

***Prendre soin du patient difficile en psychiatrie :
Une revue de littérature étoffée***

Travail de Bachelor

Par

Virginie Le Fort

Promotion 2008–2011

Sous la direction de : Hervé Messerli

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 4 juillet 2011

Résumé

Ce travail se penche sur la thématique du patient difficile en psychiatrie. Le « patient difficile » est une désignation bien connue en santé mentale, qui se réfère majoritairement au patient atteint du trouble de la personnalité borderline mais qui peut aussi toucher d'autres pathologies.

Cette appellation courante alimente les préjugés et les attitudes négatives et occulte la souffrance du patient. Mais pourtant, le soignant, face au patient difficile, est réellement dans une situation complexe qui l'épuise et le décourage.

Comment les soignants peuvent-ils surmonter ces difficultés pour venir en aide à cette population ? C'est la question à laquelle cette revue de littérature tente de répondre en identifiant des stratégies pour permettre aux soignants de ne pas se limiter au savoir-faire mais d'exercer leur savoir-être à l'égard de ces patients.

Cette revue de littérature compte quatorze articles dont la grande majorité est de type qualitatif. Elle s'appuie sur certaines études qui ciblent l'expérience de ces patients dans les soins en santé mentale et d'autres qui se réfèrent plus spécifiquement au vécu des soignants.

Ce travail a permis non seulement de proposer quelques stratégies mais aussi de mettre en lumière les principales sources de difficultés en encourageant le soignant à se questionner sur sa manière d'interagir avec le patient. De même, elle favorise la prise de recul et de distance par rapport au concept du « patient difficile » et elle encourage à acquérir davantage de connaissances sur le sujet par des moyens tout à fait pratiques mais aussi par l'intérêt porté au patient afin de prendre soin de l'individu en tenant compte de sa situation singulière.

Zusammenfassung

Diese Arbeit befasst sich mit dem Thema des schwierigen Patienten in der Psychiatrie. „Schwieriger Patient“ ist eine bekannte Bezeichnung im Gebiet der psychischen Gesundheit und sie bezieht sich vor allem auf den Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung aber sie kann auch andere Pathologien betreffen. Dieser übliche Begriff führt zu Vorurteilen und negativer Haltung der Pflegenden und macht das Leiden der Patienten unbemerkbar. Jedoch ist die Situation für den Pflegenden gar nicht einfach; die Betreuung eines schwierigen Patienten erschöpft und entmutigt ihn.

Wie können die Pflegenden diese Schwierigkeiten überwinden und diesen Menschen helfen? Die vorliegende Literaturübersicht versucht diese Fragen zu beantworten. Sie identifiziert Strategien, die den Pflegenden erlauben, eine respektvolle Betreuung auf den Einzelfall abzustimmen.

Diese Literaturübersicht enthält insgesamt vierzehn Artikel. Die meisten benützen ein qualitatives Design. Die vorliegende Arbeit stützt sich auf Studien, die sich auf das Erlebnis der Patienten in der Pflege fokussieren, und auf andere, die sich eher auf die Erfahrung der Pflegenden zentrieren.

Diese Arbeit hat nicht nur Strategien vorgeschlagen, sondern sie hat vor allem einige wichtige Gründe der Schwierigkeiten ins Licht gerückt; sie ermutigt deshalb die Pflegenden, eine Selbstreflexion über die Interaktion mit dem Patienten zu machen. Sie fordert auch, von dem Konzept „schwieriger Patient“ Abstand zu nehmen und mehr Kenntnisse zu sammeln anhand praktischer Mittel, durch Erfahrungen oder Interesse am Patienten, um den leidenden Mensch richtig zu betreuen.

Remerciements

Je tiens, tout d'abord, à remercier chaleureusement le directeur de mon Bachelor Thesis, Hervé Messerli, pour sa grande disponibilité et ses conseils judicieux qui m'ont permis de réaliser ce travail dans les meilleures conditions.

Merci également aux membres de ma famille et à mes amis pour leur précieux soutien.

Table des matières

1. INTRODUCTION	7
2. PROBLEMATIQUE	8
2.1. QUESTION DE RECHERCHE	11
2.2. BUT POURSUIVI	11
2.3. CADRE DE REFERENCE	11
2.3.1. Patient difficile	11
2.3.2. Prendre soin	12
3. METHODOLOGIE	15
3.1. STRATEGIES DE RECHERCHE	16
3.1.1. Stratégie 1	16
3.1.2. Stratégie 2	16
3.1.3. Stratégie 3	17
3.1.4. Stratégie 4	17
3.1.5. Stratégie 5	17
3.1.6. Stratégie 6	18
3.1.7. Stratégie 7	18
3.1.8. Stratégie 8	18
3.1.9. Stratégie 9	19
3.1.10. Stratégie 10	19
3.1.11. Stratégie 11	19
4. RESULTATS	21
4.1. IDENTIFICATION DES SOURCES DE DIFFICULTES	21
4.1.1. Les croyances et les perceptions des soignants	21
4.1.2. L'étiquette de « patient difficile »	22
4.1.3. La lutte du pouvoir	23
4.1.4. Le manque de personnel	23
4.2. IDENTIFICATION DES STRATEGIES	24
4.2.1. S'intéresser au patient ainsi qu'à son vécu pour comprendre le sens de ses actes .	24
4.2.2. Augmenter la responsabilité et favoriser l'autonomie du patient en intégrant le patient dans le processus des soins	24
4.2.3. Participer à des supervisions	25
4.2.4. Optimiser l'attitude du soignant	25
4.2.5. Favoriser le travail d'équipe	26

4.2.6. Etablir une solide relation thérapeutique.....	27
4.2.7. Structurer la prise en soins à l'aide d'un modèle ou d'un protocole.....	27
4.2.8. Bénéficier de cours spécialisés.....	28
4.2.9. Parler ouvertement de la maladie	28
4.2.10. Prendre de la distance avec le comportement difficile	29
4.2.11. Poser des limites claires	29
4.2.12. Eviter la lutte du pouvoir	30
4.2.13. Analyser les phénomènes de transfert et de contre-transfert	30
4.2.14. S'appuyer sur son expérience professionnelle	31
4.2.15. Prendre soin de soi.....	31
5. DISCUSSION	32
5.1. CRITIQUE ET ARGUMENTATION DES CHOIX DES ARTICLES RETENUS	32
5.2. ANALYSE DES RESULTATS.....	34
5.2.1. Les sources de difficultés	34
5.2.2. Les stratégies.....	36
5.3. REPONSE A LA QUESTION DE RECHERCHE.....	40
6. CONCLUSION	42
6.1. IMPACT SUR LA PRATIQUE.....	42
6.2. BESOINS DE RECHERCHE ULTERIEURS	43
6.3. POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DU TRAVAIL	43
6.4. APPRENTISSAGES REALISES.....	44
6.5. LE MOT DE L'AUTEURE.....	44
7. BIBLIOGRAPHIE.....	46
8. ANNEXES	50
8.1. DECLARATION D'AUTHENTICITE	50
8.2. GRILLES DE LECTURE CORRESPONDANT AUX ARTICLES SELECTIONNES	51

1. INTRODUCTION

A l'évocation du titre de ce travail, des sentiments négatifs vont sûrement surgir chez la plupart des lecteurs. « Prendre soin du patient difficile en psychiatrie » suggère du découragement, de la démotivation ou même du rejet. En effet, il se révèle être un défi car il n'est pas rare que ce patient fatigue, irrite, épuise ou frustre le soignant¹. Pourtant, derrière cette appellation bien connue dans le monde de la santé, se trouve un être humain en souffrance. Ce patient est en droit de recevoir des soins au même titre que tout autre individu. Malheureusement, cela est loin d'être une évidence.

Le but de cette revue de littérature est d'identifier des stratégies permettant d'allier savoir-être et savoir-faire afin de prendre soin de ces patients difficiles malgré la complexité que peut engendrer la situation.

Dans un premier temps, la problématique va être exposée. Dans un second temps, la méthodologie de cette revue de littérature sera expliquée et argumentée. Puis, les résultats des quatorze articles retenus pour ce travail vont être exposés et analysés. En conclusion, d'autres aspects importants vont être traités tels que, par exemple, l'impact de ce travail sur la pratique et les besoins de recherche ultérieurs.

¹ Soignant/Soignante

Pour simplifier la rédaction de ce texte, nous avons utilisé uniquement la forme masculine du mot « soignant ».

2. PROBLEMATIQUE

Comme le souligne Paillot (2004), dans certaines situations, il est tout à fait possible de soigner sans prendre soin de la personne. Cela se définit par le fait qu'on fait appel au savoir-faire en excluant le savoir-être.

Avec un patient difficile, il n'est pas rare d'observer ce phénomène. Le soignant, pourtant motivé et très engagé, peut perdre cette dimension du savoir-être à l'égard du patient difficile car ce dernier épuise, énerve et irrite (Stigler & Quinche, 2001).

A notre sens, lorsqu'on évoque la notion de « patient difficile », on pense rapidement au patient atteint du trouble de la personnalité borderline. Malheureusement, ces deux termes sont souvent indissociables tant dans la littérature que dans la tête des soignants. Raison pour laquelle ce Bachelor Thesis se base beaucoup sur des écrits qui traitent cette pathologie.

De plus, les chiffres montrent bien que le trouble de la personnalité borderline est une pathologie fréquente. Par conséquent, le soignant en santé mentale a de fortes chances d'être souvent confronté à cette problématique.

En effet, la prévalence du trouble de la personnalité borderline, dans la population générale, est estimée à 2%, dont 75% des individus atteints de cette pathologie sont de sexe féminin (BPD Today, s.d.). Au niveau des soins en santé mentale, ces individus représentent 10% des patients soignés en ambulatoire et 20% des patients hospitalisés (American Psychological Association [APA], 2000, cité par Bland & Rossen, 2005).

Les individus atteints du trouble de la personnalité borderline se caractérisent par une sensibilité extrême, une humeur instable et incontrôlable ainsi qu'une réactivité émotionnelle intense (Société Suisse de Thérapie Comportementale et Cognitive [SSTCC], 2010). Selon la SSTCC (ibid.), ces individus sont souvent sujets à des poussées de tensions intenses, extrêmement désagréables et difficiles à gérer pour eux-mêmes. Le recours aux comportements autodestructeurs tels que l'automutilation leur permet de se libérer immédiatement de cet état de tension et d'obtenir un soulagement rapide (SSTCC, ibid.). Au niveau relationnel, ils ont de la difficulté à être seuls et doivent toujours essayer d'éviter des abandons réels ou imaginaires en

devenant dépendants de la relation, même après avoir aliéné l'autre personne (Bland & Rossen, 2005).

Selon Cleary, Siegfried et Walter (2002), les individus atteints du trouble de la personnalité borderline présentent plus de « challenge » que tous les autres patients pour les services de santé mentale. Au sein de la communauté des soignants en santé mentale, il existe une forte conviction que les patients atteints du trouble de la personnalité borderline sont difficiles et perturbateurs (Horsfall, 1999 ; Piccinino, 1990, cités par Cleary et al., *ibid.*). Selon Cleary et al., ces patients ont tendance à rejeter les soins et à adopter des comportements difficiles à gérer pour les soignants tels que l'automutilation et les fréquents passages à l'acte (*ibid.*).

Cependant, il est aussi important de noter que l'attitude ou les attentes des soignants ne sont pas toujours adéquates et que le revers de la médaille peut être douloureux. Bland et Rossen (2005) soulignent que les infirmières ont tendance à se sentir attaquées personnellement lorsque les patients atteints du trouble de la personnalité borderline affichent une colère intense. Aussi, comme le rappelle Schalckens-Fuks (1997), il est fréquent que le soignant « place la barre trop haut » quant aux résultats attendus du traitement du patient. Le soignant 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 soignant (Schalckens-Fuks, *ibid.*).

Ainsi, cet aperçu nous permet de comprendre pourquoi ces patients ne véhiculent pas de bonne image chez les soignants. En effet, les sujets souffrant de cette pathologie sont jugés par les professionnels de la santé mentale comme des êtres désespérants, négatifs, hostiles, asociaux et antipathiques (Nehls, 1998 cité par Swift, 2009). Les infirmières voient ces patients comme des personnes faisant exprès de saboter leur traitement (Frazer & Gallop, 1993, cités par Bland & Rossen, 2005).

Ces préjugés négatifs à l'égard des patients atteints du trouble de la personnalité borderline se reflètent dans les attitudes et les comportements des soignants. Des recherches de Feather et Johnstone (2001, cités par Swift, 2009) montrent que l'équipe infirmière blâme le comportement des patients

souffrant du trouble de la personnalité borderline, plus que celui de patients schizophrènes, et fait preuve de moins d'optimisme thérapeutique. Fraser et Gallop (1993) soulignent aussi un manque d'empathie, un retrait et une distance affective envers ces patients (cités par Bland & Rossen, 2005).

Selon Schalkens-Fuks (1997), le soignant catalogue rapidement l'individu. Par exemple, le patient toxicomane est « fiché » de « patient difficile » impulsif, bruyant, exigeant, qui importune les autres patients et perturbe le bon fonctionnement du service. Ce phénomène se produit avant même de vraiment connaître la personne (Schalkens-Fuks, *ibid.*).

Le risque d'une telle attitude est de développer des préjugés qui contribuent à faire disparaître l'être humain derrière l'image du patient difficile. Ainsi, le soignant se focalise sur les caractéristiques qui définissent le « patient difficile » et ne fait preuve d'aucune attention particulière pour la personne soignée qui nécessite d'être aidée. Il « passe à côté » de la souffrance véritable du sujet (Hesbeen, 1998).

Toutefois, n'oublions pas que certains comportements ou attitudes du patient, se manifestant par des agressions verbales ou par des remarques dénigrantes, peuvent être très blessants pour le soignant. D'ailleurs, la littérature au sujet des difficultés relationnelles qu'éprouvent les soignants à l'égard des patients difficiles est abondante. Il est cependant regrettable que ces nombreux écrits semblent contribuer à faire oublier que ces mêmes patients sont des êtres humains en souffrance. Aussi, cette abondance de littérature semble accentuer la problématique en pointant du doigt le patient difficile comme cause du mal-être des soignants généré par ces difficultés relationnelles.

Cette problématique nous met devant un dilemme difficile à résoudre. Nous constatons que, dans cette situation, tant le patient que le soignant souffrent d'une manière ou d'une autre. Mettre la faute sur le patient n'avance à rien et ne résout en aucun cas le problème. Pointer du doigt les professionnels qui adoptent une attitude peu exemplaire envers ces patients, ne permet pas non plus des progrès. Cependant, nous, les soignants, avons le devoir de prendre soin du patient tel qu'il est. Raison pour laquelle nous devons trouver une solution à cette problématique.

2.1. QUESTION DE RECHERCHE

Dès lors, la question se pose : **quelles stratégies peut-on mettre en place afin de venir en aide à ces patients difficiles?**

2.2. BUT POURSUIVI

Le but de cette revue de littérature est d'identifier des stratégies permettant d'allier savoir-être et savoir-faire afin de prendre soin de ces patients difficiles malgré la complexité que peut engendrer la situation. L'identification de ces stratégies sera aussi bien au bénéfice du patient que du soignant. Le patient sera considéré comme individu respecté et aidé dans sa situation singulière. Quant au soignant, il aura les moyens de prendre soin de l'être humain en souffrance qui se cache derrière l'image du patient difficile.

2.3. CADRE DE REFERENCE

Deux concepts principaux, constituant le cadre de référence, ont été choisis en lien avec la question de recherche. Le *patient difficile* est le premier concept, il permet de mieux cibler et saisir la problématique que nous exposons. Le deuxième concept, *Prendre soin*, qui englobe aussi la *qualité du soin*, représente une conception de la pratique soignante qui va nous permettre d'analyser les résultats dans cette optique.

2.3.1. Patient difficile

Les patients à qui on attribue le plus souvent les termes de « patient difficile », sont souvent des individus souffrant de toxicomanie ou de trouble de la personnalité dont l'exemple le plus fréquent est le borderline. Ces deux pathologies sont souvent indissociables car les individus souffrant d'un trouble de la personnalité ont souvent recours à la consommation de drogues (service des soins infirmiers du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte du CHUV, 1999).

Selon Stigler et Quinche (2001) ainsi que Serra (2010), le patient difficile peut être défini comme un patient pour lequel une offre conforme aux standards actuels ne contribue pas à améliorer son état et le pèjore même. En effet, le patient difficile génère beaucoup de découragement chez les soignants car

celui-ci, malgré les innombrables efforts des soignants, revient rapidement et fréquemment « à la case départ » (Romain, 2003).

Le patient est difficile parce qu'il est difficile à traiter car il se trouve dans une situation complexe et délicate. Cela représente aussi un aspect non négligeable dans cette appellation. Par exemple, la prise en soins d'un patient toxicomane qui a souvent derrière lui un passé difficile et une vie en miettes constitue un véritable « challenge » pour les soignants car il va falloir l'aider à tout reconstruire (Romain, *ibid.*).

Une autre caractéristique du patient difficile que relève Romain (*ibid.*), est les signes d'immaturité. Le patient « veut tout, tout de suite » ou fait preuve de peu d'introspection ; il ne se pose pas de question (Romain, *ibid.*). Quant à Peterson (1967), il relève que le patient difficile ne coopère pas, refuse de prendre correctement son traitement et est souvent ingrat et antipathique (cité par Duxbury, 2002). Miller (1990) rajoute que ce même patient énerve, irrite et épuise le soignant en provoquant chez lui des sentiments de frustration, de malaise ou d'incompétence (cité par Duxbury, *ibid.*). Quant à Serra (2010), elle le définit comme un patient qui attaque l'identité du soignant et qui empêche ce dernier de bien travailler.

Cousineau (s.d.) expose trois grandes caractéristiques de l'individu atteint du trouble de la personnalité borderline qui tendent à le catégoriser de « patient difficile » : l'impulsivité, les fréquentes idées suicidaires et passages à l'acte ainsi que l'attitude extrêmement changeante face au thérapeute.

Relevons aussi que le comportement du patient peut être blessant pour le soignant et l'amener ainsi soit à adopter une contre-attitude agressive soit carrément à une démission thérapeutique (Stigler & Quinche, 2001).

2.3.2. Prendre soin

A notre connaissance, on utilise très fréquemment dans la pratique le terme de « prendre en charge ». Pourtant, cette notion a une connotation négative qui tend vers la déresponsabilisation ou à la déshumanisation (Marmilloud, 2007),

raison pour laquelle nous allons éviter d'utiliser ce terme dans cet écrit pour garder une certaine cohérence avec le cadre de référence choisi pour ce travail.

Hesbeen définit « prendre soin » comme une conception de la pratique soignante ou même une valeur qui amène l'individu à la rencontre et à l'accompagnement d'autrui, dans le but de l'aider au déploiement de sa santé (1999).

Cette conception, par opposition à « faire des soins » risquant d'amener à l'occultation de la souffrance du sujet, tend surtout à aller au-delà de la réparation du corps et souligne l'importance d'une attention particulière à la singularité de toute personne et situation (Hesbeen, 1998, 1999).

Hesbeen nomme deux composantes essentielles du prendre soin : la rencontre et l'accompagnement (1999). Le but de la rencontre est de nouer des liens de confiance avec la personne pour que celle-ci sente vraiment que l'aide du soignant va lui être utile (Hesbeen, *ibid.*). L'accompagnement signifie être là pour tenir conseil au soigné, c'est-à-dire aborder les possibilités qui s'offrent à lui, en l'éclairant, mais en aucun cas lui imposer un choix (Hesbeen, *ibid.*).

La dimension du savoir-être qui s'exprime par la présence, la disponibilité et l'écoute prend tout son sens dans le « prendre soin » ; c'est se mettre en position d'écoute pour accueillir ce que la personne aimerait nous donner ou nous dire (Paillot, 2004).

Il s'agit bien de considérer le patient comme un être humain pour qui on montre de l'intérêt, du respect et de l'attention, tout en faisant preuve de grande sincérité, sensibilité et conviction dans sa volonté à aider cette personne en souffrance.

Selon Hesbeen « prendre soin » se définit comme l'art du soignant qui réussit à combiner du savoir-être, de l'habileté, des connaissances et de l'intuition qui lui permettent de venir en aide à un individu dans une situation singulière (1998). Il ajoute que c'est pour cette raison que le soignant ne peut se référer qu'à des modèles ou des théories car ceux-ci limitent sa réflexion et ne peuvent être tout à fait adaptés à la situation singulière du soigné (Hesbeen, 1999). Cette conception pousse le soignant à faire appel à une approche riche de références

variées, diverses connaissances, mais aussi à son expérience professionnelle et privée (Hesbeen, 1999).

Dans l'optique de cette conception de la pratique soignante, la qualité du soin se définit par un idéal professionnel qui va donner du sens à l'action du soignant (Hesbeen, 1998). Selon Hesbeen, l'utilisation d'un concept standardisé de « qualité du soin » ainsi que de critères de qualité peut se révéler positive car la qualité du soin devient mesurable et peut ainsi procurer un sentiment d'autosatisfaction (ibid.). Toutefois, elle ne garantit pas la qualité du soin qui dépend de chaque situation et qui doit être continuellement inventée, recrée et évaluée (Hesbeen, ibid.). Ainsi, si on standardise le concept de « qualité du soin », on risque fortement de négliger un aspect essentiel du concept « prendre soin » : le savoir-être, qui n'est pas mesurable.

3. METHODOLOGIE

Le présent Bachelor Thesis consiste à élaborer une revue étoffée de littérature, qui selon Loisel (2007), permet d'aboutir à un résumé de l'état des connaissances sur le problème de recherche. Ainsi, elle met en lumière, de manière pertinente, la complexité du prendre soin du patient difficile en psychiatrie, à laquelle de nombreux soignants sont confrontés dans leur pratique. Elle fait le point sur les connaissances actuelles, évalue les pratiques et propose des changements dans la pratique infirmière (Loisel, *ibid.*). Finalement, cette revue de littérature contribue à faire naître de nouvelles idées de recherches et surtout à améliorer la pratique clinique (Loisel, *ibid.*).

Pour répondre à la présente problématique, nous avons effectué une recherche d'articles scientifiques du mois de novembre 2010 au mois de juin 2011. Nous avons accédé à différentes banques de données telles que PubMed, CINAHL et PsycINFO, pour obtenir les articles qui constituent la base de ce travail.

Les principales difficultés de ladite recherche, ont été de trouver des articles en texte intégral, relativement récents et correspondant au concept du patient difficile.

Nous nous sommes décidés à privilégier les articles obtenus gratuitement sur les banques de données précitées. En effet, nous avons fait l'expérience de commander des articles et ceci ne nous a pas satisfaits. Les trois quarts des articles commandés n'ont pas pu être utilisés pour ce travail car ils ne correspondaient pas à nos attentes malgré la lecture des résumés disponibles sur la banque de données.

Aussi, nous avons volontairement fait des recherches sans intégrer le critère de l'année de publication. Ainsi, nous avons pu trouver d'anciens articles intéressants qui nous ont permis d'obtenir et d'utiliser des références pertinentes pour compléter le présent travail.

Afin d'obtenir des résultats de recherches nous permettant de mettre en évidence les connaissances récentes et pertinentes pour répondre à la question de recherche, nous avons choisi certains critères d'inclusion et d'exclusion.

Les critères d'inclusion :

- Articles scientifiques : articles dont les résultats sont tirés de données observables et vérifiables (Fortin, 2006, cité par Bassal, 2009).
- Articles publiés depuis l'année 1998 jusqu'à aujourd'hui.
- Articles écrits en français, anglais, allemand ou espagnol.
- Articles mettant en évidence la complexité, pour les soignants, à prendre soin de certains patients jugés de difficiles en psychiatrie.
- Articles analysant les points de vue des patients difficiles (ou atteints du trouble de la personnalité borderline) sur les soins reçus en santé mentale.

Les critères d'exclusion :

- Articles non scientifiques.
- Articles traitant la population enfantine.

3.1. STRATEGIES DE RECHERCHE

Les stratégies de recherche qui ont permis d'obtenir les 14 articles utilisés pour ce travail, sont décrites ci-dessous.

3.1.1. Stratégie 1

Banque de données : PubMed

Termes MESH combinés : Mental Disorders AND Adult AND Nurse-Patient Relations AND Mental Health Services AND Borderline Personality Disorder

Résultat : 3 articles

Article(s) retenu(s) :

- Ma, W.F., Shih, F.J., Hsiao, S.M., Shih, S.N. & Hayter, M. (2009). « Caring Across Thorns » - Different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*.

3.1.2. Stratégie 2

Banque de données : PubMed

Mots-clé combinés : mental health difficult patient

Titres d'articles contenant ces mots-clé

Résultat : 1 article

Article(s) retenu(s) :

- Laskowski, C. (2001). The mental health clinical nurse specialist and the « difficult » patient : Evolving Meaning. *Issues in Mental Health Nursing*.

3.1.3. Stratégie 3

Banque de données : PubMed

Termes MESH combinés : Borderline Personality Disorder AND Empathy AND Nurse-Patient Relations

Résultat : 3 articles

Article(s) retenu(s) :

- Perseius, K.I., Ekdahl, S., Asberg, M. & Samuelsson, M. (2005). To Tame a Volcano : Patients with Borderline Personality Disorder and Their Perceptions of Suffering. *Archives of Psychiatric Nursing*.

3.1.4. Stratégie 4

Banque de données : PubMed

Termes MESH combinés : Borderline Personality Disorder AND Attitudes of Health Personnel AND Humans AND Mental Health Services AND Professional-Patient Relations

Résultat : 8 articles

Article(s) retenu(s) :

- Nehls, N. (1999). Borderline Personality Disorder: The Voice of Patients. *Research in Nursing & Health*.

3.1.5. Stratégie 5

Banque de données: PubMed

Termes MESH combinés: Borderline Personality Disorder AND Behavior AND Psychiatric Nursing AND Nurse-Patient Relations

Résultat : 10 articles

Article(s) retenu(s) :

- Woollaston, K. & Hixenbaugh, P. (2008). « Destructive Whirlwind » : nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.

3.1.6. Stratégie 6

Banque de données : PubMed

Termes MESH combinés : Mental Disorders AND Borderline Personality Disorder AND Psychiatric Nursing AND Nurse-Patient Relations

Résultat : 24 articles

Article(s) retenu(s) :

- Langley, G.C. & Klopper, H. (2005). Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.

3.1.7. Stratégie 7

Banque de données : PubMed

Mots-clé combinés : care difficult patients

Titres d'articles contenant ces mots-clé

Résultat : 20 articles

Article(s) retenu(s) :

- Breeze, J.A. & Repper, J. (1998). Struggling for control : the care experiences of « difficult » patients in mental health services. *Journal of Advanced Nursing*.
- Koekkoek, B., van Meijel, B. & Hustchemaekers, G. (2006). "Difficult Patients" in Mental Health Care : a Review. *Psychiatric Services*.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., Schene, A. & Hutschemaekers, G. (2009). Problems in psychiatric care of « difficult patients » : a Delphi-study. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., van Ommen, J., Pennings, R., Kaasenbrood, A., Hutschemaekers, G. & Schene, A. (2010). Ambivalent connections : a qualitative study of the care experiences of non-psychotic chronic patients who are perceived as « difficult » by professionals. *BMC Psychiatry*.

3.1.8. Stratégie 8

Banque de données : PubMed

Termes MESH combinés : Community Mental Health Services AND Attitude of Health Personnel AND Mental Disorders AND Professional-Patient Relations.

Résultat : 82 articles

Article(s) retenu(s) :

- Koekkoek, B., Hutschemaekers, G., van Meijel, B. & Schene, A. (2011). How do patients come to be seen as « difficult »? : A mixed-methods study in community mental health care. *Social Science & Medicine*.

3.1.9. Stratégie 9

Banque de données : PubMed

Auteur : Koekkoek B [au]

Résultat : 19 articles

Article(s) retenu(s) :

- Koekkoek, B., van Meijel B., Schene A. & Hutschemaekers G. (2010). Development of an intervention program to increase effective behaviours by patients and clinicians in psychiatric services: Intervention Mapping study. *BMC Health Services Research*.

3.1.10. Stratégie 10

Banque de données : PubMed

Termes MESH combinés : Borderline Personality Disorder AND Mental Health Services AND Humans AND Patient Compliance

Résultat : 3 articles

Article(s) retenu(s) :

- Fallon, P. (2003). Travelling through the sytem : the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.

3.1.11. Stratégie 11

Banque de données : PubMed

Mots-clé combinés : psychiatric nurses borderline personality disorder

Titres d'articles contenant ces mots-clé

Résultat : 5 articles

Article(s) retenu(s) :

- James, P.D. & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.

4. RESULTATS

Afin d'exposer les résultats le plus clairement possible, nous avons dans un premier temps procédé à l'identification de thèmes. Puis, dans un second temps, nous avons classifié les résultats dans ces thèmes.

En première partie, il nous a paru essentiel d'exposer dans ce chapitre, les principales sources de difficultés identifiées dans les articles retenus pour cette revue de littérature. Bien que ces données ne répondent pas de manière directe à notre question de recherche, elles apportent un éclaircissement essentiel à la problématique et facilitent la compréhension des réponses amenées par les différents auteurs en deuxième partie.

La première partie des résultats permet une réflexion sur le sujet et amène déjà, de manière implicite, quelques pistes sur la recherche de stratégies permettant de prendre soin du patient difficile en psychiatrie.

4.1. IDENTIFICATION DES SOURCES DE DIFFICULTES

4.1.1. Les croyances et les perceptions des soignants

➤ Ce thème est évoqué huit fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 14.

Les faits d'associer les comportements autodestructeurs à de la manipulation et de penser que le trouble de la personnalité borderline est plus un problème comportemental que pathologique, rendent le patient complètement responsable de son état et par conséquent, ne suscitent pas la volonté d'aider chez le soignant (Nehls, 1999). Pourtant, nombreux sont les participants aux études, notamment dans celles de Nehls (ibid.) ainsi que de Perseius, Ekdahl, Asberg et Samuelsson (2005), qui soulignent que l'automutilation est un moyen d'atténuer la douleur émotionnelle et non de la manipulation.

Selon l'étude de Koekkoek, van Meijel, Schene et Hutschemaekers, la tendance qu'ont les professionnels à considérer les patients comme ayant la capacité mais pas la volonté de se comporter différemment, rend la relation thérapeutique difficile (2009). De même, le mythe que l'hospitalisation des patients souffrant du trouble de la personnalité borderline est contre-productive, nuit à la relation infirmière-patient et augmente la frustration de l'équipe (James & Cowman, 2007).

Dans l'étude de Ma, Shih, Hsiao, Shih et Hayter (2009), nombreuses sont les infirmières convaincues qu'aider un patient souffrant du trouble de la personnalité borderline constitue une perte de temps et d'argent.

Quant à Koekkoek, Hutschemaekers, van Meijel & Schene (2011), ils identifient dans le processus d'interprétation du comportement difficile, chez le professionnel, quatre attributions causales influençant le comportement de ce dernier. Les causes peuvent être neurobiologique, sociale, psychologique ou morale. Selon Koekkoek et al. (ibid.), si la cause est neurobiologique, le professionnel pense que le patient n'a pas de contrôle sur son comportement. Ainsi, son comportement est admis et le patient est en droit de bénéficier des soins. En revanche, si l'attribution causale du comportement difficile est psychologique, elle entraîne facilement le rejet du patient (Koekkoek et al., ibid.). Ces auteurs expliquent que le patient est tenu en parti responsable de son comportement car il est perçu comme contrôlable mais doté de mauvaises capacités d'adaptation.

L'ambivalence des professionnels qui perçoivent des patients non psychotiques chroniques comme étant réellement malades ou non, ainsi que les demandes de ces patients à bénéficier du statut de malade, peuvent causer des frictions dans la relation thérapeutique (Koekkoek, van Meijel, Schene & Hutschemaekers, 2010).

4.1.2. L'étiquette de « patient difficile »

➤ Ce thème est évoqué sept fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12.

La plupart des articles qui traitent du trouble de la personnalité borderline font ressortir la tendance des soignants à mettre une étiquette, voire à stigmatiser ces patients. En effet, le patient souffrant de ce trouble est vite classé dans la catégorie «patient difficile » car ce dernier constitue un vrai « challenge » pour l'équipe soignante (Fallon, 2003 ; Koekkoek, van Meijel & Hutschemaekers, 2006). De plus, le patient leur fait refléter des sentiments d'incompétence et d'impuissance (Koekkoek et al., ibid.). Raison pour laquelle cette étiquette évoque tout de suite des réactions négatives chez le professionnel, indépendamment du comportement actuel du patient et elle a pour conséquence d'abaisser la quantité et la qualité des soins (Koekkoek et al.,

ibid.). Ces attitudes contre-thérapeutiques qui en découlent renforcent les caractéristiques du patient difficile chez l'individu et par conséquent, placent le soignant et le patient dans un cercle vicieux (Koekkoek, Hutschemaekers, van Meijel & Schene, 2011).

4.1.3. La lutte du pouvoir

➤ Ce thème est évoqué cinq fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 1, 2, 3, 5, 14.

Le phénomène de lutte pour obtenir plus de pouvoir ou de contrôle est identifié comme étant une cause fréquente de difficulté dans la relation avec le patient. Pour Koekkoek et al. (2010), la lutte de pouvoir résulte essentiellement de la divergence des attentes entre le clinicien et le patient.

Les participants de l'étude de Breeze et Repper (1998) décrivent les règles imposées comme trop strictes ainsi que la volonté des soignants de monopoliser l'entier du pouvoir comme sources de conflits. L'obligation du patient de coopérer avec ce qui lui est imposé ainsi que l'utilisation de la menace ou du chantage pour que ce dernier obéisse, constituent également des éléments néfastes à la relation (Breeze & Repper, ibid.). Un participant de l'étude de Perseus, Ekdahl, Asberg et Samuelsson (2005) affirme que pour lui, ne pas avoir le droit de donner son avis ou de prendre une décision, correspond à une attitude irrespectueuse de la part du soignant et rajoute de la souffrance.

4.1.4. Le manque de personnel

➤ Ce thème est évoqué deux fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 2, 3.

Breeze et Repper (1998) ainsi que Laskowski (2001) perçoivent le manque de personnel, résultant notamment de restrictions budgétaires ou de l'organisation du service, comme une source de difficultés supplémentaire. Selon Breeze et Repper (1998), un manque de personnel accentue les difficultés lors des prises en soins de patients difficiles. En effet, ces derniers demandent beaucoup de temps aux infirmières et celles-ci, sous pression organisationnelle, se sentent souvent dépassées ou frustrées (Breeze & Repper, ibid.).

4.2. IDENTIFICATION DES STRATEGIES

4.2.1. S'intéresser au patient ainsi qu'à son vécu pour comprendre le sens de ses actes

- Ce thème est évoqué neuf fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 13, 14.

« Comprendre le sens » est un point de la théorie ancrée de Laskowski (2001) soulignant que tout signifie quelque chose et arrive pour une raison. Selon cette même auteure, la flexibilité et surtout la capacité de voir le problème depuis le point de vue du patient permettraient de réduire les difficultés rencontrées dans la relation. De plus, selon Koekkoek, van Meijel et Hutschemaekers (2006), une alliance forte entre le patient et le professionnel peut être établie, à condition qu'il y ait une compréhension de la signification du sens du comportement du patient.

Notamment pour les patients atteints du trouble de la personnalité borderline, il est essentiel que le thérapeute soit conscient qu'il y a de fortes probabilités que le patient ait subi des abus dans son enfance (Langley & Klopper, 2005). Cette prise de conscience peut permettre au professionnel, de prévenir le développement d'attitudes négatives (Fallon, 2003). De plus, comme le rappellent Langley et Klopper (2005) les individus ayant été victimes d'abus éprouvent beaucoup de difficultés à savoir si les personnes qui les entourent sont dignes de confiance ou pas. Cela explique le besoin de ces patients à tester, à maintes reprises, la confiance chez le soignant (Langley & Klopper, *ibid.*).

Nehls (1999) souligne l'importance de voir les patients comme des « auteurs de la connaissance » et non comme des « objets de connaissances ». Elle ajoute que pour pouvoir apprendre d'une personne souffrant de troubles mentaux, il faut savoir contester toute tentative de stigmatisation.

4.2.2. Augmenter la responsabilité et favoriser l'autonomie du patient en intégrant le patient dans le processus des soins

- Ce thème est évoqué huit fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 14.

Les plans de soins déjà élaborés par les soignants paraissent souvent irréalisables aux yeux des patients (Breeze & Repper, 1998). Ainsi, il est essentiel que la prise en soins comprenne une construction de sens commune

entre le thérapeute et le client (Laskowski, 2001). L'étude de Fallon (2003) soulève qu'une meilleure intégration du patient dans le processus des soins, contribue à améliorer les prestations offertes dans les services psychiatriques. Koekkoek et al. (2010) soulignent l'importance de l'accord mutuel ; les buts ainsi que des stratégies de traitements doivent être décidés avec le patient. Le manuel d'intervention « Interpersonal Community Psychiatric Treatment », développé par Koekkoek, van Meijel, Schene et Hutschemaekers (2010), comporte un chapitre sur l'évaluation de l'entretien et du processus de l'alliance thérapeutique. Aussi bien le clinicien que le patient, donnent leur évaluation par écrit sur ces deux points et s'informent mutuellement sur leur satisfaction ou insatisfaction. Ainsi, chacun a sa part de responsabilité dans l'alliance et dans sa participation à l'entretien (Koekkoek et al, ibid.). Tous les cliniciens de l'étude de Langley et Klopner (2005) préconisent le recours au contrat qui permet de renforcer le partenariat patient–professionnel, la responsabilité du patient ainsi que son autonomisation.

4.2.3. Participer à des supervisions

➤ Ce thème est évoqué six fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 1, 2, 6, 10, 12, 13.

Une infirmière participant à l'étude de Laskowski (2001), souligne l'importance d'être écouté par un superviseur compétent, ayant des connaissances en psychothérapie et qui valide les sentiments exprimés par les participants. D'ailleurs, Laskowski (ibid.) appuie l'importance de mettre en place des cours pour développer les compétences des superviseurs. Koekkoek, van Meijel, Schene et Hutschenmaekers (2010) jugent également essentiel le soutien aux professionnels, par la supervision, pour améliorer la qualité et la coopération interprofessionnelle. Quant à Woollaston et Hixenbaugh (2008), ils maintiennent qu'une supervision régulière permettant de partager des expériences désagréables, constitue un moyen de prévention contre le burn-out.

4.2.4. Optimiser l'attitude du soignant

➤ Ce thème est évoqué six fois et se réfère aux articles correspondant aux grille no : 1, 3, 4, 7, 9, 14.

Nombreux sont les auteurs qui encouragent les soignants à adopter une attitude positive à l'égard du patient pour faciliter la relation.

Selon Koekkoek, van Meijel et Hutschemaekers (2006), le patient qualifié de difficile est particulièrement attentif à l'attitude et au comportement du soignant, raison pour laquelle certains aspects sont d'autant plus importants. L'attitude positive se traduit par : le respect du patient, l'écoute attentive, la validation des sentiments et des comportements ainsi que le non-jugement (Koekkoek et al, ibid.). Ma, Shih, Hsiao, Shih et Hayter (2009) soulignent qu'une attitude encourageante des infirmières à l'égard de leurs patients souffrant du trouble de la personnalité borderline est un des aspects essentiels qui influence positivement les résultats des soins prodigués à cette population difficile. Les participants de l'étude de Perseus, Ekdahl, Asberg et Samuelsson (2005), affirment que la compréhension, le respect et la validation des soignants, à leur égard, apparaissent être indispensables pour atténuer leurs souffrances.

4.2.5. Favoriser le travail d'équipe

➤ Ce thème ressort quatre fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 1, 4, 7, 13.

Fallon (2003) suggère une approche d'équipe incluant des discussions régulières sur les interventions, pour la prise en soins des patients souffrant du trouble de la personnalité borderline. Cette approche permet de prévenir l'effet de clivage de l'équipe, mais aussi d'optimiser l'efficacité des soins.

Dans l'étude de Ma, Shih, Hsiao, Shih et Hayter (2009), les infirmières expérimentées et satisfaites de leur expérience professionnelle, se révèlent être une importante ressource pour l'équipe. En effet, elles contribuent à amener une culture de travail positive et à permettre une meilleure gestion du stress psychique et physique de leurs collègues (Ma et al., ibid.). Il ressort également de cette étude que les infirmières ayant cherché de l'aide chez leurs collègues plus expérimentées ont acquis plus de satisfaction à la prise en soins des patients souffrant du trouble de la personnalité borderline, tout en offrant des soins plus individualisés. L'aide de leurs collègues leur a aussi permis d'avoir plus d'attentes positives quant aux résultats des prises en soins et leur a permis ainsi d'acquiescer plus de volonté, à faire face aux défis et d'interagir plus positivement avec leurs clients (Ma et al., ibid.).

Krawitz et Watson (2003) entendent surtout par « approche d'équipe », l'homogénéisation de la façon de travailler de tout le personnel, en utilisant des protocoles pour la prise en soins des patients souffrant du trouble de la

personnalité borderline, dans le but de réaliser des soins appropriés (cités par James & Cowman, 2007).

4.2.6. Etablir une solide relation thérapeutique

➤ Ce thème est évoqué quatre fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 4, 6, 9, 12.

Dans plusieurs études ayant recueilli les données auprès des patients, la relation se révèle être primordiale. L'étude de Fallon (2003) révèle que la relation constitue l'élément de soutien le plus important dans la vie des individus souffrant du trouble de la personnalité borderline. De plus, selon Ma, Shih, Hsiao, Shih et Hayter (2009), certains patients souffrant du trouble de la personnalité borderline adoptent des comportements perturbateurs envers les infirmières distantes afin que celles-ci démontrent un peu d'intérêt à établir une relation avec eux.

En effet, l'établissement d'une relation thérapeutique avec le patient constitue la première étape de la prise en soins et elle est indispensable pour arriver à des résultats (Koekkoek, van Meijel, Schene et Hutschemaekers, 2010 ; Woollaston & Hixenbaugh, 2008).

Tous les participants à l'étude de Langley & Klopper (2005) s'accordent à dire que la confiance constitue l'élément essentiel pour établir et maintenir une alliance thérapeutique entre le soignant et le patient souffrant du trouble de la personnalité borderline. Ils affirment aussi qu'en absence de confiance, toute intervention a peu de probabilité de réussir.

4.2.7. Structurer la prise en soins à l'aide d'un modèle ou d'un protocole

➤ Ce thème ressort trois fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 6, 8, 13.

L'étude de James et Cowman (2007) suggère le développement et l'utilisation de protocoles pour la prise en soins des patients souffrant du trouble de la personnalité borderline. Ces auteurs pensent que cette mesure permettrait de convaincre le personnel que l'admission de ces patients est efficace et augmenterait ainsi leur enthousiasme.

Le programme d'interventions « Interpersonal Community Psychiatric Treatment » développé par Koekkoek, van Meijel, Schene et Hutschenmaekers (2010), contient un modèle (« Stage Model ») qui aide les professionnels à mieux structurer leur prise en soins, ainsi qu'à choisir différentes techniques

thérapeutiques adaptées à l'évolution de l'état du patient. Les experts ayant participé à l'étude de Koekkoek, Hutschemaekers, van Meijel et Schene (2011) encouragent vivement l'utilisation de protocole permettant un meilleur suivi et une prise en soins plus structurée. De plus, dans l'étude de Koekkoek et al. (ibid.), le besoin de structure dans les soins est aussi mentionné par les patients.

4.2.8. Bénéficiaire de cours spécialisés

➤ Ce thème est évoqué trois fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 10,12, 13.

Face à la difficulté de la prise en soins de patients souffrant du trouble de la personnalité borderline, la majorité des participants des études de James et Cowman (2007) ainsi que de Woollaston et Hixenbaugh (2008), désireraient bénéficier de cours spécialisés pour améliorer leurs compétences. Cleary, Siegfried et Walter (2002) affirment qu'indépendamment du niveau de connaissances relatives au trouble de la personnalité borderline, il existe un réel besoin de formation chez les soignants, pour maintenir l'enthousiasme, les attitudes positives et la confiance en eux (cités par James & Cowman, 2007). L'étude de James et Cowman (ibid.) confirme la nécessité d'offrir des cours aux infirmières, permettant d'apprendre à évaluer de manière efficace et correcte les antécédents d'abus chez les patients (fréquents chez les patients atteints du trouble de la personnalité borderline). Cette démarche contribuerait à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients concernés (James & Cowman, ibid.).

Nehls (1999) mentionne également l'importance d'améliorer notamment les programmes d'enseignement. Cet auteur ajoute que pour atteindre ce but, une meilleure compréhension de l'expérience vécue des patients (souffrant du trouble de la personnalité borderline) est une condition indispensable.

4.2.9. Parler ouvertement de la maladie

➤ Ce thème est évoqué trois fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no: 4, 5, 13.

Il existe une tendance, chez les professionnels, à ne pas communiquer le diagnostic au patient ou à ne pas l'évoquer en sa présence (Fallon, 2003). Pourtant, malgré la stigmatisation et les attitudes négatives à l'égard du patient atteint du trouble de la personnalité borderline, l'étude de Fallon (ibid.) met en

évidence le besoin de ces patients de connaître leur diagnostic pour mieux comprendre leurs sentiments et leurs comportements. En outre, recevoir un diagnostic signifie pour la plupart des patients, une reconnaissance sincère de leur problème et de leur souffrance (Koekkoek et al., 2010). D'ailleurs, les participants de l'étude de Koekkoek et al. (ibid.) soulignent la volonté d'obtenir une évaluation correcte de leur état de santé de la part des professionnels. Quant à Linehan (2003), il affirme également que donner des informations au sujet du diagnostic au client, constitue un élément-clé pour le succès d'une psychothérapie (cité par James & Cowman, 2007).

4.2.10. Prendre de la distance avec le comportement difficile

➤ Ce thème est évoqué trois fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 2, 5, 12.

Etablir des limites permet à l'infirmière de prendre de la distance face au comportement difficile et de se protéger contre d'éventuelles souffrances psychiques (Laskowski, 2001). Les participants de l'étude de Koekkoek et al. (2010) expriment le désir de traiter avec un soignant capable de ne pas interpréter les comportements difficiles comme dirigés contre eux personnellement. Aux yeux de ces participants, il est indispensable que le soignant soit capable de garder une certaine neutralité face au comportement et qu'il l'évalue correctement comme ayant du sens.

Les participants de l'étude de Woollaston & Hixenbaugh (2008) affirment que le sentiment d'être manipulés par certains patients, a pour conséquence de se sentir dévalorisés. Ces participants rajoutent qu'il est pour cette raison essentiel de maintenir la conscience de soi et de ses limites lors d'interactions avec ces patients.

4.2.11. Poser des limites claires

➤ Ce thème est évoqué trois fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 2, 4, 9.

Le soignant, en clarifiant son rôle et en posant des limites claires, permet de se protéger contre des éventuelles intrusions ou menaces du patient (Laskowski, 2001). Poser des limites est aussi une manière d'anticiper et de prévenir des difficultés dans la relation (Laskowski, ibid.).

Selon Langley et Klopper (2005), un accord mutuel avec des règles claires quant à la disponibilité du soignant pour le patient, a plusieurs effets bénéfiques

à différents niveaux. Les risques de burn-out sont diminués pour le soignant, le patient agit moins de manière impulsive et la relation thérapeutique risque moins de se dégrader (Langley & Kloppe, 2005). D'ailleurs, l'étude de Fallon (2003) révèle que les soignants capables de fixer des limites claires et précises ont été identifiés par les patients comme étant des personnes dignes de confiance.

4.2.12. Eviter la lutte du pouvoir

➤ Ce thème est évoqué trois fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no: 1, 2, 3.

D'après Breeze et Repper (1998), permettre au patient d'avoir un contrôle signifiant sur les soins qui lui sont prodigués, tout en le traitant de manière respectueuse et valorisante, diminuerait les conséquences négatives sur les comportements. Harris et Morrisson (1995) ajoutent que de privilégier des techniques de négociation, à l'inverse d'utiliser le pouvoir, diminue le risque d'éclats de violence (cités par Laskowski, 2001). Le soignant doit pouvoir abandonner le besoin de contrôle pour atteindre le but précité, mais aussi pour éviter de s'attribuer tout manque de coopération du patient à son propre échec thérapeutique (Laskowski, *ibid.*).

4.2.13. Analyser les phénomènes de transfert et de contre-transfert

➤ Ce thème est évoqué deux fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 1, 13.

La revue de littérature de Koekkoek, van Meijel et Hutschemaekers (2006) met en évidence la difficulté rencontrée dans la relation thérapeutique. Ces auteurs soulignent l'importance de prendre conscience des phénomènes de transfert et de contre-transfert qui peuvent constituer la source des difficultés rencontrées dans la relation avec ces patients.

Koekkoek et al. (*ibid.*) rappellent que les sentiments émergents du phénomène de contre-transfert peuvent amener le soignant à prodiguer des soins de haute qualité ou au contraire, à négliger les soins. Raison pour laquelle ils encouragent vivement les soignants à essayer d'interpréter et de comprendre les causes de ces deux phénomènes pour améliorer la relation soignant-patient.

Quant à Bowers (2002) notamment, il souligne surtout l'importance d'avoir recours aux supervisions permettant d'aider le personnel à mieux gérer les problèmes de contre-transfert (cité par James & Cowman, 2007).

4.2.14. S'appuyer sur son expérience professionnelle

➤ Ce thème est évoqué deux fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no: 2, 12.

Le changement d'interprétation et de perception au fil des années est cité dans deux études. Ce processus constitue le fondement de la théorie ancrée de Laskowski (2001) se basant sur l'expérience et la compréhension. Des interventions avec des clients difficiles qui se terminent par un succès favorisent une meilleure confiance en soi et l'acquisition de plus de compétences pour interpréter le comportement du client (Laskowski, *ibid.*). Quant à l'étude de Woollaston & Hixenbaugh (2008), elle met en évidence l'acceptation du soignant, avec le temps, de ne pas pouvoir toujours aider et aboutir à des succès thérapeutiques.

4.2.15. Prendre soin de soi

➤ Ce thème est évoqué deux fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no: 1, 2.

Laskowski (2001) en parle dans la phase du « Illuminating Meaning ». Lorsque les émotions de l'infirmière sont trop fortes et l'empêchent d'adopter une attitude thérapeutique, elle va faire appel à des démarches individuelles lui permettant de prendre soin d'elle-même (Laskowski, *ibid.*). Selon cette auteure, ces démarches lui permettent également de prévenir le burn-out et de garder de l'intérêt pour son travail. Laskowski (*ibid.*) définit deux catégories de stratégies : le « Going in » et le « Going out ». Le « Going in » est un travail interpersonnel qui passe par l'introspection de soi pour comprendre ses propres sentiments. Une des participantes de cette étude explique que lorsqu'elle a recourt au « Going in », elle se retrouve seule et joue d'un instrument de musique. Cela lui permet de retrouver de l'énergie mais aussi de favoriser la réflexion personnelle. Le « Going out » (ex : la supervision) est une stratégie qui passe par la relation aux autres, également dans le but d'approfondir la compréhension de ses propres sentiments. Quant à Koekkoek, van Meijel et Hutschemaekers (2006), ils citent l'importance de maintenir un équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle.

5. DISCUSSION

Dans un premier temps, nous allons critiquer la pertinence des articles utilisés pour cette revue de littérature en vue de répondre à la question de recherche. Puis dans un second temps, nous allons procéder à l'analyse des résultats.

5.1. CRITIQUE ET ARGUMENTATION DES CHOIX DES ARTICLES RETENUS

Quatorze articles ont été sélectionnés pour effectuer cette revue de littérature. La majorité des articles sont de type qualitatif ; quatre d'entre eux comportent une théorie ancrée. D'ailleurs, lors de nos recherches, nous avons privilégié ce devis car celui-ci était susceptible de nous amener plus d'éléments intéressants en vue de répondre à la question de recherche. Les autres études sont essentiellement de type mixte. Seule une étude est de type quantitatif. Une revue de littérature a également été sélectionnée.

Force est de constater que sur les quatorze articles, cinq ont été rédigés, en partie, par le même auteur : Bauke Koekkoek. Ce chercheur hollandais cible très pertinemment les difficultés et les problèmes rencontrés lors d'interactions avec certains patients du domaine de la psychiatrie. Dans ses écrits, Bauke Koekkoek, à l'instar de Cheryl Laskowski et Jayne Ann Breeze, fait bien ressortir le concept de « patient difficile » sans mettre en évidence un diagnostic précis. Les sept autres articles se concentrent plus particulièrement sur le patient souffrant du trouble de la personnalité borderline mais traitent également le sujet du patient difficile correspondant au concept expliqué plus haut.

Quant à la revue de littérature élaborée par Koekkoek, van Meijel et Hutschemaekers (2006), elle identifie entre autres, des stratégies de traitement pour le patient difficile. Il nous a paru intéressant de la sélectionner afin de la comparer avec la présente revue de littérature. En effet, l'écrit de Koekkoek et al. (ibid.) cible essentiellement des actions visant l'efficacité des interventions thérapeutiques. Par contre, la nôtre a un regard plus large ; elle tient aussi compte des besoins de ces patients ainsi que du bien-être du soignant. Aussi, à l'inverse de notre travail, les stratégies, mises en évidence dans la revue de

littérature de ces auteurs, ne sont ni analysées, ni critiquées dans la partie « Discussion ».

La plupart des articles sélectionnés sont relativement récents. Dix d'entre eux ont été publiés à partir de l'année 2005, dont deux datent de l'année 2010 et un de l'année 2011. Cet aspect nous a semblé important afin d'obtenir des résultats actualisés pour répondre à notre question de recherche.

Presque la moitié des articles retenus se concentre sur l'expérience vécue des patients. En effet, dans plusieurs recherches, ce sont les patients qui constituent l'échantillon. Ces articles nous apportent d'une part, les différentes perceptions qu'ont les patients sur les soins qui leur sont prodigués par les professionnels et, d'autre part, des éléments essentiels pour mieux répondre aux besoins de cette population et améliorer ainsi la qualité des soins. Également intéressantes, l'étude de Langley et Klopper (2005) ainsi que celle de Breeze et Repper (1998) contiennent chacune un échantillon de patients et un échantillon de soignants. Ainsi, elles mettent en parallèle les différents points de vue des patients et des professionnels. L'étude de Langley et Klopper (2005) met en lumière quelques sujets sur lesquels les avis des patients et des cliniciens sont plutôt similaires. Citons par exemple, l'importance de la confiance dans la relation patient-clinicien ou d'un accord mutuel sur la disponibilité du clinicien. Par contre, l'étude de Breeze et Repper (1998) se focalise davantage sur les points de vue divergents du patient et du soignant et met ainsi en évidence un manque de compréhension mutuelle qui attise les conflits entre ces derniers.

Sept pays sont représentés à travers les articles sélectionnés: États-Unis, Chine, Afrique du Sud, Irlande, Royaume-Uni, Suède et Pays-Bas. Cette diversité culturelle nous a semblé constituer un élément intéressant pour avoir une vision plus globale et pour faire ressortir d'éventuelles divergences ou similitudes.

Nous avons également porté une attention particulière à ce que les recherches sélectionnées mentionnent le respect des considérations éthiques. Dans quasiment la totalité des articles, il a été bel et bien mentionné que les auteurs ont reçu l'accord d'un comité d'éthique pour effectuer la recherche. Certaines études, à l'instar de celle de Perseus, Ekdahl, Asberg et Samuelsson (2005),

ont décrit toute la démarche pour le respect des considérations éthiques de manière très claire et détaillée. Dans les études effectuées en partie par Bauke Koekkoek, il est uniquement signalé qu'un accord du comité d'éthique a été obtenu. Toutefois, nous pouvons nous fier au fait que les principes éthiques ont bien été respectés car cet auteur est affilié à un comité institutionnel d'éthique. Il est regrettable qu'une étude, celle de Laskowski (2001), ne contienne aucune donnée quant à l'obtention d'un accord ou quant au respect des principes éthiques. Nous avons tout de même décidé de la garder car son contenu apporte beaucoup de nouveaux éléments pour cette revue de littérature.

5.2. ANALYSE DES RESULTATS

5.2.1. Les sources de difficultés

En regard de la première partie des résultats, il est interpellant de constater la multitude de facteurs qui handicapent lourdement le soignant pour prendre soin du patient jugé de difficile. Il est essentiel de relever que les sources de difficultés ne proviennent pas uniquement du patient mais qu'elles peuvent se situer à différents niveaux. Face à la complexité de ce phénomène, il est important de décortiquer les résultats obtenus et de chercher les problèmes en amont.

Un thème qui ressort souvent des études est le phénomène de la catégorisation, voire de la stigmatisation. Le diagnostic du trouble de la personnalité borderline, en particulier, amène le soignant à adopter rapidement une attitude négative envers le patient. Cette réaction résulte d'un sentiment d'impuissance et d'incompétence chez les soignants qui se sentent souvent dépassés et démunis face au défi qui les attend : prendre soin du patient difficile. En lien avec le cadre de référence, nous en déduisons que le fait de catégoriser le patient constitue un véritable obstacle pour prendre soin de ce dernier. En effet, dans ces conditions, l'intérêt pour le patient est quasiment inexistant mais surtout, la singularité de la situation et la réalité de sa souffrance ne sont pas pris en compte (Hesbeen, 1998, 1999).

Ensuite, nous constatons que les croyances et les perceptions des soignants constituent aussi des éléments qui accentuent les difficultés. Le fait d'être

persuadé que l'automutilation est un moyen de manipuler les soignants pour attirer l'attention, et d'exclure toute autre cause possible à ce geste autodestructeur, rend impossible une attitude positive de la part du soignant. De même que considérer le patient comme n'étant pas vraiment malade et lui reprocher de ne pas avoir la volonté d'adopter un comportement plus adéquat ne suscite pas la volonté de l'aider. Ces deux facteurs relatifs au soignant, démontrent clairement que le soignant n'est pas en mesure de prendre soin du patient, tel qu'il est décrit dans le cadre de référence, c'est-à-dire se mettre en position d'écoute pour accueillir ce que la personne aimerait lui donner ou lui dire (Paillot, 2004).

La lutte de pouvoir constitue un facteur explicatif de difficultés rencontrées dans la relation avec le patient. Les résultats nous montrent que le soignant, face au patient difficile, a un réel besoin de détenir l'entier du pouvoir sans laisser de place à la négociation. Nous émettons l'hypothèse que le besoin du soignant de monopoliser le pouvoir, en ayant même parfois recours à la menace pour que le patient obéisse, s'explique peut-être par le sentiment d'impuissance et d'incompétence que le patient lui renvoie. Pourtant, inconsciemment, en agissant de la sorte, le soignant envenime la relation et attise les conflits.

Le manque de personnel constitue également un facteur non négligeable qui accentue les difficultés. Nous pouvons en déduire qu'il en résulte un manque de temps et de disponibilité pour s'occuper des patients mais aussi des conséquences pénibles pour les infirmières telles que fatigue et frustration. Dans de telles conditions, nous pouvons émettre l'hypothèse que des négociations avec le patient sont plus difficilement envisageables et qu'une lutte de pouvoir arrive plus facilement.

Koekkoek, Hutschemaekers, van Meijel et Schene (2011), mettent bien en évidence le phénomène de cercle vicieux ; le patient et le soignant se retrouvent dans une situation délicate de laquelle ils ne parviennent pas à se sortir. En effet, face au patient difficile, le soignant adopte des contre-attitudes, celles-ci renforcent le comportement problématique du patient. Le soignant, à son tour, s'éloigne d'avantage d'un comportement adéquat. Serra (2010) rejoint

cette idée en disant que le patient difficile affecte la capacité du soignant à bien travailler.

En lien avec le cadre de référence, nous déduisons que le soignant n'est pas en mesure de prendre soin du patient dans de telles conditions. La stigmatisation, les convictions négatives, le manque de disponibilité et le monopole du pouvoir sont des éléments qui handicapent clairement le soignant à se mettre en position d'écoute et à prodiguer des soins de qualité, tout en démontrant de l'intérêt pour le patient et en prenant en compte sa souffrance.

5.2.2. Les stratégies

Les stratégies identifiées dans les quatorze articles offrent un panel assez vaste. Globalement, lesdites stratégies visent à élever l'efficacité des prises en soins en répondant aux besoins des patients mais aussi à maintenir le bien-être du soignant pour que ce dernier puisse aboutir à des succès thérapeutiques.

S'intéresser au patient et à son vécu est la stratégie qui ressort le plus souvent. Bien qu'elle paraisse peut-être banale, elle est essentielle et constitue aussi une certaine suite logique de ce qui précède ; le soignant, en gardant sa position de victime, ne peut améliorer ni sa situation, ni celle du patient.

Faire preuve d'ouverture d'esprit en s'intéressant pleinement à l'histoire du patient ainsi qu'à sa vie dans l'ici et maintenant, est un premier grand pas vers la dimension du savoir-être. S'intéresser à l'individu permet, dans un premier temps, de rendre la souffrance du patient visible et réelle aux yeux du soignant et, dans un second temps, elle favorise la compréhension du sens des actes autodestructeurs mais aussi des comportements mettant le soignant à rude épreuve. De plus, comprendre le sens constitue une démarche essentielle pour réduire les difficultés dans la relation (Laskowski, 2001).

De même, nous tenons à rappeler que le soignant ne peut se permettre de garder son statut de victime ; une remise en question de sa part est indispensable. Lors de l'analyse des sources de difficultés, nous avons constaté que la relation thérapeutique est souvent délicate et que le soignant ne peut se permettre de demeurer en victime car aussi bien le soignant que le patient ont une part de responsabilité. A ce sujet, plusieurs auteurs dont Koekkoek, van

Meijel et Hutschemaekers (2006) ainsi que Bowers (2002, cité par James & Cowman, 2007) soulignent très justement la nécessité de prendre conscience des phénomènes de transfert et de contre-transfert et d'en chercher les causes. Le phénomène de transfert se traduit par les sentiments inconscients qu'éprouve le patient pour le soignant tandis que celui du contre-transfert désigne les sentiments inconscients du soignant à l'égard du patient (Koekkoek, van Meijel & Hutschenmaekers, 2006).

Toujours en lien avec l'intérêt porté au patient, Nehls (1999) souligne l'importance de percevoir ses patients comme étant des auteurs de la connaissance. Cette philosophie permet au soignant d'enrichir son expérience professionnelle mais aussi d'améliorer la qualité des soins. De plus, toutes les connaissances qu'il aura acquises auprès de ses patients constituent des ressources et des moyens pour prendre soin d'autres patients (Hesbeen, 1999). Cette idée rejoint les fondements de la théorie ancree de Laskowski (2001) qui se base sur l'expérience et la compréhension. En résumé, cette théorie affirme que des interventions sur des clients difficiles, qui aboutissent à un succès, contribuent à favoriser une meilleure confiance en soi, ainsi qu'à acquérir plus de compétences. Cette théorie peut en quelque sorte motiver le soignant car elle sous-entend que ses efforts seront éventuellement récompensés, pour autant que ses interventions aboutissent positivement. Pourtant, nombreux sont les témoignages de soignants, qui face au patient difficile, se découragent au fil du temps. Les années d'expérience ainsi que les nombreux échecs thérapeutiques peuvent aussi amener le soignant à adopter une certaine attitude défaitiste, en acceptant qu'ils ne peuvent pas toujours aboutir à des succès thérapeutiques (Woollaston & Hixenbaugh, 2008). La confrontation de l'idéal d'une théorie à la réalité du terrain nous convainc que cette problématique est complexe et qu'il faut agir plus en amont du problème et à plusieurs niveaux. Cela rejoint la conviction de Hesbeen (1998) ; pour prendre soin d'un patient dans sa situation singulière, le soignant doit faire appel à une panoplie riche de références et ne peut se focaliser sur une théorie.

Etonnement, les auteurs des articles sélectionnés abordent très peu la souffrance du soignant face au patient difficile et ne proposent pas beaucoup de stratégies pour la prévenir ou la soulager. Seuls Laskowski (2001) ainsi que

Langley et Klopper (2005) relèvent clairement cet aspect en soulignant que prendre soin de soi permet non seulement de prévenir un burn-out, mais aussi de garder de l'intérêt pour son travail. Les mesures concrètes, proposées au niveau individuel, sont la prise de distance face au comportement difficile ainsi que l'établissement de limites et de règles pour éviter d'être trop sollicité à tout moment. Au niveau collectif, la supervision apparaît être la solution par excellence. A condition qu'il soit mis en œuvre de manière régulière et sérieuse, ce moyen permet non seulement de soutenir les membres de l'équipe soignante mais aussi d'améliorer la qualité des soins et la coopération professionnelle (Koekkoek, van Meijel, Schene & Hutschenmaekers, 2010).

L'idée de coopération professionnelle est reprise par plusieurs auteurs, mais en utilisant d'autres termes. Nous pouvons alors mettre en parallèle deux résultats qui se rejoignent : l'approche d'équipe et l'utilisation de protocole. D'ailleurs, Krawitz et Watson (2003, cités par James & Cowman, 2007) font le lien entre ces deux stratégies. Ces auteurs recommandent une approche d'équipe en vue d'harmoniser la manière de travailler au sein de l'équipe. Ils préconisent alors l'utilisation de protocole pour atteindre cet objectif.

L'utilisation de protocole nous paraît intéressante mais à double tranchant. Cette stratégie sert, dans un premier temps, de soutien aux soignants, et dans un second temps, elle vise l'efficacité du suivi thérapeutique en structurant de manière plus rigoureuse cette dernière. (James & Cowman, *ibid.*). Par contre, l'utilisation d'un protocole risque de rendre la souffrance du patient totalement invisible aux yeux du soignant si ce dernier se contente uniquement de « suivre à la lettre » le protocole sans porter d'attention particulière à la situation singulière de l'individu.

L'approche d'équipe se traduit pour Fallon (2003) par une bonne communication entre les membres de l'équipe, visant une meilleure efficacité des soins mais aussi la prévention des effets de clivage de l'équipe.

Ma, Shih, Hsiao, Shih et Hayter (2009) apportent une vision différente sur les conséquences positives du travail d'équipe. Ils attirent l'attention sur les effets bénéfiques que peuvent apporter dans l'équipe les infirmières expérimentées et satisfaites de leur expérience professionnelle. Ces bienfaits se retrouvent autant au niveau du bien-être des membres de l'équipe, qu'au climat de travail

et de la qualité des soins. D'après l'étude de ces auteurs, d'avantage d'enthousiasme et d'optimisme à prendre soin du patient difficile résulte aussi de l'aide apportée par les infirmières expérimentées. Dans ces conditions, cette stratégie nous paraît optimale car rappelons que le pessimisme est un élément contribuant fortement à générer le cercle vicieux, expliqué par Koekkoek, Hutschemaekers, van Meijel et Schene (2011). Toutefois, cette stratégie reste difficile à mettre en œuvre car elle dépend de plusieurs conditions. Premièrement, il faudrait avoir la chance de travailler avec des collègues expérimentés et satisfaits de leur expérience professionnelle. Deuxièmement, ces derniers devraient avoir l'envie et la capacité de partager leur savoir avec leurs collègues. Troisièmement, le soignant devrait avoir la volonté de progresser ainsi que l'humilité de demander de l'aide à son collègue, ce qui n'est apparemment pas une évidence.

Bénéficier de cours spécialisés pour prendre soin du patient difficile (ou souffrant du trouble de la personnalité borderline) ne ressort que peu de fois dans les résultats. Pourtant, cette stratégie apparaît être indispensable par rapport à toutes les sources de difficultés rencontrées en première partie et paraît être la base de toute amélioration dans la pratique. Les articles qui valorisent cette stratégie ne donnent que peu de détails quant au contenu et à la forme des cours. Mais nous nous permettons de penser qu'il faudrait, dans un premier temps, que ces cours permettent aux soignants de prendre conscience de certains phénomènes tels que la lutte de pouvoir, la stigmatisation et les préjugés, puis, dans un second temps, d'apporter des connaissances au sujet des besoins du patient, qui sont rarement connus par les soignants. Citons le besoin d'être informé sur leur maladie et d'en parler librement avec le professionnel. Cela leur permet de mettre des mots sur ce qui leur arrive et selon Koekkoek et al. (2010), d'avoir éventuellement une reconnaissance sincère de leur souffrance. Toutefois, n'oublions pas que le trouble de la personnalité borderline fait encore ressurgir beaucoup de connotations négatives chez les soignants et que ce diagnostic peut ainsi amplifier l'inégalité dans l'interaction patient-soignant (Koekkoek et al., *ibid.*). A notre avis, ces cours devraient aussi permettre d'exercer les soignants à lâcher du lest pour permettre au patient d'être acteur dans sa prise en soins et d'avoir

une part de responsabilité dans les résultats des interventions thérapeutiques (Koekkoek, van Meijel, Schene & Hutschemaekers, 2010). Il s'agit bel et bien de voir le patient comme partenaire ; le soignant et lui construisent ensemble une prise en soins. Cette manière d'agir apporte des effets bénéfiques tant au niveau du patient que du soignant. Elle permet de pousser le patient vers plus d'autonomie, mais aussi d'éviter au soignant de se sentir l'unique responsable lors d'échecs thérapeutiques et de maintenir ainsi un certain enthousiasme au travail. De plus, cela rejoint la conception des soins choisie pour cette analyse ; le soignant accompagne le patient sur son chemin en lui portant conseil et s'abstient de lui imposer des choix qu'il juge bons (Hesbeen, 1999).

Un dernier élément nous paraît essentiel ; la notion de confiance. Le soignant devrait garder en mémoire ce mot ; elle paraît être la clé de la réussite. La présence de confiance entre le patient et le soignant est une condition essentielle pour établir une relation thérapeutique, un élément de soutien indispensable pour les individus atteints du trouble de la personnalité borderline (Fallon, 2003 ; Langley & Klopper, 2005). Hesbeen (1999) insiste aussi sur cette notion ; tisser des liens de confiance est le but de la rencontre avec le patient.

5.3. REPONSE A LA QUESTION DE RECHERCHE

Pour mémoire, la question de recherche de cette revue de littérature est la suivante : Quelles stratégies peut-on mettre en place afin de venir en aide à ces patients difficiles ?

Pour le soignant, trois stratégies concrètes ont pu être mises en évidence :

- bénéficier de cours spécialisés
- participer régulièrement à des supervisions
- développer et utiliser des protocoles pour les admissions des patients atteints du trouble de la personnalité borderline.

Offrir des cours spécialisés aux soignants paraît primordial. Toutefois, comme nous l'avons déjà mentionné, il est indispensable que ces cours puissent apporter de nouvelles connaissances, mais qu'ils permettent aussi une prise de conscience chez les soignants. Le phénomène du cercle vicieux, la lutte de

pouvoir, le manque de compréhension mutuelle, etc... sont des thèmes qui doivent être abordés. De même, la supervision est aussi un moyen de prendre conscience de différents phénomènes tels que le transfert et le contre-transfert. Quant à l'utilisation de protocoles, elle est sûrement une aide pour les soignants mais celle-ci s'éloigne de la conception du prendre soin. L'utilisation d'un protocole trop rigide entrave l'attention particulière que le soignant devrait porter au patient, met en avant la dimension du savoir-faire en risquant d'occulter la souffrance du patient (Hesbeen, 1998, 1999). De plus, il réduit la possibilité du soignant de combiner ses différentes ressources (Hesbeen, *ibid.*)

Les autres stratégies mises en évidence dans les articles sélectionnés s'apparentent plus à des conseils ; elles sont moins concrètes. Par exemple, optimiser l'attitude du soignant est un idéal qui encourage peut-être ce dernier à contrer son attitude négative à l'égard du patient, mais elle ne constitue pas un moyen direct d'estomper les difficultés rencontrées. Beaucoup de ces stratégies proposées, à l'instar du travail d'équipe, permettent de favoriser une amélioration de la qualité des soins et le bien-être des soignants. D'autres permettent surtout de répondre aux besoins du patient et rejoignent la nécessité de bénéficier de cours, de supervision en vue d'avoir la capacité de s'intéresser au patient.

6. CONCLUSION

6.1. IMPACT SUR LA PRATIQUE

La plupart des stratégies mises en évidence dans ce travail peuvent être mises en œuvre à un niveau individuel. Mais les résultats reflètent tout de même l'importance du travail d'équipe qui constitue une ressource essentielle. Travailler de manière soudée avec les collègues apportent des effets bénéfiques sur le bien-être du soignant, mais aussi sur les résultats thérapeutiques. Aussi, nous prenons acte que l'implication des supérieurs hiérarchiques, tant au niveau du service, qu'au niveau institutionnel ou même politique, est nécessaire. En effet, l'offre de cours de perfectionnement, l'amélioration des programmes d'enseignement, la participation à des supervisions régulières ainsi que la formation de superviseurs compétents ne peuvent être mis en œuvre sans leur accord et leur soutien. De plus, ces stratégies paraissent indispensables car elles englobent la majorité des résultats ressortis dans ce travail.

Cette revue de littérature a permis non seulement de proposer quelques stratégies mais surtout de mettre en lumière les sources de difficultés en encourageant le soignant à se questionner sur sa manière d'interagir avec le patient. Aussi, elle favorise la prise de recul et de distance par rapport au concept du « patient difficile » pour prendre soin du patient en respectant la singularité de sa situation.

Face au manque de compréhension mutuelle, elle encourage le soignant à acquérir davantage de connaissances sur le sujet par des moyens tout à fait pratiques mais aussi par l'intérêt porté au patient. S'ajoutent à cela, l'importance de rompre avec ses préjugés et de lutter contre la stigmatisation.

Finalement, nous aimerions souligner le fait que ce travail ne se focalise pas uniquement sur le patient atteint du trouble de la personnalité borderline, bien que cette pathologie soit souvent citée. L'entière contribution de cette revue de littérature peut être valorisée dans la prise en soins de tout patient en psychiatrie. En effet, après avoir échangé sur le sujet avec des personnes ayant de l'expérience dans le domaine, nous pouvons affirmer que le patient souffrant du trouble de la personnalité borderline n'est pas l'unique patient à

porter l'étiquette de « patient difficile ». Citons par exemple, les patients schizophrènes en état de crise ou les patients bipolaires en phase maniaque dont la prise en soins n'est pas non plus chose aisée. De plus, les nombreuses hospitalisations de ces patients sont un facteur de découragement pour les soignants qui se retrouvent aussi devant un véritable « challenge ».

6.2. BESOINS DE RECHERCHE ULTERIEURS

La divergence d'attentes ainsi que le manque de compréhension mutuelle entre le patient et le soignant ressortent de manière significative dans les résultats. Dès lors, il serait intéressant de mesurer les effets bénéfiques des cours sur ces deux composantes.

Les différentes études nous démontrent qu'il s'agit d'une problématique présente aux quatre coins du monde et les chiffres parlent d'eux-mêmes ; la prévalence du trouble de la personnalité borderline est élevée. Néanmoins, nous n'avons trouvé aucune étude faite en Suisse pour l'élaboration de cette revue de littérature. Il serait alors pertinent de refaire le tour de la thématique au niveau suisse et d'évaluer les stratégies mises en œuvre.

6.3. POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DU TRAVAIL

Globalement, nous pouvons relever que la qualité générale des études choisies pour ce travail est bonne. En outre, la majorité de ces articles ont été publiés durant les dix dernières années, ce qui permet d'avoir des connaissances actuelles.

La confrontation des points de vue des patients et des soignants apporte une grande richesse à cette revue de littérature et permet de susciter la réflexion sur la thématique. De plus, ce travail a permis de mettre en évidence, une fois de plus, une problématique non négligeable car presque tous les soignants en santé mentale y sont confrontés un jour ou l'autre.

Quant aux points faibles de ce travail, le fait de ne pas avoir accès à tous les articles en version intégrale sur les diverses banques de données pour élaborer cette revue de littérature joue peut-être un rôle défavorable dans la sélection des articles. De même que sur les quatorze articles retenus, cinq ont été

rédigés, en partie, par le même auteur. Ceci s'explique surtout par le manque d'études répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion qui ciblent de manière précise le concept de « patient difficile ».

Pour l'exposition des résultats, l'émergence des thèmes et la classification des données n'ont pas été chose aisée car celles-ci venaient essentiellement d'études de type qualitatif.

Aussi, malgré la volonté de traduire le plus fidèlement possible tous les quatorze articles écrits en anglais, il est possible qu'il demeure quelques erreurs d'interprétation.

6.4. APPRENTISSAGES REALISES

L'élaboration de cette revue de littérature a été une expérience riche pour l'auteure de ce travail. D'abord, elle lui a permis d'acquérir de nouvelles connaissances sur un sujet passionnant en lui permettant de confirmer un vif intérêt pour le domaine de la santé mentale. N'ayant auparavant encore jamais élaboré de revue de littérature, le présent travail constitue, pour elle, un premier pas dans le monde de la recherche. Après avoir lu et analysé un certain nombre d'articles scientifiques, l'auteure a appris et s'est habituée à garder un œil critique sur ces écrits en portant une attention particulière sur certains aspects tels que l'éthique ou le recueil de données. Aussi, ce travail lui a permis de bien progresser sur la compréhension écrite de l'anglais, ce qui constitue également un point non négligeable pour d'éventuelles futures recherches.

6.5. LE MOT DE L'AUTEURE

Le choix d'écrire mon Bachelor Thesis sur cette thématique remonte à quelque temps. J'étais alors en stage dans un service de psychiatrie lorsque j'ai connu le cas d'une patiente qui m'a énormément marquée et que je ne suis pas prête d'oublier. Cette jeune femme avait vingt-six ans et fréquentait régulièrement l'hôpital depuis une dizaine d'années. Elle était connue au sein de l'institution pour ses multiples tentatives de suicide, ses nombreuses hospitalisations mais également ses innombrables demandes à l'équipe qui devaient être tout de suite satisfaites. J'observais les réactions et les attitudes de mes collègues à l'égard de cette patiente. Il semblait que cette patiente les agaçait

énormément ; elle leur faisait refléter une image d'impuissance et d'incompétence qui les vidait de leur énergie mais aussi de leur motivation. J'étais parfois assez choquée par certains de leurs propos : « Je n'ai plus aucune empathie pour cette patiente » ou « il vaudrait mieux qu'elle réussisse son suicide ». Je me demandais alors comment on peut surpasser ces difficultés afin de prendre soin de cette clientèle ; question à laquelle j'ai voulu essayer de répondre au moyen de cette revue de littérature.

7. BIBLIOGRAPHIE

Documents publiés

Ouvrages

- Duxbury, J. (2002). *Umgang mit « schwierigen » Klienten – leicht gemacht*. Berne: Hans Huber.
- Hesbeen, W. (1998). *La qualité du soin infirmier. Penser et agir dans une perspective soignante*. Paris : Masson.
- Loiselle, C. (2007). *Méthodes de recherches en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI.
- Marmilloud, L. (2007). *Soigner, un choix d'humanité*. Paris : Vuibert.
- Schalkens-Fuks, M. (1997). *Les soignants et les toxicomanes*. Vélizy : Lamarre.

Articles scientifiques

- Breeze, J.A. & Repper, J. (1998). Struggling for control : the care experiences of « difficult » patients in mental health services. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 1301–1311.
- Cleary, M., Siegfried, N. & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 186-191.
- Fallon, P. (2003). Travelling through the system : the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 393–400.
- James, P.D. & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 670-678.
- Koekkoek, B., van Meijel, B. & Hutschemaekers, G. (2006). "Difficult Patients" in Mental Health Care : a Review. *Psychiatric Services*, 57, 795-802.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., Schene, A. & Hutschemaekers, G. (2009). Problems in psychiatric care of « difficult patients » : a Delphi-study. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18, 323–330.

- Koekkoek, B., van Meijel, B., van Ommen, J., Pennings, R., Kaasenbrood, A., Hutschemaekers, G. & Schene, A. (2010). Ambivalent connections : a qualitative study of the care experiences of non-psychotic chronic patients who are perceived as « difficult » by professionals. *BMC Psychiatry*, 10-96.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., Schene, A. & Hutschemaekers, G. (2010). Development of an intervention program to increase effective behaviours by patients and clinicians in psychiatric services: Intervention Mapping study. *BMC Health Services Research*, 10.293.
- Koekkoek, B., Hutschemaekers, G., van Meijel, B. & Schene, A. (2011). How do patients come to be seen as « difficult »? : A mixed-methods study in community mental health care. *Social Science & Medicine*, 72, 504-512.
- Langley, G.C. & Kloppe, H. (2005). Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 23-32.
- Laskowski, C. (2001). The mental health clinical nurse specialist and the « difficult » patient : Evolving Meaning. *Issues in Mental Health Nursing*, 22, 5-22.
- Ma, W.F., Shih, F.J., Hsiao, S.M., Shih, S.N. & Hayter M. (2009). « Caring Across Thorns » - Different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 440-450.
- Nehls, N. (1999). Borderline Personality Disorder: The Voice of Patients. *Research in Nursing & Health*, 22, 285-293.
- Perseus, K.I., Ekdahl, S., Asberg, M. & Samuelsson, M. (2005). To Tame a Volcano : Patients with Borderline Personality Disorder and Their Perceptions of Suffering. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19, 160-168
- Woollaston, K. & Hixenbaugh, P. (2008). « Destructive Whirlwind » : nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 703-709.

Articles non scientifiques

- Bland, A.R. & Rossen, E.K. (2005). Clinical supervision of nurses working with patients with borderline personality. *Issues in Mental Health Nursing*, 5, 507-517.
- Cousineau, P. (s.d.). Intervention auprès du patient limite : objectivité et subjectivité. *Santé mentale au Québec*, 12.

- Service des soins infirmiers du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte du CHUV (1999). Section des troubles de la personnalité (STP) « Une expérience de changement ». *L'écrit*, 16, 1-9.
- Swift, E. (2009). Borderline personality disorder: aetiology, presentation and therapeutic relationship. *Mental Health Practice*, 13, 22-25.

Documents non publiés

Polycopié

- Bassal, C. (2009). *Vue d'ensemble des méthodes de recherche en sciences humaines*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Autres

Sites WEB

- BPD Today. (s.d.). *Borderline Personality Disorder DSM-IV Criteria*. [Page WEB]. Accès : <http://www.borderlinepersonalitytoday.com/main/dsmiv.htm>. [Page consultée le 14 juin 2011].
- Care Programme Approach Association. (s.d.). *About the CPA*. [Page WEB]. Accès : <http://cpaa.co.uk/thecareprogrammeapproach>. [Page consultée le 30 juin 2011].
- Hesbeen, W. (1999). « Prendre soin ». [Page WEB]. Accès : <http://www.fsi.usj.edu.lb/congres/pdftexteintegral/seancesplenieres/12walterhasbeen.pdf>. [Page consultée le 15 juin 2011].
- Paillot, B. (2004). *Prendre soin : une vocation et une mission*. [Page WEB]. Accès : http://www.amouretverite.org/amour_et_verite/bioethique/dossiers-d-actualites/dossier-professionnels-de-sante/prendre-soin-vocation-mission-2004.pdf/view. [Page consultée le 18 avril 2010].
- Romain, J.G. (2003). *La Drogue, le Toxicomane et la Société*. [Page WEB]. Accès : http://www.ssmg.be/new/files/IMP_Toxico_DroToxSoc.pdf. [Page consultée le 16 juin 2011]

- Serra, A.L. (2010). *Le patient difficile ou comment supporter le séjour hospitalier ?* [Page WEB]. Accès : <http://www.geriatrie-chuv.ch/content/visual.php?id=5&idelement=8&nomchamps=filinkfichier> [Page consultée le 16 juin 2011].
- Société Suisse de Thérapie Comportementale et Cognitive (2010). *Trouble borderline*. [Page WEB]. Accès : <http://www.sgmt-sstcc.ch/fr/conseils-pour-patients/troubles-psychiques-des-adultes/borderline/index.html>. [Page consultée le 14 juin 2011].
- Stigler, M. & Quinche P. (2001). *Le patient difficile en crise et sa compétence à se responsabiliser*. [Page WEB]. Accès : <http://www.primary-care.ch/pdf/2001/2001-12/2001-12-033.PDF>. [Page consultée le 18 avril 2010].

8. ANNEXES

8.1. DECLARATION D'AUTHENTICITE

Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives. Les références utilisées dans le travail sont clairement nommées et identifiées.

Virginie Le Fort

8.2. GRILLES DE LECTURE CORRESPONDANT AUX ARTICLES SELECTIONNES

Numéro de la grille	1
Réf. bibliographique	Koekkoek, B., van Meijel, B. & Hutschemaekers, G. (2006). "Difficult Patients" in Mental Health Care : a Review. <i>Psychiatric Services</i> . 57, 795-802.
Pays	Pays-Bas
Type d'étude	Revue de littérature
But(s) / Question de recherche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Définir les caractéristiques du patient difficile 2. Expliquer "la difficulté" 3. Identifier des stratégies de traitement
Echantillon	-
Méthode	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche sur les banques de données: CINHALL, MEDLINE et PsycINFO. • Mots – clé utilisés : <i>difficult patient</i> ou <i>problem patient</i> combinés avec <i>mental health services</i>, <i>psychiatric hospitals</i>, <i>treatment</i>, <i>psychotherapy</i>, <i>therapeutic alliance</i>, <i>therapeutic processes</i>, <i>physician-patient relations</i> ou <i>nurse-patient relation</i>. Les références d'autres articles ont été utilisées afin de trouver d'autres publications. • Critères d'inclusion: articles publiés en anglais entre 1979 et 2004 au sujet de patients âgés entre 18 et 65 ans. • Critères d'exclusion: Si l'article n'a pas le patient difficile comme sujet principal, s'il est centré sur un service autre que la santé mentale (ex: un service de chirurgie dans un hôpital général) ou si l'article est centré sur un diagnostic spécifique.
Résultats	<p>La plupart des données viennent d'études quantitatives publiées avant 1991. 94 articles ont été retenus.</p> <p>1. Identification des caractéristiques des patients difficiles</p> <p>La majorité des patients a entre 26 et 32 ans, est de sexe masculin, n'a pas de travail ou un bas niveau de formation. La majorité est atteinte de psychose ou souffre de trouble de la personnalité.</p> <p>A partir des données, trois sous-groupes de patients difficiles ont été identifiés:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>unwilling care avoider</i> : il s'agit surtout de psychotiques qui ne se considèrent pas malades et qui voient les soins de la santé mentale comme une ingérence. • <i>ambivalent care seeker</i>: il s'agit surtout de patients souffrant de maladie chronique et qui ont de la difficulté à maintenir une relation stable avec le soignant. • <i>demanding care claimer</i>: il s'agit de patients revendiquant les soins afin de bénéficier d'un

logement, de médication,...

2. Explications théoriques

a) les facteurs individuels

- la chronicité
Les patients ayant une maladie chronique vivent avec des problèmes difficiles à résoudre pour le système psychiatrique. Raison pour laquelle ils portent l'étiquette de « patients difficiles / problématiques »
- la dépendance aux soins
La relation avec le professionnel devient si importante pour beaucoup de patients, que celle-ci semble impossible à s'arrêter.
- le caractère pathologique
Le diagnostic du trouble de la personnalité borderline est mentionné jusqu'à quatre fois plus que les autres diagnostics lorsqu'on demande les caractéristiques des patients difficiles.
- le manque de capacités réflexives
La réflexion étant un élément essentiel de la plupart des psychothérapies, un manque de capacités réflexives est associé à la désignation de « patient difficile ».

b) les facteurs interpersonnels

D'après certains auteurs, c'est la relation thérapeutique qui est difficile et non le patient. Ces auteurs mettent en évidence les phénomènes de transfert ou contre-transfert qui peuvent être la source de la relation difficile avec le patient. Les sentiments émergeant du contre-transfert peuvent amener à des soins de haute qualité ou au contraire, à des soins négligés.

Une alliance forte entre le patient et le professionnel peut être atteinte seulement s'il existe une compréhension mutuelle et si on comprend la signification du comportement du patient.

Le travail multidisciplinaire est essentiel pour discuter des problèmes de contre-transfert et pour trouver des solutions.

Il y a certains traits de caractère chez le soignant qui peuvent augmenter le risque d'avoir des

	<p>relations difficiles avec le patient : un fort souhait de guérir les gens, un grand besoin de soigner, de la difficulté à accepter l'échec et des attitudes qui confrontent ou blâment.</p> <p><u>c) les facteurs systémiques et sociologiques</u></p> <p>D'après les études, l'environnement social - dont diverses formes de jugement social - est l'explication essentielle de l'appellation "patient difficile". Certains diagnostics, notamment le trouble de la personnalité borderline, évoquent tout de suite des réactions négatives chez les professionnels, indépendamment du comportement actuel du patient.</p> <p>L'appellation " patient difficile" est attribuée lorsque le patient suscite chez le professionnel des sentiments d'incompétence ou de perte de pouvoir. Le patient est également catégorisé de "patient difficile" lorsque son cas est particulier et ne suit pas la tendance. Le patient dont le traitement touche différents domaines de la santé – des soins médicaux spécifiques ou un traitement de l'addiction a également plus de risque de devoir porter l'étiquette de patient difficile.</p> <p>Les réactions contre-thérapeutiques du professionnel renforcent le fait de catégoriser l'individu dans le groupe de patient difficile. De plus, l'étiquette « patient difficile » a pour conséquence d'abaisser la qualité et la quantité des soins que le soignant prodigue au patient.</p> <p>Il existe une tendance, chez les professionnels, à nier la réelle existence d'une maladie sévère. Les professionnels se montrent souvent trop optimistes quant à la possibilité des patients à mener leur vie à l'extérieur de l'hôpital.</p> <p>3. Interventions</p> <ul style="list-style-type: none"> • respect du patient, écoute attentive, attitude aidante et compréhensive, validation de ses sentiments • adopter une attitude non autoritaire et partager le pouvoir avec le patient • structurer un traitement clair et établir un contrat avec le patient • attribuer au patient plus de responsabilités quant à sa propre sécurité • ne pas porter de jugement • un environnement "holding" dans lequel le patient ressent de la sécurité et peut avoir différents ressentis et d'autres comportements • créer un contrat clair et strict avec le patient • interpréter et comprendre les causes du transfert et contre-transfert
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • supervision individuelle • réunion avec l'équipe interdisciplinaire • maintenir un équilibre entre vie privée et vie professionnelle • consultation d'un professionnel externe : elle permet d'apporter une nouvelle perspective / vision. <p>Les patients difficiles apparaissent être plus attentifs aux attitudes et comportements des soignants. Raison pour laquelle les interventions précitées sont encore plus importantes avec cette population.</p>
Discussion / Perspectives	<p>Les explications diffèrent beaucoup selon les différentes professions de la santé mentale. La vision médicale met l'accent sur les symptômes et les diagnostics. Le domaine de la psychologie est centré sur la relation patient - professionnel. Quant à la vision infirmière, elle met surtout en cause le processus social de la catégorisation (ou stigmatisation).</p> <p>L'approche médico-psychiatrique "excuse" les comportements difficiles parce que les gens malades ne peuvent pas être responsables. Tandis que l'approche socio-moral tient les gens pour responsables de leurs actes, indépendamment de leur statut de santé. Ces approches n'aident pas dans les soins du quotidien mais aident à comprendre certaines attitudes des professionnels.</p> <p>Le premier sous-groupe de patients "unwilling care avoiders" ont le plus de symptômes psychiatriques objectifs (ex : hallucinations). Ils sont alors considérés comme "malades". La vulnérabilité du patient est alors prise en compte lors du traitement / des soins.</p> <p>Le deuxième sous-groupe de patients "demanding care claimers" a des symptômes psychiatriques moins sévères; ces patients sont facilement considérés comme des "faux patients" (ou mauvais patients).</p> <p>Le troisième sous-groupe de patients " ambivalent care seekers" suscite le plus de défi. Ces patients présentent des symptômes psychiatriques (dépression, suicidalité) mais également des comportements difficiles. Ils sont constamment sujets à des jugements au sujet de leur statut de santé par les professionnels.</p> <p>Le patient difficile n'est pas une maladie mais le résultat de jugements implicites et explicites par les professionnels de la santé. Quand un patient est catégorisé de patient difficile, il y a toujours le risque qu'il ne soit pas considéré comme un réel patient nécessitant des soins.</p> <p>L'efficacité des interventions mentionnées plus haut n'a pas été prouvée par des études. Des futures</p>

	recherches sur la mise en application d'interventions ainsi que leur évaluation sont nécessaires.
Aspects éthiques	-
Commentaires personnels	Cette revue de littérature permet de bien situer le patient difficile dans les soins en santé mentale et confirme la complexité de la prise en soins de ce type de patients. Malgré le fait que la plupart des articles ne sont pas très récents, les auteurs ciblent précisément le concept de « patient difficile » et mettent en évidence une bonne quantité de stratégies pour améliorer l'efficacité des interventions thérapeutiques avec les patients définis de difficiles. Aussi, il est important de constater que les auteurs ajoutent que l'efficacité des interventions proposées n'a pas été soumise à des recherches. Raison pour laquelle des futures recherches sont nécessaires afin d'évaluer ces interventions.

Numéro de la grille	2
Réf. bibliographique	Laskowski, C. (2001). The mental health clinical nurse specialist and the « difficult » patient : Evolving Meaning. <i>Issues in Mental Health Nursing</i> , 22, 5-22.
Pays	Etats-Unis
Type d'étude	Etude qualitative, théorie ancrée
But(s) / Question de recherche	Examiner le processus interprétatif dans les soins infirmiers en santé mentale en posant les questions suivantes : Qu'est ce que les infirmières cliniciennes spécialistes en santé mentale (CNS) entendent par comportement d'un client difficile ? Comment se sentent-elles de travailler avec des clients difficiles ? Par quelles manières répondent-elles aux comportements de clients difficiles ? Comment est-ce que leur compréhension du comportement du client difficile a changé avec le temps ?
Echantillon	12 infirmières cliniciennes spécialistes en santé mentale (CNS), travaillant avec des clients du secteur ambulatoire, dans l'Etat de New York. Tous les participants sont des femmes, âgées entre 31 et 58 ans. Elles ont toutes un Master et deux d'entre elles ont un doctorat. Leur expérience en santé mentale, dans le secteur ambulatoire, date de 1 à 16 ans.
Méthode	<ul style="list-style-type: none"> • Collecte des données : interviews • Traitement des données : l'analyse des données suit le guideline de Glaser (1992). • Cadre de référence : « Symbolic interactionism » processus construisant le sens qui guide l'action individuelle. L'être humain répond à autrui sur la base d'un processus interprétatif où le sens est produit, analysé et appliqué.
Résultats	<p>EVOLVING MEANING MODEL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal Meaning Cette catégorie inclut les éléments de l'histoire de l'infirmière ainsi que l'établissement de ses limites. L'infirmière réagit au comportement du client en fonction de sa propre histoire. Etablir des limites, est important pour les participantes. En effet, cela permet de prendre de la distance et de se protéger contre d'éventuelles blessures psychiques. • Clinical Thinking/Personal Feelings Le jugement clinique implique un diagnostic. Les patients avec des troubles de la personnalité par exemple sont reconnus comme clients difficiles. Les participantes décrivent des comportements de clients qu'elles trouvent particulièrement problématiques. Un grand nombre d'entre elles évoquent le fait de se faire harceler par certains clients en-dehors du travail ou même de se faire

	<p>menacer. Aux yeux des participantes, les comportements manipulateurs, criminels ou suicidaires font aussi partis des caractéristiques comportementales d'un client difficile.</p> <p>Les sentiments sont étroitement liés au jugement clinique. Les CNS décrivent une multitude de sentiments qu'elles peuvent avoir lorsqu'elles interagissent avec un client difficile : anxiété, peur, frustration, impuissance, colère, culpabilité, etc...</p> <ul style="list-style-type: none"> Negotiating Meaning Le « negotiating meaning » résulte du jugement clinique et des sentiments. Il permet de réagir aux comportements des clients difficiles. Les participantes décrivent des stratégies pour travailler avec ces patients difficiles : <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Planning ahead</i> (planifier d'avance) : anticiper afin d'éviter des problèmes dans une future rencontre thérapeutique. Une infirmière raconte avoir écrit une lettre à son client lui expliquant que son comportement ne sera plus toléré et que s'il continue à faire des menaces, elle arrêtera de la soigner. 2. <i>Exploring Meaning</i> (examiner le sens) : demander les sentiments du client et mettre en évidence le sens. Une infirmière dit : « tout signifie quelque chose, tout arrive pour une raison... Si tu ne comprends pas le sens, tu dois aller travailler ailleurs... ». 3. <i>Setting of limits</i> (poser des limites) : lorsque le client devient trop intrusif, il devient important de clarifier son rôle. Une participante raconte une confrontation qu'elle a eue avec un client. Elle lui a dit : « Je ne peux pas t'aider si je me sens menacée par toi... » 4. <i>Seeking support</i> (recherche de soutien) : il arrive que l'infirmière CNS demande du soutien chez les autres, soit de manière directe (pendant l'entretien) soit ultérieurement (remettre le client dans les mains de quelqu'un d'autre). <p>Ces techniques de négociation, à l'inverse d'utiliser le pouvoir, diminuent le risque d'éclats de violence (Harris & Morrisson, 1995).</p> <ul style="list-style-type: none"> Enhancing experience Il s'agit de l'expansion de l'expérience personnelle et clinique des CNS. Les participantes la décrivent comme étant le résultat de leur travail thérapeutique avec leurs clients. Des interventions avec des clients difficiles qui se terminent par un succès, favorisent une meilleure confiance en soi et plus de compétences pour interpréter le comportement du client. Une participante décrit le
--	---

	<p>« enhancing experience » ainsi : « Tu apprends des livres et de tes mentors mais tu apprends aussi des patients... Je crois que tous mes patients m'ont appris des choses. Je suis ouverte à eux. »</p> <ul style="list-style-type: none"> Illuminating Meaning <p>Si l'infirmière se sent bloquée, si ses émotions heurtent ses capacités d'adopter une attitude thérapeutique, elle va alors chercher du soutien/de l'aide dans la phase du « illuminating meaning ». Ce sont des démarches individuelles qui permettent de prendre soin de soi. Elles visent à prévenir le burn-out et à garder l'intérêt au travail.</p> <p>Le <i>Going In</i> est un travail interpersonnel qui passe par l'introspection et se définit par le fait de prendre du temps pour soi afin de comprendre ses propres sentiments. L'humour est, par exemple, une stratégie du <i>Going in</i>. Une participante raconte que de se retrouver seule et de jouer au piano est une stratégie qui lui permet de réfléchir et de refaire le plein d'énergie.</p> <p>La deuxième stratégie, le <i>Going Out</i>, est une recherche de la compréhension de soi passant par la relation aux autres. Cela est accompli, par exemple, par des cours, le mentorat ou la supervision clinique.</p> <p>Toutes les participantes ont souligné l'importance d'une bonne supervision incluant la validation, le « Insight » (psychologie : rendre conscient l'inconscient) et un système de soutien. Le système de soutien permet d'aider les infirmières venant d'un autre setting, à se familiariser avec certains aspects éthiques ou légaux.</p> <p>Une participante explique ce que signifie, pour elle, une bonne supervision avec un superviseur compétent. « Ce n'est pas juste une personne qui dit : « je suis désolé que tu te sentes si frustrée... », mais quelqu'un qui peut offrir une idée ou des suggestions tout en validant mes sentiments et qui a des connaissances en psychothérapie. »</p> Evolving Meaning <p>Ce processus représente le changement d'interprétations avec le temps, basé sur l'expérience et la compréhension.</p> <p>Dans cette étude, le travail entre l'infirmière et le client est présenté dans un contexte avec des facteurs de macrosystème. Des décisions au niveau social, politique et économiques, ont été reconnues comme ayant un impact sur la pratique des CNS. Par exemple, pour des raisons de</p>
--	---

	réductions budgétaires, il a été décidé des types de traitement qui seraient remboursés. Certaines décisions (politiques) ont amené à diminuer le personnel dans les services, ce qui a mis beaucoup de pression sur les professionnels restants.
Discussion / Perspectives	<ul style="list-style-type: none"> • Un résultat surprenant de cette étude est le comportement intrusif de certains clients, incluant le harcèlement des infirmières et des membres de leur famille. • L'importance de la supervision a été soulignée. Il est essentiel de développer des programmes de cours pour développer les compétences des superviseurs. Les infirmières sont souvent confrontées au même dilemme éthique. L'autonomie du patient doit être respectée tout en gardant les responsabilités des CNS. • L'étude met en évidence le processus de la relation infirmière-client. La relation est perçue comme étant interactive et le comportement difficile du client est vu dans le contexte de la relation. La thérapie comprend une construction commune du sens entre le thérapeute et le client. Des clients difficiles ont été reconnus comme ceux dont la relation avec la CNS devient problématique. Une capacité d'être flexible et de voir le problème depuis le point de vue du patient doit pouvoir réduire les difficultés rencontrées dans la thérapie. <p>Recommandations pour de futures recherches</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyser les interprétations des CNS de sexe masculin sur les comportements des clients difficiles. • Identifier les questions éthiques et légales dans la pratique des CNS. • Explorer l'impact, dans la pratique, de modèles pour la gestion des soins (« managed care models »). • Analyser les comportements de harcèlement que peuvent avoir les clients (soignés en santé mentale) sur les thérapeutes.
Aspects éthiques	Aucune donnée ne figure dans cette étude au sujet du respect des principes éthiques.
Commentaires personnels	Cette étude met en évidence l'importance de la relation infirmière - client, définie comme un processus interactif. L'analyse des données s'appuie sur le cadre de référence "Symbolic interactionism"; mettant le client et l'infirmière au même niveau: celui de l'être humain. Cette recherche évite ainsi un certain jugement du patient difficile et reste tout à fait objective, ce qui est essentiel.

	<p>Le schéma du modèle "Evolving Meaning" (évolution du sens) permet une meilleure compréhension de celui-ci.</p> <p>Il est regrettable de ne pas avoir plus d'informations quant au recueil de données. Par exemple, l'auteure ne décrit pas la manière de procéder aux interviews (durée, lieu, type d'interview, etc...)</p>
--	---

Numéro de la grille	3
Réf. bibliographique	Breeze, J.A. & Repper, J. (1998). Struggling for control : the care experiences of « difficult » patients in mental health services. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 28, 1301–1311.
Pays	Angleterre
Type d'étude	Etude qualitative, théorie ancrée (+ revue de littérature)
But(s) / Question de recherche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier les patients définis comme difficiles (les caractéristiques). 2. Analyser l'expérience des soins pour ces patients. 3. Développer une compréhension de la relation difficile entre patient et infirmière qui pourrait suggérer une approche thérapeutique appropriée et acceptable pour le patient ainsi que pour l'infirmière.
Echantillon	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} partie de la recherche : 9 infirmières de la santé mentale, avec diverses expériences, venant de 4 services aigus d'admission forment un groupe-cible. (afin de confirmer les thèmes ressortis de la revue de littérature et d'avoir leurs avis/réflexions sur les « patients difficiles ») • 2^{ème} partie de la recherche : 6 patients correspondant aux critères du « patient difficile » (tableau 2). (une liste avec 17 « patients difficiles » avait été élaborée par des infirmières travaillant dans des services aigus d'admission. 6 patients ont été retenus)
Méthode	<p>(Ceci concerne la 2^{ème} partie de la recherche. Il n'y a aucune indication quant à la 1^{ère} partie.)</p> <p>Collecte des données : interviews non structurées, durée : environ 40 minutes. (centrées sur trois thèmes : perception des besoins des soins en santé mentale ; interventions efficaces /inefficaces ; implication dans le plan de soins).</p> <p>Traitement des données : Analyse des données à l'aide de la méthode de Burnard, adaptée à partir de Glaser et Strauss, une approche de la théorie ancrée, dont le but est de produire un enregistrement détaillé et systématique des thèmes et des résultats qui ressortent des interviews qualitatives.</p> <p>Cadre de référence : les concepts de « power over » (capacité à exercer le contrôle) et de « power to » (capacité à agir de manière efficace).</p>
Résultats	<p>1. Avis/réflexions des infirmières (groupe-cible) sur les « patients difficiles »</p> <p>Les avis et réflexions des infirmières confirment les résultats de la revue de littérature. Violence, automutilation et comportement perturbateur apparaissent être les caractéristiques les plus communes chez les « patients difficiles ». Ces caractéristiques (tableau 1) ont formé la base des critères d'inclusion pour la sélection des participants.</p>

	<p>Les patients sont rapidement définis de « difficiles » lorsqu'ils menacent les compétences et le contrôle des infirmières. « Les infirmières devraient guérir tous les patients et connaître tout ce qui pourrait aider les patients à aller mieux... Alors, les patients qui ne cherchent pas ou n'acceptent pas l'aide qui leur est offerte, frustreront beaucoup les infirmières... »</p> <p>Les infirmières sentent plus de difficultés à prendre en charge ces patients lorsque le personnel est en petit nombre car ils demandent beaucoup de temps. La pression organisationnelle de devoir « faire bouger les patients » rapidement sur le service, crée également de la frustration chez les infirmières. « On essaie de gérer au mieux en résolvant les choses en peu de temps car si ce n'est pas résolu, le problème passera dans les mains de quelqu'un d'autre. » Pourtant, les infirmières de ce groupe-cible s'accordent à dire qu'il n'y a souvent aucun endroit où elles peuvent transférer ces patients. Souvent, ils se retrouvent placés en admission car les autres services ne peuvent pas faire face aux comportements de ces patients.</p> <p>2. Points de vue des patients</p> <p>Tous les patients, sans exception, ont ressenti n'avoir aucun contrôle dans les soins qui leur sont prodigués (ex : ils sont forcés de coopérer avec le soin/le traitement) ainsi que dans la liberté de mouvement (ex : permission de sortir du service pour faire une promenade). Ils décrivent la réduction de liberté comme une source de conflits avec les infirmières. Devoir rester dans le service, est ressenti comme étant oppressif. L'observation spéciale (prévention de l'automutilation) donne un sentiment de claustrophobie.</p> <p>Ils se sentent parfois obligés de changer leur comportement (accepter de prendre une médication) soit au moyen de persuasion (« come on, take it ! ») ou par la menace (transfert dans un service fermé). L'organisation du travail ou les ressources de l'équipe ont aussi une influence sur le comportement (ex : demandes du patient refusées).</p> <p>Tous les patients sentent qu'ils n'ont pas leur mot à dire dans les soins qui leur sont prodigués. Le plan de soins est déjà élaboré et leur est juste présenté. Il est souvent jugé par les patients comme n'étant pas réalisable. L'opinion du patient est souvent ignorée. L'avis de l'équipe soignante prend la priorité sur l'avis du patient.</p> <p>Ils ont rarement la permission d'aller faire un tour à l'extérieur, malgré leur assurance de ne pas fuir ou de ne pas se faire du mal. Ils ressentent un manque de confiance de la part des infirmières. Leur problème de santé mentale est rarement abordé avec eux. Les six patients se sentent être contrôlés</p>
--	--

	<p>(avec énervement), ce qui mène souvent à des luttes pour le contrôle. Ces luttes sont manifestes (violence, automutilation, fuite) ou non manifestes (refus de répondre à des questions, comportements bannis).</p> <p>Les interventions infirmières peuvent avoir des effets positifs ou négatifs sur le vécu du patient. Les patients identifient une bonne relation avec une infirmière qui est serviable. Cette bonne relation est possible si l'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> • se montre chaleureuse • traite le patient avec respect • valorise la personne (le patient) • permet au patient d'avoir un contrôle signifiant sur les soins qui lui sont prodigués (ex: développer avec lui un plan de soins réaliste et approprié, écouter et croire le patient). Ces caractéristiques peuvent faire partie du "empowerment". <p>Le temps est un aspect important du soin (prendre le temps de faire une ballade avec le patient, être disponible). Les interventions infirmières moins contrôlées ont un effet positif sur les comportements des patients (moins de violence, d'automutilation, ...)</p>
Discussion / Perspectives	<ul style="list-style-type: none"> • compétence & contrôle: Les patients sont définis comme difficiles quand ils menacent les compétences et le contrôle des infirmières. • deux concepts importants relatifs aux théories du pouvoir: power over (exercice du pouvoir) et power to (capacité d'agir). • la théorie de Parsons : "sick role" (rôle du malade) implique des droits/obligations au malade/soignant). Les patients difficiles sont réticents à accepter le pouvoir "légitime" des professionnels, ce que va engendrer une lutte pour obtenir le contrôle. • la théorie de Lukes : "Radical view" comporte trois vues. La vue unidimensionnelle implique un conflit direct et observable concernant les intérêts des acteurs impliqués. La vue bidimensionnelle implique des conflits manifestes ou non-manifestes. La vue tridimensionnelle désigne le pouvoir pouvant s'exercer sans signe de conflit (ex : manipulation des désirs). Les patients affectés par la 1^{ère} et 2^{ème} dimension (conflits manifestes) seraient amenés à être définis comme patients difficiles. • Empowering the patient - power to : redonner du contrôle au patient, amener du soutien est considéré comme positif par le patient.

	<ul style="list-style-type: none"> • Empowerment & Nursing: une condition nécessaire pour l'empowerment est d'abandonner le besoin de contrôle. Certains éléments importants (Hawkes) qui favorisent l'empowerment sont: la confiance, les connaissances, les compétences de communication, le caring, le respect et la courtoisie. La littérature identifie un manque de respect et de souci pour ce groupe de patients. Les infirmières attribueraient souvent le refus de traitement à leur propre échec thérapeutique, ce qui a pour conséquence la prise de distance. • Perkins et Repper: identifient une approche appropriée pour les gens qui ont un comportement "challenging" --> non-contingent TLC (tender loving care) (Tableau 3). • Perspectives Recherches sur l'efficacité de l'intervention non-contingent TLC sur les comportements difficiles.
Aspects éthiques	Les auteurs ont reçu un accord d'un comité d'éthique. Un consentement écrit de chaque patient a été obtenu. Il est mentionné, dans l'étude, que les patients n'ont pas reçu l'information qu'ils étaient sélectionnés à cause de leurs caractéristiques « patient difficile », afin de ne pas mettre en danger l'alliance thérapeutique qu'ils entretiennent avec les infirmières du service.
Commentaires personnels	S'intéresser aux besoins des patients difficiles en leur donnant la parole permet d'avoir un autre regard sur le sujet. Il permet une prise de conscience quant aux difficultés que ressentent également ces patients, mais aussi une remise en question de la qualité des soins prodigués à ces patients. Les différentes théories relatives au pouvoir qui sont exposées dans les résultats, sont mises en lien avec le patient difficile. Notamment, la théorie de Parsons (« sick role ») permet une meilleure compréhension du phénomène. L'approche TLC de Perkins et Repper, bien qu'elle ait l'air intéressante, paraît un peu utopique et difficile à mettre en pratique ; elle s'apparente plus à un idéal. Il manque certaines informations quant aux caractéristiques des infirmières choisies pour le groupe-cible ainsi que sur le déroulement du recueil des données chez ces dernières.

Numéro de la grille	4
Réf. bibliographique	Fallon, P. (2003). Travelling through the sytem : the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 10, 393–400.
Pays	Angleterre
Type d'étude	Étude qualitative, théorie ancrée
But(s) / Question de recherche	<p>Comment est-ce que les patients souffrant du trouble de la personnalité borderline (TPB) vivent le contact avec les services de santé mentale ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyser les expériences vécues des participants (leurs contacts avec les services psychiatriques). • Décrire l'impact qu'ont les modalités du service sur les patients avec TPB. • Utiliser la perspective du patient avec TPB pour discuter du rôle et de la fonction perçus des prestations du service de santé mentale pour les individus avec TPB.
Echantillon	7 participants ont été recrutés via leur consultant psychiatrique dans différents settings en santé mentale. 4 participants sont des femmes et 3 sont des hommes. Leur âge varie entre 25 et 45 ans.
Méthode	<p>Le recueil et l'analyse des données ont suivi le modèle de Corbin & Strauss (1990)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collecte des données Les interviews individuelles, non structurées ont duré maximum 1 heure. Elles ont eu lieu dans le lieu choisi par le participant. • Analyse des données Les interviews ont été retranscrites et analysées « ligne par ligne ». Tous les éléments ressortis des données ont été comparés entre eux. Les concepts ayant des caractéristiques communes, ont été classés dans des catégories. Des liens ont été faits entre les catégories et sous-catégories.
Résultats	<p>Quatre catégories (et sous-catégories) ont émergé des données analysées : « living with BPD », « the service response », « relationships », « travelling through the system ». (voir tableaux)</p> <p>1. « living with BPD » (vivre avec TPB) Cette catégorie décrit, dans un premier temps, la manière dont les participants vivent leurs émotions/sentiments de détresse et dans un deuxième temps, les stratégies qu'ils utilisent pour gérer cette détresse. Tous les participants verbalisent des sentiments de désespoir et de dépression. Ils ont</p>

	<p>tous eu recours à l'automutilation. Cinq d'entre eux (un homme et les quatre femmes) continuent à s'automutiler. L'automutilation est décrite par les participants, comme un geste impulsif mais aussi, comme une forme de libération de sentiments croissants de frustration, de colère et de tension. Un concept émerge de cette catégorie ; celui de la réticence des professionnels à communiquer le diagnostic aux patients. Cela reflète la connotation négative que les professionnels font par rapport au trouble de la personnalité borderline (TPB). Les participants quant à eux, trouvent que malgré la stigmatisation et les attitudes négatives des professionnels, le fait « d'avoir une étiquette » les aide à comprendre leurs sentiments et comportements.</p> <p>Les idées paranoïaques constituent un thème commun pour tous les participants. De ces idées, résultent de l'anxiété ainsi qu'un effet négatif sur la vie sociale des individus avec TPB. Ils vivent des émotions fortes (panique) et adoptent des stratégies d'évitement (places publiques, personnes inconnues). Les personnes inconnues leur amènent de la peur et de la méfiance.</p> <p>2. « the service response » (la réaction/réponse du service)</p> <p>Cette catégorie englobe deux sous-catégories distinctes : « seeking help » (chercher de l'aide) et « service responses » (réactions du service).</p> <ul style="list-style-type: none"> <p><i>Seeking help</i></p> <p>C'est au moment d'un épisode de crise, associé à une perte du contrôle émotionnel, que les individus avec TPB vont rechercher de l'aide. La nature impulsive du geste d'automutilation exclut des stratégies préventives. Cependant, si les individus ne cherchent pas d'aide après s'être automutilés (ce qui arrive souvent), ce n'est pas uniquement à cause du niveau de gravité du geste mais surtout à cause de l'aide potentielle qu'ils pourraient recevoir.</p> <p>La qualité des relations individuelles chez un professionnel constitue un élément important pour choisir la personne avec qui le patient prendra contact en premier. Tous les participants s'accordent à dire que les psychiatres qui ne les connaissent pas, ont de la difficulté à évaluer leurs besoins et rendent l'admission à l'hôpital difficile. Les infirmières à domicile (spécialisées en santé mentale) ont été identifiées comme plus flexibles et accessibles que les autres professionnels.</p> <p>Les services d'urgence sont souvent fréquentés par les participants, malgré les nombreuses mauvaises expériences qu'ils ont pu faire (attitudes négatives de la part des équipe infirmière/médicale). Des sentiments d'isolement apparaissent lorsque l'équipe (soignante) est</p>
--	---

	<p>perçue comme étant peu disponible. L'accessibilité des soins ainsi que la flexibilité de l'équipe soignante apparaissent être essentiels pour les participants.</p> <ul style="list-style-type: none"> <p><i>Service responses</i></p> <p>Les participants ont souvent ressenti des attitudes négatives de la part des professionnels (surtout dans les services d'urgence). Il en résulte un sentiment de ne pas être digne ou de ne pas mériter les soins. Un participant imagine ce que les professionnels peuvent penser lorsqu'ils adoptent ladite attitude négative : « Oh mon Dieu ! Il joue la comédie ! »</p> <p>Lorsque les infirmières sont confrontées aux problèmes émotionnels profondément inquiétants des patients avec TPB, elles ont tendance à conseiller les patients à aller chercher de l'aide ailleurs, chez un spécialiste. Les participants soulignent que ce qu'ils cherchent, n'est pas une thérapie mais quelqu'un qui prenne le temps de les écouter et de les soutenir.</p> <p>Les participants mettent en évidence l'efficacité du service à « prendre le contrôle » lorsque ceux-ci perdent le contrôle d'eux-mêmes. Cependant, ils se sentent énervés lorsqu'il y a trop de restrictions sur leur liberté ou lorsque les services leur ôtent trop de d'indépendance. Ils craignent de perdre le contrôle de leurs émotions et décrivent un sentiment de sécurité lorsque ces émotions sont contenues. L'existence d'une équipe ainsi qu'une bonne relation thérapeutique ont été identifiées comme étant des éléments essentiels pour le « containment » (le fait de contenir les émotions des patients).</p> <p>La plupart des participants trouvent que les prestations offertes dans les services se sont améliorées ces derniers temps, surtout depuis la mise en œuvre du programme des soins CPA* (depuis 1991). Ils mettent en évidence une meilleure communication entre les membres de l'équipe ainsi qu'une meilleure intégration du patient dans le processus des soins.</p> <p>3. « relationships » (relations)</p> <p>La relation aux autres est perçue, par tous les participants, comme l'élément de soutien le plus important dans leur vie. Les qualités qui ont facilité des relations durables ont été démontrées par des gens qui étaient calmes, patients, connaissances, flexible, empathique et montrant de l'intérêt pour les patients. Après avoir tous connu des attitudes négatives, les participants sont devenus plus sensibles à l'attitude moralisatrice. Les personnes qui ont été « droites » avec eux et su fixer des limites précises, sans être punitives ou jugeantes, ont été identifiées comme des personnes à qui, ils</p>
--	--

	<p>pourraient oser faire confiance. Aux yeux des participants, tous les professionnels ; des psychiatres consultants aux infirmières auxiliaires, peuvent posséder ces compétences.</p> <p>Un des participants pense que le fait d'avoir un partenaire constitue, pour lui, le seul élément qui le protège du suicide.</p> <p>4. « travelling through the system » (voyager à travers le système)</p> <p>Il s'agit de la catégorie principale qui a émergé dans l'analyse des données. Les sept participants ont décrit leur contact avec les services psychiatriques comme un voyage à travers le système de santé mentale.</p> <p>La première expérience, pour tous les participants, est le processus de mouvement dans le système de santé mentale où ils rencontrent une variété de professionnels.</p> <p>Les participants estiment ce processus productif, lorsqu'il y a de la place pour la négociation (entre professionnel – patient) et pour autant qu'ils connaissent le rôle de chaque personne (professionnel) avec qui, ils sont en contact.</p> <p>Les participants soulignent l'importance d'un contact soutenu pour établir des relations « productives ».</p>
Discussion / Perspectives	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes avec TPB perçoivent leur contact avec les services psychiatriques comme un voyage à travers les différents services du système. Ce voyage peut être vu comme un processus de mouvements entre les différents settings de soins et les niveaux d'indépendance. Ce processus implique du progrès et de la régression. • Malgré les idées paranoïaques et la méfiance à l'égard des personnes inconnues, la thérapie de groupe pour les patients avec TPB, permet d'avoir des résultats positifs. • Faire confiance aux autres gens, est difficile pour tous les participants. De plus, les abus durant l'enfance (fréquents chez les individus avec TPB) ainsi que la mauvaise estime de soi, rendent difficiles l'établissement et le maintien de relation pour cette population. • Être conscient que les histoires d'abus peuvent causer ces comportements perturbateurs peut prévenir le développement d'attitudes négatives. • De brefs contacts à court terme permettent de contenir les émotions de détresse lors de crise. Cela implique un rôle essentiel pour l'équipe infirmière car elle possède les habiletés de communication nécessaires pour fournir une gamme de contacts de soutien. • L'automutilation ne permet pas d'attirer l'attention chez les professionnels et ce geste est fortement associé aux patients difficiles. Un sentiment d'isolation sociale, une mauvaise estime de

	<p>soi ainsi que de la culpabilité résultent de l'automutilation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une approche d'équipe pour les patients avec TPB, incluant des discussions régulières sur les interventions, a été suggérée pour prévenir l'effet de clivage de l'équipe ainsi que des soins inefficaces. • L'équipe infirmière a un rôle important à jouer en établissant, dans différents settings, des « relations contenantantes » avec les patients avec TPB. Le personnel infirmier devrait prendre conscience qu'il existe d'autres alternatives et pas uniquement les tâches basiques (comme par exemple, donner des médicaments). • Les services devraient se développer en devenant plus flexibles et accessibles pour les besoins de cette population.
Aspects éthiques	<p>L'auteur a reçu l'accord d'un comité d'éthique pour effectuer cette étude. Dans l'article, il est mentionné que les participants ont été informés quant au déroulement et aux buts de l'étude. Il a été rappelé aux participants qu'ils avaient le droit de quitter l'interview à tout moment.</p>
Commentaires personnels	<p>L'étude, de manière générale, est bien construite. Dans l'introduction, l'auteur met en évidence la difficulté à prendre soin de ces patients et les émotions de contre-transfert qui en découlent. Les points de vue des participants apportent certains éléments intéressants. Par exemple, le thème de la relation apparaît être la chose la plus essentielle pour les participants. L'auteur souligne le rôle essentiel de l'infirmière dans ce contexte. Cependant, il est dommage de ne pas faire plus profiter le lecteur des interviews des participants. Plus de citations directes permettraient de « mettre plus de poids » sur les résultats.</p> <p>* CPA a été introduit en Angleterre, le 1^{er} avril 1991. Ce programme s'adresse aux personnes ayant une maladie mentale et traitées dans des services psychiatriques. Il exige que les responsables de la santé, en collaboration avec les ministères des services sociaux, mettent en place les modalités définies pour les soins et le traitement des malades mentaux dans la communauté (Care Programme Approach Association, s.d.).</p>

Numéro de la grille	5
Réf.bibliographique	Koekkoek, B., van Meijel, B., van Ommen, J., Pennings, R., Kaasenbrood, A., Hutschemaekers, G. & Schene, A. (2010). Ambivalent connections : a qualitative study of the care experiences of non-psychotic chronic patients who are perceived as « difficult » by professionals. <i>BMC Psychiatry</i> , 10, 96.
Pays	Pays-Bas
Type d'étude	Etude qualitative, théorie ancrée
But(s) / Question de recherche	<p>Améliorer la compréhension de la relation entre les patients (perçus comme « difficiles ») et les professionnels.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quelles difficultés rencontrent les patients (difficiles) avec les cliniciens psychiatriques ? 2. Comment peut-on expliquer ces difficultés ? 3. Quels changements doivent être faits pour diminuer ces difficultés ?
Echantillon	<p>21 patients (de l'ambulatoire) présentant un trouble sévère.</p> <p><u>Conditions d'inclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • recevoir des soins psychiatriques depuis au moins deux ans • avoir une lourde symptomatologie psychiatrique et peu de contact social • souffrir d'un trouble non-psychotique ou d'un trouble de la personnalité (réf : DSM). <p>Ces patients doivent être qualifiés de « difficiles » par les cliniciens et ils doivent avoir eu au moins un désagrément avec au moins deux soignants, au moins une fois pendant ces deux dernières années.</p>
Méthode	<ul style="list-style-type: none"> • Collecte des données : Les participants ont été interviewés de manière individuelle. L'interview commençait avec la question suivante : « Quels problèmes avez-vous rencontrés / rencontrez-vous avec les cliniciens ? ». Puis, il leur a été demandé de trouver de possibles explications à ces problèmes. Il a aussi été demandé aux participants de proposer des solutions à ces problèmes ou d'autres alternatives. Toutes les interviews ont été enregistrées et retranscrites. Les données significatives ont été traduites en anglais et intégrées dans cet article. • Analyse des données (progressive) : L'équipe de recherche s'est retrouvée cinq fois (pendant les interviews) pour analyser et codifier les interviews. Après onze interviews, un modèle théorique du processus des soins a été mis sur pieds et une catégorie centrale a été identifiée : « incongruous expectations and perceptions of need ». Ce modèle a été ensuite présenté à des participants et un feed-back leur a été demandé.

	<p>La finalisation du modèle s'est faite après la 21^{ème} interview. Les méthodes et les résultats ont été discutés avec des superviseurs externes.</p> <p>Cette analyse qualitative était guidée par six thèmes se référant à :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. les patients 2. les cliniciens 3. les services psychiatriques 4. le système social des patients 5. le contact entre professionnels et patients 6. le traitement des problèmes des patients par les cliniciens
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés perçues par les patients difficiles <p>1. Les patients décrivent des comportements qui peuvent être perçus comme difficiles par les professionnels (insulter, menacer, ne pas aller aux rendez-vous,...) Ils ont souvent l'impression que leurs attentes (explicites) ne sont pas du tout respectées. Ils ressentent le besoin d'être aidés mais ne savent pas ce qui pourrait être fait pour les aider. Les cliniciens quant à eux, dans des cas complexes, ne savent pas non plus ce qui pourrait être fait – ce qui finit par devenir une sorte d'impuissance mutuelle.</p> <p>2. La deuxième sorte de difficultés est celle qui est rencontrée dans les contacts patients-professionnels. Il manque aux patients du réel intérêt et de l'authenticité. Certains participants font le lien direct entre manque d'intérêt de la part du professionnel et comportement difficile du patient.</p> <p>Les caractéristiques des cliniciens désirées par les participants sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire office de leader en acceptant les responsabilités et mettre sur pied une suite claire de traitements • une évaluation correcte de leur état (une attitude compréhensive et empathique ne suffit pas) • une limitation d'un investissement personnel des cliniciens dans la relation ; les fortes émotions des cliniciens sont perçues comme source de difficultés potentielles • faire attention à ne pas interpréter les comportements difficiles comme dirigés contre eux personnellement. Ils veulent que les cliniciens soient plus neutres dans de tels cas et qu'ils comprennent que certains comportements des patients font partie du répertoire des patients

	<p>désemparés et qu'il l'évalue correctement comme ayant du sens et étant fonctionnel.</p> <p>3. Une autre catégorie de difficultés est celle qui est liée aux services psychiatriques. L'accès est gêné par toutes sortes de procédures organisationnelles complexes, comme peu de contact avec les cliniciens, une limitation des soins... Les participants remarquent également une attitude négative collective chez les cliniciens psychiatriques, amplifiée par la négation de caractéristiques positives chez les patients et d'un pessimisme par rapport aux chances de guérisons. Les participants déclarent que dans les services psychiatriques, les échecs des patients et les pathologies sont constamment mis en avant et en même temps ces comportements pathologiques (tentamen, automutilation,...) ne sont pas tolérés et peuvent être une raison de renvoi.</p> <ul style="list-style-type: none"> Explication pour les difficultés perçues : un manque de reconnaissance <p>Une approche strictement médicale n'a été approuvée par aucun des participants. Le traitement ne peut exister sans contact ! Pour certains ; recevoir un diagnostic signifie une reconnaissance de la sincérité de leurs problème et de leur souffrance. Pour d'autres, recevoir un diagnostic amplifie l'inégalité de l'interaction patient-professionnel. Beaucoup de cliniciens apparaissent être incapables d'identifier et de valider les besoins des patients. Plutôt que de tendre vers du « loving care » (tender loving care), les patients ressentent de la distance. Beaucoup ressentent une attitude des cliniciens « doctor know best » et n'ont pas envie qu'on leur dise à quoi devrait ressembler leur vie. Les patients se montrent très ambivalents par rapport au fait d'accepter de l'aide et de jouer le rôle du patient. S'ils se montrent autonomes et compétents, les cliniciens pensent qu'ils n'ont pas besoin d'aide. Par contre si le patient se montre ouvertement dépendant (ayant besoin d'aide), les cliniciens les voient comme des manipulateurs.</p> changements dans le contact patient-clinicien : l'utilisation de la « fenêtre thérapeutique » à travers les différentes étapes <p>Un modèle du processus de contact avec les différents comportements requis par étape a été créé. Dans chaque étape, il y a une fenêtre thérapeutique qui correspond au comportement optimal du clinicien, mais aussi deux espaces toxiques se trouvant en-dessus et en-dessous du de la fenêtre thérapeutique (correspondant aux comportements inadéquats du clinicien).</p>
--	--

	<p>Le modèle</p> <p>Les trois premières étapes concernent le contact.</p> <p>La 1^{ère} étape <i>acquaintance</i> est la connaissance. Le patient attend de l'intérêt de la part du professionnel dans cette étape. Un surinvestissement ou un désintérêt apparaissent dans la zone toxique.</p> <p>La 2^{ème} étape <i>clique/fit</i> est l'adaptation demande plus de rapprochement du professionnel. Une trop grande distance ou un rapprochement trop personnel ne sont pas adéquats.</p> <p>La 3^{ème} étape <i>true contact</i> est le contact vrai. Le professionnel doit reconnaître et comprendre le patient, aussi lorsque celui-ci est en souffrance.</p> <p>Les trois dernières étapes concernent le traitement.</p> <p>La 4^{ème} étape <i>mutual strategy</i> est un accord mutuel ; des buts et une stratégie de traitement doivent être en place. Le clinicien doit être actif et directif mais ça ne doit pas être trop rigide ni trop faible.</p> <p>La 5^{ème} étape <i>active help</i> est l'aide active. Le clinicien doit pouvoir prendre la responsabilité du bien-être de son patient et doit continuer à s'investir. Il ne doit pas avoir une attitude paternaliste.</p> <p>La 6^{ème} étape <i>continuation of fitting help</i> est la continuité à donner de l'aide. Les cliniciens doivent continuer à surveiller le processus des soins et à voir s'il y a de nouvelles difficultés dans le contact. Le clinicien doit montrer de la persévérance en se centrant sur les buts du traitement et en restant vigilant sur de possibles ruptures de contact. Une insistance trop rigide ou une négligence sont dans la zone toxique.</p>
Discussion / Perspectives	<p>Les difficultés des patients viennent d'une variété de caractéristiques présents chez les cliniciens et dans les services (désintérêt, idée générale négative...). Une lutte de pouvoir résulte de la divergence des attentes patient-clinicien. Cette lutte amène les cliniciens à définir les patients de difficiles.</p> <p>Un moment-clé se trouve entre la 3^{ème} et 4^{ème} étape ; il fait fonction de pivot et concerne la reconnaissance des patients comme des êtres humains sincèrement malades avec des qualités et des défauts.</p>
Aspects éthiques	<p>Les auteurs ont reçu un accord du Comité d'éthique pour faire cette étude. Un consentement a été obtenu chez chaque participant.</p>
Commentaires	<p>La perception qu'ont les patients difficiles sur les professionnels apporte beaucoup d'éléments</p>

personnels	intéressants et en lien avec le travail de Bachelor. Le modèle présenté dans cette étude est exposé de manière claire. L'utilisation de ce modèle paraît bénéfique pour l'aide qu'il apporte au clinicien. Le modèle permettrait de guider un peu le clinicien dans sa prise en soins. De plus, l'échantillon est constitué uniquement de patients, ce qui permet de mieux répondre à leurs besoins. Les auteurs mettent en évidence un moment-clé entre la 3 ^{ème} et 4 ^{ème} étape du modèle, celui de la reconnaissance de l'être humain qui souffre. Les auteurs soulèvent alors le point culminant de la thématique du travail de Bachelor.
-------------------	--

Numéro de la grille	6
Réf. bibliographique	Koekkoek, B., van Meijel B., Schene A. & Hutschemaekers G. (2010). Development of an intervention program to increase effective behaviours by patients and clinicians in psychiatric services: Intervention Mapping study. <i>BMC Health Services Research</i> , 10, 293.
Pays	Pays-Bas
Type d'étude	Etude mixte (+ revue de littérature)
But(s) / Question de recherche	Développer un programme d'interventions pour la gestion et la prévention des comportements inadéquats des patients non psychotiques hospitalisés à long-terme qui n'ont pas bénéficié auparavant d'un traitement préventif d'un clinicien.
Echantillon	6 infirmières et 2 psychiatres s'occupant de patients (sévérement atteints au niveau mental, psychotiques ou non), ont été sélectionnés pour une étude pilote du programme d'intervention. Cette communauté suit les critères suivants : Le service psychiatrique est représentatif ; mise en œuvre possible d'un nouveau programme dans le service ; accessibilité géographique pour les auteurs.
Méthode	<p>« Intervention Mapping » est une méthode permettant le développement, la mise en place et l'évaluation d'interventions de santé. Les étapes d'I.M. :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluation des besoins au moyen d'une revue de littérature scientifique dans le but d'analyser la population cible, les conditions environnementales et les déterminants de l'attitude vis-à-vis de la santé. 2. Mise en place d'objectifs pour le changement du comportement. 3. Des bases théoriques et empiriques évaluent les méthodes et les stratégies pour le changement de comportement. 4. Les méthodes et stratégies sont retranscrites dans une intervention organisée. 5. La mise en place et la durée de l'intervention sont planifiées. 6. Un plan d'évaluation est élaboré. <p>Les étapes 1 et 2 comprennent une revue de littérature. Les articles ont été cherchés en anglais, sur les banques de données : MEDLINE, CINHALL et PsycINFO (parus entre 1979 et 2004). Pour l'étape 3, les auteurs se sont rendus sur trois sites renommés, spécialisés dans trois domaines importants des troubles non psychotiques à long terme (troubles de l'humeur, dépendances aux substances, troubles de la personnalité). Ils ont pu recueillir des données concernant des possibles</p>

	<p>stratégies efficaces basées sur la pratique. L'étape 4 comprend une consultation de groupes d'experts. Avant la mise en place du programme d'interventions, celle-ci a été présentée, dans l'étape 5, à un chercheur (psychiatre) ainsi qu'à un autre psychiatre d'une équipe dans laquelle l'intervention serait mise en place. L'étape 6 comprend l'utilisation d'une étude mixte – pilote permettant d'évaluer le programme d'interventions.</p> <p>Cadre de référence : Generic Structure & Stage model</p>
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> Etape 1 « needs assessment » Aux USA, les troubles psychiatriques non psychotiques sont fréquents dans la population générale (28,8% : troubles anxieux, 19,1% troubles dépressifs, 14,6 % dépendances aux substances, 9,1% troubles de la personnalité). Ces chiffres sont comparables à ceux de la Hollande, du Royaume uni, d'Australie et d'autres pays de l'ouest. 28 % des patients ayant des troubles psychiatriques non psychotiques sont considérés comme étant « difficiles » par les cliniciens en psychiatrie. Les auteurs mettent en évidence trois types de comportements jugés comme étant « difficiles » 1. Présence de symptômes psychiatriques qui sont temporaires et changeant, ne permettant pas de faire un diagnostic clair pour débiter un traitement adapté. 2. Un comportement inhabituel de recherche d'aide, de dépendance et d'ambivalence qui est difficilement compris par les professionnels. 3. La présence de divers problèmes sociaux (chômage, éducation des enfants,...) que les patients considèrent comme étant des problèmes de santé mentale mais qui ne peuvent souvent pas être résolus par les professionnels. Des professionnels tendent à considérer les patients non-psychotiques à long terme comme étant responsables de leurs problèmes. Ils sont souvent ambivalents par rapport à la considération de ces patients comme étant malades chroniques mais aussi par rapport au renforcement de leur demande du « sick role » (le rôle du malade). Ces ambivalences peuvent causer des frictions dans la relation thérapeutique et ainsi définir ces patients non psychotiques comme « patients difficiles ». Analyse des déterminants comportementaux : Les difficultés sont souvent mises en lien avec des facteurs relatifs au patient (psychopathologie), pourtant il existe d'autres facteurs : 1. Relatif au professionnel (La volonté du professionnel à s'engager avec des patients hospitalisés à long terme). 2. Relatif à l'interaction (la qualité du contact patient- professionnel). 3. Relatif au système social. 4. Relatif aux soins en santé mentale (le soutien que reçoit le professionnel).

	<ul style="list-style-type: none"> Etape 2 « matrix of change objectives » Les comportements inadéquats sont causés par plusieurs déterminants relatifs ou non au patient. Les objectifs (de changement) doivent être appliqués au niveau du patient, du professionnel et du service. Etape 3 « theoretical methods and practical strategies » Le modèle, développé par Koekkoek, Hutschemaekers, van Meijel et Schene, démontre que « l'étiquette : patient difficile » est donné par les professionnels quand certaines caractéristiques du patient sont présentes et lorsqu'il y a une attribution causale aux comportements du patient. Le statut du patient difficile est souvent renforcé par le comportement du patient / du professionnel. Un manque de ressources dans le service de psychiatrie et dans le système social du patient influence de manière négative l'interaction patient- professionnel. Ce modèle se constitue de cinq étapes : 1. les caractéristiques du patient guident le professionnel à définir ou non le patient de « patient difficile » par rapport à son comportement (2). 3. Les cliniciens tendent à faire preuve de pessimisme et d'un investissement limité car ceux-ci, n'ayant pas les ressources pour traiter les patients non-psychotiques hospitalisés à long-terme, se sentent démoralisés. De plus, les patients ainsi que la population en général ont des hautes attentes par rapport à la guérison de ces patients. Tout cela amène à un traitement insuffisant ainsi qu'à blâmer le patient car celui-ci ne va pas mieux. 4. Le patient, confronté à cette attitude négative et pessimiste, finit par conclure que le professionnel n'a pas la volonté d'offrir de l'aide. Ce manque d'aide ressenti par le patient, renforce et amplifie le comportement et les problèmes initiaux. 5. Le patient et le professionnel ont chacun un comportement inadéquat ; ils entrent les deux dans un cercle vicieux. Etape 4 « Intervention » Le modèle développé ci-dessus ainsi que des méthodes pratiques ont été retranscrits dans un manuel d'intervention nommé : « Interpersonal Community Psychiatric Treatment ». Il a été conçu pour une utilisation dans les divers départements mais aussi pour les soins ambulatoires à long terme. Le programme d'intervention se centre sur cinq points essentiels : <ul style="list-style-type: none"> <i>Generic Structure</i> : Chaque entretien suit une seule et même structure. Les 5 premières minutes sont utilisées pour trouver un accord quant au planning des entretiens, les buts,
--	--

	<p>etc...Les 5 prochaines minutes servent à discuter de l'évolution depuis le dernier entretien. Les 25 à 30 minutes suivantes, les thèmes et les buts qui ont été agendés sont discutés et résumés. Les 5 dernières minutes sont utilisées pour remplir un document ; le patient écrit un feed-back et le clinicien rédige un rapport.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Stage Model</i> : il comprend trois étapes : 1. Optimisation de l'alliance 2. Clarification des tâches et des buts 3. Amélioration du fonctionnement personnel et social. Ce modèle aide les professionnels à structurer leur prise en charge et à utiliser différentes méthodes selon l'étape dans laquelle le patient et le clinicien se trouvent. • <i>Therapeutic methods per stage</i> : Dans la 1^{ère} étape (optimisation de l'alliance), les méthodes suggérées sont la « relationship management » et l'entretien motivationnel. Dans les deux méthodes, le clinicien doit être à l'écoute de son client et promouvoir son autonomie. La base de la 1^{ère} méthode est de ne pas faire de tort aux patients qui ne répondent pas de manière positive à l'aide active du clinicien. La seconde méthode s'appuie sur la recherche et le renforcement de l'ambivalence chez le patient. Dans la 2^{ème} étape, l'entretien motivationnel est à nouveau utilisé mais aussi complété par « shared decision making ». Cette méthode vient des soins de la santé physique ; elle permet de trouver un accord entre le patient et le professionnel au sujet d'une décision thérapeutique. Pour la 3^{ème} étape, le recours au « clinical case management » afin d'améliorer la situation sociale du patient. Pour les patients ayant des problèmes sociaux plus légers, la thérapie comportementale est aussi une possibilité car ceux-ci ressentent souvent de l'insatisfaction quant à leur situation interpersonnelle. • <i>Application of feedback forms</i> : Le clinicien et le patient remplissent un formulaire (une échelle « Session Rating Scale ») et s'informent mutuellement quant à la satisfaction/insatisfaction de l'alliance. Le clinicien écrit un rapport en mentionnant l'étape dans laquelle il se trouve ainsi que la méthode utilisée. Le patient écrit sa propre impression sur le contenu de l'entretien. Chacun a une part de responsabilité dans l'alliance ainsi que de leur participation/contribution dans l'entretien. • <i>Supervision</i> : Toutes les deux semaines, deux situations sont analysées (le « stage model » peut être utilisé par le superviseur). L'auteur recommande un protocole pour la supervision (développé en Hollande) qui se centre sur les sentiments du professionnel face au patient incapable d'améliorer son fonctionnement indépendant, incapable de résoudre ses problèmes sociaux mais aussi ayant de grandes attentes (espérant que le professionnel va prendre la responsabilité de ses demandes).
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> Etape 5 « Implementation » Six infirmières en psychiatrie, deux psychiatres, prenant en charge des patients (sévérement atteint au niveau mental, psychotiques ou non), ont été sélectionnés pour une étude pilote du programme d'intervention. (Cette communauté suit les critères suivants : Le service psychiatrique est représentatif ; mise en œuvre possible d'un nouveau programme dans le service ; accessibilité géographique pour les auteurs). L'équipe professionnelle a été préparée et informée avant la mise en œuvre du programme. L'équipe a aussi montré de la volonté à participer à des supervisions pendant la période de recherche. La mise en œuvre du programme s'est étendue sur trois jours d'entraînement avec des cours sur : la présentation théorique, les compétences sur la gestion de la relation, l'entretien motivationnel, les buts, le « case-management » et l'analyse comportementale. Les cours ont été donnés par le 1^{er} auteur et quatre autres personnes spécialisées dans les domaines. Le programme d'entraînement a été suivi par une supervision chaque deux semaine ainsi qu'un contact régulier avec le 1^{er} auteur. Etape 6 « Evaluation » Cette étude pilote va durer six mois. Une évaluation qualitative et quantitative va être faite après trois mois et six mois. L'évaluation quantitative inclut, au niveau du patient, des mesures de résultats (ex : qualité de vie) et des mesures du processus (ex : qualité de l'alliance thérapeutique). Elle inclut aussi, au niveau du professionnel, des mesures du processus (ex : satisfaction au travail) et des interviews qualitatives (pour évaluer la faisabilité et l'utilité de ce programme d'intervention). La satisfaction avec ces cours d'entraînement, le soutien, les supervisions,... sont aussi investiguées de manière qualitative (interviews) et quantitative (scores).
Discussion / Perspectives	<ul style="list-style-type: none"> Le comportement du patient est très influencé par le comportement du clinicien mais aussi de l'organisation des services. Le mécanisme de renforcement mutuel de comportements inadéquats est un phénomène important mais il est pourtant souvent peu reconnu. Les feed-backs donnés par le patient facilitent l'amélioration des soins. La coopération patient-professionnel et l'empowerment du patient sont des principes importants qui placent l'autonomie du patient dans le terrain d'entente. Le soutien au professionnel, par la supervision, est un élément essentiel pour améliorer la

	qualité et la coopération interprofessionnel.
Aspects éthiques	Un accord du Comité d'éthique a été obtenu. Tous les participants (patients) ont donné leur consentement pour participer à cette étude.
Commentaires personnels	Cette étude décrit chaque étape de manière très détaillée la manière de procéder pour la mise en œuvre d'un programme d'intervention afin de mieux prévenir / gérer les comportements inadéquats. L'objectivité du patient difficile est respectée ; les auteurs mettent le patient et le clinicien au même niveau. La manière de procéder aux feed-backs démontre l'importance de cette coopération entre patient – clinicien. Le comportement du soignant est aussi analysé et remis en cause. L'évaluation (étape 6) nous montre que les auteurs ciblent aussi bien la qualité des soins pour le patient que la satisfaction au travail du soignant, ce qui est un point très positif. La validité de ce modèle (ICPT) est assez fiable car celui-ci a été expérimenté par divers chercheurs, soignants et patients. Toutefois, certains aspects de l'étude sont spécifiques au système de santé hollandais.

Numéro de la grille	7
Réf. bibliographique	Ma, W.F., Shih, F.J., Hsiao, S.M., Shih, S.N., & Hayter M. (2009). « Caring Across Thorns » - Different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 18, 440-450.
Pays	Chine
Type d'étude	Etude qualitative descriptive et exploratrice
But(s) / Question de recherche	<p>Explorer les facteurs et les effets contribuant au processus de décision des infirmières sur les résultats des soins prodigués aux patients souffrant du trouble de la personnalité borderline (TPB). Identifier les perceptions des infirmières de la satisfaction ou de l'insatisfaction quant aux soins prodigués aux patients avec TPB.</p> <p>Les objectifs atteints devraient amener à une amélioration de la qualité des soins pour les patients avec TPB, mais aussi les compétences et la confiance des infirmières.</p>
Echantillon	15 participantes : les infirmières (que des femmes) ont été recrutées dans un centre de santé psychiatrique dans le nord de Taiwan. Ces 15 infirmières ont au moins trois ans d'expérience en santé mentale. Elles doivent avoir travaillé ces douze derniers mois avec des patients avec TPB.
Méthode	<ul style="list-style-type: none"> • Collecte des données : interviews semi-structurées (durée : 40 à 50 min) • Traitement des données : retranscrire les interviews, relire min. deux fois l'interview à la personne et enregistrer ses impressions et pensées, mettre en évidence des patterns dans chaque interview, créer un plan permettant d'examiner le travail, utiliser ce plan pour codifier les patterns utilisés dans le « decision making process » des infirmières, regrouper ces patterns en catégories et sous-catégories, les comparer en y faisant des liens, réexaminer les relations entre chaque interview, chercher des cas négatifs, faire un compte rendu, confirmer des données avec les participants si nécessaire. • Cadre de référence : « Two-stage care process » (processus de soins sur deux étapes)
Résultats	<p>Les évaluations des infirmières sur leurs expériences des soins font ressortir cinq thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Passer de la lune de miel à l'étape du chaos » Le début de la relation patient – infirmière est pacifique. Chacun essaie de donner une image positive d'une manière respectueuse. Cette étape ne dure qu'une courte période. Celle-ci est suivie par une étape chaotique où les patients démontrent des comportements perturbateurs tels que : manipulations des autres patients, insultes envers les infirmières, etc... Les infirmières éprouvent alors des sentiments négatifs et abandonnent leurs attentes positives quant aux résultats des soins.

	<ul style="list-style-type: none"> « Les attentes (des infirmières) positives versus les attentes négatives » Six infirmières affirment que des croyances positives quant aux résultats de la santé du client donnent du pouvoir à leur volonté afin de faire face aux défis et à interagir plus positivement avec leurs clients en les encourageant à être plus tolérantes. Neuf infirmières ont plus d'attentes négatives par rapport à l'évolution de la santé de leurs clients. Cinq d'entre elles croient que d'aider un patient avec TPB est une perte des ressources médicales. « La pratique de routine versus les soins infirmiers individualisés » Six infirmières affirment que leur pratique des soins infirmiers suit une routine et qu'elles se concentrent sur les besoins basiques du patient ainsi que de la sécurité. Une infirmière s'exprime ainsi : « Par mes expériences, prendre soin de ces patients est juste une perte de temps et d'argent. Je n'ai pas envie de comprendre ce qu'ils pensent. Nos efforts ne vont pas changer leur personnalité ou même leur maladie ». Neuf infirmières pensent que leur comportement est modifiable. En plus des soins routiniers, leurs interventions sont individualisées et s'appuient sur les caractéristiques de leurs patients. Une infirmière a voulu comprendre ce qu'il se passait dans l'esprit de sa patiente et a utilisé l'écriture (journal dans lequel la patiente répondait à des questions telles que : « Quel est mon rêve le plus cher ? » ; « Qu'est-ce que j'aimerais partager avec mon infirmière ? »...). « Soutien adéquat ou inadéquat des membres de l'équipe » Pour six infirmières, le succès de l'évolution de la santé des patients avec TPB dépend du soutien des membres de l'équipe. Ce soutien inclut des discussions et une collaboration pour le plan des soins des patients ainsi que d'un soutien émotionnel. Les infirmières expérimentées et avec une certaine satisfaction quant à leurs expériences des soins sont des « ressources aidantes actives ». Celles-ci amènent un environnement de travail et une culture de travail positifs. Les difficultés ressenties par ces infirmières étaient mieux gérées. Les infirmières ressentent moins de stress émotionnel ou physique. Une infirmière dit que parler avec une infirmière expérimentée l'a beaucoup aidée à apprendre sur la manière de prendre soin de ces patients. Une autre infirmière affirme avoir été encouragée, par un collègue senior, a exprimé ses ressentis négatifs au sein de l'équipe. Elle a pu ainsi retrouver ses forces. Neuf infirmières décrivent les difficultés à changer des opinions ou stéréotypes négatifs de leurs collègues. Celles-ci ne demandent parfois même pas de l'aide à leurs collègues.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • « Différences dans les résultats des soins » • <i>Satisfaction des expériences des soins</i> : Trois infirmières avaient des attentes négatives envers leurs patients mais celles-ci ont été soutenues et ont appris de leurs collègues (active helpers) qui avaient des expériences réussies. Ces infirmières pratiquent plus de stratégies individualisées et acquièrent toujours plus de satisfaction. Six infirmières disent avoir plus d'attentes positives. Elles essaient de pratiquer des soins plus individualisés, même pendant la phase chaotique. Trois d'entre elles prennent l'initiative de soutenir ou de chercher de l'aide chez les autres, même si les conditions de santé du patient ne se sont pas améliorées. • <i>Insatisfaction des expériences des soins</i> : Trois infirmières qui procèdent à des soins individualisés sans soutien de la part des membres de l'équipe, décrivent une insatisfaction de leurs expériences des soins avec les patients avec TPB. Elles se sentent blessées par leur comportement, leurs menaces et elles quittent alors le service. Toutefois, elles ressentent souvent des regrets et de la culpabilité et en sont même traumatisées. • <i>Relation superficielle avec les patients</i> : Les six infirmières entretenant une relation superficielle avec leurs patients l'expliquent par différentes causes : l'expérience négative avec d'autres patients avec TPB, la routine et un manque de soutien de l'équipe. <p>« A two-stage care process » (cadre de réf.) Les décisions quant aux soins sont influencées par deux facteurs : l'expérience propre de l'infirmière et leur environnement de travail. Dans la première étape, les attentes quant à l'évolution de la santé du patient, qui dépend de l'expérience de l'infirmière avec les patients TPB, influencent leur décision sur les soins. Cette première étape comprend les deux premiers thèmes. Dans la seconde étape du processus des soins, la routine ou les stratégies individualisées, avec ou sans soutien des autres membres de l'équipe, produit des résultats de satisfaction ou d'insatisfaction. Cette deuxième étape comprend les trois autres thèmes.</p>
Discussion / Perspectives	<p>Cette étude relève que des attitudes encourageantes des infirmières envers leurs clients avec TPB, leurs efforts pour promouvoir la santé des patients ainsi qu'un soutien actif des membres de l'équipe influencent de manière positive les résultats des soins prodigués à cette population difficile. Les infirmières devraient être conscientes que les résultats de leurs soins suivent un processus continu à deux étapes. Leurs décisions quant aux soins prodigués dépendent de leurs expériences avec les patients avec TPB ainsi que la manière de travailler avec les collègues. Le type de soins prodigués</p>

	<p>(individualisés ou de routine) ainsi que le soutien des autres membres de l'équipe influencent l'évolution des résultats des soins. Les infirmières expérimentées (active helpers) jouent un rôle important dans l'influence des expériences de soins des autres infirmières.</p> <p>L'attitude de l'infirmière à l'égard du client influence les résultats du traitement.</p> <p>Une équipe qui se soutient est un facteur clé dans l'efficacité des soins prodigués aux patients avec TPB. Un solide soutien de la part de l'équipe diminue l'épuisement professionnel dans un setting de santé mentale aigue.</p> <p>Les infirmières prenant soin de patients avec TPB ressentent moins de stress si elles ont la possibilité de partager leurs émotions et de demander de l'aide lorsqu'elles ont en besoin.</p> <p>Le fait d'avoir des résultats positifs quant aux soins prodigués aux patients avec TPB, améliore leur conception de soi mais contribue à leur désir de se réaliser.</p> <p>Etablir une alliance avec ces patients est l'aspect le plus important dans la satisfaction professionnelle.</p> <p>Certains patients avec TPB adoptent des comportements dérangeants envers les infirmières distantes (entretenant une relation superficielle) afin que celles-ci démontrent un peu d'intérêt à établir une relation avec ces patients.</p> <p>On suggère que les infirmières ne devraient pas tout de suite abandonner mais plutôt persister pour interagir de manière positive avec eux et développer des soins individualisés. Ces efforts devraient les amener à des résultats satisfaisants.</p> <p>Les infirmières sont également encouragées à établir des relations de soutien au sein de l'équipe et de se motiver afin de travailler pour des attentes positives de résultats ainsi que d'acquérir une meilleure compréhension des besoins de leurs clients mais aussi de développer des soins individualisés.</p>
Aspects éthiques	<p>L'accord d'un comité éthique a été obtenu. Le déroulement du projet a été expliqué aux participants. Ils ont été informés qu'ils pouvaient cesser de participer à cette étude à tout moment. Les données ont été détruites après avoir terminé cette étude pour préserver l'anonymat et la confidentialité. Chaque participant a donné son consentement.</p>
Commentaires personnels	<p>L'objectivité de cette étude par rapport au patient atteint du trouble de la personnalité borderline est respectée et appréciée. Les objectifs de cette étude sont d'améliorer la qualité des soins prodigués à ces patients, qui se définissent comme des patients difficiles, mais aussi d'augmenter la confiance et la compétence de l'infirmière. L'étude donne un aperçu complet du ressenti de l'infirmière à l'égard du patient avec TPB. Elle met en évidence des liens pertinents entre les attitudes des infirmières et les</p>

	<p>résultats des prises en soins.</p> <p>Toutefois, cette étude comprend certaines limites : réalisation de l'étude à Taiwan et petit échantillon (15 infirmières (de sexe féminin) d'une seule institution).</p>
--	---

Numéro de la grille	8
Réf. bibliographique	Koekkoek, B., Hutschemaekers, G., van Meijel, B. & Schene, A. (2011). How do patients come to be seen as « difficult »? : A mixed-methods study in community mental health care. <i>Social Science & Medicine</i> , 72, 504-512.
Pays	Pays-Bas
Type d'étude	Cette étude a été précédée par une revue de littérature et est constituée de quatre études (faites entre juin 2006 et octobre 2009) : une étude Delphi, une étude quantitative (enquête), une étude qualitative (théorie ancrée) et trois études de cas.
But(s) / Question de recherche	Comprendre comment certains patients sont perçus et catégorisés de « patient difficile » dans les soins en santé mentale.
Echantillon	Critères d'inclusion : Patients sévèrement malades mentaux mais n'ayant ni trouble psychotique, ni trouble bipolaire (selon DSM IV). Ils ont été depuis plus de deux ans dans un service de santé mentale. Ils ont un score à moins de 50 sur l'échelle de Global Assessment of Functioning (échelle de l'évaluation globale du fonctionnement).
Méthode	<ul style="list-style-type: none"> • Collecte des données • <u>1^{ère} étude : Delphi-study</u> : L'objectif étant de déterminer quels problèmes des experts de la santé mentale perçoivent en contact de patients chroniques non-psychotiques. Les experts sont des professionnels qui ont travaillé au moins trois ans avec ce groupe de patients et qui travaillent dans des centres d'expertise reconnus ou qui sont reconnus au niveau national par des publications. Les experts, pour cette étude, ont été regroupés trois sous-groupes et ont discuté des cas de patients chroniques non psychotiques. Ils ont identifié les problèmes pertinents et ont mis la priorité sur l'utilisation d'analyses de type qualitatif & quantitatif. • <u>2^{ème} étude : enquête au sein des professionnels en santé mentale</u> : L'objectif étant de déterminer les facteurs (variables sociales, traitement,...) qui font que les infirmières en psychiatrie mettent l'étiquette de « patient difficile » à certains patients chroniques non-psychotiques. Un questionnaire a été envoyé à 1946 infirmières en psychiatrie (en Hollande) qui sont particulièrement engagées dans le traitement au long-terme de patients sévèrement atteints. • <u>3^{ème} étude : théorie ancrée basée sur des interviews avec des « patients difficiles » qui font part de leur propre point de vue sur les soins en santé mentale</u> : L'objectif étant de mieux comprendre la difficulté du contact avec ces patients. 21 interviews ont été effectuées avec des patients identifiés par les professionnels de « patients difficiles ». • <u>4^{ème} étude : étude de cas de patients difficiles dans les soins en santé mentale</u> : L'objectif étant

	<p>d'analyser les processus des soins difficiles avec les patients chroniques non psychotiques en utilisant l'étude de trois cas de patients sélectionnés par les auteurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traitement des données : Comparaison des résultats de recherches des études susmentionnées. <p>De la 1^{ère} et 2^{ème} étude, les cinq problèmes les plus urgents en santé mentale, prenant en charge des patients chroniques non psychotiques, ont été identifiés. De la 3^{ème} étude, les cinq résultats les plus centraux ont été sélectionnés. Après l'étude – Delphi, cinq groupes de variables ont été reconnus : relatif au : patient / au professionnel / à l'interaction / aux soins en santé mentale / au système social. Les quatre études ont permis d'élaborer le modèle explicatif du « label » patient difficile.</p> <p>Cadre de référence : le « rôle du malade » de Parsons (sick role)</p>
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Utilisation du « label » (étiquette) difficile :</i> il est fréquemment utilisé tout au long de ces études. • <i>Comportements difficiles :</i> Les patients difficiles sont ceux qui présentent des symptômes se regroupant difficilement dans un diagnostic significatif. Ces patients présentent aussi un comportement interpersonnel difficile (violence, agressivité,...) ainsi que divers problèmes sociaux. Etonnement, ces comportements sont perçus comme étant « très difficiles » chez certains patients mais pas tous. • <i>Résultats différentiels (tableau 2) :</i> Les résultats des présentes études diffèrent selon les trois groupes intéressés : les patients, les professionnels et les experts. Les patients se voient comme des gens ayant besoin d'aide. Ils reprochent aux professionnels d'être trop pessimistes et pas assez compréhensifs. Les professionnels pensent que le pessimisme du professionnel et que le manque de soutien social du patient expliquent la difficulté. Quant aux experts, ils se concentrent plus sur la psychopathologie. Ils pensent aussi que le pessimisme du professionnel est un important facteur explicatif de la difficulté, spécialement pour certains diagnostics (ex : troubles de la personnalité) et pour des types de « help-seeking » (qui recherchent de l'aide). Ces derniers sont souvent mal vus par les professionnels. Les experts ajoutent que les patients et les professionnels façonnent leur comportement par rapport à la réponse de l'autre. Un exemple illustre cette explication : Un professionnel qui répond de manière

	<p>positive à un patient qui l'appelle à n'importe quelle heure et qui ne s'est pas rendu au rendez-vous prévu le jour-même, renforce ce comportement de « help-seeking ». Et si le professionnel pense que son patient ne peut pas s'adapter au fait qu'il ne soit pas toujours disponible pour lui, le comportement du « help-giving » (qui donne de l'aide) va se renforcer.</p> <p>Certains experts encouragent des programmes de traitement améliorés et plus structurés. D'ailleurs, les patients critiquent également un manque de structure dans les soins ainsi qu'une attitude générale négative dans les services de santé mentale.</p> <p>Les points de vue divergents peuvent être compris par les différents rôles qu'ont ces personnes. Bien que les patients et les professionnels soient les acteurs principaux dans la relation difficile, les experts ont une position plus distante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Intégration des résultats dans un modèle</i> : « Model of ineffective chronic illness behaviour and ineffective chronic professional behaviour ». Le modèle donne une explication interpersonnelle, sociale, individuelle et médicale aux cliniciens et aux chercheurs. Celui-ci sera utilisé pour concevoir un programme de traitement visant à prévenir « l'étiquetage » du patient difficile. Ce modèle va pouvoir générer des hypothèses, testées par les chercheurs. Le modèle met en évidence cinq étapes du processus depuis l'entrée du patient en traitement jusqu'au cercle vicieux des comportements inadéquats des patients et des professionnels. • 1^{ère} étape « initial problems, symptoms & behaviour » : variables amenant à un contact difficile (Tableau 1) • 2^{ème} étape « Professionals'appraisal » : Il s'agit du processus d'interprétation du comportement difficile. Quatre types d'attributions causales au comportement difficile ont été identifiés : <ul style="list-style-type: none"> • <u>Neurobiologique</u> : (ex : schizophrénie, troubles bipolaires). Le comportement est, dans ce cas, bien accepté. Le professionnel voit le patient comme n'ayant pas le contrôle sur son comportement et pouvant bénéficier des droits du « sick role » (rôle du malade) et de soins. • <u>Sociale</u> : Le comportement problématique peut être la conséquence d'inégalités socio-économiques. Des problèmes (chômage, conflits familiaux, comportement criminel...) sont considérés comme étant pathologiques si l'individu a un statut social élevé. Cependant, si l'individu a un bas statut social, le comportement n'est pas considéré comme étant pathologique.
--	---

	<p>Ces problèmes sociaux sont considérés comme étant de la responsabilité d'autres organismes ou de la société dans son ensemble (par exemple l'église, la charité ou de l'Etat). Cette attribution se traduira dans le pessimisme thérapeutique car les professionnels se sentent incapables d'aider ces patients de manière efficace.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Psychologique</u> : Le comportement difficile est perçu comme étant contrôlable et provenant de mauvaises capacités d'adaptation. Le patient est considéré comme étant en partie responsable du comportement. C'est souvent le cas chez les patients avec les troubles chroniques non psychotiques, les professionnels sont souvent ambivalents sur le patient et leur responsabilité propre au traitement. Ils peuvent se sentir entravés, frustrés et pas reconnus dans leurs compétences, ce qui entraîne facilement le rejet. • <u>Morale</u> : Le patient peut être considéré comme étant « mauvais » ou pire, son cas peut être jugé comme étant inadapté aux soins en santé mentale. <p>Certains comportements sont permis si le professionnel pense que l'origine est neurobiologique. Mais ce n'est pas le cas si le professionnel pense que la cause est psychologique. L'évaluation professionnelle diffère beaucoup selon les diagnostics. Les professionnels font preuve de plus de pessimisme lorsqu'il s'agit de patients avec des troubles chroniques non psychotiques et non spécifiés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3^{ème} étape « Professional behaviour » : Des réponses réelles de la part des professionnels résultent des attributions susmentionnées. La démoralisation et le rejet, ressentis par les professionnels, peuvent amener à une libération anticipée ou à un transfert du patient. Le plus souvent, les professionnels ont recours à un « traitement passif ». Les experts le décrivent comme une approche manquant généralement de structure, des objectifs et des actions bien définies. • 4^{ème} étape « Patients'appraisal » : Cette réponse professionnelle peut entraîner des patients à se sentir invisibles et sans précédent. Toutefois, en raison d'un soutien social limité, rester hospitalisé en santé mentale, constitue la moins mauvaise des alternatives. Ce paradoxe, entre mécontentement et le besoin de rester, se traduit par un comportement ambivalent qui peut être perçu comme un comportement difficile.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • 5^{ème} étape « Patient and professional behaviour » : Les comportements des professionnels et des patients les amènent à un cercle vicieux. Le patient est souvent remis en cause dans l'amplification de l'étiquette « patient difficile ». Les services de santé mentale donnent très peu de soutien pratique et théorique à leurs employés. La seule manière pour les professionnels de changer cette situation est de transférer le patient dans un autre service où le cercle vicieux recommencera avec d'autres professionnels.
Discussion / Perspectives	<ul style="list-style-type: none"> • L'étiquette « patient difficile » est associée avec pessimisme professionnel, traitement passif, sortie précipitée et transfert dans un autre service. • L'étiquette est donnée par les professionnels lorsqu'il y a la présence de certaines caractéristiques et une attribution causale spécifique (psychologique, sociale ou morale) au comportement difficile du patient. • Le statut de « patient difficile » est vite renforcé par les comportements des professionnels et des patients. • Un manque de ressources dans les services de santé mentale ainsi que dans le système social du patient influence de façon négative l'interaction patient – professionnel. • Le patient et le professionnel, renforcés par le système social et le système de la santé mentale, influencent le cours de la maladie et des soins. • Ce qui arrive aux patients ayant un comportement difficile, dépend de l'attribution que donnent les professionnels. Si l'attribution est neurobiologique (donc due à la maladie), le patient ne peut pas être tenu pour responsable de son comportement. Le rôle du malade (sick role) lui est alors légitime. • Il est souvent avancé que l'utilisation de guidelines est impossible à réaliser avec des patients difficiles. Pourtant, étonnement, un nombre croissant de lignes directrices très strictes permettent aux professionnels de prendre soin de patients difficiles. • Les professionnels de la santé mentale devraient sérieusement examiner si l'interprétation des problèmes de nature psychiatrique, est toujours utile. Dans certains cas, un soutien favorisant une approche promouvant l'autonomie est plus adaptée qu'un soutien purement médical. • les professionnels ont besoin de se pencher sur leur propre rôle dans la perpétuation de comportements difficiles • Les modalités de traitement qui mettent l'accent sur l'autonomie du patient, la motivation et l'autonomisation peuvent être utiles aux professionnels.

Aspects éthiques	Les auteurs ont reçu un accord du Comité d'éthique pour effectuer cette étude.
Commentaires personnels	La manière par laquelle les auteurs ont procédé pour développer le modèle est assez complexe. Cependant, cette étude décortique de manière très détaillée les causes et les conséquences de « l'étiquetage du patient difficile ». Le « Model of ineffective chronic illness behaviour and ineffective chronic professional behaviour » est certainement d'une grande utilité pour le soignant ; ce modèle lui permet une remise en question et un travail sur lui, dans le but d'améliorer la prise en soins du patient difficile.

Numéro de la grille	9
Réf. bibliographique	Langley, G.C. & Klopper, H. (2005). Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 12, 23-32.
Pays	Afrique du sud
Type d'étude	Etude qualitative
But (s) / Question de recherche	Quels sont les facteurs que les patients (souffrant du trouble de la personnalité borderline) et les cliniciens trouvent utiles pour favoriser leur santé mentale ?
Echantillon	<ul style="list-style-type: none"> • Patients : 6 participants dont 5 femmes et 1 homme. Tous ces patients ont le diagnostic du trouble de la personnalité borderline (selon le DSM IV) et ont été soignés en ambulatoire et en stationnaire. Ces patients ont également suivi des thérapies individuelles et de groupe chez un professionnel privé. • Professionnels : 8 participants ayant de l'expérience dans la prise en charge de patients diagnostiqués avec le trouble de la personnalité borderline (TPB) tant dans un système de santé public que dans un système de santé privé. Ces participants représentent tous les membres d'une équipe multidisciplinaire en santé mentale. Ce groupe de participants se compose de : un psychiatre consultant, un travailleur social en psychiatrie, deux psychiatres, un psychologue, deux infirmières en psychiatrie et un psychologue consultant.
Méthode	<ul style="list-style-type: none"> • Collecte des données Les six patients ont été interviewés de manière individuelle et informelle dans un cabinet privé ou chez eux à la maison. La durée de l'interview est d'une à deux heures. Une question ouverte leur a été posée (« Je suis intéressé à connaître ce que les patients, comme vous, font pour maintenir leur santé. Dites-moi ce qui vous aide à maintenir votre santé... »). Les patients ont été encouragés à réfléchir sur des incidents spécifiques afin d'obtenir les pensées et les sentiments et qui permettent d'illustrer leur point de vue. Ensuite, les cliniciens ont été interviewés de manière individuelle ou dans un groupe de discussion. La question était la suivante : « Quels sont les facteurs interactifs et thérapeutiques que vous trouvez bénéfiques et utiles pour vos patients atteints du trouble de la personnalité borderline ? » Toutes les interviews ont été enregistrées et retranscrites. Des notes prises pendant les interviews ont été rajoutées. • Traitement des données Le modèle de Guba a été utilisé pour assurer la fiabilité des données. Le modèle de Matrice a permis

	<p>d'organiser les données dans divers catégories, thèmes et sous-thèmes.</p> <p>L'analyse et la collecte des données ont suivi les huit étapes de Tesch.</p>
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • « Trust » (confiance) : Tous les participants ont identifié la confiance comme étant un élément essentiel pour établir et maintenir une alliance thérapeutique. Sans confiance, toute intervention a peu de probabilité de réussir. Les cliniciens décrivent la confiance en la comparant à une ancre et ils maintiennent que l'établissement d'une relation basée sur la confiance est une priorité essentielle avant toute mise en œuvre d'une intervention plus dynamique. Les patients décrivent certaines conditions pour que la confiance entre le patient et le professionnel se développe : <ul style="list-style-type: none"> • le clinicien doit être perçu par le patient comme étant disponible et accessible • il doit faire preuve d'écoute pour essayer de comprendre le patient • il doit prendre en charge le patient de telle sorte à ce que celui-ci ressente de la sécurité tant au niveau émotionnel que physique • le clinicien doit témoigner d'honnêteté dans toutes les interactions et maintenir la confidentialité • il doit également traiter le patient comme une personne adulte <p>Quatre participants affirment que si le clinicien et la relation thérapeutique sont dignes de confiance, ils peuvent à nouveau espérer (d'aller mieux). Les patients maintiennent aussi que le développement de confiance entre le professionnel et le patient prend du temps et que la fiabilité du clinicien et de la relation thérapeutique va être plusieurs fois testée.</p> <p>Quant aux professionnels, ils soulignent l'importance de connaître le patient (l'histoire du patient, ses ressources, ...) ainsi que l'empathie et la connaissance du vécu du patient. La disponibilité et l'accessibilité sont également essentiels pour soutenir le patient lorsque celui-ci est en crise et maintenir ainsi une continuité, une stabilité une place sûre pour le patient. Un participant (clinicien) fait le lien entre l'établissement de la confiance et l'émergence d'espoir. Il affirme que la stabilité du soignant et de son engagement est basique et qu'il faut maintenir un certain espoir lorsque le patient n'est pas dans la mesure de le faire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Available & accessible » (disponible et accessible) :

	<p>Les patients réalisent que les professionnels ne peuvent pas être disponibles tout le temps mais ils suggèrent qu'il y ait un accord avec le professionnel pour que celui-ci soit atteignable à heures fixes. Cette façon de faire permettrait de les aider à ne pas agir de manière impulsive. Les cliniciens mettent en évidence l'importance d'une structure claire et de limites pour qu'ils ne sentent pas dépassés par les problèmes de leurs clients et ainsi prévenir la dégradation de la relation thérapeutique ou même un burn-out. Un clinicien ajoute : « les patients se sentent souvent déçus mais ceux-ci doivent être confrontés à la réalité et nous voir comme des êtres humains avec des besoins propre et une vulnérabilité... ».</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>• « Caring »: Tous les participants (cliniciens et patients) ont évoqué le thème du soin. Les patients croient que le professionnel soigne vraiment s'il essaie de comprendre leur état d'esprit et leur réalité en faisant preuve de disponibilité, tout en les acceptant tels qu'ils sont. Les participants (patients) ont souvent mentionné la peur de perdre le contrôle, de ne pas se sentir « contenu » ou « tenu ». Aider à structurer le temps du client et négocier les limites (qui doivent être fixées) permettent au patient de se sentir « contenu » sans imposer un contrôle arbitraire. Winnicott parle d'une relation dans laquelle le thérapeute agit comme un «conteneur» pour les plus « fortes tempêtes émotionnelles » du patient. C'est un moyen de rassurer le client. Le clinicien est là pour aider le client à garder le contrôle et, le cas échéant, à assumer le contrôle. Tous les patients considèrent ces limites comme étant nécessaires. Quatre participants mettent en évidence l'utilité d'élaborer un accord formel avec le professionnel (sous forme de contrat). Ils insistent aussi que le contenu du contrat doit être négocié et pas imposé. Une des principales caractéristiques fonctionnelles de la psychopathologie du trouble de la personnalité borderline étant le comportement impulsif dont l'antidote est la mise en place de limites, toutes les Ecoles soulignent cet aspect du traitement. Tous les cliniciens préconisent le recours au contrat qui permet de renforcer le partenariat patient-professionnel, la responsabilité du patient ainsi que son autonomisation.</p> <p>• « Trying to understand » (essayer de comprendre) : Tous les patients maintiennent que de parler à quelqu'un aide. Toutefois, il faut que les cliniciens leur parlent d'une façon respectueuse en en les traitant comme des êtres humains mais aussi qu'ils entrent en conversation avec eux en les aidant à se focaliser sur quelque chose d'autre que</p>
--	---

	<p>sur leur maladie. Ecouter la personne ne signifie pas comprendre la personne. Il s'agit d'essayer de clarifier avec le contenu de sa pensée avec la personne.</p> <p>Parler à des amis ou à des membres de la famille est perçu différemment. Les participants (patients) perçoivent les amis comme étant plus tolérants que les membres de la famille.</p> <p>Un clinicien ajoute que tout type de relation stable permet au patient de progresser. Il souligne l'importance à ce que le patient soit aidé pour maintenir et développer ses relations.</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>• « Professionnal » (professionnel) :</p> <p>Si l'honnêteté est perçue comme étant une obligation dans la relation et que le clinicien en fait preuve, le patient est susceptible de rendre la pareille en étant honnête à son tour.</p> <p>Les participants (patients) soulignent encore une fois l'importance d'être traité en tant qu'adulte.</p> <p>• « Trust takes time » (la confiance prend du temps) :</p> <p>Les participants (patients) ont affirmé que la confiance prend du temps à se développer.</p> <p>McHale et Deatrick (2000) ont constaté que la confiance est un processus qui demande du temps à se développer, elle existe sur différents niveaux, nécessitant une intention particulière et de la réciprocité et est caractérisé par des attentes - chaque personne attend quelque chose de l'autre.</p> <p>• « Hope » (l'espoir) :</p> <p>Quatre des participants (patients) font le lien avec l'établissement de confiance avec l'émergence d'espoir. Une fois que confiance est établie, on constate l'émergence d'un espoir dirigé vers un but ou vers quelque chose dont se réjouir. Les cliniciens, quant à eux, sont d'accord avec cette constatation. Beaucoup de patients atteints du trouble de la personnalité borderline ont été sexuellement ou physiquement abusés. Ces personnes qui ont subi de la violence et qui ont été battus dans leur enfance, sont confuses quant à savoir quoi ou qui est digne de confiance. Derrière cette confusion, se cachent une douleur immense ainsi qu'une incapacité à se faire confiance à soi-même. Ceci explique le besoin qu'a le patient à observer le thérapeute et surtout à tester sa confiance. Un élément a été identifié chez tous les patients ; ils n'ont aucune confiance en eux. Ils n'ont pas confiance en leur propre capacité à conserver leur sang-froid ou à fixer leurs propres objectifs réalistes. Les auteurs pensent que ces patients attendent et espèrent de l'autre personne (le thérapeute) qu'elle contienne leurs émotions, supplée et leur donne les aptitudes qui leur manquent.</p>
--	---

Discussion / Perspectives	<p>Conclusion :</p> <p>Tout au long des interviews des patients et cliniciens, l'importance de la confiance a été mis en évidence. Celle-ci constitue la base de la relation thérapeutique. Le comportement de chaque personne affecte et est affecté par le comportement de l'autre. Si la confiance n'est pas atteinte dans la relation, le scepticisme et la méfiance peuvent l'emporter.</p>
Aspects éthiques	<p>Les auteurs ont reçu un accord du Comité d'éthique pour faire cette étude. L'anonymat, la confidentialité et le droit de pouvoir arrêter la participation à cette étude à tout moment, ont été assurés.</p>
Commentaires personnels	<p>Les résultats et la discussion ont été faits en parallèle (tout y figure sous « résultats »). L'étude souligne que la relation thérapeutique est d'une importance fondamentale et que celle-ci est une condition essentielle pour offrir des soins infirmiers de qualité. La mise en parallèle des différents points de vue (des patients ainsi que des cliniciens) apporte beaucoup d'éléments intéressants sur les thèmes abordés. Bien que cette étude se focalise sur les patients atteints du trouble de la personnalité borderline, les auteurs mettent en évidence, dans l'introduction, la difficulté que rencontrent les cliniciens avec cette population.</p>

Numéro de la grille	10
Réf. bibliographique	Nehls, N. (1999). Borderline Personality Disorder: The Voice of Patients. <i>Research in Nursing & Health</i> , 22, 285 - 293.
Pays	Etats-Unis
Type d'étude	Étude qualitative, phénoménologique et interprétative
But(s) / Question de recherche	Acquérir plus de connaissances sur l'expérience vécue des personnes ayant le diagnostic de trouble de la personnalité borderline (TPB)
Echantillon	<p><u>Critères d'inclusion</u> : Avoir le diagnostic du trouble de la personnalité borderline selon le DSM-III-R / DSM-IV et être suivi dans un service de santé mentale.</p> <p>30 participants ont été recrutés dans un service d'intervention de crise, un hôpital de jour et une unité de soins psychiatriques aigus. Ils ont tous donné leur consentement pour participer à cette étude. Tous les participants sont des femmes qui ont une situation économique difficile et qui bénéficient de soins dans un secteur public de santé mentale.</p>
Méthode	<ul style="list-style-type: none"> Collecte des données L'auteur de l'étude a interviewé de manière individuelle tous les participants. L'interview a duré environ soixante minutes et elle se terminait lorsque le participant indiquait qu'il n'avait plus rien à ajouter. L'interview commençait avec la question : « Qu'est-ce que le diagnostic TPB signifie pour toi ? ». Si la conversation n'amenait pas d'éléments sur la thématique de l'étude, l'auteur posait une seconde question au participant : « Comment est-ce que c'est de vivre avec le diagnostic TPB ? ». Les interviews ont été enregistrées et retranscrites. Traitement des données : Les données (30 textes) ont été analysées par une équipe de chercheurs spécialisés dans la recherche interprétative. Ils ont utilisé la méthode d'analyse de Benner : <ol style="list-style-type: none"> 1. Lire les 30 textes. 2. Résumer ces textes en incluant : l'identification de thèmes/significations communs/es, l'extraction et l'interprétation des thèmes. 3. Les chercheurs échangent sur leurs résumés et interprétations des thèmes. 4. Les chercheurs clarifient leurs thèmes identifiés en s'appuyant sur de la littérature. 5. L'auteur écrit un avant-projet. 6. L'auteur reçoit des commentaires des membres de l'équipe de recherche quant à l'avant-projet. 7. L'auteur intègre les commentaires dans son manuscrit (l'avant-projet).

Résultats	<p>Trois thèmes ont été mis en évidence.</p> <ul style="list-style-type: none"> « Living with a Label » (vivre avec une étiquette) Contrairement à être diagnostiqué, « porter l'étiquette » amène à ce que la personne soit jugée de façon négative. Un participant ajoute : « Une fois qu'on a cette étiquette, on ne peut plus rien faire pour s'en débarrasser. » Un autre participant ajoute : « Je sens qu'il m'est reproché d'avoir ce diagnostic et que je ne mérite pas de recevoir un traitement.» Pour les participants, c'est bien l'étiquette négative (et pas le diagnostic) qui est problématique. Un participant a choisi de divulguer le moins possible son diagnostic car les gens associent tout de suite personnalité borderline avec désespoir, faible durée de vie, antipathie... Il ajoute que ce même problème se rencontre aussi dans les services de santé mentale et qu'il a l'impression que c'est de sa faute s'il a ce diagnostic. Un participant en a fait l'expérience et relève que les conséquences de cette étiquette ne se ressentaient pas seulement dans les soins en santé mentale mais aussi dans les soins en santé physique. « Living with Self-Destructive Behavior Perceived as Manipulation » (vivre avec un comportement autodestructeur perçu comme étant de la manipulation) La tendance à adopter un comportement autodestructeur est, selon les participants, aggravée par les expériences négatives associées à l'expression de la douleur émotionnelle. Un participant raconte : « Les cliniciens pensent que le trouble de la personnalité borderline est plus un problème de comportement ou de discipline qu'un réel problème psychologique... ils pensent qu'on a le choix de se sentir suicidaire ou pas... ». Pour les participants, il est injuste que les cliniciens puissent associer l'automutilation à de la manipulation. Les participants pensent que les interactions avec les soignants seraient compromises du fait qu'ils ne comprennent pas ce que signifie vivre avec un trouble de la personnalité borderline. Un participant ajoute qu'il peut comprendre que la situation n'est pas facile non plus pour le clinicien : « il doit prendre en charge une personne qui essaie de se détruire, alors que son travail consiste à sauver la vie des gens... » Plutôt que de considérer l'autodestruction comme volontaire, les participants souhaiteraient que les cliniciens envisagent d'autres explications. Une participante explique que ce geste permet de faire évoluer la douleur émotionnelle en douleur physique. Pour certains participants, cette douleur émotionnelle, vécue au quotidien, aboutit à la volonté de mourir. Tous les participants de cette étude ont encouragé les soignants à adopter un autre point de vue sur l'automutilation. Celle-ci
------------------	--

	<p>devrait être vue comme un des moyens de contrôle de la douleur émotionnelle et non comme une tentative de contrôler les autres (par la manipulation). Cela éviterait de maintenir des préjugés, de « passer à côté » des raisons réelles du comportement autodestructeur et d'entraver la relation patient-soignant.</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Living with Limited Access to Care » (vivre avec un accès limité aux soins) Pour ces individus, l'accès aux services et aux professionnels est limité en terme de temps (existence d'un quota limité à deux jours d'hospitalisation par mois), en terme d'opportunité à dialoguer avec des professionnels de la santé mentale mais aussi en terme d'informations reçue quant à leur maladie / traitement. Pour beaucoup de participants, la prise en charge à l'hôpital consiste surtout à leur offrir un lieu sûr pendant quelque temps. Séjourner quelque temps dans un lieu sûr ne leur suffit pas. Ils auraient besoin, surtout en temps de crise, de soignants qui prennent le temps de les écouter et de dialoguer avec eux. Les patients atteints du TPB, comme beaucoup d'autres personnes ayant une maladie chronique, aimeraient que les professionnels les aident à y faire face.
Discussion / Perspectives	<ul style="list-style-type: none"> • L'accent mis sur les récits encourage les cliniciens et les chercheurs à voir les clients, non comme des « objets de connaissance », mais plutôt comme des « auteurs de la connaissances ». • Pour pouvoir apprendre d'une personne souffrant de troubles mentaux, il faut savoir contester la stigmatisation. • Une meilleure compréhension de l'expérience vécue des patients souffrant du trouble de la personnalité borderline est une condition pour permettre une amélioration de la pratique clinique mais aussi des programmes d'enseignement et des supervisions. • Dans cette étude, les participants se décrivent être souvent mal compris mais aussi traités avec méfiance par les professionnels, surtout lorsqu'ils s'automutilent. • Le comportement autodestructeur devrait être reconnu, par les soignants, comme étant une manifestation de la maladie TPB. Ils devraient comprendre que ce comportement a différentes significations et causes (ex : attirer l'attention). • A l'inverse de la méfiance, la confiance permet de rendre la relation patient-soignant plus thérapeutique. • Tous les participants ont exprimé le souhait de parler et d'être écouté par les professionnels. A leurs yeux, le dialogue est thérapeutique. • Comme le souligne un participant : « quand quelqu'un se soucie, il écoute vraiment sans

	<p>interrompre la personne et il n'agit pas comme si tout était sans espoir. » Ainsi, l'une des plus importantes contributions que les cliniciens peuvent être en mesure de faire à ces personnes est d'offrir de l'attention et une vraie présence.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A l'avenir, de nouvelles recherches seraient souhaitées pour apprendre à écouter les personnes assignées à « l'étiquette » du trouble de la personnalité borderline.
Aspects éthiques	<p>Il n'y a pas d'information relative à un accord donné par un comité d'éthique pour faire cette étude. Cependant, il est bel et bien mentionné que tous les participants de cette étude ont donné leur consentement écrit pour y participer.</p>
Commentaires personnels	<p>Le fait que les données aient été analysées par des chercheurs externes, spécialisés dans la recherche interprétative, donne plus de poids à la fiabilité des résultats.</p> <p>Les récits de ces trente participants amènent des éléments très pertinents. La discussion fait ressortir des éléments essentiels permettant une amélioration de la prise en soins des patients avec TPB.</p>

Numéro de la grille	11
Réf. bibliographique	Koekkoek, B., van Meijel, B., Schene, A. & Hutschemaekers, G. (2009). Problems in psychiatric care of « difficult patients » : a Delphi-study. <i>Epidemiologia e Psichiatria Sociale</i> , 18, 323–330.
Pays	Pays-Bas
Type d'étude	Etude mixte
But(s) / Question de recherche	<p>Déterminer les difficultés des professionnels de la santé mentale en contact avec des patients difficiles (chroniques et non psychotiques) afin d'améliorer la qualité des soins dans les services non spécialisés.</p> <p>1. Quels problèmes se rencontrent dans les soins des patients difficiles (chroniques et non-psychotiques) ?</p> <p>2. Parmi les sous-groupes de patients difficiles (chroniques et non-psychotiques), quelles sont les différences au niveau des problèmes identifiés ?</p> <p>3. Parmi les sous-groupes de patients difficiles (idem), que sont les ressemblances au niveau des problèmes identifiés ?</p>
Echantillon	<p>24 participants : 3 groupes de 8 experts en santé mentale. Pour être considéré comme expert, il faut avoir rempli deux critères : avoir minimum trois ans d'expérience avec ce groupe de patients et être employé dans un centre d'expertise reconnu au niveau national ou être un expert reconnu au niveau national.</p> <p>Un tableau décrit les caractéristiques des participants (âge, profession, sexe,...)</p> <p>Chaque groupe de 8 experts correspond à un des trois sous-groupes de patients difficiles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CD : chronic depression (selon DSM-IV) • BPD : borderline personality disorder (selon DSM-IV) • NOS : non-psychotic chronic patients (patients n'ayant pas de diagnostic clair)
Méthode	<p>Pour obtenir et prioriser les points de vue des experts (au sujet des problèmes identifiés dans les soins des patients difficiles...), les auteurs ont modifié et utilisé la méthode Delphi à cinq étapes, avec trois groupes de huit participants.</p> <p>1. Un groupe cible a été interviewé pour obtenir des données au sujet des problèmes rencontrés dans la prise en charge des patients difficiles. L'interview s'est déroulée dans un endroit neutre et a duré entre 90 et 100 minutes. L'interview de groupe a été enregistrée et retranscrite entièrement. Le software MaXQDA a été utilisé pour l'analyse des données. Trois listes préliminaires d'items ont été élaborées.</p>

	<p>2. Les trois listes d'items ont été envoyées aux participants pour valider la fidélité des descriptions. Tous les participants ont renvoyé les listes. Les commentaires ajoutés par les participants ont été discutés par l'équipe de recherche. Une liste finale pour chaque groupe a été élaborée.</p> <p>3. Les items ont été évalués (au moyen d'une échelle de Lickert allant 1 à 7)) par tous les participants. Ils évaluaient d'abord l'urgence du problème, puis la possibilité de changement du problème (au moyen d'une intervention professionnelle).</p> <p>4. Tous les participants reçoivent à nouveau la liste avec un résumé des évaluations du point 3. Chacun reconsidère à nouveau son évaluation pour chaque item. Puis, les significations des différents scores et déviations ont été calculées.</p> <p>5. Trois experts (un de chaque groupe) ont été invités à discuter et interpréter les résultats. Cette rencontre a été présidée par le 1^{er} et le 2^{ème} auteur et a duré 100 minutes. Les échanges durant cette rencontre ont été enregistrés et résumés dans un rapport qui a été envoyé aux autres participants pour la validation.</p> <p>ANOVA a été la méthode choisie pour analyser les résultats finaux quantitatifs.</p>
Résultats	<p>46 problèmes (items) ont été identifiés et insérés dans un tableau à trois colonnes pour chaque sous-groupe de patients (BPD / CD / NOS). Ces problèmes ont été classés d'après l'urgence du problème (1= le problème le plus urgent).</p> <p>26 problèmes apparaissent dans les trois sous-groupes, 14 dans deux sous-groupes et 6 dans un seul sous-groupe.</p> <ul style="list-style-type: none"> CD : Chronic Depression (dépression chronique) Le sous-traitement est le problème le plus important et est sûrement en lien avec la démoralisation du professionnel et du patient. Les fréquentes rechutes et les progrès limités les font perdre confiance. Les problèmes pour ce sous-groupe ont une chose en commun ; il est très difficile de rester motivé en travaillant avec des patients dépressifs chroniques. BPD : Borderline Personnalité Disorder (trouble de la personnalité borderline) Le plus important des problèmes est lié à l'attachement et à la dépendance. Les experts décrivent la relation thérapeutique comme étant difficile car les professionnels ont tendance à considérer les patients comme ayant la capacité mais pas la volonté de se comporter différemment. Ainsi, à leurs yeux, le patient sabote volontairement leur aide. Un autre problème relevé par les experts est le manque de soutien de la part des collègues ou au

	<p>niveau institutionnel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOS : Non-Psychotic Chronic Disorder (trouble chronique non psychotique, sans diagnostic précis) <p>La plupart des problèmes pour ce sous-groupe sont liés au système de santé mentale. Le manque de soutien organisationnel apparaît être le plus important des problèmes : manque de structure, prise en charge inappropriée, mauvaise coopération avec les collègues...</p> <p>Un autre problème identifié est l'attitude des professionnels ; ils considèrent les patients comme la capacité mais pas la volonté de changer leur comportement.</p> <p>Le manque de succès des prises en charges ainsi que les difficultés interpersonnelles est attribué au patient.</p> <p>Pour avoir une vision globale, les dix problèmes (tous sous-groupes confondus) ont été sélectionnés et analysés. Un dilemme ressort de cette analyse. La prise en charge les patients chroniques non psychotiques est difficile due à plusieurs facteurs : la dépendance (des patients) et le pessimisme (des professionnels). Il en résulte une démoralisation et une ambition thérapeutique limitée dans le contexte d'une organisation qui ne soutient pas le travail avec ces patients et les professionnels qui ne coopèrent pas assez entre eux / avec la famille des patients.</p> <p>Par rapport à la possibilité de changement des problèmes identifiés, ce sont les problèmes organisationnels qui obtiennent le plus haute score (= grande possibilité de changement). Tandis que le pessimisme et la démoralisation du professionnel obtiennent un score plus bas, les problèmes liés au patient (dépendance) ainsi qu'à son système social (mauvaise alliance avec les membres de la famille) obtiennent le score le plus bas.</p> <p>A noter que la possibilité de changement diffère un peu selon les sous-groupes. Par exemple, le sous-groupe CD évoque plus d'optimisme en ayant un score plus élevé pour les dix problèmes les plus urgents.</p> <p>La possibilité de changement des problèmes identifiés a été discutée entre les experts lors de la dernière étape de l'étude. Tous ont été d'avis que si les services de soins non spécialisés étaient mieux structurés et ciblant mieux les problèmes (tels que dépendance et chronicité), la qualité des soins serait meilleure.</p>
--	---

Discussion / Perspectives	<ul style="list-style-type: none"> • Les plus grandes différences entre les sous-groupes (CD, BPD, NOS) se trouvent au niveau des problèmes relatifs au patient. • Les problèmes les plus importants (tous sous-groupes confondus) sont : l'organisation (au niveau du système de la santé mentale), le pessimisme des professionnels et la démoralisation des patients / professionnels. • L'évaluation de la possibilité de changement pour le sous-groupe CD est plus élevée que pour les deux autres sous-groupes. Il y aurait également plus d'optimisme quant à la prise en charge des patients CD (due au grand nombre de possibilités de traitements pour les patients dépressifs). • La liste des items classés selon l'urgence permet de souligner des éléments importants sur trois niveaux : 1. Niveau scientifique : il existe relativement peu de traitements pour ces patients. 2. Niveau du service : les traitements existants sont peu disponibles pour ces patients (dus à l'incertitude du diagnostic) 3. Niveau interprofessionnel : le soutien et la coopération sont difficiles à obtenir, laissant les professionnels seuls avec leurs « patients difficiles ». • S'il existe une prise en charge (traitement) « evidence-based » correspondant aux problèmes / besoins du patient, elle devrait être mise en place. • Les stratégies « evidence-based » devraient cibler les problèmes spécifiques sans que les patients doivent soit suivre l'entier d'un programme de traitement, soit avoir un diagnostic spécifique.
Aspects éthiques	<p>Le respect des principes éthiques et l'accord d'un comité éthique ne sont pas mentionnés. Toutefois, dans les autres études de B. Koekkoek, les aspects éthiques prennent une place importante. Ainsi, nous pouvons penser que les principes éthiques sont implicitement respectés.</p>
Commentaires personnels	<p>Le titre ainsi que le résumé donnent déjà une bonne idée du contenu de l'étude. La méthodologie est exposée de manière détaillée. Les tableaux permettent d'exposer les caractéristiques et les résultats de manière claire. L'étude met en évidence certains éléments problématiques tant au niveau institutionnel que professionnel. Ainsi, elle donne quelques pistes d'action mais pas de « solutions toutes prêtes » pour une meilleure prise en charge de ces patients difficiles.</p>

Numéro de la grille	12
Réf. bibliographique	Woollaston, K. & Hixenbaugh, P. (2008). « Destructive Whirlwind » : nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 15, 703-709.
Pays	Angleterre
Type d'étude	Etude mixte
But(s) / Question de recherche	Investiguer les relations/interactions des infirmières avec les patients atteints du trouble de la personnalité borderline (TPB) afin d'évaluer les théories actuelles sur cette thématique.
Echantillon	6 participants dont 2 femmes et 4 hommes. Ils travaillent tous en tant que membres d'une équipe infirmière en santé mentale, à Londres ou à Hampshire. Leurs années d'expériences varient entre deux et dix-sept ans.
Méthode	<ul style="list-style-type: none"> • Collecte des données <p>La personne qui a interviewé ces six participants est une jeune psychologue qui a travaillé dans un service de psychiatrie. Les interviews sont de type semi-structuré. Quatre interviews se sont déroulées à l'hôpital et les deux autres chez la psychologue. Les participants ont été informés sur tout le déroulement de l'étude. Les participants ont reçu une lettre stipulant toutes les conditions éthiques respectées (ex : choix d'arrêter à tout moment ou de ne pas répondre à certaines questions).</p> <p>Les principaux thèmes visés lors de l'interview sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. attitudes/perceptions des patients atteints du trouble de la personnalité borderline (TPB) 2. interactions avec des patients avec TPB 3. réactions émotionnelles aux patients avec TPB 4. expériences positives avec des patients avec TPB <p>La psychologue qui a interviewé les participants a posé six questions ouvertes afin que ceux-ci puissent s'exprimer le plus librement possible :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Comment pourriez-vous décrire les patients avec TPB ? » • « Comment est-ce que les patients avec TPB interagissent avec l'équipe ? » • « Comment est-ce que les patients avec TPB interagissent avec les autres patients ? » • « Comment vous sentez-vous lorsque vous interagissez avec des patients avec TPB ? » • « Pouvez-vous décrire vos expériences de travail avec des patients avec TPB ? » • « Comment vous sentez-vous lorsque vous travaillez avec des patients avec TPB ? »

	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement des données Il s'agit d'une analyse thématique par codage. Les thèmes et les sous-thèmes sont mis en évidence. Des liens entre ces thèmes ont été analysés.
Résultats	<p>Un thème central ainsi que quatre grands thèmes ont été mis en évidence à partir des données recueillies.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thème central : « Destructive Whirlwind » (tourbillon destructeur) Il se réfère à la perception qu'ont les infirmières sur les patients atteints du TPB. Pour elles, ils sont puissants et dangereux. Ils sont dotés « d'une force irrésistible qui laisse un sillage de destruction dans sa vague... ». Les participants ont fourni de nombreux exemples où ils disent avoir perdu du temps et de l'énergie pour faire face à ces patients. Ils se livrent à toute sorte d'actes agressifs envers eux-mêmes mais aussi envers les autres. Le thème « destructeur » ne se réfère pas uniquement à ces incidents mais aussi aux impacts négatifs qu'ils ont sur les autres. Tous les participants ont mentionné que ces patients leur avaient causé une détresse personnelle. • Thème 1 : « Care Giving » (donner des soins) Il se réfère à l'expérience que vivent les infirmiers lorsqu'ils essaient de soigner les patients atteints du TPB. Trois participants disent avoir voulu travailler dans les soins afin d'aider les gens. Ils expriment un sentiment de découragement et de frustration parce qu'ils se sentent incapables d'aider ces patients. Un participant s'exprime ainsi : « je n'aime pas travailler avec eux parce que je n'arrive pas à voir un résultat après tous mes efforts... ». Ce sentiment d'incapacité apparaît être une des raisons principales de ces expériences négatives vécues par l'équipe soignante. En revanche, trois participants ont montré des signes d'optimisme lorsqu'ils ont exprimé vouloir être « la personne » qui pourrait aider un de ces patients. Un d'eux ajoute : « ... si tu travailles dur, tu as des résultats, spécialement avec les patients qui pourraient être dans la catégorie des « patients difficiles » dont personne ne veut travailler avec. Si tu travailles avec un de ces patients et que tu lui montres que tu n'abandonneras pas... tu seras récompensé. ». Pourtant, ce même participant raconte qu'il a aussi eu une mauvaise expérience ; un de ses patients s'est suicidé. Ce genre d'expérience, avec le temps, va peut-être changer ses perceptions. Deux participants racontent comme leur perception ainsi que leur attitude à l'égard de ces patients ont changé avec

	<p>les années d'expérience. Une infirmière dit avoir pu accepter, avec le temps, le fait qu'elle ne pouvait pas toujours aider.</p> <ul style="list-style-type: none"> Thème 2 : « Idealized and Demonized » (idéalisé et diabolisé) Les participants ont souvent discuté de leurs expériences vécues avec les patients atteints du TPB en termes d'être soit idéalisé et/ou diabolisé. Les infirmières ont trouvé l'expérience d'être diabolisé très pénible et certaines ont ajouté qu'elles avaient ressenti de l'injustice alors qu'elles tentaient d'aider le patient en question. Une infirmière décrit le processus d'idéalisation tournant à la diabolisation qu'elle a vécu avec une patiente. Cette dernière a même fini par la menacer de mort. Quatre infirmiers racontent le phénomène de clivage et décrivent de quelle manière l'équipe a été divisée. Thème 3 : « Manipulation » Les participants ont un fort sentiment d'être manipulé par les patients atteints du TPB. Ils associent la malhonnêteté de ces patients aux comportements manipulateurs. Quatre participants ont relevé que le fait d'être manipulé a pour conséquence de se sentir dévalorisé (en tant que personne). Les participants ont souvent mentionné la nécessité de maintenir la conscience de soi et des limites lors de des interactions avec ces patients. Il semble également y avoir une culture de «surveiller votre dos » dans laquelle les infirmiers encouragent leurs collègues à documenter toutes leurs communications avec ces patients, de sorte que rien ne puisse être «utilisé contre eux » dans le futur. Thème 4 : « Threatening » (la menace) Les patients atteints du TPB menacent souvent de se faire du mal ou de nuire à autrui si leur demande n'aboutit pas. Les données de cette étude font penser que ces menaces sont vécues de manière très désagréable pour les infirmiers. Il existe deux raisons principales pour expliquer ce sentiment. Premièrement, savoir que quelqu'un est en train de planifier quelque chose de très désagréable est pénible. Deuxièmement, les participants se sentent en quelque sorte responsables des comportements que leurs clients pourraient contrôler.
Discussion / Perspectives	<ul style="list-style-type: none"> Les expériences (ex : d'être diabolisé) amènent les infirmiers à développer des perceptions stéréotypées ainsi que des réactions négatives envers les patients atteints du TPB.

	<ul style="list-style-type: none"> • Dans cette étude, les membres de l'équipe infirmière, qui ont peu d'années d'expérience, expriment l'envie d'être « la personne » qui pourrait aider un de ces patients. Les infirmiers expérimentés ajoutent qu'eux aussi, au début de leur carrière, réagissaient de la même manière. • Le sentiment d'être incapable d'aider est une des raisons principales qui explique les mauvaises expériences avec ces patients. • La majorité des participants pensent que les patients avec TPB peuvent être traités. Les infirmiers aimeraient bénéficier de cours pour améliorer leurs compétences cliniques. • Les participants expriment également le besoin d'avoir une supervision régulière (pour partager leurs expériences désagréables et éviter de faire un burn-out). • La relation thérapeutique apparaît être le facteur le plus important pour arriver à des résultats. • Il y a une nécessité de faire de nouvelles recherches sur les interactions entre le soignant et le patient atteint du TPB afin d'améliorer la relation thérapeutique.
Aspects éthiques	Les considérations éthiques sont décrites. Il est également mentionné que les auteurs ont reçu l'accord du Comité d'éthique pour effectuer cette étude.
Commentaires personnels	Les résultats de cette étude mettent, de manière pertinente, les difficultés mais aussi les besoins des infirmières/infirmiers qui travaillent avec des patients atteints du TPB. Malgré les difficultés liées aux comportements de ces patients et les sentiments de découragement chez les soignants, il apparaît clairement dans cette étude, qu'ils désireraient améliorer leurs compétences cliniques pour la prise en soins de ces patients.

Numéro de la grille	13
Réf. bibliographique	James, P.D. & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 14, 670-678.
Pays	Irlande
Type d'étude	Étude quantitative, enquête.
But(s) / Question de recherche	Décrire les connaissances, les expériences vécues et les attitudes des infirmiers qui prodiguent des soins aux clients souffrant du trouble de la personnalité borderline (TPB). Ces informations permettraient de fournir une aide pour développer des services pour ces clients.
Echantillon	65 infirmiers travaillant dans une institution psychiatrique à Dublin qui comporte une variété de settings (unités aigues, réhabilitation, hôpitaux de jour et soins à domicile). Les étudiants infirmiers ainsi que les infirmiers travaillant dans l'administration ont été exclus de cette recherche. Dans cet échantillon, il y a 21 professionnels de sexe masculin et 44 de sexe féminin. Les années d'expérience (en tant qu'infirmier diplômé) varient entre 5 et plus de 21 ans. 25 infirmiers ont plus de 21 ans d'expérience, alors que 5 infirmiers ont moins de 2 ans d'expérience. Par contre, 20 personnes ont travaillé moins de 2 ans dans cette institution. (tableau 2)
Méthode	<ul style="list-style-type: none"> • Recueil des données <p>Avec l'accord des auteurs (Cleary et al., 2002) d'une précédente étude, leur questionnaire a été repris et modifié pour la présente recherche. Un test pilote de cet instrument de collecte des données a eu lieu. 15 infirmiers l'ont testé et ont permis d'apporter quelques modifications. Le questionnaire est essentiellement constitué de questions à choix multiple et de questions avec les échelles de Likert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La première partie du questionnaire contient des questions relatives à l'âge et au sexe du participant, ainsi qu'à son parcours professionnel. • La deuxième partie demande au participant la fréquence des contacts avec des patients avec TPB, ainsi que leur avis quant aux soins (prise en charge) prodigués aux patients avec TPB, s'ils sont adéquats ou non. • La troisième partie contient dix items en lien avec le diagnostic, le traitement et le pronostic du patient avec TPB. Les participants doivent répondre par « vrai », « faux » ou « je ne sais pas ». • Les questions de la quatrième partie sont en lien avec la confiance que les participants ressentent lorsqu'ils travaillent avec des patients avec TPB. Il leur est également demandé s'ils trouvent difficile de travailler avec ces patients. • La cinquième et dernière partie leur demande s'ils croient avoir un rôle à jouer dans la prise en

	<p>charge des patients avec TPB et quelles seraient les meilleures ressources pour améliorer la qualité des soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traitement des données Les données ont été analysées et codifiées au moyen du SPSS (version 11). Par souci de cohérence avec les objectifs de l'étude, les résultats ont été produits en utilisant des statistiques descriptives.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de participation à cette étude : 41,4 % • Caractéristiques démographiques : (tableau 2) • Connaissances du trouble de la personnalité borderline : Il ressort que seulement 3% des participants ont déclaré avoir suivi un cours spécifique sur le TPB (en dehors de leur cycle de formation). Ce cours est, en fait, juste une conférence ou un unique atelier. Les participants ont répondu à dix questions relatives à leurs connaissances sur le TPB. Le nombre moyen de questions répondues correctement est de 5,8 (sur 10). La catégorie des infirmiers travaillant dans une unité, a obtenu un score de 5,3. Quant à la catégorie des infirmiers travaillant à domicile, ils ont obtenu un score de 6,6. Les participants ont répondu à des questions en lien avec les critères du DSM-IV pour le diagnostic du TPB. 80,4% ont correctement identifié l'humeur instable comme critère pour le TPB. 91,7% ont reconnu l'impulsivité comme étant également un critère. Seuls 50% ont reconnu que la mégalomanie n'était pas une caractéristique du TPB et 20% admettent ne pas le savoir. Quant à l'évaluation des connaissances au sujet du traitement, 63,5% des participants sont d'accord avec l'item : « les patients avec TPB ne devraient pas être hospitalisés ». Presque 78% sont d'accord que la psychothérapie à court-terme peut être efficace pour ces patients. 58% sont d'accord que les antidépresseurs peuvent être utilisés lorsque les patients avec TPB sont en dépression, tandis que 20% ne sont pas sûrs. 45,2% reconnaissent que les clients avec TPB peuvent aussi vivre de courts épisodes psychotiques, tandis 22,6% indiquent qu'ils n'en savent rien. 70% ne sont pas d'accord avec l'item : « TPB peut évoluer vers la schizophrénie ». Quant à l'item : « Les gens avec TPB ont une haute incidence de dépression », 67% répondent par « vrai ». • Expérience et confiance de l'équipe 26,6% des participants disent avoir un contact quotidien avec des clients atteints du TPB. 25% ont

	<p>une à deux fois par semaine, un contact avec ces clients. Les infirmiers travaillant dans des services aigus sont deux fois plus nombreux que les infirmiers travaillant en réhabilitation, à avoir un contact quotidien avec les patients atteints du TPB.</p> <p>75% des participants affirment trouver très difficiles/moyennement difficiles à prendre soin des clients avec TPB. 80% trouvent qu'il est plus difficile de prendre en charge ces patients que tous les autres. 75% affirment être très/modérément confiants dans l'identification, l'évaluation et la gestion des TPB.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attitudes de l'équipe • <i>Points de vue sur les services pour clients avec TPB</i> Les répondants ont été invités à classer différentes ressources qui contribuent à la prise en charge des patients avec TPB. 81% des répondants pensent que la prise en charge est inadéquate pour ces clients. Le manque de services a été cité comme étant le facteur le plus important qui contribue à la prise en charge inadéquate. Un service spécialisé pour ces patients apparaît être une ressource importante pour améliorer la prise en charge. (tableau 3) D'autres suggestions pour améliorer la prise en charge, ont été amenées par les participants. Par exemple, un service d'information/de conseils ouvert 24/24h pour ces clients serait éventuellement une alternative à l'hospitalisation. • <i>Attitudes vis-à-vis de la prise en charge des patients avec TPB</i> Globalement, les participants sont certains d'avoir un rôle à jouer dans la prise en charge des clients avec TPB. 79,4% estiment avoir un rôle à jouer dans les évaluations des patients avec TPB, 87,3% dans la gestion de ces derniers, 87,1% dans l'éducation (« education ») des clients et 83,9% dans l'éducation des familles de ces derniers. 90% des participants aimeraient bénéficier de cours (spécialisés pour la prise en charge de ces patients). <p>La dernière partie des résultats est en lien avec les informations qu'obtiennent les infirmiers sur les antécédents de leurs clients. Les antécédents d'abus ou de viol sont les thèmes les moins évalués par les répondants. Les infirmiers obtiennent rarement des informations au sujet des deux</p>
--	--

	<p>thèmes précités ainsi qu'au sujet du contact avec la police. Le thème qui reçoit le plus d'attention par les répondants, est celui qui touche aux antécédents de la famille.</p> <p>85,9% des participants disent qu'ils évaluent toujours les antécédents d'automutilation et de la suicidalité. 79,7% obtiennent toujours des informations relatives aux antécédents d'agression.</p>
Discussion / Perspectives	<ul style="list-style-type: none"> Attitudes de l'équipe Une grande partie de la littérature signale que l'individu avec TPB est un client difficile. Ce point de vue est confirmé par les participants de cette étude. Pourtant, en général, les résultats reflètent plutôt une attitude positive vis-à-vis du patient avec TPB. Par exemple, 60% des infirmières psychiatriques ne soutiennent pas l'avis que la prise en charge inadéquate résulte des clients qui n'ont pas réellement une maladie mentale ou dû au fait que ces clients seraient « intraitables ». 80% des répondants perçoivent l'évaluation, le traitement et l'éducation comme faisant partis de leur rôle infirmier. Il est important de constater que ces résultats ne concordent pas avec la littérature qui suggère que les attitudes négatives envers les patients avec TPB sont plutôt communes. Cette différence peut s'expliquer que cette étude demande aux infirmiers de « discuter » de cette thématique de manière abstraite et que leur comportement à l'égard de ces patients n'a pas été mesuré. Le fait de voir les clients avec TPB comme « mentalement pas bien » et « traitables », a une implication significative pour le maintien de sympathie, enthousiasme et optimisme. D'ailleurs Bowers (2002) a établi le lien entre le fait de croire que ces patients sont « traitables » et le fait de faire preuve d'optimisme envers eux. Dans plusieurs travaux publiés, il est mentionné que les troubles de la personnalité ne remplissent pas vraiment les critères du traditionnel paradigme de la maladie mentale et c'est pour cette raison qu'ils sont sujets au blâme. De nombreuses études signalent que les patients sont contents de savoir qu'ils ont le diagnostic TPB et pensent qu'ils en tirent bénéfice lorsqu'il leur expliqué. Linehan (1993) affirme également que de donner des informations au sujet du diagnostic au client, constitue un élément-clé pour le succès d'une psychothérapie avec des clients avec TPB. Connaissances et éducation Cleary et al (2002) signalent que même si le score au sujet des connaissances est élevé, il existe tout de même un réel besoin d'éducation (de cours spécialisés) chez les professionnels pour maintenir l'enthousiasme, des attitudes positives et une confiance en soi. La catégorie des participants travaillant à l'hôpital sont ceux qui ont le plus de contact avec les clients avec TPB. Cette catégorie comporte le plus d'infirmiers inexpérimentés et jeunes. C'est

	<p>aussi cette catégorie qui a le score le plus bas par rapport aux connaissances du TPB.</p> <ul style="list-style-type: none"> Services pour clients avec TPB Les prestations des services appropriés pour les personnes ayant le TPB sont quelque peu ambiguës avec les différents modèles proposés dans la littérature. Toutefois, la publication de « the Expert Group on Mental Health Policy » (2006) affirme que les soins de clients atteints du TPB, est de la responsabilité des services de la santé mentale. La question de savoir comment est-ce que les services pourraient réaliser des soins appropriés, est examinée dans trois rubriques. <i>Une approche d'équipe</i> Krawitz & Watson (2003) suggèrent que l'utilisation de directives de traitement standard par tout le personnel peut aider le travail en équipe. Les infirmiers de cette étude ont donné une approbation considérable pour le développement de protocoles pour le traitement des clients avec TPB. « the Expert Group on Mental Health Policy » (2006) suggère que tous les services devraient élaborer des mesures (règlements) sur la gestion du TPB. <i>Gestion de la crise et prise en charge hospitalière (stationnaire)</i> La littérature démontre que de travailler avec des patients avec TPB peut être stressant. Il apparaît que les infirmières irlandaises partagent ce point de vue. Fraquharson (2004) signale que l'équipe est particulièrement susceptible de faire un burn-out car « la thérapie ne termine jamais » et la recherche a déjà identifié le stress émotionnel découlant de la prise en charge de clients avec TPB (O'Brien, 1997). Plusieurs auteurs, dont Bowers (2002), signalent que la supervision est essentielle pour aider le personnel à gérer les problèmes de contre-transfert. Toutefois, les participants à cette étude, estiment la supervision ainsi que le soutien de l'équipe comme étant la ressource la moins efficace. La raison pour laquelle les participants voient la supervision comme une ressource peu importante, peut s'expliquer par le fait qu'il existe un manque de « culture de la supervision » chez les infirmiers irlandais. Le mythe que la prise en charge stationnaire des clients avec TPB est contre-productive est également présent pour les participants de cette étude. Cette croyance n'aide en aucun cas car elle augmente la frustration de l'équipe et nuit à la relation infirmier-patient. L'efficacité des admissions pour des hospitalisations à court-terme (48h) pour ces patients, a été démontrée dans
--	---

	<p>la littérature (Nehls, 1993).</p> <p>Krawitz & Watson (2003) encourage à penser que les unités hospitalières sont, pour les patients avec TPB, des endroits de répit et non de traitement. Les clients avec TPB affirment aussi le fait que les admissions à court-terme sont plus efficaces que les longues hospitalisations (Williams, 1998). Si les admissions pour les crises étaient développées et intégrées dans un protocole de prise en charge pour les patients avec TPB, leurs admissions seraient vues comme étant efficaces par le personnel. Cela permettrait aussi d'augmenter l'enthousiasme des professionnels à travailler avec ces patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> <p><i>La gestion à long-terme et la prise en charge hospitalière (stationnaire)</i></p> <p>Les infirmiers de cette étude, pensent qu'un service spécialisé pour TPB serait la solution la plus bénéfique pour améliorer la qualité des soins. La thérapie comportementale dialectique (DBT) a démontré de l'efficacité dans le traitement des patients avec TPB (Linehan, 1993). Pour une meilleure pratique, la mise en œuvre de services spécialisés en DBT, devrait être revue dans le contexte des services de santé mentale en Irlande.</p> <p>Deux tiers des répondants pensent que de ne pas communiquer le diagnostic TPB au patient, a un impact négatif sur leurs soins. Hoffman et al (2003) suggèrent que la famille du patient avec TPB devrait aussi être informée et bénéficier d'une éducation relative au TPB, dans le but de mieux intégrer la famille dans les soins psychiatriques.</p> <p>Le nombre important de fois que les professionnels affirment ne pas toujours évaluer les antécédents du client sur d'éventuels abus ou viols, préoccupe car plus de 70% des clients avec TPB, ont vécu des abus sexuels durant l'enfance (ou d'autres abus) (Herman et al, 1989). Bowers (2002) a trouvé que la compréhension d'événements difficiles dans la vie contribuant au développement de trouble de la personnalité, aide à augmenter les attitudes positives et l'enthousiasme des infirmiers. Cette étude appuie le résultat d'études précédentes, affirmant que les infirmiers nécessitent une éducation pour apprendre à évaluer, de manière efficace et adaptée, les antécédents d'abus. Cela permettrait d'améliorer la qualité des soins reçus par tous les patients ayant souffert d'abus.</p> <p>Conclusion & recommandations</p> <p>Les infirmiers de cette étude voient les clients avec TPB comme un groupe de clients difficiles à prendre en charge. Ils voient aussi les soins qui leur sont prodigués, comme étant inadéquats.</p>
--	---

	<p>Toutefois, certains éléments contribuant aux prises en charge inadaptées, ont été identifiés et quelques solutions aux problèmes, ont été présentées.</p> <p>Développer des services avec les meilleures pratiques internationales, DBT et d'autres interventions psychosociales, constitue une priorité.</p> <p>Les infirmiers devraient bénéficier d'une meilleure éducation (formation) sur la prise en charge des patients avec TPB ainsi que de soutien continu et de supervision pour les aider à mieux faire face au groupe de clients difficiles.</p>
Aspects éthiques	<p>Il est uniquement mentionné que l'accord d'un comité éthique a été obtenu pour faire cette étude. Cependant, on peut constater que l'anonymat des participants a été respecté et que les infirmiers ont eu le choix de participer à cette étude.</p>
Commentaires personnels	<p>Globalement, l'étude est bien construite. Elle expose les résultats de manière claire et des liens pertinents sont établis dans la discussion. Les auteurs posent un regard critique sur leurs résultats (relatifs à la généralisation) ainsi que sur l'utilisation du devis quantitatif. À part la négation ou l'affirmation des diverses hypothèses, cette étude apporte, surtout dans la discussion, des éléments intéressants en soulignant des problèmes importants. Par exemple, les infirmiers obtiennent rarement des informations au sujet des antécédents d'abus durant l'enfance. Et pourtant, la compréhension de ces événements difficiles dans la vie du patient, permettrait d'acquérir plus d'attitudes positives à l'égard de ces patients.</p>

Numéro de la grille	14
Réf. bibliographique	Perseius, K.I., Ekdahl, S., Asberg, M. & Samuelsson M. (2005). To Tame a Volcano : Patients with Borderline Personality Disorder and Their Perceptions of Suffering. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> , 19, 160-168.
Pays	Suède
Type d'étude	Etude qualitative
But (s) / Question de recherche	Etudier/analyser, chez dix patients atteints du trouble de la personnalité borderline (TPB), des situations de vie, les souffrances ainsi que leurs perceptions des soins psychiatriques
Echantillon	Les 10 participantes sont toutes des femmes âgées entre 22 - 49 ans et elles ont toutes le diagnostic du trouble de la personnalité borderline (selon DSM-IV). Elles ont toutes été suivies (minimum 12 mois) sur le plan psychosocial et reçoivent des soins psychiatriques depuis 4 – 14 ans. 7 d'entre elles fréquentent les services psychiatriques depuis leur enfance. Dans cet échantillon, certaines participantes ont mentionné souffrir de : dépression (n=9), troubles anxieux (n=9), troubles du comportement alimentaire (n=3) et phobie sociale (n=2). Quelques participantes ont également mentionné souffrir de dépendance à une substance. Par rapport à leur histoire relative aux tentatives de suicide, 5 d'entre elles rapportent avoir fait plus de dix tentatives de suicides, 1 d'entre elles rapporte en avoir fait entre cinq et dix et enfin, les autres participantes disent en avoir jamais faits. Quant aux actes autodestructeurs (automutilations), 2 participantes disent en avoir commis plus de cinq cents, 5 autres participantes les estiment entre cent et cinq cents et enfin les 3 autres disent en avoir commis moins de cent.
Méthode	<ul style="list-style-type: none"> • Collecte des données Certaines données (ex : nombre de tentatives de suicide) ont été collectées par questionnaire semi-structuré avant l'interview. Quant à l'interview, elle a duré entre 50- 90 minutes et a été faite de manière individuelle. Cette interview a été de type narratif et s'est centrée sur deux points : 1. l'expérience de vivre avec les symptômes, la souffrance et les situations de la vie quotidienne. 2. leurs perceptions des contacts et des traitements (prises en charge) dans les soins psychiatriques. Les participantes étaient invitées à s'exprimer librement et avec leurs mots. Les interviews ont été enregistrées et retranscrites. La personne qui s'est chargée d'interviewer les participantes ne les avait jamais rencontrées auparavant. Il a été demandé aux participantes d'amener du matériel biographique (extraits de journal intime, poèmes,...) qui reflète leur situation de vie et leur souffrance. 5 d'entre elles ont en amené.

	<ul style="list-style-type: none"> Traitement des données Toutes les données ont été traitées au moyen d'une approche herméneutique, inspirée de la théorie de l'interprétation de Ricoeur et adaptée aux méthodes d'interprétation en sciences infirmières. Cette méthode a suivi sept étapes : <ol style="list-style-type: none"> 1. Retranscription des interviews et du matériel biographique. 2. « Lecture naïve » pour avoir une impression générale, puis plusieurs relectures pour essayer d'en faire ressortir les sujets. 3. Analyse du contenu par codage. Les significations sont organisées en thèmes et sous-thèmes. 4. Pour une meilleure crédibilité, le 1^{er} et le 2^{ème} auteur ont fait, de manière individuelle, leurs propres interprétations (étapes : 2 et 3) puis en ont rediscuté ensemble. 5. Le 1^{er} auteur relit le texte plusieurs fois en se focalisant sur la structure. 6. En quête de sens inhérent, le 1^{er} auteur a utilisé les interprétations préliminaires et en a fait des liens avec la théorie d'Eriksson & Lindholm (theory on health and suffering and the drama of suffering). 7. Tous les auteurs ont discuté et réfléchi aux interprétations. Cadre de référence <u>La théorie « on health and suffering »(Eriksson, 1994)</u> Eriksson voit la souffrance comme étant une partie inséparable de la vie humaine. La souffrance insupportable (« unendurable ») paralyse l'être humain, en empêchant le développement de celui-ci et en prenant les priorités sur ses buts de vie. Tandis que la souffrance supportable (« endurable ») est compatible avec la santé et le développement de l'être humain. Le but ultime du « prendre soin » est de soulager la souffrance pour aider à ce que la souffrance insupportable de l'individu devienne supportable. Un être humain qui souffre a besoin que sa souffrance soit validée, mais aussi du temps et de l'espace pour être réconcilier avec sa souffrance. <u>La théorie « the drama of suffering » (Eriksson & Lindholm, 1993)</u> La rencontre entre le patient souffrant et le professionnel est conceptualisée en un théâtre (drama) de trois actes. 1^{er} acte « confirmation of suffering » : le patient rencontre le soignant, il espère recevoir
--	--

	<p>reconnaissance/validation de ses souffrances.</p> <p>2^{ème} acte « being in suffering » : le soignant peut alors lui donner du soutien. Il aide le patient à endurer et à accepter la souffrance, lui donne du temps et de l'espace pour souffrir, il reste avec lui et partage sa souffrance.</p> <p>3^{ème} acte « becoming in suffering » : l'acceptation et la réconciliation aboutissent. Une nouvelle compréhension et un développement personnel sont alors possibles.</p> <p>Alléger la souffrance d'un être humain implique d'être co-acteur dans ce théâtre (drama).</p>
Résultats	<p>Trois thèmes globaux ainsi que des sous-thèmes ont été mis en évidence.</p> <p>1. « Life on the Edge » (Vie sur le bord / la limite) Une métaphore, citée par une participante, décrit la vie d'un individu atteint du TPB. « C'est une vie sur un bord. L'individu grimpe sur un chemin étroit. De chaque côté, se trouve un précipice. Il tombe et grimpe continuellement... »</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>« The World of Emotional Pain and Self-Hate » (Le monde de la douleur émotionnelle et de la haine de soi) La douleur est décrite comme étant un phénomène se constituant de : anxiété, sentiment de vide, désespoir, absurdité, colère et impuissance. Cette douleur n'est ni comprise ni contrôlée par l'individu. Elle est aussi décrite comme étant un monde de obscur et vide, rempli de haine de soi avec des éclairs de douleurs émotionnelles aigues et insoutenables. Des citations de participantes permettent de mieux s'imaginer ce qu'un individu avec TPB peut vivre. « Il est difficile de croire en la lumière lorsque tu vis seule dans l'obscurité, avec toi-même comme ennemi numéro un. » « Je suis triste, fâchée sans vraiment savoir pourquoi... » « Je déteste tellement voir celui qui est dans le miroir que je ressens de la douleur à l'intérieur ». Lorsque la douleur leur est insupportable, ils doivent se distraire en s'infligeant de la douleur corporelle, en cherchant le danger ou tout simplement en fuyant. Ainsi, le désir de mort est perçu comme étant libérateur et celui-ci devient omniprésent dans leur vie. Le fait d'avoir les moyens à disposition pour mettre fin à leurs jours est réconfortant pour ces individus.</p> <p>« The Mask of Normality » (le masque de normalité) Mettre le masque de normalité est une façon de survivre et de montrer une sorte de dignité. Une participante s'explique : «... l'anxiété et la dépression sont à l'intérieur de moi mais ne se voient</p>

	<p>pas à l'extérieur. Ça me tourmente tout le temps. Parfois, j'ai l'impression que je vais exploser. » Le masque de normalité permet d'avoir de la compassion envers les gens qui entourent les participantes. Il s'agit d'une volonté de ne pas perturber et de nuire à autrui en évitant de leur montrer leur douleur et détresse. Ce masque est aussi vu comme étant un moyen d'invoquer une volonté de lutter pour être normal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • « The Janus Face » (le visage de Janus) Ce sous-thème se réfère aux changements très rapides d'humeur. D'un côté, on peut voir chez l'individu une douleur émotionnelle sur son visage tourmenté et de l'autre côté, on retrouve un individu qui porte un masque de normalité. Le visage de normalité apparaît très souvent mais retombe aussi vite. <p>2. « The Struggle for Health and Dignity – A Balance Act on a Slack Wire Over a Volcano » (La lutte pour la santé et la dignité – un acte d'équilibre sur un fil mou, sur un volcan) Le monde de la douleur émotionnelle et de la haine de soi bouillonne toujours. En présence de crises d'angoisse et de douleur émotionnelle, ils n'ont pas grand-chose pour se défendre. La vie de ces patients se transforme en un enfer de désespoir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Fear of Life, Longing for Death – Fear of Death, Longing for Life » (Peur de la vie, désir de mort – peur de la mort – désir de vie) Les participantes rapportent une profonde ambivalence entre le désir de vivre et le désir de mourir. Une participante dit avoir été très fâchée contre elle-même car elle ne s'était pas coupée « correctement » et qu'elle était toujours en vie. Mais en même temps, elle a ressenti de la peur en se disant qu'elle aurait pu mourir. • « Hopelessness and Helplessness – Will to Struggle for a Change » (Désespoir et impuissance – la volonté de lutter pour un changement) Les participantes sont souvent débordées par le côté sombre et la douleur, elles sont souvent victimes d'impulsions qui les font se sentir désespérées, impuissantes et petites. Mais en même temps, il y a la forte volonté de lutter pour un changement et d'être capables de contrôler et d'utiliser des stratégies de coping plus adaptées. Une participante exprime son désespoir en essayant de faire face à son anxiété : « La nuit dernière, j'ai bu une bouteille de vin pour pouvoir
--	---

	<p>faire face à l'anxiété et dormir... Je sais que je ne devrais pas agir de cette façon mais je ne sais plus comment faire... Il est difficile d'escalader ce chemin étroit avec des précipices de chaque côté. Je souhaite qu'il y ait quelqu'un pour me tenir la main et pour me soutenir au fil des obstacles. »</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Solitude, Fearing Relations –Longing for Love and Fellowship » (solitude, crainte de relations – soif d'amour et fraternité) Il y a aussi une ambivalence entre le souhait d'amour, de camaraderie (fraternité) et la haine envers soi. Les patients ne se sentent pas dignes d'être aimés. La peur d'être rejeté les pousse à devenir solitaire ou à tester la confiance des autres personnes. « Je n'ai besoin de personne car je ne suis personne. » « Je ne prends contact avec personne car je suis sur le point de mourir ». <p>3. « The Good and the Bad Act of Psychiatric Care in the Drama of Suffering » (la bonne et la mauvaise pratique des soins psychiatriques dans le drame de la souffrance) D'un côté, le personnel peut ajouter de la souffrance en étant irrespectueux et en faisant preuve d'un manque de compréhension. D'un autre côté, le personnel peut faire diminuer la souffrance en étant respectueux, compréhensif et en utilisant la validation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Not Being Understood and Disrespectful Attitudes » (ne pas être compris et des attitudes irrespectueuses) Les participantes ont décrit des expériences vécues où elles ne se sont pas senties écoutées et respectées par le personnel. « Tout le monde pense que nous nous blessons pour attirer l'attention mais ce n'est pas le cas ; nous le faisons parce que la vie nous fait trop mal. » « Je ne ressens aucun respect pour moi, en tant qu'être humain... Si je me sens mal, ils (les soignants) me font simplement avaler des médicaments comme ça ils ont la paix dans le service et ne font rien d'autre... » « Ils ne me donnent pas le droit à la prise de décision et à la responsabilité, ils ne me demandent jamais ce que je pense ou ce j'aimerais. » • « Discontinuity and Betrayal » (discontinuité et trahison) Certaines participantes évoquent l'expérience de la discontinuité (de la prise en charge) lorsqu'un thérapeute les remet dans les mains d'un autre thérapeute et qu'il coupe le contact avec elles. Elles se sentent alors trahies et cette expérience alourdit leur souffrance.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • « Understanding, Respect and Validation – The Foundation of Being Helpful » (compréhension, respect et validation – éléments indispensables) Des récits des participantes, la compréhension, le respect et la validation (de la part des soignants) apparaissent être indispensables pour alléger leurs souffrances. • « Getting Help to Accept is the Beginning of Change » (recevoir de l'aide pour accepter est le début du changement) Recevoir de l'aide pour accepter les sentiments et mieux endurer la souffrance, constitue le début du changement. Une participante s'explique : « J'essaie d'accepter la vie comme elle est et d'accepter qu'il y a des jours agréables comme des jours infernaux... En acceptant ça, il est devenu plus facile de vivre avec. » • « Getting Help Being Responsible » (obtenir de l'aide, être responsable) Recevoir de l'aide pour se sentir responsables de leur propre vie comme de leur traitement, constitue également un élément efficace pour la lutte de leur santé. « J'ai des responsabilités et c'est moi, avec le soutien de mon thérapeute, qui dois changer certaines choses. »
Discussion / Perspectives	<p>Les trois thèmes globaux, ressortis dans cette étude, forment un mouvement de va-et-vient entre désespoir / souffrance et lutte pour la santé / dignité / vie valant la peine d'être vécue.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} thème L'automutilation peut être vue comme étant un moyen d'alléger la douleur et de la rendre supportable. Pour survivre et montrer une sorte de dignité dans leur monde de la douleur émotionnelle, les participantes portent le masque de normalité. Ainsi, elles montrent deux différents visages au monde extérieur ; le visage tourmenté de la douleur émotionnelle et le masque de normalité qui apparaît souvent mais qui « retombe » aussi vite. Si l'individu souffrant du TPB arrive à se comporter normalement, les gens peuvent avoir du mal à voir au-delà du masque de normalité, c'est-à-dire le monde de la douleur émotionnelle. Ainsi, pour ces gens, l'explosion de douleur et l'automutilation paraissent être plutôt un problème de comportement (le patient « fait des siennes », se comporte mal). Les fluctuations rapides entre les différents états d'humeur peuvent être mises en lien avec le phénomène de dissociation. (Dissociation : processus mental qui produit un manque de connexions

	<p>dans les pensées, les sentiments, les souvenirs et les actions d'une personne. Ce processus altère le sens de la réalité et l'identité. La dissociation est souvent la conséquence de traumatismes durant l'enfance (abus sexuels, émotionnels...). Si une personne arrive, chez le patient avec TPB, à voir à travers le masque de normalité, tout en gardant à l'esprit le phénomène de dissociation, il lui sera plus facile de valider et d'encourager le patient pour le travail qu'il fait sur lui (plutôt que de lui reprocher son mauvais comportement).</p> <p>La manière dont ces patients vivent ces épisodes dissociatifs serait un sujet intéressant pour de futures recherches.</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>• 2^{ème} thème</p> <p>La profonde ambivalence entre la peur de vivre et peur de mourir ou la soif d'amour et la haine de soi ressort de cette analyse. La haine de soi pour les patients atteints du TPB est souvent liée à une peur immense d'être rejeté. Ainsi, on comprend mieux leurs besoins de vérifier chez l'autre la confiance et le fait d'être aimé ainsi que de « tester » les relations avec autrui.</p> <p>• 3^{ème} thème</p> <p>Le personnel peut agir de manière utile et efficace et alléger la souffrance du patient en étant respectueux, compréhensif et en utilisant la validation. Ces résultats correspondent aux écrits d'Eriksson et Lindholm (1993) qui stipulent que le soulagement de la douleur commence par le fait d'être co-acteur dans le drame de la souffrance tout en reconnaissant la douleur du patient.</p> <p>Dans les récits des participantes, le lien est clairement établi entre l'expérience vécue des patientes de la validation / reconnaissance et l'expérience d'être aidées. Peut-être que la haine de soi que ressentent les patients avec TPB les rend plus vulnérables que les autres patients en psychiatrie et que c'est pour cette raison qu'ils ont besoin de plus de validation, reconnaissance et compréhension. L'expérience vécue d'être aidé et soutenu pour arriver à endurer la souffrance sans essayer d'y échapper sans arrêt, apparaît être la base du changement et du développement. Ceci correspond au 2^{ème} acte (« being in suffering ») dans le drame de la souffrance (Eriksson & Lindholm, ibid.) ; les professionnels donnent du temps et de l'espace aux patients pour souffrir tout en restant avec eux et en partageant la souffrance. Un lien peut aussi être établi avec le concept d'Eriksson « la souffrance du soin », lorsque les participantes sentent que le personnel rajoute du poids à leur douleur en étant irrespectueux dans leurs attitudes ou en ne faisant pas l'effort de les comprendre.</p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusion <p>Selon Kreisman et Straus (1989), comme les patients souffrant du TPB, nous luttons tous avec le même type de souffrances : le souhait d'être aimé et la peur d'être rejeté, vivre des moments sombres et des douleurs émotionnelles,...</p> <p>Le désir de vivre, la peur de mourir, la peur de vivre et le désir de mourir font partis des conditions existentielles de l'être humain. Ces conditions existentielles sont juste extrêmes chez la personne souffrant du trouble de la personnalité borderline. Comprendre cette différence est essentiel pour prendre soin, de manière optimale, des patients avec TPB.</p>
Aspects éthiques	<p>Cette étude a été approuvée par un comité d'éthique. Toute la démarche a également été décrite de manière détaillée, montrant le respect des principes éthiques.</p> <p>Toutes les participantes ont donné leur consentement par écrit. Elles ont toutes reçu les informations quant au déroulement de l'étude, oralement et par écrit. Le respect de l'anonymat a aussi été mentionné. Les participantes ont été également informées que le choix de participer ou de ne pas participer à cette étude n'allait en aucun cas influencer leurs futures prises en charge/ traitements.</p>
Commentaires personnels	<p>Plusieurs éléments, décrits dans cette étude, démontrent le souci des auteurs à rendre cette étude le plus fiable possible (ex : La personne qui s'est chargée des interviews n'avait jamais rencontré les participantes auparavant).</p> <p>Les auteurs gardent un regard critique sur leur étude et mentionnent certains éléments pouvant influencer les résultats (ex : l'état de l'humeur des participantes le jour de l'interview).</p> <p>Les nombreuses citations, dans les résultats, permettent au lecteur de mieux saisir la signification des thèmes mais aussi, elles apportent un grand intérêt à l'entier du texte. A travers ces nombreuses citations, le lecteur peut mieux ressentir et comprendre les émotions des participantes.</p> <p>De manière générale, l'étude amène beaucoup d'éléments pertinents. Elle se focalise sur le vécu des participantes mais permet tout de même de faire des liens avec la pratique des soignants. Il est juste regrettable que l'échantillon ne compte aucun homme.</p>