



Institut de Formation en Soins Infirmiers
CHU de Rennes

Promotion 2022-2025

BLIER Lili-Rose

DÉFIS DE L'APPROCHE ROGÉRIENNE : MAINTENIR L'ALLIANCE
THERAPEUTIQUE EN PSYCHIATRIE - VIOLENCE ET TROUBLES
DE LA PERSONNALITÉ

TRECS - Travail de raisonnement scientifique appliqué au soin

MAI 2025

Sous la direction de FORTIN Virginie



**PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE
DIRECTION RÉGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**

Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier-e

Travail de fin d'études : TRAVAIL DE RAISONNEMENT CLINIQUE APPLIQUÉ AUX SOINS

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier-e est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel. Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 04/05/2025

Signature de l'étudiant :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

REMERCIEMENTS

C'est avec une profonde gratitude que je rédige ces remerciements, car ce travail marque l'aboutissement de trois années riches en apprentissages, en expériences et en rencontres, qui ont toutes, à leur manière, contribué à sa construction.

À ma guidante de TRECS, Virginie Fortin, qui a toujours su se rendre disponible et m'orienter lors des moments de doute, même lorsque j'ai envisagé de tout recommencer depuis le début, ainsi qu'à toute l'équipe pédagogique de l'IFSI de Rennes.

Aux équipes du CHGR, qui ont toujours su m'encadrer en m'estimant en tant que future infirmière, et qui m'ont transmis cet amour pour la psychiatrie, et plus particulièrement au Dr Berger Julia, qui force l'admiration et qui aurait suffi à elle seule à me faire reprendre des études de médecine pour devenir psychiatre.

À mes amies de promotion, Léane Rousse, Anaëlle Gueguen et Maelane Madigou, et à mon compagnon Ewen Mazé, qui ont fait partie des plus belles rencontres de ces dernières années, et qui feront d'excellents infirmiers. Merci d'avoir allégé mon cœur sur ces trois années parfois difficiles.

Je tiens également à remercier ma famille, pour avoir toujours été disponibles et avoir cru en moi, et leurs relectures précieuses qui ont apporté un regard extérieur essentiel à ce travail.

Enfin, la plus grande partie de mes remerciements revient à l'ensemble des patients que j'ai pu prendre en soin au cours de ces trois ans. Chacun d'entre eux a contribué à façonner la soignante que je suis en train de devenir. Ils ont été les véritables maîtres de ma formation, ceux qui lui ont donné tout son sens et toute sa profondeur. Et je promets de m'engager tout au long de ma carrière avec la même sincérité et la même abnégation, pour alléger un tant soit peu leur séjour hospitalier.

Merci pour la confiance offerte et les histoires partagées.

Merci d'avoir rendu si évidente ma vocation de soignante.

À toutes ces personnes qui, par leur présence, leurs paroles et leurs gestes, ont fait de ce travail bien plus qu'un simple exercice académique, merci. Ce projet est le fruit de vos influences et de vos partages, et il me ressemble profondément.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE.....	3
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES UTILISÉS.....	5
INTRODUCTION.....	1
1. Présentation de la situation de départ.....	1
2. Problématisation.....	2
3. Etat des lieux des connaissances.....	3
3.1. L'approche centrée sur la personne de Carl Rogers.....	3
3.2. L'alliance thérapeutique.....	5
3.3. Troubles de la personnalité et comportements violents.....	7
4. Question de recherche.....	8
MÉTHODES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	9
1. Mots clés et équation de recherche.....	9
2. Sélection des bases de données.....	10
3. Inclusion et exclusion des articles.....	11
3.1. Exclusion des articles.....	11
3.2. Inclusion : Présentation de l'article choisi.....	13
LECTURE CRITIQUE D'ARTICLE.....	15
1. Analyse de la forme de l'article.....	15
2. Analyse du corps de l'article.....	16
2.1 Introduction.....	16
2.2 Méthode.....	17
2.2.1 Le design de l'étude.....	17
2.2.2 Critique de la population.....	17
2.2.3 Critique du recueil de données.....	17
2.2.4 Critique des analyses statistiques.....	18
2.3 Résultats.....	18
2.4 Discussion.....	19
2.5 Conclusion.....	20
2.6 Applications cliniques.....	20

DISCUSSION.....	21
CONCLUSION.....	24
BIBLIOGRAPHIE.....	25
ANNEXES.....	30

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES UTILISÉS

TRECS : Travail de raisonnement appliqué au soin

CHGR : Centre Hospitalier de Guillaume Rénier (établissement public isolé)

ACP : Approche centrée sur la personne

CEP : Certificat européen de psychothérapie

IMRAD : Introduction, méthode, résultats et discussion

PEO : **P**atient/ **P**opulation, **E**xposure of interest, **O**utcome

PCC : **P**atient/ **P**opulation, **C**oncept (C1), **C**ontext (C2)

ASPD : Trouble de la personnalité Antisociale

TPB : Trouble de la personnalité borderline

DBT : Théorie comportementale dialectique

TCP (ou TPB en anglais) : Théorie du comportement planifié

TCC : Théorie cognitivo-comportementale

DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques (en anglais : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

TPBaspd : The theory of planned behaviour questionnaire for aspd treatment

Mesures KMO : Test de Kaiser-Meyer-Olkin (indice compris entre 0 et 1)

Analyse PCA : L'analyse en composante principale ou PCA (Principal component analysis)

ANOVA : Analyse de la variance

INTRODUCTION

1. Présentation de la situation de départ

Nous nous situons dans cette situation au cours de mon stage de troisième année dans un service d'admission psychiatrique. C'est mon deuxième stage dans cette typologie de santé mentale, mais celui-ci se distingue par un positionnement professionnel plus affirmé, en cohérence avec mon avancée dans la formation infirmière.

L'unité repose sur une collaboration pluridisciplinaire, mais en raison de contraintes de recrutement, l'absence de psychologue dans le service confère aux infirmiers un rôle clé dans l'accompagnement psychologique des patients à travers les entretiens.

C'est dans ce contexte que nous avons accueilli M.X, un patient de 41 ans hospitalisé sous contrainte pour péril imminent, à la suite d'un épisode maniaque aigu dans le cadre d'un trouble bipolaire de type 1. Son historique médical révélait également une toxicomanie (cannabis et cocaïne) et un trouble de la personnalité antisociale qui sont venus compliquer sa prise en charge. Dès son arrivée, je me suis occupée de ce patient, et j'ai pu faire mon projet de soin sur son cas clinique, ce qui m'a placé au cœur de sa prise en soin.

Très vite, M.X a commencé à être menaçant et interprétatif envers les patients et les soignants. L'équipe a donc pris la décision de le placer en chambre d'isolement suite au vol du téléphone d'un autre patient, après avoir eu besoin de recourir à l'aide de l'équipe de renfort. Le lendemain, il est resté imperméable à l'échange, ne reconnaissant pas les raisons de son isolement. Il attribuait la responsabilité de ses comportements aux autres patients, qu'il considérait comme hyper stimulants. Son comportement n'a pas connu d'évolution et a nécessité des interventions régulières de l'ensemble de l'équipe afin de rappeler le cadre de l'hospitalisation lors des temps de sortie accordés.

Après avoir été stabilisé dans le cadre de sa bipolarité, Mr X est sorti d'hospitalisation mais est revenu pour une nouvelle décompensation maniaque. On lui a alors suspecté des activités illégales avec un réseau de trafic géré avec d'autres patients, rendant d'autres patients réfractaires aux soins et perturbant l'organisation du service.

Sa prise en charge a mis en avant, du côté de toute l'équipe de soin, un sentiment d'impuissance important. Toute tentative de discussion étant dévoyée par des stratégies de manipulation, ce qui rendait l'alliance thérapeutique inaccessible.

À cela s'est ajouté des interrogations éthiques, en raison de l'hypothèse d'un casier judiciaire dont nous n'avions pas connaissance (appel de la décision de levée de contrainte du médecin par le procureur), ainsi qu'à la vulnérabilité de son épouse, sous une emprise psychologique constatée à de nombreuses reprises par l'équipe soignante.

2. Problématisation

Cette situation met en exergue la contradiction soignante entre adopter une approche empathique et objective et les exigences de la prise en charge psychiatrique auprès de patients aux comportements difficiles. Ces contextes soulèvent en effet des questions sur la posture soignante, les limites de l'alliance thérapeutique et les stratégies à mettre en place pour assurer une relation de soin sécurisée et efficace.

La psychiatrie me passionne depuis longtemps, nourrissant ma volonté de comprendre les mécanismes psychiques sous-jacents aux comportements humains.

Avant d'entrer dans la formation infirmière, j'ai fait une année de droit (après avoir hésité entre la faculté de droit et celle de psychologie), en étant vivement intéressée par la criminologie, la victimologie et la psychologie des individus. Mon intérêt initial s'est approfondi à travers mes expériences de stage, me poussant à explorer les dimensions psychothérapeutiques du soin infirmier.

En commençant à réfléchir autour de ce sujet, j'ai vite mis en lien ma situation avec nos cours de 1.1 (psychologie) de S3 et notamment l'approche centrée sur la personne (ACP) de Carl Rogers, qui se fonde sur l'idée d'accepter l'autre dans sa globalité, sans jugement, à travers une écoute bienveillante et empathique en mettant de côté ses croyances et sa subjectivité.

Cette approche est généralement utilisée par des psychologues dans le cadre d'une thérapie centrée sur la personne, où la relation thérapeutique vise à offrir un espace sécurisant pour que le patient puisse explorer ses émotions et ses difficultés.

Cependant, l'absence de psychologue dans notre service me confronte en tant qu'infirmière à l'idée d'adapter cette posture dans mes propres prises en charge, ce qui me pousse à réfléchir à la manière dont l'approche rogérienne pourrait être un outil dans ma future pratique professionnelle.

Si l'on s'intéresse à l'ouvrage *Vocabulaire de Psychosociologie*, il est précisé que Rogers s'opposait fermement à toute forme de cadre coercitif dans la relation thérapeutique, estimant que la contrainte entrave le processus de croissance personnelle (de Peretti, 2012, pp. 589-600). Cette position l'a d'ailleurs souvent mis en désaccord avec les psychiatres de son époque, qui privilégiaient des approches plus directives, notamment dans le traitement des patients violents ou présentant des troubles sévères. Dans le cadre de notre situation, qui se déroule au sein d'un hôpital psychiatrique du XXI^e siècle auprès d'un patient hospitalisé sous contrainte et placé en chambre d'isolement, nous pouvons donc nous questionner sur la pertinence de l'intégration des principes rogériens dans ce contexte.

Cela fait écho à mon désir de pousser mes compétences infirmières vers une dimension plus psychothérapeutique, là où la communication et l'empathie jouent un rôle central, et où il peut être difficile en tant que jeune diplômée en psychiatrie de quitter sa subjectivité et ses appréhensions dans ce type de prise en charge.

En somme, c'est cette réflexion qui m'a conduite à choisir cette problématique. Elle répond à mon envie de me confronter à des cas psychiatriques difficiles, tout en intégrant dans ma pratique des concepts thérapeutiques issus de la psychologie après en avoir étudié les limites.

- Quelles sont les limites de l'ACP auprès de comportements agressifs et manipulateurs ?
- Jusqu'où pousser l'alliance thérapeutique face à un patient anosognosique (qui n'est pas conscient de ses troubles) ?
- Comment maintenir une posture neutre face à des comportements violents et manipulateurs ?
- Comment gérer les conflits de valeurs internes provoqués par l'absence de psychologue ? Quel est le rôle infirmier dans cette volonté de se substituer au manque de personnel ?
- Comment adapter le suivi et les interventions dans un contexte de rechute et de récurrence ?
- D'où proviennent les craintes des soignants à l'idée de prendre en charge des patients atteints de troubles de la personnalité ?
- Comment parvenir à rester objectif et à ne pas montrer ses appréhensions ?

Avant d'analyser les implications de cette approche en milieu psychiatrique, il est essentiel de préciser l'ensemble des fondements théoriques et conceptuels nécessaires à la compréhension de notre sujet.

3. Etat des lieux des connaissances

3.1. L'approche centrée sur la personne de Carl Rogers

L'Approche centrée sur la personne (ACP) est une méthode de psychothérapie et de relation d'aide développée par le psychologue américain Carl Rogers dans les années 1940. Avant de porter le nom "Approche centrée sur la personne", l'ACP avait été d'abord baptisée "Orientation non directive" ; puis "Psychothérapie centrée sur le client".

Cette approche repose sur la conviction que chaque individu possède en lui les ressources nécessaires pour se comprendre et modifier son comportement, à condition de bénéficier d'un environnement favorable caractérisé par :

- **L'Empathie** - “capacité à entrer dans le monde de l'autre comme s'il s'agissait du sien propre afin de le comprendre” (ACP-France, 2017)
- **La congruence**, ou authenticité - “cohérence entre l'expérience, la conscience de soi et ce qui est exprimé” (ACP-France, 2017)
- **La considération positive inconditionnelle** - “porter sur autrui un regard positif et respectueux, sans jugement, fondé sur la confiance dans son autoréalisation. Pour Carl Rogers, ce qu'il y a de plus profond au cœur de l'homme est digne de confiance” (ACP-France, 2017)

Cette approche met l'accent sur l'importance de la relation thérapeutique et sur la capacité de l'individu à se réaliser en tant que personne, à travers ce qu'on nomme “tendance actualisante”.

Afin de mieux comprendre cette approche, il me semble essentiel de s'intéresser rapidement à son pionnier, Carl Rogers, qui a fait de l'Approche centrée sur la personne la principale ligne directrice de son travail.

Ainsi, en approfondissant les recherches, il est possible de revenir sur le Congrès mondial de la psychothérapie qui s'est tenu en Juillet 2017 à L'UNESCO. Lors de ce dernier, Clément Haudiquet, psychothérapeute titulaire du CEP (certificat européen de psychothérapie) a rendu hommage à Carl Rogers¹.

Dès les années 1930, Rogers s'interrogeait sur les éléments qui permettraient de favoriser une relation d'aide et de soutien efficace. À Rochester, lorsqu'il dirigeait un service d'aide à l'enfance en situation de prédélinquance, il a développé une méthode de diagnostic pour les enfants en difficulté et publié son premier ouvrage sur leur prise en charge (*Clinical Treatment of the Problem Child*, 1939). Les conditions qu'il identifiait alors comme essentielles dans les familles d'accueil (compréhension, stabilité, affection et confiance dans le potentiel de l'enfant) préfiguraient déjà ses recherches ultérieures sur les "conditions facilitantes" en thérapie, qui vont nous être utiles pour réfléchir à leur application auprès de patients avec des traits de personnalité.

Concernant l'Approche Centrée sur la personne qu'il a étayé au fur et à mesure des années, elle est citée comme “l'une des rares écoles psychothérapeutiques fondée sur une

¹ Haudiquet, C. (2017, juillet). *Intervention lors du Congrès mondial de la psychothérapie*. UNESCO.

démarche scientifique et une recherche rigoureuse” (Haudiquet, 2017). Pour permettre cette recherche, Carl Rogers a tenu des entretiens réels, menés, étudiés et analysés pour parfaire son cadre théorique. La recherche y est riche avec plus de 200 études quantitatives et 200 autres qualitatives effectuées entre 1947 et 1953.

Aujourd’hui, de nombreuses études sont venues remettre à jour les analyses du processus relationnel en psychothérapie, avec un concept d’alliance thérapeutique central.

Concept sur lequel nous reviendrons à la suite de notre apport théorique.

En 2002, l’étude de l’Association Américaine de psychologie (Norcross) a ainsi mis en évidence dix éléments indispensables pour instaurer une relation thérapeutique efficace : “la collaboration sur les objectifs ; l’alliance thérapeutique ; l’empathie ; la gestion du contre-transfert ; la considération positive ; la congruence ; l’ouverture de soi ; l’interprétation d’ordre relationnel et la réparation des ruptures d’alliances”.

Ce mouvement qui a fait naître de nouvelles études qualitatives a ainsi permis de “faire écho au regain d’intérêt pour les psychothérapies humanistes”.

Ainsi, depuis les années 2000, d’importantes méta-analyses ont été publiées, comme celles de R. Elliott en (2013) et (2016).

3.2. L’alliance thérapeutique

Afin de s’intéresser au terme général d’Alliance Thérapeutique, Marie-Claude Mateo, dans son ouvrage *Les concepts en sciences infirmières*², analyse le groupe de mots en commençant par ses deux termes distincts :

L’alliance, qui s’appuierait selon l’auteure sur la collaboration patient/thérapeute et s’articulerait autour de quatre aspects : la négociation, la mutualité, la confiance et l’acceptation d’influencer ou de se laisser influencer (Beitman et Klerman, 1991).

Au regard de la définition du dictionnaire en ligne *Trésor de la langue française*, l’alliance “désigne une union par engagement mutuel” (du verbe alligare = *attacher à*).

La thérapeutique, emprunté du grec *therapeuein* (“qui prend soin de”) qui désigne quant à elle “l’art de prendre soin”.

Historiquement, Carl Rogers définissait en 1957 l’alliance thérapeutique comme “la perception par le patient de la capacité d’empathie du thérapeute, qui influence le travail thérapeutique”. D’autres auteurs soulignent l’importance de cette alliance thérapeutique.

Luborsky (1976) distingue deux formes d’alliance « aidante », évoluant au fil du traitement :

La première, dominante en début de thérapie, repose sur la capacité du thérapeute à

² Mateo, M.-C. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (2^e éd.). Edition Mallet Conseil.

offrir une contenance sécurisante, afin de permettre au patient de s'investir dans la relation de confiance.

La seconde, dans les phases avancées du traitement, repose sur une collaboration active entre patient et thérapeute pour permettre l'atteinte des objectifs thérapeutiques.

Ricœur (2001) décrit l'alliance thérapeutique comme un "pacte de soins". Cette approche perçue comme un engagement profond entre deux personnes met ainsi en lumière la dimension éthique et existentielle de la relation thérapeutique, où la rencontre humaine devient le socle du processus de soin.

L'alliance thérapeutique s'est depuis étendue aux diverses approches psychothérapeutiques et aux pratiques soignantes en général. Ce concept souligne l'importance de la collaboration et du lien de confiance dans le processus thérapeutique. Son rôle est particulièrement crucial puisque nous savons, grâce à plusieurs recherches, que l'alliance thérapeutique représente l'un des meilleurs facteurs prédictifs de l'issue thérapeutique (Luborsky et al, 1985).

Plusieurs facteurs influencent la construction et la qualité de l'alliance comme les caractéristiques personnelles du patient et du soignant. Si, dans des conditions idéales, l'alliance se forge dans un processus interactif et mutuel, il arrive que certains patients refusent d'y prendre part. La question se pose alors : Comment instaurer une alliance thérapeutique lorsque le patient rejette toute implication dans la relation de soin ?

Face à une telle situation, le thérapeute se retrouve seul dans une dynamique où le pacte de soin, décrit par Ricœur (2001), ne peut s'établir de manière bilatérale. La confiance, élément clé de l'alliance, ne peut être imposée mais doit émerger progressivement, parfois en l'absence d'un engagement conscient du patient. Dans ces cas, la posture du thérapeute devient essentielle : il doit créer un climat sécurisant, faire preuve de patience et d'adaptabilité, et accepter que l'alliance puisse, dans un premier temps, être asymétrique. L'enjeu est de trouver des stratégies permettant d'accueillir la réticence du patient sans pour autant renoncer à la possibilité d'une collaboration future. Cette réflexion amène donc à repenser l'alliance thérapeutique non plus comme une condition préalable au soin, mais comme un processus qui, même en apparence unilatéral, peut évoluer vers un engagement progressif du patient.

3.3. Troubles de la personnalité et comportements violents

Selon Mark Zimmerman dans le manuel MSD vérifié et révisé en 2023, les troubles de la personnalité constituent des affections psychiatriques caractérisées par des schémas de pensée, de perception et de comportement rigides et inadaptés, engendrant une

détresse profonde et des perturbations majeures dans la vie sociale, professionnelle et affective.

Ces troubles, qui apparaissent généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, sont définis par le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5), qui en recense dix types distincts, regroupés en trois grandes catégories en fonction de leurs manifestations dominantes (American Psychiatric Association, 2023).

- Le groupe A regroupe les troubles de la personnalité paranoïaque, schizoïde et schizotypique, caractérisés par des comportements étranges ou excentriques, une méfiance excessive, un détachement émotionnel ou encore des croyances atypiques et des attitudes singulières.
- Le groupe B inclut les troubles de la personnalité antisociale, borderline, histrionique et narcissique, marqués par une instabilité émotionnelle, des comportements impulsifs ou manipulateurs et un mépris des normes sociales, où l'irresponsabilité et l'agressivité peuvent engendrer des conduites menaçantes pour autrui.
- Enfin, le groupe C regroupe les personnalités évitantes, dépendantes et obsessionnelles-compulsives, se distinguant par une forte anxiété, une peur marquée du rejet, une soumission excessive ou encore un perfectionnisme rigide et envahissant.

Les comportements inadaptés que les individus peuvent susciter, allant de l'instabilité relationnelle aux attitudes menaçantes ou destructrices, peuvent parfois rendre les interactions complexes et douloureuses, non seulement pour l'individu concerné, mais également pour son entourage.

La psychothérapie constitue le principal levier thérapeutique, permettant aux personnes atteintes de prendre conscience de leurs schémas dysfonctionnels, de comprendre leur rôle dans la genèse de leurs difficultés et d'acquérir des stratégies plus adaptées à la gestion de leurs émotions et relations interpersonnelles.

Au sein de la littérature, certains troubles de la personnalité, notamment ceux du groupe B (antisocial, borderline, histrionique et narcissique), sont plus fréquemment associés à des comportements agressifs ou violents, bien qu'il soit essentiel de nuancer cette relation en tenant compte de nombreux facteurs, comme les antécédents de traumatismes, l'environnement social ou encore les comorbidités psychiatriques.

Les troubles de la personnalité impliquent souvent des altérations des mécanismes de régulation émotionnelle, de l'impulsivité et de la cognition sociale, ce qui peut favoriser des réactions agressives ou inadaptées.

Par exemple, le trouble de la personnalité antisociale est directement associé à une propension à la violence, notamment en raison d'un manque d'empathie, d'une intolérance à

la frustration et d'une impulsivité accrue (Voyer et al, 2009). D'un point de vue neurobiologique, les dysfonctionnements du cortex préfrontal, impliqué dans le contrôle des impulsions, et de l'amygdale, centre de la régulation des émotions, notamment la peur et l'agressivité, sont souvent observés chez les personnes présentant ces troubles (Kiehl, K. A., 2006).

Dans les services de psychiatrie, les personnes souffrant de troubles de la personnalité peuvent parfois représenter des prises en soin difficiles, en raison de comportements inadaptés voire violents. Plusieurs facteurs peuvent aggraver ces comportements en milieu hospitalier, comme un environnement perçu coercitif, l'usage de substances psychoactives, ou encore les frustrations liées aux soins, comme une hospitalisation sous contrainte.

4. Question de recherche

Si la difficulté du soin en psychiatrie ne saurait être réduite aux seules caractéristiques du patient et de sa pathologie, elle réside également dans la posture soignante elle-même, mise à l'épreuve par ses dynamiques relationnelles. L'établissement d'une alliance thérapeutique auprès de patients présentant des comportements violents, ne repose pas uniquement sur une maîtrise théorique des concepts de soin, mais engage l'infirmier dans une confrontation à ses propres limites : la gestion du contre-transfert, l'impact de la charge émotionnelle, la peur qui peut parfois surgir face à l'imprévisibilité de l'autre.

Le soignant se trouve alors tiraillé entre l'exigence de maintenir une relation d'écoute et d'humanité, qui pourrait faciliter l'élaboration d'une relation de confiance, et la nécessité de préserver un cadre sécurisant, tant pour lui-même que pour le patient et l'institution.

C'est cette frontière entre l'implication personnelle et la rigueur professionnelle, qui m'amène à la question suivante : ***En quoi l'approche centrée sur la personne constitue-t-elle un défi infirmier dans le maintien de l'alliance thérapeutique auprès de patients violents atteints de troubles de la personnalité ?***

MÉTHODES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

1. Mots clés et équation de recherche

Afin d'approfondir cette réflexion, une méthode de recherche structurée a été élaborée, mobilisant des outils d'analyse documentaire adaptés au sujet. En effet, la question de recherche peut s'inscrire dans une perspective soit qualitative, soit quantitative. Elle pourrait donc être structurée par le modèle **PEO** (*Population-Exposure-Outcome*), en considérant : les patients atteints de troubles de la personnalité avec des comportements violents (P), l'exposition à l'approche centrée sur la personne (E) et les effets observés sur l'alliance thérapeutique (O). Elle peut également être envisagée sous le prisme du modèle **PCC** (*Population-Concept-Context*) dans le cadre d'une revue exploratoire, avec un concept porté sur l'alliance thérapeutique basé sur l'ACP dans un contexte des soins infirmiers en psychiatrie.

Dans cette optique, j'ai défini un certain nombre de mots-clés spécifiques afin de cibler des articles pertinents pour ma recherche, puis les ai traduit en mots mesh. Les mots-clés retenus ont été les suivants :

- **Approche centrée sur la personne** : Fondements théoriques et applications de cette approche en psychiatrie (*Person-centered approach ; Rogers*) ;
- **Alliance thérapeutique / relation de confiance / relation soignant-soigné** : Pour interroger le maintien du lien soignant-soigné malgré les comportements perturbateurs (*Therapeutic alliance ; Relationship of trust ; Caregiver/healthcare relationship*) ;
- **Troubles de la personnalité (antisocial, borderline, évitant)** : Pathologies cibles, notamment les troubles de la personnalité antisociale, en lien avec le cas clinique (*Personality disorder ; Antisocial ; Psychopathy ; Borderline*) ;
- **Violence en psychiatrie** : Élément perturbateur influençant la relation thérapeutique (*Aggression ; Violence in psychiatric wards*).

Deux équations de recherche ont ainsi été construites pour interroger différentes bases de données :

- **(Person-centered approach) AND (Therapeutic alliance OR Health-care relationship OR Relationship of trust) AND (Personality disorder OR Antisocial OR Borderline)** = (Approche centrée sur la personne) ET (Alliance thérapeutique OU Relation de soins OU Relation de confiance) ET (Trouble de la personnalité OU Antisocial OU Borderline) ;

→ **(Therapeutic alliance OR Caregiver relationship) AND Violence AND Psychiatric nursing AND Communication AND (Borderline OR Antisocial OR Personality disorder)** = (Alliance thérapeutique OU Relation soignant-soigné) ET Violence ET Soins infirmiers en psychiatrie ET Communication ET (Borderline OU Antisocial OU Trouble de la personnalité)

Ces combinaisons m'ont permis de cibler une littérature pertinente centrée sur les enjeux spécifiques de l'alliance thérapeutique auprès de profils complexes, dans des contextes de soins psychiatriques.

2. Sélection des bases de données

La sélection des bases de données a représenté un élément clé de ma méthodologie. J'ai choisi d'interroger plusieurs ressources en ligne, en privilégiant des bases de données spécialisées et diversifiées, afin d'avoir une vision exhaustive de la question.

Parmi les bases de données consultées, celles qui m'ont offert le plus grand nombre d'articles pertinents en croisant différents points de vue, sont les suivantes :

- **Cairn info** = C'est une base de données académique francophone qui regroupe des revues scientifiques en sciences humaines et sociales pertinentes pour des recherches portant sur les aspects psychosociaux, notamment sur les théories des troubles de la personnalité. Cairn Info permet ici d'explorer des articles sur les approches thérapeutiques (comme la thérapie comportementale dialectique, par exemple) ou les modèles psychosociaux qui influencent la gestion des troubles en psychiatrie. Elle permet également d'analyser les facteurs contextuels qui affectent les soins infirmiers et les relations soignant-soigné.
- **PubMed** = PubMed est une base de données biomédicale de référence. Elle est pertinente pour explorer les aspects cliniques et neurobiologiques des troubles de la personnalité et permet l'accès à des études empiriques sur les facteurs influençant les soins, notamment les croyances, les émotions et les barrières perçues par les soignants. Elle complète les approches psychosociales.
- En complément, des travaux d'université et des revues professionnelles telles que Santé Mentale ou des sites universitaires ont aussi été consultés pour enrichir l'analyse avec des articles de terrain, des témoignages cliniques et des perspectives pluridisciplinaires à travers des thèses, et des travaux universitaires réalisés par des chercheurs et des étudiants dans le domaine infirmier et psychiatrique.

Ces bases de données ont permis de croiser différentes sources théoriques issues

de la psychologie, des sciences infirmières, et de la psychiatrie, offrant ainsi une vision à la fois clinique et théorique.

3. Inclusion et exclusion des articles

3.1. Exclusion des articles

Après avoir défini ma question et établi mon équation de recherche, j'ai pu entreprendre le début de mon raisonnement scientifique en explorant les bases de données spécialisées et en portant une attention particulière aux bibliographies des articles consultés. En toute transparence, la recherche d'articles pertinents s'est avérée complexe en raison de la rareté des études articulant explicitement l'approche centrée sur la personne dans la prise en charge des patients violents atteints de troubles de la personnalité.

L'ACP fait davantage l'objet d'ouvrages, tels que *Humanising Psychiatry and Mental Health Care : The Challenge of the Person-Centred Approach* (Freeth, 2017).

Cet ouvrage explore le lien entre la pratique psychiatrique moderne et l'approche centrée sur la personne à travers une humanisation des soins de santé mentale. Il questionne ainsi les approches plus directives ou coercitives qui peuvent être utilisées auprès de patients violents, ou atteints de troubles de la personnalité sévères.

Cependant, si la source est précieuse, l'absence de méthodologie empirique ne permet pas de faire de ce dernier une source scientifique exploitable.

En élargissant la recherche aux différentes catégories de troubles de la personnalité, et en s'intéressant à l'approche centrée sur la personne, à travers ses concepts, ses valeurs et ses défis, comme argumentés lors de la définition de nos concepts, il est possible d'étendre le champ des articles trouvés.

Si l'on s'intéresse aux troubles de la personnalité de manière générale, l'article *Alliance ruptures and resolutions in personality disorder*, (Current Psychiatry Report, 2020), décrit la fragilité de l'alliance thérapeutique chez ces patients en raison de leurs schémas relationnels dysfonctionnels, soulignant ainsi la nécessité de stratégies adaptées pour prévenir ces ruptures. Si cet article est tout à fait pertinent au vu de notre question, il suit cependant une structure plus narrative que la méthode IMRAD, qui vient compliquer son analyse critique.

Par ailleurs, d'autres défis viennent également s'ajouter et complexifient l'objectivité d'une prise en charge ancrée autour de l'ACP.

Par exemple, l'étude *Les peurs dans le travail infirmier de psychiatrie* (Benaïche, 2013),

réalisée dans le cadre d'un mémoire de master en sciences cliniques en soins infirmiers met en lumière les formes de peur chez les infirmiers novices en psychiatrie, tandis que *Countertransference Feelings and Personality Disorders: A Psychometric Evaluation of a Brief Version of the Feeling Word Checklist* (BMC Psychiatry, 2020) s'attache quant à lui à l'impact du contre-transfert sur la relation thérapeutique.

Ces deux articles scientifiques sont très pertinents pour mieux comprendre quels peuvent être les défis de notre question de recherche, d'autant que ce dernier article suit une méthodologie empirique utilisant des méthodes quantitatives.

S'agissant spécifiquement du trouble de la personnalité limite, l'article *Les interventions infirmières pour la prise en soin des clients agressifs atteints du trouble de personnalité limite* (Diversité de la Recherche en Santé, Université Laurentienne, 2023), détaille les défis et les stratégies cliniques permettant de faciliter l'alliance thérapeutique, élément clé de la relation soignant-soigné : autonomisation du patient, consolidation de la relation soignant-soigné, prise en compte des croyances et valeurs du patient, et formation du personnel. Maintenant que nous comprenons les principes de l'approche centrée sur la personne, il est facile de penser que ces facteurs pourraient faciliter son application et augmenter son efficacité auprès de ce public spécifique. Cet article, publié dans une revue académique spécialisée suit une rigueur méthodologique importante.

Cependant, il semble difficile de pouvoir généraliser ces résultats auprès d'autres troubles de la personnalité, notamment le trouble antisocial, car cette population pose de nouveaux défis qui semblent remettre en question l'application des valeurs de l'ACP.

L'article *Pourquoi le patient psychopathe met-il le soignant en difficulté ?* (Queffelec, 2017), illustre comment la manipulation, l'absence d'empathie et les enjeux de sécurité perturbent la relation thérapeutique et rendent l'application de l'ACP complexe. Si cette approche théorique vise à maintenir une alliance soignante, elle nécessite ici d'être adaptée dans ces contextes où les patients déjouent les attentes relationnelles traditionnelles. Si cet article est pertinent par son abord des difficultés rencontrées par les infirmiers sur l'adoption d'une posture empathique face à des patients qui exploitent cette attitude à leur avantage, il ne s'agit cependant pas d'une étude scientifique rigoureuse et le niveau de preuve est donc limité, l'article servant principalement à partager des observations et des réflexions issues de la pratique professionnelle de l'auteur.

Par ailleurs, la volonté des soignants de travailler avec ces patients semble conditionner également la qualité des soins. L'article *Explaining the Willingness of Clinicians to Work with Patients with Antisocial Personality Disorder Using the Theory of Planned Behaviour and Emotional Reactions* (Clinical Psychology and Psychotherapy, Vandam, 2022) examine l'impact des attitudes et émotions des cliniciens sur leur engagement dans la

prise en charge de cette population.

Cet article est un article de recherche empirique suivant la méthodologie IMRAD. Il permet, avec les articles traitant de l'appréhension ou encore du contre transfert exprimés plus hauts, de comprendre quels peuvent être les principaux défis soignants dans ces prises en charge complexes.

En conclusion, les défis rencontrés interagissent différemment selon la catégorie des troubles de la personnalité.

Si certains défis peuvent être retrouvés dans chaque trouble de la personnalité, comme la rupture de l'alliance, l'appréhension soignante ou encore le risque de contre transfert chez les soignants, les stratégies proposées restent quant à elles démontrer une efficacité différente selon le type de trouble.

Ainsi, si la littérature met en avant davantage de stratégies efficaces pour le trouble borderline que pour le trouble antisocial, comment alors adapter l'approche centrée sur la personne à cette population particulièrement complexe ? Si les ouvrages théoriques insistent sur son importance, la mise en œuvre effective de l'ACP dans ces contextes reste un défi majeur qui nécessite des ajustements et un encadrement spécifique.

3.2. Inclusion : Présentation de l'article choisi

L'analyse approfondie de la littérature scientifique a donc révélé une relative rareté des études empiriques traitant explicitement des défis de l'ACP dans le maintien de l'alliance thérapeutique auprès de patients violents atteints de troubles de la personnalité.

Si plusieurs articles apportent un éclairage théorique ou clinique sur l'ACP et ses implications en psychiatrie, peu d'entre eux s'appuient sur une méthodologie rigoureuse permettant d'évaluer, sur des bases empiriques, les obstacles spécifiques rencontrés par les soignants dans la relation avec ces patients.

Si de nombreuses études fleurissent sur le trouble de la personnalité limite, qui semble faire de plus en plus le sujet d'études récentes, avec des stratégies démontrées efficaces, comme c'est le cas à travers les études menées par les étudiants de l'Université Laurentienne, il semble cependant difficile d'imaginer pouvoir les transposer au trouble de la personnalité antisociale. C'est pourquoi j'ai cherché à appuyer davantage ma recherche sur cette population, afin de comprendre quels sont les défis inhérents à la spécificité de ces prises en charge.

Lorsque l'on restreint la recherche aux défis rencontrés auprès de cette population, la littérature se raréfie encore davantage.

L'article *Pourquoi le patient psychopathe met-il le soignant en difficulté ?* (Queffelec, 2017), apporte un témoignage clinique précieux sur les difficultés des soignants face aux comportements manipulateurs et à l'absence d'empathie caractéristique de ces patients. Cependant, il s'agit d'un retour d'expérience clinique et non d'une étude scientifique validée par des pairs, ce qui limite sa portée scientifique.

Dans cette perspective, l'article *Explaining the willingness of clinicians to work with patients with antisocial personality disorder using the theory of planned behaviour and emotional reactions* (Vandam, 2022), publié dans *Clinical Psychology and Psychotherapy* et référencé sur PubMed, s'est imposé comme la source la plus pertinente. Il constitue l'une des rares études empiriques s'intéressant directement à une des difficultés majeures de la prise en charge des patients antisociaux : la réticence des soignants à travailler avec eux, influencée par leurs émotions et représentations.

L'intérêt scientifique de cette étude est multiple : elle s'appuie sur un cadre théorique solide, la théorie du comportement planifié, qui structure l'analyse des attitudes des cliniciens, et sur une méthodologie rigoureuse conforme au schéma IMRAD. Elle se distingue des approches purement descriptives en fournissant des données objectivées, exploitables pour la compréhension des freins à la relation thérapeutique. De plus, elle intègre un échantillon pluridisciplinaire (infirmiers, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux), dont trente deux infirmiers psychiatriques, ce qui confère à l'étude une forte pertinence pour la pratique infirmière. L'échantillon couvre aussi bien les services de santé mentale classiques que les unités médico-légales, permettant une lecture nuancée selon les contextes de soins et la récente date de publication ajoute à sa valeur, dans un domaine en constante évolution.

Enfin, cette recherche met en lumière l'impact des émotions négatives, du contre-transfert et des croyances sur la qualité de la relation soignant-soigné avec les patients antisociaux, tout en proposant des pistes concrètes pour améliorer la prise en charge.

En raison de son ancrage empirique, de sa rigueur scientifique et de son apport aux enjeux infirmiers, cet article s'impose comme une référence clé pour approfondir la réflexion sur l'approche centrée sur la personne face à cette population complexe.

C'est pourquoi une analyse critique de cet article sera proposée dans la suite de ce travail.

LECTURE CRITIQUE D'ARTICLE

L'article que nous allons analyser peut être traduit de la façon suivante : *Expliquer la volonté des cliniciens de travailler avec les patients atteints de trouble de la personnalité antisociale en utilisant la théorie du comportement planifié et des réactions émotionnelles*³.

Ce titre expose la population étudiée (cliniciens), le sujet (ASPD), et les outils théoriques utilisés (TCP, émotions). Cependant, il est long (22 mots) et indicatif, ce qui peut nuire à sa visibilité. De plus, il reste plus descriptif que problématisant, ce qui ne lui permet pas une position forte.

1. Analyse de la forme de l'article

Cet article, publié en mars 2022 dans la revue à comité de lecture *Clinical Psychology and Psychotherapy* (Volume 29, n°2), explore les raisons pour lesquelles certains cliniciens acceptent de travailler avec des patients atteints du trouble de la personnalité antisociale (ASPD), en utilisant la théorie du comportement planifié (TCP) et les réactions émotionnelles. La revue, classée dans le premier quartile (Q1) de la catégorie "Psychology, Clinical", a un facteur d'impact de 3,2 pour 2023, ce qui témoigne de sa réputation. L'article a été soumis en mars 2021, révisé en juillet 2021 et accepté en août 2021 après modifications. Il est en accès libre sur PubMed et suit la structure IMRAD.

L'étude est rédigée par Arno van Dam, psychologue clinicien et chercheur spécialisé dans le traitement des troubles de la personnalité antisociale, Madeleine Rijckmans, spécialiste en soins institutionnels et soins de santé mentale, et Louisa van den Bosch, experte en thérapie comportementale dialectique (DBT). Ces auteurs apportent une expertise complémentaire en psychopathologie et soins aux patients antisociaux. Ils ont tous les trois participé à la rédaction du Praktijkboek antisociaal gedrag en persoonlijkheidsproblematiek (Manuel pratique sur le comportement antisocial et les problématiques de personnalité), publié en 2019. Cet ouvrage propose des outils basés sur des connaissances scientifiques et des pratiques éprouvées pour le traitement des personnes présentant des comportements antisociaux.

Les comités d'éthique ont validé l'étude, et aucune déclaration de conflit d'intérêt n'a été faite. Les données ont été recueillies de manière anonyme, garantissant la confidentialité des réponses. Le financement n'est pas précisé.

³ Van Dam, A., Rijckmans, M., & Van Den Bosch, L. (2022). Explaining the willingness of clinicians to work with patients with antisocial personality disorder using the theory of planned behaviour and emotional reactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(2), 676–686.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2661>

Les mots-clés "antisocial personality disorder ; attitude ; clinicians ; emotions; motivation ; theory of planned behaviour" résument bien les concepts centraux de l'étude. L'article cite 79 références, dont 11 % datent des cinq dernières années, et une majorité (43 %) provient de publications entre 2010 et 2018, ce qui montre une forte reliance sur des sources récentes et pertinentes.

2. Analyse du corps de l'article

2.1 Introduction

L'introduction de l'article présente de manière rigoureuse l'état actuel des connaissances sur le trouble de la personnalité antisociale ainsi que sur le contre transfert (décrit comme la façon dont les sentiments s'éveillent), en insistant sur la fréquence élevée des réactions émotionnelles négatives suscitées chez les cliniciens, lesquelles conduisent souvent à l'exclusion des patients ASPD des programmes de soins. Les auteurs décrivent en détail les critères diagnostiques du trouble selon le DSM-5, ainsi que ses répercussions cliniques et sociales. Cet état des lieux met en évidence un vide dans la littérature : malgré l'importance clinique de l'ASPD, peu d'études se sont penchées sur les raisons pour lesquelles certains professionnels sont disposés à offrir des soins à ces patients, tandis que d'autres y renoncent. Cette lacune justifie pleinement la conduite de l'étude, qui vise à identifier les facteurs susceptibles d'influencer la volonté des cliniciens à travailler avec des patients ASPD.

L'objectif principal, bien que formulé de manière intégrée au discours, est clairement identifiable : il s'agit d'évaluer dans quelle mesure la théorie du comportement planifié (TCP) et les émotions ressenties par les professionnels, mesurées à l'aide de la Feeling Word Checklist, permettent de prédire l'intention de dispenser des soins de psychiatrie. Des objectifs secondaires peuvent également être déduits, tels que l'examen de l'impact de la formation, de l'expérience clinique et de l'exposition à la violence en milieu de soins sur cette volonté. Les hypothèses sous-jacentes, bien que non formulées explicitement, sont implicites et logiquement déduites du cadre théorique mobilisé, notamment l'idée que des attitudes positives, un soutien social perçu et un sentiment d'auto-efficacité renforcent l'intention de soigner.

Dans l'ensemble, cette introduction remplit efficacement son rôle en contextualisant la recherche, en mettant en lumière une problématique actuelle peu explorée et en introduisant un cadre conceptuel pertinent.

2.2 Méthode

2.2.1 Le design de l'étude

Cette étude adopte un design quantitatif, descriptif, observationnel, transversal et multicentrique, incluant quatre établissements spécialisés en santé mentale aux Pays-Bas. Un tel schéma s'avère pertinent pour explorer les déterminants psychologiques et émotionnels de la volonté des cliniciens à traiter des patients ASPD, tel que formulé dans la problématique. En l'absence d'intervention ou de manipulation de variables, ce design n'a pas vocation à établir des relations causales, mais il permet de dégager des tendances utiles à la compréhension des comportements professionnels. Ce niveau de preuve, bien que limité dans la pyramide des preuves (niveau IV), reste approprié dans un objectif exploratoire. Sur le plan éthique, les auteurs précisent avoir obtenu les autorisations nécessaires auprès des comités d'éthique des institutions participantes, et le recueil des données s'est fait de manière anonyme, garantissant la confidentialité et réduisant le risque de biais éthique.

2.2.2 Critique de la population

La population étudiée se compose de 130 cliniciens issus de diverses disciplines (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers psychiatriques) et répartis entre les services réguliers (n = 66) et médico-légaux (n = 64). Toutefois, la méthode de sélection des participants n'est pas aléatoire et aucun critère d'inclusion ou d'exclusion explicite n'est mentionné, ce qui limite la transparence et soulève la question d'un éventuel biais de sélection. L'absence de randomisation compromet également la comparabilité parfaite entre les groupes, bien que les caractéristiques sociodémographiques présentées dans le tableau 1 (âge, sexe, expérience professionnelle, cadre d'exercice) permettent d'évaluer partiellement l'homogénéité entre les sous-échantillons.

La gestion des données manquantes ou des participants exclus n'est pas abordée, ce qui constitue un autre point de faiblesse méthodologique.

2.2.3 Critique du recueil de données

Le recueil des données repose sur deux instruments standardisés : le TPBaspdT, un questionnaire développé selon les principes de la théorie du comportement planifié), et la

Feeling Word Checklist (FWC-30), une échelle mesurant les émotions ressenties envers les patients. Ces outils permettent d'évaluer les critères de jugement principaux (attitude, norme sociale perçue, contrôle comportemental perçu, intention) et secondaires (sentiments positifs/négatifs, expérience avec les patients ASPD, exposition à des agressions), dans une optique d'analyse multifactorielle. La qualité psychométrique des deux instruments est assurée par des analyses factorielles (PCA) et des valeurs élevées d'alpha de Cronbach, un indice statistique qui montre si les items d'une même échelle sont cohérents entre eux ($> .78$), ce qui atteste d'une bonne fiabilité interne.

Toutefois, les données étant auto-déclarées, elles peuvent être sujettes à un biais de désirabilité sociale ou de mémoire, affectant potentiellement la validité interne. Le recueil ponctuel (temps unique) rend difficile l'évaluation de l'évolution des attitudes ou des émotions dans le temps, limitant ainsi la portée des inférences temporelles.

2.2.4 Critique des analyses statistiques

Les auteurs ont mobilisé des analyses en composantes principales (PCA) pour évaluer la structure factorielle des échelles TPBaspdT et FWC-30, en se basant sur des rotations varimax et des mesures KMO satisfaisantes ($> .78$). Cette démarche est adaptée à la construction et à la validation des instruments de mesure. En revanche, les méthodes d'analyse d'association ne sont que partiellement décrites : les comparaisons intergroupes entre services réguliers et médico-légaux sont présentées (moyennes et écarts-types par groupe), mais aucun test statistique explicite n'est mentionné, ce qui limite l'évaluation de la significativité des différences observées.

Par ailleurs, aucun calcul de puissance ou estimation du nombre nécessaire de sujets n'est rapporté, ne permettant pas de juger si la taille de l'échantillon est suffisante pour garantir la robustesse des résultats. L'absence de prise en compte de la multiplicité des tests peut également augmenter le risque d'erreur de type I (faux positifs).

2.3 Résultats

Les résultats de l'étude sont présentés de manière détaillée, avec une description claire des caractéristiques des participants dans le Tableau 1, qui inclut des informations sur l'âge, le sexe, les années d'expérience et le cadre de travail. Les résultats principaux montrent que les cliniciens des services médico-légaux affichent une attitude plus positive, une norme sociale perçue plus élevée et une plus grande intention de traiter les patients atteints d'ASPD que ceux des services réguliers. Les résultats secondaires révèlent que l'expérience avec les patients ASPD et la formation sur les troubles de la personnalité

influencent les émotions des cliniciens. En revanche, l'analyse de régression a montré que seules les émotions positives contribuent significativement à l'intention de fournir un traitement. Ces comparaisons sont fondées sur des tests statistiques appropriés, ce qui renforce la validité des conclusions. Toutefois, plusieurs éléments pourraient être améliorés. D'abord, l'absence de diagramme de sélection (flow-chart) empêche d'évaluer la représentativité de l'échantillon et d'identifier d'éventuels biais de sélection, limitant ainsi la transparence du processus de recrutement. Par ailleurs, bien que des moyennes et des écarts-types soient fournis pour chaque groupe, l'absence d'intervalles de confiance limite la précision des estimations et empêche une évaluation complète de la fiabilité des résultats.

2.4 Discussion

La discussion de l'étude met bien en évidence les éléments discutables, tant positifs que négatifs. D'une part, elle souligne l'importance de l'attitude, de la norme sociale perçue et du contrôle comportemental perçu comme des facteurs principaux influençant la motivation des cliniciens à traiter des patients atteints d'ASPD. De plus, elle fait ressortir l'idée que l'expérience pratique, bien que positive ou négative, n'explique pas de manière satisfaisante la motivation des cliniciens, ce qui invite à considérer d'autres facteurs tels que la stigmatisation et la théorie du comportement planifié. D'autre part, elle reconnaît des limites significatives, notamment le biais de réponse des participants, qui peuvent avoir choisi de répondre de manière socialement souhaitable, ainsi que l'absence de patients réels dans l'évaluation des émotions des cliniciens. Ces éléments biaisent potentiellement les résultats. L'étude compare ses résultats avec plusieurs travaux antérieurs, comme ceux de Beryl & Völm (2018) et de Mason et al. (2009), qui montrent que les cliniciens ont tendance à être plus sympathiques envers les "malades mentaux" que les personnes atteintes de troubles de la personnalité. Cependant, l'étude s'écarte des résultats d'autres recherches, notamment sur l'impact des agressions physiques ou verbales sur la motivation des cliniciens, ce qui pourrait refléter une dynamique différente dans le contexte médico-légal versus les soins de santé mentale réguliers. Enfin, les biais pris en compte dans l'étude, notamment la stigmatisation, sont bien discutés, mais la question des biais non pris en compte, comme les différences dans les contextes cliniques ou les attentes professionnelles des cliniciens, mériteraient davantage d'attention, car ces facteurs peuvent influencer considérablement l'interprétation des résultats et la généralisation des conclusions.

2.5 Conclusion

L'étude présente une brève conclusion à la fin de sa partie discussion qui résume de manière succincte ses principaux enseignements. Sa dernière phrase précise que des études longitudinales seraient nécessaires afin de déterminer si la formation et la supervision peuvent augmenter la motivation des cliniciens à travailler auprès de patients ASPD.

2.6 Applications cliniques

Les résultats de l'étude ont des implications directes pour les cliniciens travaillant avec des patients atteints de troubles de la personnalité antisociale (ASPD), tant dans les contextes de soins de santé mentale réguliers que médico-légaux. Une des premières décisions médicales à envisager serait l'importance de réévaluer l'attitude des cliniciens envers ce groupe de patients. L'étude met en évidence que les émotions positives ressenties par les cliniciens envers les patients ASPD augmentent la motivation à leur fournir des soins. En conséquence, les stratégies visant à réduire la stigmatisation et à favoriser une attitude plus positive devraient être priorisées. Ces stratégies pourraient inclure des formations spécifiques sur l'efficacité des traitements pour les troubles de la personnalité, telles que la thérapie comportementale dialectique (DBT) ou la thérapie de schémas, qui ont démontré leur efficacité dans le traitement des troubles de la personnalité.

En outre, l'étude suggère que la norme sociale perçue et le sentiment d'impuissance influencent la motivation des cliniciens. Par conséquent, il pourrait être judicieux de mettre en place des programmes de mentorat et des sessions de supervision clinique pour soutenir les cliniciens dans leur travail avec des patients ASPD. Le retour d'expérience de collègues qui ont déjà traité ces patients pourrait réduire les craintes et accroître le sentiment de compétence des cliniciens.

Ainsi, bien que cette étude propose des pistes d'intervention prometteuses, la mise en œuvre clinique de ses résultats exige une lecture critique, notamment à la lumière des biais méthodologiques identifiés et du dialogue avec d'autres travaux sur la question.

DISCUSSION

Au fil de ce travail, la question initiale “En quoi l’approche centrée sur la personne constitue-t-elle un défi infirmier dans le maintien de l’alliance thérapeutique auprès de patients violents atteints de troubles de la personnalité ?” n’a cessé de se complexifier.

Comme vu lors de l’état des connaissances, si l’ACP développée par Carl Rogers, propose un cadre profondément humaniste fondé sur l’empathie, la congruence et la considération positive inconditionnelle, son application dans des contextes marqués par la violence ou des troubles graves de la personnalité met en lumière des paradoxes cliniques complexes. Rogers lui-même avait souligné dès les années 1930 l’importance des conditions facilitantes (compréhension, stabilité, affection, confiance dans le potentiel du patient), qui peuvent difficilement être réunies face à des patients en forte opposition ou en rejet de la relation de soin, comme ce fut le cas dans notre situation de départ. Certains troubles de la personnalité, notamment ceux du groupe B (antisocial, borderline, histrionique et narcissique) sont fréquemment associés à des comportements impulsifs, parfois agressifs. Selon Mark Zimmerman (2023), ces troubles se caractérisent par des schémas cognitifs et comportementaux rigides, inadaptés, souvent accompagnés de dysrégulation émotionnelle, qui rendent difficile la mise en œuvre d’une alliance thérapeutique.

Effectivement, de nombreux obstacles à la mise en œuvre de l’ACP émergent. Comme vu dans les études de Luborsky (1976), la constitution d’une alliance thérapeutique repose initialement sur un cadre sécurisant, que certains patients perturbent en raison de leur défiance ou de leurs comportements antisociaux. Ricoeur parle d’un “pacte de soins” à établir, or ce pacte peut être unilatéral, en particulier chez des patients qui refusent d’entrer dans la relation. Dans le cas de M.X, ce pacte était constamment mis à mal par son refus d’adhérer au cadre, ses stratégies d’évitement, et ses comportements violents, rendant la relation asymétrique, voire inexistante.

Ainsi, si l’application de l’ACP dans certains contextes est un défi, les différentes lectures ont rarement clôt la réflexion et ont fait naître de nouvelles interrogations : quels sont réellement les obstacles à la mise en œuvre d’une relation thérapeutique dans le cadre de l’ACP avec ces patients ? En quoi les dynamiques relationnelles, les affects transférentiels, les peurs du soignant ou les schémas du patient participent-ils à rendre cette alliance instable, voire parfois impossible ? Et surtout, existe-t-il des ressources, individuelles ou institutionnelles, qui permettent de soutenir les soignants dans cette démarche ?

Dans cette optique, l’article *Explaining the willingness of clinicians to work with patients with antisocial personality disorder using the theory of planned behaviour and*

emotional reactions (Van Dam, 2022) a mis en exergue un levier psychologique majeur dans la relation de soin : la volonté du clinicien. Les auteurs montrent que plus un soignant ressent de l'hostilité ou du désespoir face aux patients ASPD, moins il est enclin à s'engager dans leur prise en charge. Ce positionnement permet de poser une hypothèse centrale : si les professionnels ne sont pas eux-mêmes soutenus émotionnellement ou valorisés dans leur démarche, ils risquent de se désengager, ce qui peut compromettre en partie la mise en œuvre de l'ACP. Ce sentiment d'impuissance a d'ailleurs été partagé par l'ensemble des soignants face à M.X, nourrissant progressivement une forme de résignation professionnelle.

Cependant, cet article présente plusieurs limites qui réduisent la portée de ses conclusions. Le recours à des auto-questionnaires, la taille réduite de l'échantillon, l'absence de randomisation et le risque de biais de désirabilité sociale invitent à une lecture prudente. Par ailleurs, il se concentre exclusivement sur les facteurs liés aux cliniciens, sans prendre en compte les caractéristiques psychopathologiques des patients eux-mêmes, ni la complexité des dynamiques relationnelles dans les troubles de la personnalité.

D'autres travaux permettent ainsi de cerner les autres défis qui entravent l'alliance thérapeutique. Par exemple, l'article *Alliance ruptures and resolutions in personality disorder* (Kvarstein et al, 2020) souligne la fréquence des ruptures d'alliance chez ces patients, en lien avec des schémas relationnels dysfonctionnels, ce qui met en lumière la fragilité intrinsèque de la relation thérapeutique. De même, le mémoire de Benaïche (2013) montre que les peurs inconscientes des infirmiers novices peuvent interférer dans la relation, tout comme l'étude *Countertransference Feelings and Personality Disorders* (2020) rappelle que les réactions émotionnelles du soignant face au patient (contre-transfert) sont parfois difficiles à identifier, et peuvent elles aussi faire obstacle à l'ACP.

Face à ces constats, plusieurs articles de la littérature proposent des stratégies concrètes. L'article de van Dam et al. suggère notamment la mise en place de thérapies comportementales dialectiques (DBT) ou de thérapies des schémas, auprès des patients atteints de troubles de la personnalité. Ces approches ont démontré leur efficacité dans le traitement du TPB, mais des études comme Linehan et al. (2006) ou plus récemment Blackburn et al. (2022) suggèrent aussi des effets bénéfiques dans certains cas d'ASPD. Cela pourrait permettre de renforcer l'adhésion des cliniciens à l'ACP.

Par ailleurs, l'étude souligne aussi l'importance de la supervision clinique et des programmes de mentorat, qui peuvent agir comme des supports pour les soignants. Cette idée est confortée par l'article *The Role of Clinical Supervision in Treating Clients with Antisocial Personality Disorder* (Dunbar et al, 2020), qui montre que la supervision permet aux cliniciens de mieux gérer leurs émotions, de limiter l'épuisement professionnel, et

d'adapter leur posture relationnelle tout en maintenant une distance thérapeutique sécurisante.

D'autres articles récents proposent également des pistes utiles, en particulier pour les patients borderline. Par exemple, *Les interventions infirmières pour la prise en soin des clients agressifs atteints du trouble de personnalité limite* (Université Laurentienne, 2023) détaillent des techniques de communication, de gestion de l'agressivité, et de reconnaissance émotionnelle permettant de restaurer l'alliance.

Néanmoins, si ces stratégies montrent une efficacité prometteuse, il est important de rappeler que les comportements spécifiques à l'ASPD rendent difficile leur transposition directe. Le manque d'empathie, le mépris des normes sociales et l'exploitation d'autrui typiques de ce trouble posent des défis éthiques et relationnels majeurs, qui viennent sans cesse remettre en question l'application des valeurs fondamentales de l'ACP.

En somme, cette discussion montre que l'ACP, bien qu'idéale en théorie, se heurte à des réalités cliniques complexes et trouve ses limites dans des contextes comme celui rencontré avec M.X où l'alliance thérapeutique semble compromise dès le départ. En effet, son application y constitue un défi infirmier majeur, tant sur le plan clinique qu'éthique.

Si l'ACP propose un cadre humaniste, sa mise en œuvre dans des contextes marqués par la violence, peut confronter l'infirmier à de nombreux paradoxes, comme celui de maintenir simultanément une posture d'ouverture tout en posant des limites sécuritaires, ou encore à gérer ses propres réactions émotionnelles tout en offrant un espace d'accueil au patient. Ces exigences contradictoires génèrent des tensions internes susceptibles de fragiliser l'alliance thérapeutique et d'exposer les soignants à l'épuisement émotionnel.

Les dynamiques relationnelles perturbées, les risques de contre-transfert négatif, le poids du stress et l'absence de reconnaissance institutionnelle sont autant de facteurs qui compliquent le maintien d'une relation authentique et sécurisée. Toutefois, la littérature souligne que des ressources telles que la supervision clinique, les formations spécialisées et des soutiens institutionnels adaptés peuvent aider les infirmiers à faire face à ces défis et à préserver, autant que possible, l'esprit de l'ACP dans ces situations d'adversité.

CONCLUSION

En définitive, ce travail m'a permis d'approfondir la complexité de l'alliance thérapeutique dans le cadre spécifique des troubles de la personnalité en psychiatrie. L'étude de l'ACP m'a permis de redonner du sens à l'alliance thérapeutique. Même si cette approche peut apparaître, à première vue, comme difficilement applicable auprès de patients antisociaux ou dans des situations de violence institutionnelle, elle constitue en réalité une boussole éthique qui guide le soignant dans le respect de l'autre et de soi-même.

L'analyse de la littérature a mis en lumière l'importance des affects, des représentations et des ressources institutionnelles dans la volonté des cliniciens à s'engager dans ces prises en charge. Le soin ne se limite pas à une posture théorique, mais engage la subjectivité et la capacité de recul du professionnel. Face à des patients dont le fonctionnement psychique entre parfois en opposition frontale avec les valeurs fondatrices de l'ACP, il devient essentiel de soutenir les soignants, par la supervision, la formation, et le travail réflexif en équipe.

En tant que future infirmière, ce travail m'a permis d'identifier les tensions éthiques et émotionnelles que ces prises en charge peuvent générer, tout en confortant mon souhait de développer une posture professionnelle ancrée dans l'écoute, la nuance et l'analyse des situations complexes. Ce travail a représenté une réflexion approfondie sur les enjeux relationnels en psychiatrie, et plus spécifiquement sur la posture infirmière face à des prises en charge qui questionnent. Il m'a permis de déconstruire certaines idées préconçues, mais aussi d'affirmer une posture professionnelle en construction, où l'humanisme et la rigueur clinique ne sont pas opposés. D'un point de vue personnel et professionnel, ce travail a renforcé mon désir d'exercer en psychiatrie en développant une posture soignante sensible à la singularité de chaque individu, même lorsqu'il représente un défi. Il m'a également permis de mieux comprendre les limites de mes propres ressources, l'impact émotionnel que peuvent générer certaines prises en charge, et donc l'importance de prendre soin de soi en tant que soignant.

Les enjeux soulevés par cette réflexion interrogent plus largement la place de la subjectivité dans le soin, et les limites d'un modèle relationnel dans des contextes de pathologies dites "dures". Il serait intéressant, dans un prolongement de ce travail, d'explorer les complémentarités possibles entre l'ACP et d'autres approches, notamment dans des services à haute contrainte. Un autre axe d'approfondissement pourrait être d'interroger la place du soin infirmier dans une dynamique d'humanisation de la psychiatrie.

Ainsi, ce travail n'est pas une fin, mais une première étape dans un cheminement professionnel que je souhaite ancré dans la complexité du soin psychiatrique et où chaque rencontre représente un apprentissage.

BIBLIOGRAPHIE

- Ahmed, B. (2013). *Les peurs dans le travail infirmier de psychiatrie : Formes de peurs en présence et conséquents chez des infirmiers de psychiatrie ayant moins de trois années de pratique dans la spécialité*. Centre hospitalier Sainte-Anne.
<https://www.santementale.fr/medias/userfiles/files/benaiche-memoire.pdf>
- Breivik, R., Wilberg, T., Evensen, J., Røssberg, J. I., Dahl, H. S. J., & Pedersen, G. (2020). Countertransference feelings and personality disorders : A psychometric evaluation of a brief version of the Feeling Word Checklist (FWC-BV). *BMC Psychiatry*, 20(1), 141. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02556-6>
- Caillol, M. (2019). L'objectivation nécessaire dans la pratique soignante. *Cancer(s) et psy(s)*, 4(1), 133-142. <https://doi.org/10.3917/crpsy.004.0133>
- Carl R. Rogers. (1939). *The Clinical Treatment Of The Problem Child*.
<http://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.166832>
- Carl Rogers, pionnier de la recherche en psychothérapie. (2020, avril 15). *ACP-France*.
<https://www.acpfrance.fr/carl-rogers-pionnier-de-la-recherche-en-psychotherapie/>
- Chartonas, D., Kyratsous, M., Dracass, S., Lee, T., & Bhui, K. (2017). Personality disorder : Still the patients psychiatrists dislike? *BJPsych Bulletin*, 41(1), 12-17.
<https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.052456>
- DSM-5-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé* | Livre | 9782294781353. (s. d.). Elsevier Masson SAS. Consulté 1 mai 2025, à l'adresse <https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-tr-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-texte-revisé-9782294781353.html>
- Elliott, R., Watson, J. C., Timulak, L., & Sharbanee, J. (2021). Research on humanistic-experiential psychotherapies : Updated review. In M. Barkham, W. Lutz,

& L. G. Castonguay (Éds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley & Sons Inc.

<https://www.wiley.com/en-gb/Bergin+and+Garfield%27s+Handbook+of+Psychotherapy+and+Behavior+Change%2C+7th+Edition-p-9781119536581>

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy : A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 316-340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>

Freeth, R. (2017). *Humanising Psychiatry and Mental Health Care : The Challenge of the Person-Centred Approach*. CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781315385051>

Freeth, R., & Graap, C. (2018). L'Approche centrée sur la personne en santé mentale : Limites personnelles et professionnelles. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 25(1), 28-36. <https://doi.org/10.3917/acp.025.0028>

Gaté, J.-M. (2001). À propos de Le Juste I et II, Paul Ricœur (Esprit, 1995 et 2001):Le partage et la violence. *Le Philosophoire*, 15(3), 143-149. <https://doi.org/10.3917/phoir.015.0143>

Horvath, A., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in Psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61, 561-573. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.61.4.561>

Jr, E. T. D., Koltz, R. L., Elliott, A., & Hurt-Avila, K. M. (s. d.). *The Role of Clinical Supervision in Treating Clients with Antisocial Personality Disorder*.

Kiehl, K. A. (2006). A cognitive neuroscience perspective on psychopathy : Evidence for paralimbic system dysfunction. *Psychiatry Research*, 142(2), 107-128. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.09.013>

Lago, C., & Ducroux-Biass, F. (2016). L'Approche centrée sur la personne : Origines,

développements et applications contemporaines. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 22(1), 74-90.

<https://doi.org/10.3917/acp.022.0074>

Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Thérapeutique - Dictionnaire de français Larousse*.

Consulté 1 mai 2025, à l'adresse

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/th%C3%A9rapeutique/77748>

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K., & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>

Mateo, M.-C. (2012). Alliance thérapeutique. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 64-66). Association de Recherche en Soins Infirmiers.

<https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0064>

Muhire, L., Larocque, S., & Lavoie, A. M. (2023). Les interventions infirmières pour la prise en soin des clients agressifs atteints du trouble de personnalité limite. *Diversity of Research in Health Journal*.

<https://pubs.biblio.laurentian.ca/index.php/drhj-rdrs/article/view/357>

Nienhuis, J. B., Owen, Jesse, Valentine, Jeffrey C., Winkeljohn Black, Stephanie, Halford, Tyler C., Parazak, Stephanie E., Budge, Stephanie, & Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy : A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28(4), 593-605.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>

Norcross, J. (2019). *Psychotherapy Relationships That Work : Evidence-Based Responsiveness* (p. 456).

- Odier, G. (2013). Un regard différent sur la psychopathologie. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 17(1), 5-23. <https://doi.org/10.3917/acp.017.0005>
- Peretti, A. de. (2016). Rogers Carl (1902-1987). In *Vocabulaire de psychosociologie* (p. 589-600). érès. <https://doi.org/10.3917/eres.barus.2016.01.0589>
- Perron, A., Jacob, J. D., Beauvais, L., Corbeil, D., & Bérubé, D. (2015). Identification et gestion de la violence en psychiatrie : Perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et dangerosité. *Recherche en soins infirmiers*, 120(1), 47-60. <https://doi.org/10.3917/rsi.120.0047>
- Personality disorder : Still the patients psychiatrists dislike ? | BJPsych Bulletin | Cambridge Core.* (s. d.). Consulté 1 mai 2025, à l'adresse <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-bulletin/article/personality-disorder-still-the-patients-psychiatrists-dislike/3B802AF2D1ED2C314014B0F74E1F22BE>
- Peschken, W., & Johnson, M. (1997). Therapist and Client Trust in The Therapeutic Relationship. *Psychotherapy Research*, 7(4), 439-447. <https://doi.org/10.1080/10503309712331332133>
- Présentation des troubles de la personnalité—Troubles mentaux.* (s. d). Manuels MSD pour le grand public. Consulté 1 mai 2025, à l'adresse <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/troubles-de-la-personnalite/présentation-des-troubles-de-la-personnalité>
- Qu'est-ce que l'Approche Centrée sur la Personne de Carl Rogers ? (s. d.). *ACP-France.* Consulté 1 mai 2025, à l'adresse <https://www.acpfrance.fr/quest-ce-que-lapproche-centree-sur-la-personne/>
- Rijckmans, M., Van Dam, A., & van den Bosch, L. M. C. (2019). *Praktijkboek antisociaal gedrag en persoonlijkheidsproblematiek* (1re éd.). Bohn Stafleu van Loghum.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.

<https://doi.org/10.1037/h0045357>

Salmona, M. (2013). Chapitre 29. La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité: Ou comment devient-on étranger à soi-même. In *Troubles de la personnalité* (p. 383-398). Dunod.

<https://doi.org/10.3917/dunod.couta.2013.01.0383>

SanteMentale. (2017, juin 29). *Pourquoi la personnalité psychopathe met-elle le soignant en difficultés ?* Santé Mentale.

<https://www.santementale.fr/2017/06/pourquoi-le-patient-psychopathe-met-il-le-soignant-en-difficultes/>

SanteMentale. (2019, janvier 24). *Comment penser la relation soignante ?* Santé Mentale.

<https://www.santementale.fr/2019/01/comment-penser-la-relation-soignante/>

Schenk, N., Fürer, L., Zimmermann, R., Steppan, M., & Schmeck, K. (2021). Alliance Ruptures and Resolutions in Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 23(1), 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01212-w>

Van Dam, A., Rijckmans, M., & van den Bosch, L. (2022). Explaining the willingness of clinicians to work with patients with antisocial personality disorder using the theory of planned behaviour and emotional reactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(2), 676-686. <https://doi.org/10.1002/cpp.2661>

Voyer, M., Senon, J.-L., Paillard, C., & Jaafari, N. (2009). Dangersité psychiatrique et prédictivité. *L'information psychiatrique*, 85(8), 745-752.

<https://doi.org/10.1684/ipe.2009.0539>

ANNEXES

ANNEXE 1. QUESTIONNAIRE DE LA THÉORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIÉ POUR LE TRAITEMENT DU TPA (TPBaspdT)

1. Je pense qu'il est utile de fournir un traitement psychologique aux patients atteints de TPA (A).
2. Je pense qu'il est intéressant de fournir un traitement psychologique aux patients atteints de TPA (A).
3. Je pense qu'il est important de fournir un traitement psychologique aux patients atteints de TPA (A).
4. Mes collègues s'attendent à ce que je fournisse un traitement psychologique aux patients atteints de TPA (PSN).
5. Mes collègues fournissent un traitement psychologique aux patients atteints de TPA (PSN).
6. Mes collègues pensent qu'il est important de fournir un traitement psychologique aux patients atteints de TPA (PSN).
7. Je suis tout à fait capable de fournir un traitement psychologique aux patients atteints de TPA (PBC).
8. J'ai les connaissances suffisantes pour fournir un traitement psychologique aux patients atteints de TPA (PBC).
9. Les traitements que je fournis aux patients atteints de TPA donnent généralement de bons résultats (PBC).
10. Je choisis de fournir un traitement psychologique aux patients atteints de TPA (I).
11. Si j'avais le choix, je choiserais de fournir un traitement psychologique aux patients atteints de TPA (I).

A = attitude, PSN = norme sociale perçue, PBC = contrôle comportemental perçu, I = intention

Le questionnaire présenté dans cette annexe ne constitue pas une création originale. Il est extrait de l'article suivant : Van Dam, A., Rijckmans, M., & Van Den Bosch, L. (2022).

Explaining the willingness of clinicians to work with patients with antisocial personality disorder using the theory of planned behaviour and emotional reactions. Clinical Psychology & Psychotherapy, 29(2), 676-686. <https://doi.org/10.1002/cpp.2661>

ANNEXE 2. LA THÉORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIÉ - Une approche pour comprendre et faire évoluer les comportements

Le document reproduit ci-dessous est repris intégralement et n'est pas une production originale. Il a été publié par le réseau GRAINE Rhône-Alpes et est accessible en ligne à l'adresse suivante : GRAINE Rhône-Alpes. (s.d.). *La théorie du comportement planifié* [PDF]. Disponible sur :

https://www.graine-ara.org/sites/default/files/documents/Outils_acc_chgmt/01-theorie_comportement_planifie-VF.pdf

Consulté le 28/04/25.

Introduction

La théorie du comportement planifié selon Ajzen (1985, 1991, 2005), a émergé dans le champ de la psychologie sociale comme un moyen de prédire le comportement. **Elle part du constat que les individus prennent des décisions raisonnées et que le comportement est le résultat de l'intention de s'y engager.** Plus l'intention est forte, plus la personne fera d'efforts pour aller vers ce comportement et plus il sera probable qu'elle s'engage dans ce comportement (Steg & Nordlund, 2013). L'intention dépend de trois variables (en bleu ci-dessous), comme on peut l'apprécier dans le diagramme suivant :

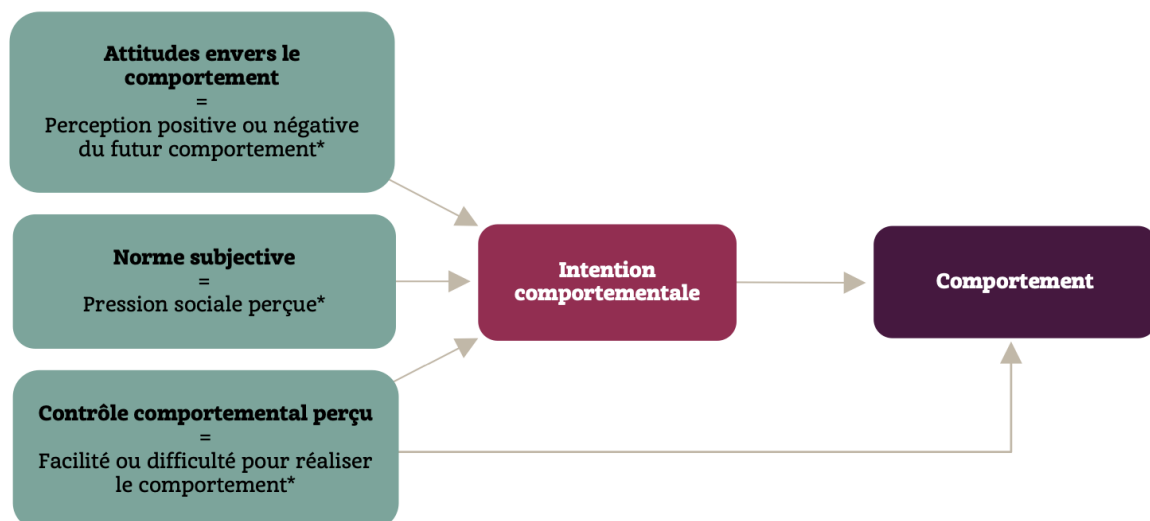


Figure 1 : théorie du comportement planifié selon Ajzen (1991)

* Précisions ajoutées par la rédaction pour aider à la compréhension.

ANNEXE 3. Tableaux 1 et 3 de l'article de la LCA

Van Dam, A., Rijckmans, M., & Van Den Bosch, L. (2022). *Explaining the willingness of clinicians to work with patients with antisocial personality disorder using the theory of planned behaviour and emotional reactions. Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(2), 676-686. <https://doi.org/10.1002/cpp.2661>

TABLEAU 1. Variables démographiques, cadre de travail (régulier/légale) et expérience des cliniciens

Caractéristique	Psychiatre (n = 10)	Psychologue (n = 74)	Travailleur social (n = 14)	Infirmière psychiatrique (n = 32)
Plage d'âge en années (SD)	42,0 (9,6) 28-58	37,4 (11,1) 23-64	51,1 (7,8) 39- 64	40,8 (13,5) 19-62
Sexe (H/F)	6/4 (60/40) %	18/56 (24/76) %	5/9 (36/64) %	13/19 (41/59) %
Années d'expérience (SD)	12.7 (8.8)	11.9 (9,7)	19.0 (11,5)	17,7 (12,9)
Cadre de travail (régulier/légulier)	6/4 (60/40) %	38/36 (51/49) %	5/9 (36/64) %	15/17 (47/53) %
Patient hospitalisé régulièrement	0 (0%)	1 (.01%)	0 (0%)	2 (.06%)
patient ambulatoire régulier	6 (60%)	37 (50%)	5 (36%)	15 (47%)
Patient hospitalisé médico- légal	3 (30%)	16 (22%)	4 (29%)	12 (38 %)
patient médico-légal	1 (10 %)	20 (27%)	5 (36%)	3 (9%)
Expérience avec les patients de l'ASPD (oui/non)	8/1 (89/11) %	49/18 (73/27) %	12/1 (92/8) %	23/8 (74/26) %

TABEAU 3. Motivation à travailler avec les patients de l'ASPD de cliniciens travaillant dans les services de santé mentale réguliers et les services de santé mentale médico-légaux en relation avec l'expérience avec l'ASPD, l'éducation sur les troubles de la personnalité du groupe B et la violence vécue dans la pratique clinique et le fardeau vécu en raison de la violence

	Service régulier de santé mentale (n = 64)			Service médico-légal de santé mentale (n = 61)		
	Pas motivé (I ≤ 3)	Ambivalent (I = 3-5)	Motivé (I ≥ 5)	Pas motivé (I ≤ 3)	Ambivalent (I = 3-5)	Motivé (I ≥ 5)
Total	38 (59,4%)	18 (28.1%)	8 (12,5 %)	6 (9.8%)	16 (26,2%)	39 (63,9%)
Expérience avec les patients de l'ASPD						
Oui (n = 33)	17 (51,5 %)	10 (31,3%)	6 (18,2%)	5 (9,3 %)	14 (25,9%)	35 (64,8%)
Non (n = 24)	17 (70.8%)	6 (25%)	1 (4.2%)	1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)
Formation post-diplômée sur les troubles de la personnalité du groupe B						
Oui (n = 24)	14 (58,3%)	6 (25%)	4 (16,7 %)	2 (6.3%)	7 (21,9%)	23 (71,9%)
Non (n = 40)	24 (60%)	12 (30%)	4 (10 %)	4 (13.8%)	9 (31 %)	16 (55,2 %)
Violence vécue dans la pratique clinique						