

Santé mentale au Québec



Impasse thérapeutique

Yves Lecomte

Volume 35, Number 2, Fall 2010

Impasse thérapeutique

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1000550ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1000550ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Lecomte, Y. (2010). Impasse thérapeutique. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 7–11. <https://doi.org/10.7202/1000550ar>

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2010

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>



Impasse thérapeutique

Yves Lecomte

Dans le réseau de la santé mentale, il est de plus en plus fréquent d'entendre dire que les problèmes vécus par les usagers sont devenus très complexes. Si ce ne sont pas les problèmes qui le sont, c'est la multiplicité des problèmes vécus par une même personne qui les rend complexes et difficiles à affronter. Que les intervenants aient à faire face à de tels problèmes n'est certes pas nouveau, mais l'impression générale en est une d'alourdissement des clientèles.

Comment expliquer cet alourdissement ? Plusieurs réponses sont possibles : rapidité des changements technologiques et industriels qui pose un problème d'adaptation continue et augmente le niveau de stress, éclatement des familles qui affaiblit le réseau social, arrivée des immigrants aux valeurs culturelles et religieuses différentes qui ébranlent les modes usuels de compréhension et d'intervention, augmentation de la toxicomanie, augmentation des doubles et triples diagnostics, etc. On pourrait ajouter un facteur organisationnel. Par exemple, dans le contexte d'un réseau de santé mentale qui incite à offrir des traitements de plus en plus courts afin de rentabiliser les investissements, il est facile de deviner que cette pression en vue de réduire la longueur des traitements pour augmenter le nombre de personnes traitées va à l'encontre du temps de soins que nécessitent ces clientèles de plus en plus lourdes¹.

Est-ce que cet alourdissement influence les modalités d'intervention ? Autrement dit, est-il de plus en plus difficile d'aider ces personnes ? Certains répondront malgré qu'il y ait amélioration des traitements offerts, et que les facteurs associés aux changements chez ces personnes soient mieux connus.

Quelque soient les réponses à ces questions, tout clinicien est confronté dans le travail thérapeutique avec ces clientèles, à un moment ou à un autre, à des résistances au changement. Le plus souvent attribuées aux usagers, ces résistances se manifestent de diverses manières : résurgence symptomatique, répétition du discours, rendez-vous manqués, absence de rêves, n'avoir rien à dire, etc. Mais ces résistances ne

* Ph.D., professeur et directeur du DESS en santé mentale, TÉLUQ (UQAM).

sont pas seulement propres aux usagers. Le clinicien lui-même n'est pas exempt de telles résistances dont la conséquence est de l'empêcher d'être à l'écoute du « non-dit » dans le cours de la thérapie ou de l'intervention.

Il peut alors s'en suivre des impasses thérapeutiques (à de nombreuses reprises au cours du même traitement) qui obligent les intervenants à devoir consacrer beaucoup de temps et d'efforts pour comprendre ce qui est sous-jacent à ces dernières.

Qu'est-ce qu'une impasse thérapeutique ? Médicalement, le mot impasse thérapeutique signifie une « situation sans issue favorable² » « la situation des malades atteints d'une pathologie grave sans possibilité de traitement³ », « lorsque tous les traitements envisageables de sa maladie se sont révélés inefficaces⁴ ». En thérapie, l'impasse peut aussi désigner une situation sans issue favorable menant à la fin du traitement. Mais elle peut aussi désigner une situation de blocage dans le traitement qu'il est possible de résoudre à certaines conditions.

Dans le champ de l'intervention systémique par exemple, Whitaker (1982)⁵ dit que l'impasse thérapeutique est « une relation thérapeutique qui se détériore, un retrait émotionnel et le sentiment de frustration des thérapeutes et des clients ». Rober⁶ (1999) parle d'« une conversation thérapeutique rigide et statique dans laquelle thérapeutes et clients ont l'impression d'être empotés ».

L'impasse peut être le fait du client ou du thérapeute. Si elle provient du thérapeute, elle désigne ses incapacités à « s'ouvrir aux réalités multiples d'une situation donnée » (Rober, 1999), le thérapeute étant incapable de créer un espace pour le « pas-encore-dit ». Rober (1999) situe l'impasse thérapeutique chez le thérapeute à deux niveaux. Il parle du manque d'inspiration c'est-à-dire de la répétition et de la pauvreté de ses pensées. Il est préoccupé par certains aspects du comportement du client mais non par ses propres aspects qui peuvent induire les comportements chez le client. L'autre niveau est le courage. « Le thérapeute sait ce qu'il devrait faire pour aider, mais le courage lui manque pour le mettre en œuvre ». On pourrait ajouter que ces deux niveaux peuvent aussi se retrouver chez le client.

Dans le champ d'intervention analytique, Millaud⁷ parle de « L'incapacité des participants de l'aventure thérapeutique à résoudre un conflit transféro-contre-transférentiel... l'impasse thérapeutique constituerait toutefois davantage un échec, une impossibilité pour le couple thérapeute-patient de modifier le scénario transféro-contre-transférentiel dans lequel ils sont prisonniers ».

Pour mieux comprendre les divers aspects de l'impasse thérapeutique, nous avons demandé à des intervenants d'orientation théorique différente de réfléchir à l'argumentaire suivant :

« Régulièrement, les cliniciens des réseaux public et privé rencontrent dans leur pratique des patients qui posent problème au point de vue diagnostic, compréhension de la dynamique, intervention thérapeutique, cadre thérapeutique, agirs agressifs, etc. Le traitement de ces patients constitue parfois de véritables impasses dont on ne sait plus comment s'en sortir. Vécus par certains comme un défi, ces problèmes peuvent aussi être vécus par d'autres comme un sentiment d'impuissance, voire quelques fois d'incompétence. Heureusement, les cliniciens ont développé des mécanismes qui leur permettent de mieux comprendre les enjeux en cause, et de prendre une distance face à leurs propres réactions contre-transférentielles.

Ce dossier rendrait compte de ce travail d'élaboration, et servirait de témoin de la créativité des thérapeutes lorsqu'ils sont confrontés à des impasses cliniques ».

Cette manière de faire, qui s'apparente à une démarche qualitative en méthodologie, permet aux participants d'aborder la question à l'étude selon leurs propres référents théoriques, donnant accès à des dimensions ou perspectives insoupçonnées au moment de la formulation de l'argumentaire. Quelles sont ces dimensions ? Comment l'objet d'étude, en l'occurrence l'impasse thérapeutique, est-il construit par les cliniciens sollicités ?

Il se dégage trois orientations : perspective théorique, perspective clinique soit centrée sur le client, soit centrée sur le thérapeute.

Deux cliniciennes, psychanalystes, abordent théoriquement l'impasse thérapeutique selon une perspective psychanalytique. Dans l'article « De la crise à l'impasse dans la cure psychanalytique », Danielle Bergeron aborde la question sous le terme générique de « situations critiques rencontrées en clinique », y distinguant les moments de crise des moments d'impasse. Le moment de crise mène à la demande d'analyse alors que le moment d'impasse laisse la personne en suspens dans sa vie. Par exemple, chez le psychotique, la crise survient « lorsqu'il rencontre dans la réalité quelque chose qui s'objecte à l'exécution de son entreprise » délirante, alors que chez le névrosé, la crise se manifeste « lorsque la solution de compromis dans laquelle il a fait son nid ne fonctionne plus ». Mais avec la crise, il y a possibilité de résolution. Dans l'impasse, il n'y a pas de « solution connue », pas « de choix disponibles », la seule issue étant « de créer du nouveau, inventer ». De

fait, l'impasse «oppose ce qui est recevable socialement à ce qui est souhaité par l'individu». L'auteure illustre ses propos par une vignette clinique qui illustre très bien le drame que vit le patient durant une impasse. Elle poursuit son texte en développant les trois dimensions de l'impasse, et la thèse que l'exposition à la castration sépare l'impasse de la crise. Dans l'article «Questions préalables à une réflexion sur les impasses cliniques», Lucie Cantin pose un certain nombre de prémisses à l'analyse de l'impasse thérapeutique. Elle argumente que pour définir l'impasse clinique, il faut tenir compte des orientations théoriques et cliniques du clinicien. Ainsi, l'impasse clinique en psychothérapie serait-elle définie différemment qu'en psychanalyse. Poursuivant son argumentation, l'auteure soutient de plus qu'il faut «interroger avant tout(e) la position de l'analyste, non pas tant dans son rapport à la théorie et à la technique utilisées mais bien essentiellement en questionnant le point et le lieu *en lui* à partir duquel il dirige le traitement» pour comprendre l'impasse thérapeutique. Il en est de même pour l'analysant dont les impasses vécues sont liées à sa «position éthique du sujet».

Trois textes s'intéressent à la perspective pratique. Dans le texte «Les familles récalcitrantes en Protection de la jeunesse», Jérôme Guay aborde l'intervention en Protection de la jeunesse, dont le défi majeur est de «concilier l'alliance thérapeutique avec le mandat de contrôle et de surveillance». Ce défi est relié à deux autres défis: concilier le «mauvais rôle de contrôle et le bon rôle d'aidant» chez les divers intervenants, et combler les besoins économiques qui confrontent la famille. À l'aide d'un exemple clinique, l'auteur illustre comment se concrétisent ces défis. Dans sa discussion, il décrit les stratégies utilisées pour leur faire face et créer le lien de confiance, insérer l'arrêt d'agir dans la thérapie, fournir l'aide matérielle, et favoriser le pouvoir d'agir.

Dans son article intitulé «Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité limite», Sébastien Bouchard analyse les stratégies pour limiter les risques de la survenu d'impasses. Elles sont au nombre de six: 1) «faire une offre de service structurée selon le degré de motivation» vu les caractéristiques spécifiques des personnes avec un TPL (peu motivée, centrée sur le présent et fuite des relations intimes); 2) «éviter l'offre hâtive d'une psychothérapie à long terme» à cause de la nécessité de bien évaluer les personnes qui peuvent s'impliquer dans une telle démarche; 3) «se doter d'un cadre thérapeutique structuré et cohérent» qui permet le développement d'une relation thérapeutique solide et de préciser quelles sont les exigences minimales que les personnes devront respecter; 4) «prendre conscience des attitudes négatives» des thérapeutes à

l'égard des personnes souffrant d'un TPL»; 5) «établir une véritable alliance» et 6) «adopter une attitude d'acceptation radicale, de validation et de mentalisation». Grâce à une très riche vignette clinique, l'auteur réussit à dégager de nombreuses impasses vécues au cours d'une thérapie qui a duré cinq ans.

Enfin, dans l'article «Psychothérapie des troubles de la personnalité: quand l'impasse n'est pas du côté du client», Monique Bessette s'intéresse aux manières avec lesquelles le thérapeute participe à la survenue des impasses. En s'appuyant sur sa riche expérience de psychothérapeute et sur une revue de littérature extensive entre autres sur la vie personnelle des thérapeutes, elle explore les interactions entre les dynamiques des thérapeutes et celles des personnes qui consultent. Elle s'intéresse particulièrement aux sources d'impasse suivantes: «la dynamique pathologique du client avec ses défenses primitives qui agissent à l'encontre de la thérapie et de l'alliance thérapeutique» et les modalités de réaction des thérapeutes à cette dynamique. Elle conclue en disant «que la capacité personnelle du thérapeute à contenir son contre-transfert peut diminuer de beaucoup les impasses».

Notes

1. La problématique de la lourdeur des clientèles sera abordée plus longuement dans la prochaine édition de *Santé mentale au Québec*.
2. <http://dictionnaire.reverso.net/francais-definition/impasse>
3. <http://www.prescrire.org/fr/>
4. http://www.7fr.com/376857/Impasse_th%C3%A9rapeutique
5. C. Whitaker, 1982, The Psychotherapeutic Impasse In J. R. Neill, D. P. Kniskern, Eds., *From Psyche To System: The Evolving Therapy of Carl Whitaker*, Guilford New York cité dans Rober, 1999.
6. P. Rober, 1999, Le dialogue intérieur du thérapeute dans la pratique de la thérapie familiale. Quelques idées sur le Moi du thérapeute, l'impasse thérapeutique et le processus de réflexion, *Thérapie familiale*, 2, 131-154.
7. F. Millaud, 2009, *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques*, Masson, Paris.