

Personnalités difficiles et troubles relationnels ?

Un défi pour l'équipe soignante.

Par **Dominique Boudreau**, inf., M.Sc., **Véronique Boulianne**, t.s. et **Delphine Roigt**, LL.B.

Ce matin, vous êtes au chevet de M^{me} Winkler pour évaluer sa plaie et refaire son pansement. Au moment de la laisser, vous ressentez frustration et impuissance. Cette patiente bouscule votre routine, ne cesse de vous faire des demandes, refuse vos soins ou exige que vous les fassiez à sa façon. Elle critique constamment le personnel et refuse de changer ses mauvaises habitudes de vie. Établir une relation de confiance et de soins avec cette patiente est très difficile, voire impossible. Les membres de l'équipe interdisciplinaire ressentent tous la même chose. Plus personne ne veut la soigner.



© Voronin76 / Dreamstime.com

Cette réalité est courante dans les milieux de soins. Elle décrit une situation où non seulement le patient, mais également l'équipe soignante, souffrent et se retrouvent dans une impasse thérapeutique. Généralement, ces types de comportements sont le fait de patients ayant des difficultés relationnelles ou encore des troubles de la personnalité.

La personnalité est considérée comme l'organisation structurée et dynamique des modes d'être, de penser et d'agir d'une personne (Townsend, 2010). Chaque individu possède des traits de personnalité qui le rendent unique et le différencient des autres. Ces caractéristiques personnelles se développent et se modifient avec les circonstances et les épreuves que cette personne a traversées, les rôles qu'elle a tenus dans la société, sa vulnérabilité biologique peut-être (D'Auteuil et Lafond, 2006), mais aussi selon la perception qu'elle a des événements de sa vie.

Une personne ayant développé de façon inconsciente des distorsions perceptuelles et des moyens d'adaptation inadéquats pour résoudre ses problèmes ou établir et maintenir des relations interpersonnelles peut souffrir d'un trouble de la personnalité (Marcus, 2013 ; André, 2008). Il s'agit d'un diagnostic médical où les structures de la

personnalité se sont tellement rigidifiées qu'elles ont un impact important sur le fonctionnement global de la personne et entraînent des troubles relationnels importants (Lickteig, 2009 ; APA, 2000 ; Goulet, 1999).

Le trouble de la personnalité entraîne une grande souffrance psychologique et une diminution de la qualité de vie (Soeteman et al., 2008). Au Canada, de 6 % à

Tableau 1 Classification des troubles de la personnalité

Groupe	Personnalité
A) Bizarre / excentrique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Paranoïaque ■ Schizoïde ■ Schizotypique
B) Dramatique / émotif / erratique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antisociale ■ Limite ■ Histrionique ■ Narcissique
C) Anxieux / craintif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dépendante ■ Obsessionnelle / compulsive ■ Évitante

Sources : CHUM, 2005 ; Townsend, 2010 ; APA, 2000.

Refus de soins et inaptitude

En vertu du droit québécois, toute personne est présumée apte à consentir à des soins ou à les refuser, c'est-à-dire qu'elle possède les compétences nécessaires pour le faire et qu'elle peut en décider même lorsque son choix s'oppose à celui des professionnels de la santé (*Code civil du Québec, 1991*).

Professionnellement, l'infirmière a le devoir de présenter à l'usager toute l'information nécessaire pour lui permettre de faire un choix libre (de son plein gré) et éclairé (il a reçu l'information nécessaire et l'a comprise).

Comme le consentement s'inscrit dans un processus décisionnel, un dialogue soignant-soigné, exempt de jugement, est nécessaire. Plus la décision est importante, plus le degré de compréhension du patient doit être vérifié. Puisque cette décision peut évoluer dans le temps, le patient a toujours le pouvoir et le droit de la modifier à n'importe quel moment.

Et qu'arrive-t-il lorsque le patient demande d'arrêter des soins en cours d'exécution, après avoir préalablement donné son consentement ?

En principe, lorsque le désir de retirer son consentement est exprimé ou qu'il y a un doute sur la volonté du patient de maintenir son consentement au cours d'un acte professionnel, le soignant doit l'interrompre. Inévitablement, un dialogue avec le patient et une réévaluation de la situation dans son ensemble s'imposent alors.

L'inaptitude

Selon leur champ de pratique, les infirmières ont la responsabilité d'évaluer la condition physique et mentale des patients qu'elles soignent. Par conséquent, si l'évaluation d'un usager les amène à remettre en question son aptitude à consentir à des soins, elles doivent en faire part au médecin traitant qui procédera à sa propre évaluation de l'aptitude à consentir ou non de son patient.

Si l'inaptitude de l'usager est déclarée, deux options s'offrent au soignant :

1. avoir recours au consentement substitué, ou
2. recourir à l'ouverture d'un régime de protection.

Le législateur québécois a prévu une procédure pour désigner autant que possible une personne qui informera les soignants de la volonté d'un usager inapte et qui contribuera à la prise de décision dans son intérêt supérieur (*Code civil du Québec, 1991*). Dans une situation où l'inaptitude est permanente, on privilégiera l'ouverture d'un régime de protection en vue de protéger l'usager, autant sa personne que ses biens. Une évaluation psychosociale est alors réalisée pour soutenir cette demande. Elle sera acheminée à un responsable de l'établissement et envoyée ensuite au bureau du Curateur public du Québec.

Par ailleurs, si l'usager est jugé apte à décider pour lui-même, outre certaines exceptions telles l'urgence, la garde en établissement et le besoin flagrant de soins d'hygiène, son consentement et son refus devront être respectés par le personnel hospitalier même s'ils vont à l'encontre des recommandations médicales.

15 % de la population en serait atteinte (Langlois *et al.*, 2012). Ces mécanismes sociaux sont considérés comme « mésadaptés ». Ils apparaissent généralement pendant l'adolescence, au début de l'âge adulte ou après un stress intense tel un deuil, une maladie ou une mauvaise nouvelle (Langlois *et al.*, 2012 ; Marcus, 2013). Il existe trois groupes dans la classification des troubles de la personnalité (voir Tableau 1).

Dans les milieux cliniques, lorsqu'on rencontre un patient dont le comportement ou les décisions perturbent la façon d'offrir et d'organiser les soins, on le qualifie de « patient difficile ». Plusieurs de ces cas sont des personnes qui, sans avoir nécessairement reçu un diagnostic médical, ont une personnalité du groupe B, plus précisément narcissique ou limite. Malgré l'impression qu'elles donnent, elles vivent une grande souffrance psychologique qui s'extériorise par des comportements dérangeants comme des difficultés relationnelles nombreuses, une méfiance envers le personnel, des plaintes répétées, des réparties inflexibles, une attitude égocentrique, un manque d'empathie, une humeur instable, une distorsion des événements, un non-respect des ententes, une incapacité à se voir objectivement et des préoccupations suicidaires (APA, 2000 ; Marcus, 2013 ; CHUM, 2005). De plus, la comorbidité avec un autre problème est fréquente, par exemple un trouble de la personnalité concomitant à une dépendance à des substances psychoactives (Fridell et Nilson, 2004 ; Racine et Nadeau, 1995).

L'épisode de soins

Quand un épisode de soins est perturbé par une incompatibilité entre la personnalité du patient et le contexte dans lequel les soins sont offerts par les professionnels, la relation équipe soignante-patient se détériore et entraîne des conséquences regrettables pour les deux parties.

Pour le patient, les soins requis par son état de santé risquent de devenir inadéquats.

Pour le personnel, cette situation peut provoquer des mésententes entre les membres de l'équipe et susciter chez certains un désengagement dans leur relation avec le soigné. L'ambiguïté émotive peut susciter un déchirement chez le soignant : d'un côté, professionnalisme et humanisme lui imposent d'offrir des soins de qualité et empreints d'empathie alors que de l'autre côté, s'entremêlent des sentiments de colère, de culpabilité, d'impuissance, de peur, d'incompréhension, parfois de rejet et d'incompétence.

Le contrat thérapeutique

Il n'est pas rare que le soignant croise une patiente comme M^{me} Winkler où les valeurs de l'un contredisent celles des autres, ce qui crée un conflit ou un dilemme éthique. Dans ce contexte, il est important de se rappeler que, dans la majorité des cas, l'aptitude de l'usager à consentir à ses soins demeure intacte et n'est pas restreinte par son trouble de la personnalité.

Il importe de maintenir une bonne communication avec toutes les personnes concernées, y compris avec le patient, et de bien établir le cadre d'intervention, les objectifs de soins et leur arrimage avec les besoins du patient.

Tableau 2 Caractéristiques d'un contrat thérapeutique

Doit	Ne doit pas
<ul style="list-style-type: none"> ■ Être court (idéalement 1 page). ■ Se concentrer sur quelques éléments essentiels à l'atteinte des objectifs de soins découlant des objectifs de vie du patient. ■ Être précis dans la collaboration attendue du patient. ■ Prévoir une section d'engagements du personnel. ■ Prévoir une sanction au besoin. ■ Être discuté et établi avec le patient. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Être trop long. ■ Vouloir régler tout ce que le patient n'a pas réglé depuis sa naissance. ■ Être imprécis. ■ Avoir un ton irrespectueux, moralisateur ou infantilisant. ■ Être punitif. ■ Déresponsabiliser le personnel. ■ Prévoir une sanction qui ne peut être mise en œuvre. ■ Être imposé au patient, sauf cas exceptionnel.

Source : Boudreau et al., 2013.

Trop souvent, les plans de soins sont élaborés sans la participation des usagers, ce qui exacerbe les comportements perturbateurs des personnes souffrant de troubles de la personnalité.

L'élaboration d'un contrat thérapeutique peut être utile pour rallier le personnel soignant et l'usager autour d'objectifs communs, partagés et réalisables (voir Tableau 2).

Le projet de vie de l'usager, et non pas le plan de traitement, doit être à la base de la discussion. Le patient sera sensibilisé à la nécessité de collaborer pour atteindre ses objectifs de vie, ainsi qu'à celle d'éviter les comportements qui empêchent leur réalisation.

Les soignants doivent demeurer vigilants et parfois refuser de participer à des interventions qui iraient à l'encontre de l'intérêt primordial de l'usager. Cela signifie qu'ils doivent établir des limites en réponse à des demandes

inappropriées de l'usager ou lorsque son manque de collaboration menace la qualité des soins.

Le respect de l'autonomie de la personne doit être considéré en relation avec d'autres valeurs essentielles, soit la bienfaisance, le professionnalisme et la non-malfaisance.

Dans l'ensemble du réseau de la santé, une prise de conscience s'impose sur la façon dont nous accueillons et traitons les patients présentant des troubles relationnels. Cette clientèle souffrante utilise des mécanismes de défense inappropriés. Comme infirmière, il faut se rappeler que ces comportements perturbateurs ne sont qu'une façade sous laquelle se cachent des besoins non exprimés. Il faut éviter les pièges du désengagement et du contre-transfert et se poser les bonnes questions.

Si le patient a des devoirs et des responsabilités relativement à sa santé, il a également des droits dont il faut tenir compte dans la planification des soins. Discuter de la situation avec les membres de l'équipe interdisciplinaire, considérer l'expertise du patient et évaluer les enjeux éthiques sont des pistes qui permettront d'offrir des soins sécuritaires et de qualité à cette clientèle.

Les auteures



Dominique Boudreau est conseillère en soins spécialisés, volet santé mentale et médecine des toxicomanies, Direction des soins infirmiers, au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).



Véronique Boulianne est travailleuse sociale et coordonnatrice de la formation continue et de l'enseignement au CHUM.



Delphine Roigt est juriste, éthicienne et formatrice.

Bibliographie

American Psychiatric Association (APA). *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR™*. Washington (DC), American Psychiatric Publishing, 2000, 370 p.

André, C. « Trouble de la personnalité », *La Revue du praticien*, vol. 58, n° 5, 15 mars 2008, p. 551-556.

Boudreau, D., D. Roigt et V. Boulianne. « Trouble de la personnalité / trouble relationnel, une question d'éthique ou d'étiquette ? » (communication présentée au Colloque CII/DSI du Centre hospitalier de l'Université de Montréal), nov. 2013.

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). *Guide clinique en soins infirmiers* (2^e éd.), Montréal, CHUM, 2005.

Code civil du Québec, R.L.R.Q., c. C-1991. [En ligne www.canlii.org/fr/qc/legis/lois/lrq-c-c-1991/] (Page consultée le 17 octobre 2013.)

D'Auteuil, S. et C. Lafond. *Vivre avec un proche impulsif, intense, instable*, Montréal, Bayard, 2006, 152 p.

Fridell, M. et M. Nilson. « Co-morbidity—drug use and mental disorders », *Drugs in focus—Briefing of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA, Lisbonne* (Portugal), 2004, 4. p. [En ligne : www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44768_EN_Dif14EN.pdf] (Page consultée le 27 février 2014.)

Goulet, J. « Troubles de la personnalité », in Lalonde, P., J. Aubut et F. Grunberg (ss la dir. de), *Psychiatrie clinique : Une approche bio-psycho-sociale* (Tome 1 : Introduction et syndromes cliniques) (3^e éd.), Boucherville, Gaëtan Morin, 1999, p. 650-683.

Langlois, K.A., A.V. Samokhvalov, J. Rehm, S.T. Spence et S. Connor Gorber. *Descriptions des états de santé au Canada : Maladies mentales*, 2012, 94 p. [En ligne : www.statcan.gc.ca/pub/82-619-m/82-619-m2012004-fra.pdf] (Page consultée le 7 février 2014.)

Lickteig, M. « Personality Disorders », in Morr, W.K. (ss la dir. de), *Psychiatric-mental health nursing; evidence-based concepts, skills, and practices* (7^e éd.), Philadelphie (PA), Lippincott Williams & Wilkins, 2009, p. 481-503.

Loi sur les infirmières et les infirmiers, L.R.Q. c. I-8. [En ligne : www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/L8/I8.htm] (Page consultée le 7 février 2014.)

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q. c. S-4.2. [En ligne : www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html] (Page consultée le 7 février 2014.)

Marcus, P. « Troubles de la personnalité », in Fortinash, K.M. et P.A. Holoday Warret (ss la dir. de), *Soins infirmiers ; santé mentale et psychiatrie*, Montréal, Chenelière Éducation, 2013, p. 388-421.

Racine, S. et L. Nadeau. *Interaction entre le trouble de la personnalité et la toxicomanie*, Montréal, RISQ, sept. 1995, 54 p. [En ligne : <https://depot.erudit.org/bitstream/000871dd/1/000206pp.pdf>] (Page consultée le 27 février 2014.)

Soeteman, D.I., R. Verheul et J.J. Busschbach. « The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life », *Journal of Personality Disorders*, vol. 22, n° 3, juin 2008, p. 259-268.

Townsend, M.C. *Soins infirmiers – psychiatrie et santé mentale* (2^e éd.), Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, 2010, 790 p.