thérapies futures. Cela peut influencer la prise de décision ainsi que l'application clinique des stratégies de gestion de la douleur chronique fondées sur des évidences.

Sixièmement, même avec une formation, les professionnels de la physiothérapie sont réticents à prendre en charge des personnes souffrant de douleur chronique et à mettre en œuvre les stratégies de gestion de la douleur chronique fondées sur des évidences. L'isolation ici, contrairement à l'isolement au deuxième point, réfère au fait d'être le seul professionnel à intervenir auprès de ces patients.

Aussi, dans cette étude australienne mentionnée ci-haut (60), quatorze professionnels de la physiothérapie avec un large éventail d'expériences ont été interrogés et la plupart (dix d'entre eux) ont exprimé des difficultés en travaillant avec des personnes souffrant de douleurs chroniques. En effet, plusieurs études récentes indiquent que, malgré une augmentation significative des recommandations avec ces patients, une littérature disponible et de l'accès à l'information sur le sujet, les professionnels de la physiothérapie éprouvent de la difficulté à appliquer les mesures de

gestion de la douleur chronique fondée sur des évidences dans leur pratique quotidienne. Les professionnels de la physiothérapie se sentent non-qualifiés et rapportent que les ressources sont insuffisantes pour faire face à des personnes souffrant de douleur chronique. Souvent, l'art d'intégrer de nouvelles approches (d'autres modèles de gestion de la douleur) sans un soutien adéquat s'avère stressant.

En réponse à une conduite offensante du patient, on peut penser qu'un tel comportement envers l'équipe soignante est inacceptable et donc que les patients «difficiles» doivent se comporter mieux. Or, Fiester soulève un point intéressant en disant que nous ne devons pas réagir à une tel comportement (voir section 3.7).

3.6 Les impacts d'un patient «difficile» sur la relation thérapeutique

Comme mentionné ci-haut, la frustration, l'incertitude, le découragement, le sentiment d'être manipulé ou contrôlé par un patient et le sentiment d'être seul rendent plus difficile le développement d'une relation thérapeutique. Ces sentiments peuvent affecter l'attitude des physiothérapeutes (ex. être moins sympathique) et leur comportement (ex. être non soucieux) face à leur patient. Ainsi, cela génère un obstacle à la communication et nuit à l'obtention d'un traitement optimal. Les conséquences potentielles de ceci sont que la liste d'attente peut augmenter (les patients peuvent attendre pendant plusieurs semaines avant de rencontrer un professionnel) ou que les patients retournent consulter plus souvent leur professionnel, qu'ils optent pour des traitements et des consultations alternatives et ceci peut exacerber leur problématique de santé (18). Effectivement, selon Gallois et al. (19), le comportement non-verbal du physiothérapeute, lors des interactions avec des patients du même sexe et de sexe mixte, a indiqué que les physiothérapeutes se comportent de façon moins chaleureuse avec les patients «difficiles» et cela peut influencer négativement les résultats du traitement. Seinfeld (66) soulève la question suivante: «Comment le sentiment de vide des thérapeutes peut rendre impossible à traiter des patients gravement perturbés?». Ces sentiments vécus par le physiothérapeute peuvent faire en sorte qu'il n'est plus en mesure d'aider le patient, il perd son objectivité et peut référer le patient à un autre professionnel (23).

De plus, le patient peut refuser l'aide du professionnel et on peut observer un transfert des conflits personnels du patient et cela peut affecter grandement la relation thérapeutique. Cette situation peut évoluer et entraîner une impuissance partagée entre le patient et le professionnel, une hostilité mutuelle et même de l'abus et de l'abandon

(67). Selon Hall et al. (58) ainsi que Maltzberger et Buie (68), les professionnels qui n'apprécient pas leurs patients peuvent avoir des difficultés à maintenir de l'empathie et de l'attention envers ceux-ci. Ils peuvent devenir indifférents face à la condition du patient et finalement le rejeter (25). Elder et al. (24) ont interrogé 102 professionnels avec au moins dix ans d'expérience provenant de partout aux États-Unis et ils ont constaté que les patients «difficiles» ont été associés à l'opposition (discordance entre le professionnel et le patient), l'abus de pouvoir (soit par le professionnel ou le patient) et de la fatigue d'investissement du professionnel. Or, le succès dans le travail avec les patients «difficiles» implique la collaboration, l'utilisation appropriée du pouvoir et de l'empathie (63). L'empathie, qui est à la base d'une relation thérapeutique saine, est mise à l'épreuve par ces situations complexes et difficiles. Le rejet de la responsabilité sur le patient peut être expliqué comme une défense contre le sentiment d'impuissance et de frustration vécu par les professionnels. Les professionnels ayant une incapacité à formuler un diagnostic et à agir sur les plaintes de leurs patients se sont donc gravement remis en question au niveau de leurs rôles et de leurs compétences (38).

Des enquêtes menées sur les expériences subjectives des patients incluant leur état émotionnel montrent bien souvent la nécessité que les professionnels de la physiothérapie doivent demeurer ouverts à la détresse et à la souffrance (60). En soi, cela peut être difficile pour les professionnels de la physiothérapie. Cohen et Quinter (69) ont décrit les impacts émotionnels sur les professionnels de la physiothérapie qui travaillent avec des personnes souffrant de douleur chronique et ils ont constaté qu'il semble y avoir un problème pour les professionnels à voir au-delà des structures anatomiques (approche biomédicale).

Dans une étude menée auprès de 12 membres du personnel en santé mentale (64), on souligne qu'habituellement l'alliance thérapeutique entre les patients «difficiles» et le professionnel est pauvre et ceci est associé à un résultat thérapeutique négatif. En outre, ces patients sont plus susceptibles d'obtenir un traitement inapproprié et un manque dans la continuité des soins nécessaires.

3.7 Comment le professionnel de la physiothérapie doit agir avec ces patients

Un élément clé de la gestion d'un comportement difficile est d'abord et avant tout la prévention. Selon le collège des physiothérapeutes d'Ontario (59), un des meilleurs moyens de prévenir ces situations difficiles est de bien se connaître en tant que professionnel de la physiothérapie. Une identification précoce et une gestion proactive

des comportements ou des attentes qui pourraient s'exacerber ou nuire à l'obtention des résultats désirés en physiothérapie représentent la démarche recommandée (59). Il est important que le professionnel de la physiothérapie sache comment il réagit normalement dans les situations difficiles et qu'il comprenne comment ses pensées influencent ses sentiments et ses comportements (59). Ainsi, lorsqu'il doit intervenir auprès d'un patient «difficile», la première étape consiste à être conscient de ses propres émotions négatives que le patient lui fait ressentir (39, 42, 59, 70). Il s'agit d'identifier les émotions vécues, par exemple de l'aversion, de la colère ou de l'anxiété anticipatoire (42). Il est important que le professionnel de la physiothérapie reconnaisse son propre rôle dans la situation, car en général en présence d'un patient «difficile», le problème ne vient pas d'un seul côté, mais bien de l'interaction entre deux individus (2, 55). Comme il a été défini à la section 3.2, le terme «relation difficile» serait plus approprié que celui de patient «difficile», car il ne démontre pas de préjugé envers le patient.

La deuxième étape pour le professionnel de la physiothérapie consiste à se questionner sur les raisons expliquant sa propre réaction ou son attitude dans cette relation thérapeutique, ce qui lui permettra de mettre de côté ses émotions et avoir une attitude plus neutre et empathique (31, 42). Il peut y avoir des événements passés qui viennent influencer l'attitude du professionnel de la physiothérapie envers certains types de patients (42). Par exemple, un professionnel de la physiothérapie ayant déjà traité un patient souffrant de douleurs chroniques qui avait une grande diminution de motivation et d'espoir par le passé pourrait avoir des jugements négatifs avec un autre patient souffrant d'une condition semblable. Ainsi, le professionnel de la physiothérapie pourrait avoir une idée préconçue que les patients avec des douleurs chroniques ne sont pas motivés et qu'il pourrait ne pas avoir de résultats positifs en physiothérapie. Donc, en tant que professionnel de la physiothérapie, il doit définir ses frontières et reconnaître les éléments déclenchant ses propres émotions négatives lorsqu'il est dans une situation impliquant un patient «difficile» (3). Il doit faire attention au contre-transfert des émotions (31). Il s'agit en général d'une réaction inconsciente de la part des professionnels. Par exemple, le professionnel de la physiothérapie pourrait dire au patient: «Si vous faisiez vos exercices, vous auriez bien moins mal et les traitements fonctionneraient.». Davidtz (71) a identifié cinq facteurs permettant de bien gérer le contre-transfert, soit: la connaissance de soi, l'auto-intégration, la gestion de l'anxiété, la conceptualisation de ses capacités et l'empathie. Une fois que le professionnel de la physiothérapie a bien

identifié la source de ses propres émotions, il doit tenter de mettre ses émotions négatives de côté pour s'assurer d'avoir une attitude empathique et collaborative envers le patient. Apprivoiser ses propres émotions, permettra au professionnel de la physiothérapie de rester ouvert d'esprit face au patient «difficile».

La troisième étape est de rechercher la cause de l'attitude négative qualifiée de «difficile» chez le patient. D'ailleurs, Fiester (10), mentionne que le professionnel de la physiothérapie devrait concevoir le patient «difficile» comme quelqu'un qui se perçoit lésé dans la rencontre, soit étant traité injustement, irrespectueusement, dédaigneusement, avec condescendance ou offensivement. Ainsi, si le patient a un comportement difficile parce qu'il a été maltraité, alors le devoir du professionnel de la physiothérapie est de tenter d'éliminer la cause du comportement «difficile» (55). Il faut s'intéresser au vécu du patient afin de comprendre son comportement. Donc, il faut comprendre que c'est l'attitude ou le comportement du patient qui est «difficile» et non pas le patient lui-même (31). Le fait de voir le problème du point de vue du patient permet de réduire les difficultés rencontrées dans la relation thérapeutique (5). Le professionnel de la physiothérapie doit tenter de comprendre la cause de l'attitude ou du comportement «difficile» du patient ce qui lui permettra d'avoir une attitude plus empathique envers celui-ci (59). Le professionnel de la physiothérapie doit s'assurer d'avoir une vue globale du patient et d'évaluer tout le contexte biopsychosocial de celui-ci.

Trois compétences particulières ont démontré des résultats positifs dans la gestion de situations difficiles avec les patients. D'abord, une bonne collaboration avec le patient est un élément clé pour la satisfaction du patient autant que du professionnel de la physiothérapie (24, 50). Ainsi, il est essentiel de déterminer des objectifs de traitements conjoints aux deux partis. La prise en charge des soins doit inclure un objectif commun entre le patient et le professionnel de la physiothérapie (5, 72). Pour assurer une bonne collaboration avec le patient, il peut être intéressant de tenir compte des compétences du patient dans l'élaboration du plan de traitement (9). Une bonne communication avec le patient est aussi un atout afin de faciliter la collaboration et pour permettre de maintenir une relation sereine (73). Il est essentiel que le professionnel de la physiothérapie donne des explications sur le processus de réadaptation aux patients (1). Donc, il doit l'informer du plan de traitement, de ses attentes, du diagnostic, du pronostic et du temps de guérison avec un langage simple et clair que le patient pourra

bien comprendre. Le professionnel de la physiothérapie doit encourager le patient à se prendre en charge lui-même et à être actif dans le processus de soins en l'encourageant à participer et à collaborer dans les prises de décisions (74). Le professionnel de la physiothérapie doit ajuster son approche selon chaque individu, selon leurs besoins ou leur niveau de confiance (1). Il peut être bienfaisant pour le patient que le professionnel de la physiothérapie adopte un rôle de conseiller dans la relation thérapeutique (1).

Ensuite, l'attitude empathique a aussi démontrée de bons résultats avec les patients «difficiles» (24, 50). Ces patients ont besoin de support et d'une écoute active de la part des professionnels (31). Le professionnel de la santé doit s'assurer de garder une attitude calme et professionnelle et un ton raisonnable et neutre pendant les soins et les interactions en utilisant la communication verbale et non-verbale de façon adéquate (31, 59). L'attitude du professionnel de la physiothérapie a un impact important sur la relation thérapeutique entre celui-ci et le patient. C'est pour cette raison qu'il doit être positif et s'assurer de promouvoir la dignité et un sens de valeur chez le patient via le respect, l'écoute attentive, la validation des sentiments et des comportements ainsi que le non-jugement (57, 75). Le professionnel de la physiothérapie doit s'assurer de rester honnête et favoriser l'honnêteté dans la relation thérapeutique pour conserver le lien de confiance (1). Il doit prioriser le renforcement positif, l'encouragement et les récompenses afin de motiver les patients (1).

Finalement, il est important que le professionnel de la physiothérapie ait une utilisation appropriée du pouvoir (24, 50). Il doit établir les limites claires à ne pas dépasser sans toutefois outrepasser ses pouvoirs. Il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit d'une relation fiduciaire, c'est-à-dire que le professionnel de la santé est en position de supériorité par rapport au patient. Ainsi, il doit subordonner ses propres intérêts à ceux de son patient et assumer sa responsabilité puisqu'il y a une inégalité du pouvoir et que le patient est vulnérable.

Il est possible que dans certaines situations, le professionnel de la physiothérapie ait tout simplement une incompatibilité de personnalité avec le patient et que malgré beaucoup d'efforts, il n'arrive pas à établir une relation thérapeutique saine avec le patient. Le professionnel de la physiothérapie doit aussi être capable de reconnaître que, parfois, il n'a pas tous les outils nécessaires pour bien gérer une situation (23). Dans ces cas-là, il est possible pour le professionnel de la physiothérapie de référer le patient à un collègue ou un autre professionnel de la santé (1). Il ne faut pas hésiter à

demander des conseils à des collègues afin de s'assurer de toujours favoriser la bienfaisance envers le patient comme nous le dicte le code de déontologie (17). L'utilisation d'un service de consultation éthique pourrait aussi aider à résoudre les conflits entre le patient «difficile» et son thérapeute (10).

Patient «difficile» ou «relation difficile» : Comment agir en physiothérapie?

Chapitre 4

Recommandations auprès de patients ayant une maladie mentale: analyse éthique

Par Rachel Ouellet

4. Recommandations auprès de patients ayant une maladie mentale: analyse éthique

4.1 Introduction

La santé mentale est définie comme étant un état d'équilibre psychique d'un individu à un moment donné (76) caractérisé par un état de bien-être intérieur permettant à l'individu d'être fonctionnel par exemple, en accomplissant un travail productif et en contribuant à la communauté (77). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les études épidémiologiques montrent que les maladies mentales affectent des millions de personnes dans le monde entier (78). Aussi, dans un article récent examinant la compétence et le niveau de confort perçu des professionnels de la santé auprès de patients atteints de conditions de santé complexes, on décrit les problèmes de maladie mentale comme la principale cause d'invalidité qui affecte un Canadien sur cinq au courant de sa vie (79). D'après certains auteurs, les maladies mentales telle que la dépression majeure, sont un fardeau pour la société et devraient devenir plus lourdes et fréquentes d'ici l'an 2020 (80).

Selon le *Wellcome Trust*, qui est une fondation caritative mondiale indépendante dédiée à l'amélioration de la santé, l'utilisation du terme «santé mentale» était due en grande partie aux efforts des réformateurs sociaux au début du 20e siècle qui voulaient réduire la stigmatisation des gens qui avaient été jugés «malades» mentalement. Or, le terme santé mentale implique davantage un continuum, soit un état qui pourrait s'améliorer ou se dégrader chez toute personne au fil du temps (81). En effet, une étude confirme que la santé mentale et la maladie mentale ne sont pas des extrémités opposées d'un même continuum, mais plutôt qu'elles constituent des axes distincts qui sont toutefois corrélés suggérant que la santé mentale devrait être considérée comme un état à part entière. Ainsi, l'absence de maladie mentale ne correspond pas à la présence de la santé mentale (80).

Quel est le rôle de la physiothérapie dans le domaine de la santé mentale? Il y a des professionnels de la physiothérapie qui se spécialisent dans ce domaine en travaillant, par exemple, dans les unités de soins psychiatriques. Par ailleurs, tous les professionnels de la physiothérapie pourraient être appelés à travailler auprès de patients aux prises avec des maladies mentales, et ce, dans les divers champs de pratiques liés à la physiothérapie. D'abord, les professionnels de la physiothérapie d'aujourd'hui sont plus susceptibles de rencontrer une clientèle vieillissante, polymorbide

et atteinte de maladies mentales comme les démences de type Alzheimer. De plus, il est démontré que les professionnels de la physiothérapie qui travaillent dans le domaine musculo-squelettique rencontrent couramment des patients avec des symptômes psychologiques. Par exemple, selon une étude préliminaire réalisée au Royaume-Uni en 2002, il est souligné que plus de 90 % des professionnels de la physiothérapie ont rapportés que les blessures sportives affectent l'athlète psychologiquement et physiquement (82). Les symptômes psychologiques les plus fréquemment rencontrés parmi les patients en réadaptation sont le stress et l'anxiété (83). Aussi, la santé mentale et la santé physique sont fondamentalement liées. Les personnes vivant avec une maladie mentale grave sont plus à risque de subir un large éventail de conditions physiques chroniques. Inversement, les personnes vivant avec des conditions chroniques souffrent deux fois plus souvent de dépression et d'anxiété que la population générale. La coexistence de conditions mentales et physiques peuvent diminuer la qualité de vie, conduire à une plus longue durée de la maladie et engendre de moins bons résultats en matière de santé (84). Une relation plus étroite entre les blessures et la santé physique a été observée en présence d'un problème de santé mentale. En effet, les problèmes mentaux amplifient les effets négatifs de cette blessure sur la santé physique. Cette corrélation entre la santé physique et mentale est complexe et est encore mal comprise et ce processus physiopathologique ne sera pas abordé dans ce travail (85). C'est pourquoi l'importance de la reconnaissance de ces maladies mentales est largement reconnue parmi les professionnels de la physiothérapie. Le *Chartered Society of Physiotherapy* (CSP) décrit la physiothérapie comme une profession qui adopte une approche globale de la personne afin d'assurer sa santé et son bien-être (83). Cette description de la physiothérapie est partagée également dans l'*International Conference of Physical therapy in Psychiatry and Mental Health* (IC-PPMH) qui est le site officiel des conférences de l'*International Organisation of Physical Therapists in Mental Health* (IOPTMH), un sous-groupe de la *World Confederation of Physical Therapy* (WCPT).

De nos jours, il n'est pas rare d'être exposé aux conflits armés, aux troubles civils (agressions sexuelles ou physiques, cambriolages, accidents de la route ou du travail) et aux catastrophes naturelles pouvant affecter la santé physique et mentale des gens. L'état de stress post-traumatique (ESPT) peut survenir à la suite d'une exposition à un événement traumatisant qui affecte la sphère sociale et professionnelle de façon significative. Cet ESPT est caractérisé par des symptômes d'hyperexcitation, de

reviviscence³, de pensées et humeur négatives et d'évitement. L'ESPT affecte entre 5% et 10% de la population générale et jusqu'à 17% chez les anciens combattants et chez les policiers. Les personnes atteintes d'ESPT sont plus susceptibles de souffrir d'un syndrome métabolique⁴ et d'une mauvaise santé physique que la population générale. Les facteurs proposés pour expliquer ce pauvre état de santé physique sont la présence de mauvaises habitudes de vie, l'accès restreint aux soins de santé et le manque d'exercice physique. Les personnes atteintes d'ESPT sont d'ailleurs moins susceptibles de se livrer à une activité physique régulière que les gens qui ne sont pas atteints de l'ESPT (86).

L'ensemble de ces facteurs contribuent à une mortalité précoce jusqu'à 25 ans par rapport à la population générale (87). Effectivement, on rapporte que les personnes atteintes de l'ESPT ont un taux de mortalité deux à trois fois plus élevé que la population générale. Le risque de tentative de suicide est augmenté de deux à trois fois par la présence d'un ESPT. En effet, les patients atteints de l'ESPT présentent un niveau élevé de déficiences fonctionnelles, de plaintes somatiques, de risque de suicide et des troubles psychiatriques concomitants (88). Ainsi, les conséquences de l'ESPT non traité incluent une mauvaise qualité de vie, la chronicité et, parfois, la mortalité (89).

Il faut reconnaître ici l'importance d'une prise en charge rapide des patients aux prises avec des maladies mentales. Dans la littérature, il est spécifié que lorsque ces individus obtiennent de l'aide dans les premiers mois après l'apparition de leur maladie, cela favorise un rétablissement plus rapide. Ainsi, le dépistage et les traitements précoces réduisent la probabilité de la chronicisation des troubles mentaux (90). C'est pourquoi il est essentiel que les professionnels de la physiothérapie puissent dépister les problèmes d'ESPT et agir de façon professionnelle avec cette clientèle. En effet, dans des conditions de santé mentale non-traités ou non-détectés, les résultats de physiothérapie sont plus pauvres et la durée du traitement est augmentée (91). Dans les dix dernières années, les professionnels de la physiothérapie ont développé un large éventail de mesures cliniques et d'approches de traitement afin d'établir le rôle de la physiothérapie en santé mentale. Actuellement, il existe des preuves suffisantes que la

³ La personne doit revivre de manière persistante l'événement traumatique.

⁴ Un syndrome métabolique est défini comme étant une constellation de facteurs de risque comprenant l'obésité centrale, une pression artérielle élevée, un faible taux de HDL, taux de triglycérides élevés (LDL) et l'hyperglycémie.

physiothérapie, avec son approche spécifique et des interventions thérapeutiques, a une grande contribution au bien-être et à la santé mentale (92).

En vertu de la loi 21 modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, il est stipulé que la psychothérapie est un acte réservé aux médecins, aux psychologues et aux détenteurs d'un permis de psychothérapeute (93). La psychothérapie est une intervention psychologique permettant d'agir directement sur les problèmes de santé mentale (94). Or, l'implication des professionnels de la physiothérapie au plan de la santé mentale se limite à des stratégies d'ajustements de leurs traitements reliés à leur champ de compétence compte tenu des caractéristiques psychologiques des patients. En effet, les professionnels de la physiothérapie peuvent aider et encourager les patients à demander de l'aide pour leurs problèmes de santé mentale, ils peuvent diminuer la stigmatisation associée à la maladie mentale en traitant les patients dans leur globalité et ils peuvent encourager la participation des patients dans des programmes communautaires n'étant pas seulement bénéfique pour la réadaptation physique, mais aussi pour le bien-être psychologique de ceux-ci. Les professionnels de la physiothérapie, à travers une approche biopsychosociale, prennent en considération l'impact de la santé mentale sur la santé physique et le rétablissement des patients. Cette vision globale leur permet aussi d'adapter et modifier leur plan d'intervention afin d'optimiser la récupération des patients (95).

4.2 Objectif

L'objectif de cet article est d'outiller les professionnels de la physiothérapie dans leur approche thérapeutique vis-à-vis les patients atteints d'ESPT. Étant donné que les patients avec des problèmes de santé mentale sont souvent qualifiés de clientèle difficile (96), il est nécessaire d'élaborer des lignes de conduite favorisant la relation thérapeutique auprès de ces patients.

4.3 Méthodologie

Cet article utilise une histoire de cas, inspirée d'un fait vécu par Dr. Alice Aiken, publiée sur le site de l'Association canadienne de physiothérapie (ACP) lors d'un congrès présenté à Halifax en 2015. La méthodologie utilisée sera une approche par étude de cas pour proposer une série de principes, non exhaustifs, que les

professionnels de la physiothérapie devraient prendre en considération lors de la prise en charge des patients avec ESPT.

Dr. Aiken est directrice scientifique de l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans (ICRSMV). Elle est aussi professeure agrégée et directrice du département de physiothérapie à l'Université Queen's à Kingston en Ontario. Ses principales recherches sont reliées aux services et politiques de la santé, plus précisément celles concernant les militaires et les anciens combattants. Elle a servi 14 ans au sein des Forces armées canadiennes, dans la Marine royale canadienne à titre d'officier de la navigation et ensuite en tant que physiothérapeute (97). Elle a élaboré le projet de ICRSMV en 2010 (98) à la suite d'une rencontre marquante avec un de ses patients, Kevin.

En 1994, elle a rencontré Kevin, un jeune militaire revenant du Rwanda, qui l'avait consulté pour des problèmes physiques. Il lui a partagé ses expériences traumatisantes vécues au Rwanda. Or, Dr. Aiken souligne la corrélation étroite entre les troubles mentaux et les manifestations ou l'augmentation de troubles physiques. En 1995, il lui a annoncé qu'il irait en Somalie et qu'il avait eu l'approbation du travailleur social. Il faut souligner qu'à cette époque, l'ESPT n'était pas encore bien connu. Dr. Aiken ne pensait pas qu'il était prêt à être déployé de nouveau. Lors d'une discussion avec le travailleur social, celui-ci a expliqué que comme Kevin se sentait prêt à retourner faire une mission, il le considérait apte également. Mme Aiken a vu Kevin à son retour de la Somalie en 1996 et il était mentalement dévasté. Par exemple, dans le *National Alliance on Mental Illness* (99) on rapporte que les symptômes de l'ESPT sont catégorisés en :

- Répétition de l'événement («flash-back», revivre le moment traumatisant, cauchemars et des pensées effrayantes),
- Évitement (rester loin de certains lieux ou des objets qui sont des rappels de l'événement traumatique, peut aussi ressentir des engourdissements, de la culpabilité, de l'inquiétude ou être déprimé ou présenter de la difficulté à se souvenir de l'événement traumatique),
- Altération des pensées et des émotions (qui peut inclure le sentiment que le monde est n'est pas réel) et de la réactivité (réactions de sursaut, irritabilité ou agressivité, troubles du sommeil).

Dr. Aiken s'est sentie coupable de ne pas avoir agi pour éviter le retour de celui-ci en mission. Cet événement marquant l'a sensibilisée et depuis ce moment-là, elle s'est jurée de fournir le soutien nécessaire à ses patients que ce soit en les orientant vers des soins en santé mentale ou en discutant avec leur médecin de famille. Le deuxième moment marquant fut en 2006, lorsqu'elle a croisé Kevin, qu'elle ne suivait plus en physiothérapie, accompagné de sa femme enceinte. Il lui a alors annoncé qu'il partirait en Afghanistan. En 2008, elle a appris que Kevin s'est suicidé. Cette histoire lui a fait prendre conscience que l'aide canadienne en santé mentale était insuffisante.

Pour analyser cette histoire de cas, une recherche méthodologique a été effectuée, entre le mois d'août 2015 et janvier 2016, au niveau des associations professionnelles et de la littérature scientifique dans le domaine de la physiothérapie et en santé mentale pour mettre en évidence le cheminement d'une prise en charge complète du patient ayant un ESPT. Les mots-clés utilisés en anglais sont: *post-traumatic stress disorder (PTSD), veterans, military, mental health, difficult patient* et en français : *ESPT, vétérans, militaires, santé mentale, clientèle difficile* sur les moteurs de recherche suivants: PubMed, Medline, Embase, PsycInfo, Google Scholar et Google.

4.4 Résultats

4.4.1. Comment identifier les patients avec ESPT

Le professionnel de la physiothérapie doit être en mesure de reconnaître un patient atteint de l'ESPT afin de pouvoir faire usage de bonnes pratiques auprès de celui-ci. Tout d'abord, il doit se renseigner sur l'histoire du patient afin de connaître l'événement traumatisant du patient. Cet élément déclencheur est identifié dans le DSM-5 comme étant: une exposition directe de décès ou menace à la mort, des blessures graves ou la violence sexuelle. L'exposition doit résulter d'un ou de plusieurs scénarios suivants, dans lesquels l'individu: a expérimenté directement l'événement traumatique, a été témoin de l'événement traumatique en personne, a appris que l'événement traumatique est survenu à un membre de la famille proche ou à un ami proche (avec une exposition directe au décès ou menace à la mort étant soit violente ou accidentelle), a expérimenté une exposition extrême de l'événement traumatique (pas à travers les médias, des images, télévision ou des films). La perturbation, indépendamment de son déclenchement, provoque une souffrance cliniquement significative ou une altération des interactions sociales de l'individu, de sa capacité à travailler, ou d'autres atteintes de la fonction. Le DSM-5 révèle les symptômes comportementaux qui accompagnent

l'ESPT et propose quatre catégories de diagnostics distincts décrits comme la reviviscence, l'évitement, les changements négatifs dans la cognition et les émotions et finalement, la réactivité (100). Ensuite, le professionnel de la physiothérapie doit être renseigné sur les critères diagnostiques de l'ESPT, non pas pour porter un diagnostic au patient, mais pour être alerte face à sa condition médicale et ainsi lui assurer les soins et services nécessaires dans le cas où l'ESPT n'est pas diagnostiqué chez le patient (voir l'Annexe 3 sur les critères diagnostiques de l'ESPT). En effet, selon la loi 21, l'utilisation des systèmes de classification des maladies mentales n'est pas réservée, dans la mesure où cela ne permet pas d'évaluer les maladies mentales (93). Les professionnels de la physiothérapie doivent être particulièrement vigilants avec les patients qui travaillent dans le domaine de la loi, des services militaires et d'urgence, car ceux-ci sont plus susceptibles d'être exposés à de multiples événements traumatisants. C'est le cas de Kevin qui a vécu des expériences de guerres traumatisantes à plusieurs reprises. À cela s'ajoute, les communautés qui sont soumises à des catastrophes naturelles telles que les feux et les inondations ainsi que les patients présentant des blessures physiques, par exemple à la suite d'un accident d'automobile. Un autre groupe présentant un risque élevé d'ESPT sont les patients qui manifestent à plusieurs reprises des plaintes somatiques non-spécifiques (101). Selon le DSM-5, le trouble à symptomatologie somatique est caractérisé par des symptômes somatiques qui entraînent une grande détresse ou d'importantes perturbations de la capacité fonctionnelle. Il s'agit de symptômes somatiques d'origine psychique (102) affectant les pensées, les sentiments et les actions de la personne de manière excessives et disproportionnées. Ainsi, l'évaluation globale des patients est nécessaire à la reconnaissance des problèmes psychiatriques qui surviennent souvent chez des patients ayant des problèmes physiques. Cela met en relation étroite le lien du corps et de l'esprit et encourage les cliniciens à faire une évaluation complète et à utiliser leur jugement clinique chez les patients qui souffrent à la fois du trouble à symptomatologie somatique et d'un autre problème médical afin de leur fournir l'aide dont ils ont besoin (103).

4.4.2. Stratégies d'interventions pour un professionnel de la physiothérapie une fois l'ESPT diagnostiqué :

4.4.2.1 Interdisciplinarité

En se rapportant à l'histoire de Kevin, il aurait été pertinent que Mme Aiken arrime son approche en physiothérapie à celle d'un professionnel en santé mentale (travailleur social, médecin, etc.) ou en psychothérapie (psychiatre, psychologue,...). La physiothérapeute aurait pu communiquer avec le professionnel en santé mentale des expériences et situations vécues avec Kevin lors des thérapies physiques. En effet, il est supporté dans la littérature que l'approche interdisciplinaire avec un patient atteint de l'ESPT est favorable dans la réadaptation. Par exemple, *The National Intrepid Center of Excellence*, une clinique sur le campus naval dans la ville de Bethesda au Maryland, soutient les patients qui ont des lésions cérébrales traumatiques et des conditions en santé mentale associées tel que l'ESPT. Cette clinique utilise une approche interdisciplinaire qui comprend plusieurs types de services, tels que le *counseling*⁵, la pharmacothérapie, la réadaptation physique, les traitements de médecine, la nutrition, la thérapie par l'art et des consultations spirituelles (104).

4.4.2.1.1 Le secret professionnel et le consentement

Le projet de loi 83 qui encadre l'organisation des services de santé et des services sociaux permet que, sans le consentement explicite du patient, des renseignements apparaissant à son dossier puissent être partagés entre les personnes impliquées dans le dossier et même à des organismes (ex. les centres hospitaliers, les centres d'accueil, les CLSC, les centres intégrés de santé et de services sociaux, les centres jeunesse, etc.) lorsque ce partage est pertinent en lien avec les raisons de consultations (105). En effet, selon l'article 520.3.2. de ce projet de loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives:

«Le ministre peut, afin de favoriser le déploiement de systèmes partagés d'archivage et de communication des examens d'imagerie, désigner les agences ou les établissements qui devront offrir de tels systèmes à des groupes d'établissements qu'il détermine. Ces derniers peuvent communiquer, sans le

⁵ Forme d'aide qui requiert l'exploration et l'écoute attentive des difficultés du client, de même qu'un échange sensible et respectueux visant à réduire la confusion et à permettre des choix plus éclairés.

consentement de l'utilisateur, les renseignements ou les documents qui doivent être ainsi archivés, dans les cas et selon les modalités déterminées par le ministre.

Un renseignement ou un document concernant un usager et archivé dans ces systèmes peut être communiqué avec le consentement de l'utilisateur concerné, par l'agence ou par l'établissement désigné par le ministre.

Les demandes d'accès et de communication des renseignements conservés dans ces systèmes deviennent sous la responsabilité des agences et des établissements désignés conformément au premier alinéa.» (106).

Aussi, les membres de l'équipe qui travaillent auprès du patient doivent échanger entre eux des informations sur la condition de ce dernier, afin de s'assurer que les services soient continus et répondent adéquatement aux besoins du patient. Les règles de confidentialité et du secret professionnel s'appliquent à toute l'équipe, il s'agit ici du secret professionnel partagé (107). Ceci montre l'importance que cette réalité soit comprise par le patient et qu'il consente à recevoir des services en toute connaissance de cette implication. Il s'agit ici d'obtenir son consentement libre et éclairé (105). Toutefois, si l'on se réfère à la situation de Kevin, s'il avait partagé son intention de se suicider à Dr. Aiken ou au travailleur social, une dérogation au secret professionnel est prévue dans le code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique du Québec. En effet, selon l'article 33: «Le membre peut communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiables» (108).

4.4.2.2 Relation thérapeutique et communication

Des évidences suggèrent que le savoir et le savoir-faire de l'intervenant, en ce qui a trait aux approches, techniques, trucs et outils utilisés, contribuent peu à l'efficacité des interventions. Ce sont les facteurs appartenant à l'utilisateur tels que son tempérament, sa personnalité, son histoire de vie et ses expériences antérieures, ainsi que la qualité de la relation thérapeutique qui sont déterminants dans la prise en charge (109). Pour favoriser la réadaptation, l'interaction mutuelle entre le professionnel de la physiothérapie et le patient est considérée comme un élément essentiel. D'ailleurs, les professionnels de la physiothérapie croient que cette interaction est le point central de

l'évolution du patient et que les aptitudes relationnelles peuvent être favorisées via une compréhension des expériences antérieures vécues par les patients (110). Cette interaction est importante pour favoriser le prompt rétablissement du patient et elle influence le niveau de douleur et d'invalidité. Klaber Moffett et Richardson (111) ont identifié cinq différents modèles qui expliquent les effets de l'interaction mutuelle entre le professionnel de la physiothérapie et le patient sur l'évolution des patients vus en physiothérapie. Ces modèles sont: la communication, la relation thérapeutique, l'auto-efficacité, les attentes du patient et l'enthousiasme du professionnel de la physiothérapie dans le processus de réadaptation, ainsi que le conditionnement opérant (112).

Premièrement, la qualité et l'effet chaleureux de la communication est à la base d'un résultat favorable. En parallèle avec l'histoire de cas, comme l'opinion de Mme Aiken différerait de celui du travailleur social vis-à-vis un autre déploiement du militaire, elle aurait dû davantage tenter de comprendre la souffrance de Kevin rapportée après sa première mission au Rwanda en 1994 afin de noter l'étendue des dommages psychologiques reliés et ainsi réaliser qu'il n'était réellement pas prêt à entreprendre une deuxième mission.

Deuxièmement, la relation entre le patient et le thérapeute est importante pour promouvoir l'adhérence du patient à son traitement. L'écoute active est essentielle dans une relation thérapeutique. Le professionnel de la physiothérapie doit faire preuve d'empathie et montrer à son patient qu'il comprend sa situation, et ce, sans banaliser ses propos. Stenmar et Nordholm (113) ont étudié les facteurs les plus importants pour les professionnels de la physiothérapie en vue d'un traitement optimal et leurs résultats révèlent que la relation patient-thérapeute et les ressources du patient sont fondamentales. Ainsi, en faisant le lien avec Kevin qui a consulté Mme Aiken pour des problèmes physiques, il aurait été pertinent que la physiothérapeute lui fasse prendre connaissance du lien entre la douleur (symptôme de consultation) et son stress/anxiété. Aussi, elle aurait pu davantage le guider dans sa prise en charge de l'ESPT en lui donnant des outils pour qu'il puisse apprendre à mieux gérer et contrôler sa douleur.

Troisièmement, l'auto-efficacité, ou la croyance en la capacité de faire face à ses problèmes, est associée à de bons résultats. En effet, l'auto-efficacité est définie comme la croyance en sa capacité à gérer les situations ou à bien performer (114). Pour ce faire, l'établissement d'objectifs pendant la réadaptation semble améliorer la confiance, l'estime de soi et l'auto-efficacité du patient (83). Des chercheurs ont examiné

l'influence des facteurs cognitifs sur l'intensité de la douleur perçue chez les patients souffrant de douleur chronique. Il s'est avéré que l'auto-efficacité et la catastrophisation expliquent 30% de la variation de l'intensité de la douleur (115).

Quatrièmement, les attentes du patient et l'enthousiasme du professionnel de la physiothérapie, qui sont étroitement liés à l'effet placebo, sont connus pour avoir un effet positif sur le résultat (112).

Cinquièmement, le conditionnement opérant qui influence le comportement de la douleur peut être obtenu en dirigeant les efforts davantage sur la fonction au lieu de la douleur. Si on se rapporte à l'histoire de Kevin, l'emphase de sa réadaptation en physiothérapie sera mise sur la reprise de la fonction optimale et non sur la douleur. En effet, il est bien important d'évaluer la douleur dès la première rencontre avec le patient, mais il ne faut pas centrer le traitement sur la douleur (112).

4.4.3. Interventions spécifiques dans le domaine de la physiothérapie

Plusieurs modalités en physiothérapie peuvent être utiles pour faciliter la prise en charge d'une clientèle avec ESPT soit l'exercice (86, 116), la relaxation, l'imagerie, la pensée positive et l'élaboration d'objectifs (83). Ces modalités sont importantes dans un contexte psychologique où la douleur et d'autres plaintes somatiques sont récurrentes dans les troubles de santé mentale comme la dépression, l'anxiété et l'ESPT. Ainsi, l'exercice, la conscience du corps et la détente sont des éléments importants dans le traitement et la réadaptation de ces troubles. Les professionnels de la physiothérapie sont essentiels pour fournir une vaste gamme d'approches physiques visant à soulager les symptômes, au renforcement de la confiance et à l'amélioration de la qualité de vie des patients (117). En effet, les professionnels de la physiothérapie sont en mesure d'évaluer les gens et de concevoir un programme d'exercice sécuritaire, agréable et adapté à leurs besoins, ce qui aidera à construire leur bien-être mental et physique. Ils peuvent également soulager les maux de dos et d'autres symptômes physiques qui accompagnent souvent des problèmes de santé mentale en enseignant des techniques de relaxation ou en utilisant les massages et autres thérapies tactiles liées (118). Le rôle d'un professionnel de la physiothérapie comprend une approche holistique de prévention, d'un diagnostic en physiothérapie et une prise en charge thérapeutique de la douleur, des troubles du mouvement ou de l'optimisation de la fonction avec l'intention d'améliorer la santé et promouvoir la protection de l'individu. Par exemple, dans l'armée australienne le rôle des instructeurs en entraînement physique, est de garantir que le

personnel soit physiquement prêt à effectuer quotidiennement des tâches opérationnelles, d'aider à la préservation de la force du personnel, assurer un suivi de la condition du personnel et d'aider à la guérison des tissus mous (119).

4.4.4 Comment agir face au patient qui fait preuve de résistance en réadaptation?

Une réadaptation efficace requiert une coopération du patient vis-à-vis les objectifs de traitement et les instructions qui lui sont fournis. Parfois, en clinique, les professionnels de la physiothérapie rencontrent des patients qui ne partagent pas les objectifs du professionnel et/ou qui choisissent de ne pas adhérer au traitement proposé. Cela laisse le professionnel de la physiothérapie avec une décision éthique d'accepter le droit du patient de refuser le traitement proposé ou d'utiliser une autre stratégie pour encourager le patient à se conformer au traitement proposé. En effet, selon l'article 11 du Code civil du Québec, nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins quelle qu'en soit la nature (120). Le choix d'une mesure de pression éthiquement acceptable est un exemple de raisonnement éthique, car cela implique que le professionnel de la physiothérapie modifie son point de vue selon ce qui est dans le meilleur intérêt du patient par opposition à sa responsabilité éthique de respecter l'autonomie du patient. Le respect de l'autonomie consiste à fournir suffisamment d'information et de soutien pour permettre au patient de faire un choix volontaire sur les soins proposés. En fait, ce respect de l'autonomie implique plus que de fournir des informations sur les avantages du traitement, il exige que le professionnel de la physiothérapie préserve et améliore la capacité d'un patient d'exercer un choix. Lorsque le professionnel de la physiothérapie influence un patient à adopter un comportement particulier, il doit reconnaître la capacité réelle du patient à raisonner, à planifier et à réagir à l'information. Le fait de convaincre une personne vers un traitement particulier ou de le conformer à une exigence de traitement incombe au professionnel d'assurer une communication et une persuasion éthiquement acceptable. Il doit fournir des informations et aider le patient à faire un choix délibéré de ce qui compte personnellement pour lui plutôt que de recourir à la coercition et la contrainte. Les pressions de traitement en physiothérapie peuvent être acceptables lorsqu'elles impliquent la persuasion et l'incitation. En effet, la persuasion et l'incitation préservent et respectent l'autonomie du patient.

Premièrement, la persuasion est une obligation éthique positive dans les cas où une personne ne possède pas une bonne compréhension des risques et des

avantages d'un traitement proposé. Dans le cas où le patient continue de refuser, le professionnel de la physiothérapie peut à nouveau négocier plus tard ce jour-là ou le lendemain. Il peut même faire des compromis sur les objectifs (avec l'idée que certains traitements sont mieux que rien). Chacune de ces actions relève les idéaux éthiques de la prise de décision partagée et de l'approche centrée par le patient.

Deuxièmement, l'incitation peut être acceptable si elle ne laisse pas le patient se détériorer. Cohen (121) explique qu'il peut être éthiquement légitime d'influencer le choix d'un individu pourvu que l'incitation soit facile à éviter et quelle n'entraîne pas de la déception, dissimulation ou une présentation déformée (distorsion). Par conséquent, un professionnel de la physiothérapie doit être conscient du fait que les incitations peuvent diminuer ou minimiser la capacité du patient à prendre en considération un second avis ou ses préférences à long terme qui font partie de la prise de décision autonome. Toutefois, si une personne est en mesure d'examiner l'incitation de façon objective en se questionnant si cette incitation convient avec les désirs et souhaits du patient, ainsi l'incitation est éthiquement non-problématique.

Bref, un professionnel de la physiothérapie qui utilise des pressions de traitement doit:

- Reconnaître quel type de pressions leurs actions se situent (persuasion, incitation, influence interpersonnelle, menaces, compulsion).
- Être conscient de quand et comment leurs actions pourraient conduire à limiter l'autonomie du patient.
- Avoir des justifications éthiques solides de leurs actions.
- Être prêt à fournir une plus grande justification éthique de leurs actions au fur et à mesure qu'elles se situent plus loin dans le spectre des pressions de traitement.
- Veiller à ce que l'utilisation de techniques de limitation d'autonomie soit minimale (122).

4.4.5 Quand mettre fin aux traitements en physiothérapie?

Il y a des cas où, en dépit des tentatives raisonnables du professionnel de la physiothérapie pour gérer activement une situation difficile et de fournir des soins de qualité pour atteindre les résultats souhaités en physiothérapie, la seule option est de mettre un terme à la situation en ne suivant plus le patient. Les professionnels de la physiothérapie qui décident de renvoyer ou de référer le patient à un autre professionnel de la santé sont tenus de le faire en conformité avec les normes de la pratique et les obligations professionnelles et réglementaires qui définissent leur conduite dans ce domaine. Dans certains cas, à défaut de ne pas respecter ces normes et obligations, cela peut constituer une infraction professionnelle.

Par exemple, dans la plupart des situations, le professionnel de la physiothérapie doit informer le patient sur l'obtention d'autres services, si cela est nécessaire. Aussi, dans les cas où le renvoi ne s'impose pas immédiatement (en cas d'absence de danger physique ou de mauvais traitements) et que le patient a besoin de soins continus, un préavis raisonnable de l'intention du renvoi peut être transmis au patient.

Lorsque le patient reçoit des services nécessaires, un ou plusieurs des critères suivants doit s'appliquer pour demander l'arrêt de ces services (comme spécifié dans le règlement sur la faute professionnelle) :

- Le patient demande l'arrêt des services
- D'autres services sont à sa disposition
- Une possibilité raisonnable est offerte au patient de trouver des services alternatifs
- Le professionnel de la physiothérapie est incapable de fournir des soins adéquats, car il ne possède pas les ressources nécessaires pour répondre aux besoins du patient
- Le patient n'a pas effectué son paiement dans un délai raisonnable pour les services de physiothérapie reçus et tous les moyens raisonnables de la part du professionnel de la physiothérapie pour faciliter ce paiement ont été infructueux
- Le professionnel de la physiothérapie a des motifs raisonnables de croire que le patient peut l'attaquer verbalement, physiquement ou sexuellement

- Le manque de coopération du patient ou la non-conformité avec son plan de traitement font en sorte que les services ne sont pas efficaces (123).

De plus, selon l'article 37 du code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique (17), il est mentionné que: «Le membre ne peut, sauf pour un motif raisonnable, cesser ou refuser de fournir les services professionnels nécessaires à un client. Constituent notamment un motif raisonnable:

1. La perte de confiance du client envers le membre
2. L'incompatibilité de caractère entre le membre et le client
3. L'incitation de la part du client à l'accomplissement d'actes illégaux, injustes ou frauduleux
4. Le fait que le membre soit en situation de conflit d'intérêts ou dans un contexte tel que son indépendance professionnelle pourrait être mise en doute»

4.5 Discussion

Un patient «difficile» est un individu qui peut avoir plusieurs plaintes médicales, des conditions psychiatriques (impuissance, dépression, anxiété, mépris de soi), des traits de personnalité dérangeants (exprimant de la colère, la rigidité), des troubles de la personnalité, être toxicomane et avoir plusieurs symptômes physiques d'étiologie inconnue ou ambiguë (124). L'utilisation du terme patient «difficile» s'explique en grande partie par la pauvre connaissance des professionnels de la physiothérapie concernant la santé mentale. Selon une étude portant sur l'expérience et l'attitude des étudiants en physiothérapie à l'égard de patients avec des maladies mentales, les principales préoccupations de ces étudiants sont: la connaissance limitée des conditions de santé mentale, ne pas savoir comment fournir un traitement ou ne pas savoir comment interagir avec ces patients et aussi beaucoup éprouvent des difficultés au niveau de la sécurité avec ces patients. Les recherches ont démontré que l'éducation est une méthode efficace pouvant influencer l'attitude des étudiants en physiothérapie à propos de la santé mentale. D'ailleurs, les professionnels demandent de la formation pratique via des méthodes tels que: des études de cas, des outils d'évaluation clinique et des lignes directrices qui orientent davantage sur la manière d'agir dans une «relation difficile» lorsqu'elle survient (79). Selon Gerrard et Riddell (45), une «relation difficile» est caractérisée par:

- Les comportements des patients (exigeant, punitif, mauvais, manipulateur)
- La personnalité du professionnel (pouvant encourager une relation de dépendance)
- Les différences de cultures et de croyances entre le professionnel de la santé et le patient
- La complexité des problèmes médicaux
- Les facteurs sociaux et environnementaux (famille, pauvreté)
- L'omission du patient de divulguer l'information importante au professionnel de la santé (1)

4.5.1 L'impact des attitudes négatives sur le lien thérapeutique et la stigmatisation

Certaines études mettent en évidence que les professionnels ont tendance à montrer des attitudes négatives envers les personnes atteintes de maladies mentales, plus encore que la population générale. L'attitude, les croyances et le comportement des professionnels envers les individus avec des maladies mentales affectent leur accès aux services de santé, leur adhérence aux interventions, leur satisfaction et la qualité des soins qu'ils reçoivent. Les croyances des professionnels de la physiothérapie jouent un rôle important en clinique pour éviter les attitudes stigmatisantes. Selon Dinos et al. (125) les personnes ayant une maladie mentale peuvent être stéréotypées comme violentes, imprévisibles et moins fiables que la moyenne générale. La stigmatisation affecte le bien-être psychologique des patients (126, 127) et leurs recherches pour obtenir de l'aide (128). Cela peut avoir un impact sur le pronostic à long terme et la récupération de l'individu (127) résultant en une diminution de l'utilisation des services de santé (125, 129).

4.6 Conclusion

Alors, comment faire pour intervenir adéquatement auprès de patients avec des maladies mentales en physiothérapie, plus précisément auprès des cas d'ESPT? Des recommandations simples sont pourtant documentées dans la littérature. Par exemple, le travail en interdisciplinarité, bâtir une relation thérapeutique et une communication saine avec le patient, promouvoir l'auto-efficacité chez le patient, favoriser l'enthousiasme du professionnel de la physiothérapie dans le processus de réadaptation, la pensée positive et l'élaboration d'objectifs, le conditionnement opérant

pour orienter les efforts davantage sur la fonction au lieu de la douleur, la pratique de l'exercice, la relaxation et l'imagerie ont été proposés dans les études. Ainsi, il serait faux de croire que les interventions en santé mentale sont complexes et ne pourraient être faites que par du personnel hautement spécialisé. Des recherches récentes ont démontré la faisabilité de fournir une approche psychosociale dans des structures de soins non-spécialisés (130).

Patient «difficile» ou «relation difficile» : Comment agir en physiothérapie?

Chapitre 5

Jusqu'où pouvons-nous essayer de motiver un patient non-motivé? Analyse éthique d'une étude de cas liée à la fibromyalgie.

Par Mylène Tétreault

5. Jusqu'où pouvons-nous essayer de motiver un patient non-motivé? Analyse éthique d'une étude de cas liée à la fibromyalgie.

5.1 Problématique

La fibromyalgie est un syndrome douloureux caractérisé par la présence de douleur chronique et de points sensibles à la palpation (131). Les gens souffrant de fibromyalgie présentent généralement des douleurs chroniques, des raideurs, des faiblesses musculaires, ainsi que de la fatigue, de l'épuisement, des maux de tête, des sueurs, des paresthésies et des troubles de sommeil (132, 133). Les statistiques concernant la prévalence de la fibromyalgie sont très variables d'une étude à l'autre selon le pays étudié. Selon une étude canadienne, 1,1% de la population est atteinte de fibromyalgie (134). Dans une étude européenne, ils ont comparé les données de 5 pays différents. Le pourcentage de gens atteints de la fibromyalgie dans la population générale varie de 1,4% à 3,7% selon le pays (1,4% en France, 2,3% en Espagne, 3,2% en Allemagne, 3,6% au Portugal et 3,7% en Italie) (135). Les études s'accordent pour dire que les femmes sont plus à risque d'être atteintes de la fibromyalgie que les hommes, mais les ratios varient d'une étude à l'autre. En moyenne, deux fois plus de femmes que d'hommes seront à risque de développer la fibromyalgie en Europe (135). Aux États-Unis, les femmes ont 1,64% plus de risque que les hommes d'avoir cette maladie chronique (136). Avoir une maladie chronique peut mener à plusieurs conséquences au niveau de l'identité de la personne, ce qui signifie que la personne ne se voit plus de la même façon qu'avant l'annonce de la maladie (132). Ce changement d'identité peut aussi entraîner plusieurs conséquences au niveau de la vie sociale et familiale des individus souffrant de douleurs chroniques (132).

Selon plusieurs articles rapportant les impressions cliniques de différents professionnels de la physiothérapie, les gens souffrant de fibromyalgie sont souvent identifiés comme étant des patients «difficiles» (137-139). La raison principale est que la fibromyalgie est un syndrome complexe qui cause des symptômes multifactoriels. C'est une maladie qui est encore incomprise, ainsi il manque de stratégies de traitements efficaces pour traiter les symptômes, ce qui entraîne une insatisfaction et une frustration pour les patients autant que pour les professionnels (138). De plus, il a été démontré que les gens souffrant de fibromyalgie sont plus à risque de développer des troubles de l'humeur comme la dépression et des troubles d'anxiété (140).

D'ailleurs, chez la population fibromyalgique canadienne, 22,2% ont par la suite reçu un diagnostic de dépression majeure (134). La dépression majeure est un trouble de l'humeur caractérisée par une tristesse persistante et une perte d'intérêt ou de plaisir dans les activités de la vie quotidienne (AVQ). Un sentiment de faible estime de soi et du désespoir peuvent être ressentis chez les patients atteints de dépression (140). Les patients souffrant de fibromyalgie ou de douleurs chroniques peuvent être pessimistes vis-à-vis des traitements puisqu'ils doivent voir de plus grandes améliorations de leurs symptômes pour pouvoir dire qu'ils sont satisfaits d'un traitement comparé à ceux qui ne souffrent pas de douleurs chroniques (138, 141). Ainsi, les patients souffrant de douleurs chroniques comme la fibromyalgie sont plus à risque d'avoir une diminution marquée de l'espoir de guérison entraînant une baisse de la motivation en physiothérapie.

La motivation d'un individu a une grande influence sur les résultats obtenus lors des traitements en physiothérapie (142-145). Par exemple, deux articles ont testé la combinaison de programmes de motivation avec les traitements de physiothérapie conventionnels chez des sujets souffrant de douleurs lombaires chroniques. Ces articles ont démontré une diminution de l'intensité de la douleur, une augmentation des capacités physiques (mobilité en flexion lombaire et force des muscles abdominaux), une amélioration de la motivation évaluée à l'aide de questionnaires et une amélioration de l'adhérence aux exercices (142, 145). La littérature mentionne aussi l'importance de l'espoir et de l'optimisme de l'individu dans sa réadaptation. L'optimisme et l'espoir sont positivement reliés au bien-être psychologique, au bonheur et à la santé physique et inversement proportionnels à la dépression et l'anxiété (146). En sachant que les gens souffrant de douleurs chroniques sont plus à risque de vivre du désespoir et un manque de motivation, comment les professionnels de la physiothérapie peuvent-ils motiver ces patients sans porter atteinte à leur liberté de choix ou leur autonomie? Dans cet article, nous allons aborder les concepts d'espoir et de motivation afin permettre aux professionnels de la physiothérapie d'être mieux pour intervenir avec des patients souffrant de douleurs chroniques comme la fibromyalgie.

5.2 Méthodologie

Les concepts d'espoir, de motivation et d'influence de choix en physiothérapie seront explorés à travers l'analyse d'une histoire de cas. Ce cas illustre la transformation

de l'identité chez les femmes souffrant de fibromyalgie et il est inspiré d'un cas discuté dans l'article de Asbring (132). Il s'agit d'une femme âgée de 46 ans, que nous nommerons Linda, divorcée, ayant reçu le diagnostic de fibromyalgie il y a 10 ans. Linda ne peut plus travailler en raison de ses symptômes trop importants. Avec l'évolution de la maladie, elle a cessé de pratiquer ses loisirs et s'isole tranquillement de ses amis et de sa famille en raison des multiples douleurs et de sa faible endurance. La patiente doit modifier ses AVQ pour les adapter aux fluctuations de ses symptômes. Elle doit redéfinir son identité pour s'adapter à sa maladie chronique. Cette mise en situation illustre les difficultés auxquelles les professionnels de la physiothérapie peuvent faire face dans leur pratique avec ce type de patient.

L'analyse d'étude de cas est réalisée à partir de la littérature et à travers le cadre conceptuel du principisme. Le principisme est utilisé pour guider la prise de décision éthique et il tient compte de 4 principes: la bienfaisance, la non-malfaisance, le respect de l'autonomie et la justice (54). Les recherches ont été réalisées à l'automne 2015 à l'aide des bases de données suivantes : Medline, Embase et Google scholar. Les mots-clés qui ont été utilisés pour la recherche sont : «*hope*», «*optimism*», «*motivation*», «*nudging*», «*fibromyalgia*», «*chronic pain*», «*ethics*», «*physiotherapy*», «*rehabilitation*», «*patient-centered care*», «*multidisciplinary*», «*autonomy*», «*therapeutic relationship*» et «*communication*».

5.3 Définition des termes abordés

5.3.1 L'espoir

Tout d'abord, nous allons définir le concept de l'espoir. Le dictionnaire Larousse définit l'espoir comme étant le fait d'espérer, d'attendre avec confiance la réalisation de quelque chose (147). L'espoir peut prendre différentes significations selon le contexte. Dans le contexte de guérison d'une condition, l'espoir est susceptible de comporter des éléments d'attentes et de désirs (148). La littérature utilise deux catégories distinctes, soit l'espoir généralisé ou l'espoir particulier (148-151). L'espoir généralisé fait référence de façon plus générale dans la foi au futur ou l'optimisme, sans être relié au temps ou à un évènement particulier (149). Il peut être vu comme un état d'esprit qui donne un sens à la vie et protège l'individu contre le désespoir (148). Tandis que l'espoir particulier est plutôt relié à un objectif ou un désir précis, soit espérer des résultats spécifiques, reliés à la guérison d'une maladie par exemple (149). L'espoir,

qu'il soit généralisé ou particulier, est considéré comme un processus continu souvent entrecoupé de phases de désespoir qui sont influencées par l'incertitude qui peut survenir tout au long du processus de récupération, particulièrement avec des maladies chroniques (148, 149). Dans le contexte de l'histoire de cas présenté plus haut, il porte à croire que l'espoir généralisé et particulier de Linda est diminué puisqu'elle n'est pas optimiste envers le futur et qu'elle ne croit pas pouvoir retrouver une vie normale comme avant son diagnostic de fibromyalgie.

5.3.2 *La motivation*

Le dictionnaire Larousse définit la motivation comme étant des raisons, intérêts, éléments qui poussent quelqu'un dans son action (147). La motivation est influencée par différents facteurs. Certains auteurs rapportés dans l'article de Maclean et Pound (143), considèrent que la motivation est simplement une qualité d'un individu, comme si elle faisait partie de la personnalité de celui-ci. D'autres auteurs mentionnés dans le même article, soulignent le fait que la motivation est influencée par le contexte social et culturel de l'individu, soit la famille, les amis et les professionnels (143). Finalement, plusieurs articles en concluent que la motivation est influencée par de multiples facteurs comprenant les facteurs individuels et sociaux (142-144, 152). Parmi les facteurs sociaux, nous retrouvons aussi l'environnement, le contexte social et l'attitude des professionnels (143, 152). Dans le cas de Linda, son niveau de motivation à la physiothérapie et aux exercices est diminué. Comme elle a une diminution d'espoir de guérison, elle ne voit pas l'intérêt de poursuivre la réadaptation. De plus, comme elle s'éloigne de son environnement social, ses proches ne peuvent pas la soutenir et l'aider à trouver la motivation aux traitements en physiothérapie. Comme l'espoir, la motivation est amenée à changer dans le temps, il s'agit d'un processus inconstant. Ainsi, le professionnel de la physiothérapie peut avoir un impact sur la motivation de ses patients par exemple en utilisant le «nudging», l'éducation ou la rétroaction positive (152).

5.3.3 *Le «Nudging»*

Pour motiver un patient qui serait en phase de désespoir avec peu de motivation, les professionnels de la physiothérapie doivent tenir compte du «nudging» comme méthode d'intervention. Il n'existe pas de traduction exhaustive en français, alors pour bien comprendre le concept dans le cadre de cet article nous allons utiliser le terme anglophone. Le «nudging» est défini par Thaler et Sunstein comme tout aspect du

contexte de décision qui modifie le comportement des gens, de manière prévisible, sans interdire toutes les options (153). Il s'agit de faire des changements dans le contexte de la prise de décision qui vont inciter le patient de façon subtile, et souvent de façon inconsciente, à prendre une décision qui est bienfaisante pour lui (154). Quelques articles ont établi que pour pouvoir définir une intervention comme une technique de «nudging», celle-ci doit préserver la liberté de décision (121, 155). Pour cela, l'individu doit pouvoir résister facilement à cette influence, c'est-à-dire que l'individu peut facilement choisir une autre option que celle qui lui est présentée (121, 155). Par exemple, dans le cas de Linda, une technique de «nudging» que pourrait utiliser le professionnel de la physiothérapie serait de faire de l'enseignement sur les bienfaits de l'exercice et sur l'impact négatif de l'inactivité. De plus, il pourrait inclure dans le plan de traitement des séances de classes d'exercices avec d'autres patients souffrant de fibromyalgie. Ainsi, Linda serait influencée à prendre la décision de faire ses exercices et de prendre sa réadaptation en main, puisqu'elle pourrait voir que la réadaptation améliore la condition des gens autour d'elle. De cette façon, le professionnel de la physiothérapie favorise le consentement libre et éclairé puisqu'il informe la patiente sur les points positifs et négatifs de la réadaptation. De plus, il respecte l'autonomie de Linda comme elle a la liberté de choisir de ne pas participer activement à la réadaptation si elle le souhaite. Le «nudging» peut prendre différentes formes selon le contexte, il peut favoriser l'autonomie ou bien être utilisé de façon paternaliste (121). C'est ce que nous allons étudier dans l'analyse éthique suivante.

5.4 Analyse éthique

Maintenant nous allons nous questionner sur ce que le professionnel de la physiothérapie doit faire ou ne pas faire lorsqu'il se retrouve avec des patients atteints de fibromyalgie qui ont peu d'espoir et de motivation. Il est important de se questionner à savoir: «Jusqu'à quel point les professionnels de la physiothérapie peuvent-ils motiver les patients et influencer leur prise de décision dans le processus de réadaptation?».

5.4.1 Bienfaisance et non-malfaisance

Selon le principisme, les professionnels de la physiothérapie doivent s'assurer de respecter les principes de bienfaisance et de non-malfaisance. Beauchamp et Childress (54) définissent la bienfaisance comme visant à améliorer la qualité de vie et plus généralement la santé des individus. La bienfaisance inclut des actes de miséricorde, de

bonté, d'amitié, de charité et d'autres (54). Bref, elle comprend toutes les formes d'action qui sont bénéfiques pour les autres (54). Alors que la non malfaisance est définie par le fait d'éviter de nuire au patient (54).

Dans le cas de patients avec douleurs chroniques qui sont en phase de désespoir et de démotivation, pour agir par bienfaisance, le professionnel de la physiothérapie doit s'assurer de favoriser l'espoir. D'ailleurs, une méta-analyse a conclu que l'espoir est positivement relié au bien-être psychologique et à la santé physique, ainsi que négativement relié à la dépression et au stress (146). L'espoir a une fonction psychologique considérable et est un mécanisme d'adaptation important (148). Alors, par bienfaisance, il est important d'encourager les patients à conserver une attitude positive envers leur guérison afin de favoriser une meilleure récupération fonctionnelle. Ceci est d'ailleurs appuyé par le fait qu'il s'agit des valeurs et de la mission en physiothérapie. Le code d'éthique de l'association canadienne de physiothérapie mentionne aussi que les membres doivent agir pour le bienfait des patients et s'abstenir de leur porter préjudice (17).

Par contre, la ligne est mince entre encourager l'espoir et donner de faux espoirs, soit de propager de fausses informations ou d'éluder des informations pour encourager les patients à être optimistes dans leur réadaptation. Pour respecter le principe de non-malfaisance, il est essentiel que l'espoir des patients soit réaliste, car des espoirs irréalistes peuvent être potentiellement dommageables, soit causer du stress et empêcher les individus à s'adapter positivement à leur situation ainsi que de reconstruire leur nouvelle identité (148).

La balance entre les risques (non-malfaisance) et les bénéfiques (bienfaisance) nécessite une analyse contextuelle minutieuse. D'un autre côté, le professionnel de la physiothérapie doit être prudent, car détruire les espoirs ou les illusions d'un patient parce qu'ils sont irréalistes peut être plus dommageable que de laisser l'individu s'adapter à sa réalité à son propre rythme (148). Une illusion est définie par le Larousse comme une appréciation conforme à ce que quelqu'un souhaite croire, mais fausse par rapport à la réalité (147). Une illusion positive est donc une croyance ou une interprétation optimiste qui est basée sur la perception de l'individu (156). Les évidences suggèrent que maintenir des illusions positives est avantageux, puisqu'elles sont reliées à de plus grandes émotions positives, un faible taux de dépression et une meilleure

confiance en soi (156). Malgré cela, il est important de garder en tête que l'espoir et les illusions positives peuvent devenir nocifs. Les espoirs irréalistes ou excessifs peuvent entraîner un individu à persévérer des tâches impossibles et ainsi causer de l'épuisement et de la démoralisation (156). Si nous nous basons sur le principisme, il s'agirait ici pour le professionnel de la physiothérapie de s'assurer de favoriser une meilleure qualité de vie du patient en lui portant un minimum de préjudice lorsqu'il doit prendre une décision. D'ailleurs, Dembo et Clemens (156) en arrivent à la conclusion qu'il est éthiquement acceptable de promouvoir l'espoir et les illusions positives tant et aussi longtemps que cela entraîne une augmentation de la qualité de vie et de la santé de l'individu. Ainsi, il est important que le professionnel de la physiothérapie se questionne par rapport à l'éthique de retenir des informations aux patients dans le but de favoriser l'espoir. Pour déterminer s'il doit dire la vérité ou retenir des informations aux patients, le professionnel de la santé devrait prendre la décision dans le sens du meilleur intérêt du patient et de la famille (150).

Particulièrement pour les patients souffrant de maladies chroniques comme la fibromyalgie, puisque ces patients sont plus à risques de souffrir de désespoir, il est important que les professionnels de la physiothérapie comprennent bien le processus d'espoir. Ainsi, ils peuvent accompagner les patients dans ce processus et maintenir un certain niveau d'espoir essentiel pour une bonne récupération et une bonne qualité de vie (149). Si nous revenons à l'histoire de Linda discutée plus tôt, celle-ci a peu d'espoir de voir sa situation s'améliorer. Elle croit qu'elle restera toujours avec des séquelles qui vont lui causer de la douleur et l'empêcher de vaquer à ses activités. C'est le rôle du professionnel de la physiothérapie d'enseigner à Linda ce qu'il peut lui apporter de positif et de lui montrer que la physiothérapie peut aider à améliorer sa qualité de vie. Dans ce cas, le professionnel de la physiothérapie peut enseigner à Linda comment mieux gérer sa douleur afin de diminuer l'impact de la douleur sur ses activités. Par contre, s'il lui fait croire qu'elle n'aura plus aucune douleur suite aux traitements, ce serait considéré comme de faux espoirs et s'il s'avère que Linda a encore de la douleur après les traitements (ce qui est très probable) cela pourrait lui être très nocif. Il y aurait des répercussions autant au niveau de la relation de confiance entre Linda et le professionnel de la physiothérapie et au niveau de l'espoir de Linda. Ceci est aussi appuyé par l'article 40 du code de déontologie, qui mentionne que le professionnel de la

physiothérapie doit s'abstenir de promettre la guérison de la maladie ou le résultat de traitement (17).

5.4.2 Autonomie

Le principe de l'autonomie est défini par le fait que le patient prend part activement aux décisions le concernant (157). Beauchamp et Childress (54) affirment qu'une personne autonome agit librement en accordance avec ses propres valeurs, croyances et besoins. En tant que professionnel de la physiothérapie, pour respecter le principe d'autonomie, celui-ci doit s'assurer de maintenir les capacités des patients à faire leurs choix de façon autonome. Ceci inclut de s'assurer que le patient a toutes les informations nécessaires à une bonne prise de décision et qu'il n'est pas sous le contrôle d'influences externes ou internes (54). Une étude a démontré que les professionnels de la physiothérapie privilégient souvent l'aspect biomécanique et négligent l'aspect biopsychosocial lors de la prise en charge des patients (158). Une façon de s'assurer de l'autonomie des patients est de prioriser une approche centrée sur le patient. Les éléments clés d'une approche centrée sur le patient impliquent d'adopter une perspective biopsychosociale, démontrer du respect envers le patient, partager les informations, responsabilité, prise de décision commune et prioriser la relation thérapeutique (8). D'ailleurs, Stewart et al. (159) ont démontré que l'approche centrée sur le patient est associée à de nombreux résultats de santé favorables, par exemple en diminuant le nombre de tests diagnostiques nécessaires et le nombre de visites au médecin. En analysant la technique de «nudging» en lien avec l'autonomie du patient, on peut constater que son utilisation est controversée. Même si le «nudging» est utilisé par le professionnel de la physiothérapie pour améliorer la motivation et l'espoir des patients, plusieurs auteurs vont critiquer cette technique puisqu'ils considèrent que cela brime l'autonomie des individus en influençant leur prise de décision, c'est-à-dire qu'ils vont agir différemment selon s'ils sont sous l'influence du «nudging» ou non (155). Les critiques stipulent aussi que cette technique interfère avec l'autonomie puisqu'elle profite des faiblesses des individus à prendre leur décision afin de les influencer à faire un choix précis (121). Par contre, Cohen (121) apporte comme contre-arguments que le «nudging» ne suscite pas la prise de décision irrationnelle et qu'elle respecte l'autonomie de l'individu puisqu'il s'agit d'une prise de décision partagée entre le patient et le professionnel de la santé. L'anxiété et le stress peuvent parfois diminuer le jugement des patients, c'est pourquoi les professionnels de la physiothérapie peuvent

aider à renforcer l'autonomie des patients en assistant les patients à faire des choix en lien avec leurs propres objectifs et valeurs (121). Donc, il s'agit ici d'un dilemme éthique entre la bienfaisance et le respect de l'autonomie de l'individu. Il faut donc être prudent avec l'utilisation du «nudging». Il faut s'assurer qu'il est utilisé pour la promotion de la santé, tout en combinant les principes de bienfaisance et le respect de l'autonomie des patients, alors dans ces conditions, il est éthiquement acceptable (121).

Le concept du consentement libre et éclairé découle directement du principe d'autonomie. En effet, pour respecter l'autonomie du patient, celui-ci doit être bien informé afin d'avoir la capacité de bien délibérer et raisonner pour prendre une bonne décision en accord avec ses besoins et ses valeurs (54). D'ailleurs, selon l'article 17 du code de déontologie, les professionnels de la physiothérapie doivent s'assurer d'avoir le consentement libre et éclairé du patient afin d'assurer son autonomie (17). Pour renforcer le consentement libre et éclairé, le professionnel de la physiothérapie doit fournir au patient de façon complète et objective, toutes les explications nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des services professionnels qui seront fournis, notamment la nécessité, la nature, les modalités et les risques (17). Certains auteurs critiquent le «nudging» en disant qu'il modifie l'architecture de la prise de décision à l'insu des individus ce qui nuit au consentement libre et éclairé (121, 154). Par contre, Cohen apporte le concept de prise de décision partagée. Ainsi, le patient apporte les connaissances de ses propres valeurs alors que le rôle du professionnel de la physiothérapie, dans ce partage, est d'offrir des connaissances techniques (121). Le professionnel de la physiothérapie agit plutôt comme un enseignant qui engage le patient dans une délibération morale (121). Il doit être prudent pour ne pas aller dans une approche paternaliste et il se doit de respecter la décision du patient si celui-ci refuse d'appliquer les conseils donnés (121). Donc, le «nudging» respecte le principe d'autonomie en autant que le professionnel de la physiothérapie s'assure du consentement libre et éclairé du patient. D'ailleurs, lorsqu'un échéancier est donné à un patient pour une prise de décision, il s'agit d'une technique de «nudging». En effet, lorsque les patients hésitent dans une prise de décision, mais qu'ils n'ont pas le temps de réfléchir, ils seront tentés d'adopter les conseils du professionnel de la santé (121).

Le principe d'autonomie est essentiel pour maintenir une bonne relation thérapeutique. Une relation thérapeutique de confiance se base principalement sur l'honnêteté et la communication. Il a été démontré qu'une communication efficace entre

les patients et les professionnels de la physiothérapie peut améliorer significativement le statut de santé du patient (160). Par exemple, le renforcement de la communication peut entraîner une augmentation de l'accessibilité aux soins, une meilleure connaissance et compréhension partagée, des décisions médicales de qualité supérieure, de solides alliances thérapeutiques, un soutien accru et une meilleure gestion des émotions du patient (160). Nous pouvons conclure qu'une bonne communication efficace et honnête est un élément essentiel afin d'assurer une bonne relation thérapeutique ainsi que pour assurer l'autonomie du patient. La relation thérapeutique implique un respect mutuel de la part du patient et du professionnel de la physiothérapie, c'est-à-dire que le patient doit respecter l'expertise du professionnel de la physiothérapie et celui-ci doit rester ouvert et respectueux envers les connaissances et l'expérience du patient (158). Ainsi, il est important pour conserver une relation thérapeutique de confiance de s'assurer de préserver l'autonomie du patient et de développer une communication efficace.

Par exemple, dans le cas de Linda, le «nudging» peut prendre différentes formes. D'abord, la simple attitude du professionnel de la physiothérapie peut influencer le comportement de la patiente. Si celui-ci adopte une attitude qui projette de l'optimisme et qu'il apparaît digne de confiance, il peut induire de l'optimisme à Linda. Le professionnel de la physiothérapie peut aussi utiliser le «nudging» en enseignant à Linda l'impact des exercices et en lui démontrant les bienfaits qu'elle pourrait en retirer. Ensuite, il lui offre des choix de plans de traitement en lien avec ses objectifs. De cette façon, il respecte le principe d'autonomie puisque Linda est libre d'accepter ou de refuser le plan de traitement proposé. Une façon de plus de s'assurer que la liberté de décision de Linda est respectée serait de lui demander régulièrement si elle est satisfaite et en accord avec le déroulement de la réadaptation. En agissant ainsi, le «nudging» est éthiquement acceptable puisqu'il respecte les principes de bienfaisance et d'autonomie. Par contre, si le professionnel de la physiothérapie enseigne à Linda les bienfaits des exercices et lui explique le plan de traitement qu'il a choisi sans lui offrir d'autres options, alors il s'agit d'une attitude paternaliste qui nuit à l'autonomie de Linda.

5.5 Stratégies d'interventions

Comme nous l'avons vu ci-haut, l'espoir et la motivation sont deux concepts différents, mais ils sont inter-reliés dans la relation thérapeutique. Les deux concepts apportent des réflexions et des stratégies qui peuvent aider dans la prise en charge des

patients. Alors, voici les différentes stratégies que les professionnels de la physiothérapie peuvent utiliser afin de favoriser l'espoir et de maintenir la motivation chez leurs patients tout en respectant leur libre choix.

Les techniques de motivations suivantes peuvent facilement être ajoutées aux traitements en physiothérapie :

L'**éducation** des patients est un élément essentiel afin de favoriser une bonne motivation des patients à la réadaptation. La motivation peut être influencée de façon positive par l'explication des buts de la réadaptation en tenant compte des valeurs et des attentes des patients (143). Le professionnel de la physiothérapie doit bien expliquer les raisons des interventions, car si elles ne sont pas claires, les patients peuvent percevoir les interventions comme non pertinentes (143). Il faut souvent leur rappeler les buts qui supportent les interventions en physiothérapie (143). Pour favoriser l'espoir et la motivation des patients, il est essentiel qu'ils soient au courant des coûts et des bénéfices reliés à la réadaptation (152). Le professionnel de la physiothérapie doit avoir un rôle d'enseignant dans la relation thérapeutique, c'est-à-dire qu'il doit aider le patient à s'engager dans une délibération morale pour ce qui est bon pour lui (121). Dans le cas de Linda, il serait très important que le professionnel de la physiothérapie lui enseigne ce que la physiothérapie pourra lui apporter et pourquoi les exercices sont importants pour améliorer sa situation. Par exemple, il peut lui expliquer qu'en apprenant à mieux gérer la douleur, Linda pourra continuer à faire ses activités. Ceci est donc une source de motivation pour Linda puisque c'est en lien avec ses objectifs personnels.

La **communication** est primordiale afin de favoriser une bonne relation thérapeutique de confiance. D'ailleurs, il est important au début de la thérapie de décider avec le patient et la famille ce qu'ils veulent recevoir comme information selon leur culture et leurs croyances (150). Dans un article, Thorne et al. (161) ont rapportés les perceptions des patients d'une communication efficace ou non. Les patients suggéraient d'individualiser les informations données selon chaque patient en demandant par exemple: «Avez-vous besoin de plus d'information?». Ils suggéraient aussi aux professionnels de s'assurer que leurs patients ont bien compris l'information délivrée, puisque souvent les informations ne sont pas interprétées de la même façon selon le contexte. Il est plus avantageux d'éviter de donner trop d'informations aux patients en même temps afin de ne pas les surcharger, et surtout pas lorsqu'il s'agit de mauvaises

nouvelles. De plus, selon Pergert et Lützen (150), il est important de maintenir l'espoir des patients lors des communications. Donc, il est important de ne pas donner seulement de mauvaises nouvelles, mais aussi d'informer le patient sur les progressions et les succès de la réadaptation. Les patients de cette étude ont rapporté une communication aidante lorsque les informations étaient délivrées en temps opportun et avec empathie, ainsi que lorsque l'emphase était mise sur le plan d'action. La **rétroaction positive** est une autre technique de motivation qui peut facilement aider à motiver le patient. Il s'agit d'encourager le patient en lui donnant de la rétroaction positive et commenter ses efforts. Le professionnel de la physiothérapie peut aussi développer, en coopération avec le patient, un système de récompenses et de punitions, tout en mettant plus d'emphase sur le renforcement positif (142).

L'utilisation d'un **contrat de traitement** avec les patients qui ont peu de motivation ou d'espoir peut être bénéfique pour encourager l'adhérence aux traitements. Il doit être établi en collaboration avec le patient. Ainsi, le patient s'engage à faire les exercices de façon régulière selon ce qui est convenu avec le professionnel de la physiothérapie. Le contrat peut aussi inclure les récompenses et punitions préétablis avec le professionnel afin d'encourager l'adhérence aux exercices. Il est suggéré aux patients de placer le contrat à un endroit visible à la maison afin d'encourager leur motivation (142). La tenue d'un **journal quotidien** des exercices qui ont été faits est un autre outil qui peut être utilisé avec cette clientèle. De cette façon, ils peuvent avoir un suivi plus visuel de leur progression (142).

La croyance des patients en leur pouvoir d'**autogestion** est à la base de la motivation, au bien-être et aux accomplissements personnels (162). D'ailleurs, il a été démontré que l'autogestion est un prédicteur de performance (162). C'est pourquoi il est aussi important d'encourager les patients à se prendre en charge. Le professionnel de la physiothérapie doit favoriser une autogestion de la douleur chez les patients souffrant de douleurs chroniques afin qu'ils ne se sentent pas impuissants face à leur situation. De plus, augmenter l'autogestion chez les patients peut les aider à gérer leurs symptômes et ainsi leur permettre d'atteindre une meilleure qualité de vie (163). Voici des stratégies pouvant favoriser l'autogestion. D'abord, l'apprentissage par expérience personnel est une des techniques les plus puissantes pour améliorer l'autogestion. Par exemple, lorsque le patient réalise une tâche qui lui faisait peur ou qu'il voyait comme irréalisable auparavant cela permet d'augmenter sa confiance en lui et ainsi sa capacité d'auto-prise

en charge. Ensuite, le professionnel de la physiothérapie peut créer un environnement dans lequel le patient peut observer des gens qui lui sont semblables performer avec succès les mêmes exercices. C'est pourquoi il peut être avantageux de prioriser les classes d'exercices plutôt que les programmes d'exercices à domicile. La qualité de l'environnement en réadaptation est aussi déterminante pour la motivation (143). Il est important de favoriser un milieu stimulant pour les patients afin de promouvoir leur motivation. Les encouragements verbaux de la part des professionnels de la physiothérapie permettent aussi d'augmenter la confiance en soi des patients et ainsi leur autogestion. Finalement, l'amélioration des symptômes ou une rétroaction physique suite aux exercices influence de façon positive l'autogestion des patients (163). Dans le cas de Linda, il pourrait être bénéfique de la faire participer à des classes d'exercices avec des gens qui souffrent de fibromyalgie aussi. Le fait de voir comment les gens qui sont dans la même condition s'y prennent pour contrôler leurs symptômes pourrait aider Linda à améliorer la prise en charge de ses propres symptômes.

Les différences entre les systèmes de valeurs des patients et des professionnels de la physiothérapie peuvent entraîner des effets délétères sur la motivation des patients. Chaque individu a sa propre culture et ses propres valeurs, alors il faut avoir une bonne communication et le professionnel de la physiothérapie doit **s'adapter** à chacun de ses patients (143). Encore en lien avec l'autogestion, il faut aider le patient à identifier et incorporer dans sa vie des renforcements positifs pour l'encourager à autogérer son comportement d'adaptation (152). Il faut donc aider le patient à trouver des objectifs réalistes et mesurables et ceci pourra participer à augmenter leur motivation. Quand la réadaptation vise un niveau de fonction qui est inacceptable (trop ambitieux) pour le patient, c'est difficile pour celui-ci de développer la motivation pour atteindre cet objectif (143). Donc, il faut cibler des buts communs avec les patients et s'assurer qu'ils ressentent que leurs points de vue et leurs intérêts sont mis de l'avant (143). D'ailleurs, comme le mentionne l'article 36 du code de déontologie des physiothérapeutes (17): *«Le membre doit chercher à établir une relation de confiance mutuelle entre lui-même et son client. À cette fin, le membre doit notamment: s'abstenir d'exercer sa profession de façon impersonnelle et mener ses entrevues de manière à respecter l'échelle de valeurs et les convictions personnelles de son client, lorsque ce dernier l'en informe».*

Donc, pour conserver une bonne relation de confiance, le professionnel de la physiothérapie se doit de respecter les valeurs et les convictions personnelles de son patient. C'est pourquoi il est important de questionner les patients sur leurs attentes en physiothérapie. Ainsi, le professionnel de la physiothérapie peut établir des objectifs de traitements en lien avec leurs objectifs, ce qui favorise une bonne motivation (138) .

Une bonne **compréhension** de tous les facteurs qui ont un impact sur la motivation permettra également aux professionnels de la physiothérapie de mieux faire face au phénomène de désengagement des patients face à leur réadaptation (143). Le professionnel de la physiothérapie doit être comme un professeur qui engage le patient dans une délibération morale plutôt que de persuader le patient selon sa propre vision de ce qui est bon pour lui.

Dans leur revue critique sur le concept de la motivation chez les patients en réadaptation, Maclean et Pound (143) ont mis en valeur les **qualités principales** que doivent avoir les professionnels de la physiothérapie pour augmenter la motivation et l'espoir des patients. D'abord, il s'agit d'avoir une constante attitude positive et encourageante envers le patient. Avoir une attitude confiante et positive est en soi une technique de «nudging» qui peut aider à améliorer l'espoir du patient (121). Lorsque le professionnel de la physiothérapie a peu d'attentes de résultats positifs de la réadaptation du patient, cela entraîne un impact négatif sur la motivation de celui-ci (144). Le professionnel de la physiothérapie doit viser à responsabiliser le patient à devenir activement impliqué dans son programme de réadaptation. Ainsi, il s'agit d'aider le patient à avoir une meilleure prise en charge de sa propre condition (143). Ensuite, l'habilité du professionnel à choisir des moyens appropriés pour atteindre les buts ciblés est importante afin que le patient puisse observer des résultats positifs. Finalement, le professionnel de la physiothérapie doit s'assurer d'avoir une attitude empathique et chaleureuse envers ses patients.

Il a été démontré que l'intensité de la douleur est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques et fonctionnels (164). Ainsi avec des patients souffrant de douleurs chroniques comme la fibromyalgie, une approche **interdisciplinaire** est à privilégier (165). Par contre, dans le cadre d'une approche interdisciplinaire, il est important d'**éviter** d'envoyer des **messages contradictoires** entre les professionnels,

car les patients choisissent souvent le chemin avec le moins de résistance. Il faut donc s'assurer d'avoir une bonne communication interdisciplinaire (143, 144).

5.6 Conclusion

Les patients avec des douleurs chroniques, comme les patients avec la fibromyalgie, peuvent être caractérisés de patients «difficiles» par les professionnels de la santé. La diminution de l'espoir et de la motivation chez ces patients est une des causes pouvant entraîner une réadaptation plus difficile. Il fait partie du rôle du professionnel de la physiothérapie de trouver des outils et des stratégies afin d'améliorer la motivation et l'espoir des patients comme l'enseignement et la rétroaction positive. Il est toutefois important de trouver un équilibre dans ses interventions, en fonction du contexte, pour ne pas faire preuve de paternalisme et ainsi brimer l'autonomie de ses patients. Il faut s'assurer que les stratégies utilisées pour améliorer la motivation et l'espoir des patients respectent le code de déontologie de la profession ainsi que les grands principes du principisme, soit la bienfaisance, la non-malfaisance et le respect de l'autonomie. La clé, afin de favoriser l'espoir et la motivation des patients, réside dans l'établissement d'une bonne relation thérapeutique avec ceux-ci (145). Ainsi, il est important pour le professionnel de la physiothérapie de bâtir une bonne relation de confiance avec le patient afin de favoriser une bonne motivation aux traitements de physiothérapie.

Patient «difficile» ou «relation difficile» : Comment agir en physiothérapie?

Chapitre 6

Quand les plaintes subjectives ne sont pas corrélées avec des mesures objectives : impacts sur la relation thérapeutique

Par Emilie Fillion

6. Quand les plaintes subjectives ne sont pas corrélées avec des mesures objectives : impacts sur la relation thérapeutique

6.1 Introduction

En physiothérapie, avoir une bonne relation thérapeutique avec le patient est essentielle et est la base de l'intervention auprès de la clientèle. Dans cette relation thérapeutique, l'interaction entre le patient et le professionnel de la physiothérapie, soit le physiothérapeute et le thérapeute en réadaptation physique (T.R.P), est jugée comme étant l'élément central (110, 166). Cette interaction est optimisée par une approche centrée sur le patient, ainsi qu'une communication efficace favorisant une relation thérapeutique saine (19, 167, 168). D'ailleurs, des évidences mentionnent qu'une approche centrée sur le patient est à prioriser afin de prodiguer des soins de grande qualité (8). Elle consiste à avoir une approche respectueuse et à positionner les intérêts du patient au centre des préoccupations du professionnel de la physiothérapie. C'est un partenariat avec le patient. De plus, une communication efficace favorise l'adhérence et la satisfaction du patient (1, 110). Cette communication efficace consiste à ce que le professionnel ajuste son approche selon le patient, qu'il fasse preuve d'écoute active, d'honnêteté et d'empathie, qu'il donne des explications claires tout au long du processus en physiothérapie et qu'il reconnaisse ses propres valeurs, besoins, intérêts, émotions et croyances en tant que professionnel (1, 167). Afin d'obtenir et d'entretenir une relation thérapeutique saine, il doit y avoir un bon lien de confiance réciproque entre le patient et le professionnel (169). D'ailleurs, le code de déontologie dicte aux professionnels de la physiothérapie la nécessité d'obtenir et d'entretenir une relation de confiance mutuelle (17). En effet, le lien qui unit le patient et le professionnel peut avoir un grand impact sur l'expérience du patient. La création de ce lien de confiance repose entre autres sur l'opinion que le patient se fait du professionnel. Cette opinion peut être influencée par divers éléments soit la tenue vestimentaire, la qualité du langage et l'attitude professionnelle (169). Un bon lien de confiance du patient envers le professionnel a aussi un effet positif sur sa satisfaction (166).

Durant les formations académiques et la carrière des professionnels de la physiothérapie, la place de l'objectivation des symptômes rapportés par les patients est importante. L'objectivation est le fait de vouloir rendre perceptible une idée plus abstraite (comme la douleur) avec des éléments mesurables et quantifiables. L'objectivation des symptômes est une des prémisses dans le modèle biomédical utilisé par beaucoup de

professionnels de la physiothérapie (18). Ce modèle biomédical considère, dans une vision très mécanique, que la douleur est pratiquement synonyme de lésion tissulaire (170). En effet, afin de faire disparaître la douleur, il consiste à localiser la pathologie sous-jacente et à l'éliminer via le traitement approprié à cette pathologie. Ainsi, si lors de l'évaluation, il y a une absence de signe mécanique ou physiologique, comme une atteinte tissulaire, corroborant la présence de la douleur, cela peut créer la suspicion des propos du patient par le professionnel. La tendance à vouloir objectiver les symptômes des patients a ses avantages et ses inconvénients en physiothérapie. Elle est souvent utilisée afin de rechercher de façon concrète la présence d'une pathologie. Il y a des évidences que la confirmation d'une pathologie existante peut permettre d'expliquer la raison de la présence d'une douleur sans toutefois quantifier l'intensité de cette douleur (171). En effet, la passation de différents tests en physiothérapie ou d'exams médicaux, comme l'imagerie par résonance magnétique, permet de confirmer ou d'infirmer la présence d'une pathologie et donc possiblement d'expliquer la présence de douleur ou de plaintes subjectives. Par contre, il y a des évidences qui suggèrent que l'utilisation de techniques d'imagerie peut retarder la récupération d'un individu (172). Elle peut aussi donner l'impression au professionnel de la santé et au patient d'une lésion plus grave qu'elle ne l'est en réalité et ainsi contribuer à un mauvais pronostic.

Par contre, il est prouvé qu'il n'y a pas d'association absolue entre la quantité de dommage tissulaire et la sévérité de la douleur (173). Parfois, lorsque les circonstances d'apparition de la douleur ne sont pas claires et que la douleur ne disparaît pas comme prévue, les facteurs psychosociaux peuvent être inclus comme des éléments centraux lors de l'élaboration du plan de traitement (171). L'approche biopsychosociale est de plus en plus étudiée et recommandée en physiothérapie, car elle est jugée plus efficace que l'approche biomédicale dans le traitement de la lombalgie chronique ou pour la prise en charge d'une clientèle «difficile» (18). Plusieurs études ont souligné les caractéristiques définissant les patients «difficiles», qui sont entre autres, un patient complexe avec qui l'interaction est difficile, qui a consulté plusieurs professionnels de la santé ou qui présente des multiples douleurs (18). Le professionnel de la physiothérapie qui juge le patient ainsi, et qui est face à une impasse, ne sait pas comment le traiter ou n'obtient pas les résultats attendus. Avec l'approche biomédicale, la suspicion de simulation par le professionnel de la physiothérapie à l'égard du patient rend la situation complexe et nuit à la relation thérapeutique. En effet, le professionnel de la physiothérapie n'a pas de résultat concluant et se questionne sur la véracité des propos

du patient ainsi que sur les raisons possibles qui pourraient expliquer la simulation. Alors, face à ce genre de situation, le professionnel doit probablement juger le patient comme étant «difficile». D'un autre côté, l'approche biopsychosociale tient compte des sphères biologique, psychologique et sociale d'un individu, ainsi que leur influence sur la douleur ou sur d'autres plaintes subjectives (18). Elle reconnaît aussi l'influence des signes et symptômes sur le comportement de l'individu et sur son fonctionnement affectif et social (172).

L'objectif de ce travail est d'analyser l'impact de l'objectivation des symptômes sur la relation thérapeutique à travers l'analyse d'un cas ayant un trouble vestibulaire. Ceci permettra d'offrir aux professionnels de la physiothérapie des recommandations dans la prise en charge de cette clientèle.

6.2 Méthodologie

Cet article consiste en une analyse d'étude de cas basée sur une lecture de la littérature à l'aide du cadre théorique du principisme de Beauchamp et Childress (54). Les éléments qui composent le principisme sont la bienfaisance, la non-malfaisance, le respect de l'autonomie et la justice. Les articles consultés entre les mois de mai 2015 et février 2016 ont été recherchés dans les bases de données Pubmed, Embase, Medline et Google Scholar, et les mots clés utilisés en français et en anglais sont : pathology, dizziness, rehabilitation, evaluation, vestibular, malingering, objectivation, principisme et relation thérapeutique.

6.2.1 Présentation de cas

Cette histoire de cas théorique tirée de la littérature porte sur les troubles vestibulaires et la possibilité de résultats négatifs à différents tests diagnostiques (174). Mme Allard est une femme de 48 ans, sans emploi, qui travaillait antérieurement comme adjointe administrative. Au niveau de sa condition médicale, la dame ne présente pas de particularité sauf que, depuis le début de la vingtaine, elle souffre de migraine. Suite à une intervention chez le dentiste en août 2007, Mme Allard a eu un épisode de déséquilibre. Cet épisode est ensuite devenu une sensation constante d'étourdissements qui augmente dans les environnements visuellement complexes comme regarder un ventilateur au plafond ou marcher dans une épicerie. À cause de ses symptômes, elle mentionne ne plus se sentir en sécurité à l'extérieur de sa maison et elle a perdu son emploi. Elle se sent toujours inquiète de ses symptômes, ses

incapacités, la perte de son emploi et ses responsabilités familiales. De plus, depuis l'apparition des symptômes, elle souffre d'anxiété et de dépression. La dame a subi des évaluations neurologique, auditive et d'équilibre et une imagerie médicale du cerveau. Les résultats ont tous été jugés normaux. Mme Allard a reçu un diagnostic de syndrome vestibulaire non-spécifique. Elle a ensuite rencontré un professionnel de la physiothérapie ayant la formation adéquate pour traiter les troubles vestibulaires. Les tests ont démontré un équilibre normal et la présence de vertiges et d'anxiété provoqués par une situation visuelle complexe. Le plan de traitement vise à aider la dame à diminuer la sensation de vertiges et d'anxiété lors d'environnements visuellement complexes comme sortir de la maison et à améliorer graduellement la confiance en son équilibre.

6.3 Définition des termes

6.3.1 Le vertige

Un trouble vestibulaire est caractérisé par une sensation de vertige et de déséquilibre (175). Le vertige, symptôme rapporté par Mme Allard, se définit comme étant une sensation de mouvement du corps ou de l'environnement (176). Il peut être causé par un problème physiologique tel qu'un traumatisme au niveau du système vestibulaire ou du système nerveux central, ou par un problème non physiologique tel que l'anxiété, la dépression ou un trouble de stress post-traumatique (177). La prévalence du vertige dans la communauté varie de 1,8% chez les jeunes adultes à 30% chez les personnes âgées. Elle augmente avec l'âge et, chez 7% des personnes âgées, elle est la raison de consultation médicale (178). Parmi les troubles vestibulaires périphériques, le vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB) est le trouble ayant l'incidence la plus élevée. En effet, dans une étude faite par Bath et al. (179), parmi tous les troubles vestibulaires périphériques, le VPPB a été le diagnostic le plus commun soit chez 36,5% des 235 sujets à l'étude. En physiothérapie, plusieurs tests et techniques de traitements peuvent être utilisés pour l'évaluation et la rééducation vestibulaire (180-182).

6.3.2 La simulation

Lorsque les tests effectués révèlent des résultats non concluants, comme dans l'histoire de cas mentionnée plus haut, ceci pourrait faire douter le professionnel sur la véracité des propos rapportés par le patient. Alors, la possibilité de simulation de la part

du patient pourrait être envisagée par le professionnel. La simulation est définie comme le fait qu'une personne crée délibérément ou aggrave un problème physique ou psychologique dans un but d'obtenir un bénéfice quelconque associé à ce déficit (183, 184). En effet, la simulation implique nécessairement que les symptômes soient produits intentionnellement, donc l'exagération des symptômes n'est pas un synonyme de simulation (185). Il est d'ailleurs difficile de distinguer les purs simulateurs de ceux qui ont un réel problème physiologique et qui vivent une aggravation de leurs déficits pour différentes raisons psychosociales (183). Le diagnostic de simulation est rare, et présent que chez une minorité des patients souffrants de douleur suite à une blessure potentiellement indemnisable (185). Selon le DSM-5 (186), il est recommandé de suspecter la simulation lorsque l'on est en présence de deux ou plus de ces conditions: un contexte médico-légal, comme un individu référé par un avocat pour une évaluation ou un individu qui a des charges criminelles et qui désire être évalué, une incohérence entre ce qui est rapporté par le patient et les observations faites par le professionnel au niveau des éléments stressants et des incapacités, un manque de collaboration lors de l'évaluation et du traitement et la présence d'un trouble de personnalité antisociale. Pour l'évaluation de la simulation, il y a plusieurs tests, questionnaires et critères diagnostiques pouvant être utilisés, mais les niveaux d'évidences sont faibles (184, 187, 188). Par exemple, les questionnaires Pain Disability Index (PDI) et Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ) ne sont pas capables, pour un score élevé, de distinguer la possibilité d'une présence de complication psychologique ou de simulation chez des patients avec une douleur chronique (188). Ces questionnaires ne peuvent donc pas être utilisés comme des tests diagnostiques. Il est donc difficile de se prononcer, en tant que professionnel, sur la présence ou non de simulation via des tests objectifs.

6.4 Analyse de cas basée sur le principisme

6.4.1 Bienfaisance et non-malfaisance

Le principe de bienfaisance exige que le professionnel de la physiothérapie agisse de son mieux afin d'améliorer la qualité de vie de son patient via toutes formes d'actions professionnelles (54). Il doit agir dans l'intérêt et le bien-être du patient. Il doit aussi prévenir et éliminer les conditions susceptibles de causer un préjudice au patient. Le principe de non-malfaisance, quant à lui, mentionne que le professionnel de la

physiothérapie doit d'abord et par-dessus tout ne pas faire de mal et de préjudice au patient. Il doit donc éviter de nuire à la santé et au bien-être du patient.

Si, lors de la passation des différents tests diagnostiques, il n'y a pas de corrélation entre les résultats et les symptômes rapportés par le patient, le professionnel de la physiothérapie pourrait alors se questionner sur la véracité des propos du patient. Par exemple, dans l'histoire de Mme Allard, le professionnel de la physiothérapie pourrait douter des vertiges rapportés par celle-ci. Puisque le professionnel a des suspicions sur les vertiges de la dame, il serait possible qu'elle soit considérée par le professionnel comme étant difficile à traiter. Cette catégorisation de patient «difficile» pourrait provoquer plusieurs sentiments chez le professionnel comme de la frustration et du découragement, ce qui modifierait son comportement et son attitude envers elle et conséquemment modifier son jugement clinique (18).

D'ailleurs, il a des évidences que, chez des patients ayant une lombalgie chronique, le jugement clinique du professionnel de la physiothérapie peut être influencé par ses propres croyances à l'égard de la douleur et de sa gestion ainsi que par les caractéristiques de bon patient ou de patient «difficile» qu'il attribue au patient (18). Les éléments qui peuvent être influencés sont l'élaboration des stratégies de traitement, les recommandations données et les résultats obtenus aux traitements. Conséquemment à l'influence du jugement du professionnel, celui-ci pourrait prendre des décisions pouvant nuire au patient. Par exemple, si, suite aux résultats négatifs des différents tests diagnostiques, le professionnel de la physiothérapie décidait de donner congé à Mme Allard, l'arrêt du traitement pourrait ainsi nuire davantage à sa condition. Le professionnel doit toujours garder en tête qu'il a l'obligation de ne pas nuire au patient et d'agir pour son bien-être. En effet, le professionnel de la physiothérapie ne doit pas baser son jugement clinique que sur un manque de résultat concluant aux tests, mais aussi sur les informations rapportées par le patient afin de prendre une décision claire et adaptée à ses besoins. D'une autre part, le changement d'attitude et de comportement du professionnel pourrait créer une barrière à la communication avec le patient et affecter grandement la relation thérapeutique. Alors, le traitement pourrait être non-optimal ce qui renforcerait les symptômes et les incapacités du patient. D'ailleurs, il y a des évidences que la qualité de la relation thérapeutique peut être influencée par plusieurs facteurs provenant du patient et du professionnel tels que leurs connaissances, attentes, attitudes, émotions, perceptions, comportements et aptitudes

en communication (1). Sachant que tous ces éléments peuvent influencer la qualité de la relation, le professionnel de la physiothérapie doit être conscient de l'influence de son comportement et de son attitude, et en faire une introspection afin d'éviter qu'il y ait un impact négatif sur la relation thérapeutique et donc sur le lien de confiance. D'ailleurs, il est recommandé que le professionnel de la physiothérapie utilise une pratique réflexive avec cette clientèle, autrement dit, qu'il soit plus conscient de ses attitudes, valeurs, besoins, croyances et réponses émotives envers les patients considérés «difficiles» et qu'il en fasse une meilleure introspection (1). Il doit aussi se rappeler du principe de bienfaisance mentionnant que le professionnel de la physiothérapie doit prévenir et éliminer les conditions susceptibles de causer un préjudice au patient, et aussi des obligations déontologiques stipulant qu'il revient au professionnel de la physiothérapie d'établir et d'entretenir une saine relation thérapeutique (17, 169).

Il faut comprendre que des tests non concluants ne confirment pas d'emblée la présence de simulation de la part du patient. En effet, il y a des évidences qu'une pathologie à la colonne peut exister chez un patient asymptomatique de façon comparable à un patient avec une lombalgie (189). Une douleur lombaire sévère peut aussi être rapportée sans évidence supportant un diagnostic précis. À cause du désir d'objectivation des symptômes, le professionnel de la physiothérapie pourrait passer à côté de l'approche biopsychosociale et ainsi ne pas tenir compte de toutes les sphères de la vie du patient qui peuvent être touchées par la maladie. Dans l'histoire de Mme Allard, si le professionnel de la physiothérapie n'avait pas tenu compte de l'impact psychologique et social qu'engendre les vertiges chez elle, comme l'anxiété et l'isolement social, il aurait passé à côté du principal problème. C'est pourquoi le professionnel de la physiothérapie ne peut pas se fier qu'aux tests lors de sa réflexion sur la présence ou non de simulation. Lorsque le professionnel a un léger doute que le patient simule, afin de ne pas nuire au lien thérapeutique, au bien-être et aux intérêts du patient, il est mieux d'assumer que la personne ne simule pas (184). Il doit continuer d'agir de façon à aider et à améliorer la condition du patient. Lorsque le professionnel de la physiothérapie a des évidences fortes que le patient simule, il n'est pas recommandé de le confronter, mais plutôt de communiquer de façon efficace, car ceci pourrait causer un litige et la confrontation pourrait escalader vers un comportement violent (184). En effet, le professionnel de la physiothérapie doit faire preuve d'écoute active, d'honnêteté et d'empathie, il doit s'exprimer de façon claire et il doit, en moment jugé opportun, discuter calmement avec le patient de la situation. D'ailleurs, pour la gestion des patients

considérés comme «difficiles», une communication efficace est importante tout au long de la relation (1). De plus, en cas de doute, il est préférable que le professionnel de la physiothérapie ne change pas son comportement ou son attitude envers le patient, car la création du lien de confiance est basée sur l'opinion du patient à propos du professionnel et parce que ce dernier doit s'assurer d'entretenir le lien de confiance avec le patient. Un changement dans son comportement ou son attitude envers le patient pourrait affecter grandement le lien de confiance nuisant ainsi à la relation thérapeutique. D'ailleurs, advenant un bris du lien de confiance entre les deux, soit de la part du patient ou du professionnel, ce dernier doit s'assurer de la continuité des soins du patient en le référant à un autre collègue (17). D'une autre part, si, chez le patient, des facteurs psychologiques sont présents et causés par l'expérience de la douleur ainsi qu'à ses incapacités fonctionnelles, le professionnel de la physiothérapie devra tenir compte de ces facteurs dans le plan de traitement, car ils sont considérés comme étant de sa responsabilité. À l'opposé, lorsque les problèmes du patient sont d'origine psychologique, il est suggéré de référer à un professionnel qualifié pour ce type de problème (18). Dans l'histoire de Mme Allard, puisqu'elle souffre d'anxiété et de dépression, le professionnel de la physiothérapie doit la référer à un professionnel pour ceci, avec l'accord de la patiente. Il doit aussi intervenir au niveau de l'apparition d'anxiété et des vertiges dans les environnements visuellement difficiles. Son plan de traitement est d'ailleurs dans ce sens. Il vise à aider la dame à diminuer la sensation de vertige et d'anxiété lors d'environnements visuels complexes comme sortir de la maison et à améliorer graduellement la confiance en son équilibre. Dans cette histoire, le professionnel de la physiothérapie a bien agi, il a tenu compte des facteurs biopsychosociaux causant les incapacités fonctionnelles chez la patiente et les a inclus dans son plan de traitement.

6.4.2 Respect de l'autonomie

Le principe du respect de l'autonomie consiste à faciliter la prise de décision autonome du patient en adéquation avec ses valeurs et ses croyances en divulguant les informations nécessaires et en s'assurant de la compréhension et du consentement du patient (54). Le professionnel de la physiothérapie doit ainsi respecter les valeurs et les croyances du patient, et agir dans cette lignée en diminuant les craintes ou les conditions pouvant nuire à son autonomie. Il doit aussi favoriser la responsabilisation du patient face à la réadaptation. D'ailleurs, selon le code de déontologie des

professionnels de la physiothérapie (17), lorsque le patient informe le professionnel de ses valeurs et de ses convictions personnelles, ce dernier doit s'assurer de les respecter. Dans l'histoire de cas, puisque la dame était inquiète face à ses vertiges, ses incapacités, sa perte d'emploi et ses responsabilités familiales, le professionnel de la physiothérapie doit comprendre ses inquiétudes et ses valeurs, et en tenir compte dans le traitement. Plus le professionnel comprend le patient dans sa globalité, plus il pourra l'aider. Le principe du respect de l'autonomie sous-tend une approche centrée sur le patient, car elle permet au professionnel de positionner le patient et ses intérêts au centre de ses préoccupations. En effet, cette approche tient compte des répercussions de toutes les difficultés vécues par le patient conséquemment aux signes et symptômes et aux aspects psychologiques et sociaux du patient, ce qui correspond à l'approche biopsychosociale (8). L'approche biopsychosociale devrait être priorisée par rapport à l'approche biomédicale. Il y a des évidences que l'utilisation de l'approche biomédicale avec les patients «difficiles» provoque un sentiment de manque d'efficacité chez le professionnel de la physiothérapie, ainsi que la croyance que peu d'amélioration est possible. Ceci contribue aux sentiments de frustration et de découragement du professionnel et à un manque d'empathie envers le patient (18). Si le professionnel de la physiothérapie démontrait sa pauvre espérance d'amélioration de la condition du patient via ses explications et ses recommandations ou par son langage non-verbal, ceci pourrait entretenir ou renforcer le stéréotype du patient «difficile» et ainsi occasionner de pauvres résultats, créant alors un cercle vicieux (18). De plus, l'approche centrée sur le patient considère les attentes, les croyances, les sentiments et les inquiétudes du patient (8). Elle préconise la collaboration, la participation et l'implication du patient tout au long de la thérapie favorisant ainsi son autonomie (8). Cette approche accorde une grande importance à une relation thérapeutique saine. Elle considère aussi le professionnel de la physiothérapie en tant qu'individu, avec sa propre personnalité et ses émotions, ainsi que l'influence de son comportement et de son attitude sur le patient (8).

6.4.3 Justice

Le dernier principe exige que toutes personnes soient traitées de manière égale sans discrimination peu importe leur différence (54). Par exemple, toutes les personnes ayant des incapacités doivent pouvoir bénéficier des mêmes services. Il y a des évidences supportant qu'un patient jugé comme étant «difficile» à traiter peut avoir un

traitement inéquitable (18). Selon le principe de justice, le professionnel de la physiothérapie qui suspecte le patient de simuler ou qui le catégorise comme «difficile» ne doit pas influencer son traitement au dépend du patient. Il doit traiter celui-ci de la même façon que celui qu'il ne suspecte pas ou comme celui caractérisé de «bon» patient. Pour l'histoire de Mme Allard, puisqu'elle est suivie pour un trouble vestibulaire, elle doit pouvoir bénéficier des mêmes traitements possibles qu'une autre personne ayant le même genre de pathologie. Elle ne doit pas subir de discrimination, donc le professionnel de la physiothérapie ne doit pas modifier son comportement et son attitude envers cette patiente par rapport à un autre individu. Dans cette histoire, le professionnel de la physiothérapie a accepté de suivre Mme Allard même si aucun test objectif n'était significatif d'une atteinte. Il a choisi de la traiter de la même façon qu'une autre personne ce qui respecte le principe de justice.

6.5 Approches suggérées pour la prise en charge

Le désir d'objectivation des symptômes des patients est ancré dans un modèle biomédical qui nuit à la relation thérapeutique. Voici quelques approches suggérées pour faciliter la prise en charge d'une clientèle dite «difficile» tout en étant respectueux des grands principes éthiques du principisme.

6.5.1 Approche centrée sur le patient

C'est l'approche idéale à utiliser avec cette clientèle (8, 19, 167). Elle tient compte à la fois du patient dans sa globalité, du professionnel de la physiothérapie ainsi que son influence et de l'importance du lien thérapeutique qui les unit. Cette approche est composée de cinq éléments qu'il faut tenir compte lors de la prise en charge de cette clientèle.

L'approche biopsychosociale est le premier élément qui la compose. Bien que les professionnels de la physiothérapie accordent une grande importance à l'objectivation des symptômes pour les orienter dans leur impression clinique, la partie subjective de l'évaluation et le jugement du professionnel ont une très grande part dans l'évaluation (187). Afin de bien comprendre la réalité du patient et d'agir pour son bien-être et ses intérêts, il faut comprendre les conséquences des signes et symptômes rapportés ainsi que son contexte psychologique et social, et d'en tenir compte dans l'approche avec le patient et dans le plan de traitement (8, 19, 190). Pour la clientèle avec de la douleur chronique, cette approche a amélioré la satisfaction du patient et du professionnel face à

la gestion de la douleur et a aussi amélioré les résultats obtenus suite au traitement, améliorant ainsi la réputation des professionnels de la physiothérapie dans la gestion de la douleur chronique (18).

Le second élément consiste à considérer le patient à part entière. Il faut comprendre ce que signifie la maladie pour le patient. C'est de prendre en considération ses attentes, ses croyances, ses sentiments et ses craintes durant toute la thérapie, donc c'est de respecter son autonomie individuelle (8). Il ne faut pas simplement comprendre le patient, mais aussi vouloir apprendre à le connaître (19, 167). Le professionnel de la physiothérapie doit considérer le patient comme étant l'expert de sa pathologie, ce qui améliore la satisfaction du patient et favorise une bonne adhérence (8). Il faut aussi adapter ses interventions aux besoins du patient, à ses attentes et à sa réalité quotidienne. D'ailleurs, il est recommandé, lors de la prescription d'exercices, de donner des exercices qui peuvent être effectués dans la vie quotidienne du patient (167). De plus, avec cette clientèle, il faut se concentrer sur la fonction du patient et celui-ci doit comprendre de façon claire comment le plan de traitement choisi va contribuer à améliorer sa condition (190).

Le partage du pouvoir et des responsabilités est le troisième élément composant l'approche centrée sur le patient. Il consiste à promouvoir et à encourager la collaboration, la participation et l'implication du patient dans la prise de décisions tout au long de la thérapie (8, 19, 167). D'ailleurs, pour l'établissement d'un plan de traitement en physiothérapie, la collaboration avec le patient est jugée essentielle (190). Le patient aime se sentir impliqué dans le processus visant l'amélioration de sa condition. Il apprécie lorsque le professionnel lui donne des responsabilités et lorsqu'il comprend le lien avec sa condition (19). Il apprécie aussi que le professionnel de la physiothérapie lui donne un rôle clair dans l'amélioration de sa condition. Il faut collaborer avec le patient à identifier le niveau d'aide qu'il pourrait juger nécessaire au besoin, et pour évaluer l'efficacité du traitement prodigué (19).

Le quatrième élément est l'alliance thérapeutique. Il est essentiel d'entretenir une relation thérapeutique saine avec une confiance mutuelle entre le patient et le professionnel de la physiothérapie (8). Ceci améliore l'implication du patient dans la thérapie (19). Si, au sein de la relation, il y a des réponses émotives négatives par n'importe quel des deux partis, cela pourrait compliquer le jugement clinique du professionnel et ainsi causer des erreurs diagnostiques (8). De plus, le patient pourrait

ne pas respecter ses engagements pris avec le professionnel ce qui pourrait nuire à l'amélioration de sa condition. Dans le cas où le jugement du professionnel est altéré ou que le lien de confiance est brisé, le professionnel de la physiothérapie se doit de référer le patient à un collègue qui poursuivra le traitement (17).

La dernière composante de l'approche centrée sur le patient est de considérer le professionnel en tant qu'individu ainsi que son influence dans la relation. Il doit être conscient de l'impact de ses émotions, de son comportement et de son attitude. Le professionnel de la physiothérapie doit avoir une approche professionnelle qui inspire la confiance tout en faisant preuve d'empathie et de convivialité (19). Il doit se sentir confortable et confiant de discuter de tous les sujets que le patient pourrait relever. Il doit aussi être chaleureux et respectueux envers autrui (19, 190). Un professionnel amical et sympathique peut contribuer à augmenter l'adhérence du patient au traitement (19).

6.5.2 Communication

La communication est importante dans toute relation avec autrui. Véhiculer un message peut se faire par la communication verbale et non verbale. L'attitude du professionnel peut grandement influencer la relation thérapeutique soit par la façon de communiquer, la qualité du langage ou la tenue vestimentaire (169). De plus, les patients entretenant une bonne communication avec le professionnel se sentent plus impliqués dans la thérapie, ce qui favorise la satisfaction du patient (167). Nous discuterons des habiletés facilitatrices à une bonne relation thérapeutique de chacun des deux types de communication verbale et non-verbale.

Pour la gestion des patients considérés comme «difficiles», la communication doit être efficace en tout temps (1). Elle permet d'améliorer la satisfaction du patient ainsi que son adhérence au traitement. Le professionnel de la physiothérapie doit donner de façon honnête, des explications claires et faciles à comprendre pour le patient, avec une terminologie adaptée à celui-ci, sur la nature du problème, le pronostic, le plan de traitement, les attentes du professionnel ainsi que sur le rôle du patient (1, 19, 167). Il doit aussi s'assurer que le patient comprenne bien ses explications et qu'il consent de façon libre et éclairée à ses recommandations. Le patient apprécie que le professionnel de la physiothérapie prenne le temps nécessaire pour bien lui expliquer les choses et aussi, durant l'évaluation et le traitement, les différentes techniques employées et leurs raisons d'utilisation (19). De plus, la qualité du langage

est nécessaire dans l'établissement et le maintien d'une relation thérapeutique saine (169). En effet, un langage adéquat et respectueux est toujours prioritaire.

Il y a des évidences que la communication non-verbale a une influence plus grande que la communication verbale (168). La communication non-verbale passe entre autres par l'apparence du professionnel de la physiothérapie ainsi que son professionnalisme. La tenue du professionnel peut influencer la perception du patient sur le professionnalisme et sur les compétences du professionnel (169). Une tenue propre et soignée du professionnel, sans laisser-aller, est à prioriser afin de ne pas nuire à sa crédibilité et ainsi à ne pas nuire à l'établissement de la relation thérapeutique. Aussi, le professionnel de la physiothérapie doit démontrer une écoute active en ayant un bon contact visuel, en hochant la tête et en adoptant une posture d'ouverture (1).

6.6 Conclusion

En conclusion, un patient rapportant des symptômes non objectivables tels qu'un trouble vestibulaire ou de la douleur chronique peut être considéré comme étant «difficile» par le professionnel de la physiothérapie. Cette catégorisation effectuée par le professionnel vient susciter plusieurs sentiments chez lui ce qui peut ainsi modifier son attitude et son comportement envers le patient. Sachant, au départ, que cette catégorisation provient du professionnel, celui-ci doit prendre en compte les impacts possibles sur le patient ainsi que sur la relation thérapeutique. Le professionnel de la physiothérapie doit garder en tête que le lien de confiance doit être maintenu en tout temps, car il est prioritaire afin de conserver une relation thérapeutique saine. De plus, les stratégies qu'il devra employer devront respecter le code de déontologie et les fondements du principisme qui guident sa pratique. Le professionnel de la physiothérapie doit aussi faire de son mieux afin d'aider le patient à améliorer sa qualité de vie tout en favorisant la prise de décision autonome du patient. Peu importe la situation, le patient ne doit jamais se sentir jugé par le professionnel. Ce dernier doit avoir le meilleur intérêt du patient à cœur et être respectueux avec lui en tout temps. En cas de suspicion de simulation, sachant que ce n'est qu'une minorité des patients qui simulent réellement et sachant que son comportement a une réelle influence sur le maintien d'une relation saine, le professionnel de la physiothérapie ne devrait pas manifester son doute, mais plutôt, communiquer de façon honnête et efficace avec le patient. Malgré une tendance en physiothérapie à l'utilisation d'une approche plus biomédicale dans la prise en charge des patients par le désir d'objectivation des

symptômes, avec la clientèle «difficile», comme les patients atteints de trouble vestibulaire, l'approche biopsychosociale voire l'approche centrée sur le patient est à préconiser. Afin d'améliorer la qualité de vie des patients, le professionnel de la physiothérapie doit se concentrer sur les problèmes fonctionnels du patient, engendrés par la présence des signes et symptômes, ainsi que leurs impacts psychologiques et sociaux plutôt que sur la possible structure atteinte. Ceci favorisant ainsi une conception plus réelle de la maladie vécue par le patient et favorisant une prise en charge plus globale.

Patient «difficile» ou «relation difficile» : Comment agir en physiothérapie?

Chapitre 7

Patient «difficile» accidenté du travail: Simulation ou mauvaise communication?

Un guide de pratique éthique pour mieux agir avec cette clientèle

Par Annie Pelletier

7. Patient «difficile» accidenté du travail: Simulation ou mauvaise communication? Un guide de pratique éthique pour mieux agir avec cette clientèle

7.1 Introduction

Au Québec, chaque employeur se voit dans l'obligation de cotiser à une assurance visant à indemniser les travailleurs qui se blessent sur leurs lieux de travail ou ayant une maladie professionnelle. Il s'agit de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST) soit, un tiers payeur parapublic qui est lié à l'État, mais dont la gestion se rapproche plus du système privé (191, 192). Au Canada, chaque province est dotée de son propre système d'indemnisation des travailleurs (193). Le travailleur qui se blesse sur son lieu de travail a droit à la protection du revenu, au retour au travail (droit de réintégrer son travail à l'intérieur d'un délai d'une à deux années suite à l'accident), à l'assistance médicale et à la réadaptation. Il s'agit d'un système médicolégal. Ainsi, ce sont les médecins traitant qui décident de la nécessité et de la durée des traitements en réadaptation et qui signent l'arrêt de traitement (192). Étant donné les longues listes d'attente du système public en physiothérapie, ce sont majoritairement les cliniques privées qui assurent la réadaptation des travailleurs accidentés (194).

De nombreuses balises sont données aux physiothérapeutes pour encadrer le traitement de ces patients. Leur objectif principal est de viser un retour au travail rapide, durable et sécuritaire du travailleur. Le rapport d'évaluation initiale et les rapports d'étape, soit des réévaluations aux 21 jours, sont remis à l'agent de la CNESST responsable du dossier du travailleur qui évaluera le déroulement de la réadaptation. Une réévaluation du médecin est effectuée soit après huit semaines de traitements ou après 30 séances de physiothérapie. Il décide alors de poursuivre ou d'arrêter les traitements en cours, en tenant compte de l'évaluation du physiothérapeute ou du thérapeute en réadaptation physique (T.R.P.) au dossier (195).

Il arrive parfois que les physiothérapeutes et les T.R.P. notent des incohérences lors de leur évaluation entre les données objectives et les données subjectives (ce que rapporte le patient). Selon Begum (196), les professionnels de la santé peuvent parfois avoir des idées préconçues sur les patients ayant des problèmes chroniques et qui reçoivent des compensations financières. D'ailleurs, les patients faisant affaire avec un

tiers payeur seraient plus susceptibles d'être victime de suspicion de la part des professionnels ou des gens de leur entourage. Selon le «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM-5), un manuel expliquant les critères diagnostiques des pathologies mentales, le «malingering» que l'on pourrait traduire par la simulation, comporterait quatre critères diagnostiques soit: l'exigence d'un contexte médico-légal, une grande discordance entre les symptômes subjectifs et les symptômes objectifs mesurés, un manque de coopération lors de l'évaluation diagnostique et/ou un manque d'observance au traitement prescrit puis finalement, l'existence d'un trouble de la personnalité antisociale. En effet, elle se décrirait comme la production intentionnelle de symptômes physiques ou psychologiques grandement exagérés ou simulés. Les motivations pouvant mener à la simulation sont généralement externes comme: l'obtention de compensations monétaires, de médicaments d'ordonnance ou la soustraction à une poursuite pénale (197).

Au Québec, toutes lésions confondues, la CNESST estime que ce sont environ 3% des cas, tout au plus, qui fraudent (198). Il faut savoir que lorsqu'un patient est suspecté d'avoir un diagnostic de simulation, il arrive que la CNESST puisse avoir recours à de la filature ou à de la surveillance vidéo (199). Selon un article publié dans le journal *Le Soleil*, il a été recensé qu'un total de 0,17% des dossiers de la CNESST de la ville de Québec ont subis ces mesures de surveillance lors de l'année 2004 (200). En 2001, le site internet de *TVA nouvelles* rapportait que la filature vidéo effectuée par la CNESST a permis de récupérer pas moins de 65 millions de dollars lors des trois dernières années, dont 17 millions en 2001 (201).

Ainsi, comme professionnel de la physiothérapie, qu'elle est la meilleure façon d'agir lorsque l'on soupçonne un patient CNESST de simulation ?

7.2 Objectif

Cette section a pour objectif d'offrir aux professionnels de la physiothérapie des recommandations basées sur une analyse éthique d'une histoire de cas, tirée d'une jurisprudence, leur permettant de mieux cibler les patients à risque de simulation. Également, cette analyse leur permettra de connaître et comprendre les conséquences d'étiqueter leurs patients en tant que «simulateur» à la fois pour leur patient et dans leur pratique. Cette section permettra de leur offrir des outils pour mieux comprendre ces patients et mieux intervenir lors de ces situations.

7.3 Méthode

Une revue de la littérature a été effectuée via les bases de données Medline, Embase, CanLII et PsycInfo ainsi que par Google Scholar entre le 18 juin 2015 et le 1er février 2016, dans le but de documenter une analyse éthique et réglementaire d'une histoire de cas. Des articles scientifiques, des publications gouvernementales, des articles de presse et des ouvrages de référence entre 1986 et 2015 ont été sélectionnés. Les mots clés recherchés étaient : «simulation», «physiothérapie», «physical therapy», «CNESST», «compensations financières», «financial compensation», «tiers payeur», «third party», «tests de dépistage» et «screening tests».

7.3.1 Présentation du cas

L'histoire de cas est basée sur une jurisprudence québécoise de la commission des lésions professionnelles de 2010. (ref.J.L. et Compagnie A, 2010 QCCLP 3476) (202)

Monsieur J.L., un jeune homme de 19 ans, journalier dans un projet de création d'emploi, se blesse au niveau lombaire en faisant une mauvaise manipulation d'une poutre de bois. Il débute des traitements de physiothérapie, sous la CNESST, un mois après son accident suite à un échec d'une tentative de retour au travail (RAT). La professionnelle de la physiothérapie note à son dossier d'importantes plaintes subjectives (douleurs importantes lombaires) peu corrélées avec son évaluation objective. Elle suspecte de possible gains secondaires. Les traitements sont cessés un mois plus tard en raison d'une amélioration significative de la mobilité lombaire et une bonne exécution du programme d'exercices enseigné. Une classe d'exercice a été conseillée à monsieur J.L., mais ce dernier ne s'y présente pas. La physiothérapie sera reprise deux ans plus tard, sous la CNESST encore, suite à une récurrence de son accident initial, mais encore une fois, le patient ne se présente pas à la classe d'exercices prescrite. Un diagnostic médical de douleur lombaire post-traumatique avait été posé et aucune anomalie structurale n'avait été signalée lors des tests d'imagerie (radiographie, résonance magnétique et scintigraphie). Durant les deux années qui suivent, monsieur J.L., toujours couvert par la CNESST, consulte de nombreuses fois à l'urgence pour de grandes douleurs. Un diagnostic de fibromyalgie et de dépression seront donnés. Il est également fait mention d'abus de narcotique. Huit ans après les derniers traitements de physiothérapie, de nouveaux traitements sont entrepris avec de nombreuses absences notées aux thérapies.

Au cours de son parcours dans le système médical et avec la CNESST, monsieur J.L. a effectué de nombreuses évaluations médicales de divers experts soit du Bureau d'évaluation médicale (expertise demandée par la CNESST en cas de divergence d'opinion entre le médecin traitant du patient et le médecin consultant de l'employeur ou de la CNESST) d'un orthopédiste et d'un psychiatre. De cette évaluation psychiatrique, on ressort qu'il s'agit d'un patient avec une personnalité antisociale. Il a été en centre d'accueil de l'âge de 13 à 18 ans et a fait de la prison pour délit mineur. Aussi, on y mentionne qu'il a effectué une tentative de suicide à l'âge de 15 ans et que sa mère présente un problème de drogue et d'alcool. Également, il est fait mention d'antécédents de consommation de drogue depuis l'âge de 12 ans, mais qui auraient cessée depuis quelques mois. Il a cessé ses études en secondaire trois et a obtenu un diplôme d'études professionnelles en machinerie lourde. Monsieur a également vécu une rupture difficile. Il mentionne au psychiatre qu'il se sent colérique et dépressif depuis l'accident.

7.4 Analyse

7.4.1 Le patient indemnisé par la CNESST : un patient «difficile» ?

Dans une étude visant à définir le patient difficile en physiothérapie, les physiothérapeutes interrogés ont ressorti quelques comportements qu'ils jugeaient plus contrariants (1). En autres, ils font mention des patients passifs qui participent peu aux traitements, qui ne sont pas observant aux traitements et aux conseils prodigués par le physiothérapeute et qui manquent de motivation. Dans le cas de monsieur J.L., il est fait mention que ce dernier manquait régulièrement les traitements et qu'il ne se présentait pas aux classes d'exercices proposées par les professionnels ce qui aurait pu mener les physiothérapeutes le traitant à le qualifier de «difficile». Aussi, toujours selon les physiothérapeutes participant à l'étude, ceux-ci mentionnent les patients qui manipulent les professionnels comme étant «difficiles», comme par exemple, les patients bénéficiant de prestations financières d'un tiers payeur qui cachent des informations pour pouvoir bénéficier de ces prestations (1). Pour ce qui est de monsieur J.L., les professionnels de la physiothérapie auraient pu avoir l'impression de se faire manipuler lorsque les données subjectives rapportées par ce dernier ne coïncidaient pas avec les données objectives qu'ils avaient mesurées. Ils auraient pu croire que ce dernier amplifiait ses douleurs pour ainsi profiter des prestations financières octroyées par la CNESST lors de son arrêt de travail.

Comment expliquer que ces clientèles soient jugées comme «difficile» par les professionnels de la physiothérapie? D'abord, selon une étude menée chez des physiothérapeutes en clinique externe traitant des cas de douleur lombaire chronique, les physiothérapeutes interrogés avaient tendance à attribuer la cause des troubles musculo-squelettiques à une atteinte orientée plus vers le modèle biomédical (exemple : raideur L4-L5, inflammation de l'articulation sacro-iliaque...) que le modèle biopsychosocial (18). Le système biopsychosocial se décrit comme étant une interaction entre le système biologique, psychologique et social du patient et en une reconnaissance de l'interaction des influences affectives sur la perspective de la vie de l'individu à un moment donné (18). Conséquemment, en raison de cette vision plus biomédicale du problème, les jeunes professionnels de la physiothérapie n'aiment pas traiter ce genre de cas et ont tendance à se sentir démoralisés, frustrés et à se blâmer du manque de résultat. En effet, l'implication plus fréquente d'atteinte psychologique chez les patients ayant des douleurs chroniques ne coïncide pas avec la description du modèle biomédical plus utilisé par les professionnels récemment gradués (18). Ceci peut expliquer en partie pourquoi les patients décrits comme étant difficiles et qui ne rentrent pas dans le modèle biomédical classique sont sujet au jugement et à la stigmatisation de la part de ces professionnels (203). Selon l'étude de Potter (1) visant à qualifier un patient difficile en clinique privée, les physiothérapeutes traitant les patients difficiles peuvent parfois avoir de la difficulté à interagir avec eux.

Dans le cas de monsieur J.L., les traitements ratés, le manque de données objectives à l'évaluation et la non adhérence aux classes d'exercices suggérées auraient pu amener de la frustration et de l'irritation chez les professionnels de la physiothérapie et ainsi diminuer la qualité des soins prodigués (18). Une perception de pauvres résultats de la part de monsieur J.L. aurait pu mener à un traitement non optimal de sa condition. De part ce fait, les professionnels auraient pu questionner le patient en lien avec ses attentes face aux traitements et aux résultats attendus pour qu'ils puissent travailler dans un but à commun à la réadaptation de monsieur (18).

7.4.2 Simulation : facteurs de risque et détection

Comme mentionné précédemment, pour qu'un diagnostic de simulation soit posé, les symptômes observés chez le patient doivent être produits de manière intentionnelle dans le but d'obtenir, par exemple, une compensation financière d'un tiers payeur suite à une blessure au travail. De part ce fait, les patients recevant des

prestations financières de la CNESST seraient susceptibles de faire face à ce diagnostic. De nombreuses motivations peuvent exister pour expliquer une simulation. En effet, certains pourraient simuler dans le but, comme mentionné précédemment, de recevoir des gains financiers, alors que d'autres pourraient le faire pour recevoir des médicaments d'ordonnance (204). Les patients dont les signes et symptômes ne semblent pas s'améliorer ou semblent même se détériorer avec les traitements et qui ne suivent pas les recommandations proposées peuvent se faire suspecter de simuler (204) (voir annexe 4 pour une liste d'indicateurs potentiels de simulation).

Quand des facteurs de risque sont identifiés et qu'il y a suspicions d'une possible simulation de la part des professionnels de la physiothérapie, il existe quelques tests et questionnaires, que vous trouverez à la prochaine référence, pouvant être faits pour aider les professionnels à objectiver notre évaluation (205). Waddell (204) a également mis au point huit signes, divisés en cinq catégories (la sensibilité, la simulation, la distraction, la région et une réaction exagérée), pouvant être observés chez les patients ayant une douleur non-physiologique que vous pouvez trouver à l'annexe 5. Toutefois, il faut aussi tenir compte du fait que la simulation n'est pas l'unique cause des douleurs prolongées et d'échec de traitement. En effet, dans une revue systématique visant à connaître les effets des compensations financières sur l'état de santé, il a été démontré que certains facteurs psychologiques comme la dépression et l'anxiété ainsi qu'une douleur initiale très intense suite à une blessure seraient des facteurs prédisposant à de pauvres résultats de traitements (206). Dans le même sens, selon une étude visant à déterminer les prédicateurs de retour au travail chez les patients recevant des compensations financières, il est fait mention que les patients ayant une dépression prennent plus de temps pour retourner au travail que les patients n'ayant pas d'atteintes psychologiques (207).

Dans le cas de monsieur J.L., ce dernier mentionnait se sentir dépressif depuis l'accident ce qui aurait pu aiguiller les professionnels de la physiothérapie sur de possibles pauvres résultats de traitement. Aussi, le patient rapportait une douleur intense au niveau lombaire suite à son accident. Selon ces éléments, les professionnels impliqués auraient pu faire passer des tests de dépistage de simulation. Faire passer de tels tests aurait pu aider à objectiver leurs observations et ainsi appuyer leurs doutes. Toutefois, faire passer ces tests demeure une approche très biomédicale et ne prend pas en compte les aspects psycho-sociaux du patient. Les professionnels doivent

prendre ce point en considération avant de catégoriser leur patient de simulateur. Il aurait également été pertinent qu'ils fassent passer un test de dépistage de la dépression à monsieur J.L. s'ils avaient observé des comportements dépressifs. Vous pouvez trouver un test de dépistage de la dépression à cette référence (208).

Malgré le fait qu'un patient peut être dépisté comme simulateur suite à ces tests (annexe 6), il est impossible d'être tout à fait certain que c'est bel et bien le cas. En effet, la douleur est une expérience très subjective qui peut être vécue différemment d'une personne à l'autre.

7.4.3 Point de vue des patients indemnisés par la CNESST

En faisant passer des tests de dépistage de simulation aux patients et en doutant de leurs symptômes, les professionnels de la physiothérapie mettent en doute leur pathologie et ce doute peut avoir de nombreuses répercussions. En effet, pour les patients, il peut être difficile d'être perçu comme simulateur. Les travailleurs qui ne suivent pas la voie prédite pour le RAT sont perçus comme des patients résistants et sont souvent blâmés pour la lenteur de la réadaptation (207). Ceux ayant des symptômes médicaux non expliqués vivent dans l'incertitude, avec un sentiment de honte et de culpabilité face à leur douleur ainsi qu'avec des problèmes de légitimité. Certains en arriveront à construire une histoire pour convaincre le professionnel que leur douleur est bien réelle et non psycho-somatique (209). Pour d'autres, la peur d'être perçu comme un employé à problèmes les rend inquiets de dévoiler certaines informations les concernant à leur employeur. Selon une étude menée auprès de travailleurs bénéficiant du *Workplace Safety and Insurance Board* (l'équivalent de la CNESST en Ontario), 36% à 43% des travailleurs ressentent de la pression pour le RAT (210).

Dans le cas de monsieur J.L., les professionnels de la physiothérapie auraient pu lui offrir une écoute active pour essayer de comprendre ses doutes et ses incertitudes face à sa condition et aussi savoir si celui-ci vivait des pressions de la part de son employeur concernant le RAT. Une attitude et une compréhension plus empathique de la situation du patient de la part des professionnels aurait également été bénéfique (1). Les prochaines sections démontreront différentes stratégies pour prendre en charge adéquatement ces patients «difficiles».

7.5 Stratégies d'intervention

7.5.1 Communication

Une stratégie efficace dans la prise en charge de patients CNESST suspectés de simulation serait d'améliorer la communication des professionnels de la physiothérapie (1). En effet, la communication a été identifiée comme une stratégie efficace par les professionnels pour mieux interagir avec les patients «difficiles». Les professionnels de la physiothérapie en clinique privée interrogés ont identifiés quelques idées pour favoriser une bonne communication comme: faire un suivi téléphonique avec le patient, adopter un rôle de conseiller, offrir une écoute active et établir une bonne relation avec les différents partis impliqués (médecin traitant, assureur et autres professionnels) (1). Si le professionnel croit que son patient a besoin d'une aide plus approfondie que ce qu'il peut lui offrir, il peut le référer au médecin traitant pour que celui-ci le réfère à un professionnel plus qualifié comme un psychologue ou un travailleur social. De là, c'est le conseiller en réadaptation de la CNESST, en charge du dossier du patient, qui approuvera ou non la demande (211).

De plus, la communication entre les différents partis impliqués soit le patient, le professionnel de la physiothérapie, le médecin traitant, le tiers payeur et l'employeur s'avère être une bonne technique pour faciliter et coordonner les interventions. Cette communication multidisciplinaire est aussi efficace pour s'assurer que tous les partis agissent dans un but commun (212). Toutefois au Québec, ce sont les conseillers(ères) en réadaptation qui assurent la liaison entre l'employé et l'employeur (211). En effet, une de leur tâche consiste à: «Élaborer et mettre en œuvre, en collaboration avec le travailleur et l'employeur, un plan individualisé de réadaptation» (211). Le rôle du professionnel de la physiothérapie est donc de communiquer avec le conseiller en réadaptation pour aider celui-ci dans sa compréhension du problème et ainsi l'aider à mieux planifier le RAT du patient. Le RAT dépend en grande partie de l'interaction de ces différents partis (212). Au Québec par contre, ce sont seulement les médecins qui peuvent signer le RAT (195). Cependant, selon une étude sur la perception des médecins et des physiothérapeutes sur la gestion des douleurs lombaires et le contexte de travail, il a été noté que les physiothérapeutes étaient plus habiles pour aborder et discuter des problèmes reliés au travail. En effet, les médecins disent vouloir éviter les discussions en lien avec le travail pour ne pas devoir rédiger des arrêts de travail (213). Il est donc important que le patient fasse partie intégrante de cette communication pour

l'impliquer dans sa réadaptation et ainsi favoriser une approche centrée sur le patient (210, 214).

Mais comment avoir une bonne communication avec le patient si le professionnel de la physiothérapie ne l'informe pas de ses impressions cliniques? Les limites du secret professionnel sont parfois difficiles à comprendre. En effet, il arrive bien souvent que les patients ne savent pas ce que les professionnels écrivent sur eux dans leurs rapports d'étape envoyés à la CNESST (214). Or, selon le code de déontologie des professionnels de la physiothérapie: «Le membre est tenu au secret professionnel et il ne peut divulguer des renseignements à moins qu'il n'y soit autorisé par son client ou par une disposition expresse de la Loi» (17). Le seul moment où le professionnel peut déroger au secret professionnel autre que par ces conditions, est pour la prévention d'un acte de violence imminent qui risque de causer la mort ou des blessures graves au patient lui-même ou à autrui (17). Ainsi, le professionnel devrait demander un consentement à son client pour divulguer des renseignements à la CNESST. Toutefois, dans un article rédigé par le bureau du syndicat des ergothérapeutes (bureau qui exerce un contrôle sur l'exercice de la profession) sur l'obligation de maintenir le secret professionnel avec le tiers payeur, il y est mentionné que les tribunaux québécois reconnaissent que les clients renoncent implicitement au secret professionnel lorsqu'ils remplissent une réclamation vis-à-vis un organisme payeur. Cependant, cette renonciation ne permet pas de divulguer toute l'information au dossier. Le professionnel ne peut divulguer que les renseignements jugés essentiels et pertinents à la réalisation du mandat confié par le tiers payeur. Cependant, cette renonciation implicite doit être claire et évidente pour le patient (215). Il revient donc au professionnel de la physiothérapie de déterminer quels sont les éléments essentiels selon son jugement professionnel. En lien avec cette décision du tribunal, une ergothérapeute travaillant au Québec a été dans l'obligation de verser une amende pour avoir divulgué des informations au tiers payeur jugées non pertinentes au mandat qu'il lui avait été confié (216). En effet, l'ergothérapeute avait rapporté des propos de son patient au conseiller en réadaptation de la CNESST à l'effet que celui-ci avait voulu, par le passé, recourir à la violence envers l'assureur public, mais qu'il ne le désirait plus au moment de la divulgation. Il serait donc recommandé d'aviser le patient des infos transmises à la CNESST pour rendre le consentement explicite et cela, même malgré le consentement implicite.

Mais qu'en est-il lorsque le patient veut avoir une information contenue dans son dossier? Selon la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur public (LPRPSP), le tiers payeur, qui est dans ce cas demandeur de services aux professionnels de la physiothérapie, a droit au secret professionnel. Ce même secret professionnel dont les professionnels sont tenus, concernant le dossier qu'il possède sur un client. En d'autres mots cela veut dire que le secret professionnel, dont à droit le tiers payeur, prévaut sur le droit d'accès au dossier émis par la LPRPSP. Toutefois, selon la Commission de l'accès à l'information (CAI), cette loi s'applique seulement lors d'une demande d'opinion auprès du professionnel ou d'expertise (par exemple lors d'une demande d'évaluation au Bureau d'évaluation médicale). La CNESST pourrait donc refuser l'accès d'un patient à son dossier puisque la protection des renseignements personnels à prépondérance sur le droit d'accès au dossier. Par exemple, la CNESST pourrait refuser de donner une information demandée par un patient, suite à une contestation d'une décision rendue par la CNESST, concernant une conversation confidentielle entre un agent de la CNESST et l'employeur du patient. La CNESST doit donc autoriser le professionnel de la physiothérapie, lors d'une demande d'opinion ou d'expertise, à divulguer les informations du dossier au patient. Toutefois, il doit écrire au dossier, suite au consentement du patient, les informations qui relèvent exclusivement du tiers payeur. Donc si un patient demande une information au professionnel de la physiothérapie concernant une demande d'opinion au professionnel ou une expertise, ce dernier doit transférer la demande au tiers payeur et c'est ce dernier qui fera valoir ses droits. (217-219).

Dans le cas de monsieur J.L., les professionnels de la physiothérapie auraient pu planifier un moment dans leurs horaires pour pouvoir parler au téléphone avec le médecin traitant du patient. En effet, le secret professionnel ne tient pas entre les membres d'une équipe traitante dans les établissements de santé publics soit, les professionnels impliqués dans le dossier du patient. Les informations détenues par les professionnels de la physiothérapie peuvent être communiquées au médecin, tant qu'elles soient pertinentes à la réadaptation du patient (220). Cependant, en clinique privée, nous revenons au concept du consentement implicite donné par le patient, via la CNESST, pour le partage d'informations le concernant. Donc, ce consentement implicite ne tient pas compte pour un patient en clinique privée qui n'est pas indemnisé par le CNESST. Toutefois, il est important pour le professionnel de la physiothérapie d'expliquer au patient ce consentement implicite et il serait également mieux qu'il

mentionne au patient qui il va contacter et qu'est-ce qu'il va lui dire. Dans le cas de monsieur J.L., les professionnels de la physiothérapie auraient dû discuter des différents points de leurs évaluations avec ce dernier pour avoir une meilleure orientation du patient et un plan de retour au travail plus adapté à la condition de ce dernier. Ils auraient aussi pu contacter le conseiller en réadaptation du patient, en avertissant ce dernier des informations discutées, pour faciliter et accélérer la réadaptation en ciblant les besoins du patient et en aidant à favoriser une meilleure compréhension du problème par le conseiller en l'informant des progrès et des limitations du patient. Ce dernier aurait donc eu les informations nécessaires pour convenir avec le travailleur et son employeur des conditions d'un RAT rapide et sécuritaire. En effet, selon Hudon et al. (194), les professionnels de la physiothérapie croient que les agents de liaison manquent de formation au niveau pathologique pour bien comprendre les rapports d'étape et doutent même que ces derniers soient lus. Ils auraient également pu favoriser une bonne communication avec le patient en lui offrant un suivi téléphonique pour savoir si celui-ci appréciait la classe de d'exercices et si non, pourquoi il n'y allait pas. Trouver une alternative pour essayer de motiver le patient ou tenter de le référer vers une réadaptation fonctionnelle intensive où l'approche multidisciplinaire est omniprésente aurait été avantageux pour monsieur J.L.

7.5.2 Approche biopsychosociale

Il ne faut pas oublier que certaines pathologies sont plus à caractère psychosocial que biologique et que le diagnostic de simulation en est un d'exclusion (221). Selon *l'International dictionary of medicine and biologie*, la santé se définit comme «un état de bien-être de tout l'organisme ou d'une partie et caractérisée par une fonction normale et une absence de maladie» (222). Malgré le fait que le cursus de formation en physiothérapie au Québec inclut des cours de psychologie et d'approche psycho-sociale, les physiothérapeutes et le T.R.P. ne sont pas les professionnels les plus qualifiés pour offrir ce genre de support aux patients. Selon un sondage mené chez les physiothérapeutes, malgré le fait que ceux-ci reconnaissent le système biopsychosocial, ils disent en avoir une mauvaise compréhension et ne pas sentir qu'ils ont la compétence pour évaluer les aspects personnels, environnementaux et psychosociaux des patients (223). Toutefois, en maladie chronique, une grande partie des symptômes sont attribuables aux aspects psychosociaux (224).

La médecine biomédicale tente de traiter le corps en isolant l'aspect biologique de ceux psychosociaux (225, 226). Les professionnels cherchent à traiter la structure pouvant causer les symptômes du patient. Les interventions pour le RAT devraient donc adresser trois éléments essentiels, soit les facteurs psychologiques individuels, les facteurs environnementaux au travail et les facteurs reliés à l'implication des différentes parties prenantes (comme les adaptations au travail). Il est aussi essentiel d'avoir des professionnels qualifiés pour traiter ces différentes approches (212).

Dans le cas de monsieur J.L., les tests d'imagerie se sont toutes montrés sans particularités. Les symptômes du patient ne semblent donc pas pouvoir être expliqués par l'aspect biologique de la médecine et suggère que les douleurs de ce dernier sont plus psychosomatiques. Par contre, monsieur J.L. présentait de nombreux aspects psychosociaux tels un état dépressif, un possible abus de narcotique, une situation familiale difficile et un état d'anxiété. Si les professionnels de la physiothérapie ne se sentaient pas à l'aise d'adresser et de discuter de ces problèmes avec leur patient, ils auraient pu référer monsieur J.L. à un professionnel de la santé plus qualifié tel un psychologue, son médecin de famille ou un travailleur social.

7.5.3 Relation thérapeutique et lien de confiance

En catégorisant un patient de simulateur, il est possible d'entraîner de la stigmatisation sociale à son égard et également briser le lien thérapeutique qui unit le professionnel au patient. Si les professionnels de la physiothérapie statue que son patient simule, avec ou sans preuve objective, il sera difficile de garder ce lien de confiance (17). Selon le code de déontologie des physiothérapeutes et des T.R.P. à l'article 36, «Le membre doit chercher à établir une relation de confiance mutuelle entre lui-même et son client» (17). De par ce fait, accuser un patient de simulation reviendrait à briser ce lien de confiance. Les patients font des confidences aux professionnels en raison de la confiance qu'ils ont envers eux et estiment qu'ils agiront dans leurs meilleurs intérêts et ne s'attendent pas à ce qu'ils doute d'eux (220, 227). Les impacts que peuvent avoir ces accusations sont majeurs : une cessation des traitements de physiothérapie et des prestations financières que reçoit le patient, mais il pourrait aussi avoir une atteinte au niveau psycho-social chez ce dernier qui pourrait se traduire par une dépression ou un isolement social (221). En effet, la confiance est à la base de la relation professionnelle et il incombe au professionnels de la physiothérapie de la maintenir (220). En tant que professionnel de la santé régit par un code de déontologie, les physiothérapeutes et

T.R.P. doivent tenir compte des impacts qu'auront une telle accusation sur le lien de confiance avec leur patient ainsi qu'aux impacts personnels qu'auront ces accusations. Dans un article exposant les points de vues de deux neuropsychologues sur la simulation, l'un d'eux mentionne que les professionnels ne doivent pas faire de jugement social qui condamnerait le patient (221). Le bon vouloir du patient et la confiance entre celui-ci et le professionnel de la physiothérapie sont des éléments clés pour un bon retour au travail (228). Mais que faire si le professionnel n'a plus la confiance de son patient ? Toujours selon le code de déontologie, il existe des situations dans lesquelles le professionnel peut mettre fin à la relation thérapeutique comme : la perte de confiance du patient envers le physiothérapeute ou le T.R.P. et l'incompatibilité de caractère entre le physiothérapeute ou le T.R.P et le client. Le professionnel devra alors transférer son patient à un autre professionnel (17).

Dans le cas de monsieur J.L., si des tests de dépistage de simulation s'étaient avérés positifs, les professionnels auraient pu renvoyer le patient chez son médecin en recommandant une consultation avec un professionnel qualifié comme un psychologue ou un travailleur social, pour que celui-ci reçoive une évaluation psychologique. Selon cette évaluation, il aurait été plus indiqué que ce soit la personne ayant évalué le trouble qui adresse le problème au patient. Monsieur J.L. avait toutefois déjà eu une évaluation psychiatrique qui démontrait un trouble de la personnalité antisociale. Si on se réfère au DSM-5, il s'agit d'un des critères diagnostique de la simulation. Monsieur J.L. avait également les trois autres critères soit: l'exigence d'un contexte médico-légal puisqu'il devait se présenter en cours suite à une contestation de sa condition par la CNESST, une grande discordance entre les symptômes subjectifs et les symptômes objectifs mesurés et un manque d'observance au traitement prescrit (197). Donc selon le DSM-5, monsieur J.L. présenterait un trouble de simulation si aucune autre pathologie ne pouvant expliquer ses symptômes est trouvée, mais nous devons garder en tête que la douleur est un élément subjectif ne pouvant pas toujours être expliquée par une atteinte biomédicale. Donc, dans cet optique, il aurait été pertinent que le médecin traitant fasse une demande de consultation en psychologie pour évaluer le patient et ainsi traiter les causes potentielles de son trouble de simulation. Si jamais le lien de confiance entre le professionnel de la physiothérapie et monsieur J.L. avait été rompu, le professionnel aurait dû cesser les traitements et référer le patient à un collègue.

7.6 Conclusion

Malgré le fait que 15-60% des patients sont perçus comme difficiles par les professionnels de la santé, il faut se rappeler que les fraudeurs de la CNESST occupent une très faible proportion de ces patients (2, 198). Le fait de frauder la CNESST pour recevoir des gains financiers pourrait, chez ces patients, être une cause de trouble de simulation. Les professionnels de la physiothérapie doivent être capables de reconnaître les signes de ce trouble et savoir référer ces patients au bon moment et aux bons professionnels. Ils doivent aussi faire attention de ne pas stigmatiser les patients présentant un schème atypique de pathologie comme étant simulateur. En effet, c'est un défi pour les professionnels de savoir déceler les problèmes d'ordre psycho-sociaux (223). De plus, la stigmatisation du patient peut avoir des répercussions au niveau psycho-social tel qu'un sentiment de jugement et de culpabilité (209).

Alors comment agir lorsque le professionnel de la physiothérapie suspecte son patient de simuler ? La littérature propose quelques pistes pour aider les professionnels à mieux prendre en charge ces patients. La communication est un élément essentiel ressortie par un grand nombre d'auteurs. Ils y mentionnent notamment la communication entre les différents partis impliqués tel le médecin, l'agent de réadaptation de la CNESST, les autres thérapeutes au dossier. En effet, cette communication aurait pour avantage de faciliter et améliorer la réadaptation du patient (212). Par contre, il est parfois ambigu de savoir avec qui le professionnel de la physiothérapie peut communiquer concernant son patient. Il doit donc s'assurer de ne pas briser le secret professionnel et de ne divulguer que les informations nécessaires à la réadaptation de son patient. En effet, divulguer certaines informations et faire part de ses doutes concernant ses symptômes à son patient ou à un autre parti pourrait mener à un bris du secret professionnel et également briser le lien de confiance qui unit le professionnel à son patient. Le maintien du lien de confiance est un autre point important dans l'approche thérapeutique avec les patients suspectés de simulation (17). En effet, en tant que professionnel régit par un code de déontologie, il est du devoir du professionnel de la physiothérapie de maintenir ce lien de confiance pour préserver la relation thérapeutique et éviter de créer des conflits entre lui et le patient (17). Finalement, avoir une approche biopsychosociale avec cette clientèle serait efficace puisqu'une grande partie des symptômes seraient attribuables aux aspects psychosociaux (224). Les professionnels ne se sentent toutefois pas bien outillés pour reconnaître ce genre de

problèmes et disent qu'ils aimeraient avoir plus de formation dans ce domaine (223). De part ce manque de formation, il est donc nécessaire de référer à des professionnels qualifiés pour qu'ils puissent aider le patient. Il est donc essentiel de considérer le patient suspecté de simulation dans son ensemble et de ne pas seulement voir des symptômes non objectivables. Le professionnel de la physiothérapie doit donc commencer par écouter le patient et de ne pas le stigmatiser de prime à bord.

Patient «difficile» ou «relation difficile» : Comment agir en physiothérapie?

Chapitre 8

Synthèse : Stratégies d'intervention avec cette clientèle

Par Emilie Fillion, Rachel Ouellet, Annie Pelletier et Mylène Tétreault

8. Synthèse : Stratégies d'intervention avec cette clientèle

Finalement, voici des stratégies que la revue de cadrage nous a permis de mettre en évidence pour intervenir auprès d'une clientèle perçue comme «difficile». Cette synthèse a été bonifiée par les éléments provenant des analyses de cas individuelles présentées aux chapitres 4, 5, 6 et 7.

8.1 Stratégies cliniques

D'abord, l'approche centrée sur le patient permet au patient de transmettre ses besoins, de renforcer son autonomie et son contrôle ainsi que de réduire son niveau d'insatisfaction (7, 25). Cette approche comprend cinq éléments clés soit: adopter une perspective biopsychosociale, démontrer du respect envers le patient, partager les informations et les responsabilités, favoriser une prise de décision commune et prioriser la relation thérapeutique (8). Ainsi, le patient peut participer activement à l'établissement des objectifs de traitements (53). Avec cette approche, le professionnel de la physiothérapie doit poser des questions ouvertes et fournir des réflexions sur ce que le patient a dit afin que celui-ci parle davantage de son état (229). Cette approche a été reliée à une meilleure efficacité des soins et une meilleure amélioration des résultats (25). Pour s'assurer d'une approche centrée sur le patient efficace, il est essentiel que le professionnel de la physiothérapie respecte bien le consentement libre et éclairé du patient. En effet, pour encourager son autonomie, le patient doit être bien informé afin de bien raisonner dans sa prise de décision (54) .

Comme nous l'avons défini dans le chapitre 3, une des caractéristiques fréquentes des patients «difficiles» est la douleur chronique. Avec un patient souffrant de douleurs chroniques, la thérapie cognitivo-comportementale est le traitement de choix (230). Elle a démontré une meilleure efficacité que les traitements standards au niveau de la diminution de l'intensité de la douleur, la diminution de l'expression comportementale de la douleur, l'augmentation de la capacité fonctionnelle et la diminution de la dépression (230). La thérapie cognitivo-comportementale comporte deux phases distinctes (230). Une phase pré-clinique durant laquelle on fait de l'enseignement au patient sur le concept bio-psycho-social de la douleur chronique. Cela inclut l'explication de l'interaction du comportement, du psychologique et des facteurs sociaux dans l'expérience de la douleur. Ensuite, il y a la phase clinique pendant laquelle on utilise un système d'encouragement des comportements bénéfiques, une réduction de la médication, une reconceptualisation de la douleur, le repos, la

désensibilisation, les exercices et les techniques de relaxation. Durant cette phase, le professionnel de la physiothérapie doit favoriser l'autogestion des patients afin de favoriser leur autonomie (230).

8.2 Gestion de conflits

Wasan (4) a défini une règle de cinq directives à suivre afin de dicter la conduite à adopter en présence de conflits ou de situations fortement chargées émotionnellement. Ainsi, en présence de conflits, il faut d'abord reconnaître le problème et permettre au patient de ventiler dans un lieu privé. Ensuite, il faut se mettre d'accord avec le patient sur ce qui est problématique et nommer les solutions qui peuvent être mises en place. Finalement, il faut assurer un suivi avec le patient. Parfois, le professionnel de la physiothérapie peut se sentir mal outillé pour faire face à des situations qui sont chargées émotionnellement. Smith (231) a développé la technique «NURS» afin de faciliter l'approche des professionnels dans ces situations. Le N indique de nommer l'émotion du patient. Ainsi, le professionnel doit exprimer sa compréhension des propos du patient afin que ce dernier se sente bien écouté. Ensuite, le U indique de comprendre le patient, par exemple en se mettant à sa place et en exprimant sa compréhension de ses émotions. Le R signifie de respecter les difficultés du patient. Le respect des difficultés du patient va bien au-delà de la simple politesse puisque nous devons préserver la dignité du patient, de lui permettre de ne pas «perdre la face». Finalement, le S signifie de soutenir le patient. En effet le patient peut se sentir valorisé lorsque le professionnel soutient ses décisions (231). Il ne faut pas négliger l'impact de l'environnement sur les attitudes et comportements des patients. Il est important de réduire au maximum les interruptions et distractions. Le professionnel de la physiothérapie doit être très attentif à son langage non-verbal (231). Il doit aussi rassurer le patient en exprimant sa compréhension de ses émotions. Il peut aussi demander au patient de clarifier ce qu'il dit, ainsi le patient se sent écouté et sent qu'il mérite le temps et les efforts que le professionnel de la physiothérapie lui consacre (231).

Le professionnel de la physiothérapie peut aussi modifier son attitude et son comportement selon le type de patient. Ceci permet d'individualiser les traitements et de favoriser une bonne relation thérapeutique. Voici quelques exemples de stratégies à adopter selon le type de patient «difficile». La clé pour la gestion des rencontres avec les patients manipulateurs est d'être conscient de ses propres émotions en tant que professionnel de la physiothérapie et de tenter de comprendre les attentes réelles du

patient. Ses attentes peuvent être raisonnables malgré que ses actions ne le soient pas. Le professionnel de la physiothérapie doit aussi être capable de dire «non» au patient et de mettre des limites claires (3). Pour les patients qui font de la somatisation, il est important d'inclure un bon enseignement du diagnostic et des explications claires. Il faut éviter de suggérer au patient que le problème se passe dans sa tête (3). Pour les patients qui sont dans une période de deuil, il faut les aider à valider leurs émotions et bien leur expliquer que le deuil est un long processus qui est très variable d'un individu à l'autre. Il peut être bienfaisant pour le patient de favoriser une communication ouverte qui pourrait l'aider à bien vivre ses émotions (3). Avec les patients qui vivent de la colère, le professionnel de la physiothérapie doit clarifier les comportements inacceptables et demander au patient le respect. Il peut être utile aussi pour le professionnel de la physiothérapie d'apprendre à dire «non» au patient de façon positive (232). L'utilisation de l'humour peut aussi être une technique appropriée selon les patients (39). Pour les patients qui sont non-adhérents aux traitements, il faut comprendre les raisons qui causent ce manque d'adhérence et agir en fonction de ces causes. Par exemple, si le patient n'adhère pas aux traitements parce qu'il manque de motivation, le professionnel de la physiothérapie peut donner plus de rétroaction positive et d'encouragement à son patient (233). Finalement, lorsque le professionnel de la physiothérapie doit intervenir auprès de patients souffrant de troubles psychologiques (ex. troubles de personnalité, troubles somatoformes, bipolarité, dépendance à l'alcool ou drogues etc.), il devrait s'assurer qu'ils ont le suivi adéquat en psychologie (21).

8.3 Comportements et attitudes à éviter

Il y a certains comportements ou attitudes que le professionnel de la physiothérapie devrait éviter d'adopter avec les patients «difficiles», car ils pourraient nuire à la relation thérapeutique et le bon déroulement des soins. Il doit éviter de ne pas tenir compte des propos du patient, d'interrompre le patient ou encore, de lui donner une réponse qui n'est pas en lien avec les propos, une réponse incomplète ou des faux-fuyants (231). Le professionnel de la physiothérapie devrait aussi éviter le surinvestissement relationnel et thérapeutique (20, 48). Cela pourrait le mener à l'épuisement professionnel s'il s'investit d'une façon démesurée dans son travail, s'il se considère responsable de tout ce qui arrive à son patient ou s'il a tendance à prendre au pied de la lettre toutes les demandes du patient et à prendre sur soi de les combler (20, 48). Le professionnel de la physiothérapie doit éviter de prendre les comportements,

paroles et attitudes du patient trop personnel (234). Il est important de ne pas déresponsabiliser le patient, mais plutôt d'encourager son autonomie et lui faire de la place dans les prises de décision (20). Par contre, le professionnel de la physiothérapie doit éviter la lutte de pouvoir avec le patient, c'est-à-dire la divergence des attentes entre les deux partis qui pourrait mener à des conflits (235). Il faut éviter de blâmer le patient ou faire des jugements hâtifs (31), de mettre l'emphase des traitements sur la douleur du patient (1) et de considérer seulement l'aspect physique de la condition du patient (60). Il est important que le professionnel de la physiothérapie soit à l'affût d'éviter de faire du contre-transfert des émotions négatives (39) et ainsi d'éviter d'avoir une attitude ou une posture défensive envers le patient (236).

8.4 Maintien du lien thérapeutique

Chaque professionnel de la physiothérapie, de par leur code de déontologie, est tenu de maintenir une relation thérapeutique de confiance avec son patient (17). Or, comment maintenir cette relation lorsqu'un patient crée des émotions négatives chez le professionnel de la physiothérapie et lui fait douter de ses propres compétences? Comment le professionnel de la physiothérapie peut-il maintenir ce lien de confiance lorsqu'il doit faire face à un patient «difficile»? Un psychiatre questionné lors d'une étude sur l'interaction avec les patients «difficiles» a mentionné qu'il peut être difficile de ne pas montrer de l'impatience et enflammer la situation par inadvertance en présence d'un patient «difficile». Il mentionnait également qu'il est difficile d'avoir de la compassion pour quelqu'un qui agit comme un «imbécile» (232). Mais les professionnels de la physiothérapie n'ont pas eux même des préjugés sur certains patients? N'ont-ils jamais pensé qu'un patient exagérerait ses symptômes ou semblait les manipuler? Les patients font des confidences aux physiothérapeutes et T.R.P. en raison de la confiance qu'ils leur portent et ils prennent pour acquis qu'ils agiront dans leurs meilleurs intérêts. Ils ne doutent pas que les professionnels de la physiothérapie puissent douter d'eux (25, 237). La majorité des professionnels interrogés lors d'une étude sur la gestion du contre-transfert avec les patients «difficiles» rapportaient avoir des idées préconçues sur certains de leur patient «difficiles» et que ces préjugés pouvaient être à la fois bénéfiques et préjudiciables à l'alliance thérapeutique. Autrement dit, les idées préconçues peuvent fournir des informations cliniques précieuses, cependant, elles peuvent aussi nuire au processus d'alliance thérapeutique en faussant le jugement du professionnel (36). Il n'y a pas que les patients qui s'attendent à ce qu'on leur fasse

confiance. Obtenir et maintenir la confiance du patient était aussi au cœur des attentes des professionnels pour avoir une bonne relation avec les patients. En effet, les professionnels attendent également des patients qu'ils leur fassent confiance. En l'absence de cette confiance, les professionnels croient qu'il est impossible d'établir une relation de confiance et perçoivent ce manque comme la cause de plusieurs difficultés (61).

La confiance est donc un élément central de la relation thérapeutique (5, 11). Le lien de confiance devient primordial à la construction d'une relation thérapeutique de qualité. En effet, il est nécessaire d'établir une relation basée sur l'acceptation, l'empathie la confiance et la tolérance pour avoir des interactions positives avec le patient (11, 12). Selon Hesbeen (238), un infirmier et chercheur en santé publique, il existe huit qualités essentielles qu'un professionnel de la physiothérapie doit avoir pour pouvoir obtenir et maintenir un bon lien de confiance: chaleur, écoute, disponibilité, simplicité, humilité, authenticité, humour et compassion. L'obtention du lien de confiance se base aussi sur l'opinion que peut avoir le patient envers le professionnel. L'apparence, le langage et l'attitude du professionnel peuvent influencer cet opinion (169). Une bonne relation thérapeutique entre le patient et le professionnel permet d'augmenter la confiance du patient envers le physiothérapeute ou le T.R.P. et parfaire l'approche de traitement qu'il utilisera (230).

L'accord entre le patient et le professionnel de la physiothérapie concernant le diagnostic et le traitement est d'une importance capitale, surtout chez les patients qui ont eu plusieurs expériences négatives avec leurs traitements précédents. Voir le patient comme un collaborateur et non seulement comme une personne subissant les décisions du professionnel serait essentiel à une bonne relation thérapeutique. Il s'agit de la base de l'approche centrée sur le patient (8). La tendance de l'approche paternaliste est désormais passée à l'approche centrée sur le patient. Dans cet optique, les intérêts des professionnels seraient compatibles avec ceux des patients et cette compatibilité dépendrait simplement de la construction d'une alliance basée sur l'éducation mutuelle sur la santé et la maladie ainsi que sur la responsabilité sociale, la bienfaisance et la confiance (61). En effet, d'après Bordin (239), un psychologue ayant travaillé sur le lien thérapeutique, l'alliance thérapeutique est composée de trois éléments essentiels soit: l'interdépendance entre le patient et le soignant, l'harmonie et la collaboration. Une fois la relation créée, les buts et les tâches à accomplir doivent être définis par le patient et le

soignant. Le traitement se base donc sur un engagement mutuel entre ces deux partis. La convergence des croyances du patient et du professionnel facilite la planification et l'observance des patients. Ce n'est pas la nature des croyances qui importe, mais la façon dont interagissent les différents individus (231). En effet, la coopération est essentielle pour construire une relation thérapeute-patient solide, une relation teintée par la volonté des patients à engager avec le professionnel une forme d'alliance thérapeutique en communiquant leurs besoins et attentes explicitement (61). Par contre, il arrive parfois que le patient n'est pas enclin à coopérer et qu'il n'est pas satisfait de ses traitements. La satisfaction du patient pourrait s'améliorer si le professionnel adopte une volonté d'écouter et de communiquer efficacement. Considérer les expériences et habilités du patient et les incorporer dans les programmes d'exercices aiderait à améliorer leur satisfaction.

Les patients apprécient une relation qui est basée sur la confiance et le respect entre partenaires égaux (240). Le respect mutuel est interprété par le fait que le patient respecte l'expertise du professionnel et que le professionnel de la physiothérapie est ouvert et respectueux envers les connaissances et l'expérience des patients (158). Cependant, Thornquist (241) reconnaît également que la façon dont un professionnel exerce son contrôle est importante soit via l'utilisation du langage, de l'écoute active et de la promotion de la participation active des patients. Cela souligne l'importance des compétences de communication des praticiens dans leurs interactions, et ceci est appuyé par des recherches indiquant que la communication efficace favorise l'observance du patient et améliore la satisfaction des patients (110).

Pour établir une bonne relation thérapeutique, le physiothérapeute peut recourir à diverses stratégies de communication (237). En premier lieu, il doit se présenter au patient en précisant son nom et son titre professionnel et en décrivant le rôle qu'il jouera dans son traitement. Par la suite, il doit écouter le patient de manière ouverte et sans porter de jugement ce qui l'aidera à élaborer des objectifs de traitement et un plan de soins en se basant sur l'approche centrée sur le patient. Le professionnel de la physiothérapie devra rester attentif aux commentaires, attitudes et comportements du patient qui pourraient être inappropriés afin de pouvoir y réagir de manière proactive. Il faudra également fournir au patient les renseignements nécessaires afin de promouvoir sa liberté de choix et également afin d'obtenir un consentement éclairé avant de procéder au traitement. Le professionnel devra aussi tenir compte des valeurs et des

croyances du patient afin de l'aider à trouver une solution adéquate à sa situation. Finalement, il devra discuter des limites de la confidentialité avec son patient (237).

Mais qu'en est-il lorsque, malgré les efforts du professionnel de la physiothérapie, le lien de confiance est perdu? Selon le code de déontologie des physiothérapeutes (17): «Le membre doit chercher à établir une relation de confiance mutuelle entre lui-même et son client». Toutefois, la perte de confiance du patient envers le physiothérapeute ou le T.R.P. et l'incompatibilité de caractère entre le physiothérapeute et le T.R.P. et le client sont des motifs raisonnables à la cessation de traitements (17). Le professionnel devra alors transférer son patient à un collègue. Toutefois, les arrêts de traitement sont compliqués, stressants et fatigants sur une relation déjà endommagée. Cela peut entraîner des sanctions légales et réglementaires pour le professionnel si c'est fait incorrectement (sanctions disciplinaire, amendes, etc.). Plus important encore, la cessation de traitement elle-même est rarement dans le meilleur intérêt du patient. La cessation ne parvient pas à traiter la cause des comportements du patient, se traduit par le transfert d'un patient très contrarié à un collègue mal préparé, et assure presque que le patient répète et aggrave la relation avec cet autre professionnel. Dans cet esprit, la cessation de traitement est la réponse de dernier recours (51, 242).

Il y a des indices de transgression des limites de la relation thérapeutique à être attentif comme: passer plus de temps avec un patient qu'un autre, soigner davantage sa tenue pour un patient ou encore, traiter un patient plus longtemps que nécessaire (237). Chaque professionnel de la physiothérapie se doit de comprendre la nature de la relation thérapeutique, d'établir et maintenir les limites de la relation, de voir à ce que le patient comprenne le rôle du professionnel de la physiothérapie et les limites de son rôle. Il doit également reconnaître les situations qui présentent des risques élevés de transgression des limites (ex: situations où la durée de la relation thérapeutique est longue), de réfléchir à son exercice afin de prendre conscience de son propre comportement et comprendre la dynamique de la relation et de s'assurer de ne pas utiliser la relation thérapeutique pour combler ses besoins personnels. Finalement, il doit prendre les mesures qui s'imposent pour composer avec le stress personnel et professionnel, consulter des gens au besoin et faire appel à des ressources utiles dans les situations difficiles (237).

L'établissement d'une relation thérapeutique appropriée et le maintien de limites professionnelles sont donc essentiels à la prestation de soins de physiothérapie de haute qualité, sécuritaires et éthiques.

8.5 Recommandations pour les professionnels de la physiothérapie

À la suite de la revue de littérature, nous pouvons établir quelques recommandations pouvant guider la pratique des professionnels de la physiothérapie avec les patients «difficiles» en se basant sur les compétences essentielles nécessaires aux physiothérapeutes (243).

8.5.1 Professionnel

D'abord, les professionnels de la physiothérapie, en tant que professionnels, s'engagent à agir dans le meilleur intérêt de leur patient tout en respectant le code de déontologie ainsi que les normes et réglementations encadrant la profession (243). Ainsi, ils doivent **promouvoir la bienfaisance et la non-malfaisance**, et s'assurer de **respecter l'autonomie du patient** afin que celui-ci puisse faire un choix libre et éclairé sur les soins. Le professionnel de la physiothérapie doit également **connaître les limites de la relation thérapeutique**. En effet, dans le cas où le lien de confiance est brimé ou cessé, il est dans son devoir de terminer la relation et référer le patient à un autre professionnel. Il se doit également, afin de prendre des décisions éclairées, de bien **connaître les normes légales et déontologiques** entourant sa pratique.

8.5.2 Défenseur

Ensuite, le professionnel de la physiothérapie doit avoir un rôle de défenseur pour son patient. Il est responsable de promouvoir la santé et le bien-être de ses patients (243). Ainsi, le professionnel de la physiothérapie se doit également d'avoir une **attitude empathique** face à son patient, toujours dans le but de préserver la relation thérapeutique. Le professionnel doit s'assurer d'agir afin de favoriser le bien-être du patient et d'éviter de lui nuire. Le physiothérapeute doit collaborer avec ses patients et les autres professionnels de la santé afin de bien comprendre, d'identifier et de promouvoir les besoins des patients (243). Alors, **l'approche centrée sur le patient** est à prioriser avec les patients «difficiles». Il est important que ses objectifs et ses besoins soient au centre des interventions. Cette approche permet de voir le patient d'un point de vue global incluant l'aspect biopsychosocial. De plus, le professionnel de la

physiothérapie doit favoriser l'autonomie du patient pour assurer une bonne collaboration.

8.5.3 Collaborateur

Le professionnel de la physiothérapie a le devoir d'établir et de maintenir des relations interprofessionnelles qui favorisent une collaboration efficace et centrée sur le patient (243). Ainsi, **l'approche interdisciplinaire** est recommandée pour favoriser une prise de décision commune active et réfléchie afin d'optimiser les soins prodigués aux patients. Par exemple, le recours à un psychologue pour un patient présentant des troubles de personnalité pourrait améliorer la prise en charge du professionnel de la physiothérapie puisqu'il pourrait mieux l'aider à approcher le patient selon sa condition. De plus, acquérir et maintenir une **bonne collaboration** avec le patient permet de maintenir une **bonne relation thérapeutique**. Celle-ci doit se baser sur un **lien de confiance mutuelle** entre le patient et le professionnel.

8.5.4 Communicateur

Le professionnel de la physiothérapie a un rôle primordial de communicateur pour créer des relations professionnelles avec les patients et leurs proches. Une **communication efficace** permet d'améliorer la satisfaction du patient et son adhérence aux traitements. De plus, une communication efficace permet de construire et d'entretenir une relation professionnelle fondée sur la confiance et l'éthique (243). Elle doit être efficace autant au niveau verbal que non-verbal. C'est pourquoi le professionnel doit être conscient de ses paroles, de son attitude et de son comportement envers le patient ainsi que de l'influence de ceux-ci sur la relation thérapeutique. La **reconnaissance des émotions** du patient et du professionnel de la physiothérapie ainsi que leurs éléments déclencheurs permettent d'éviter le contre-transfert du professionnel. Cette approche facilite la compréhension du professionnel et son soutien face aux réponses hostiles du patient «difficile». Aussi, les réactions des professionnels, leurs attitudes et les circonstances jouent un rôle important dans le processus thérapeutique. Pour ces raisons, le professionnel doit démontrer une certaine sensibilité à ses propres comportements ainsi qu'aux réactions des autres pour ainsi adapter sa façon de communiquer en conséquence (243).

8.5.5 *Érudit*

Finalement, le professionnel de la physiothérapie doit aussi s'assurer de maintenir une bonne formation continue afin de respecter son rôle de praticien érudit. La formation continue des professionnels de leur permettent d'améliorer les résultats chez leurs patients (243). Donc, il est de la responsabilité des **physiothérapeutes et T.R.P. d'adhérer à de meilleures formations** sur l'approche biopsychosociale. Cela aiderait à avoir de meilleurs outils d'intervention en cas de situations difficiles. Des formations ajoutées au cursus scolaire ou des cours post-gradués seraient donc bénéfiques.

9. Conclusion

Il est fréquent d'observer les caractéristiques ressorties par la littérature chez les patients en physiothérapie. Comme il a été démontré à l'aide des analyses de cas et de la revue de cadrage, la présence de ces caractéristiques peut mener à la catégorisation du patient comme étant «difficile». Cette qualification a plusieurs impacts majeurs sur le patient et le professionnel de la physiothérapie ce qui peut nuire à une bonne relation thérapeutique. Pour éviter le bris de confiance dans la relation, il est important que le professionnel soit conscient et alerte de ses propres émotions, de ses jugements et de son comportement face aux patients «difficiles». Il doit se rappeler que c'est plutôt la relation qui est «difficile» et non seulement le patient. Le professionnel de la physiothérapie doit pouvoir s'adapter à chacun de ses patients afin de s'assurer de maintenir des relations thérapeutiques optimales. Par exemple, avec des patients souffrants d'un état de stress post-traumatique, le professionnel de la physiothérapie aurait grand intérêt à travailler en interdisciplinarité et favoriser une approche biopsychosociale pour optimiser les traitements. Pour des patients qui manquent de motivation ou d'espoir, le professionnel de la physiothérapie doit utiliser des stratégies qui vont encourager et motiver le patient tout en lui permettant de conserver son autonomie. Dans le cas où un patient rapporte des symptômes non-objectivables, malgré que le professionnel de la physiothérapie puisse douter de la véracité des propos rapportés, il doit s'abstenir de porter un jugement sur le patient. Finalement, avec des patients sur la CNESST que nous soupçonnons de simuler, la communication avec le patient et les autres professionnels dans le dossier est un élément essentiel pour maintenir une bonne relation de confiance et assurer la bonne continuité des soins. Donc, plusieurs stratégies peuvent être utilisées par le professionnel de la physiothérapie pour s'assurer de maintenir une bonne relation thérapeutique avec les

patients. Pour conclure, il est essentiel que le professionnel de la physiothérapie soit conscient de son rôle lorsqu'il fait face à une «relation difficile» et qu'il est de son devoir de prendre cette situation en charge afin d'assurer le bien-être et l'autonomie de son patient. Il serait donc bénéfique que le professionnel mette en œuvre les recommandations proposées afin d'entretenir une bonne relation thérapeutique avec les patients considérés «difficiles».

10. Bibliographie

1. Potter M, Gordon S, Hamer P. The difficult patient in private practice physiotherapy: A qualitative study. *Australian Journal of Physiotherapy*. 2003;49(1):53-61.
2. Blackall GF, Green MJ. "Difficult" patients or difficult relationships? *Am J Bioeth*. 2012;12(5):8-9.
3. Hull SK, Broquet K. How to manage difficult patient encounters. *Family practice management*. 2007;14(6):30-4.
4. Wasan AD, Wootton J, Jamison RN. Dealing with difficult patients in your pain practice. *Regional anesthesia and pain medicine*. 2005;30(2):184-92.
5. Le Fort V. Prendre soin du patient difficile en psychiatrie: Haute Ecole de Santé de Fribourg; 2011.
6. Herzig L, Söderström D. Supervision individuelle—une aide face aux patients difficiles. *PrimaryCare*. 2013;13(5):86.
7. Hahn SR. Physical Symptoms and Physician-Experienced Difficulty in the Physician–Patient Relationship. *American College of Physicians–American Society of Internal Medicine*. 2001;134:897-904.
8. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature *Social science & Medicine* 2000;51:1087-110.
9. Parsi K. Shifting from the difficult patient to the difficult relationship: can ethics consultants really help? *Am J Bioeth*. 2012;12(5):1.
10. Fiester A. The "difficult" patient reconceived: an expanded moral mandate for clinical ethics. *Am J Bioeth*. 2012;12(5):2-7.
11. Breitschmid E. Le patient difficile en santé mentale: Haute Ecole de la Santé La Source; 2014.
12. Kistler E. Characteristics of Difficult Patients in Prisons Compared to Difficult Patients in Primary Care Settings. Terre Haute, Indiana: Indiana State University; 2011.
13. Davis KJ, Kumar D, Wake MC. Pelvic floor dysfunction: a scoping study exploring current service provision in the UK, interprofessional collaboration and future management priorities. *International Journal of Clinical Practice*. 2010;64(12):1661-70.
14. Armstrong R, Hall BJ, Doyle J, Waters E. 'Scoping the scope' of a cochrane review. *Journal of Public Health*. 2011;33(1):147-50.
15. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*. 2005;8(1):19-32.

16. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci.* 2010;5(1):1-9.
17. Gouvernement du Québec. Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique. Publications du Québec, 2015.
18. Daykin AR, Richardson B. Physiotherapists' Pain Beliefs and Their Influence on the Management of Patients With Chronic Low Back Pain. *Spine* 2004;29(7):783-95.
19. Potter M, Gordon S, Hamer P. The physiotherapy experience in private practice: The patients' perspective. *Australian Journal of Physiotherapy.* 2003;49(3):195-202.
20. Stigler M, Quinche P. Le «patient difficile» en crise et sa compétence à se responsabiliser. *Primary Care.* 2001;1:351-7.
21. Arciniegas DB, Beresford TP. Managing difficult interactions with patients in neurology practices A practical approach. *Neurology.* 2010;75(18 Supplement 1):S39-S44.
22. Paré É. Raisonement clinique en Techniques d'inhalothérapie: étude des modalités d'enseignement et des interventions pédagogiques lors des stages: Université de Sherbrooke; 2014.
23. Noonan M. The experiences and perceptions of therapists work with difficult patients. ProQuest Dissertations Publishing New York University 1995.
24. Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. *The Journal of the American Board of Family Medicine.* 2006;19(6):533-41.
25. Zuiches JD. Communicating with difficult patients in outpatient cardiology: A qualitative study exploring noncompliance, depression assessment, and communication strategies: Palo Alto University; 2014.
26. Koekkoek B, Berno van Meijel RN, Hutschemaekers G. "Difficult patients" in mental health care: a review. *Psychiatric Services.* 2006.
27. Hinchey SA, Jackson JL. A cohort study assessing difficult patient encounters in a walk-in primary care clinic, predictors and outcomes. *Journal of general internal medicine.* 2011;26(6):588-94.
28. Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Archives of Internal Medicine.* 1999;159(10):1069-75.
29. Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *Journal of clinical epidemiology.* 1994;47(6):647-57.
30. Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, Brody D, Williams JBW, Linzer M. The difficult patient. *Journal of General Internal Medicine.* 1996;11(1):1-8.

31. American Society of Registered Nurses. Dealing with the Difficult Patient Nurse today: 2008. [modifié le 1er mai; cité le janvier 2016]. Disponible: <http://www.asrn.org/journal-nursing-today/356-dealing-with-the-difficult-patient.html>
32. Steinmetz D, Tabenkin H. The 'difficult patient' as perceived by family physicians. *Family Practice*. 2001;18(5):495-500.
33. Sharpe M, Mayou R, Seacroatt V, Surawy C, Warwick H, Bulstrode C, et al. Why do doctors find some patients difficult to help? *QJM*. 1994;87(3):187-93.
34. Page LA, Wessely S. Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2003;96(5):223-7.
35. Corney RH, Strathdee G, Higgs R, King M, Williams P, Sharp D, et al. Managing the difficult patient: practical suggestions from a study day. *JR Coll Gen Pract*. 1988;38(313):349-52.
36. Serour M, Al Othman H, Al Khalifah G. Difficult patients or difficult doctors: An analysis of problematic consultations. 2010.
37. Ovens H. Part I: the difficult patient: medical and legal approaches. *Canadian Family Physician*. 1989;35:1797.
38. Dao MD, Bélanger E. Le patient sans diagnostic: un Autre qui dérange? *Bulletin No.* 2007;45:20.
39. Smith S. Dealing with the difficult patient. *Postgraduate medical journal*. 1995;71(841):653-7.
40. Klein D, Najman J, Kohrman AF, Munro C. Patient characteristics that elicit negative responses from family physicians. *The Journal of family practice*. 1982.
41. Pincus T, Vlaeyen JWS, Kendall NAS, Von Korff MR, Kalauokalani DA, Reis S. Cognitive-Behavioral Therapy and Psychosocial Factors in Low Back Pain. *Spine* 2002;27(5):E133-E8.
42. Herbert C, Grams G. Working with the Difficult Patient: An Approach for Family Physicians. *Can Fam Physician*. 1986;32:1989-05.
43. Robiner W, Zagoloff A. Managing Difficult Patients in an Era of Interprofessionalism Event Recap MN Psychologist Online 2015. [modifié le 31 Juillet; cité le Février 2016]. Disponible: http://www.mnpsych.org/index.php?option=com_jevents&task=icalrepeat.detail&evid=14&Itemid=115&year=2016&month=02&day=12&title=managing-difficult-patients-in-an-era-of-interprofessionalism&uid=2f8c6b160e08007d41b421177bad3341
44. Chou C. Dealing with the "difficult" patient. *WMJ-Madison-*. 2004;103:35-8.
45. Gerrard T, Riddell J. Difficult patients: black holes and secrets. *BMJ*. 1988;297(6647):530-2.

46. Krebs EE, Garrett JM, Konrad TR. The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data. *BMC Health Services Research*. 2006;6(1):128.
47. Gouvernement du Canada. Service Canada Au service des gens: Physiothérapeutes. [modifié le 2015-10-30; cité le 15 mars 2016]. Disponible: http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/3142.shtml
48. Guertin M. Ces intervenants qui aiment trop!: Atelier à l'usage des intervenants qui ont des patients dits difficiles. *Santé mentale au Québec*. 1988;13(1):198-201.
49. Thomas C. When you fear being labelled a "difficult" patient. Dans: *Center for Advancing Health*, rédacteur. Prepared Patient 2012.
50. Edgoose JY. Rethinking the Difficult Patient Encounter. *Family Practice Management*. 2012.
51. Haas LJ, Leiser JP, Magill MK, Sanyer ON. Management of the difficult patient. *Am Fam Physician*. 2005;72(10):2063-8.
52. Parry RH. The interactional management of patients' physical incompetence: a conversation analytic study of physiotherapy interactions. *Social Health Illn*. 2004;26(7):976-1007.
53. Sumsion T, Smyth G. Barriers to client-centredness and their resolution. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2000;67(1):15-21.
54. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 7e éd: Oxford University Press; 2013.
55. Fiester A. De-escalating conflict: mediation and the "difficult" patient. *Am J Bioeth*. 2013;13(4):11-2.
56. Jones J. The Difficult Patient: *ACR Bulletin*; 2014. [modifié le Décembre 2014; cité le 20 janvier 2016]. Disponible: <https://acrbulletin.org/acr-bulletin-december-14/31-the-difficult-patient>
57. White MJ, Olson RS. Attitudes toward people with disabilities: a comparison of rehabilitation nurses, occupational therapists, and physical therapists. *Rehabil Nurs*. 1998;23(3):126-31.
58. Hall JA, Horgan TG, Stein TS, Roter DL. Liking in the physician–patient relationship. *Patient education and counseling*. 2002;48(1):69-77.
59. Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario. *Gestion de situations interpersonnelles difficiles lors de la prestation de soins* 2009.
60. Barlow S, Stevens J. Australian physiotherapists and their engagement with people with chronic pain: do their emotional responses affect practice? *J Multidiscip Healthc*. 2014;7:231-7.

61. Fineman N. The making and meanings of difficult patients: doctors and nurses subjective understandings and experience of difficulty: University of California, San Francisco; 1997.
62. Karnad A, Verghese A. Harrison's Principles of Internal Medicine. JAMA. 1994;272(8):642-.
63. Edgoose JY, Regner CJ, Zakletskaia LI. BREATHE OUT: a randomized controlled trial of a structured intervention to improve clinician satisfaction with "difficult" visits. J Am Board Fam Med. 2015;28(1):13-20.
64. Caruso R, Biancosino B, Borghi C, Marmai L, Kerr IB, Grassi L. Working with the 'difficult' patient: the use of a contextual cognitive-analytic therapy based training in improving team function in a routine psychiatry service setting. Community Ment Health J. 2013;49(6):722-7.
65. Schalckens-Fuks M. Les soignants et les toxicomanes: Ed. Lamarre; 1997.
66. Seinfeld J. The empty core: An object relations approach to psychotherapy of the schizoid personality: Jason Aronson; 1991.
67. Sazima G. The "hateful patient" revisited: a transactional view of difficult physician-patient relationships. Psychiatric Times. 2015;32(6):55-.
68. Maltzberger JT, Buie DH. Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. Archives of General Psychiatry. 1974;30(5):625-33.
69. Cohen M, Quintner J. The Clinical Conversation about Pain: Tensions between the Lived Experience and the Biomedical Model. Making Sense of Pain.85.
70. Druais PL. Le «Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire»(DDPRQ): traduction et validation de la version française: Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2012.
71. Davidtz J. Psychotherapy with difficult patients: Personal narratives about managing countertransference: ProQuest; 2007.
72. Laskowski C. The mental health clinical nurse specialist and the "difficult" patient: evolving meaning. Issues in Mental Health Nursing. 2001;22(1):5-22.
73. Bouchacourt C. Les patients «Heartsink»: la prise en charge de ces patients difficiles en médecine générale: Université Paris Diderot-Paris; 2014.
74. Conseil canadien de la santé. Symposium national sur la participation des patients : Compte rendu. 2012.
75. Koekkoek B, van Meijel B, Schene A, Hutschemaekers G. Development of an intervention program to increase effective behaviours by patients and clinicians in psychiatric services: Intervention Mapping study. BMC health services research. 2010;10(1):1.

76. Association canadienne pour la santé mentale. Le comité de la santé mentale du Québec (CSMQ). 2014.
77. Santé et Services sociaux du Québec. Santé mentale : Comprendre et prévenir: 2015. [modifié le avril 2015; cité le août 2015]. Disponible: http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?id=4,2,0,0,1,0
78. Yildirim M, Demirbuken I, Balci B, Yurdalan U. Beliefs towards mental illness in Turkish physiotherapy students. *Physiother Theory Pract*. 2015;31(7):461-5.
79. Gibson A, Kuluski K, Lyons R. Complex health conditions and mental health training: How prepared is the frontline service provider? *Healthc Manage Forum*. 2015;28(1):16-23.
80. Keyes CL. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(3):539-48.
81. Romm C. The changing vocabulary of mental illness: Why your doctor no longer says you're "going mad": 2015 [modifié le octobre 2015; cité le novembre 2015]. Disponible: <http://www.theatlantic.com/health/archive/2015/10/mental-health-words/412630/>
82. Huijben-Schoenmakers M, Rademaker A, Scherder E. 'Can practice undertaken by patients be increased simply through implementing agreed national guidelines?' An observational study. *Clin Rehabil*. 2013;27(6):513-20.
83. Alexanders J, Anderson A, Henderson S. Musculoskeletal physiotherapists' use of psychological interventions: a systematic review of therapists' perceptions and practice. *Physiotherapy*. 2015;101(2):95-102.
84. Canadian Mental Health Association. The relationship between mental health, mental illness and chronic physical conditions. : 2008. [modifié le décembre 2008; cité le septembre 2015]. Disponible: https://ontario.cmha.ca/public_policy/the-relationship-between-mental-health-mental-illness-and-chronic-physical-conditions/
85. Born J, Richer I, Zamorski MA. The Link between subtypes of combat exposure and physical symptoms: The moderating effect of mental health (6C01): 2014. [modifié le 2014 cité le août 2015]. Disponible: <https://cimvhr.ca/documents/MVHR-Forum-Abstracts-2014.pdf>
86. Rosenbaum S, Sherrington C, Tiedemann A. Exercise augmentation compared with usual care for post-traumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;131(5):350-9.
87. Stanton R, Happell B, Reaburn P. The development of a questionnaire to investigate the views of health professionals regarding exercise for the treatment of mental illness. *Mental Health and Physical Activity*. 2014;7(3):177-82.
88. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14 Suppl 1:S1.

89. Cooper J, Metcalf O, Phelps A. PTSD--an update for general practitioners. *Aust Fam Physician*. 2014;43(11):754-7.
90. Institut universitaire en santé mentale de Montréal. En chiffres 2015. [modifié le 2015 cité le septembre 2015]. Disponible: <http://www.iusmm.ca/hopital/sante-mentale/en-chiffres.html>
91. Dennis D, Mullins R. Guillain-Barre syndrome patient's satisfaction with physiotherapy: A two-part observational study. *Physiother*. 2013;29(4):301-8.
92. Rutledge DN, Cantero PJ, Ruiz JE. Chronic pain management strategies used by low-income overweight Latinos. *Chronic Illn*. 2013;9(2):133-44.
93. Office des Professions du Québec. Interventions qui ne sont pas de la psychothérapie 2012. [modifié le 2015; cité le août 2015]. Disponible: <https://www.ordrepsy.qc.ca/fr/public/la-psychotherapie/interventions-qui-ne-sont-pas-de-la-psychotherapie.sn>
94. Ordre des psychologues du Québec. Définition de la psychothérapie: 2015. [modifié le 2015; cité le 27 septembre 2015]. Disponible: <https://www.ordrepsy.qc.ca/fr/public/la-psychotherapie/definition-de-la-psychotherapie.sn>
95. Connaughton J. Matters of the mind: Physiotherapy's role in mental health. *InMotion*. 2014;November:28-31.
96. Abbott J. Difficult patients, difficult doctors: can consultants interrupt the "blame game"? *The american journal of bioethics*. 2012;12(5):18-20.
97. Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans. Alice Aiken, PhD 2015. [modifié le 2015; cité le septembre 2015]. Disponible: <https://cimvhr.ca/fr/about/39/>
98. Doug V. Discussions de type TED [enregistrement vidéo]: 2015. [modifié le mai 2015 cité le septembre 2015]. Disponible: <http://physiotherapy.ca/Congress/Congress-2015-recap/TED-Type-Talks?lang=fr-CA>
99. National Alliance on Mental Illness. Posttraumatic Stress Disorder: 2015. [modifié le 2015; cité le novembre 2015]. Disponible: <https://www.nami.org/Learn-More/Mental-Health-Conditions/Posttraumatic-Stress-Disorder/Overview>
100. American Psychiatric Association. Posttraumatic Stress Disorder 2013. [modifié le 2013 cité le août 2015]. Disponible: <http://www.dsm5.org/Documents/PTSD%20Fact%20Sheet.pdf>
101. Justiss MD. Occupational therapy interventions to promote driving and community mobility for older adults with low vision: a systematic review. *Am J Occup Ther*. 2013;67(3):296-302.
102. Cailliez P, Hardy P. Troubles somatoformes et douleur. Dans: Marchand S, Saravane D, Gaumond I, rédacteurs. *Santé mentale et douleur : Composantes*

somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale. Paris: Springer; 2013. p. 141-56.

103. American Psychiatric Association. Somatic Symptom Disorder 2013. [modifié le 2013; cité le août 2015]. Disponible:

<http://www.dsm5.org/documents/somatic%20symptom%20disorder%20fact%20sheet.pdf>

104. Brewer BW, Cornelius AE, Van Raalte JL, Tennen H, Armeli S. Predictors of adherence to home rehabilitation exercises following anterior cruciate ligament reconstruction. *Rehabil Psychol.* 2013;58(1):64-72.

105. Ordre des psychologues du Québec. Les interventions dans un contexte de multidisciplinarité ou d'interdisciplinarité au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Fiche déontologique. Volume 8, numéro 1: 2007. [modifié le 2007; cité le novembre 2015]. Disponible: https://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Fiche_Deonto_Mai07.pdf

106. Assemblée nationale. Projet de loi no83: Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives. 2005.

107. Deschênes B, Jean-Baptiste A, Matthieu E, Mercier A, Roberge C, St-Onge M. Guide d'implantation du partenariat de soins et de services. Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle: 2013. [modifié le 2014; cité le août 2015]. Disponible:

http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation_1.1.pdf

108. Lee A, Karpavicius J, Gasparini E, Forster D. Implementing a diet and exercise program for limiting maternal weight gain in obese pregnant women: a pilot study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2012;52(5):427-32.

109. Collinge W, Kahn J, Walton T, Kozak L, Bauer-Wu S, Fletcher K, et al. Touch, Caring, and Cancer: randomized controlled trial of a multimedia caregiver education program. *Support Care Cancer.* 2013;21(5):1405-14.

110. Gyllensten AL, Gard G, Salford E, Ekdahl C. Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective. *Physiotherapy Research International.* 1999;4(2):89-109.

111. Klaber Moffett JA, Richardson PH. The influence of the physiotherapist-patient relationship on pain and disability. *Physiotherapy theory and practice.* 1997;13(1):89-96.

112. Lundvik Gyllensten A, Gard G, Hansson L, Ekdahl C. Interaction Between Patient and Physiotherapist in Psychiatric Care ? the Physiotherapist's Perspective. *Advances in Physiotherapy.* 2015;2(4):157-67.

113. Stenmar L, Nordholm LA. Swedish physical therapists' beliefs on what makes therapy work. *Physical Therapy.* 1994;74(11):1034-9.

114. Committee on the Assessment of Ongoing Efforts in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. Treatment for Posttraumatic Stress Disorder in Military and Veteran Populations: Initial Assessment: 2012. [modifié le 2015; cité le août 2015]. Disponible: <http://www.nap.edu/read/13364/chapter/1>
115. Liedl A, Knaevelsrud C. Chronic pain and PTSD: the Perpetual Avoidance Model and its treatment implications. Torture: quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture. 2007;18(2):69-76.
116. Kaur J, Masaun M, Bhatia MS. Role of Physiotherapy in Mental Health Disorders. Delhi Psychiatry journal 2013;16.
117. Probst M, rédacteur. Physiotherapy in mental health: Education, research and clinical practice. Implications for 2012-2015. 4th International Conference: Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health; 2012; Edinburg.
118. Edwards M. Physiotherapy in mental health 2012. [modifié le 2012 cité le janvier 2016]. Disponible: <http://www.marionedwardsphysio.co.uk/physiotherapy-in-mental-health>
119. Robin M Orr, Bennett N. Posttraumatic Stress Disorder management: A role for physiotherapists and physical training instructors. MILITARY AND VETERANS' HEALTH. 2012;20.
120. Gouverneman du Québec. Code civil du Québec-Article 11. Québec 2016.
121. Cohen S. Nudging and informed consent. Am J Bioeth. 2013;13(6):3-11.
122. Anderson L, Delany C. From Persuasion to Coercion: Responding to the Reluctant Patient in Rehabilitation. Phys Ther. 2016.
123. Alberta P. Managing Challenging Situations A Resource Guide for Physiotherapists. 2007.
124. Dudzinski DM, Timberlake D. Difficult Patient Encounters: 2014. [modifié le 2014; cité le janvier 2016]. Disponible: https://depts.washington.edu/bioethx/topics/diff_pt.html
125. Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S, King M. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. The British Journal of Psychiatry. 2004;184(2):176-81.
126. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. Journal of social and clinical psychology. 2006;25(8):875-84.
127. Watson AC, Corrigan P, Larson JE, Sells M. Self-stigma in people with mental illness. Schizophrenia bulletin. 2007;33(6):1312-8.
128. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A

systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med.* 2015;45(1):11-27.

129. Teachman BA, Wilson JG, Komarovskaya I. Implicit and explicit stigma of mental illness in diagnosed and healthy samples. *Journal of Social and Clinical Psychology.* 2006;25(1):75.

130. Pack QR, Johnson LL, Barr LM, Daniels SR, Wolter AD, Squires RW, et al. Improving cardiac rehabilitation attendance and completion through quality improvement activities and a motivational program. *J Mol Signal.* 2013;33(3):153-9.

131. Tanriverdi O. Is a new perspective for definition and diagnostic criteria of fibromyalgia in early stage cancer patients necessary? *Med Hypotheses.* 2014;82(4):433-6.

132. Asbring P. Chronic illness: a disruption in life: identity-transformation among women with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. 2000.

133. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33(2):160-72.

134. Fuller-Thomson E, Nimigon-Young J, Brennenstuhl S. Individuals with fibromyalgia and depression: findings from a nationally representative Canadian survey. *Rheumatol Int.* 2012;32(4):853-62.

135. Branco JC, Bannwarth B, Failde I, Abello Carbonell J, Blotman F, Spaeth M, et al. Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Semin Arthritis Rheum.* 2010;39(6):448-53.

136. Weir PT, Harlan GA, Nkoy FL, Jones SS, Hegmann KT, Gren LH, et al. The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes. *J Clin Rheumatol.* 2006;12(3):124-8.

137. Alamo MM, Moral RR, Pérula de Torres LA. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care Elsevier science Ireland. 2002;48:23-31.

138. O'Brien EM, Staud RM, Hassinger AD, McCulloch RC, Craggs JG, Atchison JW, et al. Patient-centered perspective on treatment outcomes in chronic pain. *Pain Med.* 2010;11(1):6-15.

139. Walker EA, Katon WJ, Keegan D, Gardner G, Sullivan M. Predictors of physician frustration in the care of patients with rheumatological complaints. *Gen Hosp Psychiatry.* 1997;19(5):315-23.

140. Edwards RR, Cahalan C, Mensing G, Smith M, Haythornthwaite JA. Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol.* 2011;7(4):216-24.

141. Yi TI, Kim BK, Ha SA, Lim JY. The relationships between determination of treatment success and emotional factors in patients with chronic musculoskeletal pain. *Ann Rehabil Med*. 2014;38(1):77-83.
142. Friedric M, Gittler G, Halberstadt Y, Cermak T, Heiller I. Combined exercise and motivation program: effect on the compliance and level of disability of patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 1998;79:475-87.
143. Maclean N, Pound P. A critical review of the concept of patient motivation in the literature on physical rehabilitation. *Social Science & Medecine* 2000.
144. Maclean N, Pound P, Wolfe C, Rudd A. The concept of patient motivation: a qualitative analysis of stroke professional's attitudes. *Department of public health science* 2001.
145. Vong SK, Cheing GL, Chan F, So EM, Chan CC. Motivational enhancement therapy in addition to physical therapy improves motivational factors and treatment outcomes in people with low back pain: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011;92(2):176-83.
146. Alarcon GM, Bowling NA, Khazon S. Great expectations: A meta-analytic examination of optimism and hope. *Personality and Individual Differences*. 2013;54(7):821-7.
147. Larousse. Dictionnaire de français [modifié le s.d.; cité le 1 novembre 2015]. Disponible: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
148. Wiles R, Cott C, Gibson BE. Hope, expectations and recovery from illness: a narrative synthesis of qualitative research. *J Adv Nurs*. 2008;64(6):564-73.
149. Corbett M, Foster NE, Ong BN. Living with low back pain-Stories of hope and despair. *Soc Sci Med*. 2007;65(8):1584-94.
150. Pergert P, Lutzen K. Balancing truth-telling in the preservation of hope: a relational ethics approach. *Nurs Ethics*. 2012;19(1):21-9.
151. Schrank B, Bird V, Rudnick A, Slade M. Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Soc Sci Med*. 2012;74(4):554-64.
152. Jensen MP, Nielson WR, Kerns RD. Toward the development of a motivational model of pain self-management. *The Journal of Pain*. 2003;4(9):477-92.
153. Selinger E, Whyte KP. What counts as a nudge? *Am J Bioeth*. 2012;12(2):11-2.
154. Selinger E, Whyte K. Is There a Right Way to Nudge? The Practice and Ethics of Choice Architecture. *Sociology Compass*. 2011;5(10):923-35.
155. Saghai Y. Salvaging the concept of nudge. *J Med Ethics*. 2013;39(8):487-93.

156. Dembo JS, Clemens NA. The ethics of providing hope in psychotherapy. *J Psychiatr Pract.* 2013;19(4):316-22.
157. Grégoire S, Maltais C, Laliberté M. Prise en charge clinique en physiothérapie oncologique: promotion d'une décision partagée dans le contexte des soins palliatifs. *Bioéthique Online.* 2013.
158. Josephson I, Woodward-Kron R, Delany C, Hiller A. Evaluative language in physiotherapy practice: How does it contribute to the therapeutic relationship? *Social Science & Medicine.* 2015;143:128-36.
159. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *The journal of family practice* 2000;49(9).
160. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient education and counseling.* 2009;74(3):295-301.
161. Thorne S, Oglov V, Armstrong EA, Hislop TG. Prognosticating futures and the human experience of hope. *Palliative and Supportive Care.* 2007;5(03).
162. Bandura A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological review* 1977;84(2):191-215.
163. Jones KD, Burckhardt CS, Bennett JA. Motivational interviewing may encourage exercise in persons with fibromyalgia by enhancing self efficacy. *Arthritis & Rheumatism.* 2004;51(5):864-7.
164. Koenig AL, Kupper AE, Skidmore JR, Murphy KM. Biopsychosocial functioning and pain self-efficacy in chronic low back pain patients. *J Rehabil Res Dev.* 2014;51(8):1277-86.
165. Malaty A, Sabharwal J, Lirette LS, Chaiban G, Eissa H, Tolba R. How to Assess a New Patient for a Multidisciplinary Chronic Pain Rehabilitation Program: A Review Article. *The ochsner journal* 2014.
166. Thom DH, Campbell B. Patient-physician trust: an exploratory study. *The Journal of family practice.* 1997;44(2):169-76.
167. Cooper K, Smith BH, Hancock E. Patient-centredness in physiotherapy from the perspective of the chronic low back pain patient. *Physiotherapy.* 2008;94(3):244-52.
168. Roberts L, Bucksey SJ. Communicating With Patients: What Happens in Practice? *Physical Therapy.* 2007;87:586-94.
169. Brillant J. Chronique du bureau du syndic: La relation de confiance, un gage de réussite. *Physio-Québec.* 2011;36:3-4.
170. Vlaeyen JWS, Crombez G. Fear of movement/(re)injury, avoidance and pain disability in chronic low back pain patients. *Manual Therapy.* 1999:187-95.

171. Tait RC, Chibnall JT, Kalauokalani D. Provider judgments of patients in pain: seeking symptom certainty. *Pain Med.* 2009;10(1):11-34.
172. Rossignol M, Neveu A. Lombalgie et chronicité: dépistage précoce. *Le Médecin du Québec.* 2003;38(12):69-77.
173. Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Lawler BK. Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain.* 1994;57:301-9.
174. Honaker JA, Gilbert JM, Staab JP. Chronic Subjective Dizziness Versus Conversion Disorder: Discussion of Clinical Findings and Rehabilitation. *American Journal of Audiology* 2010;Vol. 19:3-8.
175. Furman JM, Cass SP, Whitney SL. Vestibular disorders: a case-study approach to diagnosis and treatment: Oxford University Press; 2010.
176. Blakley BW, Goebel J. The meaning of the word "vertigo". *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001;125(3):147-50.
177. Fife TD, Kalra D. Persistent vertigo and dizziness after mild traumatic brain injury. *Ann N Y Acad Sci.* 2015;1343:97-105.
178. Sloane PD, Coeytaux RR, Beck RS, Dallara J. Dizziness: state of the science. *Ann Intern Med.* 2001;134(9 Pt 2):823-32.
179. Bath AP, Walsh RM, Ranalli P, Tyndel F, Bance ML, Mai R, et al. Experience from a multidisciplinary "dizzy" clinic. *Am J Otol.* 2000;21(1):92-7.
180. Alghadir AH, Iqbal ZA, Whitney SL. An update on vestibular physical therapy. *J Chin Med Assoc.* 2013;76(1):1-8.
181. Boyer FC, Percebois-Macadre L, Regrain E, Leveque M, Taiar R, Seidermann L, et al. Vestibular rehabilitation therapy. *Neurophysiol Clin.* 2008;38(6):479-87.
182. Phillips JS, Mallinson AI, Hamid MA. Cost-effective evaluation of the vestibular patient. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011;19(5):403-9.
183. Vonk J, Horlings CG, Allum JH. Differentiating malingering balance disorder patients from healthy controls, compensated unilateral vestibular loss, and whiplash patients using stance and gait posturography. *Audiol Neurootol.* 2010;15(4):261-72.
184. Greer S, Chambliss L, Mackler L. What physical exam techniques are useful to detect malingering? *The journal of family practice.* 2005;Vol 54.
185. Greve KW, Ord JS, Bianchini KJ, Curtis KL. Prevalence of malingering in patients with chronic pain referred for psychologic evaluation in a medico-legal context. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009;90(7):1117-26.
186. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5e éd 2013.
187. Mallinson AI, Longridge NS. A New Set of Criteria for Evaluating Malingering in Work-Related Vestibular Injury. *Otology & Neurotology.* 2005;Vol. 26, No. 4,.

188. Bianchini KJ, Aguerrevere LE, Guise BJ, Ord JS, Etherton JL, Meyers JE, et al. Accuracy of the Modified Somatic Perception Questionnaire and Pain Disability Index in the detection of malingered pain-related disability in chronic pain. *Clin Neuropsychol*. 2014;28(8):1376-94.
189. Beattie PF, Meyers SP. Magnetic Resonance Imaging in Low Back Pain: General Principles and Clinical Issues. *Physical Therapy*. 1998;78:738-53.
190. Jensen GM, Gwyer J, Shepard KF, Hack LM. Expert Practice in Physical Therapy. *Journal of the American Physical Therapy Association*. 2000;80.
191. Gouvernement du Québec. Thésaurus de l'activité gouvernementale: 2015. [modifié le 2015; cité le 16 septembre 2015,]. Disponible: <http://www.thesaurus.gouv.qc.ca/>
192. CNESST. Découvrir la CNESST: 2014. [modifié le 2014; cité le 16 septembre 2015,]. Disponible: www.cnesst.gouv.qc.ca
193. Association des commissions des accidents du travail du Canada. Indemnisation des accidents du travail 101: 2013. [modifié le 2013; cité le 15 septembre 2015]. Disponible: <http://awcbc.org/fr>
194. Hudon A, Laliberté M, Hunt M, Feldman D. Quality of Physiotherapy Services for Injured Workers Compensated by Workers' Compensation in Quebec: A Focus Group Study of Physiotherapy Professionals. *Healthcare policy= Politiques de sante*. 2015;10(3):32-47.
195. Tétreault P, Généreux R, Duhamel L, Québec (Province). Commission de la santé et de la sécurité du travail. Application du Règlement sur l'assistance médicale : établissements privés de santé offrant des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie : guide administratif. Montréal: Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec; 2007.
196. Laliberté M, Hudon A. La difficile interaction entre les physiothérapeutes et les agents payeurs québécois : une analyse éthique médiatique. *Éthique & Santé*. 2014;11(2):91-9.
197. American Psychiatric Association, rédacteur. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, (DSM-5)* American Psychiatric Press Inc: Robert Spitzer; 2013.
198. Lacroix L. Malade de bureaucratie. *La Presse*. Dimanche 27 janvier 2002;Sect. Santé.
199. Desrosiers M. Étude de cas – La surveillance des employés Affaires RH: 2009. [modifié le 36 mars 2009; cité le 29 septembre 2015]. Disponible: <http://www.affairesrh.ca/gestionnaires/solutions-gestion/fiche.aspx?p=354798>
200. Samson C. Rares fraudeurs. *Le Soleil*. Mercredi 4 janvier 2006;Sect. Actualités.

201. Gagné H. La CSST a récupéré 17M\$ grâce aux filatures vidéos: TVA nouvelles; 2001. [modifié le 28 novembre 2001; cité le 14 septembre 2015]. Disponible: <http://tvanouvelles.ca>
202. Desbois L. S.L. et Compagnie A, 2010 QCCLP 3476 CanLii: 2010. [modifié le 7 mai 2006; cité le 14 juin 2015]. Disponible: <http://canlii.ca/t/29qbt>
203. Praestegaard J, Gard G, Glasdam S. Physiotherapy as a disciplinary institution in modern society - a Foucauldian perspective on physiotherapy in Danish private practice. *Physiother Theory Pract.* 2015;31(1):17-28.
204. McDermott BE, Feldman MD. Malingering in the medical setting. *Psychiatr Clin North Am.* 2007;30(4):645-62.
205. Caton M, et al. Can Physical Therapist identify malingered pain in the conical setting? School of Physical Therapy, The University of Western Ontario, London Canada. 2011:1-21.
206. Murgatroyd DF, Casey PP, Cameron ID, Harris IA. The effect of financial compensation on health outcomes following musculoskeletal injury: systematic review. *PLoS One.* 2015;10(2):e0117597.
207. Ash P, Goldstein SI. Predictors of returning to work. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry Law.* 1995;23(2):205-10.
208. Cottraux J. Inventaire abrégé de dépression de Beck (13 items). 1986;12(2):77-9.
209. Werner A, Isaksen LW, Malterud K. 'I am not the kind of woman who complains of everything': illness stories on self and shame in women with chronic pain. *Soc Sci Med.* 2004;59(5):1035-45.
210. Kirsh B, McKee P. The needs and experiences of injured workers: a participatory research study. *Work.* 2003;21(3):221-31.
211. CNESST. Conseillère ou conseiller en réadaptation: CNESST; 2014. [modifié le 2014; cité le 22 novembre 2015,]. Disponible: <http://www.cnesst.gouv.qc.ca/>
212. Briand C, Durand MJ, St-Arnaud L, Corbiere M. How well do return-to-work interventions for musculoskeletal conditions address the multicausality of work disability? *J Occup Rehabil.* 2008;18(2):207-17.
213. Wynne-Jones G, van der Windt D, Ong BN, Bishop A, Cowen J, Artus M, et al. Perceptions of health professionals towards the management of back pain in the context of work: a qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2014;15:210.
214. Laliberte M, Hudon A. Do conflicts of interest create a new professional norm? Physical therapists and workers' compensation. *Am J Bioeth.* 2013;13(10):26-8.
215. Bureau du syndic. L'obligation pour l'ergothérapeute de respecter le secret professionnel et les confidences d'un client. Qu'en est-il en présence d'un tiers payeur? *Ergothérapie Express.* 2012;23(2):12.

216. Ordre des ergothérapeutes du Québec. N^o : 17-12-00025. Conseil de discipline; 2014. p. 1.
217. Bureau du syndic. Secteur privé: règles d'accès au dossier dans le cas d'un tiers payeur demandeur de service. Ergothérapie Express. Septembre 2015.
218. Gouvernement du Québec. Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé. 2015(art. 37 à 41).
219. Leclerc-Fortin A, Lecours J-F. Tout ce qu'il faut savoir en matière d'emploi- Volet II: Droit d'accès de l'employé à ses renseignements personnels. Editions Yvon Blais, rédacteur2015.
220. Ménard JP. Le dossier patient au Québec : Confidentialité et accès, Partie I : Le secret professionnel Réseau juridique du Québec: 2001. [modifié le Septembre 2007; cité le 8 novembre 2015]. Disponible: <http://www.avocat.qc.ca/public/iidossiermedical2.htm>
221. Pankratz L, Erickson R. Two Views of Malingering. The Clinical Neuropsychologist. 1990;4(3):379-89.
222. Becker EL, Landau SI. Dans: Wiley medical publication, rédacteur. International dictionary of medicine and biology, 1986. p. 3200.
223. Singla M, Jones M, Edwards I, Kumar S. Physiotherapists' assessment of patients' psychosocial status: are we standing on thin ice? A qualitative descriptive study. Man Ther. 2015;20(2):328-34.
224. Nguyen TH, Randolph DC. Nonspecific low back pain and return to work. Am Fam Physician. 2007;76(10):1497-502.
225. Schultz IZ, Stowell AW, Feuerstein M, Gatchel RJ. Models of return to work for musculoskeletal disorders. J Occup Rehabil. 2007;17(2):327-52.
226. Côté D. La réadaptation au travail des personnes issues de l'immigration et des minorités ethnoculturelles. Pistes. 2014:19.
227. College of physiotherapist of Ontario. Guide sur les relations thérapeutiques et les limites professionnelles. 2005.
228. MacEachen E, Clarke J, Franche R-L, Irvin E. Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. 2006;32(4):257-69.
229. Levinson W, Roter D. Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. Journal of General Internal Medicine. 1995;10(7):375-9.
230. Van Wilgen CP, Dijkstra PU, Versteegen GJ, Fleuren MJT, Stewart R, Van Wijhe M. Chronic pain and severe disuse syndrome: Long-term outcome of an inpatient multidisciplinary cognitive behavioural programme. Journal of Rehabilitation Medicine. 2009;41(3):122-8.

231. Turmel R. Patient difficile, relation en péril? Aspects pratiques. Journée annuelle en maladies chroniques.2015. p. 38.
232. Chesanow N. The Art of Handling 'Difficult' Patients. Medscape2015.
233. Friedrich M, Gittler G, Halberstadt Y, Cermak T, Heiller I. Combined exercise and motivation program: effect on the compliance and level of disability of patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. Archives of physical medicine and rehabilitation. 1998;79(5):475-87.
234. Thoburn M. Dealing with the difficult patient. Ontario Medical Review. 2009;2.
235. Oliver D. Enseigner aux étudiants en médecine à apprécier les patients «difficiles». Canadian Family Physician. 2011;57(4):e148-e50.
236. Nelson L. Dealing with Difficult Patients Nurse.org: 2015. [modifié le 30 septembre 2015; cité le Janvier 2016]. Disponible: <http://nurse.org/articles/95/dealing-with-difficult-patients/>
237. Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario. Guide sur les relations thérapeutiques et les limites professionnelles. 2013.
238. Hesbeen W. Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante1997.
239. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, research & practice. 1979;16(3):252.
240. Slade SC, Molloy E, Keating JL. 'Listen to me, tell me': a qualitative study of partnership in care for people with non-specific chronic low back pain. Clin Rehabil. 2009;23(3):270-80.
241. Thornquist E. Three voices in a Norwegian living room: An encounter from physiotherapy practice. Medical Anthropology Quarterly. 1997:324-51.
242. Brody BD, Haut SR. Ending the doctor-patient relationship in neurology practice. The neurologist. 2009;15(5):277-81.
243. Groupe consultatif national en physiothérapie. Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada. 2009.
244. Rahav M. A difficult patient. American Journal of Hospice & Palliative Medicine. 2014;31(3):345-6.

11. ANNEXES

Annexe 1

Liste des mots clés

Patient «difficile»	Physiothérapie	Bonnes pratiques
Difficult patient	Public care	Communication
Challenging interpersonal situation	Physical therapy	Health personnel attitude
Attitude to health	Physical therapist	Therapeutic relationship
Chronic pain	Private clinic	Ethic
Fibromyalgia	Physiotherapy	Interdisciplinary
Malingering/Malingered		Multidisciplinary
Fake		Patient-centered care
Faking		Motivation
Simulation		Code of ethics
Simulate		Standard of practice
Simulating		Legislative standard
		Biomedical model
		Biopsychosocial model
		Guidelines
		Good practices

Annexe 2

Caractéristiques des patients «difficiles»

Personnalité du patient	Problèmes physiques	Comportements du patient	Problème de communication	Contexte psychosocial
<ul style="list-style-type: none"> • Abrasif/colérique • Grand stress/ anxiété/ dépression • Obsessif • Perfectionniste • Faible estime de soi • Hypersensible 	<ul style="list-style-type: none"> • Multiples problèmes de santé • Multiples symptômes (>5) • Pathologie non-diagnostiquée • Pauvre état fonctionnel • Patient fragile • Obésité • Problème qui répond lentement aux traitements • Douleur (intensité élevée, chronique, neuropathique) • Troubles de santé mentale (psychiatriques et de personnalité comme borderline, narcissique, histrionique et antisociale) 	<ul style="list-style-type: none"> • Irrespectueux • Exigeant • Résistant • Hostile • Perturbateur • Dépendant/passif • Manipulateur • Recherche l'attention • Attitude de victime • Sur la défensive • Agressif/ brusque • Pense tout savoir • Sceptique • Non-adhérent aux traitements • Absent à certains traitements • Catastrophisation/ Pensées négatives • Attentes irréalistes ou non satisfaites • Patient qui ne semble pas vouloir aller mieux 	<ul style="list-style-type: none"> • Compréhension générale • Communique peu • Différentes langues • Troubles de vision • Troubles de la parole • Troubles d'audition 	<ul style="list-style-type: none"> • Femme • Jeune âge/ adolescents désintéressés • Pauvreté/ problèmes financiers • Tiers payeurs (CNESST/ SAAQ) • Solitude/ pauvre support familial • Réduction de la satisfaction • Charge de travail lourde • Toxicomanie

Articles utilisés pour ce tableau : (1, 3, 7, 10, 20, 28-30, 50, 63, 67, 244)

Annexe 3

Critères diagnostiques de l'ESPT

Table 28 DSM-5 diagnosis of PTSD
<ul style="list-style-type: none">• The person has been exposed to actual or threatened death, serious injury, or sexual violation in ≥ 1 of the following ways:<ul style="list-style-type: none">◦ Directly experienced or witnessed the traumatic event, learned that trauma occurred to close family member or friend (actual or threatened death must have been violent or accidental), experienced repeated exposure to aversive details of trauma• Presence of ≥ 1 of the following intrusion symptoms associated with the trauma:<ul style="list-style-type: none">◦ Recurrent, involuntary, and intrusive distressing memories, distressing dreams, dissociative reactions (e.g., flashbacks), psychological or physiological distress at reminders of trauma• Persistent avoidance of stimuli associated with the trauma, including ≥ 1 of the following:<ul style="list-style-type: none">◦ Avoidance of distressing memories or feelings and external reminders (e.g., people, places) of the trauma• Negative alterations in cognitions and mood associated with the trauma, including ≥ 2 of the following:<ul style="list-style-type: none">◦ Inability to recall important aspect of the trauma, diminished interest or participation in activities, feeling of detachment or estrangement from others, persistent negative beliefs, distorted blame, and negative emotional state• Marked alterations in arousal and reactivity associated with the trauma, including ≥ 2 of the following:<ul style="list-style-type: none">◦ Irritable or aggressive behavior, reckless or self-destructive behavior, hypervigilance, exaggerated startle response, problems with concentration, sleep disturbance• Duration of disturbance >1 month• Symptoms cause clinically significant distress or impaired functioning• Specify whether with dissociative symptoms (depersonalization or derealization) or with delayed expression (full criteria not met until at least 6 months after the event)
Adapted from DSM-5 [26].

Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14 Suppl 1:S1 (88)

Annexe 4

Indicateurs potentiels de simulation

Box 1: Potential indicators of malingering

1. The signs and symptoms do not improve with treatment. There is escalation of symptoms, relapse, or new complaints apparently in the service of keeping the caregivers engaged.
2. The magnitude of symptoms consistently exceeds what is usual for the disease or there is evident dishonesty about the presentation of symptoms.
3. Some findings are determined to have been self-induced, or at least worsened through self-manipulation.
4. There are remarkable numbers of tests, consultations, and treatment efforts, to no avail.
5. The individual disputes test results that do not support the presence of authentic disease.
6. The individual accurately predicts physical deteriorations.
7. The individual “doctor shops” and has sought treatment at an unusual number of facilities.
8. The individual emerges as an inconsistent, selective, or misleading source of information.
9. The individual refuses to allow the treatment team access to outside information sources.
10. There is a history of so many medical treatments for secondary problems that the impression is created that the individual must be astonishingly unlucky. (This “black cloud” phenomenon may strain credulity to the breaking point.)
11. Deception is explicitly considered by at least one health care professional, if evidenced merely by a brief chart entry.
12. The individual does not follow treatment recommendations and is intensely disruptive.
13. The individual focuses on his or her self-perceived “victimization” by medical personnel and others.
14. There is consistent evidence from laboratory or other tests that disproves information supplied by the individual.
15. The individual has had exposure to a model of the ailment they are falsifying (eg, a relative with a similar ailment).
16. Even while pursuing medical or surgical assessment, the individual vigorously opposes psychiatric assessment and treatment.
17. During interviews, the individual makes statements to strengthen his or her case that nevertheless contradict the records.
18. There is evidence for external incentives for illness or incapacity.

Adapted from Eisendrath SJ, Rand DC, Feldman MD. Factitious disorders and litigation. In Feldman MD, Eisendrath SJ editors. The spectrum of factitious disorders. Washington (DC):(204)

Annexe 5

Les signes de Waddell

Table 1 Waddell signs	
Category	Sign
Tenderness	Superficial skin tender to light touch Nonanatomic deep tenderness not localized to one area
Simulation	Axial loading on skull induces lower back pain Shoulder and pelvis rotated in same plane induces pain
Distraction	Difference in straight leg raising in supine versus sitting position
Regional	Many muscle groups evidence weakness Sensory loss in stocking or glove distribution
Overreaction	Disproportionate facial or verbal expressions

McDermott BE, Feldman MD. Malingering in the medical setting. *Psychiatr Clin North Am.* 2007;30(4):645-62.(204)

Annexe 6

Tests et questionnaires pour le dépistage de la simulation	
<u>Questionnaires</u>	<u>Tests</u>
Pain Patient Profile (P3)	Symptom Validity Tests (SVT)
Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ)	Waddell's Signs
Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)	Manual Muscle Testing (MMT)
Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2)	

Tiré de: McDermott BE, Feldman MD. Malingering in the medical setting. Psychiatr Clin North Am. 2007;30(4):645-62.(204)